



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HUZUR VE BAKİMEVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN ÖLÜM
KAYGISI VE BENLİK SAYGISININ İNCELENMESİ**

GÖKHAN KÖSTEK
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL

İSTANBUL-2015

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Gökhan KÖSTEK
Tez Başlığı : Huzur ve Bakımevinde Yaşayan Yaşlıların Ölüm Kaygısı ve Benlik Saygısının İncelenmesi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 08 / 09 / 2015

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans / Doktora Tezi Olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Yrd.Doç.Dr. Nihal SUNAL

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza



Sınav Jüri Üveleri

Prof.Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ

İstanbul Üniversitesi



Yrd.Doç.Dr. Sibel DOĞAN

İstanbul Medipol Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun **08./09./2015..** tarih ve **.2015../.32..... - 39....** sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynak listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tez Sahibinin Adı-Soyadı

İMZA

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans Eğitimim ve tez çalıőmamda bilgi, deneyim ve desteğini esirgemeyen değerli hocam ve tez danıőmanım Sayın Yrd. Doç.Dr. Nihal Sunal' a,

Destek ve değerli yardımlarından dolayı Hocam Sayın Yrd. Doç.Dr.Sibel DOĞAN'a,

Kayışdağı Darülaceze Huzur ve Bakımevi yetkilileri, personeli ve kurumda kalan yaşlılara,

Tez çalışmam boyunca yardımlarını benden esirgemeyen ağabeyim Hakan Köstek' e en içten duygularımla teşekkür ederim.

Saygılarımla
Gökhan Köstek

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER	v
TABLOLAR LİSTESİ.....	viii
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY	3
3. GİRİŞ ve AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER	8
4.1. YAŞLANMA VE YAŞLILIK.....	8
4.1.1. Moleküler yaşlanma	11
4.1.2. Hücresel Yaşlanma.....	11
4.1.3. Doku ve organ yaşlanması	12
4.1.4. Bireysel yaşlanma	12
4.1.5. Toplumsal yaşlanma.....	12
4.2. YAŞLILIK DÖNEMİNDE FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER VE SORUNLAR	13
4.2.1. Duyu Organlarındaki Değişiklikler.....	14
4.2.1.1. Göz.....	14
4.2.1.2. Kulak.....	15
4.2.1.3. Ağız.....	15
4.2.1.4. Deri	15
4.2.2. Kas - İskelet Sistemi Değişiklikleri.....	16

4.2.3.	Beyin ve Sinir Sistemi.....	16
4.2.4.	Sindirim Sistemi Fizyolojik Değişimleri	17
4.2.5.	Kardiyovasküler Sistem Fizyolojik Değişiklikler	17
4.2.6.	Solunum Sistemi Fizyolojik Değişiklikler	18
4.2.7.	Üriner Sistem Fizyolojik Değişiklikler	18
4.2.8.	Üreme Sistemi Fizyolojik Değişiklikler.....	19
4.3.	YAŞLILIK DÖNEMİNDE PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER VE SORUNLAR	19
4.4.	YAŞLILIK DÖNEMİNİN TOPLUMSAL BOYUTU	22
4.5.	ÖLÜM	24
4.5.1.	Ölüm Karşısında Tutumlar.....	28
4.6.	ÖLÜM KAYGISI.....	31
4.7.	YAŞLILARDA ÖLÜM KAYGISI	34
4.8.	BENLİK KAVRAMI	36
4.9.	BENLİK SAYGISI.....	38
4.9.1.	Benlik Saygısının Bozulması Sonucu Görülen Özellikler	40
5.	GEREÇ VE YÖNTEM	42
5.1.	ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER	42
5.2.	ARAŞTIRMANIN TİPİ	42
5.3.	ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	42
5.4.	ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	42
5.5.	ARAŞTIRMAYA ALINMA KRİTERLERİ	42
5.6.	ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	43
5.7.	ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	43
5.8.	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	43

5.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	44
6. BULGULAR.....	45
7. TARTIŞMA	57
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
9. KAYNAKLAR	66
10. EKLER.....	77
10.1. EK-1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU	77
10.2. EK-2: TEMPLER ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ.....	79
10.3. EK-3: ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ	80
10.4. EK-4: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	81
10.5. EK-5: ETİK KURUL ONAYI	82
10.6. EK-6: KURUMDAN ALINAN İZİN YAZISI.....	85
11. ÖZGEÇMİŞ	86

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Yaşlıların sosyo-demografik özellikleri.....	45
Tablo 2. Yaşlıların ziyaret edilme durumlarına göre bazı özellikleri	47
Tablo 3. Yaşlıların huzurevindeki meşguliyetlerine ilişkin bazı özellikleri	48
Tablo 4. Yaşlıların hastalık durumlarına göre bazı özellikleri.....	49
Tablo 5. Yaşlıların Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	50
Tablo 6. Yaşlıların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı	50
Tablo 7. Yaşlıların Benlik Saygısı düzeylerine göre ölüm kaygısı düzeyleri.....	51
Tablo 8. Yaşlıların Sosyo- Demografik Özelliklerine göre benlik saygısı ve ölüm kaygısı puanlarının dağılımı.....	52
Tablo 9. Yaşlıların ziyaret edilme durumuna ilişkin bazı özelliklerine göre benlik saygısı ve ölüm kaygısı puanlarının dağılımı	53
Tablo 10. Yaşlıların huzurevindeki meşguliyetlerine ilişkin bazı özelliklerine göre benlik saygısı ve ölüm kaygısı puanlarının dağılımı.....	55
Tablo 11. Yaşlıların hastalık durumlarına ilişkin bazı özelliklerine göre benlik saygısı ve ölüm kaygısı puanlarının dağılımı.....	56

1. ÖZET

HUZUR VE BAKIMEVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN ÖLÜM KAYGISI VE BENLİK SAYGISININ İNCELENMESİ

Bu çalışma huzur ve bakımevinde yaşayan yaşlıların ölüm kaygısı ve benlik saygısının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Huzur ve bakım evinde yaşayan ve araştırma kriterlerimize uygun 188 yaşlı araştırmamızın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmada veriler Kişisel Bilgi formu, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Araştırma verilerinin değerlendirmesinde SPSS 18.0 istatistik paket programından yararlanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri olarak yüzde değerler, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum - maksimum değerleri verilmiştir. Kruskal-Wallis testi, Mann –Whitney U testi ve Tukey testleri kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan yaşlıların %44 kadın, %56 sı erkek olup yaş ortalaması 72,06 olarak tespit edilmiştir. Araştırmamızda yaşlıların 0-15 (min-max) değer aralığına sahip ölüm kaygısı ölçeğinden 5.61 ± 3.07 puan alarak orta düzeyde ölüm kaygısı yaşadıkları, yaşlıların 0-30 (min-max) değer aralığına sahip benlik saygısı ölçeğinden $18,44 \pm 3.77$ puan alarak %92 oranında yeterli benlik saygısına sahip oldukları tespit edilmiştir.

Yaşlıların, yaş grubu, medeni durumu ve kurumda kalış süreleri ile ölüm kaygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($p > 0.05$); cinsiyet ile ölüm kaygısı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Kadınların ölüm kaygısı puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaşlıların cinsiyet, yaş grubu, medeni durumu ve kurumda kalış süreleri ile benlik saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı

($p>0.05$); eğitim düzeyi ile benlik saygısı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$) Okur-yazar olmayan, okur-yazar ve ilkokulu bitirmemiş yaşlıların benlik saygısı puanları ilköğretim ve lise mezunlarına göre düşük bulunmuştur.

Kurumda komşu ve arkadaşları tarafından ziyaret edilen yaşlılarda daha az ölüm kaygısı yaşanırken, çocuğu, komşusu ve arkadaşları tarafından ziyaret edilen yaşlıların benlik saygısı puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gazete ve kitap okuyarak zaman geçiren yaşlıların ölüm kaygısı puanları düşük, benlik saygısı puanları yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda kurumda kalan yaşlıların ölüm kaygısını azaltmak ve benlik saygılarını arttırmak adına önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Huzurevi, benlik saygısı, ölüm kaygısı, yaşlı

2. SUMMARY

A RESEARCH ON THE DEAD ANXIETY AND SELF-ESTEEM OF THE ELDERS LIVING IN NURSING HOMES.

This study has been planned as explanatory to examine the dead anxiety and self-esteem of the old, who live in nursing homes. The research has been done through help of 188 nursing home residents, who match the research criteria.

Data has been collected through Personal Information Form, Templer Dead Anxiety Scale and Rosenberg Self-esteem Scale.

SPSS 18.0 statistic software has been used to assess the research data. To define the statistics; percent value, average scores, standard deviation, minimum and maximum values are provided. Kruskal-Wallis Test, Mann-Whitney U Test and Tukey Tests are used.

%44 of the research participants are female and %56 of them are male. Their age average is calculated as 72,06. In the lights of the research, it has been concluded that with the score of 5.61 ± 3.07 they have mid-level dead anxiety in the scale of 0-15 (min-max), with the score of 18.44 ± 3.77 they have %92 self-esteem in the scale of self-esteem 0-30 (min-max).

While the research findings do not point out a considerable correlation among the age group, marital status, the time spent in the institution against the dead anxiety scores ($p > 0.05$), a remarkable correlation has been observed between gender and dead anxiety scores ($p < 0.05$). It has been unveiled that women's dead anxiety scores are higher than men's.

It has been observed that there is little correlation among the age group, marital status and the time spent in the institution against the self-esteem scores ($p > 0.05$), on the other hand, educational level and self-esteem scores are statistically correlated ($p < 0.05$). Self-esteem scores of the illiterates, literates and primary school dropouts are considerably lower compared to the secondary and high school graduates.

While the old, who are visited by their neighbours and friends, experience less dead anxiety, the ones who are visited by their children, neighbours and friends have higher self-esteem scores. Observees, who spend their time through reading newspaper and books, have lower dead anxiety scores and higher self-esteem scores.

In the lights of the conclusions above, suggestions have been made to lower the dead anxiety and increase the self-esteem of the residents of the institution.

Key Words: Nursing home, self-esteem, dead anxiety, elderly

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Yaşlanma genetik olarak belirlenen, türe özgü maksimum yaşama süresine, edinsel hasarlara ve immünolojik reaksiyonlara bağlı olarak değişen, kaçınılmaz bir süreçtir. Yaşlanma yaşam içinde erişkinlik dönemini takiben yavaş yavaş başlar ve hayat boyu devam eder. Belli bir başlangıç veya bitiş zamanı yoktur(1).

Yaşlılık ve yaşlanma konusunun bilimsel bir temelle ve bütün yönleriyle incelenmesinde, teknik ve teknolojiadaki gelişmelerin önemli bir etkisinin olduğu söylenebilir. Zira tarım döneminden sanayileşme dönemine geçişle birlikte neredeyse yaşamın her alanında insan emeğinin yerini makine emeği almış, bu da yaşam standartlarının yükselmesini, kentleşme ve kentlileşme sürecinin hızlanmasını, beslenme, barınma, hijyen ve sağlık koşullarında insanlığın daha iyi bir düzeye ulaşmasını sağlamıştır. Barınma, sağlık, beslenme, hijyen vb. gibi hususlarda ve yaşam standartlarındaki iyileşme, insanlığın yaşam kalitesini ve ortalama yaşam süresini arttırmıştır. 20.yüzyılın ikinci yarısına kadar ortalama ömür uzunluğu 40-45 yıl iken; yaşam standartlarının ve diğer koşullardaki iyileşme ile günümüzde ortalama yaşam süresi ortalama 65 yaşın üstüne çıkmıştır.

Diğer taraftan teknik ve teknolojik gelişmelerle birlikte kullanılmaya başlayan doğum kontrol yöntemleri ve izlenen nüfus politikalarıyla, geçmişe kıyasla doğum oranı azalmıştır. Doğum oranındaki düşüş ve yaşam standartlarının iyileşmesine bağlı olarak insan ömrünün giderek uzaması yaşlı nüfusun tüm dünyada artmasını sağlamıştır(2).

Yaşlı bireyler yaşlılık döneminde toplumla sosyal uyum problemi yaşamaktadırlar. Yaşlılık döneminde yaşlıların sosyal uyumları, sosyal ilişkilere girme düzeyleri, aile ve toplumla ilişkileri birbirinden farklıdır. Burada özellikle eğitim, meslek, gelir durumu ve çevre gibi faktörlere bağlı olarak yaşlının sosyal uyumu değişmektedir(3).

Günümüzün güç ekonomik koşullarında ailelerin, yaşlılara ekonomik yönden yardımını sınırlı duruma getirmiştir. Hatta bazen yardım olanaksızlaşmıştır. Yaşlı,

kendisine bakacak, gereksinimlerini karşılayacak, samimi olarak yaklaşacak kimselere muhtaç olmaktadır. Bu nedenle yaşlıların çeşitli kurumlarca bakımı önem kazanmıştır(4).

Ölüm tüm yaşayan organizmaların paylaştığı, yaşamın son aşaması olan evrensel bir olay olup bireyin psikolojik ve fiziksel anlamdaki son evresidir(5).

Yaşlı insan, kendini ölüme daha yakın hissetmektedir. Her gün, her saat, onu ölüme biraz daha yaklaştırmaktadır. Ölüme yaklaşmanın bilincinde olan bir yaşlıyı rahatlatan tek şey, sağlam bir yaşam felsefesidir. Eski fizik gücünden çok şey yitirmiş, yaşlı bir bedenin beraberinde getirdiği hastalıklarla rahatsız, verimli ve üretken bir işten yoksun ve her an ölüme yaklaştığının farkında olan bir yaşlı, kendini çok zayıf hisseder. Bu duygular içindeki insana en önemli destek, iyi bir yaşam felsefesi ve aile desteğidir(6).

Ölüm kaygısı, doğumdan itibaren varılan, hayat boyu devam eden, bütün korkuların temelinde yatan, karakter yapısının gelişiminde önem taşıyan, insanın artık var olmayacağını, kendisini ve dünyayı kaybedebileceğinin, bir hiç olabileceğinin farkındalığı sonrası gelişen bir duygudur (7).

Yapılan araştırmalarda, kurumda yaşayan bireylerin ölüme ilişkin kaygıları orta düzeyde bulunurken; bu düzeyin yaş grupları, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, kurumda kalma süresi, kurumdan memnuniyet derecesi, sağlık durumu, dindarlık, ziyaret edilme sıklığı gibi birçok faktörden etkilenebileceği belirtilmektedir(8).

Benlik saygısı, kişinin kendini değerlendirmesi sonunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur. Kişi kendini eleştirebilir ya da kendini tümünden olumlu bulabilir. Kişinin kendini beğenmesi, kendi benliğine saygı duyması için üstün niteliklerinin olması gerekmez. Çünkü benlik saygısı, kendini olduğundan aşağı ya da olduğundan üstün görmeksizin kendinden memnun olma, kendini olumlu, beğenilmeye, sevmeye değer bulma ve özüne güvenmeyi sağlayan olumlu bir ruh halidir(9).

Yüksek benlik saygısına sahip bir birey, kendisine saygı duymakta ve kendini toplumda değerli bir kişi olarak görmektedir. Düşük benlik saygısına sahip bireyler, kendi benliklerini reddeden, uyumsuz bireyler olarak tanımlanmaktadır(9).

Bu çalışma huzur ve bakımevinde yaşayan 65 yaş üstü yaşlı bireylerde ölüm kaygısı ve benlik saygısının incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen verilerin yaşlı sağlığı ve bakımı alanında hizmet veren profesyonellere yol göstermesi, yaşlı bireylerde ölüm kaygısı ve benlik saygısı ile ilgili yapılacak araştırmalarda katkı sağlaması hedeflenmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. YAŞLANMA VE YAŞLILIK

Yaşlanma genetik bir programla düzenlenen ve organizmayı çevresel faktörlerinde etkisiyle meydana gelen yapısal ve işlevsel değişimlerle ölüme getiren olaylar toplamıdır. Yaşlanma yaşam içinde erişkinlik dönemini takiben yavaş yavaş başlar ve hayat boyu devam eder. Belli bir başlangıç veya bitiş zamanı yoktur. Bu dönemde vücut sistemlerinde fizyolojik, biyolojik, psikolojik ve fonksiyonel bazı değişimler meydana gelir(10).

Cansız varlıkların zaman içerisinde aldıkları mesafe ‘eskime’ veya ‘yıpranma’ olarak tanımlanırken canlı varlıklar için ‘yaşlanma’ terimi tercih edilir. Çünkü canlı organizmaların zaman içerisindeki yaşlanma süreci her ne kadar yıpranma ve bozulmayı içeren bir süreç olsa da onarım ve yeniden yapım mekanizmaları devrededir. Bu nedenle “yaşlanma”, dünyaya gelen her canlının zaman içerisinde aldığı mesafe olup ölümlerle sona ermektedir(11).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 yaş ve üzeri bireyleri “yaşlı” olarak tanımlamaktadır. Yaşlılığın seyrine ve vücut fonksiyonlarında oluşan değişikliklere göre yaşlılık dönemleri; 65-74 yaş arası “geç yetişkinlik”, 75-84 yaş arası “yaşlılık” ve 85 yaş ve üzeri de “ileri yaşlılık” dönemi olarak sınıflandırılmaktadır(12).

Nüfusun yaşlanması, bir nüfusun yaş yapısının değişerek, o nüfustaki çocukların ve gençlerin payının azalması ve yaşlı insanların (60 yaş üstü veya 65 yaş üstü) payının göreceli olarak artmasıdır. Küresel yaşlanma süreci “demografik dönüşüm” olarak da adlandırılmaktadır. Bu dönüşümde nüfusun yaş grupları yapısının şekil değiştirmekte, mortalite ve fertilitede azalma ile birlikte doğumdan sonra beklenen yaşam süresinde artış olmakta ve çocuk ve gençlerin nüfus içinde oranı azalırken yaşlıların yüzdesi artış göstermektedir(13).

Toplumlar yaşlı popülasyon açısından 4 gruba ayrılmışlardır;

1. Genç toplumlar: 65 yaş üzeri nüfus % 4 den azdır,
2. Erişkin toplumlar: 65 yaş üzeri nüfus % 4-7 arasındadır,
3. Yaşlı toplumlar: 65 yaş üzeri nüfus % 7-10 arasındadır,
- 4.Çok yaşlı toplumlar:65 yaş ve üzeri nüfus %10 üzerindedir(14).

Yaşlılık fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları ile değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Fizyolojik boyutuyla yaşlılık, kronolojik yaşla birlikte görülen değişimleri ifade ederken; psikolojik boyutuyla yaşlılık, algı, öğrenme, psikomotor, problem çözme ve kişilik özellikleri açısından insanın uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş ilerledikçe değişimini ifade etmektedir. Sosyolojik açıdan yaşlılık ise bir toplumda belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerlerle ilgilidir(11).

Yaşlılık, yaşamın diğer evreleri gibi doğal, kaçınılmaz ve tüm insanlar için geçerli olan bir durumdur. Bireyin kalıtımla getirdiği özelliklere, beslenmesine, çevre koşullarına ve kültürel çabalarına göre erken ya da geç, sorunlu ya da az sorunlu olur(15).

Yaşlılık, fonksiyonel yetilerde azalmaya neden olan bir süreç olduğundan bazı psikolojik, sosyal ve sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir(16).

Yaşlılık ve yaşlanma konusunun bilimsel bir ilgiyle ve bütün yönleriyle incelenmesin de, teknik ve teknolojideki gelişmelerin önemli bir etkisinin olduğu söylenebilir. Zira tarım döneminden sanayileşme dönemine geçilse birlikte neredeyse yaşamın her alanında insan emeğinin yerini makine emeği almış, bu da yaşam standartlarının yükselmesini, kentleşme ve kentlileşme sürecinin hızlanmasını, beslenme, barınma, hijyen ve sağlık koşullarında insanlığın daha iyi bir düzeye ulaşmasını sağlamıştır. Barınma, sağlık, beslenme, hijyen vb. gibi hususlarda ve yaşam standartlarındaki iyileşme, insanlığın yaşam kalitesini ve ortalama yaşam süresini arttırmıştır. 20.yüzyılın ikinci yarısına kadar ortalama ömür uzunluğu 40-45

yıl iken; yaşam standartlarının ve diğer koşullardaki iyileşme ile günümüzde ortalama yaşam süresi ortalama 65 yaşın üstüne çıkmıştır(2).

Gerek dünya ülkelerinde, gerekse de ülkemizde yaşlı nüfus sayısı giderek artmaktadır. Bilimsel farklılıkların yansısı, tıptaki bilimsel ve teknolojik gelişmelerin hastalıkların önlenmesi ve erken dönemde teşhis ve tedavisinin sağlanması, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişimiyle doğurganlık hızı ve bebek ölümlerinin azalması, ortalama ömüre olumlu olarak yansiyarak, ölüm yaşının yükselmesini sağlamıştır. Böylece 65 yaş üstü nüfusun oranı da artmıştır(17).

Ülkemizde yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarında ki nüfuslara göre daha yüksek bir hız ile artış göstermektedir. Küresel yaşlanma süreci olarak adlandırılan “demografik dönüşüm” sürecinde olan Türkiye, oransal olarak yaşlı nüfus yapısına sahip ülkelere göre genç bir nüfus yapısına sahip görünse de, mutlak yaşlı sayısı oldukça fazladır. Bu dönüşümde nüfusun yaş grupları yapılanması şekil değiştirmekte, ölümlülük ve doğurganlıkta azalma ile birlikte doğumdan sonra beklenen yaşam süresinde artış olmakta ve çocuk ve gençlerin nüfus içindeki oranı azalırken yaşlıların toplam nüfus içindeki oranı artış göstermektedir(18).

Nüfus projeksiyonlarına göre Türkiye'nin yaşlı nüfus oranınının 2023 yılında %10,2'ye yükseleceği ve “çok yaşlı” nüfuslu ülkeler arasında yer alacağı tahmin edilmektedir.

Yaşlı (65 ve daha yukarı yaş) nüfus oranı 2013 yılında %7,7 iken nüfus projeksiyonlarına göre 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir. 2012 yılında en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip olan ilk üç ülke sırasıyla %24,4 ile Japonya, %21,1 ile Almanya ve %20,8 ile İtalya'dır. Türkiye 2012 yılındaki bu sıralamada 91. sırada yer almaktadır(18).

Dünya'daki yaşlı nüfusun şaşırtıcı bir şekilde arttığı görülmektedir. Geçen 10 yılda Dünya'da 60 yaş üzerindeki insanların sayısı 178 milyon artmıştır. Yalnızca Çin'de 2012 yılında yaşlı bireylerin sayısı 180 milyondur. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonunun yayınladığı bu son rapora göre; 2012 yılında dünya genelinde bölgeler göre

ağırlıklı olarak yaşlı nüfus oranı % 0-9 ya da % 10-19 arasında değişmekte iken; 2050 yılında bu oranın bölgeler arası farklılıklar olsa da ağırlıklı olarak % 30'a kadar ulaşacağı görülmektedir(19).

Yaşlanma biyolojik olarak döllenme ile başlayıp yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Geriye dönüşü olmayan bu süreç bazı insanlar için daha toleranslı olabilmektedir. Bazı insanlar genç yaşlarda kendilerini yaşlı hissederken, bazıları ise ileri yaşlarda dahi pek çok günlük işlevini en iyi şekilde yapabilecek kadar dinamik olabilmektedirler. Böyle istisnalar olmakla birlikte anatomik olarak yaşlanma ne yazık ki kaçınılmazdır. Zaman içinde vücutta görev yapan hücre gruplarında kayıplar görülür. Bu değişikliklerin gerçekleşme ve algılanma şekli kişisel farklılık göstermekle birlikte temel değişiklikler benzerdir. Yaşlanmaya ait vücuttaki değişim ve kayıplar her iki cinside etkilemekle birlikte, menopoz dönemi gibi cinsiyete özgü farklılıklar da görülmektedir. Yaşlanmayla birlikte organ rezerv kapasitesinde azalma, strese karşı adaptasyon cevabında gecikme, bireysel aktivitede ve fiziksel görünümde değişiklikler görülmektedir(20).

Yaşlanma olgusu biyolojik organizasyonun her seviyesinde görülür. Klasik kitaplarda yaşlanma süreci beş aşamada incelenmektedir:

4.1.1. Moleküler yaşlanma

Yaşlılıkta kollajen makromoleküllerinin birikimi ile oluşan intra ve intermoleküler köprülerin tendon, deri ve kan damarı elastisitesinde azalmaya yol açtığı ileri sürülmektedir. Bu tip çapraz bağların enzim ve moleküller arasında oluşabilmesi, söz konusu moleküllerin yapısal ve işlevsel değişikliğe uğramasına neden olmaktadır.

4.1.2. Hüresel Yaşlanma

Yaşla birlikte ortaya çıkan mutatik hücrelerin artımının önemli bir yaşlanma olgusu olduğu düşünülmektedir. Çevresel, kimyasal söz konusu mutajenik hücre birikiminde rol oynayabilecektir.

4.1.3. Doku ve organ yaşlanması

Birçok organda bireyden bireye değişen oranlarda yapısal ve işlevsel değişiklikler olmaktadır. Biyolojik ve kronolojik yaş birbirinin yanı olmayabilir. Ancak yaşlanma sürecine giren organda hücre işlevlerinde ilerlenen biçimde azalma, stres durumlarında devreye giren yedek kapasitenin azalması, sinirsel işlevlerin azalması, duyuşal değerdendirme yetisinin yitilmesi biçiminde olmaktadır.

Toplam vücut sıvısında azalma olur. Kas dokusunda gerileme olur. Plazma hacmi azalır, yağ dokusu, glikoproteinler artar.

Bütün bu değışikler kimyasal ve fiziksel etkilenim açısından sorunun ne kadar önemli boyutlarda olduğunu ortaya koymaktadır.

4.1.4. Bireysel yaşlanma

Yaşlanma bireysel olarak giderek ölümlle sonuçlanacak biçimde canlılık etkinliklerinde azalma olması olarak tanımlanmıştır. Bunda en önemli nitelik ise kişinin çevreye uyum yeteneğinin azalmasıdır.

4.1.5. Toplumsal yaşlanma

Bir toplumdaki bütün bireyler diğer toplumdaki bütün bireylerden yaşlı ise bu toplumun bütünüyle yaşlı olduğu kabul edilir. Yaşlı kişilerin oranında giderek artım söz konusu ise bu nüfus piramidinin apeksinde yaşlanma olarak tanımlanmaktadır. Eğer genç nüfusunu oranında azalma söz konusu ise buna da nüfus piramidinin tabanında yaşlanma denmektedir(21).

Yaşlılık, bir yandan yaşlı bireyin gelişiminin devam ettiği, diğer yanda da gerileme belirtilerinin ve ölümün yaklaşmakta olduğu bir gelişim dönemidir. Yaşlı birey, ailesiyle ve çevresindeki diğer insanlarla olan ilişkilerini, içinde yaşadığı hayati, genç kuşakları ve geride bıraktığı dünyayı anlamlandırabildiği oranda bu iki karşıt gibi görünen süreci birbiriyle uzlaştırabilir(22).

Yaşlılık genel anlamda bireyin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında bir gerileme, sağlığın, gençlik ve güzelliğın, üretkenliğın, cinsel yaşamın, gelir

düzeşinin, saygınlığın, rol ve statünün, bağımsızlığın, arkadaşların, eş ve yakın ilişkisinin, sosyal yaşantının ve sosyal desteklerin azalması ve kaybı gibi döneme özgü pek çok sorunun yaşandığı bir kayıplar dönemidir(23).

Yaşlılık biyolojik, kronolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere farklı alanlarda yorumlanmaktadır. Biyolojik yaşlılık, insan organizmasındaki fonksiyonların azalması ve hücre kayıpları olarak tanımlanmaktadır. Kronolojik yaş, doğumdan ölüme kadar geçirilen yaş evrelerini kategoriler halinde değerlendirmektedir. Psikolojik yaş, kişinin hissettiği yaş olarak kabul edilmektedir. Sosyal yaşlanma ise statü ve rol kayıplarıyla yaşamdan yavaşça geri çekilme, çevrenin kişiyi yaşlı olarak değerlendirdiğinin algılanması ile anlam kazanmaktadır(24).

Yaşlılık karmaşık yönleri olan bir olgudur ve göreceli bir kavramdır. Her yaşlının bir biyolojik geçmişi, iş deneyimleri ve duygusal yaşamı vardır. Kimi yaşlılığı bir problem olarak algılamakta, kimi yaşlılığa karşı olumlu tutumlar benimsemektedir (25).

4.2. YAŞLILIK DÖNEMİNDE FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER VE SORUNLAR

Yaşlanma, tüm canlılar için kaçınılmaz olan, beraberinde birçok işlevde azalmayı getiren gelişimsel bir süreçtir(26).

Yaşlanma sürecinde; genetik programlamaya uygun olarak bireysel özellikler ve dış etkenlere bağılı olarak değişiklikler meydana gelmektedir. Hastalıklar, hava kirliliği ve güneş ışığı yaşlanma sürecini etkileyen, azaltılması ya da kaçınılması olanaklı olan dış etkenlerdir. Hücresel ve hücre dışı değişiklikler fizik görünümünde, değişikliğe neden olarak işlevleri bozar. Vücut yapısı ve görünümünde fark edilir değişiklikler olur(27).

Fizyolojik yaşlanma, yapısal ve fonksiyonel değişimleri içermektedir. Bu değişimler arasında, aerobik kapasitenin düşmesi, hafıza kayıtları, vücut postürünün değişmesi, derinin elastikiyetini kaybetmesi, kırışıklıkların oluşması ve yaşla beraber yerine konulamayan hücre kayıpları bulunmaktadır(28).

Yaşlanma sürecinde meydana gelen fizyolojik değişiklikler, yine yaşlanma sürecinde devam eden psikolojik, biyolojik ve çevresel olaylardan bağımsız olarak gerçekleşmez. Bu süreçte gerek fiziksel, gerek psikolojik gerekse de psikososyal değişimler birbiriyle ilişkilidir. Saçların beyazlaması, kırışıklıkların oluşması vb. gibi fizyolojik değişimler her yaşlıda benzer biçimde ortaya çıkar ancak yaşama biçimi ve çevresel koşullar bakımından yaşlılar homojen bir grup oluşturmadığı için bu fizyolojik değişimler her bireyde farklı hız ve zamanda ortaya çıkar(2).

Kişilerin fiziksel kapasiteleri yaşla birlikte azalmaktadır, bu durum yaşlıların fonksiyonel bağımsızlıklarını kısıtlamaktadır (bazı hastalıklar ve ailesel faktörlerin yaşamlarına getirdiği yeni koşullara uyum sağlamalarını güçleştirmektedir). Uyum sağlama yeteneğinde azalma meydana gelmesinin halk sağlığı açısından iki önemi vardır. Birincisi kişilerin fonksiyonel kapasitelerinin çocukluk ve erken erişkinlik dönemlerinde yüksek tutulması sağlanarak yaşlılıkta bağımlı olma dönemi ertelenebilir. İkincisi ise, yaşlıların yaşamını güçleştiren sosyal ve çevresel faktörler azaltılabilir(29).

4.2.1. Duyu Organlarındaki Değişiklikler

4.2.1.1. Göz

Yaşlanmanın en belirgin olarak hissedildiği organ gözdür. En önemli değişiklikler lenste olur. Lensin sertliği yaşla artar ve normalde gözün nesnelere odaklanması için gereken şekil değişikliklerini gerçekleştiremez, cismin görüntüsü retina üzerine düşürülemez buna presbiyopi adı verilir. Yaş ilerledikçe görme kalitesi başka şekillerde de bozulur. Işık lensten daha zor geçerek retinaya ulaşacak, retinadaki ışığa hassas hücrelerin hassasiyeti azalacaktır. En önemli gelişmelerden biri de gözden beyine giden sinir hücrelerinin sayısındaki azalmadır. Hücre sayısındaki bu azalma gölge ve tonlardaki farklılıkların ve çok ince detayların fark edilebilirliğini azaltır. Görme alanlarında hareket eden ince siyah benekler, kuru göz gelişimi, gözün görünümünde meydana gelen değişim sonucunda gözde başın içine batıyormuş görünümünün gelişimi sağlık yönüyle ciddi olmayan fakat yaşlıyı daha çok rahatsız edebilen gelişmelerdir(30).

Kuru göz veya diğer adıyla Keratokonjonktivitis sika (KKS) gözyaşı hacminin veya fonksiyonunun yetersiz olması durumunda görülmektedir. İleri yaş erişkinlerde görme bozukluğunun çok yaygın bir nedeni çok etkenli yaşa bağlı katarakttır(31).

4.2.1.2. Kulak

Yaşlanma ile simetrik (iki kulak) işitme özelliği bozulur. Özellikle gürültü ortamlarda ve kulak kiri artmasına bağlı olarak duyma güçlüğü çekebilir(32).

Yaşlılığa bağlı olarak ortaya çıkan işitme bozukluklarına PRESBYACUSIS "Presbiakuzi" denilmektedir. Bu tür işitme bozuklukları sensorinöral tipte olup, yani hem sensör (kokleanın) hem de nöral bölgenin (n. statoakustikus'un akustik dalı) dejenerasyonundan kaynaklanmaktadır. Ayrıca, seniliteye bağlı olarak "fonemik regresyon" olarak adlandırdığımız konuşmanın kavramsallaştırmasındaki güçlük hali de ortaya çıkabilmektedir. Presbiakuzili kimselerin en çok yakınmaları, sorunun şiddetine göre, gelen sesi duydukları ancak anlayamadıkları şeklindedir (33).

4.2.1.3. Ağız

Yaşlılarda kapiller dolaşımının azalmasına bağlı olarak mukoza soluk bir görünüm alır(34). Dildeki tat tomurcuklarının sayısı azaldığı için tat duyusu 50 yaşından sonra azalmaya başlar. Dil tatlı, acı, tuzlu gibi temel tatları algılamak daha karmaşık olan böğürtlenin tadını alırken kokusunu da duymalıdır. Ancak, koku duyusu da azaldığı için bu tür karmaşık tatları da net olarak algılayamaz. Diğer taraftan tükürük bezlerinde artan fibrozise ve diğer sıklığı yaşla artan tükürük bezi hastalıklarına bağlı olarak ağızda kuruluk gelişir. Bütün bu etmenler tat almayı önemli ölçüde güçleştirir(30).

4.2.1.4. Deri

Yaşla birlikte deri daha ince, daha elastik, kuru ve kırıktır. Uzun yıllar güneşle maruz kalınması cildi daha sert ve daha kırıktık hale getirir(30). Subkutan dokudaki duyu reseptör sayısı ve işlevlerindeki azalması sonucu duyarlılık azalır ve yaralanmalar gelişebilir(35).

Ter bezleri ve cilt altı kan akımının azalmasına bağlı olarak vücuttan ısı kaybı azalır, vücut kendini soğutamaz ve derideki yaralar daha geç iyileşir(30).

4.2.2. Kas - İskelet Sistemi Değişiklikleri

Yaşla birlikte kemiklerin yoğunluğu da azalacaktır. Dolayısıyla, kemikler daha zayıf ve kırılğan olur(30).

Sağlıklı genç erişkinlerde, vücut ağırlığının %30'u kaslar, %20'si yağ doku ve %10'u kemik yapıdan oluşur. Kaslar, yağsız vücut kitlesinin yaklaşık %50'sini teşkil etmekte ve total vücut nitrojeninin yaklaşık %50'sini içermektedir. 75 yaşında vücut ağırlığının %15'i kaslar, %40'ı yağ doku ve %8'i kemiklerden oluşmakta, böylece kas kitlesinin yaklaşık yarısı sarkopeni nedeni ile yok olmaktadır(36).

Kemik kitlesi ve gücü de yaşlanmayla birlikte azalmakta, eklem yüzeyleri bozulmakta, ligamentler, tendonlar ve eklem kapsülleri esnekliğini kaybetmekte, özellikle beden ağırlığını taşıyan bel, kalça, diz eklemleri etkilenmektedir. Kas iskelet sistemindeki değişiklikler nedeniyle osteoporoz, kırıklar, kemik ağrısı, boya kısalma, sırtta kamburlaşma, hareketlerde yavaşlama ve postur değişiklikleri görülebilmektedir(37).

Kemiğin altındaki ince bir çizgi şeklinde uzanan eklem kıkırdak dokusu da azaldığı için eklem eskisi kadar rahat hareket edemez ve travmalara karşı daha hassas duruma gelir. Eklemleri birbirine başlayan ligamanlar da elastikiyetlerini kaybederek eklemlerin hareket kabiliyetlerinin azalmasına yol açarlar. Bu özellikle ligamanların yapısında yer alan proteinlerin kimyasal özelliklerinin değişmesi nedeniyledir. Ligamanlar daha çabuk yırtılabilir ve yırtıklarında daha yavaş iyileşirler(30).

4.2.3. Beyin ve Sinir Sistemi

Yaşla birlikte beyindeki hücre sayısı yavaşça azalmaya başlar. Beyin yaşlılarda hafifçe daha az etkin çalışıyor olabilir. Yaşlı insanlar daha yavaş reaksiyon verebilirler. Kelime hazinesi, kısa süreli hafıza, yeni materyalleri öğrenmek, kelimeleri hatırlamak gibi bazı mental fonksiyonları azalabilir. Altmış yaşından sonra, spinal kordda da hücre sayısı azaldığından yaşlı insanlarda duyu kayıpları da

başlayabilir. Yaşlandıkça, sinir ileti hızı yavaşladığından bu değişiklikler çok küçüktür ve insanlar bunu fark etmeyebilir. Sinir sisteminin darbelere karşı cevabı da azalır. Sinir dokusu gençlere göre kendisini daha yavaş ve kısmen tamir eder(30). Ayrıca nörodejeneratif değişikliklere bağlı olarak yaşlı bireylerin çoğunluğunda uyku sorunları da görülmektedir(38).

Yaşlılıkta beyin yapısının dejenerasyona uğramasıyla birlikte yaşlı insanlarda düşüncenin içeriği, mantık ve muhakeme niteliği değişir ve bozulur. Düşünce akışında yavaşlama, ayrıntıcı olma ve direnme eğilimi görülür. Kavramlar arasında karşılaştırmalar yapılamaz ve doğruya ulaşılamaz. Hesaplamalar, somut ve soyut kavramlar bozulur(2).

4.2.4. Sindirim Sistemi Fizyolojik Değişimleri

Yaşlanmayla sindirim sisteminde mukus ve emilimde azalma, özofagus kaslarında daha az kasılma, mide elastikiyetinde azalma ve gastroözofageal reflü artışı, laktaz üretimi azalması ile süt intoleransı artışı, barsak motilitesinin yavaşlaması, kan akımı ve bazı enzimlerin etkinliğinin azalması gibi değişiklikler olabilir. Yaşlı bireylerde sindirim sisteminde meydana gelen değişiklikler nedeniyle; iştahsızlık, hazımsızlık, diyare, konstipasyon, kaşeksi, obezite gibi sorunlar da görülebilmektedir. Anal sfinkter kontrol kaybına bağlı olarak fekal inkontinans görülebilir. Alıcı sinir uçlarındaki duyarlılığın azalması iştahını olumsuz yönde etkiler(32).

Karaciğer, hücre miktarındaki azalma nedeniyle küçülür, buna bağlı olarak karaciğere kan akımı ve bazı enzimlerin etkinliği azalır(38).

4.2.5. Kardiyovasküler Sistem Fizyolojik Değişiklikler

Kalpte her hangi bir hastalık olmaksızın yaşın ilerlemesiyle birlikte birtakım fizyolojik değişiklikler ortaya çıkabilmektedir. Yaşlanmak kalpte miyofilamentlerin aktivasyonu, mitokondriyal fosforilasyonu, kalsiyum ve proteinlerin fonksiyonunu, hücre büyümesi ve rejenerasyonu, matriks içeriği ve apoptozisi etkileyerek pek çok moleküler, biyokimyasal ve fiziksel değişiklikleri beraberinde getirmektedir. Yaşa bağlı ortaya çıkan değişiklikler kardiyak morfoloji ve fonksiyonları bozmaktadır.

Yaşın artmasıyla birlikte kalp hızı, her iki cinste, ileti sistemi ve otonom sinir sistemindeki değişikliklere bağlı olarak yavaşlamaktadır (maksimal kalp hızı: 220-yaş)(39).

Yaşlı damarları, içlerine pompalanan kandaki değişikliklere daha az cevap verirler ve daha az esneklik gösterirler. Dolayısıyla kan basıncı yaşlılarda gençlere göre daha yüksektir. Bu durum eskiden sanılanın aksinde yaşa göre bir arteriyel kan basıncı skalasının oluşturulmasını gerektirmez. Çünkü damar içi oluşan basınç artışı, hedef organ hasarı gelişimi açısından aynı ve yaştan bağımsızdır(30).

4.2.6. Solunum Sistemi Fizyolojik Değişiklikler

Akciğerin elastikiyetinin azalması, göğüs duvarının sertliğinin artması ve solunum kaslarının zayıflamasına bağlı olarak yaşlılarda akciğer fonksiyonları azalır. Bu değişikliklerin sonucunda; zorlu vital kapasitede, difüzyon kapasitesinde, gaz değişiminde, ventilasyonda ve respiratuvar duyarlılıkta önemli progresif azalmalar gelişmektedir. Sigara bu değişimleri daha da hızlandırmaktadır(38).

Solunum sistemi enfeksiyonları özellikle de pnömoni 65 yaş ve üstü insanlarda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli bir ölüm sebebidir. Yaşlı sağlıklı olsa ve düşük risk faktörleri bulundursa dahi immün sisteminde meydana gelen değişikliklerden dolayı solunum sistemi enfeksiyonlarına karşı daha duyarlı olabilir. İnfluenza virüsü ve Streptococcus pneumoniae gibi antijen spesifik immün cevap (adaptif-innate immünite) gerektiren enfeksiyon etkenlerine karşı yaşla birlikte azalmış yanıt bunun en önemli nedenidir(30).

4.2.7. Üriner Sistem Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlılıkta, böbreklerin dokusu küçülür, böbreğe kan akımı azalır, sekresyon ve absorpsiyon yeteneği azalır ve progresif olarak nefron kaybı görülür. Hücresel ve vasküler nedenlerle glomerüler filtrasyon hızı yavaşlar. Böbrek fonksiyonları, 30'lu yaşlarda azalmaya başlar ve 60'lı yaşlarda yarıya kadar iner. Böbrek fonksiyon kaybı sonucu eritropoetin yapımı ve kalsiyum metabolizmasında bozulmaya bağlı kemik yoğunluğunda azalma görülebilir(38).

Mesane kapasitesi azalır; mesane kasları idrar yapmanın dışında da kendiliğinden bazen kasılıp idrar yapma hissi uyandırır, noktural poliüri görülebilir (30).

Yaşlılarda mesane kaslarının zayıflaması rezidü idrar miktarının artmasına ve bunun sonucunda inkontinansa neden olur(30). Kadınlarda menopozla azalan östrojenin etkisiyle üretra kısalır, iç yüzey kalınlığı azalır ve üretra sfinkter tonusu azalmasına bağlı olarak idrar inkontinansı görülebilir (30). Prostat ile anatomik ilişkilerinden dolayı, hipertrofi, üretrada obstrüksiyona yol açabilmekte, böylece idrar akımı etkilenmektedir(36).

4.2.8. Üreme Sistemi Fizyolojik Değişiklikler

Genital sistem değişiklikleri özellikle menopozdan itibaren östrojen seviyelerinde azalmaya bağlı olarak, daha belirgindir. Hormonal seviyedeki azalmalar uterus ve overlerin atrofisine neden olacaktır. Vajen dokusu daha ince, kuru ve daha az elastiktir. Göğüsler ise, daha sert, fibröz ve sarkıktır.

Erkeklerde Genital sistem değişiklikleri daha az dramatiktir. Çoğu erkek ölene kadar fertildir. Hatta testosteron seviyelerinde azalma olmasına rağmen sperm sayılarında ve libidolarında çok az bir düşüş olur. Çoğu, ömür boyu ereksiyon ve orgazm kabiliyetlerini kaybetmezler. Ereksiyonun kalitesi, süresi azalırken ve ikinci ereksiyon için ihtiyaç duyulan sürede artışlar olabilir(30).

4.3. YAŞLILIK DÖNEMİNDE PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER VE SORUNLAR

Eninde sonunda bakıma muhtaçlıkla son bulacağına inanılan yaşlılık genel olarak olumsuzluklarla bağdaştırılmıştır. Başkalarına ölümü ve yaşamın sınırlı oluşunu hatırlatan ihtiyarlar, genel olarak dayanıksız, hoşgörüden yoksun, dik kafalı ve toplumdan soyutlanmış olarak görülürler(40).

Bu dönemde dinsel inançlar da önem taşır. Yaşlı birey, varoluşu ve ölümü anlamlandırma çabası içerisinde. Bu bağlamda yaşlılar, geçmişteki yanlışlarından

dolayı yaşadıkları suçluluk duygularını azaltabilmek amacıyla kendilerini bağışlatıcı davranışlar sergileyebilirler(41).

Yaşlılık uzunca bir yaşam koşturması ve hedeflerin gerçekleşmesi sonucu kişisel bütünlüğün olduğu bir dönem olduğu gibi, yaşam bağlarının zayıfladığı, yaşamı anlamlı kılamamanın sonucu umutsuzluğun yaşandığı bir dönemde olabilmektedir. Bu nedenle, umutsuzluk ve ölüm korkusu bu dönemin en büyük tehlikesidir(42).

Yaşlandıkça, bireylerde ruhsal açıdan birtakım değişiklikler meydana gelmektedir. Eskiye olan özlemin gün geçtikçe artması ve genç kuşaklarla arasındaki mesafenin artması yaşlı insanlarda ruhsal açıdan görülen değişim belirtilerinden birkaçıdır. Yaşlı insanlar için "eski" her zaman arzulanan bir diledir. Her gün yeni şeylerle ve olaylarla karşılaşan ve bu yeniliklere uyum sağlayamayan yaşlı insanlar için dünya, her gün daha kötüye gitmekte, toplum ve genç nesil ahlaki bakımdan yozlaşmaktadır. Bu düşüncede olan yaşlı insanlar, gün geçtikçe kendilerini dış dünyadan soyutlamakta ve daha fazla içe kapanmaktadırlar. Yaşlıların iç dünyalarına kapanmaları ve içe dönük bir yaşam sürmeleri, yaşlı bireyleri benmerkezci davranmaya yönlendirebilmektedir(42).

Birçok toplumda çocuklar ve gençler sevilir; yetişkinlik dönemindeki sorumlulukların ve yaşamın yükü çoğu zaman bireyin kendini unutmamasına yol açabilir ve birey hazırlanmadan kendini orta yaşlılıkta bulur; yaşlılık ise bunalımlı, huzursuz ve üretilmeyen bir dönem olarak görülür. Oysa üretken, sevebilen, yaşamdan doyum sağlayabilen insan için bu dönem yaptıkları, ürettikleri ve birikimleri açısından en verimli dönemdir. Bu nedenle, yaşlılık "Altın Çağ", "Yeşil Yıllar", "Üçüncü Yaş Dönemi" olarak algılanmakta ve olumlu değerler atfedilmektedir. Yaşlı bireylerin yaşamlarındaki dinamizm gitmiş yerini durağanlık almıştır. Bu nedenle, düşüncelerinde, davranışlarında ve alışkanlıklarında değişim güçleşir; yenilikler onlara zaman kaygı verici hale gelir, bazen de ürkütür. Yaşlılıkta düşünceler çoğu zaman "ben" merkezlidir ve bu zaman bencillik olarak nitelenir(43).

Yaşlı bireyler tanı almış psikiyatrik hastalıklara diğer yaş gruplarına göre çok daha az maruz kalmaktadırlar. Buna karşın, bilişsel işlevlerde bozulma ile

karakterize olan hastalıkların görülme sıklığı yaşlı grupta daha yüksek olmaktadır. Psikolojik bakış açısıyla, yaşlanmayla beraber görülen hüzün, depresyon ve durgunluk hali bir patoloji olarak değil, bu gelişim döneminin beraberinde getirdiği kronik sağlık sorunları ile psikolojik kayıplara (eşin, yakınların, işin kaybı gibi) verilen insanca ve doğal tepkiler olarak kabul edilir. Bu durum çoğu kez ‘yaşlanmanın depresyonu taklit ettiği’ şeklinde de ifade edilmektedir(44).

Sağlıklı bir yaşlanma sürecinde ortaya çıkabilecek bilişsel ve psikolojik değişimlerin yanında, bazı psikolojik sorunlar da doğabilmektedir. Yaşlılık dönemindeki psikolojik bozukluklar, bireyin gençlik dönemlerindeki yaşantı ve deneyimlerden kaynaklanabileceği gibi, yaşlanmaya bağlı gelişimsel stres kaynakları da özgün sorunlara yol açabilir. Örneğin eş ve yakınların ölümü, emeklilik, andropoz ve menopoz, kronik hastalıklar, başkalarına bağımlı kalma ve ölüm korkusu gibi nedenler, yaşlılığa özgü stres kaynaklarıdır. Bu kaynaklar şiddetli depresyon, kaygı bozuklukları, demans, kronik ağrılar, uyku bozuklukları ve duygu durum bozukluklarını tetikleyen bir rol oynamaktadır. Böylesine yoğun sorunlarla baş etmek durumunda kalan yaşlı bireyler, günlük yaşamın olağan sorunlarıyla birlikte bu tür sorunların da eklenmesi nedeniyle çok ciddi bir yük altındadır(45).

Yaş arttıkça bilişsel bozukluk görülme sıklığı da artmaktadır(46). Yaşam boyunca bilişsel düzeyde değişim yaşanmaktadır; ancak yaşlılıkta bilişsel kayıplar daha fazla olmaktadır(47).

Yaşlılar sosyal rollerini, kendilerine olan güvenlerini ve otoritelerini kaybetme, yetersizlik, faydasızlık duygusu, hastalık ve ölüm korkuları içinde önceleri kendilerini gergin hissederler, daha sonra yavaş yavaş toplumdan çekilirler ve bu arada yansıtma düzeneği ile toplumu suçlarlar. Yaşlının bu döneminde toplum dışında kalması, yaşlının topluma ait olmama, izole edilme duygularını yaşamasına, kendine yönelmesine ve bunun sonucunda da beden işlevleri ile devamlı uğraşır hale gelmesine neden olabilir(48).

Bu etkenlere bağlı olarak yaşlılıkta ortaya çıkan depresyon belirtileri, genç ve orta yaşlılarda görülen depresyon belirtilerinden farklılaşmaktadır. Depresyon yaşayan yaşlılarda fiziksel, görsel, duyuşsal ve bilişsel bozukluklar görülmektedir. Bu

süreçte çevreye karşı ilgisizlik, anksiyete, kendini yargılama, suçluluk ve değersizlik duyguları, fiziksel aktivitesizlik ve sağlıklı yemek yeme davranışları yaşlıların sıklıkla uğraşmak zorunda kaldıkları psikolojik sıkıntılardır(2).

Cinsel özellikler açısından da yaşlı insanlarda birtakım değişiklikler görülmektedir. Erkeklerde bu dönemde belirgin olarak hormonal bir değişim olmasa da, kadınlar bu dönemde “adetten kesilme” olarak bilinen menopoz devresine girmektedirler. Bu süreci yaşayan kadınların bir kısmında duygu bozuklukları, stres ve depresyon gibi psikolojik problemlerin geliştiği bilinmektedir. Söz konusu süreci karakterize eden fizyolojik nedenlere bağlı olarak, kadınların cinsel istek ve aktivitelerinde yavaşlama olacağı ya da cinselliği “duygusal paylaşım” noktası olarak değerlendireceği kanısını da oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra gerek yaşlılık öncesi ve gerekse yaşlılık döneminde kadın veya erkek her iki cinsiyetin cinsel yaşam ile ilgili tutum ve davranışlarında, yaşadıkları toplumdaki cinselliğe verilen kültürel anlamdan da bağımsız olmadığı bilinen bir gerçektir(2).

4.4. YAŞLILIK DÖNEMİNİN TOPLUMSAL BOYUTU

Toplumumuz köylerde yaşlılar, her zaman işlevsel durumdadırlar. Gücünün yettiği oranda tarımsal etkinliklerde yer alır. Bunu yapamıyorsa hiç olmazsa evi bekler. Kırsal kesimde ailenin birkaç kuşağın bir arada oturduğu geniş aile biçiminde oluşu da yaşlı kuşağa saygıyı ve bakımı daha sağlıklı biçimde gerçekleştirmiştir. Kent ortamında yaşlılık daha değişik boyutlar kazanmıştır. Kentleşme, kuşaklar çatışması, aile yapısındaki farklılaşma (ufalma) gibi toplumsal değişmeler, yaşlılığı etkilemiştir. Çalışan kadın ve erkek, işe giderken, çocuklarını kendi anne-babalarına bırakmakta, akşam tekrar oradan alıp evlerine götürmektedirler. Böylece yaşlılar, kentte çocuk bakıcılığı olarak tampon fonksiyonlar üstlenmişlerdir(4).

Yaşlıların yalnızlık ve sosyal izolasyon sorunu günümüzün modern toplumunda derinleşmektedir. Her alanda yaşadığımız hızlı değişme, toplumsal yapıyı da etkileyip değişmesine neden olmuştur. Toplumsal yapıda meydana gelen hızlı değişme sürecine ayak uyduramayan bir grup da yaşlılar olmuştur. Bu yüzden yaşlı, yaşlılık döneminde yoğun şekilde izolasyona maruz kalmakta ve bunun sonucu yalnızlık duygusu yaşamaktadır. Sosyal yalnızlaşma süreci, doğrudan yaşlının yaşam

doyumunu ve yaşlı bireyin yaşantısını çekilmez hale getirmektedir. Yaşlılık sorunları içinde, önemli sorunlardan biri de kuşkusuz yaşlının bakım sorunudur(49).

Günümüzün güç ekonomik koşullarlıda ailelerin, yaşlılara ekonomik yönden yardımını sınırlı duruma getirmiştir. Hatta bazen yardım olanaksızlaşmıştır. Yaşlı, kendisine bakacak, gereksinimlerini karşılayacak, samimi olarak yaklaşacak kimselere muhtaç olmaktadır. Bu nedenle yaşlıların çeşitli kurumlarca bakımı önem kazanmıştır(4).

Yaşlı bireyler yaşlılık döneminde toplumla sosyal uyum problemi yaşamaktadırlar. Yaşlılık döneminde yaşlıların sosyal uyumları, sosyal ilişkilere girme düzeyleri, aile ve toplumla ilişkileri birbirinden farklıdır. Burada özellikle eğitim, meslek, gelir durumu ve çevre gibi faktörlere bağlı olarak yaşlının sosyal uyumu değişmektedir(3).

Yaşlıyı etkileyen önemli konulardan birisi “yaşlının toplum içindeki yeri” ile ilgilidir. Aile ortamının yaşlı için sosyal, duygusal, fiziksel iyiliğin ve ihtiyaçların en iyi karşılandığı, en sağlıklı ortam olduğu bilinmekle beraber, çağımızın hızlı ve karmaşık yaşamında, aile ortamı içinde ihtiyaçlarının karşılanamadığı göze çarpmaktadır(50).

Her insanda yaşlanmakla ölmek arasında süren mücadelede, toplumsal ve kültürel etmenler önemli rol oynarlar. Yani ‘yaşlılık’ ve ‘ihtiyarlık’ toplumsal bir çevrede sosyal ilişkilerle yoğrularak yaşanır ve inşa edilir. Fakat bu toplumsal ve kültürel etmenlerin etkileşimi yaşlanmanın biyolojik gidişatı üzerine de etkilidir. Yaşlılığı günlük yaşam aktivitelerinin ve ilişkilerinin azaltılması olarak algılayan bireylerin, sosyal bütünlüklerinin yanında biyolojik yapılarının da bundan etkilendiği gözlemlenmektedir. “İlişki azaltımı” kuramı olarak literatürde yer bulan bu kuramda ileri yaşlarda yaşlıların giderek yaşamdan, günlük aktivitelerden ve toplumsal ilişkilerden kendilerini çektiklerini ve bu davranışların ‘normal’ olarak algılandığı vurgulanmıştır. Bu görüşü benimseyen toplumlardaki yaşlılarda başta ruhsal ve sosyal problemler olmak üzere pek çok sağlık sorunları oluşmaktadır(11).

Yaşlılarla ilgili en yaygın toplumsal sorunlar; genel yaşam standartlarının yükseltilmesi, yoksulluk ve düşük gelir, sosyal güvenlik politikalarındaki değişiklikler, tek başına yaşayan yaşlı sayısındaki artış, uygun olmayan konut koşulları, aile bakımındaki azalmalar, yaşlı nüfusun yaşlanma belirtileri, yaşlılığa yönelik olumsuz görüşler ve olumlu rolleri kabullenme güçlükleri şeklinde sıralanabilir (49).

Çarpık kentleşme, işsizlik, kültürel bunalım, sorunun yeterince ve doğru tanımlanmaması, geleceğe yönelik hedeflerin, plan ve programların belirlenmemiş olması yaşlıları zor durumda bırakmaktadır. Toplum ve aile tarafından etkinliği ve üretkenliği azalmış, hatta yok olmuş olarak kabul edilen yaşlının, toplum ve aile için bir şeyler yapabileceği unutulmamalıdır. Evde çocuklara bakmak, evi korumak, acil gereksinimleri karşılamak gibi ev içi aktivitelerine aktif katılımlarını sağlamak, toplum yararına olan bazı çalışmalara katılabilecek kapasitede olan yaşlıların bu gücünden yararlanmak, yaşlının sosyal-toplumsal problemlerini çözmeye yardımcı olacaktır(3).

4.5. ÖLÜM

Ölüm üstüne yapılan titiz araştırmalara karşın olum kavramı, insanoğlu için hala bilinmezliğini korumaktadır. Bugün ölüm kavramının kullanımlarına bakıldığında, oldukça farklı anlamlarda kullanıldığı görülmektedir. Örneğin, kliniksel ölüm (clinical death), psikolojik ölüm (psychological death), biyolojik ölüm (biological death), ruhsal ölüm (spiritual death), beyin ölümü (brain death), akıl ölümü (mind death), ussal ölüm (cerebral death), beden ölümü (body death), kalp ölümü (heart death) ve örgütsel ölüm (organismic death) gibi. Ancak ölümü anlamada bu kavramlar oldukça kafa karıştırıcıdır. Buna karşın ölüm kavramını oldukça tartışmalı kılan bir başka durum da ölümün bir süreç mi yoksa bir durum mu olduğuna ilişkin kuramsal tartışmaların varlığıdır. Ölümün herkese göre farklı bir anlamı vardır. Ölüm, bazıları için bir yok oluşken, bazılarına hiçliği hatırlatmaktadır. Bazılarına göre ise inançları doğrultusunda bir şekilde yeniden varoluş anlamına gelir(51).

İnsanlar için doğumdan itibaren tek mutlak gerçek olan ölüm, varoluşun temelinde yatmakta ancak aynı zamanda var olmama tehdidini de temsil etmektedir. Dolayısıyla ölümden kaçamayacağını farkında olan insan, varoluşsal bir kaygı ile karşı karşıya gelmektedir. Yüzleştiği bu kaygıyla baş edemeyen insan ölümden giderek daha az söz etmekte, bu konuyu kısa kesmekte ve sessiz kalmaktadır(52).

Ölüm basit bir fiziksel olay olmayıp doğası ve modelleri, toplumsal faktörler tarafından şekillendirilir. Modern ve Post modern toplumlardaki ölüm deneyimi, modern öncesi toplumlardan özellikleri açısından farklılıklar gösterir. Ölümün yazgısını kabul eden, geleneksel ölüm endişesi taşıyan bireyler, modernizmle beraber farklı bir korku aşamasına geçmişlerdir. Ölümün modern temsilindeki ilk önemli adımı, ölüm nedenini bedene bağlamak olmuştur. Böylece modern toplumlarda ölüm, bedenin hastalığı olarak ortaya çıkmaya başlamıştır(53).

Psikolojide ölüm güdüsünden ilk bahseden Freud'tur. Freud'a göre insanın başlıca iki temel güdüsü vardır. Bunlardan birincisi libido adını verdiği cinsiyet güdüsü, diğeri ise saldırganlık ve yıkıcılık içtepilerini açıklamak üzere kullandığı ölüm içgüdüleridir. Freud'a göre insanların tabiatın tehdidine karşı sığındığı ilahi varlıklar mevcuttur. Bu yüzden Freud ölümü, dini paranoid zihinlerin bir ürünü ve nevrozların ilk belirtisi olarak düşünmüştür.

Varoluşçu psikolojiye göre ise ölüm, insanların içinde bulunduğu en büyük ikilemdir, insan isterse ölümü seçebilir, fakat istemese de ölümü yaşayacaktır. Ölüm varoluşun çözemediği fakat yaşamak zorunda olduğu belki de yaşamın anlamının içinde saklı olduğu en büyük gizemdir(54).

Ölüm farklı dinlerde de farklı anlamlar ifade etmektedir. Yahudilikte ölüm ağır bir ceza ve korkunç bir gerçek; Hıristiyanlıkta ölüm sadece bedenin kaybı ve hayatın daha güzel bir şekle bürünmesi; Müslümanlıkta ise insan ruhunun bedenden ayrılarak Allah katına yükselmesi olarak değerlendirilir(55).

Farklı kültürlerde ve toplumlarda ölümle ilgili değişik inanışlar ve dini yorumlamalar vardır. Ölümü bazı felsefeler her şeyin bitişi olarak kabul ederken, bazıları da onu ruhun bedenden ayrılması olarak yorumlamaktadır. Mistik anlayışa

göre ölüm yeni bir yaşamın başlangıcıdır; bir yok oluş, ayrılma değildir ve ölüm sonrası hesap verme zamanıdır(25).

Yaşamın ayrılmaz bir parçası olan ölüm, insanoğlunun her zaman ilgi duyduğu bir konu olmuştur. Çağlar boyu insanoğlu ölüm üzerine düşünmüş ve onu tanımaya çalışmıştır. Çünkü ölüme ilişkin sorgulama, yaşamın anlamlandırılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Ölümün düşünülmesi ve araştırılması manevi değerlerin oluşturulmasında oldukça etkili olabilmektedir. “Ölüm düşüncesi” kimi için bir stres kaynağı iken, kimi için stresten kurtulma yolu; kimine göre bir yok oluş iken, kimine göre de ölümsüz bir hayatın başlangıcıdır. Bu bakış açısı sonucunda kimi insan, ölüm karşısında çok kaygılanırken; kimi sevinç duyabilmektedir(56).

Ölüm gerçeği insanda bir takım savunma mekanizmaları geliştirmektedir. Ölüm hakkında hiç düşünme fırsatı kalmayacak şekilde çalışmak bu korkuyu bastırır da ölüm gerçeğini değiştirmemektedir. İnsanın ölüme karşı yapabilecek hiçbir şeyi yoktur. Kişi bu kaçınılmaz sondan yakınabilir; nefretini ve öfkesini dışarı vurabilir veya çeşitli ayin ve törenlerle bu korkusunu hafifletmeye çalışabilir. Zaman ve mekânlara göre değişmekle birlikte, günümüze kadar gelen cenaze törenleri, mezarlıklar, mezar ziyaretleri, dualar aslında ölüm kaygısından kurtulmayla yakından ilişkilidir(57).

Bireysel ve toplumsal açıdan ölüm hiçbir dönemde basit bir olay olarak anlaşılmamıştır. Eski çağlarda karşılaşılan sembolik işaretler, ölümün basitçe sadece beden ölümüyle eş zamanlı olarak algılanmadığını göstermektedir (55).

Ölüm, yaşamın farklı dönemlerine göre değişik biçimde algılanır(25). Yetişkinlerin ölüm kavramı; sosyal, kültürel geleneklerin, inançların, kişisel ve duygusal konuların, dini doktrin ve kavramsal anlayışların bir bileşkesidir. Yetişkin için ölüm; temel olarak biyolojik bir olaydır, tüm yaşananlarla gelebilir, yaşam çemberinin son aşamasıdır, kaçınılmaz ve geri döndürülemezdir. Sonuç olarak ölüm, bedensel fonksiyonların bozulmasının sonucunda gelişen bir durumdur(58).

Verimli bir yaşam geçiren yaşlılar ise ölümü, uzun bir yaşamın “doğal sonu” olarak karşılar. Zaten uzun ve mutlu bir yaşam geçirdiği düşüncesiyle ölümü

kabullenirler. Ancak mutsuz bir yaşam geçirmişler ise, geçmiş günlerin pişmanlığı ve yeniden yaşama özlemi ile ölüm korkusu yaşarlar(25).

Yaşlılık döneminde; yaşlılığın meydana getirmiş olduğu fiziksel ve psikolojik değişimlerin görülmesi ölüme olan gidişi ifade etmektedir. Yaşlılıkta bir ayağım çukurda ifadesi bu durumu açıklayan bir örnektir. Yaşlanma ile birlikte ömürden yılların eksilmesi onların ileriye dönük plan yapmasını engellemekte ve ölüme daha çok önem vermesine neden olmaktadır. Bu yüzden yaşlı bireylerde ölümü aşırı derecede endişe ve inkâr duygusu olmadan karşılamalarını sağlamaktadır. Ancak aile üyelerinden uzak ya da yalnız yaşayan ve yaşamını mutsuz geçirdiğine inanan yaşlı bireylerde yalnızlık duygusu ölüm korkusu gelişmesine yol açmaktadır. Yaşla birlikte ölüm korkusunun düzeyi artmakta ve dolayısıyla yaşamdan zevk alma düzeyi de azalmaktadır(58,59).

19. yüzyıla varıncaya kadar ölüm ile ilgili olarak bilimsel açıdan yeterli bir tanımlama yapılmamıştır. İlk kez Fransız bilim insanı Emanuelle Fodere “somatik ölüm” (vücut ölümü) tanımını ortaya atmıştır. Somatik ölüm temel vücut fonksiyonları olarak kabul edilen merkezi sinir sistemi, solunum ve dolaşım fonksiyonlarının irreversibl kaybıdır. Bu fonksiyonlardan birinin kaybı, otomatikman kısa bir süre sonra diğerlerinin de kaybını doğuracaktır. Somatik ölüm tanımı, hukuken geçerli olan ölüm tanımıdır; nasıl ki kişinin hukuki varlığı canlı doğması ile başlıyorsa, sona ermesi de somatik ölüm tanımı ile olmaktadır. Somatik ölümü izleyen ikinci bir ölüm şekli daha vardır. Somatik ölümle birlikte, özellikle beyin sapındaki solunum ve dolaşım merkezinin devre dışı kalması sonucu süreç kaçınılmaz olarak tüm organ ve dokuların canlılık durumunu yitirmesi ile sonuçlanacaktır. Buna, “hücrel ölüm” (biyolojik ölüm) denmektedir(60).

Günümüzde belli durumlar için, somatik ölümle ilişkili olarak “beyin ölümü” tanımı kullanılmaktadır. Beyin ölümü kavramı, 20 yüz yılda tıptaki ilerlemelere bağlı olarak ortaya çıkmıştır. Önce, solunum ve dolaşımın yapay aygıtlarla desteklenmesi ile yaşam süresinin uzatılması; sonra kan grubu ve subgruplarının bulunması, antibiyotiklerin bulunması, bağışıklık sistemi ile ilgili buluşlar ile başka bir vericiden doku ve organ transplantasyonu olanağı doğmuştur. Beyin ölümü kavramı gerçekte, insan organizmasının yaşam ile ilgili olarak kilit bir alanını oluşturan beyin sapındaki

solunum ve dolaşım merkezinin canlılığını yitirdiği ve böylece tıbbın olanakları ile artık yaşama ümidi kalmamış kişilerden buna ihtiyacı olan kişilere organ ve doku transplantasyonu yapılmasını sağlamak amacı ile ortaya atılmıştır. Anlam olarak, somatik ölüme eş değerdir. Beyin ölümüne denk ilk tanım, 1959'da Mollart ve Goulan adlı iki nörolog tarafından yapılmış ve geri dönüşümsüz komaya giren hastalara “komanın ötesinde” anlamına gelen “coma depasse” deyimini kullanılmıştır(60).

4.5.1. Ölüm Karşısında Tutumlar

Ölümün yaşamın bir parçası olduğunu açıkça ve cesaretle kabullenmek, hayati ve kendimizi bütün olarak algılamamızın ön koşuludur. Kişi ölümü tam anlamıyla kabullendiği zaman onun ruh sağlığını gerçek anlamıyla kazanmış olduğu düşünülür(61).

Ölüm karşısında geliştirilen tutumlar denge ve uyumunu yitirdikçe, bireyin kaygı düzeyi artmakta, çevreye uyum sağlaması güçleşebilmektedir(62).

İnsanlar çevrelerindeki bireylerin ölümleriyle ilgili olarak yaşadıkları yaşantılardan yola çıkarak, ölüme ilişkin tutumlarını geliştirmektedirler. Kişinin kendi ölümü karşısındaki tutumları; ölümü isteme, ölümü kabullenme, ölümü kabullenmeme ve ölüme meydan okuma şeklinde dört ana başlık altında toplanabilirken; başkalarının ölümünde buna yas tutma sürecide eklenmektedir(7).

Ölümü kabullenmeme; Eski kültürlerde büyük bir ilgi konusu olan ve bu nedenle varlığını her yerde hissettiren ölüm, günümüzün modern toplumunda dışlanmakta ve toplumsal yaşayışın görünür parçası olmaktan çıkarılmaktadır. Cinsellik, refah ve mutluluk düşüncesinin hakim olduğu günümüzde, ölümü hatırlatan ve hatırlatabilecek her şeyden uzak kalmak çağdaş bir davranış biçimi olarak yer almaya başlamıştır(63). Ölümü yadsıma ve onun varlığını reddetmenin, maskeleye ve bastırma şeklinde iki yolundan söz edilebilir. Maskeleye; ölümü hatırlamamak, onunla hiç karşı karşıya gelmemek, onun hakkında düşünme fırsatı bulmamak için kendini günlük işlerine, çalışmalarına vermek, hayatı çok yoğun olarak yaşamaktır. Bastırma ise ölüm kavramını bilinçten atarak etkisiz hale

getirmektir. Çoğu insan ileriye dönük planlarında ölümü hiç düşünmemekte, bu dünyada sonsuza kadar yaşayacakmış gibi bir tavır arzusu sergilemektedir(55).

Ölüme meydan okuma; Godin, insanların ölüm gerçeği karşısında iki farklı şekilde hareket ettiğini belirlemiştir. Birincisi, kaçınma ve narsistik korunma hareketidir. Bu köklü bir yaşama isteği, daha yaşama ve ölümü dışlama ihtiyacının bir ifadesidir. İnsanda sonsuza dek yaşama arzusu vardır. İkincisi, ‘tamamlanma arzusudur’. Bu daha iyi yaşama, farklı yaşama arzusu şeklinde kendini gösterir(55).

Ölümsüzlük arzusu, inanç ve düşünce olarak farklı şekillerde dile getirilmiştir. Ölümsüzlük tanımı içinde maddi, biyolojik, sosyal ve ruhi ölümsüzlük kavramlarından bahsedilmektedir. Maddi ölümsüzlük; ezeli ve ebedi olan sadece madde olduğundan insanın da maddi özü bakımından ölümsüz olabileceği görüşüne dayanmaktadır. Biyolojik ölümsüzlükte ise ölümden sonra yeniden dirilişe, bir başka âlemde ölümsüz olarak hayatın devam edeceğine inansın ya da inanmasın çoğu insan, bu dünyada biyolojik bir çerçevede de olsa ölümsüz olmaya arzu duyar(55).

Ölümü isteme; Çağdaş kültürde bilinçli ya da bilinçdışı olarak yaşanan ölüm isteği, sanıldığından daha yaygındır. Freud’un ‘ölüm içgüdüleri’ dediği şey bir bakıma (yaşamaya olduğu kadar) ölüme, hayatın aslı olan cansız maddeye dönmeye duyulan istek ve eğilimdir. Jung, bu anlamda biyolojik temele bağlı bir ölüm içgüdüsünü hiç kabul etmez; fakat ona göre manevi hayata işaret eden bir başka içgüdü vardır(64). Hayat mücadelesinde insanın düşmanı kendi dışında değil, kendi içindedir; onu beraberinde taşımaktadır. İnsanda sakinliğe sessizliğe, rahatlığa, denge ve uyuma olan eğilim, ölüme duyduğu özlemdir(55).

Ölümü kabullenme; çeşitli varoluş felsefelerinde ölümü kabullenme tutumuna rastlanır. Bunlardan bazıları ölümü hayatı sürdürmemizdeki temel sebep olarak görürken bazıları ise ölüme yaklaşmanın fizyolojik bir son değil, var olmaya bir tehdit olarak algılandığı görüşünü savunur. Ölümü cesaretle kabullenmek psikolojik olarak sağlıklı yaşamın bir önkoşulu olarak görülür. Eğer kişi ölümlülüğünün ve hiçliğin bastırılmış gerçekliğiyle cesaretle yüzleşirse, daha sağlıklı bir ruhsal yapıya sahip olabilir. Çünkü kişi ne kadar çok ölümsüzlük yanılması içinde yaşarsa

yaşasın, aslında kendi ölümlülüğünü bilir. Bundan dolayı ölümsüzlük yanılsaması kişide bunalım ve psikolojik olarak iyi olmama haline neden olacaktır(55).

Yas tutma; Birçok yazara göre bireyin tamamlaması ve kayıp öncesi denge durumuna dönmesi gereken belli evreleri olan bir süreçti Worden'ın Yas Görevleri Modeli'nde, yas sürecini belirli evrelerden oluşan bir süreç olarak kavramlaştırmak yerine, bireyin yas sürecine uyum gösterebilmesi için yerine getirmesi gereken temel görevleri tanımlanır.

Yas sürecinin dört görevi aşağıda tanımlanmıştır:

1. Kaybın gerçekliğini kabul etmek: Kayıp yaşayan bireyin, kaybedilen kişinin “öldüğü ve asla geri dönmeyeceği” gerçeğiyle tam anlamıyla yüzleşmesidir.

2. Yas ile oluşan acı üzerinde çalışmak ve duyguları ifade etmek: Sevilen birinin kaybı sonucu oluşan acı, hem fiziksel hem de duygusal bir acıdır. Bu acıyı kabullenmek ve yaşamak önemli bir görevdir. Bireyin kayba bağlı acısını bastıran ya da engelleyen her şey yas sürecinin uzamasına neden olur

3. Ölen kişinin bulunmadığı bir çevreye uyum sağlamak: Kayıp yaşayan bireyler, kaybın üzerinden belli bir zaman geçene kadar ölenin kendi yaşamlarındaki rollerini farkında değildir. Bu nedenle; yas tutan birey, ölenin hayatında üstlendiği rollerin kaybına ve bunun kendi benlik duygusunda yarattığı değişikliğe de uyum sağlaması gerekir.

4-Duygusal anlamda ölen kişi ile ilişkileri yeniden düzenlemek ve yaşama devam etmek: Yas tutan birey, ölene yönelik uygun bir anı formasyonu oluşturarak, yas sürecinin gelecek yaşam planlarını ve etkinliklerini olumsuz şekilde örselemesini engellemek zorundadır. Yani ölen kişi ile ilişkisini sonlandırmaktan ziyade, ölene ait anı ve düşüncelerini duygusal dünyasında uygun bir yere yerleştirip geride kalan yaşamını sürdürebilmesidir. Bu aşama yasin tamamlanmasında en zorlanılan görevdir(65).

4.6. ÖLÜM KAYGISI

Ölüm kaygısı, doğumdan itibaren var olan, hayat boyu devam eden, bütün korkuların temelinde yatan, karakter yapısının gelişiminde önem taşıyan, insanın artık var olmayacağını, kendisini ve dünyayı kaybedebileceğinin, bir hiç olabileceğinin farkındalığı sonrası gelişen bir duygudur. Literatürde bireyin ölüm veya ölme ile ilişkili endişe, kaygı veya korku deneyimleri; birinin varlığını tehdit eden gerçek ya da hayali algılar tarafından oluşturulan korku, tedirgin duygu; var olmamanın yaygın korkusu ya da olmamayı yaşama korkusu; bilinçsizlikte yerleşen bir ölüm korkusu, kesin kavramsal form gelişmeden önce hayatın erken bir zamanında biçimlenen bir korku, berbat ve tamamlanmamış olan ve dilin ve hayalin dışında kalan bir korku olarak farklı şekillerde tanımlanmaktadır(7).

Ölümün kaçınılmazlığı, zaman olarak belirsizliği ve olayın ortaya çıkmasından sonraki bilinmezliği, her düşüncede ve her inançtaki insanda, yüzyıllardır, şiirlerle, nesirlerle, şarkılarla, inançlarla tanımlanmaya çalışılan, "korkuların en büyüğü "nü yaratmıştır(66).

Ölüm ve ölüm kaygısı konularının modern psikolojinin konusu olması ise, 20. yüzyılın ilk çeyreğine rastlamaktadır. Ölüm kaygısını ilk tartışan teorisyenlerden birisi olan Freud, ölüme ilişkin kaygıların ölümün kendisiyle ilintili değil çocukluk döneminde çözilemeyen çatışmaların bir yansıması olduğunu iddia eder. Ona göre bilinçaltı kendi ölümünü kabullenmez ve ölümsüz olduğuna inanır. Jung, birey için bir bütünleşme ve kendini ger çekleştirme süreci olarak ifade ettiği bireyleşme süreci çerçevesinde ölümü ele alır. Ona göre birey, hayatının ikinci devresinde ölüme hazırlıkla uğraşır. Bu safhada dinler, kişiye ölüme hazırlık sürecinde yardımcı olacak motivasyonlar sunar. Logoterapi yaklaşımının kurucusu Frankl, ölümün ve acının bile anlamı olduğunu, ölümün hayata anlam kattığı ve "hayatı tamamlayan" unsur olduğunu belirtir. Varoluşçu Yalom ise, ölüm kaygısının her yerde ve yaşta var olduğunu; insanın hayat enerjisinin bir bölümünü bu kaygıyı kontrol etmeye harcadığını ifade eder(67).

Ölüm korkusu ve kaygısı her zaman ve her yerde bulunur ve o kadar yaşamımızı derinden etkiler ki hayat enerjisinin büyük bir kısmı ölümün inkârında

harcandır. Ölümü ölmekte olan insanlara bırakmak olası değildir. Biyolojik hayat-ölüm sınırı görelî olarak kesindir, fakat psikolojik olarak hayat ve ölüm iç içedir. Manilius'un belirttiği gibi "doğumda bile ölürüz, son, başlangıçta vardır" dolayısıyla ölüm kaygısı ve korkusu aslında doğum ile birlikte başlamaktadır (68).

Literatürdeki araştırmalar ölüm kaygısının çok boyutlu bir kavram olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmalarda en çok üzerinde durulan boyutları, belirsizlik ve yalnızlık korkusu, yakınlarını yitirme korkusu, kişisel kimliği kaybetme korkusu, ölüm sonrası cezalandırılma korkusu, geride kalanlar için endişelenme, denetimi kaybetme korkusu, acı duyma korkusu, bedenini kaybetme ve yok olma korkusudur. Bu boyutları şu şekilde özetleyebiliriz(7).

1 - Belirsizlik korkusu: Olaylar hakkında belirsizlik bireyde kaygıya yol açar; ölüm ve öldükten sonra ne olacağı insan için büyük bir belirsizlik olduğundan korku ve kaygı kaynağıdır.

2. Ölümle birlikte bütün bir beden yok olacağını düşünen kimse için, ölüm fazlasıyla korku ve kaygı uyandırabilecek bir durumdur(55).

3-Acı duyma korkusu: Kanser, AIDS veya diğer bazı kronik hastalıkların ölümle sonuçlanması insanlarda hastalık ve ölüm arasında sıkı bir ilişki olduğu düşüncesine neden olmuştur. Bu hastalıkların seyrinde acı duyulması bireyde ölümün de acı verici olduğu düşüncelerini oluşturmaktadır(7).

4-Yalnızlık korkusu: Ölümcül ve hastane şartlarında bakımı ve tedavisi gereken hastalıklarda, birey ailesinden uzaklaştığı için kendini soyutlanmış ve yalnız bırakılmış hissedebilir. Bu durum sıklıkla insanların kendisinden uzak durmasıyla pekiştirilir. Böylece önce ölümle yüzleşmenin sonra da insanlar tarafından terk edilmenin getirdiği yoğun korku bir arada yaşanır(69,7).

5-Yakınlarını kaybetme korkusu: Ölüme yaklaşma düşüncesi, eşini ve yakınlarını kaybetme korkusu, maddî ve sosyal yetersizlikler anksiyete ve depresyon insidansını artırır(70).

6-Denetimi kaybetme korkusu: Bazı hastalıklarda veya ölümcül bir hastalığın ileri evrelerinde kişinin beden denetiminin azalması ego tarafından tehdit olarak algılandığından kişide kaygı ve korkuya neden olur.

7-Kimlik duygusunu kaybetme korkusu: Bireyde hastalık ve ölümlle yakınlarından uzaklaşma korkusu gelişir. Yakınlarını ve dostlarını kaybetmek, onlarla ilişkilerinden yoksun kalmak insanın kimlik duygusunu sarsabilir. Bu dönemde, bireyin kendisine olan özsaygısını yitirme, ümitsizliğe düşme ve değersizlik düşünceleri gelişebilir(55).

8-Gerileme korkusu: Ölümün yaklaştığını düşünen birey bir gerileme dönemine girdiğini düşünür ve korkuya kapılabilir.

9-Ölüm sonrası cezalandırılma korkusu: Bazı dini inanışlarda kişinin ölümünden sonra ona, bir ceza verileceği ve işkence yapılacağı düşünceleri vardır. Ayrıca ölüm olayının da bir elem içerdiğine inanılır(7).

Ölüm kaygısı insani korkuların temel nedenlerinden biridir ve bütün korkuları uzaktan ve yakından ilgilendirmektedir(54).

Ölüm kaygısı ile ilgili araştırmalar incelendiğinde, genellikle ölüm kaygısı ile ilişkili olan çok boyutlu bir yapının olduğu fark edilmiştir. En çok yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri, sosyokültürel etkenler, gelişimsel süreç, dini inançlar ve ölümcül hastalık durumlarının ölüm kaygısı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir(7).

Ölüme ilişkin nevrotik korkunun temellinde bilinçaltı, ergenlik ve doğum travmalarının olduğu görüşü de oldukça yaygındır. Sosyal ilişkiler, ölüm olayının algılanış biçimi, cezalandırma korkusu da ölüm kaygılarını da etkilemektedir. Farklı inanışların ve dinlerin ölüm kavramına getirdikleri farklı bakış açıları ister istemez ölüme yönelik tutumları, korkuları ve kaygıları da etkilemektedir(54).

4.6.1. Ölüm Kaygısının Bileşenleri

Ölüm kaygısı, duygusal, bilişsel ve motivasyonel bileşenler içerir;

a. Duygusal Bileşen: Bireyin varoluşuna bir tehdit bireyde beyindeki duygusal bellek alanlarının aktifleşmesine neden olur.

b. Bilişsel Bileşen:

- 1-Ölüm kaygısının bilişsel boyutlarını,
- 2-Ölüm süreci inanç ya da düşüncelerini,
- 3-Ölü olma durumu ile ilgili düşünceleri,
- 4-Ölüm sonrası beden düşüncesini,
- 5-Bilinmezlik hakkındaki düşünceleri
- 6-Ölüm hakkında bilinçli düşünceleri
- 7-Erken ölüm düşüncelerini içerebilir

Bireyin yaşam deneyimleri sonucu gelişen bilişsel yapının ölüm kavramı ile birleşmesi sonucunda ölümün birey için daha az kaygı unsuru oluşturacağı düşünülmektedir.

c. Motivasyonel Bileşen: Ölüm kaygısı ve buna karşı gelişen savunma mekanizmalarının bireyin davranışlarını etkilediği ve yaşam için bir motivasyon oluşturduğu düşünülmektedir(7).

4.7. YAŞLILARDA ÖLÜM KAYGISI

Yaşlı insan, kendini ölüme daha yakın hissetmektedir. Her gün, her saat, onu ölüme biraz daha yaklaştırmaktadır. Ölüme yaklaşmanın bilincinde olan bir yaşlıyı rahatlatan tek şey, sağlam bir yaşam felsefesidir. Eski fizik gücünden çok şey yitirmiş, yaşlı bir bedenin beraberinde getirdiği hastalıklarla rahatsız, verimli ve üretken bir isten yoksun ve her an ölüme yaklaştığının farkında olan bir yaşlı, kendini çok zayıf hisseder. Bu duygular içindeki insana en önemli destek, iyi bir yaşam felsefesi ve aile desteğidir (6).

İnsan yaşlandıkça, ölüme ait düşünceleri ve ölüm korkusu artış gösterir. Dolayısıyla, yaşlı insanın kendisini ölüme hazırlaması; yaşlının ölüm korkusunu sık sık itiraf etmeden, ölümü beklediğini veya öleceği ihtimalini göz önünde bulundurmaktan kaçınma eğilimini gösterdiğini ifade eder. Buna karşılık Feifel ve Brancomb, böyle bir tutumun ölüme karşı yapılan bilinçli bir tepki, bir çeşit reddetme olduğunu söylemektedirler. Terminal döneme yaklaşan yaşlı bireyler sıklıkla ölüm anksiyetesine kapılırlar.

Doğal nedenlerden dolayı ani olarak ölmek, yaşlılıktan dolayı ölmek ve saygınlığını kaybetmeden ölmek, birçok insan tarafından "iyi ölüm" olarak adlandırılır. Verimli bir yaşam geçiren yaşlılar, ölümü uzun bir yaşamın "doğal sonu" olarak karşılar. Zaten uzun ve mutlu bir yaşam geçirdiği düşüncesiyle ölümü kabullenirler. Ancak mutsuz bir yaşam geçirmişler ise, geçmiş günlerin pişmanlığı ve yeniden yaşama özlemi ile ölüm korkusu yaşarlar. Zamanın artık çok az oluşu umutsuzluğu doğurur, yaşlı ölümü kabullenemez ve olabildiğince ölümün geç gelmesini ister(71).

Yaşlılarda ölüm kaygısını etkileyen değişkenler genel popülasyondan çokta farklı değildir. Yakınlarından birinin kaybının yaşamın ilk dönemlerinde dengelenebilir bir durum olduğu; ileri yaşlarda ise kaybedilen her sevgi nesnesinin yeri doldurulamayacak boşluklar oluşturduğu ve bireyin sosyal ölümüne zemin hazırladığı düşünülmektedir.

Sosyal çekirdekteki yitimlerden kaynaklanan sosyal ölüm, yaşlanmayı ve fizik ölümü kolaylaştırır. Yaşlanan birey çeşitli nedenlerle (çevresindeki yakınlarını kaybetmesi gibi) sosyal ilişkilerinden zorunlu ya da farkında olmadan soyutlanabilmektedir. Diğer insanlardan soyutlanmak ve yalnız kalmak yaşlıya hiçliği anımsatır. Hiçlik ölüme simgeleşir ve bunu bilmek sürekli yaşanan ölüm kaygısını da beraberinde getirir(7).

Templer, ölüme ilişkin kaygı ve korkuların temelinde iki etmen olduğunu ileri sürmektedir. Bunlardan birincisi, psikolojik sağlıktır. Bireyler depresyon, kaygı

düzeıı v.b. psikolojik sağlık sorunları yaratan durumlarda yüksek ölüm kaygısı gösterebilmektedirler. İkinci etmen ise, ölüm olayı ile ilgili özel yaşantıdır(72).

Yaşlılıkta yaşlılık depresyonu, kaygı bozuklukları, fobiler ve obsesyonların varlığında ölüme ilişkin kaygı ve korkular artabilmektedir. Bireyin yaşamı boyunca karşılaştığı ölüm olayları, kaybettiği yakınları ve kendisinin karşılaştığı tüm ölümcül olaylar, onun ölüme ilişkin genel kaygı ve korkularının düzeyini belirlemektedir. Yani yaşlılıkta da ölüme ilişkin kaygı ve korkular öğrenmeyle ilişkili olabilir(7,72,73).

4.8. BENLİK KAVRAMI

Bireyin mutlu ve doyumlu bir yaşam sürmesinin önce kendisi, sonra çevresi ve topluma doğru olumlu yansımaları olacağı kabullenilmektedir. Böyle bir yaşam tarzının olabilmesi ise, sağlıklı bir kişilik gelişimine bağlıdır. Olumlu bir kişilik gelişimi için bireyin çalışması, diğer bir deyişle ürün vermesi yaptıklarından doyum sağlaması, özgürlüğünü yitirmeden uyum sağlaması gibi göstergeler kullanılmaktadır. Kişinin tavır alışlarını, çevresini algılayışını, gösterdiği uyum tarzını ve tepkilerini kişilik başlığı altında topluyoruz. Kişiliğın bir alt yapısı ise benliktir. Benlik, bireyin kişiliğine ilişkin kanıları kendi algılayış biçimi olarak özetlenebilir. Kişiliği yönlendiren, biçimlerinden bir öğedir.

Benlik, gerçeği tanımak ve uyum sağlamak, anımsamak, düşünmek; kavramları değerlendirmek; karşılaşılan engellere çözüm yolu bulmak; geleceğe ilişkin tasarılar yapmak, savunmak düzenekleri geliştirmek gibi görevleri yerine getirir(74).

Birey, doğumdan itibaren bir toplumsallaşma süreci içine girer. Özellikle anne, baba, kardeşler, yakın akrabalar, akran grupları, okul ve iş ortamındaki kişiler gibi birincil ve ikincil gruplar, model oluşturma, olumlu ve olumsuz toplumsal pekiştirme ve baskı yöntemleri kullanarak bireyin toplumsal rollerini ne ölçüde oynayabileceğini belirler. Bir süre sonra bireyin benliği, sadece toplumsallaşma sürecinin bir ürünü değil, bu sürecin gerçek ve etkin bir parçası olarak ortaya çıkar. Yaşamın her alanında görülen seçme eyleminde, bireyin kendisini nasıl görüp değerlendirdiği, başka bir deyişle benlik kavramı önemli bir rol oynar(75).

Benlik kavramı yıllarca gelişmekte olan bir süreç olup şunlardan oluşur: başkalarının kendi bedenine yaklaşımı, başkasının kendisine davranışlarını nasıl algıladığı, birey ve diğerleri arasındaki ilişkiler, kişilik yapısı, bireyi etkileyen uyarının algılanması, daha önceki yaşantıları, fiziksel, zihinsel ve sosyal benlik hakkındaki düşünceler, benlik hakkındaki beklentileridir(76).

Rogers' e göre Benlik; "Bireyin bazı özellikleri kendine atfetmesidir ve bir kimsenin benlik kavramı daha çok başkalarının onun hakkında ki görüşlerini yansıtır. Benlik kavramı kendi yaşantıları ve organizmik beni ile her zaman uyuşabilecek biçimde kişinin kendini algılamasıdır. Böylece ideal olarak kendini gerçekleştirme eğilimi, benlik kavramını ve benliğin boyutlarının eşanlamlı olduğu veya uyumlu olduğu şekilde kendini gerçekleştirmeye işaret etmektedir" (77).

Rosenberg' e göre benlik kavramı, "bireyin bir nesne gibi kendisine yönelttiği duygu ve düşüncelerinin bir toplamıdır". Freud' a göre "benlik, id, ego ve süper egoyu da kapsayan bir yapı olarak ele alınmaktadır". Allport benliğin gelişimini bebeklik, okul öncesi, okul yılları ve ergenlik dönemleri içinde ele alıp inceler. Benlik ile egoyu eşanlamda kullanır(78).

Benlik kavramı kuramcılar tarafından çeşitli şekillerde yorumlanmış çok boyutlu bir kavramdır. Bazı kuramcılar benliğin toplum tarafından şekillendiğini, kişiler arası ilişkilerin benliğin gelişiminde önemli rol oynadığını savunurken; bazıları ise benliğin oluşumunda daha çok doğuştan gelen dürtülerin önemli olduğunu savunmuşlardır. Yine literatürde benlik kavramını ele alan en önemli kişi olan Cooley' e göre ise kişinin benlik kavramı, içinde bulunulan sosyal ortamdan soyutlanamaz. Cooley "ben ve toplumun ikiz doğduğunu, bireyin yaşantı ve sosyal baskısının birbirini şekillendirdiğini" söylemiştir. Benlik kültürden kültüre farklılık gösterebilen toplumsal bir üründür(79).

Benlik kavramının gelişim sürecini etkileyen bazı faktörleri şöyle sıralayabiliriz:

- Bireysel ve kültürel deneyimler
- Kişilik yapısı

- Başkasının kendisine davranışlarını nasıl algıladığı
- Birey ve diğerleri arasındaki iliksiler
- Daha önceki yaşantıları
- Bireyi etkileyen uyarının algılanması
- Fiziksel, zihinsel ve sosyal benlik hakkındaki düşünceler
- Benlik hakkındaki beklentileri

Kısaca benlik, kendi kişiliğimize iliksin kanılarımız ve kendi kendimizi görüş tarzımızdır. Bu bakımdan benlik, kişiliğin öznel yanı olarak tanımlanabilir(79).

4.9. BENLİK SAYGISI

Benlik saygısı ya da diğer bir deyişle özdeğer duygusu, self-esteem in kavramsal karşılığı olarak Türkçede kullanılan bir terimdir. Benlik saygısı kişinin kendini tanıması ve gerçekçi olarak değerlendirmesi sonucunda kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul edip benimsemesi şeklinde tanımlanmakta olup, kişinin kendisine karşı duyduğu sevgi saygı ve güven duygularını ifade etmektedir(80).

Benlik saygısı, bireyin kendisine değer vermesini, güven ve saygı duymasını içeren bir kavramdır ve kendisini değerlendirmesi sonucunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından oluşan beğeni durumudur. Benlik saygısı, bütün bir yaşam sürecini kapsayan, sürekli değişen, öğrenilen bir kavramdır. Bu öğrenme süreci, bireyin temelde ailesi olmak üzere sosyal çevresiyle etkileşimini kapsamaktadır(79).

Branden'e göre benlik saygısı kişinin kendine olan güvenini ve kendisi hakkındaki doyum duygusunu ifade eder. Başka bir deyişle, kişinin kendisi hakkında nasıl düşündüğü ve hissettiğidir. Benlik saygısı açısından sağlıklı bir birey, kendini değerli hisseder ve yaşamdaki sorunlarla basa çıkabileceğine güvenir. Kendisi ve yetenekleri hakkında olumlu (ve yine de gerçekçi) bir yaklaşıma sahiptir.

Olaylar kötü gittiğinde, kendisini hatalarıyla birlikte kabullenebilir ve kendisini değerli hisseder. Düşük benlik saygısına sahip kişiler ise, yeteneklerinden kuşku duyar ve kendisi hakkında gerçekçi olmayan beklentileri vardır. Kendi değerleri hakkındaki fikirleri, diğer insanların görüşlerinden fazlasıyla etkilenir ve kendisini acımasızca eleştirir. Hiçbir şeyi yeterince doyurucu bulmama eğilimi vardır. Kişinin benlik saygısı, kendi kendisiyle olan (içsel) konuşmalarından etkilenir. Diğer canlılardan farklı olarak, insanlar kendi varlıkları hakkında farkındalığa sahiplerdir ve bunu sorgularlar. Sosyal yaşamda, kişinin, diğer insanlarla olan iletişimi ve bunlar sonucu aldığı geribildirimler kendisi hakkındaki fikirlerini oluşturmasında etkilidir.

Bir kişiyi anlamak için o kişinin kendisine iliksini değerlendirmesi hakkında fikir sahibi olmak gerekir. İnsan için kendisi hakkındaki değerlendirmesi neredeyse ölüm kalım meselesi kadar önem taşır. Kişiye yöneltilen her soru karşılığında ya da karar vermesi gereken her durumda, vereceği cevap ya da karar kendisi hakkındaki görüşünü de içerecektir(81).

Erikson, benlik saygısının kökenini, psikososyal gelişim basamaklarının birinci döneminde temel güven duygusuyla kazanılan, aynılık ve süreklilik duygusuna bağlamıştır. İkinci dönemde çocuğun işeme, dışkılama kasları üzerinde kontrol sağlaması ve benlik saygısı desteği ile kendi kendini denetleyebilmesi, özerklik duygusunun kazanılmasını sağlamaktadır. Çocuğun kendisi üzerinde kontrol kurduğunu fark etmesinin verdiği haz ve sosyal varlığının farkına varması, benlik saygısını gerçekçi olarak artırmada da rol oynamaktadır. Erikson'un kuramında psikososyal gelişimin beşinci dönemi olan kimlik oluşumu sürecinde de benlik saygısının önemli rolü vardır. Daha erken dönemlerde benlik saygısının ortaya çıkmasını sağlayan aynılık ve süreklilik duygusunun bu dönemde, başkaları tarafından yapılan değerlendirmenin aynılık ve sürekliliği ile uyuşması sonucunda benlik kimliği duygusu gelişmektedir. Bu şekilde kimlik duygusuna yol açan benlik saygısı, çocukça bir benmerkezcilik duygusunun aksine, yetenekler ve sosyal teknikler, ego ideali ve sosyal rol ilkelerine dayanmaktadır(82).

Rosenberg, benlik saygısını kişinin kendisine karşı, olumlu veya olumsuz tutumu olarak ele almıştır. Kişi kendini değerlendirmede olumlu bir tutum içinde ise, benlik saygısı yüksek, olumsuz bir tutum içinde ise, benlik saygısı düşük olarak kabul edilmektedir(82).

Coopersmith'e göre benlik saygısının gelişimine katkı sağlayan dört temel faktör vardır. Birinci ve başta gelen faktör kişinin yaşamında önemli yere sahip diğer bireylerden aldığı ilgi, kabul ve saygının miktarıdır. Benlik saygısının gelişimine katkı veren ikinci etken bireyin başarı geçmişi, sahip olduğu pozisyon ve statüdür. Bireyin başarıları toplumdaki statüsüyle ilişkili olarak bireyin fark edilmesini sağlar. Üçüncü faktör bireyin diğerlerince belirlenen ve kendisince de kabul edilen amaçlara ulaşmasıdır. Dördüncü faktör ise bireyin başkaları tarafından kendisi için yapılan değerlendirmelere verdiği karşılıktaki tavidir(83).

Benlik saygısı, Maslow' un temel gereksinimler piramidinde dördüncü basamakta yer alır ve kendine güven, değer ve başarıyı işaret eder. Bu sistem içinde bireyin kendini gerçekleştirmesinin ön koşulu benlik kavramı düzeyinin yüksek olmasıdır. Maslow' a göre piramidin üst düzeyinde yer alan gereksinimlere ancak alt düzeyde yer alan gereksinimlerin karşılanması halinde ulaşılabilir.

Bu ihtiyaçlar:

- Temel fizyolojik ihtiyaçlar,
- Güvenlik ihtiyaçları,
- Ait olma ve sevgiye duyulan ihtiyaç,
- Saygı ve statü ihtiyaçları,
- Kendini gerçekleştirme ihtiyacıdır (78,79).

Benlik saygısı ile çevreye uyum arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu, düşük benlik saygısı olan bir bireyde yüksek düzeyde kaygı, psikosomatik ve depresyon belirtilerinin bulunduğu belirtilmektedir. Ayrıca, benlik saygısının düşük olması, kişinin kendi durumunu gerçekçi algılamasını ve değiştirilmesi gereken şeyleri değiştirmek için harekete geçme yeteneğini olumsuz etkiler(84).

4.9.1. Benlik Saygısının Bozulması Sonucu Görülen Özellikler

Bireylerin benlik saygısını artırmak onların toplum içinde daha uyumlu ve mutlu bir kişi olarak yaşamalarına büyük katkı sağlayacaktır. Bu yüzden bireylerin

benlik saygularının değerlendirilmesi ve bozuklukların giderilmesi önemlidir. Bireylerde benlik saygısı bozulması sonucu görülen özellikler şöyledir:

- Kendini eleştirme
- Girişimlerin sonuçlarına yönelik olumsuz beklentiler
- Artmış endişe ve korku
- Yetersizlik veya ümitsizlik duyguları
- Kendini kötüleyen duygu ve davranışlar
- Öz-bakım yetersizliği
- Bir işin devamını getirememe
- Başkalarına ve kendilerine güvenmeme
- Olumlu eleştirileri kabul edememe
- Kendine zarar verme davranışları
- Ambivalans (zıt) duygular yaşama
- Kendi hakkında mantıksız katı standartlar
- Gerçek güç ve kabiliyetleri küçümseme
- Gerçek veya hayali başarısızlıkla ilgili ön yargı
- Utanç ve suçluluk duyguları
- Kendine değer vermeme
- Kendilerine ait kararlarının olmaması, sürekli diğer insanların kararlarına

göre yaşama ve risk almama

Benlik saygısı bozukluğunda kişinin kendine güveni ve kendine verdiği değer azalır, kendisi hakkında negatif duygular yaşayabilir. Özgüven bozukluğu sonuçta kendine güven ve kendine değer verme duygularının kaybolmasına yol açar. Düşük özgüven, durumsal veya kronik olabilir. Benlik saygısı çeşitli nedenlere bağlı olarak etkilenebilir, artıp azalabilir(79).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Araştırmamız İstanbul Büyük Şehir Belediyesi Kayışdağı Darülaceze Huzur ve Bakımevinde yapıldı. Araştırmacı Şubat 2014 – Nisan 2014 tarihleri arasında haftanın üç günü (Salı, Perşembe ve cuma günü) kuruma giderek yaşlılarla görüştü.

5.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Şubat 2014 ve Nisan 2014 tarihleri arasında yapılan çalışma, huzur ve bakım evinde yaşayan yaşlıların ölüm kaygısı ve benlik saygısının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, Şubat 2014-Nisan 2014 tarihleri arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kayışdağı Darülaceze Huzur ve bakımevinde yaşayan 800 yaşlı oluşturmaktadır.

5.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Şubat 2014-Nisan 2014 tarihleri arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kayışdağı Darülaceze Huzur ve Bakımevinde araştırma kriterlerimize uygun 240 yaşlı tespit edilmiştir. Araştırmamıza katılmayı kabul etmeyen, kurumdan ayrılan, tedavi için hastaneye giden yaşlıların dışında kalan 188 kadın ve erkek yaşlı birey araştırmamızın örneklemini oluşturmuştur.

5.5. ARAŞTIRMAYA ALINMA KRİTERLERİ

- Mobil olmak ve öz bakım ihtiyaçlarını giderebilmek
- Huzurevince yapılmış olan mini mental testini geçmiş olmak
- İşitme ve görme problemi olmamak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- 65 Yaş ve üstü olmak

5.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın planlama aşamasında Medipol Üniversitesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan Etik kurul izni(EK-5) ve İ.B.B.Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı İstanbul Darülaceze Müdürlüğünden kurum izni alındı. (EK-6)

5.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma sadece İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kayışdağı Darülaceze Huzur ve Bakımevinde yaşayan yaşlıları kapsadığından, Türkiye'deki diğer huzur ve bakımevinde kalan yaşlılarla genellenemez.

5.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler kişisel bilgi formu, Templer Ölüm Kaygısı ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile elde edildi.

Kişisel bilgi formu(EK-1): Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan kişisel bilgi formu 12 sorudan oluşmaktadır. Bu formda kişilerin demografik özellikleriyle birlikte, kurumda kalış süreleri, kurumda nasıl zaman geçirdikleri, ziyaret edilme sıklıkları ve sağlık durumları ilgili sorular bulunmaktadır.

Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği (EK-2) : D. I. Templer tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olup, ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1989 yılında C. Şenol tarafından yapılmıştır. Bireyin kendi ölümü ve ölüm riski ile ilgili kaygı ve korkularını ölçen, 15 maddelik, doğru-yanlış şeklinde yanıtlanan bir ölçektir. Ölçekteki ilk 9 maddeye verilen her bir “evet” yanıtı için “1”, “hayır” yanıtı için “0”, diğer 6 maddeye verilen her bir “hayır”yanıtı için “1”, “evet” yanıtı için ise “0” puan alınmaktadır. Deneğin aldığı puanların toplamı, ölüm kaygısı puanını vermektedir. Testten alınabilen en yüksek puan 15'tir. 0-4 puan “hafif düzeyde”, 5-9 puan “orta düzeyde”, 10-14 puan “ağır düzeyde”, 15 puan “panik düzeyde” ölüm kaygısı olarak değerlendirilir. Şenol, “Test-Yeniden Test” yöntemi ile yaptığı güvenilirlik çalışmasında, ölçeği kurum ve kurum dışından toplam 30 yaşlıya, 3 hafta arayla iki kez uygulamıştır. Her iki uygulama puanları arasındaki korelasyon 0.86

bulunmuştur. Templer, güvenilirlik çalışmasında aynı yolu izleyerek “Test-Yeniden Test” güvenilirliğini 0.83 olarak bulmuştur(6).

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (EK-3): Ölçek Rosenberg tarafından geliştirilmiş olup, 12 alt ölçekte toplam 63 sorudan oluşmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin benlik saygısını ölçen ilk on maddesi kullanılmıştır. Benlik saygısı açısından; olumlu maddelere 0,1,2,3 olumsuz maddeler ise 3,2,1,0 olarak puanlanmıştır. Testten alınabilecek puanlar 0 ile 30 arasında değişmektedir (81). 15-25 arası alınan puan benlik saygısının yeterli olduğunu gösterirken, 15 puanın altı düşük benlik saygısını göstermektedir(82).

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çuhadaroğlu tarafından yapılmıştır. Geçerlik çalışması, seçilen örneklem ile yapılan psikiyatrik görüşmelerin ölçekten elde edilen sonuçlar arasındaki uygunluğunun basit korelasyon yöntemi ile hesaplanması yoluyla yapılmış, geçerlik oranı %71 olarak saptanmıştır. Güvenirlik çalışması test-tekrar test yöntemi ile yapılmış ve %75 güvenilirlik oranı saptanmıştır(81).

5.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için İBM SPSS 18.0 (Statistical Package for Social Sciences) istatistik paket programı kullanıldı. Verilerin tamamlayıcı istatistikleri olarak yüzde değerler, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir.

Normal dağılım göstermeyen iki grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Normal dağılımlı çoklu gruplar arasında belli bir değişkene bağlı olarak farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla One-way Anova varyans analizi kullanılmıştır. Varyansların eşit olduğu, gruplar arasında fark bulunduğu ve farklılıkların hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post hoc karşılaştırma testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

6. BULGULAR

İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kayışdağı Darülaceze Huzur ve Bakımevinde kalan yaşlıların ölüm kaygısı ve benlik saygısının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada katılımcıların;

- ✓ Sosyo-demografik özelliklerini ilişkin bulgular Tablo 1’de
- ✓ Huzur ve bakımevinde ziyaret edilme durumlarına göre bazı özellikleri Tablo 2 ‘de
- ✓ Huzur ve bakımevinde meşguliyet durumları Tablo 3’de
- ✓ Huzur ve bakımevinde hastalık durumlarına göre özellikleri Tablo 4’de
- ✓ Ölüm kaygısı ölçeğinden aldığı Puanlar Tablo 5’de
- ✓ Benlik saygısı ölçeğinden aldığı puanlar Tablo 6’da
- ✓ Benlik saygısı düzeylerine göre ölüm kaygısı düzeyleri Tablo 7’de
- ✓ Sosyo- demografik özelliklerine göre benlik saygısı ve ölüm kaygısı puanlarının dağılımı Tablo 8’de
- ✓ Ziyaret edilme durumlarına ilişkin bazı özelliklerine göre benlik saygısı ve ölüm kaygısı puanlarının dağılımı Tablo 9’da
- ✓ Meşguliyetlerine ilişkin bazı özelliklerine göre benlik saygısı ve ölüm kaygısı puanlarının dağılımı Tablo 10’da
- ✓ Hastalık durumlarına ilişkin bazı özelliklerine göre benlik saygısı ve ölüm kaygısı puanlarını dağılımı Tablo 11 ‘de sunulmuştur.

Tablo 1. Yaşlıların sosyo-demografik özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet (n:188)		
Kadın	82	44
Erkek	106	56
Yaş grubu (n:188)		
65-74	127	78.7
75-84	48	14.4
85 ve üzeri	13	6.9
Yaş ortalaması: 72,06		
Medeni durum (n:188)		
Evli	14	7.5
Bekâr	79	42.0
Dul	64	34.0
Boşanmış	31	16.5
Eğitim Durumu (n:188)		
Okur-yazar değil, Okur-yazar, ilkokulu bitirmemiş	56	29.8
İlköğretim	83	44.1
Lise ve üstü	49	26.1
Çocuk sayısı (n:60)		
1	29	48.3
2	22	36.7
3	6	10.0
4	3	5.0
Meslek (n:188)		
İşçi	45	23.9
Memur	14	7.5
Esnaf	35	18.6
Serbest	42	22.3
Ev hanımı	52	27.7
Sağlık Güvencesi (n:188)		
Var	106	56.4
Yok	82	43.6
Kurumda kalış süresi		
1 yıl	52	27.7
2 yıl	30	16.0
3 yıl	18	9.6
4 yıl	19	10.1
5 yıl ve üzeri	69	36.7
Toplam	188	100.0

Tablo 1’de yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin % 44’ü kadın, % 56’sı erkek

olup, % 78,7'si 65-74 yaş grubunda yer almaktadır. Yaşlı bireylerin % 47'sinin bekâr, % 44,1'inin ilköğretim mezunu, çocuğu olan yaşlıların (n=60), % 48,3'ünün bir çocuğu olduğu, %27,7'sinin ev hanımı, %56,4'ünün sağlık güvencesi sahibi ve %36,7'sinin 5 yıl ve üzeri yıldan beri kurumda kaldığı belirlenmiştir.

Tablo 2. Yaşlıların ziyaret edilme durumlarına göre bazı özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Ziyaret edilme durumu		
Evet	158	84.0
Hayır	30	16.0
Ziyaret edilme sıklığı (n:158)		
Her gün	0	0.0
Haftada 1-2 kez	26	16.5
Ayda bir kez	36	22.8
Ayda birkaç kez	30	19.0
Nadiren	66	41.7
Çocukları tarafından ziyaret edilme durumu (n:158)		
Evet	17	10.8
Hayır	141	89.2
Akrabaları tarafından ziyaret edilme durumu (n:158)		
Evet	92	58.2
Hayır	66	41.8
Komşu/arkadaşları tarafından ziyaret edilme durumu (n:158)		
Evet	37	23.4
Hayır	121	76.6
Gönüllüler tarafından ziyaret edilme durumu (n:158)		
Evet	31	19.6
Hayır	127	80.4
Genel ziyaretçiler tarafından ziyaret edilme durumu (n:158)		
Evet	36	22.8
Hayır	122	77.2
Toplam	188	100.0

Tablo 2'de yaşlı bireylerin ziyaret edilme durumuna ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Yaşlı bireylerin %84'ü ziyaret edildiğini, ziyaret edilen

yaşlıların %41,8'i ziyaret edilme sıklığının nadiren olduğunu, en fazla ziyaretlerine akrabalarının geldiğini (%58,2), en az ise çocukları tarafından (%10,2) ziyaret edildiğini belirtmiştir.

Tablo 3. Yaşlıların huzurevindeki meşguliyetlerine ilişkin bazı özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Huzurevi sakinleriyle sohbet etme		
Evet	87	46.3
Hayır	101	53.7
Televizyon izleme		
Evet	96	51.1
Hayır	92	48.9
Gazete, kitap vb. okuma		
Evet	44	23.4
Hayır	144	76.6
Radyo dinleme		
Evet	28	14.9
Hayır	160	85.1
El işi, resim vb gibi el becerisi gerektiren işlerle uğraşma		
Evet	25	13.3
Hayır	163	86.7
Toplam	188	100.0

Tablo. 3'de yaşlıların huzurevindeki meşguliyetlerine ilişkin bazı özellikleri verilmiştir. Yaşlıların büyük çoğunlukla, huzurevi sakinleriyle sohbet ederek (%46,3) ve televizyon izleyerek (%51,1) zamanlarını geçirdiği, daha az yaşlının gazete, kitap vb. okuma (%23,4), radyo dinleme (%14,9) ve el işi, resim vb gibi el becerisi gerektiren işlerle uğraşma (%13,3), gibi meşguliyetlerinin olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. Yaşlıların hastalık durumlarına göre bazı özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Tanısı konulmuş ve şuan devam eden bir hastalığa sahip olma (n:188)		
Evet	97	51.6
Hayır	91	48.4
Kardiyovasküler Hastalıklar (n:97)		
Evet	16	16.5
Hayır	81	83.5
Hipertansiyon (n:97)		
Evet	50	51.5
Hayır	47	48.5
Diyabetes Mellitus (n:97)		
Evet	42	43.3
Hayır	55	56.7
Serebrovasküler Hastalıklar (n:97)		
Evet	2	2.1
Hayır	95	97.9
KOAH (n:97)		
Evet	11	11.3
Hayır	86	88.7
Prostat bezi sorunları (n:97)		
Evet	2	2.1
Hayır	95	97.9
Romatizma (n:97)		
Evet	4	4.1
Hayır	93	95.9
Herni (n:97)		
Evet	1	1.0
Hayır	96	99.0
Parkinson (n:97)		
Evet	1	1.0
Hayır	96	99.0
Toplam	188	100.0

Tablo. 4'te yaşlıların hastalık durumlarına ilişkin bazı özellikleri yer almaktadır. Yaşlıların %51,6'sının tanısı konulmuş ve şuan devam eden bir hastalığa sahip olduğu, en fazla görülen hastalıkların sırasıyla, hipertansiyon (%51,5),

diyabetes mellitus (%43,3), kardiyovasküler hastalıklar (%16,5) ve KOAH (11,3) olduğu saptanmıştır.

Tablo 5. Yaşlıların Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı

	Sayı	%
Hafif düzey ölüm kaygısı	74	39.4
Orta düzey ölüm kaygısı	92	48.9
Ağır düzeyde ölüm kaygısı	22	11.7
Toplam	188	100.0
	(Min-max)	(Ort±SD)
Ölüm kaygısı ölçeği toplam puanı	0-13	5.61±3.07

Tablo. 5'te yaşlıların ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı görülmektedir. Yaşlıların çoğunluğunun (%48,9) orta düzeyde ölüm kaygısı yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 6. Yaşlıların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı

	Sayı	%
Düşük benlik saygısı	15	8.0
Yeterli benlik saygısı	173	92.0
Toplam	188	100.0
	(Min-max)	(Ort±SD)
Benlik saygısı ölçeği toplam puanı	7-30	18.46±3.76

Tablo. 6'da yaşlıların Rosenberg benlik saygısı ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı görülmektedir. Yaşlıların büyük çoğunluğunun (%92) yeterli düzeyde benlik saygısına sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 7. Yaşlıların Benlik Saygısı düzeylerine göre ölüm kaygısı düzeyleri

Benlik Saygısı Düzeyi		Ölüm Kaygısı düzeyi			
		Hafif düzey ölüm kaygısı	Orta düzey ölüm kaygısı	Ağır düzeyde ölüm kaygısı	Toplam (n:188)
Düşük benlik saygısı	Sayı	3	10	2	15
	%	20.0	66.7	13.3	100.0
Yeterli benlik saygısı	Sayı	71	82	20	173
	%	41.0	47.4	11.6	100.0
Test		t: 2,637		p>0.05	

t: Chi-Square testi kullanılmıştır.

Tablo 7’de yaşlıların benlik saygısı düzeylerine göre ölüm kaygısı düzeylerinin karşılaştırması görülmektedir. Hem düşük hem de yeterli benlik saygısına sahip yaşlıların çoğunluğunun orta düzeyde ölüm kaygısı yaşadıkları, ancak bu sonucun istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 8. Yaşlıların Sosyo- Demografik Özelliklerine göre benlik saygısı ve ölüm kaygısı puanlarının dağılımı

Özellikler	Kategoriler	Sayı	Benlik saygısı X±SD	Test Değ.; p	Ölüm kaygısı X±SD	Test Değ. ; p
Cinsiyet (n:188)	Kadın	82	18.25±3.77	*t: 4213.000 p>0.05	6.76±3.37	*t: 2678.000 p<0.05
	Erkek	106	18.63±3.77		4.72±2.49	
Yaş grubu (n:188)	65-74	127	18.75±3.75	**t: 4.207 p>0.05	5.44±2.92	t: 0.725 p>0.05
	75-84	48	17.81±3.33		6.04±3.50	
	85 ve üzeri	13	18.07±5.13		5.62±2.81	
Medeni durum (n:188)	Evli	14	19.07±3.54	***t:4.338 p>0.05	6.43±3.20	***t:5.685 p>0.05
	Bekar	79	18.0±3.73		5.06±3.04	
	Dul	64	18.96±3.88		6.06±3.03	
	Boşanmış	31	18.35±3.69		5.68±3.04	
Eğitim Durumu (n:188)	Okur-yazar değil. Okur-yazar. İlkokulu bitirmemiş 1	56	16.75±2.90	**t:21.310 p<0.05 α(1-2; 1-3)	5.93±3.31	**t:1.593 p>0.05
	İlköğretim 2	83	18.86±3.90		5.70±3.02	
	Lise ve üstü3	49	19.75±3.75		5.08±2.84	
Kurumda kalış süresi	1 yıl	52	17.67±3.27	**t:4.872 p>0.05	6.06±3.44	**t:3.475 p>0.05
	2 yıl	30	19.03±4.02		5.33±2.69	
	3 yıl	18	17.72±2.44		5.33±3.32	
	4 yıl	19	19.31±5.61		4.58±2.89	
	5 yıl ve üzeri	69	18.78±3.62		5.74±2.90	

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. **Oneway testi kullanılmıştır.

*** Kruskal-Wallis Varyans analizi kullanılmıştır. α: Tukey Post Hoc Testi

Tablo. 8’de yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine göre benlik saygısı ve ölüm kaygısı puanlarının dağılımı yer almaktadır. Yaşlıların cinsiyeti, yaş grubu, medeni durumu ve kurumda kalış süreleri ile benlik saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı (p>0.05); eğitim düzeyi ile benlik saygısı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (p<0.05) Okur-yazar olmayan, okur-yazar ve ilkokulu bitirmemiş yaşlıların benlik saygısı puanlarının ilköğretim ve lise mezunlarına göre düşük olduğu, post hoc Tukey testi ile yapılan grup içi karşılaştırmalarda, bu durumun istatistiksel olarak farklılığa neden olduğu görülmüştür.

Yaşlıların, yaş grubu, medeni durumu ve kurumda kalış süreleri ile ölüm kaygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı (p>0.05); cinsiyet ile ölüm kaygısı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (p<0.05) kadınların ölüm kaygısı puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Tablo 9. Yaşlıların ziyaret edilme durumuna ilişkin bazı özelliklerine göre benlik saygısı ve ölüm kaygısı puanlarının dağılımı

Özellikler		Sayı	Benlik saygısı X±SD	Test Değ.; p	Ölüm kaygısı X±SD	Test Değ.; p
Ziyaret edilme durumu (n:188)	Evet	158	18.72±3.89	**t:1899.500	5.59±3.04	**t:2429.000
	Hayır	30	17.16±2.73	p<0.05	5.71±3.25	p>0.05
Ziyaret edilme sıklığı (n:158)	Haftada 1-2 kez	26	20.72±5.21	*t:4.050 p>0.05	5.40±2.56	*t:1.697 p>0.05
	Ayda bir kez	36	19.11±3.88		5.94±3.74	
	Ayda birkaç kez	30	18.43±3.43		6.37±2.61	
	Nadiren	66	17.89±3.25		5.11±2.93	
Çocukları tarafından ziyaret edilme durumu (n:158)	Evet	17	21.29±4.84	**t:887.500	6.47±2.78	**t:1160.000
	Hayır	141	18.18±3.53	p<0.05	5.52±3.09	p>0.05
Akrabaları tarafından ziyaret edilme durumu (n:158)	Evet	92	18.36±3.98	**t:4193.500	5.88±3.29	**t:3961.500
	Hayır	66	18.56±3.56	p>0.05	5.34±2.83	p>0.05
Komşu/arkadaşları tarafından ziyaret edilme durumu (n:158)	Evet	37	19.43±3.58	**t:2227.500	4.22±2.34	**t:1836.000
	Hayır	121	18.23±3.78	p<0.05	5.95±3.13	p<0.05
Gönüllüler tarafından ziyaret edilme durumu (n:158)	Evet	31	19.06±4.13	**t:2251.000	5.65±2.15	**t:2326.000
	Hayır	127	18.35±3.69	p>0.05	5.60±3.22	p>0.05
Genel ziyaretçiler tarafından ziyaret edilme durumu (n:158)	Evet	36	18.55±3.81	**t:2693.500 p>0.05	5.44±2.45	**t:2676.500 p>0.05
	Hayır	122	18.44±3.76		5.64±3.20	

*Kruskal-Wallis varyans analizi kullanılmıştır.

**t: Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo. 9’da Yaşlıların ziyaret edilme durumuna ilişkin bazı özelliklerine göre benlik saygısı ve ölüm kaygısı puanlarının dağılımı görülmektedir. Ziyaret edilme sıklığı, akrabaları, gönüllüler ve genel ziyaretçiler tarafından ziyaret edilme durumları ile benlik saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$); ziyaret edilme durumu, çocukları ve komşu/arkadaşları tarafından ziyaret edilme durumları ile benlik saygısı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Ziyaretçisi gelen, özellikle çocuğu ve komşu/arkadaşları tarafından ziyaret edilen yaşlıların benlik saygısı puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Yaşlıların, ziyaret edilme durumu, ziyaret edilme sıklığı, çocukları, akrabaları, gönüllüler ve genel ziyaretçiler tarafından ziyaret edilme durumları ölüm kaygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$); komşu/arkadaşları tarafından ziyaret edilme durumu ile ölüm kaygısı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.05$) komşu/arkadaşları tarafından ziyaret edilen yaşlıların daha az ölüm kaygısı yaşadıkları belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 10. Yaşlıların huzurevindeki meşguliyetlerine ilişkin bazı özelliklerine göre benlik saygısı ve ölüm kaygısı puanlarının dağılımı

Özellikler		Sayı (n:188)	Benlik saygısı X±SD	Test Değ.; p	Ölüm kaygısı X±SD	Test Değ.; p
Huzurevi sakinleriyle sohbet etme	Evet	87	18.52±4.04	t:4053.500	5.30±3.35	t:3732.500
	Hayır	101	18.41±3.53	p>0.05	5.87±2.7	p>0.05
Televizyon izleme	Evet	96	18.81±3.93	t:3920.500	5.71±2.94	t:4176.000
	Hayır	92	18.10±3.56	p>0.05	5.50±3.21	p>0.05
Gazete kitap vb. okuma	Evet	44	20.54±3.93	t:1860.500	4.68±2.67	t:2465.500
	Hayır	144	17.83±3.48	p<0.05	5.89±3.13	p<0.05
Radyo dinleme	Evet	28	19.57±4.74	t:1881.000	5.64±3.26	t:2209.500
	Hayır	160	18.27±3.55	p>0.05	5.60±3.04	p>0.05
El işi. resim vb gibi el becerisi gerektiren işlerle uğraşma	Evet	25	19.44±3.75	t:1700.000	6.44±2.95	t:1604.000
	Hayır	163	18.31±3.75	p>0.05	5.48±3.07	p>0.05

t: Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo. 10'da yaşlıların huzurevindeki meşguliyetlerine ilişkin bazı özelliklerine göre benlik saygısı ve ölüm kaygısı puanlarının dağılımı görülmektedir. Yaşlıların huzurevi sakinleriyle sohbet etme, televizyon izleme, radyo dinleme, el işi. resim vb gibi el becerisi gerektiren işlerle uğraşma durumları ile benlik saygısı ve ölüm kaygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı (p>0.05); gazete kitap vb. okuma durumları ile benlik saygısı ve ölüm kaygısı puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (p<0.05). Gazete kitap vb. okuyan yaşlıların benlik saygısı puanlarının daha yüksek olduğu, ölüm kaygısı puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Tablo 11. Yaşlıların hastalık durumlarına ilişkin bazı özelliklerine göre benlik saygısı ve ölüm kaygısı puanlarının dağılımı

Özellikler		Sayı	Benlik saygısı X±SD	Test Değ.; p	Ölüm kaygısı X±SD	Test Değ.; p
Tanısı konulmuş ve şuan devam eden bir hastalığa sahip olma (n:188)	Evet	97	18.20±3.49	t:4222.500 p>0.05	5.33±2.90	t:4127.000 p>0.05
	Hayır	91	18.74±4.03		5.90±3.22	
Kardiyovasküler Hastalıklar (n:97)	Evet	16	17.37±4.08	t:1122.500 p>0.05	5.94±2.69	t:1232.000 p>0.05
	Hayır	81	18.56±3.73		5.58±3.11	
Hipertansiyon (n:97)	Evet	50	18.44±3.30	t:3400.500 p>0.05	5.42±2.92	t:3395.500 p>0.05
	Hayır	47	18.47±3.93		5.67±3.13	
Diyabetes Mellitus (n:97)	Evet	42	18.85±3.49	t:2646.000 p>0.05	5.83±3.13	t:2752.000 p>0.05
	Hayır	55	18.35±3.84		5.54±3.06	
KOAH (n:97)	Evet	11	17.81±2.71	t:955.500 p>0.05	4.27±1.42	t:713.500 p>0.05
	Hayır	86	18.50±3.82		5.69±3.13	

t: Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo. 11’de yaşlıların hastalık durumlarına ilişkin bazı özelliklerine göre benlik saygısı ve ölüm kaygısı puanlarının dağılımı yer almaktadır. Tanısı konulmuş ve şuan devam eden bir hastalığa sahip olma durumu ile benlik saygısı ve ölüm kaygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$); Kardiyovasküler Hastalıklar, Hipertansiyon, Diyabetes Mellitus, KOAH gibi hastalıklardan herhangi biri ya da birkaçına sahip olan yaşlıların da benlik saygısı ve ölüm kaygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

7. TARTIŞMA

Araştırma, Huzur ve bakımevinde yaşayan yaşlıların ölüm kaygısı ve benlik saygısının incelenmesi amacıyla planlanmış, 188 yaşlı bireyle görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular literatür bilgisi doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmamıza katılan yaşlı bireylerin yaş ortalaması 72.04 olarak bulunmuştur(Tablo 1).

Yaşlıların %44 'ü kadın , % 56'sı erkekti. Konak (23) ve Softa'nın(85) huzur evlerinde yapmış olduğu çalışmalarda olduğu gibi erkeklerin oranı kadınlardan daha fazla bulunmuştur. Moreno'nun(86) ispanya da ki ve Azaiza'nın (87) İsrail de ki huzurevlerinde yapmış olduğu çalışmalarda kadın oranlarının daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar huzurevlerinde kalan yaşlıların daha çok erkek olduğunu; bununda erkeklerin bakım ihtiyaçlarını gidermek de zorlandıklarından, erkeklerin kadınlar kadar çocuk ve yakınlarının evlerinde yeterince rahat edemediklerinden tercihlerinin kurumlar olduğu, huzurevini tercih eden kadın ve erkeklerin ülkelere göre farklılıklar gösterebileceğini düşündürmektedir.

Huzur ve bakımevindeki yaşlıların; % 7,5'nin evli olduğu geri kalan 92,5'lik kısmının bekâr, dul ve boşanmış olduğu tespit edilmiş olup bu sonuç evli yaşlıların kurumda kalmayı tercih etmediklerini ve huzurevlerinde kalan yaşlılar arasında evlilik sayısının düşük olduğunu göstermektedir. Özen'in(6) çalışmasında evli oranın % 7, Ergün'ün (88) çalışmasında %8 olması araştırma sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Araştırmamız da yaşlı bireylerin %29'nun okur-yazar olmadığı ve okur-yazar olup ilkokulu bitirmediği, geri kalan % 70,2'lik oranın ilköğretim, lise ve üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir(Tablo1). Okur-yazar olmayan veya okur-yazar olup ilkokulu bitirmeyenlerin oranı Özel'in(89) huzurevinde yapmış olduğu çalışmada %21, Gökler'in (90) altı farklı huzurevinde yapmış olduğu çalışmada 15,8 olduğu

tespit edilmiştir. Bu oran yaşlı nüfusun geçmişte temel eğitimi almak için yeterince imkâna sahip olmadığını göstermektedir.

Araştırmaya katılan yaşlılardan büyük kısmının bekâr olmasından dolayı sadece 60 yaşlının çocuk sahibi olduğu ve % 48'inin tek çocuk sahibi olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda yaşlı bireylerin çocuklarının yapmış olduğu ziyaretler % 10,2 akrabaların ziyaretleri ise %58,2 oranında bulunmuştur.

Araştırmamızda kurumda kalan yaşlıların meşguliyetleri incelendiğinde %51,1'lik bir oranın televizyon seyrederek ,%46,3 oranın kurumda kalanlarla sohbet ederek zaman geçirdikleri, radyo dinleme %14,9, gazete- kitap okuma%23,4 ve resim ve el işi gibi el becerisi gerektiren işlerle %13,3 daha az zaman geçirdikleri tespit edilmiştir(Tablo3). Huzurevlerinde yapılan diğer çalışmalarda olduğu gibi kurumda kalan yaşlıların daha çok televizyon seyrederek ve huzurevi sakinleriyle sohbet ederek zaman geçirdikleri görülmüştür(6,88,7). Yaşlıların eğitim düzeyinin düşük olmasından dolayı kitap okuma alışkanlıklarının olmadığı, geçmişte sosyal faaliyetlere girmemelerinden ve motivasyon eksikliğinden dolayı da el becerisi gerektiren işlerle uğraşmadıkları düşünülmektedir.

Huzur ve bakımevindeki yaşlıların sağlık durum sonuçlarına göre %51,6 oranında tanısı konulmuş ve hastalığı halen devam eden yaşlı bireylerin en fazla hipertansiyon %51,5, diyabetes mellitus %43,3, kardiyovasküler hastalıklar %16,5 ve Koah %11,3 hastalıkları olduğu tespit edilmiştir(Tablo 4).

Dörter'in (91) huzurevinde yapmış olduğu çalışmada yaşlıların %95,9 nun sağlık sorunu yaşadığı, en fazla hipertansiyon 29,8 ve Diabetes mellitus, Gümüş'ün (92) huzurevinde yapmış olduğu çalışmada yaşlıların %64'ünde sağlık sorunu bulunduğu, Tambağ'ın (93) huzurevi çalışmasında %50 oranın da hipertansiyon ve %20 oranında ikinci sırada diyabetes mellitus olması araştırma sonuçlarımızla örtüşmekte olup kurumlarda kalan yaşlıların büyük kısmının sağlık sorunları olduğu ve hipertansiyon, diyabetes mellitus gibi hastalıkların yaygın olduğu görülmüştür. Hipertansiyon ve diyabet huzureviyle ilişkilendirilmiş hastalıklar olmayıp, yaşlı nüfusun sağlık sorunlarının başında yer almaktadır.

Kurumda kalış sürelerine göre araştırmamıza katılan yaşlıların kurumda kalış süreleri sonuçlarına göre en fazla 5 yıl ve üzeri %36,7 oranında olduğu tespit edilmiştir. Sökmenin (94) 6 huzurevinde yapmış olduğu çalışmada 4 yıl ve üzeri oranın % 65 olduğu, Altun'un (95) yapmış olduğu çalışmada ise 5 yıl üstü oranın %31,7, 5 yıl altı oranının %47,5 daha fazla olduğu, Dörter'in (91) yapmış olduğu çalışmada %53,7 oranıyla 6 yıl ve üzeri huzurevinde yaşadıklarını tespit edilmiştir. Bu sonuçlar yaşlıların maddi ve manevi olarak bakımlarını evlerinde yâda dışarıda karşılayamadıklarından huzurevinde kalmayı kabullendiklerini gösterir.

Ölüm kaygısı, doğumdan itibaren var olan, hayat boyu devam eden, bütün korkuların temelinde yatan, karakter yapısının gelişiminde önem taşıyan, insanın artık var olmayacağını, kendisini ve dünyayı kaybedebileceğinin, bir hiç olabileceğinin farkındalığı sonrası gelişen bir duygudur. Literatürde bireyin ölüm veya ölme ile ilişkili endişe, kaygı veya korku deneyimleri; birinin varlığını tehdit eden gerçek ya da hayali algılar tarafından oluşturulan korku, tedirgin duygu; var olmamanın yaygın korkusu ya da olmamayı yaşama korkusu; bilinçsizlikte yerleşen bir ölüm korkusu, kesin kavramsal form gelişmeden önce hayatın erken bir zamanında biçimlenen bir korku, berbat ve tamamlanmamış olan ve dilin ve hayalin dışında kalan bir korku olarak farklı şekillerde tanımlanmaktadır(7).

Araştırmamıza katılan yaşlı bireylerin %39,4'ünde hafif düzeyde, %48,9'unda orta düzeyde, %11,7'sinde ağır düzeyde ölüm kaygısı tespit edilmiştir(Tablo 5). 0-15 arası puan aralığına sahip ölüm kaygı ölçeğine göre yaşlıların ölüm kaygı puanı ortalaması 5.61 ± 3.07 düzeyde bulunup yaşlıların büyük kısmının 48,9 orta düzeyde ölüm kaygısı yaşadığı görülmüştür. Bulgular huzurevlerinde yapılan Özen(6), Üstüner (8) ve Örsal'ın (96) çalışmalarıyla uyumludur.

Araştırmamızda yaşlıların, yaş grubu ve medeni durumu ile ölüm kaygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($p > 0.05$); cinsiyet ile ölüm kaygısı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür($p < 0.05$). Kadınların ölüm kaygısı puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Literatürde Şenol (97), Yazıcı (98), Özen (6), Azaiza'nın (87) kurumlarda yapmış oldukları çalışmalarda, Dağlı'nın (99) kurumda kalmayan yaşlılarla yapmış olduğu çalışmada kadınların ölüm kaygılarının daha

yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kadınların duygularını açıklarken rahat iken erkeklerin ise özellikle erkek egemen toplumlarda korkularını gizlemelerinden dolayı ölüm kaygılarının düşük çıktığı düşünülmektedir.

Ölüm kaygısı ile ilişkili olabileceği öngörülen en önemli değişken yaştır. Genel beklenti yaşın artmasına paralel olarak, yani ömrün sonuna geldikçe ölüm kaygısının artacağıdır. Literatürde yapılan çalışmalarda bu beklentiye ters bulgular elde edilmiştir. Ölüm kaygısının, yaşlı nüfus içinde yaş artışı ile birlikte artmadığı, aksine yaş arttıkça azaldığı ve bir süre sonra belli bir düzeyde sabit seyrettiği saptanmıştır (85). Anvar ve arkadaşlarının çalışmasında da yaş ile ölüm kaygısı arasında bir ilişki bulunamamıştır(100). Çalışmamızda da bu yönde bir sonuç elde edilmiş olup yaş ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış yaşın ilerledikçe ölümün kabullendiği görülmüştür.

Araştırma sonuçlarımıza göre medeni durum ile ölüm kaygısı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Evli bireylerin eş ve çocuklarını kaybetme korkusu ve sorumluluklarından dolayı ölüm kaygısının bekâr bireylerden yüksek çıkması beklenirken çalışmamız ve Kaloğlu'nun (7) yapmış olduğu çalışmada medeni durumun ölüm kaygısını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır.

Literatürde Erdoğan ve Özkan (54), İnce (101) ve Azaiza'nın (87) yapmış oldukları çalışmalarda yaşlıların eğitim düzeyinin ölüm kaygısı üzerinde etkili olduğu ve eğitim düzeyi yüksek yaşlıların daha az ölüm kaygısı yaşadıkları sonucuna varmışlardır. Araştırmamızda ve bu konuda yapılan diğer araştırmalarda ölüm kaygısı ve eğitim arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunamamıştır(6,8).

Araştırma sonuçlarımıza göre yaşlıların kurumda kalış süresi ile ölüm kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür($p>0.05$).

Literatür de kurumlarda yapılan çalışmalarda da anlamlı bir ilişkinin olmaması çalışmamızı destekler niteliktedir(8,97).

Yaşlıların ziyaret durumları sonuçlarına göre ziyaret sıklığı, çocuklar, akrabalar, gönüllüler ve genel ziyaretçiler tarafından yapılan ziyaretlerle ölüm

kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken; arkadaşları ve komşuları tarafından ziyaret edilen yaşlıların daha az ölüm kaygısı yaşadığı görülmüştür ($p<0.05$).

Literatürde ki çalışmalar kurumdaki yaşlıların ziyaret sıklığının ve ziyaretçi varlığının ölüm kaygısı arasında istatistiksel bir ilişki bulunmadığını, fakat haftada iki kez ziyaret edilenlerin ölüm kaygısının ayda bir kaç kez ziyaret edilenlere göre daha düşük olduğu görülmüştür(6).

Yaşlılıkta yeni uğraşlar öğrenmek hayatı daha yaşanır ve zevkli hale getirebilir(102). Çalışmamızda yaşlıların huzur ve bakımevindeki meşguliyetleri ile ölüm kaygısı arasındaki ilişki incelendiğinde kurumda gazete ve kitap okuyarak zaman geçirenlerin ölüm kaygısının daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer meşguliyetlerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.

Yaşlıların %51,6' sı tanısı konulmuş bir hastalığa sahip olmasıyla birlikte, mevcut hastalıklarıyla ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Üstüner'in (8) çalışmasında kronik hastalıkların ölüm kaygısı düzeyini etkilemediği, Softa'nın(85) çalışmasında ise kronik hastalıklarda ölüm kaygı düzeyinin değişmediği ve bu sonuçların çalışmamızla paralellik gösterdiği tespit edilmiştir.

Benlik saygısı ya da diğer bir deyişle özdeğer duygusu, self-esteem in kavramsal karşılığı olarak Türkçede kullanılan bir terimdir. Benlik saygısı kişinin kendini tanıması ve gerçekçi olarak değerlendirmesi sonucunda kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul edip benimsemesi şeklinde tanımlanmakta olup, kişinin kendisine karşı duyduğu sevgi saygı ve güven duygularını ifade etmektedir(80).

Literatürde yaşlıların benlik saygısıyla ilgili yeterli çalışma yapılmamıştır. Araştırmamıza katılan yaşlıların %92'sinin yeterli benlik düzeyine sahip olduğu 0-30 (min-max) değer aralığına sahip Rosenberg benlik saygı ölçeğinden 18.46 ± 3.76 (Ort \pm SD) puan aldıkları görülmüştür(Tablo 6).

Duyan'ın (83) huzurevinde yapmış olduğu çalışmada yaşlıların benlik saygısı orta düzeyde bulunmuştur.

Çalışmamızda eğitim düzeyi ile benlik saygısı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$) Okur-yazar olmayan, okur-yazar ve ilkokulu bitirmemiş yaşlıların benlik saygısı puanlarının ilköğretim ve lise mezunlarına göre düşük olduğu, post hoc Tukey testi ile yapılan grup içi karşılaştırmalarda, bu durumun istatistiksel olarak farklılığa neden olduğu görülmüştür. Saygılı'nın (103) çalışmasında da eğitim düzeyi arttıkça bireylerin benlik saygısının yüksek çıkması araştırmamızı destekler niteliktedir. Huzur ve bakımevinde gazete kitap, vb. okuyan yaşlıların benlik saygısı puanları daha yüksek çıkmıştır($p<0.05$).

Abdulhanid'in (104) yapmış olduğu çalışmada sosyal destek ile benlik saygısının yüksek olabileceği; araştırmamızda da yaşlıların ziyaret edilme durumu, çocukları ve komşu/arkadaşları tarafından ziyaret edilme durumları ile benlik saygısı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.05$), ziyaretçisi gelen, özellikle çocuğu ve komşu/arkadaşları tarafından ziyaret edilen yaşlıların benlik saygısı puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir($p<0.05$).

Yaşlıların cinsiyet, medeni durum, kurumda kalış süreleri, ziyaret edilme sıklığı, akrabaları, gönüllüler ve genel ziyaretçiler tarafından ziyaret edilme durumları, yaşlıların huzurevi sakinleriyle sohbet etme, televizyon izleme, radyo dinleme, el işi, resim vb. gibi el becerisi gerektiren işlerle uğraşma durumları, konulmuş ve şuan devam eden bir hastalığa sahip olma durumu ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır($p>0.05$).

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Huzur ve bakımevinde yaşayan yaşlıların ölüm kaygısı ve benlik saygısının incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırma sonucunda;

Araştırmaya katılan yaşlıların %44 kadın,%56'sı erkek olup yaş ortalaması 72,06 olarak tespit edilmiştir.

Yaşlıların %7,5'i evli olup %92,5'i bekâr, dul ve boşanmış , %31,9'unun çocuk sahibi olduğu görülmüştür. Yaşlı bireylerin %84'ü ziyaret edildiğini, ziyaret edilen yaşlıların %41,8'i ziyaret edilme sıklığının nadiren olduğunu, en fazla ziyaretlerine akrabalarının geldiğini (%58,2), en az ise çocukları tarafından (%10,2) ziyaret edildiğini belirtmiştir Araştırmamızda yaşlıların %63,3 ü 5 yıla kadar,%36,7 si 5 yıl ve üstü olarak kurumda yaşamaktadır.

Huzur ve bakımevinde kalan yaşlılar çoğunlukla, televizyon izleyerek (%51,1) ve huzurevi sakinleriyle sohbet ederek (%46,3) zamanlarını geçirdiği, daha az yaşlının gazete, kitap vb. okuma (%23,4), radyo dinleme (%14,9) ve el işi, resim vb. gibi el becerisi gerektiren işlerle uğraşma (%13,3), gibi meşguliyetlerinin olduğu saptanmıştır.

Yaşlıların %51,6 sının tanısı konulmuş ve devam eden bir hastalığı olup, çoğunlukla hipertansiyon %51,5 ve diyabetes mellitus %43,3 hastalıklarının mevcut olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmamızda yaşlıların 0-15 (min-max) değer aralığına sahip ölüm kaygısı ölçeğinden 5.61 ± 3.07 puan alarak orta düzeyde ölüm kaygısı yaşadıkları tespit edilmiştir. Yaşlıların, yaş grubu, medeni durumu ve kurumda kalış süreleri ile ölüm kaygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($p > 0.05$); cinsiyet ile ölüm kaygısı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p < 0.05$) kadınların ölüm kaygısı puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Yaşlıların komşu/arkadaşları tarafından ziyaret edilme durumu ile ölüm kaygısı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.05$) komşu/arkadaşları tarafından ziyaret edilen yaşlıların daha az ölüm kaygısı yaşadıkları belirlenmiştir ($p<0.05$).

Gazete kitap vb. okuyan yaşlıların ölüm kaygısı puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır($p<0.05$).

Ölüm kaygısının yaş, medeni durum, kurumda kalış süresi, ziyaret edilme sıklığı ve hastalık durumuna göre değişmediği tespit edilmiştir($p>0.05$).

Araştırmamızda yaşlıların 0-30 (min-max) değer aralığına sahip benlik saygısı ölçeğinden $18,44 \pm 3.77$ $X \pm SD$ puan alarak %92 oranında yeterli benlik saygısına sahip oldukları tespit edilmiştir.

Yaşlıların cinsiyeti, yaş grubu, medeni durumu ve kurumda kalış süreleri ile benlik saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$); eğitim düzeyi ile benlik saygısı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Okur-yazar olmayan, okur-yazar ve ilkokulu bitirmemiş yaşlıların benlik saygısı puanları ilköğretim ve lise mezunlarına göre düşüktür.

Ziyaret edilme durumu, çocukları ve komşu/arkadaşları tarafından ziyaret edilme durumları ile benlik saygısı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Ziyaretçisi gelen, özellikle çocuğu ve komşu/arkadaşları tarafından ziyaret edilen yaşlıların benlik saygısı puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Ülkemizde hızla artan yaşlı nüfusla birlikte, yaşlılara bakım hizmeti veren kurumlarda kalan yaşlı sayısında da ciddi bir artış gözlenmektedir. Bu alanda hizmet veren halk sağlığı hemşirelerin; yaşlının hem beden hem de ruh sağlığı konusunda yeterli bilgiye sahip olması ve profesyonelleşmesi, yaşlı nüfusun hayatlarının son evresini sağlıklı ve mutlu geçirmesi açısından çok önemlidir.

Halk sağlığı hemşireleri ve diğer sağlık profesyonellerinin;

- Yaşlılarının motivasyonun yükseltilmesi,
 - Yaşlıları, bu dönemde olabilecek fiziksel ve psikolojik değişiklikler konusunda bilgilendirmesi,
 - Yaşlıların kurumlarda el becerisi gerektiren işlere ve sanatsal aktivitelere katılımını sağlaması,
 - Kurumlarda mevcut gazete, kitap ve dergi sayısını arttırarak okuma ve öğrenme faaliyetlerini arttırması,
 - Yaşlıların kendilerini yalnız ve değersiz hissetmemeleri için sosyal destek sağlaması,
 - Sosyal sorumluluk projelerinin atırılarak özellikle üniversite öğrencilerinin yaşlılara ziyaret sıklığının arttırılmasını sağlaması,
- Yaşlıların ölüm kaygısını azaltıp, benlik saygılarının yükselmesine yardımcı olabilir.

9. KAYNAKLAR

- 1- Erel S, Uygur F, Toplumda ve Huzurevinde Yaşayan yaşlı Bireylerin Fiziksel Performans ve Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırması. Fizyoterapi Rehabilitasyon; 21(1):35-42, 2010
- 2- Er D, Psikososyal Açıdan Yaşlılık Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 2009 4(11):131-144, 2009
- 3- Yazgaç R, Yaşlılık ve Huzurevleri: İstanbul'da 4 Huzurevinde Yapılan Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi İstanbul, 1992
- 4- Tezcan M, Toplumsal Değişme ve Yaşlılık Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi; 15(2) :169-177, 1982
- 5- Koç Z, Sağlam Z, Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Sonu Bakım ve Ölüm Durumuna İlişkin Duygu ve Görüşlerinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi;12(1):13-21, 2008
- 6- Özen D, Huzurevinde yaşayan yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine etkisi Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008
- 7- Öztürk K. Z, Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Adana, 2010
- 8- Top Ü.F, Saraç A, Yaşar G, Huzurevinde Yaşayan Bireylerde Depresyon Düzeyi, Ölüm Kaygısı ve Günlük Yaşam İşlevlerinin Belirlenmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi; 13(1):14-22, 2010
- 9- Dilek H., Farklı Eğitim Programlarına Devam Eden Lise II. Sınıf Öğrencilerinin Benlik Saygısı İle Anne-Babalarının Benlik Saygısı

- Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi , Ankara, 2007
- 10- Cankurtaran M, Yaşlılık, Yaşlanma Mekanizmaları, Antiaging ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri http://www.tihudum.org/tihud_content/uploads/assets/7.15.pdf erişim tarihi 08.11.2014
 - 11- Beğert, Yavuzer H, Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi Klinik gelişim, 25:1-3, 2012
 - 12- Aksoydan E, Yaşlılık ve Beslenme Sağlık Bakanlığı Yayınları Yayın No:726, Şubat 2008
 - 13- Mandıracı A, Dünyada ve Türkiye de Yaşlıların Demografik Özellikleri. Ege Tıp Dergisi; Sayı.49:39-45, 2010
 - 14- Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ, Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları ve İyileştirme Önerileri, 7(2):105-110, 2004
 - 15- T.C. Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Yayın No:2741, 2007
 - 16- Şahin D, Aydın A, Şimşek N, Cabar H.D, Yaşlılık, Depresyon ve Hemşirelik. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi; 3(1):38-41, 2012
 - 17- Bahar G, Bahar A, Savaş Haluk A., Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 4:86-98, 2009
 - 18- Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar, 2013
 - 19- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Programı Uygulama Programı. Ankara 2012
 - 20- Karakaş S, Yaşlanmanın Anatomisi. Turkish Family Physician. 2012 Cilt:3 Sayı.1 Elektronik dergi. <http://turkishfamilyphysician.com/upload/2012-1/yaslanmanınanatomisi.pdf> erişim tarihi. 01.10.2014

- 21- Güler Ç, Çobanoğlu Z, Yaşlı ve Çevre. T.C.Sağlık Bakanlığı, 1994
- 22- Koç M, Gelişim Psikolojisi Açısından Yaşlılık Döneminde Ruhsal Gelişim. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi; 12:287-304, 2002
- 23- Konak A,Çiğdem Y,Yaşlılık olgusu: Sivas Huzurevi Örneği. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi; 29(1):23-69, 2005
- 24- Baran G.A, Kalinkara V, Aral N, Akın G, Baran G, Özkan Y, Yaşlı ve Aile Araştırması Ankara Örneği. T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Ankara, 2005
- 25- Kızılkaya M, Koştü N, Yaşlılıkta Ölüm Kavramı ve Hemşirelik Yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi; 9(4):69-74, 2006
- 26- İmamoğlu.E.Seval, Kanar K.H., Ekşioğlu R, Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Sosyal Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi.Akad geriartri; S.3 :150-158 , 2011
- 27- Arula T,Aile Hekimlerinin Birinci Basamakta Yaşlı Hasta Değerlendirmesindeki Sorunlar. Akademik Geriartri Kongresi Antalya 2009. Kongre Kitabı, 17-22, 2009.
- 28- Soyuer F,Soyuer A,Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 15(3): 219-224, 2008
- 29- Telatar G,Özcebe H,Yaşlı Nüfus ve Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi Türk Geriartri Dergisi; 7(3):162-165, 2004
- 30- Nalbant S,Yaşlılıkta Fizyolojik Değişiklikler, Nobel Medicus Online dergi,2008 <http://www.nobelmedicus.com/en/Article.aspxm=101> erişim tarihi:20.01.2014
- 31- Altinel M,Akçakaya A.A, Yaşlılık ve göz Okmeydanı Tıp Dergisi; 29(eksayı 2):110-115, 2013

- 32- Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S, Yaşlılarda Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Bakımı Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi; 2(2) :19-23, 2012
- 33- Özkan S, Yaşlılarda İşitme, Ses ve Konuşma Bozuklukları. Geriatri Dergisi; 1(2):72, 1998
- 34- Nazlıel Ç.H, Yaşlıda Ağız ve Diş Sağlığı. Geriatri Dergisi; 2(1):14-21, 1999
- 35- Karadovan A(ed), Aslan E F(ed), Karadovan A, Yaşlılık ve Bakım: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi, Sayfa:119-141, Adana, 2011
- 36- Ateşkan Ü, Kas-İskelet ve Üriner Sistemde Yaşlanmaya Bağlı Fizyolojik Değişiklikler.
http://www.tihudum.org/tihud_content/uploads/assets/5.33.pdf erişim tarihi:14.01.2015
- 37- Erdil F, Bayraktar N, Yaşlı Bireylerde Kas-İskelet Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları İstanbul Üniversitesi. F.N. Hemşirelik Dergisi; 18 (2):106-113, 2010
- 38- Pehlivan S, Karadak A, Yaşlı Bireylerde Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Tanılaması Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 2(3):385, 2013
- 39- Zoghi M, Yaşlılarda Kardiyovasküler Fonksiyonlar. Geriatri Dergisi; Özel Sayı 2 (1-4), 2010
- 40- Tufan İ, Antik Çağdan Günümüze Yaşlılık-Sosyolojik Yaşlanma. Aykırı Yayıncılık, İstanbul, 2002
- 41- Hökelekli H, Din Psikolojisi Tdv. Yayınları 3.Baskı: 287 Ankara, 1998

- 42- Kaygusuz C,Kalkan M, ,Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açıdan Yaşlılık(Edit: Kurtman Ersanlı ve Melek Kalkan) Yaşlılık Danışmanlığı Pegem Akademi Yayınevi Sayfa:256, 2008
- 43- Öz F, Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açıdan Gözden Geçirme, Kriz Dergisi; 10(2): 17-28, Ankara, 2002
- 44- Cangöz B,Yaşlılıkta Bilişsel ve Psikolojik Değişim. http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/19.pdf Erişim Tarihi 05.01.2015
- 45- Komşu C.U, Yaşlılık, Yaşlı Nüfusun Sorunları ve Yetişkin Eğitimi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi; 2 (1): 370-389, Mart: 2014
- 46- Çuhadar D, Sertbaş G,Tutkun H, Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bilişsel İşlev ve Günlük Yaşam Etkinliği Düzeyleri Arasındaki İlişki Anadolu Psikiyatri Dergisi; 7:232-239, 2006
- 47- Cangöz B, Uluç S (edit: Kutsal Y.G.)Temel Geriatri. Güneş Tıp Kitapevleri;1(4):45-52, 2005
- 48- Özcan G,Ankara huzurevinde yaşlılarda sosyal, sağlık ve beslenme durumları ile ilgili bir araştırma. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1978
- 49- Kurt G, Yücel B. F, Erkol Z, Yaşlıların Sorunları ve Yaşam Memnuniyeti Adli Tıp Dergisi; 24(2):32-39, 2010
- 50- Sezgin G,Yaşlılık, Yaşlanmaya Hazırlık Sosyal Hizmetler Dergisi; 1(10):21-26, 1999
- 51- Tanhan F., Arı F, Üniversite Öğrencilerinin Ölüm Verdikleri Anlam ve Öğrenim Gördükleri Program Açısından Ölüm Kaygısı Düzeyleri Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi; 3(2):34-43, 2006

- 52- Dönmez F.Ç, Yılmaz M, Diyaliz Hastaları ile Nefroloji Hemşireleri İçin Ölüm Kavramının Anlamı ve Ölümle Baş Etmede Nefroloji Hemşiresinin Rolü Psikiyatri Hemşireliği Dergisi; 3(3):141, 2012
- 53- Nazlı A, Bedenin Ölçümü: Modern Öncesinden Postmoderne Beden ve Ölüm. Sosyoloji dergisi; 16:1-15, 2006
- 54- Özkan M, Erdoğan Y.M, Farklı Dini İnanışlardaki Bireylerin Ölüm Kaygıları İle Ruhsal Belirtiler ve Sosyo-demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 14(3) 171-179, 2007
- 55- Hökelekli H, Ölüm, Ölüm Ötesi Psikoloji ve Din, 1.Baskı Dem Yayınları, İSTANBUL, 2008
- 56- Geçtan E, Varoluş ve Psikiyatri Metis Yayınları İstanbul, 1990
- 57- Yılmaz E.Z, Kalp ve Hemodiyaliz Hastalarının Ölüm Kaygısı ve Ölümüne İlişkin Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011
- 58- Sezer S, Saya P, Gelişimsel Açından Ölüm Kavramı Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi; 13:151-165, 2009
- 59- Akyol A, Yetişkinde Ölüm Süreci ve Hemşirelik Bakımı Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okul Dergisi; 26(3):59-72, 2010
- 60- Koç S, Can M, Ölüm Kavramı ve Ölüm Muayenesi Adli Tıp Dergisi Özel Sayısı; cilt.22:11-22, 2009
- 61- Young J. , Ölüm ve Asıllık, Malpas, J., Solomon, R.C., (Editör) Ölüm ve Felsefe, : 221-235; İthaki Yayınları, İstanbul, 2006
- 62- Tanhan F, Ölüm Kaygısıyla Baş Etme Eğitiminin Ölüm Kaygısı ve Psikolojik İyi Olma Düzeyine Etkisi Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara , 2007

- 63- Yalom I,Varoluşçu Psikoterapi(Çev.Babayiğit İ.Z)Kabalıcı Yayınları İstanbul, 2000
- 64- Karakuş G,Öztürk Z,Tamam L,Ölüm ve Ölüm Kaygısı.Arşiv Kaynak Tarama Dergisi; 21(1):42-79, 2012
- 65- Bildik T, Ölüm, Kayıp, Yas ve Patolojik Yas Ege Tıp Dergisi; 52(4) :223-229, 2013
- 66- Demirsoy A,Yaşlanmanın ve Ölümün Evrimsel Öyküsü, Geriatri Dergisi; 1(1):1-12, 1998
- 67- Ayten A, Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı: Türk ve Ürdünlü Öğrenciler Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma. Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi; 9(4):85-108, 2009
- 68- Karaca F,Ölüm Psikolojisi Beyan Yayınları İstanbul, 2000
- 69- Kubler R.E,Ölüm ve Ölmek Üzerine (Çev.Banu Büyükal) Boyner Yayınları İstanbul, 1997
- 70- Bilgici A,Kuru Ö,Gündüz Ö,Alaylı G, Osteoartritli Yaşlı Hastalarda Ağrı İle Fiziksel ve Psikososyal Disabilite Arasındaki İlişki. Geriatri Dergisi; 3(1):22-25, 2000
- 71- Aksu T,Okçay H, Yaşam Dönemlerine Göre Ölüm Algısı ve Hemşirelik Yaklaşımı Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 5(14):113-126, 2010
- 72- Templer D.I, Lester D,Ruff C.F.;Fear of Death and Feminity. Psychological Reports; 35:530, 1974
- 73- Gilliland JC,Templer D.I,Relationship of Death Anxiety Scala Factor to Subjective States.Omega; 16(2) 155-167, 1986
- 74- Aslan E,Benlik Kavramı ve Bireyin Yaşamındaki Etkileri. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi; Sayı:4:7-14, 1992

- 75- Harputlu D,Kadın Mahkumlarda Benlik Saygısı ve Kendi Kendine Muayene İlişkisi.Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi , İzmir , 2005
- 76- Gürsoy D, Adolesan Dönem Skolyoz Olgularında Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Dönemde Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Karşılaştırılması. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003
- 77- Ortacıoğlu S.G,Müzik Öğretmeni Adaylarının Benlik Saygısı Düzeyleri ile Akademik ve Çalgı Başarılarının Karşılaştırılması Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi; 13:141-150, 2009
- 78- Kurt E, Romatoid Artritli Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010
- 79- Yılmaz Ş,Afyon Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Hastalarında Preop ve Postop Dönemde Beden İmajı ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Afyon , 2009
- 80- Değirmenci T, Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete.Pamukkale Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi , Denizli, 2006
- 81- Aslan H, Çalışanların İş Doyumu Düzeylerine Göre Depresyon, Benlik Saygısı ve Denetim Odağı Algısı Değişkenlerinin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara ,2006
- 82- Tezcan B, Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi İstanbul , 2009

- 83- Duyan V, Şahin K.G, Yaşlılık ve Anılar. Grupla Sosyal Hizmetin Yaşlıların Benlik Saygısı ve Yaşam Doyumuna Etkisi S:4Aydınlar Matbaacılık, Ankara, 2010
- 84- Erdem M,Taşçı N,Tüberküloz Hastalarında Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi Tüberküloz ve Toraks Dergisi; 51(2) 171-176, 2003
- 85- Softa K.H, Uçukoğlu H, Karaahmetoğlu U.G, Esen D, Yaşlılarda Ölüm Kaygısı Düzeyini Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi; 1(2):67-69, 2011
- 86- Moreno P.R, Solana F.E,Rico A.M,Fernandez L.M.L,Dead Anxiety in Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly People in Spain Omega, Volume 58(1) 61-76, 2008-2009
- 87- Azaiza F,Ron P,Shoham M,Gigini İ, Death and Dying Anxiety Among Eldery Arab Muslims in İsrail Death Studies34:351-364, 2010
- 88- ERGÜN Ö.G.U.,Bozdemir N,Uğuz Ş,Güzel R,Burgut R,Saatçi E, ve ark. Adana Huzurevi'nde Yaşayan Yaşlılar ile Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuran Yaşlıların Medikososyal Özelliklerinin Değerlendirilmesi Geriatri Dergisi; 6(3): 89-94, 2003
- 89- Özel f,Yıldırım Y,Fadıloğlu Ç, Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ağrı Yönetimi Ağrı Dergisi; 26(2):57-64, 2014
- 90- Gökler I,Aydın G, Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Benlik Algılarının Yordanmasında Sosyo-demografik Özellikler ve Algılanan Sosyal Desteğin Rolü Aile ve Toplum, 7 (24):69-80, Ocak-Şubat-Mart 2011
- 91- Dörter S.S, Huzurevinde ya da Yerinde Yaşlanmayı Tercih Eden Yaşlı Bireylerde Yaşadıkları Çevre ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul2014
- 92- Gümüş A, Zonguldak İli Huzurevinde ve Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Vücut Kompozisyonlarının Tespiti ve Değerlendirilmesi Ahi

Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Kırşehir, 2014

- 93- Tambağ H, Huzurevindeki Yaşlılara Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Yaşam Doyumu Geliştirmeye Yönelik Verilen Psikoeğitimin Değerlendirilmesi Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara , 2010
- 94- Sökmen Ç.D, Huzurevinde Kalan Yaşlıların Huzurevindeki Yaşamlarına İlişkin Algıları Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008
- 95- Altun N, Bir Huzurevinde Yaşayan 65 Yaş ve Üstü Bireylerde Öfke İfade Tarzı ile Depresyon Ölçeği Sonuçları Arasındaki İlişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir 2015
- 96- Örsal Ö, Yenilmez Ç, Çelik N, Işıklı B, Huzurevinde ve Evinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Anksiyetesi ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki Türk Geriatri Dergisi; 15(3):332-338, 2012
- 97- Şenol C, Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölüm İlişkin Kaygı ve Korkular. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1989
- 98- Yazıcı R, Yaşlı Bireylerin Ölüm Kaygısı ve Bunun Günlük Yaşam Aktivitelerine Olan Etkisinin Araştırılması İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1994
- 99- Dağlı N.E, Yaşlılarda Ölüm Kaygısı ve Dindarlık Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2010
- 100- Anvar M, Javadpour A, Zadeh M.S, Assessing Death Anxiety and its Correlates Among Severe Medically Ill in- Patients Shiraz E-Medical Journal 13(3):122-127, July 2012

- 101- İnce Z, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Ölüm Kaygısının Değerlendirmesi Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011
- 102- İlgar L, İlgar Ş, Yaşlılık Dönemi ve Yaşlının Gelişim Görevleri Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi; 7:147-156, (2007-1)
- 103- Saygılı G, Kesecioğlu T, Kırktaş H, Eğitim Düzeyinin Benlik Saygısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi; 4(2):210-217, 2015
- 104- Hait H.A, Self Esteem and Its Relation To Depression Among The Eldery İnternational Journal Of Busines and Social Science, 5(3) :266-273, 2014

10.EKLER

10.1. EK-1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Kurum:..... Sıra no:.....

Görüşme Tarihi:...../...../20..

1.Yaşınız? ...

2.Cinsiyet?

a) Kadın b) Erkek

3.Medeni durumunuz?

a)Evli

b)Bekâr

c)Eşi ölmüş

d)Boşanmış –ayrı yaşıyor

4.Kaç çocuk sahibisiniz?

...

5.Eğitim Durumunuz?

a)Okur-yazar değil

b)Okur-yazar, ilkokulu bitirmemiş

c)İlkokul

d)Ortaokul

e)Lise

f)Lisans –Lisansüstü

6.Meslek?

a) İşçi

b)Memur

c)Esnaf

d)Serbest Meslek

e)Ev hanımı

7.Sosyal güvenceniz var mı?

a)Var b)Yok

8. Ne kadar zamandır bu kurumda kalıyorsunuz?

.....

9. Ne sıklıkla ziyaret edilirsiniz?

- a) Her gün
- b) Haftada 1 veya 2 kez
- c) Ayda 1 kez
- d) Ayda 1 kaç kez
- e) Nadiren

10. Kimler ziyaretinize gelir?

- a) Hiç kimse
- b) Çocuklarım
- c) Akrabalarım
- d) Komşularım/Arkadaşlarım
- e) Gönüllüler
- f) Genel ziyaretçiler

11. Huzurevinde genelde neler yaparsınız?

- a) Huzurevi sakinleriyle sohbet ederim
- b) Televizyon izlerim
- c) Gazete, kitap vb. okurum
- d) Radyo dinlerim
- e) El işi, resim, vb gibi el becerisi gerektiren işlerle uğraşırım
- g) Diğer

12. Tanısı konulmuş ve şuan devam eden bir hastalığınız var mı?(birden fazla seçenek işaretlenebilir).

- a) Yok
- b) Kardiyovasküler Hastalıklar
- c) Hipertansiyon
- d) Diyabetes Mellitus
- e) Serebro vasküler Hastalıklar
- f) KOAH
- g) Diğer (belirtiniz).....

10.2. EK-2: TEMPLER ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

Kurum:..... Sıra No:..... Görüşme
tarihi:/...../.....

(E) Evet

Hayır

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

Toplam puan:.....

10.3. EK-3: ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

10.4. EK-4: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

**Çalışma Huzur ve Bakımevinde Yaşayan Yaşlıların Ölüm Kaygısı ve Benlik Saygısını İncelemek Amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış bir tez çalışmasıdır.

**Veri toplamada Kişisel Bilgi formu, Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Benlik Saygısı Ölçeği kullanılacaktır.

**Çalışma İ.B.B Kayışdağı Darülaceze Huzur ve Bakımevinde araştırmaya katılmaya gönüllü ve araştırma şartlarına uygun kişilerce yürütülecektir.

**Araştırma Gökhan Köstek tarafından gönüllü ve araştırma şartlarına uygun kişiler ile görüşme/anket formu doldurma şeklinde yapılacaktır.

**Araştırmanın riski ve zararı yoktur.

**Araştırma ile Huzur ve Bakımevinde kalan yaşlı bireylerin Ölüm Kaygısı ve Benlik Saygısı incelenecektir.

**Anket formları isimsiz doldurulacak ve gizliliğe dikkat edilecektir.

**Hiçbir şekilde derecelendirme yapılmayacak ve sonuç açıklanmayacaktır.

**Bu çalışma finansal olarak hiçbir kurum ya da kuruluş tarafından desteklenmemektedir.

**Anketi doldurduğunuz için size maddi ve manevi bir ödül verilmeyecektir.

**Çalışmaya katılmamanız durumunda hiçbir şekilde bir yaptırım uygulanmayacak ve katılmadığınız ifşa edilmeyecektir.

**Tez çalışması olarak planlanmış bu anketi cevaplamanız durumunda çalışmanın yürütücüsü maddi bir kazanç sağlamayacaktır.

10.5. EK-5: ETİK KURUL ONAYI

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: 10840098 / 139
Konu: Etik Kurul Kararı

17.12.2013

Sayın Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Huzur ve bakım evinde yaşayan yaşlıların ölüm kaygısı ve benlik saygısının incelenmesi" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurul kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.



Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan
Araştırmalar Etik Kurulu
Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Tel: (0216)680 53 00
Faks:(0212)531 75 55
E-mail:ilknurfil@medipol.edu.tr

Adres:Kavacık Mah.Ekinciler Cad.No:19,34810
Kavacık/BEYKOZ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Huzur ve bakım evinde yaşayan yaşlıların ölüm kaygısı ve benlik saygısının incelenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Nihal SUNAL			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	11.12.2013		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	11.12.2013		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 128	Tarih: 17.12.2013		
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Berna EREN	Halk Sağlığı	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlnur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Op. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

10.6. EK-6: KURUMDAN ALINAN İZİN YAZISI



T.C.
İSTANBUL BÜYÜKŞEHİR BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı İstanbul Darülaceze Müdürlüğü



Sayı : 97294061-773.99- 486/32900

19.02.2013

Konu : Gökhan KÖSTEK


İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İlgi: 20.12.2013 tarihli ve 31034136/302.08.01-266 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gökhan KÖSTEK'in Üniversiteniz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "Huzur ve Bakım Evinde Yaşayan Yaşlıların Ölüm Kaygısı ve Benlik Saygısının İncelenmesi" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmasını Kurumumuzda yapma talebinde bulunmaktasınız.

Söz konusu talebiniz Müdürlüğümüz tarafından incelenerek çalışmanızın her aşamasında tarafımıza bilgi verilmesi ve çalışma sonuç raporunun tarafımızla paylaşılması kaydıyla uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.


Hasan ÜZER
İstanbul Darülaceze Müdürü V.

11.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	GÖKHAN	Soyadı	KÖSTEK
Doğum Yeri	Kiğı	Doğum Tarihi	13/12/1975
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	45343402364
E-mail	gokhankostek@hotmail.com	Tel	216-4355611

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans		
Lisans	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2012
Lise	Kırklareli 60.Yıl Sağlık Meslek Lisesi	1994

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre(Yıl-Ay)
1-Sağlık Memuru	İstanbul 112 Acil Yardım ve Ambulans Servisi	2015 Devam ediyor
2-Sağlık Memuru	Sultanbeyli Sağlık Grup Başkanlığı	1996-1998 (2 Yıl)
3-Sağlık Memuru	Beykoz Merkez Sağlık Ocağı	1994-1996 (2 Yıl)

Yabancı Diller

	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	İyi

ALES Puanı

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
Ales Puanı	62	63	61

Bilgisayar Bilgisi

Microsoft Office	İyi
------------------	-----