

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**BİREYLERİN YAŞLILIK VE ÖLÜM ALGISININ SAĞLIK HİZMETİ
KULLANIMINA ETKİSİ**

Rabia FETTAHOĞLU

1730232061

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ramazan ERDEM

ISPARTA-2019



SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Öğrencinin Adı Soyadı	Rabia FETTAHOĞLU		
Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı		
Tez Başlığı	Bireylerin Yaşlılık ve Ölüm Algısının Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi		
Yeni Tez Başlığı ¹ (Eğer değişmesi önerildi ise)	-		
<p>Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği hükümleri uyarınca yapılan Yüksek Lisans Tez Savunma Sınavında Jürimiz 18/06/2019 tarihinde toplanmış ve yukarıda adı geçen öğrencinin Yüksek Lisans tezi için;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUĞU²</p> <p>ile aşağıdaki kararı almıştır.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarılı bulunmuş ve tez KABUL edilmiştir. <input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ³ kararlaştırılmıştır. <input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarısız bulunmuş ve tezinin REDDEDİLMESİ⁴ kararlaştırılmıştır.</p>			
TEZ SINAV JÜRİSİ	Adı Soyadı/Üniversitesi	Kabul/Ret	İmza
Danışman	Prof. Dr. Ramazan ERDEM/ SDÜ	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Necla YILMAZ/ SDÜ	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ÖZMEN/ MAKÜ	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret	
Jüri Üyesi		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret	
Jüri Üyesi		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret	

¹ Tez başlığının DEĞİŞTİRİLMESİ ÖNERİLDİ ise yeni tez başlığı ilgili alana yazılacaktır. Değişme yoksa çizgi (-) konacaktır.

² OY ÇOKLUĞU ile alınan karar için muhalefet gerekçesi raporu eklenmelidir.

³ DÜZELTME kararı için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır.

YÖK LİSANSÜSTÜ EĞİTİM-ÖĞRETİM VE SINAV YÖNETMELİĞİ Madde 9-(8) Tezi hakkında düzeltme kararı verilen öğrenci en geç üç ay içinde düzeltmeleri yapılan tezi aynı jüri önünde yeniden savunur. Bu savunma sonunda da başarısız bulunarak tezi kabul edilmeyen öğrencinin yükseköğretim kurumu ile ilişkisi kesilir.

⁴ Tezi REDDEDİLEN öğrenciler için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır. Tezi reddedilen öğrencinin enstitü ile ilişkisi kesilir.

Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Bireylerin Yaşlılık ve Ölüm Algısının Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

031071 2019

Rabia FETTAHOĞLU

R. Fettahoğlu

FETTAHOĞLU, Rabia, *Bireylerin Yaşlılık ve Ölüm Algısının Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2019.

ÖZET

Bu çalışmanın amacı; bireylerin yaşlılık ve ölüm algısının sağlık hizmeti kullanımına etkisini; ölüm ve yaşlılık algısının demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemektir. Araştırmanın evrenini Isparta il merkezinde yaşayan 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Evrenden kolayda örneklem yöntemiyle 500 kişilik bir örneklem seçilerek, analizler bu örneklem üzerinden toplanan verilerle yapılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Topuz (2013) tarafından geliştirilen Ölüm Algısı Ölçeği ve Eser ve diğerlerinin (2011) Türkçeye uyarladığı Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi üzerinde bazı değişiklikler yapılarak oluşturulan anket kullanılmıştır. Ankette sağlık hizmeti kullanımını ölçen sorular ve demografik bilgilerin sorgulandığı bölümler bulunmaktadır. Toplanan veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve SPSS programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, katılımcıların uhrevi bakış açısı daha yüksek, dünyevi bakış açısı daha düşük çıkmıştır. Ölüm algısı boyutlarının yaşlılık algısı boyutları üzerindeki etkisine bakıldığında katılımcıların ölümün insana has yapısını kabullendiklerini ve yaşlılığın hayatın bir evresi olduğunun farkında olduklarını göstermektedir. Ölüm algısı boyutlarından “ahirette ödüllendirilme”, “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” ve “cesaret” boyutları orta noktanın üzerinde değer alırken “bilinmezlik”, “başarısızlık” ve “acı çekme” boyutları orta noktanın altında değer almıştır. Benzer şekilde yaşlılık algısı alt boyutlarından “tecrübe ve örnek olma” ve “pozitif değerlendirme” orta noktanın üzerinde değer alırken “psikososyal kayıp” ve “olumlu beklentiler” orta noktanın altında bir değere sahiptir. Katılımcılar ölümü; başarısızlık olarak gördükçe aile hekimine daha fazla, ahirette ödül olarak algıladıkça özel hekime daha az, soru işaretleriyle dolu bir kavram olarak algıladıkça dış hekimine daha fazla başvurmaktadır. Bunun yanı sıra katılımcılar yaşlılığı; kayıplar dönemi olarak algılayıp pozitif değerlendirdikçe aile hekimine daha fazla, örnek olunması gereken bir dönem olarak düşündükçe özel hekime daha az, kayıpların olduğu bir dönem şeklinde ele aldıkça klinik hizmetine daha az, olumlu şekilde karşıladıkça eczaneye daha fazla başvurmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ölüm, Ölüm Algısı, Yaşlılık, Yaşlılık Algısı, Modern Zaman, Sağlık Hizmeti Kullanımı

FETTAHOĞLU, Rabia, *The Effect of Individuals and Elderly Perception on the Use of Health Service*, Master's Thesis, Isparta, 2019.

ABSTRACT

The aim of this study; the effect of individuals' perception of old age and death on healthcare use; The aim of this study is to investigate whether death and old age perception differ according to demographic variables. The population of the study consists of individuals aged 18 and over living in the city center of Isparta. A sample of 500 people was easily selected from the universe and the analyzes were made with the data collected from this sample. The Scale of the Perception of Death which was developed by Topuz (2013) and the European Aging Attitude Questionnaire (2011) adapted by Eser and others (2011), was used as data collection tool. The questionnaire includes questions measuring health service use and sections where demographic information is questioned. The collected data were transferred to computer and analyzed through SPSS program. According to the results of the research, participants' afterdeath perspectives were higher and secular perspectives were lower. When the effect of the perception of death dimensions on the perception of old age dimensions is considered, it is seen that the participants accept the human structure of death and realize that old age is a stage of life. The dimensions of death “reward in the eternity”, “abandonment of dependents” and “courage” were higher than the midpoint, “obscurity”, “failure” and “suffering” were below the midpoint. Similarly, the dimensions of old age “experience and exemplifying” and “positive evaluation” were higher than the midpoint, “psychosocial loss” and “positive expectation” were below the midpoint. Participants death; the more the family physician perceives it as a failure, the less the private physician perceives it as a reward in the hereafter, and the more the dentist perceives it as a concept full of question marks. In addition, the participants included old age; as a period that needs to be exemplary, less as a period when there are losses, and more to the pharmacy more positively.

Key Words: Death, Death Perception, Aging, Aging Perception, Modern Time, Healthcare Utilization

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI.....	i
YEMİN METNİ	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TEŞEKKÜR	xii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

YAŞLILIK ALGISI

1.1. YAŞLILIK VE YAŞLANMA KAVRAMLARI.....	4
1.2. YAŞLILIK DÖNEMİ GENEL ÖZELLİKLERİ.....	6
1.2.1. Yaşlılık Döneminin Fiziksel Özellikleri	6
1.2.2. Yaşlılık Döneminin Psikolojik Özellikleri.....	7
1.2.3. Yaşlılık Döneminin Sosyal Özellikleri	8
1.3. YAŞLILIĞIN DÖNÜŞEN YAPISININ SAĞLIK HİZMETLERİNE YANSIMASI.....	9
1.4. YAŞLIKLAR İLGİLİ BAZI KURAMSAL YAKLAŞIMLAR	12
1.4.1. Etkinlik (Aktivite) Kuramı	12
1.4.2. Rol Bırakma Kuramı	13
1.4.3. İlişki Kesme Kuramı	13
1.4.4. Toplumsal Değişim Kuramı	13
1.5. GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE YAŞLILIK ALGISI	14
1.6. MODERNLEŞMEYLE BİRLİKTE YAŞLILIK ALGISI	16
1.6.1. Nüfus Yapısındaki Değişim	16
1.6.2. Ekonomik Faktörler	188
1.6.3. Aile Yapısındaki Değişim	19

1.7. BAŞARILI YAŞLANMA	22
-------------------------------------	-----------

İKİNCİ BÖLÜM

ÖLÜM ALGISI

2.1. ÖLÜM VE ÖLÜM ALGISI KAVRAMLARI.....	24
---	-----------

2.2. GELİŞİMSEL AÇIDAN ÖLÜM ALGISI	29
---	-----------

2.2.1. Çocukluk Dönemi	29
------------------------------	----

2.2.2. Ergenlik Dönemi	30
------------------------------	----

2.2.3. Yetişkinlik Dönemi	31
---------------------------------	----

2.2.4. Yaşlılık Dönemi	32
------------------------------	----

2.3. ÖLÜM TÜRLERİ	32
--------------------------------	-----------

2.4. GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE ÖLÜM ALGISI.....	34
---	-----------

2.4.1. Taş Devrinde Ölüm Algısı	35
---------------------------------------	----

2.4.2. Pastoral Çağda Ölüm Algısı.....	36
--	----

2.4.3. Kozmopolit Çağda Ölüm Algısı.....	38
--	----

2.5. MODERNLEŞMEYLE DEĞİŞEN ÖLÜM ALGISI.....	40
---	-----------

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

3.1. SAĞLIK HİZMETİ TANIMI.....	46
--	-----------

3.1.1. Sağlık Hizmetinin Özellikleri	46
--	----

3.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	48
---	----

3.1.3. Sağlık Hizmeti Kullanımı	51
---------------------------------------	----

3.2. MODERNLEŞMENİN SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMINA ETKİSİ.....	53
---	-----------

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

YAŞLILIK, ÖLÜM ALGISI VE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

4.1. GEREÇ VE YÖNTEM.....	56
----------------------------------	-----------

4.1.1. Amaç ve Önem.....	56
--------------------------	----

4.1.2. Problem Cümlesi.....	56
-----------------------------	----

4.1.3. Varsayımlar	56
--------------------------	----

4.1.4. Araştırmanın Kısıtları.....	57
------------------------------------	----

4.1.5. Evren ve Örneklem	57
--------------------------------	----

4.1.6. Veri Toplama Aracı.....	57
--------------------------------	----

4.1.7. Analiz Yöntemi	58
4.2. BULGULAR VE YORUMLAR	59
4.2.1. Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	59
4.2.2. Sağlık Hizmeti Kullanımına İlişkin Bulgular	60
4.2.3. Bireylerin Ölüm Algısına İlişkin Bulgular.....	63
4.2.4. Bireylerin Yaşlılık Algısına İlişkin Bulgular	65
4.2.5. Faktör Analizleri	67
4.2.5.1. Ölüm Algısı İfadelerinin Faktör Analizi.....	68
4.2.5.2. Yaşlılık Algısı İfadelerinin Faktör Analizi	69
4.2.6. Ölüm Algısı ve Yaşlılık Algısı Boyutlarının Psikometrik Özellikleri.....	71
4.2.7. Demografik Özelliklere Göre Ölüm Algısının Karşılaştırılması	73
4.2.8. Demografik Özelliklere Göre Yaşlılık Algısının Karşılaştırılması.....	81
4.2.9. Dünyevi ve Uhrevi Bakış Açısıyla Ölüm ve Yaşlılık Algısı Arasındaki İlişki	87
4.2.10. Ölüm Algısının Yaşlılık Algısı Üzerine Etkisinin Analizi	90
4.2.10.1. Ölüm Algısının Psikososyal Kayıp Boyutu Üzerine Etkisi	90
4.2.10.2. Ölüm Algısının Pozitif Değerlendirme Üzerine Etkisi	91
4.2.10.3. Ölüm Algısının Olumlu Beklentiler Üzerine Etkisi.....	92
4.2.10.4. Ölüm Algısının Tecrübe ve Örnek Olma Üzerine Etkisi.....	93
4.2.11. Ölüm Algısının Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi	95
4.2.12. Yaşlılık Algısının Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi.....	105

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. TARTIŞMA	113
5.2. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	127
KAYNAKÇA	133
EKLER.....	147

KISALTMALAR

\bar{X}	: Aritmetik Ortalama
AAQ	: Attitudes of Aging Questionnaire
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
Akt.	: Aktaran
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
AYTA	: Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi
ANOVA	: Analysis of Variance
Çev.	: Çeviren
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
İBS	: İrritabl Bağırsak Sendromu
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MÖP	: Maksimum Ömür Potansiyeli
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences
SS	: Standart Sapma
TDK	: Türk Dil Kurumu
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
vb.	: Ve benzeri
vd.	: Ve diğerleri

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Bireylerin Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	59
Tablo 2. Sağlık Hizmeti Kullanımı	60
Tablo 3. Sağlık Hizmeti Kullanım Sayıları.....	61
Tablo 4. Bireylerin Kronik Hastalıkları	62
Tablo 5. Bireylerin Sürekli Olarak Kullandıkları İlaçlar	62
Tablo 6. Bireylerin Geçirdikleri Cerrahi Operasyonlar	63
Tablo 7. Bireylerin Ölüm Algısı Ölçeğine Dair Aldıkları Puanların Değerlendirilmesi	63
Tablo 8. Bireylerin Yaşlılık Algısı Ölçeğine Dair Aldıkları Puanların Değerlendirilmesi	65
Tablo 9. Bireylerin Ölüm ve Yaşlılık Algısı Ölçeğine Dair Aldıkları Puanların Değerlendirilmesi.....	66
Tablo 10. Ölüm Algısı Ölçeği KMO ve Bartlett's Test Sonucu	67
Tablo 11. Yaşlılık Algısı Ölçeği KMO ve Bartlett's Test Sonucu	67
Tablo 12. Ölüm Algısına Dair İfadelerin Faktör Analizi Sonuçları.....	68
Tablo 13. Yaşlılık Algısına Dair İfadelerin Faktör Analizi Sonuçları.....	70
Tablo 14. Boyutların Psikometrik Özellikleri.....	71
Tablo 15. Ahirette Ödüllendirilme Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırm.....	74
Tablo 16. Bakmakla Yükümlü Olduklarını Terk Etme Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması	75
Tablo 17. Başarısızlık Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması	76
Tablo 18. Cesaret Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması	78
Tablo 19. Bilinmezlik Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması	79
Tablo 20. Acı Çekme Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması	80
Tablo 21. Psikososyal Kayıp Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması	81
Tablo 22. Pozitif Değerlendirme Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	83
Tablo 23. Olumlu Beklentiler Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	85

Tablo 24. Tecrübe ve Örnek Olma Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	86
Tablo 25. Bireylerin Görüşlerine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları.....	87
Tablo 26. Ölüm Algısının Psikososyal Kayıp Üzerine Etkisi.....	90
Tablo 27. Ölüm Algısının Pozitif Değerlendirme Üzerine Etkisi.....	91
Tablo 28. Ölüm Algısının Olumlu Beklentiler Üzerine Etkisi	92
Tablo 29. Ölüm Algısının Tecrübe ve Örnek Olma Üzerine Etkisi.....	93
Tablo 30. Ölüm Algısı Boyutlarının Yaşlılık Algısı Boyutları Üzerindeki Etkisi.....	94
Tablo 31. Ölüm Algısının Poliklinik Hizmeti Kullanımına Etkisi	96
Tablo 32. Ölüm Algısının Acil Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi	98
Tablo 33. Ölüm Algısının Aile Hekimliği Hizmeti Kullanımına Etkisi	99
Tablo 34. Ölüm Algısının Özel Hekim Hizmeti Kullanımına Etkisi.....	100
Tablo 35. Ölüm Algısının Diş Hekimi Hizmeti Kullanımına Etkisi.....	101
Tablo 36. Ölüm Algısının Klinik Hizmeti Kullanımına Etkisi	102
Tablo 37. Ölüm Algısının Eczane Hizmeti Kullanımına Etkisi.....	103
Tablo 38. Ölüm Algısı Boyutlarının Sağlık Hizmeti Kullanımı Üzerine Etkisi.....	104
Tablo 39. Yaşlılık Algısının Poliklinik Hizmeti Kullanımına Etkisi.....	105
Tablo 40. Yaşlılık Algısının Acil Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi.....	106
Tablo 41. Yaşlılık Algısının Aile Hekimliği Hizmeti Kullanımına Etkisi.....	107
Tablo 42. Yaşlılık Algısının Özel Hekim Hizmeti Kullanımına Etkisi	108
Tablo 43. Yaşlılık Algısının Diş Hekimliği Hizmeti Kullanımına Etkisi.....	109
Tablo 44. Yaşlılık Algısının Klinik Hizmeti Kullanımına Etkisi	110
Tablo 45. Yaşlılık Algısının Eczane Hizmeti Kullanımına Etkisi	111
Tablo 46. Yaşlılık Algısının Sağlık Hizmeti Kullanımı Üzerine Etkisi.....	111

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Ölüm Korkusu ve Ölümsüzlük Arzusunun Bireyin Psikolojisindeki Yapılanması.....	27
---	----



TEŞEKKÜR

Bu çalışmadaki zorlukları aőmamda bŸyŸk rol Ÿstlenen, var olan tecrŸbesini bana aktarmaktan çekinmeyen, her daim zorluklarla baş etmem adına maddi ve manevi yanımnda olan danışman hocam Prof. Dr. Ramazan ERDEM'e en içten duygularımıla teőekkŸr ederim.

Bu yola baş koyduğumdan bu yana beni her zaman destekleyen babam Turan FETTAHOğLU, annem Saniye FETTAHOğLU, kız kardeőim Yasemin FETTAHOğLU ve erkek kardeőim Hamza FETTAHOğLU'na sonsuz teőekkŸr ederim. Sizler olmasaydınız bu yol benim için daha zor olabilirdi.

Bu alıőma SYL-2018-6902 nolu Bilimsel Araştırma Projesi (BAP) tarafından desteklenmiőtir. Bu sebeple, BAP birimine sağlamış olduğu destekten ŸtŸrŸ teőekkŸr ederim.

GİRİŞ

Dünyada toplumların kültürel yaşamlarına etki eden olaylar yaşanmış ve 20. yüzyıldan evvel gerçekleşen sanayileşme hareketleri daha sonrasında meydana gelen olaylar üzerinde cereyan etmiştir. Modern zamanlar bu birikimin bir yığılması olup gerek toplumsal hayat gerekse de bireyin yaşamındaki etkisiyle bir kopuşa neden olmuştur. Modern zamanda ölüm ve yaşlılık kavramlarında meydana gelen değişimin hayatın her alanına yansımaları olmuştur. Mezarlıkların şehir dışına yapıldığı, ölünün arkasından tutulan yas süresinin fazla olmadığı, cenazelerde siyahın hâkimiyet sürdüğü günümüzde ölüm hakkında konuşmak yasaklanmış gibidir. Ölüm, hayatın en içinden gelen ama bir o kadar da konuşulmayan özelliğiyle insanların kendi bedenlerine has görmedikleri bir biçimde kendine yer edinmeye başlamıştır. Hastane yataklarında daha emin ellerde gerçekleşen vefatlar, bir tecrit gibi ölüm olgusunun toplumdan dışlanmasına neden olmuştur. Öyle ki artık insanlar kendi akrabaları, eşleri ve dostlarının yanında değil modern tıbbın kurumlarında hekimler ve diğer sağlık personeli gözetiminde hayata gözlerini yummaktadır.

Ölümün buz kesen bu soğukluğu aynı zamanda ölümsüzlük arzusunu da körüklemekte ve insanoğlu bilim ve teknoloji sayesinde bu olguyu olabildiğince geciktirip daha da uzun yaşamayı arzu etmektedir. Ölümün dünyadaki her canlı için en büyük gerçek olduğunu ötelemek ve kabul etmemek modern zamanlarda ortaya çıkan bir olgu olduğundan insanların ölüm algısında meydana gelen değişimlerin pek çok alana yansımaları olmuştur. Bu dünyaya gözünü açan insan bir gün hayatının biteceğine dair bilgiye muktedir olmasına karşın günlük hayat telaşesinin buna engel olduğu görülmektedir. Hakkında konuşulmayan, insanların bu olguyu hep yaşlı insanlara atfettiği, geçmiştekine göre daha profesyonel yönetilen bir ölüm süreci mevcuttur. Bütün bunlar ölümün değişen ve dönüşen yapısının sosyolojik hayattaki yansımalarını gözler önüne koymaktadır.

Bunların yanı sıra bilim ve teknolojide kaydedilen gelişmeler sayesinde dünya genelinde bebek ölümlerinde azalmalar olmuş ve insanoğlu daha uzun yaşam sürmeye başlamıştır. Tüm dünyada insanlar artık daha uzun yaşadığından bu durumun sosyolojik hayata yansımaları öne çıkmış ve kurumsallaşan yaşlılık anlayışı günümüzde kendine yer

edinmekle birlikte iktisadi piyasaların genç, zinde ve sağlıklı bedenlere duyduğu arzu yaşlıları öteleyen/ikinci plana atan bir yapıyı ortaya çıkarmıştır. Yaşlılık, insan yaşamındaki en son dönem olması sebebiyle önem arz eden bir olgu olsa da artık bir yük olarak görülmektedir. Dünyada nüfus hareketlerinde, ekonomik faktörlerde ve aile yapısında meydana gelen kopuşlar yaşlının statüsündeki değişimi meydana getirmiştir. Yaşlı insanlar geleneksel ailelerde olduğu gibi evlatları ve torunlarıyla birlikte yaşamak yerine kurumsallaşan bir yapıda hayatına devam etmektedir. Modern zamandan evvel saygı duyulan, kendisinden belli hususlarda fikirler alınan yaşlı profili yerini günümüzde aksi, huysuz, her şeye karışan ve çok konuşan bir imaja bırakmıştır. Şüphesiz ki bu durumda modern zamanın yaşlılığa bulunduğu atıf etkili olmuştur.

Sağlık hizmeti kullanımı hem zaruri olması hem de toplum sağlığına etki etmesinden ötürü ele alınan bir konu olmuştur. Bu hizmetlerin yapısı gereği diğer pek çok piyasa şartlarından ayrılmasını sağlayan özellikleri de bulunmaktadır. Bunların yanı sıra literatürde sağlık hizmeti kullanımı ölçen çalışmalarda (İlhan vd., 2006; Ertaş ve Kıracı, 2019) genel olarak polikliniğe, acile, ve aile hekimine başvurma sıklıklarıyla alakalı sorular sorulmaktadır. Ayrıca son bir sene içerisinde kaç kez/defa başvurulduğuna dair elde edilen bilgiler sağlık hizmeti kullanımının ölçülmesinde yarar sağlamaktadır.

Bu çalışmada gerek ölüm gerek yaşlılık algısının modern zamanda yaşadığı dönüşüm ele alınmış ve hayatın her alanında var olan bu iki olgunun sağlık hizmetlerine yansıyan yapısı araştırılmaya çalışılmıştır. Özellikle de ölümün hiç konuşulmayan sanki hep yaşlanınca geleceği algısına karşın her canlının bir gün ölümü tadacağı unutulmamalıdır. Ayrıca yaşlılığın değişen yapısına rağmen genç bir bireyin dinamikliği ve yaşlının tecrübesi sayesinde daha güzel ve üretken sonuçlar elde edileceği de bir gerçektir. Bu çalışmada bireylerin yaşlılık, ölüm algısı ve sağlık hizmeti kullanımı ve bunlar arasındaki etki incelenmiştir. Bu çalışmanın bir diğer amacı ise yaşlılık ve ölüm algısının demografik değişkenler açısından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemektir.

Bahsi geçen bu amaçlar doğrultusunda çalışmanın ilk bölümünde yaşlılık kavramı ele alınmış ve yaşlılık dönemi hakkında bilgi verilmiştir. Ayrıca bu bölümde yaşlılık algısı kavramını ortaya koyabilmek adına geçmişten günümüze doğru bir perspektif izlenmiş ve modern zamandaki dönüşümle birlikte yaşlılığın kurumsallaşan yapısına dikkat çekilmiştir. İkinci bölümde ise ölüm kavramıyla alakalı geniş çaplı bilgi

verildikten sonra insan hayatında belli dönemlerde bu kavramın nasıl algılandığı ortaya konmaya çalışılmıştır. Benzer şekilde ölüm algısı kavramı da geçmişten bugüne yaşamış olduğu değişimler ele alınarak incelenmiş ve ölümün kurumsallaşan yapısı ortaya konmuştur. Üçüncü bölümde sağlık hizmeti, sağlık hizmetlerinin özellikleri ve sınıflandırılması hakkında bilgi verildikten sonra sağlık hizmeti kullanımının ne olduğu anlatılmaya çalışılmıştır. Ayrıca bu bölümde modernleşmenin sağlık hizmeti kullanımına etkisinin de üzerinde durulmuştur. Dördüncü bölümde ölüm ve yaşlılık algısının sağlık hizmeti kullanımına etkisini tespit etmek amacıyla Isparta ilinde yer alan bireylere “Ölüm ve Yaşlılık Algısı Ölçeği” uygulanmış ve ayrıca araştırmanın amacı, yöntemi, kısıtlılıkları ile analiz tabloları, boyut karşılaştırmalarına dair bulgulara yer verilmiştir. Ayrıca bu bölümde elde edilen veriler SPSS 20.0 paket programıyla değerlendirilip yorumlanmıştır. Son bölümde ise bulgular kısmında yer alan bilgiler literatürde yer alan diğer ölüm ve yaşlılık algısı çalışmalarıyla karşılaştırılarak tartışılmış, elde edilen sonuçlar yorumlanmış ve konu hakkında çalışmak isteyen araştırmacılara öneriler sunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

YAŞLILIK ALGISI

Bu bölümde yaşlılık ve yaşlılık algısı kavramları hakkında bilgi verildikten sonra yaşlılık döneminin genel özellikleri açıklanmıştır. Daha sonrasında yaşlılığın dönüşen yapısının sağlık hizmetine yansımaları incelenmiştir. Bunun yanı sıra yaşlılıkla alakalı literatürde yer alan kuramlar hakkında bilgi verildikten sonra geçmişten günümüze yaşlılık algısı üzerine bilgiler sunulmuştur. Son olarak yaşlılığın modern zamandaki değişimi incelenmiş ve başarılı yaşlanma kavramı ele alınmıştır.

1.1. YAŞLILIK VE YAŞLANMA KAVRAMLARI

Yaşlanmayla alakalı birçok kavram günlük hayatta bir arada kullanılmaktadır. Öyle ki yaş (age), yaşlılık (old age ve senility) ve yaşlanma (aging) kavramları aynı anlamda kullanılmasına karşın farklı tanımları içermektedir (Parlak vd., 2015: 580). Yaş kavramı; doğum tarihini baz alan bir özellik taşıyıp (Parlak vd., 2015: 580) Türk Dil Kurumu (TDK, 2019)'na göre, “doğuştan beri geçen ve yıl birimi ile ölçülen zaman”, “hayatın çeşitli evrelerinden her biri, çağ” ve “bir kurum, bir kuruluş, düzen vb.nin kurulduğundan bu yana geçen zaman” olarak ifade edilmiştir. Yaşlılık ise biyolojik, tarihsel ve sosyo-kültürel anlamda önlenmesi mümkün olmayan ve kendine ait sorunları bünyesinde barındıran bir süreci kapsamaktadır (Konak ve Çiğdem, 2005: 23).

Yaşlanma; çürüme, düzen kaybı, entropinin yükselmesi, ilerleyen yaşa eşlik eden hastalığa ve ölüme karşı giderek artan duyarlılıkla ilişkili ya da sorumlu olan değişikliklerin artan birikimidir. Bu süreç doğası gereği önemli spekülasyonlara konu olmasının yanı sıra elde edilen kanıtlar hücreler ve dokularda sürekli olarak devam eden serbest radikal reaksiyonların yaşlanma sürecinin oluşumunda etkili olduğunu ya da katkıda bulunduğunu göstermiştir (Blagosklonny ve Salon, 2009: 357; Harman, 1981: 7124). Aynı zamanda yaşlanmayı kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal yaşlanma diye sınıflandırmak faydalı olacaktır (Hooyman vd., 2015: 5-6):

Kronolojik Yaşlanma: Bir kişinin doğumdan başlayıp yaşadığı yılları temel almaktadır.

Biyolojik Yaşlanma: Biyolojik yaşlanma neticesinde vücutta belli fizyolojik değişimler görülmektedir. Akciğer, kalp ve dolaşım sisteminin verimliliğindeki azalmayı ifade etmektedir.

Psikolojik Yaşlanma: Bilişsel yeteneklerde (hafıza, öğrenme, zekâ vb.), duygu durumunda ve uygulanabilir kapasitede meydana gelen değişimleri tanımlamak adına kullanılmaktadır.

Sosyal Yaşlanma: Bireyin yaşlanması neticesinde değişen rollerinin ailesi, arkadaşları, diğer gayri resmi destekleri, iş ve gönüllük gibi gerek ücretli gerekse de ücretsiz üretken rollerini kapsamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaşlılık dönemiyle ilgili sınıflandırması ise şu şekildedir (Tümerdem, 2006: 195):

- a) 65-75 yaş arası, erken yaşlılık dönemi
- b) 75-85 yaş arası, orta yaşlılık dönemi
- c) 85 yaş ve ötesi, ileri yaşlılık dönemi

Yukarıda belirtilen yaş aralıkları DSÖ'nün kendi ölçütleri olarak düşünülmesi gerektiğinden bir genelleme yapmak doğru olmayabilir. Nitekim Hooyman ve diğerleri (2015: 5) yaşlıyı tanımlamak için küresel standartlar olduğunu belirtmiş ve kendi kitaplarında 65+ kişileri yaşlı nüfusa dâhil etmiştir. Bu rakam ABD (Amerika Birleşik Devletleri) Nüfus Sayım Bürosu tarafından daha yaşlı sınıfta değerlendirilmektedir. Aynı zamanda emeklilik yaşı pek çok toplum adına kişinin yaşlandığını belirtirken bazı geleneksel Asya kültürleri için 60 yaşına gelen birey yaşlı olarak görülüp oldukça saygı gösterilmektedir Yaşam beklentisinin Batılı ülkelere göre düşük olduğu ülkelerde, Afrika'nın pek çok bölgesinde, 40'larında olan insanlar dahi yaşlı statüsünde görülebilmektedir. Bu açıklamalardan yola çıkılırsa eğer kesin hatlarıyla çizilmiş bir rakam vererek bu yaş aralığındaki insanlar yaşlıdır demek doğru olmayacaktır. Öyle ki bu noktada çevresel, kültürel ve sosyal faktörlerin etkisinin olduğu ifade edilebilir.

Yaşlanmanın ideal bağlamda kültürlerarası manasında çeşitliliği bulunduğundan Hindular için yaşlılık; daha aziz olmak, saygı kazanmak ve bir sonraki yaşamda

muhtemelen daha iyi bir pozisyon elde etmek şeklinde algılanmaktadır (Wilson, 2000: 23). Bu bakımdan yaşlanma arzusunun bulunduğu kültürler olmakla birlikte bu algının oluşmasına etki edecek kültürel bir yaşam standardı da önem arz edebilir. Yaş, yaşlı ve yaşlanmayı ifade ettikten sonra yaşlılık döneminin genel özellikleri hakkında bilgi verilmesi “yaşlılık algısını” kavrayabilmek adına faydalı olacaktır.

1.2. YAŞLILIK DÖNEMİ GENEL ÖZELLİKLERİ

İnsan yaşamının son evresi olan yaşlılığın; kendine has özellikleri bulunmaktadır. Çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik döneminden ayrılmasını sağlayacak unsurlar bu noktada önem arz etmektedir. Öyle ki insanın hayatında meydana gelen değişimlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal etkisi bulunmaktadır.

1.2.1. Yaşlılık Döneminin Fiziksel Özellikleri

Yaşlılık, insanın yaşam eğrisinde son dönemi ifade ettiğinden genç bir insanın hareket kabiliyetiyle yaşlı bir insanınki farklı olabilir. Aynı şekilde yaşlı bir insanın fiziksel özelliklerinde geçmişe nazaran bazı değişimler meydana gelebilir. Yaşlılık karmaşık bir olay olmasından ötürü insanlar; yaşın ilerlemesi neticesinde fiziksel ve ruhsal bağlamda değişimler yaşamaktadır. İnsan hayatı boyunca gelişim süreci devam etmekle birlikte yaşlılıkta yenilenmede yavaşlama, durma ve yıpranma meydana gelmektedir. Kronik hastalıkların artış göstermesiyle yaşın ilerlemesi arasında bir bağlantı bulunduğundan bu dönemde hastalıklarla daha sık karşılaşıldığı bilinmektedir. Özellikle de bunlar arasında kalp ve damar hastalıklarının artması, fiziksel hareket yetisinde gerileme, duyu organlarının eski işlevini yitirmesi, davranışların ve reflekslerin eskiye nazaran yavaşlaması, kemiklerde meydana gelen erime ve kireçlemeler sayılmaktadır (Koca, 1994: 9).

Yaşlılığa yüklenen anlamlar yaşının toplumdaki konumunun değişime uğramasına neden olmaktadır. Bu dönemde kişinin fiziksel özelliklerinde görülen değişimler yaşlı kişinin toplumdan dışlanıp soyutlanmasına neden olmaktadır (Kalkan, 2008: 5). Yaşlılık algısının oluşmasına etki eden unsurlar içinde en fazla yere sahip olan etkenin fiziksel özellikler olduğu düşünülmektedir. Hareket etme, görme ve duyma gibi pek çok yetide meydana gelen kayıplar yaşlılık dönemini belli kalıplara soktuğundan yaşlı denince akla yavaş hareket eden, elinde bastonu gözünde gözlüğü olan beyaz saçlı

bir kişi gelmektedir. Bu durumdan insanın fiziksel özelliklerinde yaşanan değişimin topluma yansımaları olduğu gibi bir çıkarım yapılabilir.

1.2.2. Yaşlılık Döneminin Psikolojik zellikleri

Yaşlılığa değin insanın geçirdiği hayat, ailesi, çevresi ve genel sağlık durumu gibi etkenler bu dönemin psikolojik özelliklerinin oluşmasında etkilidir. Yaşlı insanların bu dönemde yalnız kalmaları, belli başlı psikolojik hastalıklara yakalanmaları ve daha evvel var olan sosyal çevrelerinden kopmaları psikolojik durumlarını sarsmaktadır. Örneğin bir bireyin yalnız Şekilde yaşlılığını geçirmesi aile içinde olana nazaran bu dönemin birey tarafından daha farklı anlam kazanmasına neden olabilir.

nceki yıllarda yaşlılıkla alakalı yapılan çalışmalarda konu fiziksel ve bedensel bağlamda ele alınmasına karşın günümüzde yaşlılık söz konusu olduğunda bireyin kişilik özellikleri veya psikolojik belirtileri önem kazanmıştır. Bundan ötürü olsa gerek son dönemlerde “psikolojik yaşlanma” kavramı ne çıkmıştır. Aynı zamanda yaşlılığa yönelik algının meydana gelmesine etki eden klasik zihinsel canlandırılmalar da değişime uğradığından artık yaşlı denilince sadece eli bastonlu ve sırtı kambur bir insan imajı zihinlerde belirmemektedir. Modern zamanın yaşlılık algısında bunlara ilave olarak huysuz, alıngan bir tutum içinde olan, sürekli olarak aynı lafları tekrar eden, kimi zaman kendi kendine konuşan, genel olarak geçmişe bağlılığını sürdüren ve geçmişteki aktif hayatından söz eden bir kişi belirmektedir (Kaygusuz ve Kalkan, 2008: 253).

Yaşamın her dönemiyle ilgili özellikleri gelişim psikolojisi ele almaktadır. Yaşlılık döneminde meydana gelen fiziksel ve ruhsal gerilemeden dolayı bireyin yaşama isteği ve gücü azalmaktadır. Duygusal durumlarda meydana gelen azalma ve kalite değişikleri önemli bir etkiye sahip olduğundan yaşlılık döneminde ortaya çıkan sarsıntılıların üzerinde durulması gerekmektedir. Öyle ki kişinin daha evvel var olan gençlik imajını yitirmesi, sevdiği kişileri kaybetmesi, aile bireylerinin belli sebeplerden (ğrenim görme ve evlenme gibi) tr evden ayrılmasından kaynaklanan sevgi kaybı, uzun süren evliliklerden kaynaklanan doygunluk ve bezginlik hissi, cinsel yaşamda durgunluk gibi etmenlerden ötürü bireyin psikolojisi etkilenmektedir (Koca, 1994: 11).

1.2.3. Yaşlılık Döneminin Sosyal Özellikleri

Sosyal ilişkiler insan yaşamına her anlamda etki etmekte ve özellikle de yaşlı bir insan daha evvelki hayatında var olan rollerini bırakıp daha başka statülerde kendine yer edinmeye çalışmaktadır Diğer yandan bu rollerdeki geçişi sağlamak kolay olmayabilir. Pek çoğu için uzun yıllar çalışılan iş, arkadaş çevresi ve komşuluk ilişkileri sosyal ağın gelişmesinde etki etmektedir. Yaşlılıkla beraber fiziksel bağlamda yaşanan değişimin sosyal hayata katılıp/katılmama hususunda etkisi olduğundan yaşlı bir birey; geçmişteki kadar kolay şekilde sosyal bir çevre içinde yer alamayabilir.

Yaşlılık döneminin en belirgin özellikleri; gençlik ve yetişkinlik döneminde sahip olunan otorite, statü ve rollerin kaybının bireyde meydana getirdiği değişimlerdir. Bunların yanı sıra toplumsal ayrımcılık, fiziksel yetilerdeki kayıplar, emeklilik ve çevrenin değişimi gibi sebepler bireyin sosyal hayatında değişimler yaşanmasına neden olmaktadır. Diğer yandan aileyle ilişkilerde meydana gelen problemler, bir işini görebilmek için başkalarına ihtiyaç duyma, iş bulmada yaşanan zorluklar, tüketici konumuna gelme, yararlı olmama, arkadaş ve dost ilişkilerinde eskiye nazaran yaşanan eksilmeler de bu dönemde önem kazanan sosyal faktörler arasında yer almaktadır (Kurt, 2008: 24).

Yaşlılık döneminin bu özelliklerinin yanı sıra “yaşlı toplumların” ortaya çıkışının yakın zamanda olduğu ifade edilebilir. Bunların yanı sıra bütün dünya nüfusunun ortalama olarak yaşlanmasının hızı ve boyutu toplumdan topluma değişim göstermektedir. Öyle ki yaşlı teriminin anlamı kültür, kuramlar ve sağlıktaki geniş ulusal farklılıklara göre anlam kazanmaktadır. O yüzden yaşlılığın bir kronolojik sınırlamasını yapmak isteğe bağlı bir özellik taşımaktadır. 85 yaşında olmak bazı ülkelerde yaşlı denmesi için olağanken diğerlerinde bu şekilde algılanmamaktadır (National Research Council, 2001: 30). Bunların yanı sıra her toplumun kültürel yapısı, gelişmişlik düzeyi, demografik özellikleri gibi etmenler yaşlılık algısı üzerine etki etmektedir.

Yaşlılık algısını ortaya koymak adına kuşaktan kuşağa aktarılan değerleri baz almak faydalı olabilir. Bu bakımdan yaşlıların üretken değil de tüketici oldukları düşünmek yanlış olacaktır. Aksine genç yaşında çalışıp üreten insan geçmiş hayatında geliştirmiş olduğu üretkenliği ilerleyen dönemde de koruyabilmektedir. Aynı şekilde

yaşlıların akranlarıyla birlikte olmayı istemedikleri düşüncesi yanlış olduğu gibi aksine genç bireye deneyimlerini aktarması bir yerde kişinin yenilenmesini sağlamaktadır. Bu minvalde yaşlılığın durağan ve değişmez bir dönem olduğu düşüncesinin yanlış olduğu görülmektedir. Bunun tam aksine yaşamdan elde edilen çeşitli güçlerin etkileşim halinde olduğu yıllar olarak düşünülmektedir. Özellikle de yaşın sağlıklı olmaya engel teşkil ettiği kanaati de bu açıklamalar ışığında yanlış olarak değerlendirilmektedir. Bu düşüncenin aksine eğer ki kişi düzenli şekilde aktivite programını uygulamışsa 80-90'lara değin sağlıklı kalabilmektedir (Öz, 2002: 19-20).

Bu açıklamalardan yola çıkılırsa eğer toplumdaki bunaklık ve faydasızlıkla eşdeğer görülen yaşlılık algısının geçersiz olduğunu ileri sürülebilir. Özellikle de yetişkinlik dönemini aktif bir şekilde geçirmiş olan insanların çoğu bu döneme kolay şekilde adapte olmaktadır. Aynı zamanda adaptasyonu sağlamada kişinin çevresi etkin rol oynamaktadır. Diğer bir ifadeyle sosyal izolasyonun yaşlıya uygulanmadığı toplumlarda yaşlının bu dönemi kendisinin daha kolay benimsediği görülmektedir. Öyle ki Tufan (2016: 156) yaşlılığın; ölümden daha beter şekilde algılandığını ifade etmiştir. Bu döneme ait olan düşüncelerin temeli çocuktan başlayarak gelişmektedir. Özellikle de sosyal çevrenin rolü önem arz etmektedir. Sosyal çevreden edinilmiş olan bilgiler ve bireyin kendi tecrübeleri birleşerek “yaşlılık algısının” olumlu ya da olumsuz şekilde gelişmesinde etki etmektedir.

1.3. YAŞLILIK DÖNÜŞEN YAPISININ SAĞLIK HİZMETLERİNE YANSIMASI

Endüstrileşen toplumların sağlık koşullarının oldukça iyileştirilmesi insan ömrünü uzatmış ve yaşlı nüfus olgusu ortaya çıkmıştır. Bundan dolayı da toplumsal yaşamda bir takım değişim ve dönüşümler meydana gelmiştir (Bayrak, 2018: 9). Bu bağlamdan hareketle yaşlılıkla ilgilenen bilimler önem kazanmaya başlamış ve kurumsallaşan bir yapı ortaya çıkmıştır.

Yaşlılıkla ilgilenen bilimler yeni yeni gelişim göstermektedir. Bu bilimlere ilk olarak ilgi Batı toplumlarında başlamış ve 20. yüzyılda bu toplumlar; yaşlıların sorunlarına yönelik bilimsel ve gerçekçi bir temel oluşturulması amacını gütmüştür. Öyle ki bu alana ait çalışmalar ilk olarak sağlık bilimlerinde yapılmış daha sonrasında sosyal

bilimlerin de ilgi alanı haline gelmiştir (Kurt, 2008: 84). Gerontoloji yaşlanma ile alakalı bilimdir ve üç temel bileşenden oluşmaktadır. Gerontoloji yaşlılığı; biyolojik, sosyal ve psikolojik bağlamda ele almaktadır. Bundan dolayı da gerontoloji bu alanların her birinin katkılarının olduğu çok disiplinli bir alan olarak görülmektedir (Victor, 1994: 1).

Geriatri ise yaşlılık ve yaşlıların sağlık sorunlarına eğilen bir bilim dalı olarak ortaya çıkmıştır. Buradan hareketle gerontolojinin yaşlanma fizyolojisini inceleyen bir bilim olmasından dolayı geriatriден farklılaştığı görülmektedir. Geriatri; zekânın, soru çözümlen, yaratıcılığın ve hastayla aileler arasında bağın tanımını duygusal boyutta ele almaktadır. Yaşlanmadan kaynaklı meydana gelen yeti kayıpları hastalıkların tedavi ve rehabilitasyon giderlerini arttırmaktadır. Aynı zamanda yaşlılarda daha sık görülen hastalıkların üzerinde durulması yaşlanmanın ardındaki yapısal ve işlevsel mekanizmaların anlaşılması ihtiyacını da doğurmuştur. Bu kapsamda yaşlıya yönelik olan her uygulamanın ayrıcalıklarının göz önüne alınması önem arz etmektedir (Kutsal, 2003: 2).

Gerontoloji yaşlılıkla alakalı olan bilim dalı olmasının yanı sıra bu alanda elde edilen bilgiler sayesinde yaşlılığa bakış açısında değişimler yaşanmıştır. Yaşlılık döneminde ortaya çıkacak olan sağlık sorunlarına getirilen çözüm önerileri ve sosyal güvenlikle alakalı sorunlar gibi konular alanın içine girmektedir. Yaşlılığa yönelik var olan soru işaretleri gerontoloji sayesinde ortadan kalkmakla birlikte alanla ilgili bir takım olumsuzluklar da meydana gelmiştir. İlk olarak takvimde sayılan bir yaşın olması ve kayıtlı hale gelmesi neticesinde belli aralıklar yaşlılık dönemi içine dâhil edildiğinden durumu kabul etmeme gibi bir seçeneği olmayan birey bu koşullara bağlı kalmaktadır. Bu söylemin ortaya çıkması adına belli yasalar konduğu, ekonomik ilişkiler ağının ve toplumsal organizasyonların olduğu bilinmektedir (Bektaş, 2017: 10-11).

Yaşlı nüfusun hem dünyada hem de ülkemizde hızla artması bu kesimdekilerin oldukça farklı yapıda olduklarının bilinmesini sağlamıştır. Bundan ötürü bu toplulukta yer alanları tanımlaya yönelik yaşlanma eğilimlerinin (fizyolojik, fonksiyonel, medikal ve sosyal) ortaya konup konmayacağını tartışma sorusu haline getirmiştir. Yaşın ilerlemesi neticesinde birçok fonksiyonun azalması ve yaşlılığa has olmamakla birlikte “geriatrik sendromlar” diye adlandırılan kronik hastalıklar baş göstermeye başlamaktadır. Bunlardan sık karşılaşılan sendromlar ise demans, depresyon, osteoporozla bağlı kemik

kırıkları meydana gelmesi, vertigo, ihmal ve istismar olarak sıralanmıştır (Beğer ve Yavuzer, 2012: 2).

Günümüzde nüfusun yaşlı olması dünyada yer alan ülkeler için bir fenomen haline gelmiş ve tarihsel bağlamda nüfusun yaşlanması insanlığın başarı öyküsü olarak ele alınmıştır. Aynı zamanda bu başarının ülkelerin emeklilik ve sağlık sistemlerine yansıyan yönü öne çıkmıştır. “İşçilerin emeklilere oranındaki değişiklikler toplumların yaşlılık güvenlik sistemlerini finanse etme kabiliyetini nasıl etkiliyor?”, “Daha uzun yaşayınca sağlıklı mı oluyoruz yoksa bu yıllara engelli ve zayıf sağlık durumu mu eşlik ediyor?”, “Sağlık sistemlerinin yapısı ve dağıtım mekanizmaları kronik hastalık prevalansı yüksek olan yaşlı popülasyonlarının ihtiyaçlarına en iyi nasıl uyum sağlayabilir?” (National Research Council, 2001: 15-16) gibi sorular yaşlanmanın olumlu yönlerinin yanı sıra gerek ülke ekonomisine gerekse de sağlık sistemlerine etkisini tartışmalı hale getirmiştir.

Bahsi geçen sorular insanlığın elde ettiği bu başarının devletlerin emeklilik ve sağlık sistemleri üzerinde etkisi olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda insan fizyolojisinin oldukça ilerleyen yaşlarda oluşan kronik hastalıklarla baş etmesi de zorlaşabilir. Bundan ötürü yaşlılığı elde etme insanoğlu için bir başarı olmakla beraber aynı zamanda yalnızlığına, çaresizliğine ve başkalarının yanında ölmesine de neden olabilir. Nihai olarak bu başarının insanı bir paradoksa sürüklediği söylenebilir. Elbette ki erken yaşta ölmek arzu edilen bir düşünce değildir lakin ilerleyen yaşın getirdiği yeti kayıplarından ötürü birçok sağlık sorunuyla uğraşmaktadır.

Bu açıklamaları destekler nitelikte Vincent ve diğerleri (2006: 2) şunları dile getirmiştir; “Kültürel ve davranışsal bağlamda olduğu kadar yaşlılık toplumların demografik değişkenleri üzerine etki ettiğinden yaşlılar adına çalışacak olan kurumlar ve uygulanacak sosyal politikalar bu noktada önem arz etmektedir. Bütün dünyada meydana gelen demografik değişimin sağlık, emeklilik ve sosyal refah üzerine yansımaları tartışılmaktadır.”

Yaşlı insanların sağlık sistemleri üzerindeki yükünü tartışan çalışmalara bakıldığında zaman Wilson (2000: 111- 113)’a göre tıbbi teknolojideki değişiklikler genellikle tıbbi maliyetleri arttırır gibi anlaşılrsa da yaşlı hastalar için tam tersi bir etkiye sahip olabilmektedir. Özellikle de yatakta bakım alan hastalara sağlanacak olan yapay kalça ve

atritle bağlanmış tekerlekli sandalye gibi uygulamalar bakım maliyetlerinin düşmesini sağlamıştır. Bu ifadelerin yanı sıra yaşlılığı bir hastalık ve sakatlık şeklinde ele almak doğru olmadığı gibi bu döneme ait hastalıklar var olmakla birlikte yaşlanma sürecinin kendisi bir hastalık olarak görülmemektedir. Bundan dolayı sağlıklı bir yaşlılık dönemi sürmek mümkün gözükmemektedir. Daha uzun süre yaşam sürmek sakatlığa neden olsun ya da olmasın sağlık harcamalarına sürdürülemez maliyet artışı sağlayacağı manasını taşımamaktadır. Görüldüğü üzere literatürde bu konuda birbirine aykırı sonuçları içeren çalışmalar bulunmakta ve bu açıdan yaşlı insanların hem ülke ekonomisine hem de sağlık harcamalarına ağır bir yükü olduğu bilgisi kesin bir sonuç değildir.

1.4. YAŞLIKLAR İLGİLİ BAZI KURAMSAL YAKLAŞIMLAR

Yaşlılık algısını idrak edebilmek adına literatürde yer alan kuramları ele almak faydalı görülmüş ve bu kuramlar aşağıdaki sırasıyla incelenmiştir.

1.4.1. Etkinlik (Aktivite) Kuramı

Faaliyet teorisi bağlamında Longino ve Kart (1982: 716) yaşlanıncaya değin yapılan büyük aktivitelerin daha sonraki yıllardaki memnuniyeti artıracağını ortaya koymuştur. Bu kuramı geliştirenler sosyolog Robert J. Havighurst, Bernice L. Neugarten, V. L. Bengston ve Shelden S. Tobin'dir. Bu kuram; yaşlılık döneminde kaçınılması mümkün olmayan fiziksel, psikolojik, zihinsel ve sosyal değişimlere (yitirilen sosyal roller ve statü, beliren hastalıklar, değişen görünüm vb.) uyum sağlayabilmek adına sosyal çevreyle geçirilen zaman ve faaliyet bağlamından ortaya çıkan memnuniyeti ifade etmektedir. Günlük yaşamdaki aktiviteleri bağımsız şekilde devam ettirebilme, sosyal çevreyle iç içe olma, spor veya egzersiz yapma, sahip olunan herhangi bir hobi veya uğraşın mevcut olmasına dikkat çekmektedir. Bu ilkeler sayesinde yaşlılıkta yaşam kalitesindeki belirleyiciler de ortaya konmuş olmaktadır (Danış, 2009: 20).

Ayrıca Kelly çalışmasında (1987: 195-196) aktivitelerin yaşam doyumu üzerine etkisini belli yaş gruplarında (40-54, 55-64, 65-75 ve 75+) incelemiştir. 40-54 yaş aralığı bireyler için seyahat ve kültürel faaliyetlerin; 55-64 yaş grubu için sosyal, kültürel ve seyahat aktivitelerin; 65-74 yaş grubu için sosyal ve seyahat aktivitelerinin ve 75+ yaş grubu için ev temelli ve aile aktivitelerin yaşam doyumunda en önemli etmenler olduğu ortaya konmuştur.

1.4.2. Rol Bırakma Kuramı

Bu kuram, Zena S. Blau tarafından geliştirilmiş ve sosyalleşmeyi sürecin bir yönü olarak ele almıştır. Herhangi bir rol bittikten sonra ne yapılacağı noktasında insanların fikirleri ya çok azdır ya da hiç yoktur. Odaklanılan nokta istenmeyen rollerden kendini sıyırmaktır. Bunun yanı sıra sosyalleşme noktasında çaba sarf edenler adına dahi bir rolün getirdiği zorunluluklar ve beklenti yerine daha fazla şüphe uyandırmaktadır. Bu kuram; bir ayrılma, tasfiye ve yeniden sosyalleşme sürecini kapsamaktadır. Ayrılma bir rolle alakalı davranış türünden geri çekilmeyi ifade etmektedir. Sosyalleşmede birey yeni bir kimliği öz vizyonuna ilave ederken evvelki rolünün artıklarını elinde tutmaktadır. Yeni rolün eklenmesinde başarılı olmak isteyen birey geçmiş kimliğinin yönlerini yeni hayatıyla birleştirici bir yöntem gütmelidir (Ebaugh, 1988: 8; Drahotra ve Eitzen, 1998: 266-267).

1.4.3. İlişki Kesme Kuramı

1961'de Elaine Cumming ve William Henry tarafından geliştirilmiş olan bu kuramın prensibinde yer alan üç hipotez bulunmaktadır. Bunlardan ilki bütün toplulukların yaşlanan kişiyi bir şekilde kenara itmesi diye ifade edilmiştir. İkinci olarak içsel kuvvetten kaynaklanan bir etkiyle toplumdan ayırmayı bireyin kendisinin gerçekleştirdiği gibi bu ayrılma hem psikolojik hem de sosyal bağlamda gerçekleşmektedir. Sosyal rollere katılım azaldığı için buna harcanan zamanda da azalma görülmektedir. Psikolojik boyutta ayrılma kişinin ilgi ve alakasının azalması manasını taşımaktadır. Son hipotez ise sosyal ve psikolojik ayrılmaya karşın bireyin deneyimleri sayesinde ilginin sürüp katılımın devam ettiğini ortaya koymaktadır. İnsancıl ve bilimsel bağlamda pek çok gerontolog yaşlı insanlara kötü davranıldığını ortaya koymuştur (Tornstam, 1989: 55-56).

1.4.4. Toplumsal Değişim Kuramı

Cowgill ve Holmes tarafından 1972'de geliştirilen bu kuramın diğer adı Modernizasyon Kuramı'dır. Bu kuramın ana hipotezi ise toplumsal modernleşme sonrasında yaşlılığın statüsünün değer kaybettiğidir (Rhoads, 1984: 243). Bu kuram; doğum oranlarının azalması, sanayileşmenin hızlı seyri ve sekülerleşmeden ötürü modernleşmenin yaşlıları etkilediğini ifade etmektedir (Achenbaum ve Stearns, 1978:

307). Yaşlıların hızla gelişen teknolojiye uyum sağlayamamaları toplumdaki “yaşlı” algısının değişmesinde ve sanayileşen toplumların aktif çalışan insanlara olan ihtiyacı etkili olabilir.

Bunların yanı sıra 20. yüzyılda meydana gelen gelişmelerden sonra yaşlanan nüfusun “modern” özellikleri belirginlik kazanmıştır. Kazanca dayanan ekonomilerin istihdam edilmeyen ancak kamu ve özel sektörde nesiller arası gelir transferini sağlayan 65+ kişilerin toplam nüfus içindeki payında artış görülmüştür (Achenbaum ve Stearns, 1978: 310). Bu açıklamalardan yola çıkıldığında günümüzdeki yaşlının aktif iş piyasasında olmadığı ve emekliliğin kurumsallaşması sayesinde süreklilik kazanan bir sistemin mevcut olduğu ifade edilebilir.

1.5. GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE YAŞLILIK ALGISI

Çağa ve ülkeye göre yaşlılığın algılanmasında farklılıklar ortaya çıktığından Tufan (2016: 99) yaşlı insanı; güneşli mi bulutlu mu olacağına karar veremeyen bir açıp bir kapanan havaya benzetmiştir. Bakımsızlıktan yüzüne solgunluk düşmüş yaşlı insanın kimi zaman acıma kimi zaman da düşmanca bakışlar altında yaşadığını ifade etmiştir.

Yaşlının aile ve toplumdaki konumunun içinde yaşanılan zamanla ve çevresel etmenlerle yakından bir ilgisi bulunmaktadır. Homo habilisler ilk insan olarak bilinmekte ve eldeki kaynaklar mevcut aile yapısı hakkında yeterli bilgi içermemektedir. İlerleyen dönemde ortaya çıkan Homo erectüslerin 1 milyon 900 bin yıl evvel var olduğuna dair bilgiler bulunmaktadır. Aynı şekilde Arkaik homo sapiensler 400 bin, Neandertaller 130 bin yıl ve Homo sapiensler 38 bin yıl evvel dünyada hayat sürmüştür. Homo sapiensler 23-30 kişilik gruplarla devamlı yer değiştirdiği için avcı-toplayıcı toplum özelliğine sahip olmuştur. İlk olarak Neolitik Döneme (8 bin yıl evvel) değin teknolojinin ve kültürün gelişimi yavaş bir seyir izlemiştir. İnsan genetik yapısının belirlemiş olduğu “maksimum ömür potansiyeli” (MÖP) 120 iken avcı-toplayıcı şekilde yaşayan insanlar için bu rakam ancak 20-25’tir. Bundan ötürü o dönemlerde günümüzdeki yaşlılık statüsünün varlığı da söz konusu olmamıştır (Akın, 2002: 75).

Doğa şartlarının zor ve çetin olmasından ötürü o zamandaki insanlar için ihtiyarlık yaşı 20-25’e kadar inmiştir. Yaşlının toplumdaki statüsünün oluşmasında belirleyici olan etmen doğa koşullarıdır. Bu açıdan o dönemde var olan yaşamsal zorluklar yaşlılığının

dışlanan bir özelliğe sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Neolitik dönemden bu yana yerleşik döneme geçilmesi sonucunda tarım faaliyetleri başlamış ve yaşam büyük ölçüde yaşlılar adına kolaylaşmıştır. Yerleşik hayata geçerek toprağı işlemeyi öğrenen insan, sadece tüketmek yerine üretime de vakıf hale gelmiştir. Öyle ki ürettiğini sonrası için saklamış ve ilerde ekonomik gelirini bundan elde edeceği takas yöntemini kullanmıştır. Bundan dolayı ilk insanın sadece yaşamak amacı güderek topladığı yiyecek (bitki) üretilip başka ihtiyaçlara ulaşmada kaynak sağlayan bir işlev görmüştür. Neticede insanlar bir amaca yönelik tüketmeyi bırakıp daha kaliteli bir yaşam adına savaş vermiştir (Akın, 2002: 75; Akülkü, 2015: 31).

16. ve 17. yüzyıllarda yaşlı bedensel güç kaybına uğrayan kişi olarak tanımlanmış ve aynı zamanda bu dönemlerde yaşlılık, takvimsel yaşla ölçülen bir özellik taşımamıştır. O zamanlarda yaşlılık; ölümün ilk basamağı olarak ele alınmaya başlandığından dönemin edebi eserlerinde bu dönem bütün acımasız ve olumsuz yönleriyle ele alınmıştır. Yaşlı kişi; toplumda istenmeyen, ölümünün habercisi ve fayda sağlamayan bir varlık olarak görülmeye başlanmıştır (Tufan, 2016: 100).

20. yüzyılda doğum ve ölüm oranlarında yaşanan dramatik değişimler dünyanın 21. yüzyılda hızlı bir şekilde yaşlanmasına neden olmuştur. Nüfusun yaşlanmasının hız ve düzeni üç eksen etrafında birleşmektedir. İlk ve tarihsel bağlamda en önemli olanı doğurganlık oranındaki gerilemeden kaynaklanmıştır. İkincisiyse halk sağlığı alanında gelişen (su arıtımı ve sigara karşıtı kampanyalar) ve tıbbi teknolojide görülen ilerlemeler (kalp hastalığının tedavi edilmesi) neticesinde geçen yüzyılda pek çok ülkenin ölüm oranlarında düşüş meydana gelmiştir. Sonuncu ise gelişmiş ülkeler alt kümesinde değişen yoğunluk ve sürelerle baş gösteren “bebek patlaması” şeklinde nitelendirilen II. Dünya Savaşı sonrasında doğurganlık oranlarındaki belirgin fakat geçici artıştan kaynaklanmıştır (National Research Council, 2001: 1).

Geleneksel toplumların üretiminde tarım kaynaklı bir ekonomi ve aile merkezde yer almaktadır. Bu yapı içinde olan birey kendi ihtiyacı olanı üretip tüketmiştir. Aynı zamanda geniş aile olgusu toplumda yaygın bir unsur olduğu için yaşlılar uzun süre boyunca üretim süreçlerinde yer almış ve saygınlıklarını korumuştur (Bektaş, 2017: 12-13). Son dönemlerin nüfus planlaması hareketleri sayesinde yaşlı oranının arttığı bir demografik yapı ortaya çıkmıştır. Tıpta meydana gelen gelişmeler neticesinde anne ve

baba olma yaşının daha ileriye gitmesinin yanı sıra aile planlaması politikaları ve eğitim düzeyinde ortaya çıkan artış gibi nedenler de dünyanın yaşlanmasına etki etmiştir (Ertaylan, 2016: 4).

Yaşlılığın dönüşen bu yapısına etki eden unsurlardan birinin *sekülerleşme* olduğu ifade edilebilir. Batı toplumlarında başlayan bu hareketle birlikte büyücülük ve din önemini yitirdiğinden bu iki olguyu yöneten kesim olan yaşlıların statüsü değişime uğramıştır. Bu bakımdan sanayileşen toplumların genç ve dinamik bedenlere/çalışanlara duyduğu ihtiyacı karşılama noktasında yaşlı kesimin eksik kaldığı öne sürülebilir.

1.6. MODERNLEŞMEYLE BİRLİKTE YAŞLILIK ALGISI

Modernleşme; toplumları bir boyuta indirgeyen birbiriyle ilişkili toplumsal değişimlerin bir özeti olarak tanılanmaktadır (Silverstein vd., 1998: 388). Bu tanımdan da hareketle bugünkü yaşlılık algısının üzerinde etkisi olan modernleşmeyi nüfus yapısı, ekonomik faktörler ve aile yapısı gibi etmenleri ele alarak ayrıntılı şekilde irdelemek mümkündür.

1.6.1. Nüfus Yapısındaki Değişim

I. ve II. Dünya Savaşı demografik değişimler yaşanmasına neden olmuş ve bu savaşlarda yer alan ülkeler yüz binlerce genç insanını kaybetmiştir. Savaştan sonraki güvensiz ortam ve gençlerin azalmasından ötürü evlenme ve çocuk sahibi olmaya yönelik insanlarda olumsuz bir tutum oluşmuştur. Doğum oranlarının düşmeye başlamasının yanı sıra sosyo-ekonomik diğer bazı nedenlerden ötürü pek çok ülkenin günümüzdeki özellikleri oluşmuştur (Altan, 2007: 269).

Gelişen ve dönüşen dünyada maddi kültür unsurlarının öneminin artması toplumların her manada refah seviyesine ulaşmak adına etkili adımlar atmasını sağlamıştır. Teknolojide meydana gelen yenilikler ve tıptaki gelişmeler; hastalıkların iyileşmesi ve bebek ölüm oranlarının azalmasını sağlamış ve bu sayede ortalama yaşam süresi uzamıştır. Bunlara ilave olarak daha bilinçli bireylerin dengeli beslenme ve spor gibi günlük aktiviteleri hayatında uygulaması da etkili olan faktörler arasında yer almıştır (Taşkesen, 2017: 93). Bunu destekler nitelikte Bulduk (2014: 55) günümüzde sanayi

devriminden sonra tıp bilimlerinde kaydedilen ilerlemelerin dünya nüfusunun hızla yaş ortalamasının artmasına neden olduğunu ifade etmiştir.

Nüfusun yaşlanması; yüksek doğurganlık oranlarının azalması ve yüksek ölüm oranlarındaki meydana gelen düşüşten kaynaklanmaktadır. Dünya genelinde meydana gelen bu eğilime “demografik geçiş” adı verilmektedir. Geçiş; ilk olarak küçük çocukların ölüm oranlardaki düşüşle beraber doğurganlığın daha yüksek olduğu bir eğilim seyrettiğinden bu ilk aşamada daha genç bir nüfus yapısı mevcuttur. İkinci aşamanın zaman içinde gerçekleşmesinin yanı sıra farklı ülkelerdeki görülme biçimleri değişik yapıya sahip olmuş ve bütün dünya bölgelerinde doğurganlık azalan bir seyir izlemiştir. Neticede dünya nüfusunun sadece yaşlanması gibi bir durum söz konusu olmamakla birlikte aynı zamanda 21. yüzyılda yaşlı nüfusunun iki katına ulaşması beklenmektedir (Kuné, 2003: 17).

Çataloğlu (2018: 34) sanayileşme sonrası toplumların değişim hızının yaşlılığı etkilediğini ve aynı zamanda yaşlıların nüfus içindeki artışının toplumsal değişimde etkili rol oynadığını ifade etmiştir. Yaşlılığa olan bakış açısı toplumdan topluma değişim göstermekle birlikte geleneksel dönemlerin toplumlarında yaşlılık ve yaşlılık deneyimleri değerli bir konumda yer almıştır. Modern toplumların teknolojik ve sanayileşmiş yapısı yaşlı bireylerin üretim süreçleri açısından değersizmiş gibi algılanmasına neden olmuştur. Aynı zamanda yaşlı bireylerin üretim süreçlerinde yer almaması sosyal, ekonomik ve kültürel bağlamda yaşlıya gereken değerin verilmemesine neden olmuştur. Teknolojik çağın gelişmeleri yaşlının konumunu daha hantal bir hale getirmiş ve özellikle de yaşlılar bu teknolojik gelişmeleri kullanma noktasında geride kalmıştır.

Birleşmiş Milletlerin (United Nations) Raporuna (2011: 1) göre, dünya nüfusunun hızlı yaşlanması dikkat çektiğinden küresel bağlamda yaşlıların sayısının (60 yaş ve üstü) 2011 yılında 784 milyondan 2050'de 2 milyarın üzerine çıkıp 2,6 kat artış olacağı tahmin edilmektedir. Aynı şekilde 21. yüzyılın ikinci yarısında yaşlıların sayısının (60 yaş ve üstü) 600 milyon daha artacağı ve 2100'de 2,8 milyara ulaşacağı ifade edilmiştir. Öyle ki bunu günümüze değin süregelen teknolojik gelişmelerin sağladığı ifade edilebilir.

1.6.2. Ekonomik Faktörler

19. yüzyıla değin tarım ülkesi özelliğini taşıyan İngiltere 70 senede ekonomik alanda elde ettiği gelişmeler sayesinde ilk endüstri toplumunu oluşturmuştur. Neticede köylerden kentlere doğru bir göç akımı başlamış ve şehirleşme olgusu cereyan ettiğinden Sanayi Devrimi yeni bir dönemi ortaya çıkarmıştır. Toplumların sosyal yapılarında değişimler meydana gelmiş ve ülkelerin temelleri bu değişimlerden etkilenmeye başlamıştır. Çekirdek aile olgusu toplumda kendine yer edinmeye başlamasına rağmen o dönemlerde nüfus artışına engel olunamamıştır. Özellikle de çocuklara “çalışma yasağı” gelmediği ve eğitim bilinci bu kadar yaygın olmadığından yaşlı birey aile bütçesine katkı sağlayan bir unsur olarak görülmeye devam edilmiştir (Tufan, 2016: 120).

Bunların yanı sıra politik ekonomi ve yaşlanma arasındaki ilişkiyi ele alan Çatışmacı Yaşlanma Kuramı sosyal kaynakların dağılımındaki eşitsizliklerin her alanda olduğu gibi yaş faktöründe de etkili olduğunu ileri sürmektedir. Kapitalist toplumların temelini maddi üretimin oluşturması bu kuramın ileri sürdükleri arasında yer almaktadır (Kurtkapan, 2017: 62). Diğer yandan köylerden kentlere yaşanan göç insanların sosyal hayatlarına yansımalar meydana getirmiştir. Yaşlı nüfusun ekonomik faaliyetlere uyum sağlaması ya da işgücüne katılım sağlaması zor olmuştur (Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı, 2012: 8). Bu bakımdan yaşlı bireylerin sanayileşmiş ekonomide kendine yer edinmesi zor olmuş ve aynı zamanda köyde kendi kendine yeten bir hayatı olan insanların kentteki yaşamsal ihtiyaçlarını karşılamak için daha fazla çalışması gerekmektedir. Ancak yaşlı bir insanın metropol şehirlerdeki çalışma hayatına ayak uydurması söz konusu olmamaktadır.

Tarihte her olay bir sonucu meydana getirdiği gibi çocuğun iş yaşamından ayrılması ve eğitime yönlendirilmesi de aile bütçesine etki ettiğinden insanlar daha az çocuk sahibi olmayı istemiştir. Geniş aile yapısı önemini yitirmiş ve “çekirdek aile” kavramı meydana gelmiştir. Diğer yandan endüstrileşmeyle emperyalist güçlerin hammaddeye olan ihtiyacı artmıştır. Hammadde işleme gücü olan ülkeler daha sonrasında ekonomik rekabetin savaflara dönüşmesine neden olmuş ve bundan ötürü meydana gelen iki dünya savaşında da ülkeler genç nesillerini kaybetmiştir. Bu savaşlarda dünyadan silinip giden milyonlarca gencin doğmayan evlatları bu dünyandan intikamını almış gibidir. Öyle ki toplumlar iyice yoksullaştıkları için çocuk doğurmaya, geçim derdi ve yeni bir savaş çıkar

korkusundan ötürü çekinerek bakmıştır. Bütün bu olaylar yaşanan toplumların meydana gelmesini de kaçınılmaz bir son haline getirmiştir (Tufan, 2016: 121).

1.6.3. Aile Yapısındaki Değişim

Eski Roma’da yaşamış olan bir insana ailenin yalnızca anne, baba ve çocuklardan ibaret olacağı ifade edilse tebessüm ederdi. Aile kavramı günümüzdeki şeklini alıncaya değin belli evrelerden geçmiş ve o dönemlerde yalnızca kan bağına indirgenen bir olgu olmamıştır (Tufan, 2016: 101). Daha evvel de ifade edildiği üzere yaşam süresinin uzaması “yaşlı” kavramının toplumda yer edinmesini sağlamış ve özellikle de dönüşen aile yapısının buna etki etmiştir.

Modern dönemde sosyo-ekonomik değişimler meydana gelmiş ve bu durumun toplumdaki en büyük yansıması aile yapısında olmuştur. Neticede yaşlı ve aile ilişkileri “sosyal bağlamda bir sorun” olarak ele alınmaya başlanmıştır. Endüstrileşme ve kentleşme süreci geniş aileden çekirdek aileye dönüşümü kaçınılmaz kıldığından gerek kentteki gerekse de kırsalda yaşayan ailede meydana gelen bu değişim yaşlıya saygının azalmasına neden olmuştur (Kurt, 2008: 77).

Bütün bunlardan hareket edilecek olursa aile yapısında meydana gelen bu değişimin yaşlının sosyal rollerine etki ettiği görülmektedir. Daha evvel bilge konumunda yer alan yaşlı birey; çekirdek aile yapısında kendine yer edemediğinden ötürü yaşlılığın toplumdaki dışlanan ve kurumsallaşan yapısı öne çıkmıştır. Aile; bir toplumun özelliklerinin oluşmasında etkili olan önemli bir belirleyici olarak görülmektedir. Bundan ötürü yaşlıya gösterilen saygı yahut algılama biçiminde bunlardan kaynaklanan bir değişim olduğu ileri sürülebilir.

Toplumsal yapıda meydana gelen değişimlerden en büyük etkiyi kentleşme olgusu meydana getirmiştir. Ailede yer alan kişilerin görev ve sorumlulukları yeniden tanımlandığı için yaşlının toplumdaki statüsündeki değişimler kaçınılmaz olmuş ve 1950’lerden sonraki ilk göç hareketlerinden sonra kadın yavaş yavaş çalışma hayatının içine girmiş ve özellikle de 1980’ler kadını geleneksel rollerinden sıyrarak bir tüketici konumuna taşımıştır. İş hayatına giren kadının elde ettiği ekonomik güç, toplumsal bağlamda daha evvel var olan rollerinin (anne, gelin, ev kadını gibi) yerine kendi kazancını elde eden ve kariyer peşinde koşan bir bireye dönüştürmüştür. Haliyle anne ve

babanın işe gittiği, çocuğu da kreşteki yetkin kişilerin baktığı “aile” yapısı yaygınlık kazanmış ve geleneksel dönemde çocuğa bakma görevi olan yaşlının bu rolü elinden alındığı gibi iş hayatında aktif bulunan kadın yaşlıya bakma rolünden de sıyrılmıştır. Yaşlı kesime bakma görevi de modern zamanların bakıcı ve huzur evi çalışanlarına kaymıştır (Ertaylan, 2016: 5).

Bu açıklamalardan yola çıkılırsa eğer modern zamanın aile yapısındaki değişim yaşlılığın kurumsal boyut kazanmasına etki etmiştir. Geniş aile yapılarında insanların yaşlıya olan saygı ve ilgisi yerini hor görme ve ilgisizliğe bırakmıştır. Öyle ki günümüz toplumlarının yaşlıyı bir bilge olarak algılamadığı gibi toplumda mevcut olan bu algının bireylerde “yaşlanmama ve genç kalma arzusunu” körüklediği ifade edilebilir. Bunların yanı sıra Tufan (2003: 46) yaşlanmayla alakalı bilim olan gerontolojinin *mümkün mertebe geç gelen yaşlılığı ve ölümü* kendine görev edindiğini ifade etmiştir. Bundan ötürü sadece yaşam süresi uzamadığı gibi yaşlılığa olan bakış açısında da değişimler meydana gelmiştir. Modern dönemde ele alınan yaşlılık için Öçal (2017: 335) başta Avrupa ülkeleri olmak üzere yaşam süresinin dünya genelinde arttığını ifade etmiştir. Öyle ki pek çok insan yaşlılık dönemine geçmek istememektedir. Bu durum gençliğin iyi bir olgu olduğu şeklinde söylem üretilmesinden de ileri gelmiştir. Modern kültür yetişkinlikten sonraki hayat evrelerine fazla dikkat çekmediği gibi yaşlılığı bir tortu gibi görmektedir.

Yaşlanma, sosyolojik bağlamda aktif üretim süreçlerindeki yaşamın dışında kalan bir zaman dilimi ve düşük gelir elde edilen bir özellik taşıdığı için modern toplumlar adına yaşlılık statü kaybını ifade etmektedir. Diğer yandan modern toplumların üretkenlik istencinde insan bedeni işlev görmektedir. Bedenin görünüşü, boyutu, şekli ve hatta içeriği bile önem kazanmaktadır. Bedenin proje olarak ele alınması bireyin kendisine sorumluluk yükleyen bir özellik taşımakta ve bedenlerin yönetimi, bakımı ve görünüşünde bireyin otonomu sayesinde bilinçli ve aktif bir süreç gerçekleşmektedir. Özellikle de “sağlık ve gençlik” mottolarından hareket edilerek yaşlanan beden üzerinde bir inşa sürecine girilmiştir. Hukuk, din, moda, medya, ekonomi, sosyoloji ve tıp gibi pek çok alan bu inşa sürecinde bir taş koymaktadır. Modern zamanın bedene müdahalesini uzman ve otorite sahibi merciler yapmaktadır (Shilling, 1993: 5; Timurturkan ve Demez, 2018: 443). Bu açıklamalardan hareketle sağlıklı ve genç bedenlere duyulan arzunun “yaşlanmama/genç kalma arzusunu” körüklediği ifade edilebilir.

Beden, bireyin toplum içerisinde kendini ifade edebileceği araçlar arasında yer aldığından bireyin katıldığı sosyal bir ortamda onun maddi olarak algılanmasını sağlamaktır. İktidar için bireyin bedeni, üretimi sağlamak ve tüketimi gerçekleştirmek için bir araç işlevi görmektedir. Bireyin bedeni üzerinden oluşturulan kalıplar bedeni belli standartların içerisine girmeye zorlamakta ve bu özelliklerden ötürü yaşlanma süreci kazandığı küresel boyut ile maddi bir öneme sahip hale gelmektedir (Kurt, 2016: 1302; Neilson, 2006: 154). Özellikle de anti-aging ve estetik sektörü gibi konular bu alanın ekonomik bir pazar haline geldiğini göstermektedir.

Bunların yanı sıra yaşlılık; ölümü çağrıştırmaları nedeniyle hem istenmeyen bir sonuç hem de madden birçok bedeninde bulunmak istemediği bir zaman dilimi olarak ele alınabilir. Çünkü insanoğlu ne kadar yaşarsa yaşasın gençliğinin sıhhatini, genişliğini ve dinçliğini her zaman aramaktadır. Bu sebepten ötürü bireyin bedeni modern zamanda yaşlılık evresini adeta reddedebilir veya bu bedene, iktidar tarafından böyle yansıtılabilir. Bunun sonucunda bireyler genç kalmak için spor, diyet, sağlıklı yaşam gibi önerilerle yaşlanmayı geciktirmeye çalışabilir. Yaşlanma gerçeğiyle yüz yüze kalan insan bu algının sunum şeklindeki değişim nedeniyle yaşlanmanın toplumsal ve kültürel farklılığından etkilenebilir.

Neticede beden üzerinden ekonomide yeni pazarlar oluşturulduğundan yaşama ait olan her süreç piyasa koşullarına bağlı olacak şekilde yönlendirilmektedir. Özellikle de günümüz toplumlarında yaşlılığın dönüşen yapısı piyasada önemli bir tüketim ağı oluşturmuştur. Yaşlılar aktif iş piyasasına dâhil edilmedikleri için aksi yönde tüketici kimliklerini ön plana çıkarılarak kendilerine toplumda yer edinmektedir. Gençliğe ve güzelliğe atıfların daha çok olması gelişen teknoloji ve endüstri sayesinde bedene yapılacak olan her müdahaleyi mümkün kılınmaktadır. Özellikle de sağlıklı bedenlerin öne çıktığı modern zamanda gerek yaşlanan gerekse de yaşlanacak olan beden; bu piyasanın üzerinde durduğu bir olgu haline gelmiştir. Yaşlılıktan kurtulmak için “yaşamı, modayı ve güzelliği kucaklayıp kaç yaşında olduğumuzun bir önemi olmadığına” vurgu yapıldığından pazarın müşterisi olan insan sayısı da artmaktadır (Timurturkan ve Demez, 2018: 453).

Geçmişe nazaran güzellik kavramı da bu süreçlerle bir dönüşüm yaşadığından kendine hitap eden bir sektörü modern zamanda elde etmiştir. Güzellik kavramının bu

denli ön plana çıkması sonucu sektörü besleyecek olan ürün ve hizmetlere yönelik yatırımlar başlamıştır. Bu yatırımlarla estetik, cerrahi, kozmetik ve doğal yaşamın ön plana çıktığı bir pazar doğurmuştur. Bu ürünlere toplumun her kesiminin kolay bir şekilde ulaşması sağlanmış ve bu sayede müdahalenin etkisinde bir terslik yaşanmamıştır. Modernliğin bu boyutu ile bireyin bedenine yapılan her müdahale sağlıklı yaşam, ölümsüzlük, genç kalma gibi arayışları da hayatın merkezine almıştır (Kurt, 2016: 1317).

Yukarıda yer alan ifadeler çerçevesinde bireyin bedeninin denetim altına alınmasının en büyük gerekçelerinden biri de iktidarın sürdürülebilirliğini sağlamak olabilir. Bu denetimi sağlarken kullanılan araçlardan biri de modern zamanda yaşlılığı olabildiğince öteleme gençliği ise daha öne çıkarmaktır. Güzellik algısının kalıpları bireyden bireye değişmekle birlikte bunun iktidar tarafından bireye nasıl ulaştırıldığı önem arz etmektedir. Birey güzel bedeni elde etmek adına güncel unsurların peşinden gidebilmekte ve bunu belirleyen kesimin yine iktidar olduğunu ifade etmek yerinde olacaktır. Buna şöyle bir örnek verilecek olursa daha iyi anlaşılacaktır. Moda kavramını bireylerin çoğu belirli nedenlerden ötürü tam olarak benimseyemez ama birey bu akıma kendini bir ucundan da olsa kaptırabilir. Moda gibi etmenler bireyin tüketim alışkanlığını körükleyen özelliğe sahip olduğundan bireyin kendi otonomu altında gerçekleşmemektedir.

1.7. BAŞARILI YAŞLANMA

Hayata süre olarak bakıldığında yaşlanmak; hayatın tükendiğini gösterdiği gibi yaşlılık bir kandil yağı gibi zamanın biteceğine işaret etmektedir. Aynı zamanda hayata sadece bir tükeniş olarak bakmamak ve anlam kazanacak şekilde geçmesini sağlamak bireyin elindedir. Diğer yandan yaşlılık döneminde yaşamın geri kalan kısmına göre insanın rolleri azalmakta ve boş zamanların süresi artmaktadır. Bir insanın kendi nazarında geriye dönüp hayatına baktığı zaman, “üstesinden başarıyla gelebildim” diyeceği bir hayat sürmesi önem arz etmektedir. Öyle ki bu başarı başkalarının nazarında değil bizzat bireyin kendi karar ve istekleri doğrultusunda oluşmalıdır (Tufan, 2016: 33-34).

Başarılı yaşlanma gerontolojinin ana konuları arasında yer almakla birlikte bu disiplin için çizilmiş kesin maddeler sunmamaktadır. Yaşlılık çocukluğa geri dönüşü değil bireyin yaşayıp dolu dolu geçirdiği ömre işaret ettiğinden yaşlılardan öğrenilecek

pek çok hayat kıssası bulunmaktadır. Bir diğere önemli noktaysa başarılı yaşlanmayı “sağlıklı yaşlanmayla” karıştırmamak gerektiğidir. Yaşlılıkta meydana gelen hastalıkların sağlıksızlığa işaret etmesinden ötürü bu kadar insanın başarısız şekilde yaşlandığını ifade etmek yanlış olacaktır. Bundan ötürü gerontoloji başarılı yaşlanma noktasında bireyin kendi tanımını yapmasına imkân sağlamaktadır (Tufan, 2016: 34-35). Başarılı yaşlanmayı bireyin kendi hayatını aktif ve üretken şekilde geçirdiği bir yaşamın sonucunda elde edilen meyveler şeklinde ele almak mümkündür. Haliyle bu bilinçte olan bir bireyin yaşlılık döneminin üstesinden rahat şekilde gelebileceği ileri sürülebilir. Bu kavramı modern zamanın bireyin bedeni üzerindeki tahakkümü olarak değil de daha çok geleceğe yatırım yapmak gibi düşünmek daha doğru olacaktır.



İKİNCİ BÖLÜM

ÖLÜM ALGISI

Bu bölümde ölüm ve ölüm algısı kavramları incelenmiş ve insanlığın yüzyıllık bir arzusu denebilecek “ölümsüzlük arzusu” hakkında bilgi verilmiştir. Daha sonrasında ölüm algısı gelişimsel açıdan ele alınmış ve ölüm türleri hakkında bilgi verilmiştir. Geçmişten günümüze ölüm algısını ele alırken taş devri, pastoral çağ ve kozmopolit çağ olarak ayırım yapılmıştır. Son olarak da ölümün modern zamandaki değişimini ifade edebilmek için ölüm endüstrisi, terminal bakım ve hastane yatağında ölüm gibi konulara vurgu yapan bir süreç izlenmiştir.

2.1. ÖLÜM VE ÖLÜM ALGISI KAVRAMLARI

Ölüm; var olmanın en mühim bir parçası (Çetin, 2015:1), canlı olmanın kesin bir gerçekliği olup aynı zamanda bu canlılığın son bulması (Özarlan, 2017: 30) ve tarih boyunca insanları meşgul eden bir problem olarak ifade edilmiştir (Şahin, 2018: 3). Bundan dolayı da Yanık ve Kara (2016: 158) ölüm olgusunun her canlının yüzleşmek zorunda kaldığı ve kaçınılma ihtimali mümkün olmayan bir durum olduğunu ifade etmişlerdir.

Düşünce tarihi boyunca ölümün tanımlanması noktasında ünlü düşünürlerin farklı yollara başvurdukları görülmüştür. Diğer yandan ölümden sonrası hakkında hiçbir fikir sahibi olunamadığından ötürü ölümün ne olduğu noktasında kesinlik söz konusu olmamıştır. Bilinmez yönleri olan bu kavram bir bilim gibi araştırılmasına rağmen gizemini korumuş ve aynı zamanda bu durum ölümün herkesi kapsayan bir olgu olmasını sağlamıştır (Şentürk, 1983: 303; Çetin, 2015: 1).

Ölüm; Arapçada “mevt”, İngilizcede “death”, Fransızcada “mort” ve Almandada “tod” kelimeleriyle kullanılıyorken terim; sona erme, tükenme, yok olma veya ortadan kalkma gibi manalara gelmektedir. Türk Dil Kurumu (TDK)’na göre ölüm, “bir insan, bir hayvan ya da bir bitkide yaşamın tam ve kesin olarak sona ermesi” manasını taşımaktadır (Pekergil, 2009: 9). Ölümün ne olduğunu çok iyi bildiğimizi ifade eden Bauman (1992: 2) yine de bu kavrama yönelik bir tanımlama yapmanın imkânsız olduğunu vurgulamış ve ölümün nihai bir boşluk olduğunu ifade etmiştir.

Akbaş (2009: 25)'a göre kişi kendi ölümünü hem çok tanıdık hem de tamamen yabancı şekilde algımlarken geleneksel yazarlar ölümü; ilahi yargılama ve bir sonraki yaşama hazırlık olarak ele almıştır (Bregman, 2006: 4). Ölüm Sosyolojisi adlı kitabında Sağır (2014: 9), “İnsan ölümü ne zaman öğrenir?” sorusuna “Sevilen bir kişinin kaybının gerçekleşmesi halinde” diye cevap vermiştir. Ölüm sorgulanma sürecinde nefes alan, yemek yiyen, konuşan ve yürüyen bir insanın hareketsiz kalmasına sebebiyet veren bir durum şeklinde ele alınmıştır.

Akçetin (2010: 2) ölümü ele alırken varoluş üzerinden gitmeyi tercih etmiştir. Dünyaya gelişi bir “*düşmüşlük*” olarak ele alan yazar bunun bir seçim olmamakla birlikte ileriye yönelik planların şekillenmesine etki ettiğine değinmiştir. Özellikle de insan varlığını ölüme kadar sürdürme gayesiyle yaşamıştır. İnsanın dünyaya gelmesi kendi seçimi olmadığı için ölüm; bir yazgı olarak ele alınmıştır. Yazarın bu ifadelerinden yola çıkılırsa eğer ölümün kabul edilmesi ya da reddedilmesi durumunda günlük hayatın içine hapsolan insanın varlığını gerçekleştirme sürecinde yitip giden bir halde olduğu ileri sürülebilir.

Ölüm kavramını ele alan yazarlardan biri olan Kütükçüoğlu (2014: 476) insanın hem sessiz kalıp hem de sesini en fazla çıkardığı algı anı olduğunu belirtmiştir. Bu algı neticesinde ölümün karşılanma biçimleri ortaya çıkmıştır. Allah ölümü isteyip Âdem'i yarattığından bu yana her yerde sonsuz sayıda ölümü karşılama biçimi mevcut olmuştur. Bu açıdan ölüm; varlığın kanıtlanmasında temel gerçekliğin kendisini teşkil etmiştir. Ölümün algılanması noktasında düşünce sistemleri ve dinlerin yanı sıra edebiyat ve sanat eserlerinin de çaba sarf ettiğini ifade eden Artun (2016: 11) insanların dini inançları veya çeşitli düşünce sistemleri sayesinde ölümü anlamlandırmaya çalıştığını ortaya koymuştur. Bu noktada Bregman (2006: 4) dinin; psikoloji ya da başka olarak atfedilen seküler tarzda disiplinler içinde yaşamı kapsayan çerçeveleri ödünç alıp uyarladığını ifade etmiştir.

Ölümün anlaşılması arzusu insanı karışık varlık bilmeccesine doğru sürüklediğinden çözümleri adına gerek felsefi gerekse dini fikirler ortaya çıkmıştır. Felsefi ve dini söylem ölümün belirsiz olmasından ötürü bir noktada kesişmesine rağmen bu belirsizliği yenmek adına metodoloji bakımından ayrılmıştır. Dini söylem felsefi söyleme nazaran inananları için konuyla alakalı kafalardaki sorulara cevaplar teşkil etmektedir. Bu sayede insan ölüm hakkında aydınlatılmış, uyarılmış, teselli edilmiş ve belirsizlik ortadan kaldırılmış

olmaktadır (Güngör, 2016: 228). Din, ölüm kavramına yüklediği bu anlamlar bakımından bireyler üzerinde hafifletici bir etki meydana getirmektedir. Ölümün belirsizliğinden kurtulma imkânı sağlamasından ötürü dinin çok eski zamanlardan bu yana ardına sığınılan bir işlev gördüğü söylenebilir.

Uslu (2015: 91)'ya göre; ölü bedenlerin nasıl saklandığını anlamak geçmişteki ölüm algısını ortaya koymak adına ipucu vermektedir. Ölü bedenlerin mumyalanması ya da dondurulması ilerleyen zamanlarda yeniden doğuşun hayalinin kurulduğunu göstermiştir. Fütüristik imgelerin mimarisinde, bedenleri zamanda dondurma fikri önemli bir etkiye sahip olmasının yanı sıra Doğu ve Batı kültürlerinde bedeni aşan ruh kavrayışında mevcut olan ölümlülüğü yenmek adına bedenler kullanılmıştır. Bedenin saklanması; ölümsüzlüğü sağlama veya en kötü ihtimalle ömrünü uzatma noktasında bireyin bedenini önemli hale getirmiştir. Ruh kavrayışının daha ön planda olduğu inançlar için bu duruma gerek görülmemesinin nedeni ise bedenin anlamının sonsuzluğa muktedir bir ruh olmasından kaynaklanmaktadır. Beden bu noktada ölümcül hastalıkların taşıyıcısı olmasından ötürü kimi zaman bireyin toplumdan dışlanması gibi bir duruma sebep olabilmektedir. Bedenlerin çürüyüp yok olacak olması insana ne kadar zayıf bir varlık olduğunu ifade etmek bakımından farklı bir bakış açısı sunmaktadır.

Buna istinaden Keskin (2006) çalışmasında Şanlıurfa yöresine ait ölüm algısını incelemiş ve bu inanışın yaşam tarzına etki ettiğini ortaya koymuştur. Aynı şekilde Çetinkaya (2011) Roma ve Bizans İmparatorluklarındaki ölüm algısını ortaya koymuş ve bunun o dönemdeki insanların yaşam tarzlarında ne gibi etkiler meydana getirdiğini ifade etmiştir. Bu ifadelerden yola çıkıldığında toplumların bedenleri saklama ve mezarlıkları konumlandırma biçiminin “ölüm algısını” anlama noktasında bir kapı araladığı ileri sürülebilir.

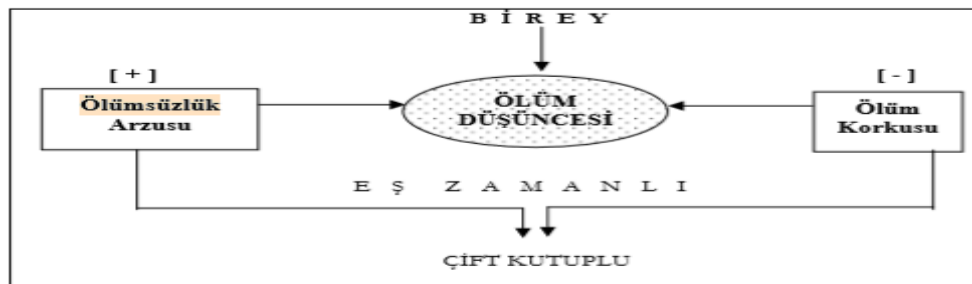
Bireylerin ölümü çok farklı şekilde algıladıklarını ifade eden Koç'a göre ölüm kimileri adına stres kaynağı kimisi için stresten kurtulmada yardımcı bir rol üstlenmektedir. Bazıları ölümü yok oluş olarak görürken bazıları da sonsuz bir hayatın başlangıcı olduğunu düşünmektedir. Ölüm karşısında direnmek kimileri için mantıklıyken kimileri de ölmenin sevinilmesi gereken bir durum olduğu fikrini taşımaktadır. Bu algılarda meydana gelen farklılıkları ortaya koyan husus insanların dini inançlarının ne derece etkili olduğudur (2002: 14). Bu açıdan ele alındığı zaman

ölümsüzlük arzusu insanların yüzyıllardır en temel gerçeği olan ölüme gösterdiği tepki olarak düşünülebilir. Öyle ki mezarında eşyasıyla gömülenden Mısır'da mumyalama yöntemini kullanana kadar insanoğlunun içinde bir yerlerde bu arzusunun yattığı söylenebilir.

Günümüzde her alanda insanlığın bilgi birikimi ve deneyimlerinde daha evvel hiç görülmediği kadar bir gelişim ve artış yaşanmaktadır. Genetik mühendisliği, bilim ve teknolojiye süregelen gelişmeler sayesinde tıpta bir yüzyıl öncesine nazaran olağanüstü diye ifade edilebilecek buluşlar ve gelişmeler meydana gelmiştir. Neticede bilimsel ve tıbbi anlamda ölümsüzlük arayışı ciddi bir ivme kazanarak dinamik bir konu boyutuna taşınmıştır (Efil, 2016: 267).

Dinlerin veya felsefenin “ruhun ölümsüzlüğü”, “ölümden sonra yeniden hayat bulma” yahut “ölümden sonraki hayat” gibi inanç ve görüşleri bir yana bütün insanlığın “ölümsüz olma arzusu” psikolojik boyutta kendine yer edinmektedir. İnsanın yaşama isteği elbette ki en derin ve güçlü arzularından birini teşkil etmektedir. Hayatın sürekliliğini koruma isteği oldukça temel bir gerçekliği ifade ettiğinden sınırlı olan hayata herkes tepki göstermektedir. Bu tepkinin olumlu ya da olumsuz olmasında kişinin hayata karşı tavrı etkili rol almaktadır. Ölümlü olduğunun bilinmesine karşın sonsuza değin yaşam sürme, hiç yok olmama duygu ve arzusu çocukluktan bu yana temellerini atmaktadır. Ölümün gerçekliğiyle yüz yüze gelmesi halinde ölümlülük şuuru insanda yer edinmektedir (Hökelekli, 1991: 162).

Şekil 1. Ölüm Korkusu ve Ölümsüzlük Arzusunun Bireyin Psikolojisindeki Yapılanması



Kaynak: Koç, 2002: 10.

Şekil 1'den yola çıkılacak olursa eğer ölümün bireyin hayatında psikolojik etkileri olduğunu ifade etmek mümkündür. Ölümü algılama noktasında insanda korku uyandıran,

ürkmesine neden olan, endişe yaratıp rahatsız eden husus hayatın süreceğine inanmaktan ziyade bir yerde son bulacağına farkında olunması ve hissedilmesinden ileri gelmektedir (Hökelekli, 1991: 162). Bu noktada ölümsüzlük türleri arasındaki ayrımı yapmak faydalı olacaktır.

- a) **Maddi Ölümsüzlük:** İlk dönem atomculardan günümüzdeki Marksistlere değin ezeli ve ebedi olanın madde olduğu inancından hareketle insanın da maddi öz olmasından ötürü ölümsüz olduğu kanısı var olmaktadır. Örneğin Lucrece'e için atomik madde hareketlerinin sonsuz oluşu ve zamanın sonsuzluğundan ötürü insan ölümsüzlüğe tam manasıyla ulaşmaktadır. Nietzsche de buna yakın bir görüş ortaya koymuştur: "*Kâinatta süre gelen var oluş ezel ve ebedi bir devir halinde yeniden başlayıp bütün parçalarını meydana getiren insanlar bu döngüye katılım sağlamaktadır.*" (Hökelekli,1991: 163).
- b) **Biyolojik Ölümsüzlük:** Basit manada insanın oğulları ve kızları üzerinden neslinin devamını içeren bu düşünce ebeveynlerden çocuğa geçen bir ölümsüzlük isteğini ortaya koymaktadır (Robben, 2004: 34-35).
- c) **Sosyal Ölümsüzlük:** Ölüm; insanlar için maddi ve manevi değerlerin yitimi olmasının yanı sıra ölümün son olacağına inananlar bakımından geriye hatırlanacak unsurlar bırakmak anlamlı olacaktır. Bu sayede kişi fedakârlığı, mücadele vermeyi ve sosyal açıdan ölümsüzlüğü yakalamanın hazzına erişmiş olacak ve ölümü bir son olarak ele alanlar bakımından sosyal ölümsüzlük bir nevi hayatta kalmanın bir aracı haline gelecektir (Metin, 2006: 291).
- d) **Ruhi Ölümsüzlük:** İnsanı meydana getiren ruhun ölümsüzlüğü düşüncesi çok öncelerden beri var olmakla birlikte oldukça farklı şekilleri yer almaktadır. Bedenin ölmesi halinde ruhun yaşam sürmeye devam edeceği ve sonsuza değin varlığını koruyacağı fikri en bilinenleri arasında yer almaktadır. Ferdin ölmesi halinde ruhun (insan, hayvan ya da bitki) başka bir bedene geçeceğini (tenasüh) veya belli bir olgunluğa erişilinceye değin ruhun çeşitli bedenlere bürünerek tekrar doğacağını (reenkarnasyon) kabul eden inançlar bulunmaktadır. Bunların yanı sıra ruhun ferdiyetini kaybedip Külli Ruh'a katılım şeklinde varlığına devam edeceği veya tek başına bedensiz şekilde yaşam süreceği ve sonsuza değin bu şekilde kalacağına dair gerek geçmişte gerekse de günümüzde pek çok inanç yer almaktadır (Koç, 2000: 64).

- e) **Ferdi-Şahsi Ölümsüzlük:** Ruh-beden analogisinin değeri Allah'a inanmanın yanında başka hiçbir şartı faydalı kılmamış ve ölümün karşısındaki denge fikriyle ölçülmüştür. Aksine insana gelecekte sürekli olan bir mutlakiyet ve sonsuzluk sunan ferdi ölümsüzlük inancı, insanın zaman ve mekândaki sonluluğuna nazaran bir sonsuzluk olduğunu savunmaktadır (Hartshorne, 1981: 209-210).

2.2. GELİŞİMSEL AÇIDAN ÖLÜM ALGISI

Ölümün anlamlandırılması veya tanımlanması noktasında pek çok farklılık olduğunu ifade eden Akdaş (2017: 318) sebebinin toplumların birbirinden farklı özelliklere sahip olması, yaşanılan yüzyıldaki mevcut ölüm algısı, bireylerin sahip olduğu farklılıklar (yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durumu, psikoloji, çevresel etmenler) olduğunu ifade etmiştir. Bu açıdan ölümün algılanması hususunda yaşamın evreleri arasındaki farklılıkların ortaya konulması faydalı görülmüştür.

2.2.1. Çocukluk Dönemi

Orbach ve diğerleri (1985: 462) küçük çocukların ölüm algısı üzerinde etkili olan faktörleri ortaya koymuş ve bunları iki farklı görüşte ele almıştır. Bunlardan ilkinin yaş ve biliş olduğunu ileri sürmüşler diğerinin de deneysel ve duygusal faktörler olduğunu belirtmişlerdir.

Bildik (2013: 226) çocuğun ölümün bilişsel anlamda farkına varmasının ve bir son olduğunu idrak etmesinin 9-12 yaşları arasında gerçekleştiğini ifade etmiştir. Aynı şekilde Becker (1973: 13) bir çocuğun ölümün farkına varmasının 3-5 yaşlarından daha sonra olduğunu ifade etmiştir. O yaşlarda çocuğun yaşam dolu, sürekli soru soran ve bundan beslenen dünyasında yaşamın son bulan manası olan ölümün farkındalığı henüz mevcut değildir. İlerleyen dönemde yavaş yavaş ölümün kimilerini sonsuzluğa taşıyan yüzüyle tanıştığından ölümün getirdiği kayıpların herkesi uzaklaştırdığı fikri zihninde yer edinmeye başlamaktadır. Ölümün kaçınılmaz gerçekliğinin kabulü çocuklarda 9-10 yaşlarında vukuu bulmaktadır. Aynı şekilde İngiliz çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada (Hopkins, 2014: 2) yaşın ve bilişsel yetkinliğin ölüm algısının meydana gelmesinde etkili olduğu ileri sürülmüştür. Daha spesifik şekilde çocuklar ölümün geri dönülemez olduğu fikrine 4-5 ve 6-11 yaşlarında başlayıp özellikle de 10-11 yaşlarında varmaktadır.

Psikanalitik araştırmacılar küçük çocukların ölümü anlama ve kabul etme kapasitelerinin bilişsel ve duygusal bakımdan olgunlaşmamalarından kaynaklandığını ve çocukların ölümle ilgili yanlış algılarının kaygılarını körüklediğini belirtmiştir (Slaughter, 2005: 180). Buna istinaden Yıldız (2004: 136-137) ölüm hakkında konuşulurken anne ve babanın açık, sade ve basit ifadeler kullanmasının çocuğun idrak etmesi açısından daha kolaylık sağlayacağını ortaya koymuştur. Çocuklar için ölüm; geri kalanların davranışları üzerinden şekillenen bir hal almaktadır. Geride kalanların ağlaması çocukların alışık olmadığı bir durum olmasından ötürü ölüm hakkında daha fazla soru yönelttikleri görülecektir. Ölümün çocuk zihninde tam olarak anlaşılması, durumu ayrılıkla karıştırmaya sebebiyet vermektedir. Ölümü uykuyla bir tutması da buna benzer bir özellik taşımaktadır. Aynı şekilde uzağa gitmekle karıştırılması kısa süreli ayrılıkların dahi çocukta huzursuzluk yaratmasına neden olmaktadır.

Walker ve Maiden (1987: 11) çalışmasında 8-12 yaş arasındaki çocukların ölüm algısında 75 ila 100 arasında bir yaşta öleceklerine dair bir inanç olduğu ortaya koymuştur. Çocuklar ölüm nedenlerini, kaza geçirme ve vücutlarının onları hayatta tutmayı bıraktığı zaman olarak dile getirmişlerdir.

2.2.2. Ergenlik Dönemi

Ölüm düşüncesiyle ilişki içinde olan öteki hayat inancında ölümü anlamlandırma ve ona karşı olumlu tutum geliştirme noktasında ergenlik dönemi önemli rol almaktadır. Ergenlik çağında olan bireylerde zihinsel ve ruhsal gelişim ölüm ve ölüm ötesi gibi metafizik konulara olan ilgiyi arttırmaktadır. Bu bireylerde mevcut olan dini duygu ve düşünceler ölüm algısının oluşmasını sağlamaktadır (Çevik, 2005: 95).

Çocukluktan yetişkinliğe geçen evrede birey ölümü daha soyut bir şekilde algılamaya başlamaktadır. Ölüm algısının oluşmasında geçmiş zamandaki deneyimler ve o güne değin konuyla alakalı yapılan açıklamalar önem arz etmektedir. Bu durum okul çağı çocukları bakımından diğer dönemdeki insanlara nazaran farklılık göstermektedir. Yakın çevrede gerçekleşen ölüm olayı neticesinde suçluluk, kırgınlık ve sorumluluk gibi duygular besledikleri görülmüştür. Bu duygular; aile ve arkadaş ortamında bulunmak istememe, dikkat sorunları, akademik başarıda gerileme, yaşamı sorgulama eğilimi, kendi ölümlülüklerini belli riskli davranışları göze alarak test etme ve aile içinde

sorumlulukların arttığı eğilimine kapılarak yetişkin gibi davranmak olarak sıralanmıştır (Bildik, 2013: 227). Bunların yanı sıra ergenlerin bu şekilde çıkarımlarda bulunması ya da olgunlaşma durumunun tam olarak gerçekleşmemesinden kaynaklı olarak intihar girişimlerinin arttığı bilinmektedir.

İntihar hakkındaki epidemiyolojik bilgileri inceleyen çalışmalarında Buda ve Tsuang (1990: 17) yaş, cinsiyet ve medeni durum gibi çeşitli faktörleri ele almışlardır. Bu sayede nüfusun genelinde intihar oranları ve eğilimlerine ulaşmaya çalışmışlardır. Elde edilen sonuçlarda son dönemlerde intihar oranlarının en sık olduğu yaş grubunun genç yaşlara doğru kaydığı ifade edilmiştir. Sayıl ve diğerlerinin (1993: 58) intihar girişimleriyle alakalı çalışmasında yaş faktörünü incelediklerinde 15-24 (% 57.5) ve 25-34 (% 21.5) olmak kaydıyla iki ayrı yaş grubu adına yüksek çıktığı ortaya konmuştur. Literatürde buna benzer birçok çalışma göstermiştir ki ergenlerin ölümün farkına varması bir kaçış olarak onu seçmesine engel teşkil etmemektedir. Bu açıdan hayatının son bulacağını bildiği halde içinde olduğu durum seçimini bu yönde yapmasında etkili rol almaktadır. Bunun zıttı olarak daha evvelde ifade edildiği gibi dini inanç intiharın bir çözüm şeklinde algılanmamasını sağlayabilir.

2.2.3. Yetişkinlik Dönemi

Ölümü algılama bakımından yetişkinlerin; çocuk ve ergenlerden farklılıklar gösterdiğini ifade eden Sezer ve Saya (2009: 159) yetişkinlik döneminde kültür, inanç sistemi ve yaşam biçimi gibi kavramların ölüme bakışı ve ölüme ilişkin duyguların şekillenmesinde önem arz ettiğini ortaya koymuştur. Yetişkinler ölümü temel anlamda biyolojik bir olay olarak algılamaktadır. Ölümün bütün canlılar adına ortak olduğunun farkında olunması kaçınılmaz, geri dönüşü olmayan ve bedenin işleyişinde meydana gelen bir aksamadan kaynaklandığının bilincine varıldığını göstermektedir (Slaughter, 2005: 179).

Gençlerin kendi bilinçlerinde ölüm, onlara uzakmış gibi algılanırken yetişkinler için ölümü daha yakın şekilde görülmektedir. Savaş anında olan genç bir asker yanında ölen birçok kişiye rağmen kendisinin yaşamaya devam edeceğine inanırken yaş 40'a geldiğinde ölümü daha yakın hissetmesi muhtemeldir (Hick, 1990: 242). Bunların yanı sıra insan hayatının yaşlılıktan evvelki son dönemi olan yetişkinlikte birey tarafından

hayatın sınırlı olduğu ve yok olmanın kaçınılmaz olduğu artık daha iyi fark edilmektedir. Ölümün ertelenemeyeceğinin farkında varılması teslim olma ya da inkâr etme tutumlarını ortaya çıkarmaktadır. Özellikle de bireyin ölüm, yaşam ve varoluş olgularını anlamlandırma noktasında din etkili rol almaktadır. Çocukluk ve ergenlikten süregelen dini öğretiler de etki etmektedir (Kıymter ve Köftegöl, 2017: 57).

2.2.4. Yaşlılık Dönemi

Bireyin yaşlanması ölümün varlığının daha fazla farkında olmasını sağladığı için pek çok insan buna dair endişe ve korku yaşamaktadır. Yetişkinlik ve yaşlılıkta meydana gelen kaygıların temelinde ölüm korkusu yer almaktadır. Bu korkuyla baş edebilme noktasında psikolojik özellikler ve dini inançlar etkin rol oynamaktadır. Hayatın son bulmasında ölümün kaçınılmaz bir gerçek olduğunun farkına varan insan varlığının anlamı üzerine düşünmeye başlamaktadır (Hökelekli, 1991: 156).

Feifel ve Branscomb (1973: 285)'un inanç ve yaşın ölüm algısındaki etkisini ortaya koyan çalışmasında ölümü Allah tarafından gelen bir şey olarak idrak edenlerin (üç farklı yaş grubu; 10-29, 30-49, 50-79) ölüm korkusu gütmedikleri görülmüştür. Bu çalışma aynı zamanda ölümü inkâr etme tutumunun 50-79 yaş grubundakilerin 30-49 yaş grubundan; 30-49 yaş aralığındakilerin ise 10-29 yaş grubundan az olduğunu göstermiştir.

Koç (2003: 129)'un çalışmasında katılımcılara “*Hayatınızın hangi döneminde ölüm ve ölüm ötesini daha çok düşünmeye başladınız?*” sorusu yöneltilmiştir. Neticede “*yaşlılık döneminde*” diye cevap verenler tüm yaş gruplarının toplamında %82.5 olmuştur. Diğer dönemlerde soruya verilen cevaplardaysa bu oranın (gençlik dönemi %6.3, yetişkinlik dönemi %7.5, tüm dönemlerde %3.8) yaşlılık dönemine nazaran epey düşük olduğu saptanmıştır. Bu açıdan gelişim dönemlerinde ölüm ve ölüm ötesi düşüncesinin en yaygın olduğu dönemin yaşlılık olduğu ifade edilmiştir.

2.3. ÖLÜM TÜRLERİ

Ölüm türleri üç kategori altında ele alınmış ve klinik, biyolojik ve sosyal ölüm şeklinde ifade edilmiştir. Klinik ölüm; muayenede esnasında ortaya çıkarken biyolojik ölüm hücresel aktivitenin son bulmasıdır (Bond ve Bond, 1986; Akt. Sweeting ve Gilhooly, 1992: 251). Ölümün pek çok insan üzerine etki eden bir tanımını içeren sosyal

ölüm; bir kişinin ölmesi halinde kendisi ya da akrabalarının içinde olduğu durumu ifade etmektedir. Biyolojik ya da klinik ölüm bireyin organizmasının canlılığını yitirmesi olduğu gibi sosyal ölümden öne çıkan nokta sosyal kimliğinin son bulmasıdır (Sweeting ve Gilhooly, 1992: 251-252).

19. ve 20. yüzyılın gelişen teknolojisi insan ömrünün uzamasını sağlamış ve bundan dolayı canlı ve cansız kavramlarının farklılaştığı görülmüştür. Evvelen bir insanın ölüp ölmediği noktasında belirleyici olan unsur kalp atışlarıyla günümüzde kalbin durmuş olması ölüm hükmünü vermede yeterli görülmemektedir. 1950'lerin sonuna kadar biyolojik ölüm; kalp ve solunum ölçütlerini temel alan bir özelliğe sahipken 1950'lerden sonra gelişim gösteren yeniden canlanma uygulamaları; yoğun bakım müdahaleleri ve organ nakli gibi imkânları artırmıştır. Neticede geleneksel bağlamda var olan ölüm tanımı değişim yaşadığından günümüzde ölümün saptanmasında kabul görmeye başlayan husus beyin ölümüdür. Beyin ölümünün de üç türde (neokortikal beyin ölümü, beyin sapı ölümü ve tüm beyin ölümü) gerçekleştiği ifade edilmiştir (Tanhan ve İnci, 2009: 11-12).

Ölümün; hem ölen kişinin içinde yer aldığı süreç hem de bu olayın ardından kaybı yaşayan kişilerde bıraktığı yoksunluk etkisi bakımından doğal ve doğal olmayan ölüm şeklinde ele alınmasının mümkün olduğunu Akalın (2006: 18) ifade etmiştir. Şiddete, kazaya ya da hastalığa bağlı olarak zamansız şekilde gelen ölümden kendini saklayanlar adına bu durum yaşlanmanın doğal bir sonucudur (Jones, 2004: 55). Bu haliyle insanın herhangi bir kazaya kurban gitmeden deyim yerindeyse “ecel geldiğinde” bu dünyadan göçüp gitmesinin doğal ölüm olduğu ifade edilebilir.

İdeal veya standart bir ölüm şekli olan “doğal” ölüm, ölümün biyolojik tanımına ve rasyonel mantıksal iradesine tekabül etmektedir. Bilim ve teknolojinin sağladığı gelişme mümkün olduğu kadar en uzun sürede yaşamayı insana vaat etmemiştir. Ölümün sembolik manada ayırt edilmesi; yaşam, biyomedikal bilim ve yaşam uzatma teknolojisi ekseninde yaşam-sermayeye (nicel bir değerlendirme) dönüşmektedir. Bu noktadan hareketle doğal ölüm; “şeylerin sırası” içinde ölümün kabul görmemesine karşın sistematik bir döngü manasını taşımaktadır. Haliyle doğal ölüm; evcilleşmemiş doğa gibi insanlık dışı sayılan, irrasyonel ve anlamsız bir mana taşımaktadır (Baudrillard, 1993: 162). Bu bakımdan tıp kurumunun her ölümün ardında bir neden araması ve ölümlere

yönelik teşhis koyma girişimi ölümün insan hayatının “doğal bir süreci” olmadığına yönelik algının mevcut olduğunu ortaya koymaktadır.

2.4. GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE ÖLÜM ALGISI

Ölümü; hayatın temel bir gerçeği olarak ifade eden Inayatullah’a göre insanlığın her zaman diliminde ölümü anlama noktasında bir çabası bulunmaktadır (1981: 121). Bundan ötürü ölüm algısını ortaya koymak için Allan Kellehear’ın “Ölümün Toplumsal Tarihi” adlı eserinden yararlanılmış ve bu olguyu ele alırken kronolojik bir şekilde irdeleyen yazarın Taş Devri, Pastoral Çağ ve Kozmopolit Çağ sırası izlenmiştir.

Ölümün birey için çözülemez bir problem olarak görülmesinde dini inançlar yol gösterici olmaktadır. Din; insani güdünün iki ontolojik ihtiyacına kolaylık sağlamaktadır. İlki insanın tüm varlığını daha üstün bir anlam adına feda etmesiyle diğeri kahramanca bir kişilik olarak anılmasını sağlamaktadır (Becker, 1973: 203).

İnanç ve düşünce unsurlarıyla şekil kazanan insan hayatının hiçbir evresi dürtüsel ve bütün çıplaklığıyla ortada olmayacaktır. Kişide mevcut olan psikolojik ve ahlaki özelliklerin yanı sıra mensup olunan din ve felsefi görüşler bu hususlara bağlanma derecesinde etkili olmaktadır. Bu noktada din; ölümle ilgili kaygı ve endişeleri artırıp azaltan bir etkiye sahiptir. Ölümle iç içe olunması ve sürekli olarak hatırlanması ya da bu bilincin mevcut olmaması demek ölüme yönelik kaygının azalmasında rol oynamamaktadır (Hökelekli, 1991: 158). Bu bağlamdan hareketle ölüme yüklenen anlamların şekillenmesinde dinlerin etkisinin olduğunu ileri sürmek ve incelemek faydalı olacaktır.

Musevilik, Hristiyanlık ve İslamiyet’te ölüm bir sona tekabül etmemektedir. Musevilik adına ölüm, hayatın içindeki doğal bir süreç olmasının yanı sıra hayat gibi ölümün de bir anlamı olduğu ve ahirette dünyadaki yaşayış tarzına göre insanın ödül alacağı inancı mevcuttur (Yanık ve Kara, 2016: 161). Ancak Tevrat (Tora)’ta yer alan ölüm sonrasına ilişkin bilgilerin Museviliğin son dönemlerinde ortaya çıkması ölümden sonraki hayata olan inancın temellerinin sağlam olmadığını ortaya koymaktadır (Akbaş, 2002: 56).

Ölüm sonrasına dair inançta semavi dinler ölümü bir yitiş olarak ele almamakta ve Allah'ın yeniden diriltmeye yeten gücü bu noktada önem kazanmaktadır. Ahiret hayatında cismani gerçekliğin temsilcisi de beden olacaktır. Hristiyanlıkta Hz. İsa'nın yeniden dirileceği bilgisi ölümün cismani dirilişine olan inancı ortaya koymaktadır. Aynı şekilde İslam dininde ölüm, sonsuzluğu değil yeniden dirilişi çağrıştırmaktadır (Taşdemir, 2014: 88). Bu açıdan ele alındığı zaman dinlerin insanın ölüm algısını tarihler boyunca etkilediği görülmektedir. Ölümü bir yok oluş olarak görmemek insanın algısındaki bilinmezliği gidermek adına yardımcı olmaktadır.

2.4.1. Taş Devrinde Ölüm Algısı

Yaşam eğrisinde geçiş dönemini ifade eden ölüm; hayatın son bulması manasını taşımasından ötürü insanlık tarihi boyunca farklı bir önem arz etmiştir (Artun, 2016: 10). Kellehear (2012: 51-54), Taş Devrinde kavrama yüklenen anlamı “*öbür dünyaya yolculuk olarak*” ele almıştır. O dönemde yaşamış olan atalarımızın ölüm algılarını anlayabilmek adına arkeolojik kalıntılar yol göstermiş fakat var olan kanıtlar ve ileri sürülen kuramlardaki belirsizliklerden ötürü kesin bir sonuca varılamamıştır. Etraftan gelecek tehlikeler bir yana kendi ölüm deneyiminin bilincinde olunması o dönemde muhtemel görülmüştür. Modern zamanların miras anlayışından oldukça uzak olan bu ilişkiler ağında kişiye ait olan eşyaların geride kalanlara bırakılmasından ziyade ölen kişiye yolculuğunda kolaylık sağlaması için bir işlev görmüştür. Bu bakımdan toplulukta yer alan diğer kişilerin ölünün eşyalarını gömme noktasında denetimi ortaya çıkmıştır. Toplumun ölüye kolaylık sağlayacağını düşündüğü eşyaları onunla birlikte defnetmesi ölümün bir yolculuk şeklinde algılandığını ortaya koymuştur. Bu noktada modern zamanın ölüm algısının şekillenmesinde o günkü pratiklerin etkisinin olduğu ifade edilmiştir.

Kellehear'ın sözlerini destekler niteliğe sahip olarak Sağır (2013: 213) da ilk insan topluluklarından bu yana ölümün mistik bir olgu olarak ele alındığı ve etkilerinden kaçınıldığını ifade etmiştir. Bu topluluklarda ölümün her zaman hazır ve nazır olması doğanın her yerinden gelebileceği manasını taşımaktadır. Yaşanan doğanın şartları, av esnasında ölmek veya düşman kabileler tarafından öldürülmek her zaman mümkün olduğundan ölümle hayatın iç içe geçtiği görülmektedir. Ölümün bilinmemesinden kaynaklanan mistik havaya da dikkat çekilmesinin yanı sıra ölülerin defnedilmesi, ölüler

adına düzenlenen törenler ya da ölüm tanrısına zarar görmemek adına sunulan kurbanlar bu bakış açısını destekleyen geleneklerdir.

Bu bilgileri destekler nitelikte Jones eserinde (2004: 10) göçebe şekilde yaşayan, yiyeceklerini toplayarak ya da avlanarak hayatını devam ettiren ilk insanların ölümle karşılaşmasının oldukça kolay olduğunu ifade etmiştir. Soğuk, açlık, hastalıklar, yaralanmalar nedeniyle o dönemin insanı ölümü hiç de yabancı olmayan bir tavırla karşılaşmıştır. O dönemde yaşayan insanların ölüm algısını tam olarak ortaya koymak imkânsızken arkeolojik bulgular dikkat çeken ipuçları sunmaktadır. Barrett (1989: 31) ise ölümün ardından gelen yükümlülüklerin ölümler, atalar ve tanrılar adına yapıldığını ifade etmiştir. Hâkim olan ceset ve tedavi edilme biçimleri yaşamın bitmesini ve ölüme geçişi algılamada yardımcı olmakta ve aynı zamanda sosyal konum ve mirasa dair meşru iddialar da önem kazanmaktadır.

2.4.2. Pastoral Çağda Ölüm Algısı

Bu çağ, ilk çiftçi ve köylülerin yükselişinden sonra yerleşik düzenin getirdiği yaşam koşullarını ifade etmektedir. Avcı-toplayıcı toplumların hikâyesinden yola çıkılarak ölümü algılamak tarihi süreci aralamayı gerektirmiştir. Bu toplumlar yiyecek ve güvenli sığınak arayışı içinde hareket etmiş ve kazaların ani ve öngörülemez yapısı hayatlarını etkilemiştir. Sonuç olarak insanların o dönemde bu şartlar altında yaşamları kısa olmuştur. Öyle ki yaşam ve ölüm katı bir şekilde birbirinden ayrı halde ele alınmadığı gibi bu toplumlar ölüm algılarını daha esnek tutmuştur. Yerleşik kültürlerin ortaya çıkışı daha yakın zamanlarda gerçekleşmiş ve yaklaşık olarak 12.000 yıl evvel hayvancılığın başlaması, tarla ve bahçelerin oluşturulmasından sonra Pastoral Çağ'a geçilmiştir (Kellehear, 2012: 17-18).

Yerleşik hayata geçen insan ölümün ani gelen yapısına karşı bir korunak oluşturmuş ve ayrıca ani gelen ölümlere hazırlık yapılması gibi bir durum söz konusu olmamıştır. Öyle ki Kara (2009: 102)'ya göre geleneksel toplumlarda yerleşik düzene geçilmesi sayesinde ölüm anı arkadaş ve aile nezaretinde gerçekleşmiştir. Bunların yanı sıra bireyin kendi yatağında son nefesini vermesi ölümü, "kamu" meselesi haline getirmiştir. Ayrıca bütün bu algılanış şekliyle ölüm hayatın doğal bir parçası olmuş ve korku beslenen bir olgu olmamıştır.

Baudrillard'e göre ilkel toplumlarda ölümün bir anlamı bulunmaktadır ve ölümler gerçekliği yansıtmaktadır (Ünal, 2003: 8). Pastoral toplumların aşamalı ölümlerinin (yerleşik düzene geçilmesi sonucunda) diğer bir özelliği de ölen kişinin ölüm sürecine katılması ve cenaze ya da gömülme törenlerinde belli hususlarda kendi arzusunu beyan edebilmesidir. Taş Devri'nde miras ölüyle birlikte gömülüyorken Pastoral toplumlarda kişinin mal ve mülkü kendi dilediği şekilde dağıtılmış ve bu noktada ölümün gözlemlenebilir özelliği ortaya çıkmıştır. Diğer bir ifadeyle çok ani gelmeyen ölümler haricinde bu süreç önceden öngörülebilir belli aşamaları içermiştir. İnsanlar bu süreci hayal etmek yerine artık gözlemleyebilmiş ve kendi istekleri doğrultusunda yönetme imkânı elde etmiştir (Kellehear, 2012: 132-133).

Kellehear tarafından ortaya atılan *iyi ölüm* kavramı bu dönemin algısını ortaya koymak adına önem arz etmektedir. Pastoral Çağ'ın insanı için ölüme hazırlık yapılması mümkün olmakta ve aşamalı gerçekleşen ölümler bu duruma sebebiyet vermektedir. İyi ölüm tabirinin iki türevi (Patridge, 2006: 1032) bulunmaktadır. İlki İngilizcede yer alan "*euthanasia (ötenazi)*" şeklindeyken diğeri Yunanca *eu thanatos* kelimelerine denk gelmektedir.

Kara'ya göre iyi ölüm zamanında gerçekleşip herhangi bir amaç uğruna hayatını kaybetmektir. Örnek vermek gerekirse vatani için ölenle trafik kazasında ölen arasında zamanında ve beklenmedik ölüm yönünden bir fark bulunmaktadır. Kötü ölüm toplumsal rollerle yakından ilişkili olduğundan eğer ki ölen kişi aile ve çevre tarafından önem arz eden biriye iyi ölümün tersi şeklinde bir algı söz konusu olmaktadır. Zamanında ölüm (on time death) sayesinde kişi kendi ölümüne hazır hale gelmektedir (2009: 21). Bu bilgilerin Kellehear'ın açıklamalarıyla örtüşen yanları olsa da "iyi ölüm" tanımlarında farklılaşmalar olduğu görülmektedir.

Ölüm, Ortaçağ insanı için yabancılaşma çekilen bir durum olmadığı gibi o dönemde yas tutma ve ölüm korkusu gütme gibi tutumlar olumlu karşılanmamıştır. Bunun altında yatan sebepler; hayatın insanların çoğu adına hali hazırda zor geçmesi ve ölümün bir noktada kurtuluş olarak algılanması şeklinde ifade edilmiştir. Ortaçağ'ın ölüm algısında acı çekerek ölümler daha yaygın gerçekleştiği için ani ölümlere rastlanmamış ve savaşta yaralanan askerler ölüme hazırlığını bizzat kendileri yapmıştır. Eğer orada bir rahip yer almaktaysa itiraflarını dinleyerek kişinin günah çıkarmasını sağlamıştır. Ortaçağ'da

ölenin savaşçı ya da köylü olması fark etmeksizin sessizlik içinde ölümün beklendiği görülmüştür. 12. yüzyıldan itibaren keşiflerin yapılmaya başlanması sonucunda yeni kıtaların ve kültürlerin olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sayede insanların önündeki entelektüel ve coğrafi engeller varlığını yitirdiğinden ölüme algısı değişim yaşamaya başlamıştır. İnsanların bireyselliklerine daha fazla önem vermeye başlaması sonucunda kiliseye bağlılık yitirilmiş ve bu kurum sorgulanır hale gelmiştir. Bu noktada ölümü istirahat olarak gören insanlar korku duymaya başlamış ve ölüm algısında meydana gelen değişimde hastalıklar (veba diğer adıyla kara ölüm) etkili olmuştur (Jones, 2004: 18-21).

Bütün bu açıklamalar, Batı'da gerçekleşen bu değişim ve dönüşümlerin modernleşmenin temeline etki ettiğini ve ölümün sorgulanan yapısının gün yüzüne çıktığını göstermektedir. Öyle ki insanlar için acıların dinmesini sağlayan ölüm artık hiç konuşulmayan, hep susulan ve kaçılan bir olgu olarak kendine yer edinmektedir.

2.4.3. Kozmopolit Çağda Ölüm Algısı

Rönesans'ın sonuna değin insanlar; ölüm korkusunu bireysel şekilde yaşamaya devam ettiğinden ötürü dönemin insanı tarafından ölüm korku verici şekilde algılanmıştır. 1700'lerin başından itibaren insanlar kendi ölümlerinden daha çok diğerlerinin ölümüne odaklanmaya başlamıştır. Bireylerin kendi aralarında yaşadıkları aşklar ve akrabalıklar hayatın bir parçası olarak görüldüğünden ölümün bunların sonunu getirdiğinin farkına varılmıştır. Tahammülü zor olmakla birlikte erotik ve romantik bir ölüm algısı hâkim olmuştur (Jones, 2004: 22).

Teknolojik ve toplumsal yaşantıda meydana gelen ani hızlanmaya açıklık getirilmesi tam olarak ne zaman modern insan olduğuna anlamayı sağlayacaktır. Mors alfabesi yerine e-posta yerine kullanılan veya uçurtmaların yerini jetlerin aldığı günümüzde bu farklılaşmanın tam olarak ne zaman başladığını kestirmek mümkün gözükmemektedir. I. Dünya Savaşı'ndan yer alan insanların hayatlarıyla olan ilişkisizliğimiz; evlilik, aile, vatana bağlılık, müzik, yazı gibi günlük hayat rutinlerine olan bakış açımızı ele alınca ortaya çıkmaktadır. 1600'lere kadar gidilecek olursa eğer kırsalda yaşayan bir insanın bugün aynı yerde ikamet edenle hayatı arasında deneyimsel farklılıklar olduğu göze çarpmaktadır. Her iki dönem arasında meydana gelen ulaşım ve

iletişim alanlarındaki gelişmeler bu farklılıkları meydana getirmiştir (Kellehear, 2012: 275-276).

20. yüzyılın dramatik değişimler çağı olduğunu belirten Koçanoğlu (2005: 5) özellikle de teknolojik gelişmelerin insanların yaşamlarında çok çarpıcı ve şaşırtıcı etkiler meydana getirdiğini ve ölüme yönelik değişen algının bunlardan biri olduğunu ileri sürmüştür. 1900'lerde ölüm, herhangi bir zamanda herhangi bir yaşta insanın başına gelebilecek şekilde görüldüğünden günlük yaşamın bir parçası olmuştur. Bugünkü duruma bakıldığında ölüm sosyal hayatta kendine yer edinememiş, tıp kurumlarına ve yaşlı kesime ait bir olgu halini almıştır.

Ölüm ve yaşam arasında ayırım yapılmasının Batı toplumlarına ait bir özellik olduğunu ifade eden Baudrillard'e göre bu kavram simgesel dolanımın dışına itilmiştir. Bu öteleme, ölümün varlığını yadsımış ve bu duruma kanıt olarak çağdaş metropollerde ölümlerin şehrin dışına defnedilmesi gösterilmiştir. Bu sayede hiç yokmuşçasına bir reddetme hali mevcut olmuştur (Ünal, 2003: 3). Kellehear (2012: 303-304)Kozmopolitan Çağda ölmenin özelliklerini incelemiş ve bu dönemde meydana gelen ölümleri "*uzun ölme süreci*" şeklinde ifade etmiştir. Ayrıca bu süreçte yaşamı devam ettirme olanağı olan toplumların ölüme yönelik hazırlık süreci içinde olduklarını belirtmiş ve uzayan ömür insana yaşlılık döneminin hastalıklarını da beraberinde getirmiştir. Bu açıdan geriatrik hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar ve AIDS kaynaklı ölümler "iyi ölüm" ya da "iyi yönetilmiş ölüm" sürecindeki gibi gerçekleşemediğinden "*utanç verici ölüm*" olarak görülmektedir. Bahsedilen utancın ortaya çıkmasında gençler ve hasta olmayanların bu kesime uyguladığı tecrit etkili olmaktadır.

Aynı şekilde Jones (2004: 24-25)'da eserinde AIDS krizinin baş göstermeye başlaması neticesinde Amerikan kültüründe ölümü kabullenmede isteksizlikler yaşandığını ifade etmiştir. Bu hastalığın toplumda damgalanan insanlarla ilişkili hale gelmesi sonucunda eşcinsel beraberliklerin ölüm ve cinsellik arasındaki bağının tarihine vurgu yapmıştır. Bu hastalığa yakalanan insanların toplumsal dışlanmasına karşın ironik şekilde hastalığın daha hızlı yayılmasına yol açmıştır. Eğer ki bu hastalık toplumda açık şekilde tartışmaya başlanırsa bu durumdan kaynaklı ölümlerin perde arkası aralanmış olacaktır.

Hastalık ve güçsüzlüğün döngüsü içinde kalanlara modern insanın uyguladığı toplumsal damgalama ve ileri yaş veya AIDS taşıyanların sürekli olarak hissettiği utanç “ölüm” algısının karmaşık yapısını ortaya çıkarmaktadır. Bu kişilere sağlanan desteğin az olması ve yalnızlık nedeniyle ölme süreci daha da zorlaştırmaktadır. Avcı-toplayıcı toplumlara nazaran ölüm; bir sınav ya da sınavlar dizisi şeklinde modern insanı sınamaktadır. Bu sınavlar kusurları olan bir yaşamın doğaüstü sonuçlarından dolayı öbür dünyanın bilinmezlikleri tarafından modern insana bahşedilmemektedir. Bahsi geçen sınavlar uzun süren yaşam veya diğerlerinin ölçütlerine göre kusurlu olarak atfedilen bir yaşamın neticesinde rahatsızlık, güçsüzlük, diğer insanların zararlı toplumsal davranışları ve meydana gelen tepkilerden kaynaklanmaktadır. Bu açıdan modern zamanın ölme süreci *korkunç bir dünyaya yolculuk olma* özelliğini taşımaktadır (Kellehear, 2012: 306).

Bu ifadelerden yola çıkıldığında modern dünyada yaşanan tıbbi ve teknolojik gelişmeler yaşam eğrisinde uzamayı sağlasa da insanın biyolojik sonu olan ölüme çare bulamamaktadır. Aynı zamanda modern insanın girdiği bu çözüm arayışında daha uzun yaşam sürmek kimileri için başkasına muhtaç ölmeyi ve belki de utanç içinde bir hayat sürmeye neden olabilmektedir.

2.5. MODERNLEŞMEYLE DEĞİŞEN ÖLÜM ALGISI

Ariés (1974: 103) “Batılının Ölüm Karşısındaki Tavrıları” adlı eserinde her şeyden evvel pasif istifa ve mistik güven arasında korku beslemeden ve çaresizlik duymadan çok eski, dayanıklı ve büyük bir ölüm duygusunun olduğunu ortaya koymuştur. Kendi ölümünün, geleceğinin radikal iptali olduğunu ifade eden Bauman (1992: 206) ölümü; kâbus olarak yaşamış olan umuttan radikal bir kopuş gibi görmektedir.

Bu noktada Güngör (2016: 236) insan iradesinin ve aklının dünyaya egemen olduğunu fakat güçsüzlüğünün çekirdeğinin temelinde yer alan ölümün bilime ve akılcılığa karşı koyduğunu ifade etmiştir. Bu çekirdek modernitenin sınır tanımayan yeni dünyasında aklın egemenliğini sarsmıştır. Haliyle kırılmayacak kadar sert ve baş edilemeyecek kadar güçlü olan bu çekirdek; ölümün çeşitli nedenlere bağlanmasına ve tamamen kişiye atfedilen bir özellik kazanmasına yol açmıştır. Modernitenin en büyük hamlesi ölümü bireyin bir sorunu olarak algılatması olmuştur. Bundan dolayı ölüm; dışardan gelen bir güce atfedilerek sindirilmiş ve neticede ölüm sanki kişisel bir suç

dönüşmüştür. Sigara içmek, kendine yeterince iyi bakmamak, fazla kilolu olmak, akciğer, böbrek ve kalp damarlarının tıkanması gibi sebepler sorumlu tutulmuştur. Eğer ki bir ölüm gerçekleşirse tıp uzmanları kusurlu bir etken aramaya başlamış ve ölümlülüğün yapı sökülümünde geleneksel bağlamda “*vadesi gelmek*” inancı etkisini yitirmiştir.

Ölüm; modernitede gündelik yaşamın merkezinde ve ona yön veren bir özellikte olmasının yanı sıra daha çok akademik ve sanatsal imgelerde kendine yer edinmeye başlamıştır. Ölümün bilincinde olunması onay alması manası taşımamıştır. Modern toplumlarda bilimsel ve teknolojik gelişmeler sayesinde ölümün; üstesinden gelmeye, düzen bozmasına ve keyif bölen yapısına dikkat çekilmiştir. Bundan dolayı ölüm bir düşman veya çözümsüz bir virüs gibi görülmeye başlanmıştır (Demir, 2017: 193). Bunun aksini ortaya koyan Ariés (1974: 104) ölümün geleneksel ritüellere uygun törenlerle karşılanan yapısına dikkat çekmiştir. Devamında ölümün kişiliği yok etmediği ve farkında olunan farkındalığa işaret ettiğini ortaya koymuştur.

Modernizmin bu algısına karşın Ariés’le paralel şekilde Kütükçüoğlu (2014: 472) için kavram ölümsüz bir hayata geçişi ifade etmektedir. İnsan zekâsı soğuk olarak algılasa dahi ölüm hayatın içinde sığacağı sığacağına yaşanmaktadır. Genel olarak sokak aralarından gelen bir salâ ya da musalla taşı önündeki kalabalıklar ölümü çağrıştırmaktadır. Ölen kişiye yakınlık derecesinin artmasıyla duruma yönelik etki daha uzun sürmekte ve insanın üzerine savrulan toprak dünya hayatının son bulduğuna işaret etmektedir.

Geçmişte bebeklikte ve erken yaşta gelen ölümlerin sık olduğunu ifade eden Kübler-Ross (2005: 1-2) eserinde ailelerin üyelerini oldukça gençken kaybettiklerini ortaya koymuştur. Daha sonrasında yaygın aşılama faaliyetleri sayesinde en azından Batı Avrupa ve ABD’de birçok hastalığın ortadan kalktığını ifade etmiştir. Ölüm, bireyi bilincinin dışından kavraması nedeniyle zihinlerde yaşamın son bulması şeklinde anlaşılmıştır. Ölümün gerçekleşmesi canlılığın son bulması olduğundan bu durum ancak başkası tarafından kötü bir niyetle yapılmış şeklinde algılanmasına yol açmıştır. Öyle ki bilinçaltı; ölümü doğal bir süreç ya da yaşlılıktan sonraki evre olarak değil de başkasına atfederek sindirmiştir. Bu açıdan bakıldığında ölümün kötü bir davranış, korkutucu bir olay, ceza ve çileli imajı ortaya çıkmıştır. Ariés (1974: 104) ise benliğin kadere teslimi ve kişiliğe kayıtsızlığı şeklinde düşünülen ölüm algısındaki değişimin romantik döneme

kadar devam ettiğini belirtmiş ve yadsımamasının sebebinin aşına olunmasından kaynaklandığını ileri sürmüştür.

Ölümün toplumsal bağlamda nasıl algılandığı kültürü organize etme şekillerini ortaya koymaktadır. Modern dönemde mezarlıklar beyaz mermerle döşenmektedir. Dikkat edilirse eğer mermerlerin üzerinde “X Mermercilik- Mezarlılık Bizim İşimiz” gibi ibareler olduğu fark edilecektir. Bu noktada kapitalizmin gerek ölüm sonrası gerekse de tüketim kültürü bağlamında bir etkisi bulunmaktadır. Bu hizmetlerin günün şartlarına uygun olacak şekilde *mezarlık modası* kavramını ortaya çıkardığı bilinmektedir. Bu hizmetler kapsamında mezarın görünüm biçimleri ve dikilen ağaçlar gibi detaylar bu modanın oluşmasında etkili olmaktadır. Moda ve tüketim; görünümler üzerinde etki eden özelliğinden ötürü ölümün kendi dingin havasını bozmuş ve sadelik yerine gösteriş hâkim olmuştur. Kapitalizm tarafından işlenen ve algılanan ölüm; bu hizmetleri sağlayan meslek gruplarının yanı sıra tüketici olan kesimin talep oluşturması sayesinde bir çarkın dişleri gibi iç içe geçen bir sistemi ortaya çıkarmıştır (Sağır, 2014: 22-23).

Dönüşen bu haliyle ölüm; bir noktada istenmeyip aynı zamanda en süslü şekilde karşılanılmasından ötürü insanın içinde bulunduğu çıkmazı anlamak adına ipucu sunmaktadır. Bu bağlamda ölüm ne kadar süslenirse süslensin bir sona işaret etmesinden ötürü insan zihninde soğukluğunu her zaman koruyacaktır. Modern toplumların iş dünyasında ölümün bahsi geçmemekte ve ekonominin katı koşulları insanların manevi değerlerini yitirmesine sebep olmaktadır. Özellikle de iş hayatında cenaze törenleri önemsiz hale gelmiştir. Büyük kentlerde defin işlerinden sorumlu olan profesyoneller bir anda su yüzüne çıkmadığı gibi tam tersine arz talep dengesinde bir sistem bulunmaktadır. Cenaze işlemleri kısa bir sürede halledilip aile fertlerinin olabildiğince konuyla olan bağlantısı kesik bir şekilde işlem tamamlanmaktadır (Tufan, 2016: 165).

Amerikan toplumunda ölümü yadırgama ve kaçınma tutumundan dolayı sağlık çalışanlarının dahi ölümden bahsetmek istemedikleri görülmüştür. Defin işlemlerinin sağlanması adına çeşitli kurumların “*funeral industry*” şeklinde işlev gördüğü bir düzen kurulmuş ve cenaze işlemlerini yerine getirmek adına özel işletmeler “*her şey dâhil*” paketler sunarak ölünün ortadan kalkmasını sağlamıştır. Ölümün eskiden evlerde herkesin gözünün önünde gerçekleşmesi yerini hastane yataklarına ve yalnızlığa bırakmıştır (Ünal, 2011: 124).

Batı medeniyetinde 21. yüzyılda yaşanan bu dönüşüm ölü yakılma işleminin ideolojik bir yaygınlık kazanmasını sağlamıştır. II. Dünya Savaşı sonrasında ölü yakma hareketi sosyal devletin yerine getirmesi gereken bir hüküm halini almış ve 19. yüzyılın kentsel dönüşümü Avrupa’da pek çok büyük mezarlığın kurulmasına neden olmuştur. Aynı zamanda artan şehir nüfusunda toplumsal hijyenin de sağlanması adına ölü yakma geleneği artmıştır. Evlerdeki ölümlerin hastanelerden daha az hale gelmesi bu hizmetlerin ağına giren ölümlerin artışından kaynaklanmıştır. Bu noktada ticarileşen ve profesyonelleşen bir hizmet ağının yükseldiği görülmektedir (Kastenbaum, 2002: 191).

Modernizmin ölüm algısı söz konusuysa eğer ölümlerle sağlık arasında kurulan bağı ele almak faydalı olacaktır. Sağlık/hastane sistemi ölümü algılama şeklinde kökten bir değişim meydana getirdiğinden modern yaklaşım, 15 ya da 60 yaşında olup ölen için de “erken” tabirini kullanmaktadır. Bir noktada modern zamanının insanı ölümü kendine haiz görmemiş ve aynı zamanda estetik sektörünün baş göstermesiyle ölüme olan bakış açısında aynı yönde değişimler yaşanmıştır. Sonsuz yaşam isteği bu noktada peşinden gidilecek bir arzuyken yaşlılığın geciktirilmesi sektöre olan talebi arttırmış ve genç yaşta gelen ölümlere zamansızmış gibi bakılmıştır (Sağır, 2014: 27). Bireyin biyolojik süreci içinde yer alan yaşlılığa karşı çıkma davranışı bir noktada ölümün habercisi olmasından kaynaklı olabilir. Ölümün korkulan ve sevimsiz yapısı yaşlılık ve ölümle ilgili var olan algının bugünkü şeklini kazanmasına etki etmiştir.

Tıbbın bir disiplin halinde kurumsallaşması toplumsal bağlamda güç kazanmasını sağlamış ve bu sayede gündelik yaşama etkisi daha kolay olmuştur. Ölümü yaşamın doğal bir parçası gibi görmek yerine onu kontrol altına alma isteği bir uzman eşliğinde gerçekleşmesini sağlamıştır. Ölümü vurgulayan çağrışım, sembol ve döngülerin yok sayılması, ötelenmesi ve sanki yokmuş gibi uzak tutulması modern zamanın getirileri arasında yer almaktadır (Timurtürkan ve Demez, 2018: 447).

Bu bakımdan “*hastanede ölüm*” kavramına değinmek faydalı olacaktır. Refah düzeyi ve hastanede meydana gelen ölüm sayısı arasında doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Hastanelerin asıl amacı insanları yeniden hayata döndürmekken günümüzde hastanede gerçekleşen ölümler hızla artmaktadır. Doğal bir şekilde gelen ölümün evlerde gerçekleşmesi geçmişe özgüken günümüzde bu durum hastanelere taşınmış ve hastaneler sadece sağlık hizmeti sunulan kurumlar değil ölümlerin

gerçekleştiği alanlar haline gelmiştir. Öyle ki hastaneler; yaşamdan ölüme geçişte belli kurallar çerçevesinde uygulanan bir sisteme hizmet ettiği için günümüz insanı profesyonellerin elinde son nefesini vermektedir. Hastanın bakımını üstlenen hekim; ölen bir kişi için “insan yaşamı” şeklinde ele almak yerine kendi kişisel başarısızlığını düşünmekte ve buna verilen tıp eğitimi sebep olmaktadır (Tufan, 2016: 174; Demirci vd., 2016: 36).

19. yüzyıl başlarında hizmet sağlayan hastanelerde daha evvel kurumlardan geri çevrilen fakir ve yoksulların yanı sıra her türde insanın hizmet gördüğü özellik taşımaktadır. Evde ölümün bir zamanlar için daha olağan olduğu ve bakımın aile üyeleri tarafından sağlandığı bir süreç hâkim olmuştur. Aksine modern toplumlarda ölüm, genel olarak evde gerçekleşen bir özelliğe sahip olmamakla birlikte aile üyelerinin bu sürece katkısı mümkün olmamaktadır. Birçok insan evinde ölmek istediğini iddia etse de hastane binalarında gerçekleşen ölümler devam etmekte ve hastanelerde gerçekleşen bir ölüm kişinin mekânsal bağlamda yabancılaştığını göstermektedir. Bu hareketin ortak terimleri “haysiyetle ölmek ve sonuna kadar yaşamak” olduğu için bunun sağlanması adına mekânsal bir değişim faydalı olmaktadır (McGann, 2013: 25).

Ölümün evdeki yataklardan hastane odalarına taşınan mekânsal yer değiştirmesi ve tıbbileştirilmesi neticesinde 20. yüzyılın ilk yarısından bu yana ölümün teşhis edilmesi noktasında önemli tartışmalar meydana gelmiştir. 1900'lere kadar kardiyak fonksiyonlarının yitimiyle biyolojik sonluluk/ölüm aynı manayı taşımıştır. Yakınında birilerinin ölümüne şahit olan bireyin bunu idrak etmesi daha kolay olduğu için yâdsıma gibi bir durum söz konusu olmamıştır. 1950'lerden sonra yoğun bakım düzenlemeleri ve yapay solutma tekniklerinin gelişmesinin neticesinde kalp atışı ve solunumun dışarıdan yardımıyla sürdürülmesi imkânı yakalanmıştır (Özer, 2017: 47). Bunlara paralel olacak şekilde evde bakımın yerini modern zamanda hastane yataklarının aldığı bilinmektedir. Aynı zamanda sağlık profesyonellerinin aile bireylerinin yerine geçerek bireyin ölümüne şahitlik ettiği görülmektedir. Öyle ki bütün dünyada buna yönelik oluşan “hospis bakım” alanının ortaya çıkışı üzerinde durulmalıdır.

Hastanelerin ölümcül hastalarla ilgilenmek istememesinin neticesinde iyileşme ihtimali olanların bakımıyla uğraşılmasını hospis hareketi sağlamıştır. Hospis hareketi; ölüme refakat eden kurumların verdiği hizmeti kapsamaktadır (Tufan, 2016: 175).

Hastane hareketlerinde amaç ölen hastaların yalnız şekilde ölmesini engellemek ve acı çekmesinin önüne geçmektir. Acı ve ölümü incelemek kolay olmamakla birlikte ölümün tıp adına bir başarısızlıkmiş gibi algılanmasından ötürü saklanması gereken bir olgu haline gelmiştir (Bennahum, 1996: 8). Darülaceze ve palyatif bakım, bir hastanın tedaviye cevap verecek bir hastalığı varsa yaşamın uzatılması gibi bir durum söz konusu olmadığı için hastanın konforunu ve yaşam kalitesini en üst seviyeye erişirmeyi amaçlamaktadır (Barnard, 1996: 116).

Modern zamanın ölüme yönelik getirdiği bakış açısının kurumsallaşma açısından bir etkisi olduğu görülmektedir. Özellikle de kendi yatağında ölümün yerini alan hastane yatakları bunun en bariz örneklerinden biridir. Kişinin kendi evinde değil de bir kurumda ölmesi yalnız ölümlerin habercisi olmaktadır. Aynı zamanda yaşamı uzatma müdahaleleri de yaşasa dahi kişinin daha fazla acı çekmesine neden olabilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

Bu bölümde sağlık hizmeti kullanımı hakkında kısa bilgi verildikten sonra sağlık hizmetinin özellikleri irdelemiştir. Daha sonrasında sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması yapılmış ve son olarak modernleşmenin sağlık hizmetleri piyasasına yansıyan yönü vurgulanmıştır.

3.1. SAĞLIK HİZMETİ TANIMI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil aynı zamanda ruhen, fiziken ve sosyal yönden bir sosyal iyilik hali” olarak tanımlanmıştır. Bu bağlamdan hareketle sağlık hizmetleri; sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi adına yapılan çalışmaları kapsamaktadır. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge'nin dördüncü maddesiye sağlık hizmetlerini, “insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetler” olarak ifade etmiştir (Kavuncubaşı ve Kısa, 2011: 7).

Sağlık hizmetleri bireyin ve toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi amacıyla verilen her türlü hizmet olarak düşünülebilir. Bu hizmetler hastaların tedavi edilmesi gibi akla gelen tedavi hizmetleri olabileceği gibi daha sağlıklı olabilmek adına insanların yaşam biçimini değiştirmeye, temiz bir çevre oluşturmaya kadar geniş bir yelpazeyi içine alacak şekilde sağlığa pozitif katkı yapacak her türlü hizmeti kapsayabilir.

3.1.1. Sağlık Hizmetinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ve sağlanmasında diğer piyasalardan onu ayrı kılan bazı özellikleri bulunmaktadır. İlk olarak sağlık hizmetlerinin tüketimi rastlantısal bir özelliğe sahiptir. Sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmetlerden ayrılmasını sağlayan en önemli özelliği talebin oluşum zamanının bilinmemesinden kaynaklanmaktadır. Haliyle kimin ne zaman hangi hastalık sebebiyle sağlık hizmeti alacağı noktasında evvelden bilgi sahibi olunması mümkün olmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin varlığının sebebi bu özelliğine dayanmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2014: 74).

İkinci özellik ise sağlık hizmetinin ikamesinin olmamasıdır (Gökner, 2013: 127). Sağlık hizmetlerinin yapısı gereği diğer piyasa koşullarında olduğu gibi herhangi bir başka ürün ile ikamesi söz konusu olmamaktadır. Bu açıdan hasta olan bir birey kendisine sunulan hizmeti hayati değer taşımasından ötürü almak zorundadır. Bunun yanı sıra alması gereken hizmetin maliyet-kar hesabını yaparak daha ucuz olanı tercih etmesi gibi durum da söz konusu olamamaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin insan hayatı ve sağlığı için önem taşımasından kaynaklanmaktadır.

Üçüncü özelliği sağlık hizmetlerinin sunumunun ertelenememesidir (Aktan ve Işık, 2007: 2). Sağlık sektörü haricindeki piyasalarda bireylerin talep ettiği mal ve hizmeti ihtiyaç durumuna göre daha sonra tüketmesi mümkündür. Ancak bu noktada bireyin hayati durumu ve sağlığı önem kazandığından sağlık hizmeti piyasası adına geçerlilik taşımamaktadır. Özellikle de acil sağlık hizmetlerinin ertelenmesi gerek bireyin gerekse de toplumun sağlığı adına kötü sonuçlara yol açabilir.

Diğer bir özellik ise sağlık hizmetlerinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekimin belirlemesidir. Diğer sektörler açısından bu durum ele alındığında bireyin kendi zevk, ihtiyaç ve istekleri ön plana çıkarken sağlık hizmetlerinde hasta karar verici tarafta yer almamaktadır. Hasta olan kişi konuyla alakalı eğitim almadığı ve uzmanlaşmadığı için hekimin vereceği karara karşı güven duymalıdır. Bu noktada üzerinde durulması gereken kavram *bilgi asimetrisidir*. Hizmet sunumu hekimin aktif rol aldığı bir süreç olduğundan hastanın kullanacağı hizmetin kalitesini ölçüp, türü ve içeriğine karar verme ya da değiştirme gibi hakları bulunmamaktadır (Durmaz, 2017: 5).

Beşinci özelliği ise sağlık hizmetleri tüketicilerinin davranışlarının irrasyonel olmasıdır. Piyasaların genelindeki tüketici davranışını ele almak gerekirse kişi akılcı seçimlerde bulunmakta ve kendisine en fazla yarar sağlayacak olanı edinmeye çalışmaktadır. Diğer yandan pek çok kişi de hasta olmasına karşın bu hizmeti talep etmediği gibi farkına dahi varamamaktadır. Bundan ötürü pazar mekanizması işlevsiz hale gelmekte ve diğer piyasalarda hüküm süren “tüketici üstünlüğü” davranışına uyum sağlamamaktadır. Gerek akıl hastaları gerekse de acil durumlarda birey kendi talebini iletemeyecek durumdadır (Odabaşı ve Oyman, 1998; Akt. Öztürk, 2007: 10-11).

Altıncı özelliği ise hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemenin daha zor olmasıdır. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçülmesi noktasında hastanın ulaşacağı doyumun ölçülmesi gibi bir durum söz konusu olmamaktadır. Hizmet sunumunun neticesinde oluşacak olan doyuma etki edecek kontrol edilemeyen hususlar bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri talebinde bulunan kişi hastalığa yönelik bilgi sahibi olmadığından riskin azalması adına gerek sağlık personeli gerekse de hekime karşı güven duyması gerekmektedir. Özellikle de sağlık hizmetlerini evvelden deneyerek test etmek mümkün olmadığından hem hasta hem de hizmeti sunan tarafın ilişkisinde etik kurallar ve güven duygusu ön planda olmalıdır (Tengilimoğlu vd., 2014: 76-77).

Yedinci özelliği ise sağlık hizmetlerinin bir bölümünün toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımasıdır. Bu açıdan sağlık hizmeti ulusal düzeyde özel faydası bulunan, tüketiminde rekabet unsuru taşıyan özelliğinden dolayı piyasada üretilmektedir. Ancak gerek yerel düzeyde gerekse de sınır ötesi etkileri meydana getirdiğinden kamusal mal niteliği taşır hale gelmiştir. Bulaşıcı hastalıkların küresel nitelik taşımasından dolayı sağlık başka insanları ve ülkeleri etkisi altına alan bir hizmet türüdür. Bunun yanı sıra bir kişi ya da ülkeyi bulaşıcı hastalıklardan koruyarak elde edilen faydanın diğer ülke ve insanlar için de yararlı bu noktada önem arz etmektedir (Mutlu, 2006: 58).

Son özelliği ise sağlık hizmetlerinin çıktısının paraya çevrilememesidir. Sağlık hizmetlerinin çıktısını paraya çevrilmesi mümkün olmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir etken ise yeterli düzeyde sunulmaması halinde toplumun sağlık düzeyinin bundan etkilenmesidir. Bu noktada parasal karşılığının belirlenmesi oldukça zordur. Mesela bebek ölüm hızında yaşanan düşüşteki harcamaların diğer mal ve hizmet piyasalarında olduğu gibi kar unsurunun hesap edilmesi söz konusu olmamaktadır (Aktan ve Işık, 2007: 2).

3.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri “koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri” olmak üzere dört grupta ele alınmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri hastalık ya da sakatlık durumu meydana gelmeden evvel bu risklerin oluşmaması adına verilen mücadeleyi kapsamaktadır. Bundan ötürü bu

hizmetlerin sosyal faydası bireysel faydasından daha fazla olmaktadır. Bu hizmetlerin sunumunda amaç; toplumda hastalık riskini azaltmak ve toplumun sağlık seviyesinin daha iyi olmasını sağlamaktır. Özellikle de hizmet sunumunu karşılama noktasındaki ödeme gücündeki eşitsizlikleri önlemek adına bu hizmetler önem arz etmektedir (Yazgan, 2009: 37). Koruyucu sağlık hizmetleri; çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise hastalığın oluşmadan önlenmesini amacını taşıdığından sağlık harcamalarının azaltılmasını temel ilke edinmektedir. Bu hizmetler; sağlık problemlerini önleme ve kalıcı sakatlık, özür ve ölüm gibi olayların önüne geçmek adına sağlık göstergelerindeki iyileşmeleri hedef edinmektedir (Eylar, 2011: 7).

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise kişiler bağlamından yola çıkılarak bütün toplumun hastalık etkenlerine karşı direnç kazanması ve güçlü olmasında, hastalığın baş göstermesi durumunda en erken dönemde tanı konulmasını, en az hasarla tedavi sağlamayı amaç edinen bir özelliğe sahiptir. Bu kapsamda ele alınacak olan başlıca hizmetler şu şekilde ifade edilmiştir: “Erken tanı ve uygun tedavi, aşılama, ilaçla koruma, beslenmenin iyileştirilmesi, sağlık eğitimi, ana çocuk sağlığı ve planlaması ve kişisel hijyen.” (Akdur, 1999: 5).

Tedavi edici hizmetlerin sağlanması için hastalık ya da sakatlık durumunun ortaya çıkmış olması gerekmektedir. Hastalanan bir bireyin yeniden sağlığına kavuşması adına yapılan çalışmaların bütünüdür. Bu hizmetler; birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri diye üçe ayrılmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2014: 82; Fişek, 1983: 6).

- *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (Primary Care):* Hasta bireyin ilk olarak başvurabileceği hekim ya da diğer sağlık personeli tarafından sunulan hizmeti ifade etmektedir.
- *İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri (Secondary Care):* Hastanelerde sağlanan hizmeti içermektedir.
- *Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri (Tertiary Care):* En yüksek hekimlik teknolojisine sahip olan merkezlerde verilen hizmeti kapsamaktadır.

Rehabilitasyon hizmetleri ise hastalık ve kaza neticesinde kişilerin kaybettikleri bedensel ve zihinsel becerilerin tekrar kişiye kazandırılmasını sağlamak amacıyla sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetler eşgüdümlü ve bütünlük gösterici tıbbi, sosyal eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla kaza ya da sakatlık yaşayan kişilere olabildiğince yüksek seviyede işlevsel beceri kazandırmayı görev edinmiştir (Tengilimoğlu vd., 2014: 83). Bu hizmetler kendi içinde ikiye ayrılmaktadır:

Tıbbi rehabilitasyon bedende meydana gelmiş olan kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin daha iyi seviyelere getirilmesi amacını taşımaktadır (Erkan, 2011: 57).

Sosyal rehabilitasyon ise herhangi bir sakatlığı ya da özrü olan bir bireyin sosyal ağlarda aktif olmasının mümkün olmadığından kendi yaşamını topluma ve ailesine yük olmadan devam ettirebilmesi adına destek verilmesini sağlayan hizmetlerdir. Özellikle de daha evvel sağlıklı olan ve üretimde bulunan kişinin bir kaza ya da hastalık sonucunda engelli hale gelmesi halinde yapabileceği bir işin sağlanması önem arz etmektedir. Diğer yandan çalışamayacak durumda olan kişilerin de bakımının üstlenilmesi gerekmektedir (Akdur vd., 2011: 379).

Sağlığın geliştirilmesi (health promotion) kavramı da aynı sağlığın tanımında olduğu gibi çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Bu kapsamda sağlığın geliştirilmesi; sağlık statüsünün yükselmesine yönelik olacak şekilde sağlığın korunması, sağlık eğitimi, hastalıkların ortaya çıkmasının engellenmesi ve yan etkilerinin azaltılması, sağlıklı bir yaşam sürdürülmesi adına faydalı koşulların sağlanması ve stres yönetimi gibi pek çok faktörün iç içe olduğu bir uygulamayı gerektirmektedir (Somunoğlu, 2012: 13).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1978 yılında Kazakistan'ın Alma-Ata kentinde "Temel Sağlık Hizmetleri" konferansı düzenlenmiş ve üçüncü maddede amaç şöyle ifade edilmiştir: "Yeni uluslararası ekonomik düzene dayanan ekonomik ve sosyal gelişmeler tüm insanların tam bir sağlığın elde edilmesi ve gelişmekte olan memleketlerle, gelişmiş memleketlerin sağlık durumları arasındaki boşluğun kapatılması yönünden büyük bir önem ifade etmektedir. İnsanların sağlıklarının geliştirilmesi ve korunması ekonomik ve sosyal kalkınmayı devam ettirme bakımından faydalı olup daha

iyi bir yaşam seviyesine ve dünya barışının elde edilmesine katkısı vardır.” (Alma Ata Bildirgesi, 1978).

Alma Ata Bildirgesinden sonra sağlığa yönelik farklı gelişmeler kaydedilmiştir. Bunlardan biri de 1986’da düzenlenen Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı neticesinde yayınlanan Ottawa Bildirgesi’dir. Bu bildirgenin içeriğine bakıldığında sağlığın geliştirilmesi; bir süreç olarak ele alınmış ve bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki oto kontrolünün artması gerektiği ortaya konmuştur. Neticede sağlığın geliştirilmesi hizmetleri; bedensel ve zihinsel sağlık durumu, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve konu hakkındaki sorumluluğun bireye yüklendiği bir yapıya sahiptir (Somunoğlu, 2012: 17).

3.1.3. Sağlık Hizmeti Kullanımı

Sağlık hizmeti kullanımı; ihtiyacı olan kimselerin (hastaların) bu hizmetten yararlanması şeklinde tanımlanmaktadır. Bu bakımdan kullanım ölçütlerini belirlemede bazı hususlar öne çıkmaktadır. Kullanılan hizmetinin türü (doktor, diş hekimi, hastane, acil vb.); bakımın sağlandığı alan (ev, muayenehane, hastane, klinik vb.); alınmış olunan bakımın amacı (koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici vb.) ve ne zaman olduğu (belli bir zaman içinde ne kadar sıklıkla doktora gidilip gidilmediği) gibi kriterler kıstas olarak kullanılmaktadır (Kaya, 1995: 102).

Sağlık hizmeti kullanımını ele alan çalışmalarda genel olarak araştırmacının amacı önem kazanmaktadır. Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında sağlık hizmeti kullanımını ölçmek amacıyla genel olarak hekime başvurma, diş hekimine başvurma, diğer sağlık personeline başvurma (hemşire, ebe vb.), polikliniğe başvurma, acile başvurma, klinik hizmeti alma, tedavi edici sağlık hizmeti alma, eczaneye başvurma gibi kriterler kullanılmaktadır. Bunların yanı sıra zaman kıstası da sağlık hizmeti kullanımını ölçmek için önemli bir etkidir. Öyle ki “Son bir sene içerisinde kaç kez hekime/acile başvurduunuz?” gibi sorular yine araştırmacının amacına hizmet edecek şekilde sorulmaktadır (Erdem ve Pirinçci, 2003: 40).

Sağlık hizmeti kullanımı hakkında Andersen tarafından 1968’de geliştirilen “Sağlık Hizmetleri Kullanımında Davranışsal Modeli” (Behavioral Model of Health Services Utilization) literatürde oldukça geniş bir yer kaplamaktadır. Geliştirilen bu

modelde sağlık hizmeti kullanımı üç ana faktör altında incelenmektedir: “Eğilim (predisposing), imkân (enabling) ve ihtiyaç faktörleri (need factors)”. Bireyin içinde yaşamakta olduğu toplumun kültürel, sosyal ve ekonomik yapısı, kişilerin sahip oldukları inançlar ve bilgi düzeyleri, yaşanan ülkedeki sağlık hizmetlerinin ekonomik özellikleri ve sigorta kapsamında sağlanan hizmetler, yetişmiş olunan aile, bireyin sağlık durumu ve kullanıcının sağlığını algılayış düzeyi gibi etmenler sağlık hizmeti kullanıma yön vermektedir (Gökkaya ve Erdem, 2017: 152). Bu şekilde sıralanan faktörlerin “davranışsal modelin” bir özeti olduğu görülmektedir.

Davranışsal modeli oluşturan bu üç faktörü kısaca ele almak faydalı görülmüştür. “Hazırlayıcı faktör” bireylerin hastalıklarından evvel var olan sosyo-kültürel özelliklerini ele almaktadır. Bu özellikler ise sosyal yapı (eğitim, meslek, etnik köken, sosyal ağlar, sosyal etkileşimler ve kültür vb.), sağlık inançları (insanların sağlık bakım sistemine ilişkin ve onunla ilgili tutumları, değerleri ve bilgileri) ve demografik değişkenler (yaş ve cinsiyet) şeklinde ifade edilmiştir (URL,1).

İkinci faktör olan “kolaylaştırıcı faktör” ise sağlık hizmeti almak için bireylerde mevcut olması gereken lojistik yöntemi ortaya koymaktadır. Bireyler her ne kadar sağlık hizmeti kullanmaya yatkın olsalar da belli imkânların oluşması gerekmektedir. Sağlık hizmeti kullanımının gerçekleşmesi ve bundan sağlanan doyumunu bu faktör gerçekleştirmektedir. Ayrıca koşulların sağlanması halinde sağlık hizmeti kullanımı meydana gelmektedir. Bahsi geçen bu koşulların sağlanmasında bireyin düzenli bir bakım kaynağına sahip olması, bu bakım kaynağının niteliği ve kaynağın erişilebilirliği önem arz etmemekle birlikte özellikle de ailenin sosyal güvencesi, gelir düzeyi ve sigortanın kapsamı gibi etmenler önemlidir (Andersen ve Newman, 2005: 15).

Son olarak da “ihtiyaç faktörü” algılanan (perceived) ve değerlendirilen (evaluated) ihtiyaç şeklinde ele alınmıştır. İlk olarak algılanan ihtiyaç engellilik, belirti, tanı ve genel durum gibi olguları içermekteyken değerlendirilen ihtiyaç ise belirti ve tanı gibi objektif unsurlara dayanmaktadır (Andersen ve Newman, 2005: 14). Bu faktör bireyin kendi algıladığı sağlık düzeyi ile var olan arasındaki farkı ortaya koymaktadır. Bireyin kendini hasta olarak hissetmesi gerçekten olduğu anlamına gelmemektedir. Aynı şekilde kendini hasta hissetmeyen birinin sağlık hizmeti kullanımına ihtiyacı ancak yapılan teşhis sonucunda ortaya çıkabilir.

3.2. MODERNLEŞMENİN SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMINA ETKİSİ

Modern çağda meydana gelen teknolojik gelişmeler insanların daha uzun yaşamasını sağlamış ve eskiye kıyasla insanların sağlık hizmeti tüketim alışkanlıkları da değişmiştir. Özellikle de uzun süre yaşamının sağlık sistemlerine yansıyan bir yönü olduğu daha evvel öne sürülmüştü. Bilimsel ve teknolojik alanda yaşanan gelişmelerin sağlık hizmetlerini daha yaygın ve ulaşılabilir kıldığını ifade etmek doğru olacaktır. Haliyle bu alandaki tüketim alışkanlıklarında da belli değişimler meydana gelmiştir.

Kapitalizmin insan ihtiyaçlarını sınırsız ve doyumsuz hale getirmesinden ötürü meslek algılarını yöneten ve tüm bunları popüler bilgi ağları sayesinde yapan bir özelliği bulunmaktadır (Omay, 2009: 128). Kapitalizmin sağlığa yansıyan bu yönünün bedenler üzerinden gerçekleştiği öne sürülebilir. Bu oluşum insanı insan yapan özellikleri unutturup ürettiğini tüketmeye yönelik bir kültürün oluşmasını sağlamıştır. Bu argümanlarla kurumsallık kazanan modern sağlık sistemlerine gelen hastaların sağlığı için her türlü harcamayı yapabilecek bir müşteriye dönüşmesi kaçınılmaz olmaktadır. Hayatın her anına yayılıp hüküm süren modern tıp, bir yerde kendi kültürünün devamlılığını sağlamaktadır. Bu müdahaleler doğum ve ölüm arasındaki basit zaman diliminin her anına hükmederek tıbbileştirme (medikalizasyon) hareketlerine neden olmaktadır. Bu haliyle sağlık hizmetleri; toplum hayatına yön verip belli dayatmalarla bireyleri dönüştüren bir yapıda ele alınmıştır (Çelik ve Erdem, 2016: 61-62).

Tıbbileştirme, insan yaşamının tıbbi olmayan bazı yönlerinin tıbbi sorun olarak kabul edildiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Diğer taraftan aşırı teşhis yapılmasında en sık olanı testin yokluğunda bir biyomedikal durumu teşhis gibi kabul etmektir. Medikalleşme ve fazla tanı, hastalık kavramının genişlemesini sağlamıştır (Hofmann, 2016). Aynı zamanda tıp kurumu, endüstri, diğer teknoloji hizmetleri ve ilaç sektörü bu alana destek sağlayan yapılar arasında yer almaktadır (Clark, 2014: 1). Yeni ve önerilen tıbbi teknolojiler sürekli olarak uygun tıbbi tedaviyi ne oluşturur sorusunu akıllara getirmektedir. Asıl ilginç olan durum ise bu oluşumların tıbbileştirmeye sebebiyet vermesidir (Purdy, 2001: 248).

Aynı zamanda bu oluşum doktor-hasta ilişkisinde yeni bir dönem başlamasına neden olmuştur. Bu durumun önemli sonuçlarından biri 18. yüzyılın aksine hasta kendi

ihtiyaçları noktasında söz sahibi olan bir konumda olmamasıdır. Doktorlar hastaların isteklerini göz ardı etmiş ve bunun yerine profesyonel yargıları uygulamaya başlamıştır. Hal böyle olunca sorunun sahibi olan hasta yerine mesleğın belirlediğı ölçüler öne çıkmaya başlamıştır. Hastanın kendi tedavisinde ısrar eden rolünü değışime uğratmıştır (Waddington, 1973: 217).

Tıbbileştirme sayesinde modern tıbbın sosyal yaşam üzerindeki kontrol ağı dayanıklı hale gelmektedir. Özellikle de sağık/hastalık konuları günümüzde oldukça üzerinde durulan mevzular olduğundan modern tıbbın tekelciliğı sayesinde bireylerin yaşamları daha fazla denetlenir hale gelmiştir. Daha önce de ifade edildiğı üzere bunu sağılayan araç bireyin bedeni olmuştur. Modern tıp tarafından ortaya atılan söylemler bir takım problemleri de beraberinde getirmiştir. Modern tıp bedene ilişkin belli standartları koyup bedenin şekillenmesine neden olduğundan tüketim toplumunun dinamikleriyle bağlantısı bulunmaktadır. Bu haliyle sağık; alınıp satılabilen bir ticari mala dönüşmüştür (Kurtdaş, 2017: 985). Bedenler üzerinde yürütölen söylemler toplumlara belli standartları dayattığı gibi estetik sektörünün yaygınlaşmasını da mümkün kılmıştır.

Akkaş ve diğlerleri (2016: 115) tarafından yapılan çalışmanın sonucu medya tarafından dayatılan “çekici”, “güzel”, “karizmatik” gibi fiziksel özelliklere kavuşmayı sağılayan yolun estetikten geçtiğini ortaya koymuştur. Bu hizmetler, Uzak Doğı ve Arap ölkelerinde sıkça izlenen dizi karakterlerine yönelik hayranlıktan ötürü daha fazla tüketilmektedir. Temel sağık ihtiyacı olmaksızın bıçak altına yatma isteğı neredeyse bir furya haline gelmiştir. Ortaya atılan diğler bir sonuç ise bunun bireylerin kendi bedenlerini aşarak aile içindeki husumetlere yol açtığıdır. Diğler yandan toplum içinde moda, imaj, seksepalite gibi olgular daha fazla yer edinmeye başlamış ve bireylerin kendi özleryle çatışır halde olması kaçınılmaz bir hal almıştır. Fazla kiloların sağık üzerindeki etkisi göz ardı edilirken daha çok dış görünüş önem atfedilen bir olgu haline gelmiştir. *İdeal kilo* standardında önem arz eden husus, sağıklı bir beden değıl de X markanın kıstasları olmuştur.

Bu açıklamalardan yola çıkıldığı zaman sağık hizmetlerinde görölen tıbbileştirme eğilimin aynı şekilde ölüm ve yaşlılık algısı üzerine etkisi olduğu ifade edilebilir. Özellikle de hastalık olarak ele alınmayan doğıal durumların tanımlamalarında değışim yaşanması insanı daha fazla sağık hizmeti tüketmeye ittiğinden yaşlılık ve ölüm olguları

için de aynı durum söz konusu olabilir. Modernleşen insanın yaşlılığa ve ölüme olan uzaklığı daha fazla sağlık hizmeti tüketmesine sebep olabilir.

Yaşlılığın istenmemesi ve hep genç bedenlere duyulan arzu insanların “anti aging” sektörünün müşterisi olmasının önünü açmaktadır. Diğer yanda ölümün soğuk ve buz kesen sessizliğinde cenaze hizmetlerinin bu denli kazandığı yaygınlık ve kapitalist hareketleri de aynı bakış açısıyla ele alınabilir. Sağlık hizmetlerinin elbette ki yerinde olanı hem birey hem de toplum sağlığı adına etkin rol oynamaktadır. Diğer yandan gereksiz tedavilerin tüketimi acil hizmetlere sağlanacak olan emek ve maliyetin marjinal faydasını olumsuz etkileyebilir. Bu bağlamda yaşlılık ve ölüm algısının modern dünyada yaşadığı değişimin insanların sağlık hizmetlerine daha fazla ya da daha az yönelme gibi davranışlar sergilemesinde rol oynadığı söylenebilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

YAŞLILIK, ÖLÜM ALGISI VE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Bu bölümde yaşlılık ve ölüm algısıyla ilgili yapılan araştırmanın gereç ve yöntemine yer verilmiş ve neticede elde edilen bulgular üzerinde durulmuştur.

4.1. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1.1. Amaç ve Önem

Yaşlılık ve ölüm algısının ortaya konulması bakımından modern zamanın yansımalarının göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Öyle ki bu kavramların her biri modern zamanda bir takım değişimlere uğrayarak günümüzde sosyal hayat içinde var olmaktadır. Yaşlılık dönemi insana ait değilmişçesine kaçınılan ve eksikliklerin olduğu bir dönem olarak düşünülürken ölüm modern zamanın en fazla yadsıdığı konu haline gelmiştir. Bu çalışmada bireylerin yaşlılık, ölüm algısı ve sağlık hizmeti kullanımı ve bunlar arasındaki etki incelenmiştir. Yaşlılık, ölüm algısının demografik değişkenler açısından farklılaşıp farklılaşmadığı da bu çalışma kapsamında incelenen diğer bir konu olmuştur.

4.1.2. Problem Cümlesi

Çalışmanın problem cümlelerini, “bireylerin yaşlılık, ölüm algısı ve sağlık hizmeti kullanımları nasıldır?”, “yaşlılık, ölüm algısının sağlık hizmeti kullanımı üzerine etkisi var mıdır?” ve “yaşlılık ve ölüm algısı demografik değişkenlere göre farklılık göstermekte midir?” soruları oluşturmaktadır.

4.1.3. Varsayımlar

Araştırma kapsamında Isparta ilinde yer alan bireylerin anket sorularına verdikleri cevapların gerçek durumu yansıttığı varsayılmaktadır.

4.1.4. Araştırmanın Kısıtları

Bu araştırma 2019 yılının Şubat ve Mart aylarında Isparta il merkezinde yer alan bireylere uygulanmıştır. Neticede elde edilen sonuçlar bu bireylerin verdikleri cevaplar ile sınırlıdır. Bundan ötürü ankete verilen cevaplar bu evrenin özellikleriyle sınırlı bir özelliğe sahiptir ve genellemeler yapılırken bu sınırlılık göz önüne alınmalıdır.

4.1.5. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evrenini Isparta il merkezinde ikamet eden 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Evrenden kolayda örnekleme yöntemiyle 500 kişiye ulaşılmıştır. Isparta il merkezi nüfusu (TUIK, İl Nüfusu, 2018) 237.000'dir. %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile bu evrenden 384 kişilik örneklem yeterli olabilmektedir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2000: 50).

4.1.6. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak nicel yöntemlerden anket kullanılmıştır. Sosyal bilimler alanında sıklıkla tercih edilen bir veri toplama aracı olması ve istatistiksel analize uygun olması bu yöntemin tercih edilmesinde etkili olmuştur.

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket 3 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde yer alan ifadelerin ilk 24'ünü Topuz (2013)'un Türkçeye geçerlilik ve güvenilirliğini sağladığı çalışmasındaki "Ölüm Algısı Ölçeği" oluşturmuştur. Bu bölümde yer alan 25-48 arasındaki sorular; Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi (AYTA) (Attitudes of Aging Questionnaire)'nin Türkçe uygulamasını sağlayan Eser ve diğerlerinin (2011) çalışmasından alınmıştır. Ayrıca araştırmacı tarafından bu bölüme, "Yaşayacağımız her şey bu dünyadadır, tüm amaçlarımızı bu dünyaya göre yapmalıyız." ve "Hayatın geçiciliği düşünülerek ahiret hayatının olduğu akılda tutulmalıdır." ifadeleri eklenerek toplamda 50 ifadeden oluşan bir anket uygulanmıştır. Bahsi geçen bu ifadelerden ilki araştırmacı tarafından dünyevi bakış açısını, ikincisiyse uhrevi bakış açısını yansıtan ifade olarak adlandırılmıştır. Bu ölçek 5'li likert tipindedir ve katılımcıların verdikleri cevaplar "Hiç Katılmıyorum" "1", ve "Tamamen Katılıyorum" ise "5" olarak puanlandırılmıştır.

Anket formunun ikinci kısmında “sağlık hizmeti kullanımıyla” ilgili açık uçlu sorular bulunmaktadır. Bu sorular, “*Son bir sene içinde herhangi bir sağlık probleminiz sebebiyle poliklinik, acil, aile hekimi, özel hekim, diş hekimi ve eczaneye başvurduğunuz mu?*”, “*Son bir sene içinde herhangi bir sağlık probleminiz sebebiyle hastaneye yattınız mı?*”, “*Kronik bir hastalığınız, sürekli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?*” ve “*Şimdiye kadar herhangi bir cerrahi operasyon geçirdiniz mi?*” şeklindedir. Cevaplar “evet” ve “hayır” olacak şekilde düzenlenmiş ve olumlu cevap verenlerin kaç kez bu hizmetten yararlandıklarını belirtmeleri istenmiştir. Son olarak üçüncü bölümde demografik bilgilere ilişkin yaş, cinsiyet, medeni durum, aylık gelir seviyesi ve eğitim düzeyi hakkında bilgiler sorulmuştur.

4.1.7. Analiz Yöntemi

Anket formları aracılığıyla elde edilen veriler SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı ile analiz edilmiştir. Araştırmacı tarafından uzman kişilerin görüşleri alınarak “Ölüm Algısı Ölçeği” ve “Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi’nde” yer alan ifadelerde değişikliğe gidilmiştir. Özellikle de Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi’nin sorularında halktan her yaş kesimine sorabilmek adına bir takım düzenlemeler yapılmıştır.

Her bir boyuta normallik testi uygulanmış ve basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri bulunmuştur. Bunun yanı sıra boyutların sosyo-demografik değişkenlerle karşılaştırmaları yapılmış ve gruplar arasındaki anlamlı farklılıkları elde etmek için parametrik testler uygulanmıştır. Üç ve üzeri grupların olduğu demografik değişkenlerde “varyans analizi (ANOVA) (F Testi)” uygulanmış ve ikili gruplar için ise “t testi” kullanılarak sonuçlara ulaşılmıştır. Üç ve üzeri gruplarda anlamlı farklılık elde edilirse “Tukey’s-b testi” kullanılarak farkın hangi gruplar arasında olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin dünyevi ve uhrevi bakış açıları ile ölüm ve yaşlılık algısı boyutları arasındaki ilişki korelasyon, ölüm algısının yaşlılık algısına etkisi regresyon, ölüm ve yaşlılık algısı boyutlarının sağlık hizmeti kullanımına etkisi çoklu regresyon yöntemlerinden backward analiziyle incelenmiştir.

4.2. BULGULAR VE YORUMLAR

4.2.1. Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Araştırma kapsamındaki bireylerin demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Bireylerin Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	N	Yüzde
Yaş (Yıl)		
-29	277	55.4
30-39	49	9.8
40-49	54	10.8
50-59	31	6.2
60+	89	17.8
Cinsiyet		
Kadın	244	48.8
Erkek	256	51.2
Medeni Durum		
Evli	214	42.8
Evli Değil	286	57.2
Gelir Seviyesi (TL)		
-1999	265	53.0
2000-2999	124	24.8
3000-3999	51	10.2
4000+	60	12.0
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim	82	16.4
Lise	136	27.2
Üniversite	282	56.4
Toplam	500	100

Tablo 1’de görüleceği üzere araştırmaya katılanların %55.4’ünü 29 yaş ve altındakiler oluşturmuştur. İkinci yaş grubu toplam katılımcıların %9.8’i iken üçüncü yaş grubu %10.8’i olmuştur. 50-59 yaş aralığındaki kişilerin toplam katılımcılar içindeki payı %6.2’dir. Son olarak araştırmaya katılan 60+ bireyler toplam katılımcı sayısının %17.8’dir. Katılımcıların %48.8’i kadın iken geriye kalan %51.2’si erkektir. Katılımcıların yarısından fazlasının (%57.2) evli olmadığı görülmektedir.

Katılımcıların gelir seviyesine göre gruplandırılmasında yarısından fazlasının 1999 TL ve altı gelire sahip olduğu görülmektedir. 2000-2999 TL gelir seviyesinde yer alanlar %24.8, 3000-3999 TL grubunda bulunanlar %10.2 ve 4000+ TL gelir elde edenler ise %12'dir. Katılımcıların %16.4'ü ilköğretim, %27.2'si lise ve geriye kalan %56.4'ünün üniversite mezunu oldukları görülmektedir.

4.2.2. Sağlık Hizmeti Kullanımına İlişkin Bulgular

Tablo 2'de katılımcılara açık uçlu şekilde sorulan “*Son bir sene içinde herhangi bir sağlık probleminiz sebebiyle poliklinik, acil, aile hekimi, özel hekim, diş hekimi ve eczaneye başvurduğunuz mu?*” ve “*Son bir sene içinde herhangi bir sağlık probleminiz sebebiyle hastaneye yattınız mı?*” sorularının cevapları bulunmaktadır.

Tablo 2. Sağlık Hizmeti Kullanımı Tablosu

Sağlık Hizmeti Kullanımı	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Polikliniğe Başvurma	371	74.2	129	25.8
Acil Servise Başvurma	233	46.6	267	53.4
Aile Hekimine Başvurma	247	49.4	253	50.6
Özel Hekime Başvurma	133	26.6	367	73.4
Diş Hekimine Başvurma	199	39.8	301	60.2
Klinik Yatışı	54	10.8	446	89.2
Eczaneye Başvurma	387	77.4	113	22.6

Tablo 2'ye göre katılımcılardan polikliniğe başvuranlar %74.2 (371) iken bir sene içinde kullanmadığını belirtenler %25.8 (129)'dir. Son bir sene içinde acilden sağlık hizmeti alanlar %46.6 (233) olup almadığını belirtenler katılımcıların yarısından daha fazlasıdır. Aile hekiminden hizmet aldığını ifade eden kesim %49.4 (247) iken bu hizmeti son bir sene içinde kullanmayanlar %50.6 (253)'dir. Katılımcıların oldukça yüksek bir kısmı (%73.4) son bir sene içinde özel hekime başvurmamıştır. Bunun yanı sıra son bir sene içinde diş hekimine başvuranlar %39.8 (199) iken bu hizmeti kullanmayanlar %60.2 (301)'dir. Son bir sene içinde yataklı tedavi hizmeti aldığını ifade edenler %10.8 (54)'dir. Diğer bir ifadeyle katılımcıların oldukça yüksek bir kısmı (%89.2) bu hizmetten yararlanmamıştır. Son olarak son bir sene içinde eczaneye başvuran kesim %77.4 (387) iken kullanmayanlar %22.6 (113)'dir.

Araştırmaya katılan bireylerin sağlık hizmeti kullanımlarına dair bilgiler Tablo 3'te gösterilmektedir.

Tablo 3. Sağlık Hizmeti Kullanım Sayıları

Sağlık Hizmeti	N	Minimum	Maximum	\bar{X}	SS
Poliklinik	500	0*	27	2.91	2.944
Acil	500	0*	10	1.84	1.484
Aile Hekimi	500	0*	16	2.54	2.515
Özel Hekim	500	0*	6	1.62	1.029
Diş Hekimi	500	0*	10	1.81	1.564
Kliniğe Yatış	500	0*	3	1.25	0.483
Eczane	385	0*	32	3.70	4.079

* Sağlık hizmetini hiç kullanmayanlar/almayanlar.

Bireylere “*Son bir sene içinde herhangi bir sağlık probleminiz sebebiyle poliklinik, acil, aile hekimi, özel hekim, diş hekimi ve eczaneye başvurduğunuz mu?*” ve “*Son bir sene içinde herhangi bir sağlık probleminiz sebebiyle hastaneye yattınız mı?*” soruları sorulmuş ve verilen cevaplar Tablo 3'te ifade edilmiştir. Son bir sene içerisinde poliklinik hizmetini kaç kez kullandınız sorusuna en az 0 en çok 27 cevabı verilmiştir. Bunun yanı sıra bu hizmeti kullananların ortalaması 2.91 olarak bulunmuştur. Aynı şekilde acil sağlık hizmeti kullanımı sorusuna en az 0 en fazla 10 cevabı verilmiş ve hizmetten yararlananların ortalaması 1.84 olmuştur. Katılımcılar son bir sene içerisinde en az 0 en fazla 15 kez aile hekimliği hizmeti almış ve kullandığını beyan edenlerin ortalaması 2.54'tür. Son bir sene içerisinde katılımcılar, en az 0 en fazla 6 kez özel hekime başvurmuş ve hizmet alanların ortalaması 1.62'dir. Son bir sene içerisinde diş hekimine en az 0 en fazla 10 kez başvurulmuş ve ortalama değerleri 1.81 olarak bulunmuştur. Katılımcılar klinik hizmeti kullanımı sorusuna en az 0 en fazla 3 kez cevabı vermiş ve hizmeti alanların ortalaması 1.25 olarak tespit edilmiştir. Son olarak da eczane hizmeti kullanımıyla alakalı soruya en az 0 en fazla 32 cevabı verilmiştir. Ayrıca bu hizmeti kullananların ortalaması 3.70'dir.

Araştırma kapsamında bireylerin sahip oldukları kronik hastalıklar belirtilen sıklıklarına göre Tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 4. Bireylerin Kronik Hastalıkları

Sıra No	Kronik Hastalıklar	N	Sıra No	Kronik Hastalıklar	N
1	Tansiyon	47	6	Kolesterol	7
2	Diyabet	30	7	Mide	6
3	Astım	14	8	Romatizma	6
4	Kalp	14	9	Migren	5
5	Alerji	12	10	Tiroid	5

Araştırmaya katılan bireylere “*Kronik bir hastalığınız var mı?*” sorusu sorulmuş ve %35.2’si (176) “evet” cevabını vermiştir. Bu hastalıkların neler olduğu sorulmuş ve verilen cevaplar Tablo 4’te gösterilmiştir. Bu hastalıklar içinde en fazla tansiyon (47), diyabet (30), kalp (14), astım (14) ve alerji (12) olduğu görülmektedir. Tansiyon, diyabet ve kalp hastalıklarının bu denli fazla olmasının nedeni de örneklem grubu içinde yer alan bireylerin %17.8’inin 60+ yaş grubundan olması sebebiyle olabilir. Ayrıca bu tabloda düşük frekansları nedeniyle belirtilmeyen; bipolar bozukluk, bronşit, bel kayması, osteoporoz, iga nefropati, behçet hastalığı, kansızlık, lif zedelenmesi, gluten intorelansı, faranjit, alzheimer, biküspit aort kapak yetmezliği, KOAH, İBS gibi çeşitli hastalıklar olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin sürekli olarak kullandıkları ilaçlara dair bilgiler Tablo 5’te gösterilmektedir.

Tablo 5. Bireylerin Sürekli Olarak Kullandıkları İlaçlar

Sıra No	İlaçlar	N	Sıra No	İlaçlar	N
1	Tansiyon	45	6	Antidepresan	6
2	Diyabet	27	7	Kan Sulandırıcı	6
3	Kalp	13	8	Kolesterol	6
4	Astım	8	9	Levotiron	5
5	Ağrı Kesici	7	10	Vitamin	5

Araştırmaya katılan bireylerin %36.8’i (184) “*Sürekli olarak kullandığınız bir ilaç var mı*” sorusuna “evet” cevabını vermiştir. Bu cevaplar içinde tansiyon ilacı (45), diyabet (27), kalp (13), astım (8) ve ağrı kesicilerin (7) en fazla ifade edilen ilaçlar olduğu görülmektedir. Kronik hastalıklar tablosunda en yüksek seviyede dağılım gösteren tansiyon, diyabet ve kalp hastalıklarının ilaçlarının kullanımının bu sonuçlara yansımaları oldukça doğaldır. Bunun yanı sıra astım ve ağrı kesici kullanımı da azımsanmayacak

derecede fazladır. Ayrıca düşük frekansları nedeniyle tabloda belirtilmeyen; depakin, secita, misol, allerset, alerji, xanax, dideral, kolsin, selectra, norvasc, roaccutane, matofin, neurontin, lamictal, ekopirin, rennie, protinum, monoket gibi ilaçlar olduğu gözlemlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin geçirdikleri cerrahi operasyonlara dair bilgiler Tablo 6’da gösterilmektedir.

Tablo 6. Bireylerin Geçirdikleri Cerrahi Operasyonlar

Sıra No	Ameliyat	N	Sıra No	Ameliyat	N
1	Burun	21	6	Anjiyo	7
2	Göz	19	7	Bademcik	7
3	Fıtık	19	8	Mide	7
4	Apandist	14	9	Ortopedi	7
5	Safra Kesesi	12	10	Prostat	7

Araştırmaya katılan bireylerin %41’i (205) “*Şimdiye kadar herhangi bir cerrahi operasyon geçirdiniz mi?*” sorusuna “*evet*” cevabını vermiştir. Cevaplar içinde en fazla burun (21), göz (19), fıtık (19), apandist (14) ve safra kesesi (12) ameliyatlarının olduğu ortaya çıkmıştır. Bu tabloda düşük frekansa sahip olduğu için belirtilmeyen; biyopsi, kalp, beyin, geniz eti, rahim, kist, menisküs, böbrek, sezeryan, guatr, varis, kemik kırılması, nevus, doku, akciğer, dalak, bağırsak, el plasitik cerrahisi gibi ameliyatların da olduğu tespit edilmiştir.

4.2.3. Bireylerin Ölüm Algısına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin Ölüm Algısı Ölçeğinde yer alan ifadelere vermiş oldukları cevapların aritmetik ortalaması ve standart sapması Tablo 7’de gösterilmektedir.

Tablo 7. Bireylerin Ölüm Algısı Ölçeğine Dair Aldıkları Puanların Değerlendirilmesi

No	İfadeler	\bar{X}	SS
1	Ölüm, ebedi mutluluğun yaşanacağı yere giriştir.	3.902	1.140
2	Ölüm, cennete ve ebedi mutluluğa açılan bir kapıdır.	3.878	1.182
3	Ölüm, Allah’a kavuşma ve sonsuz bir huzurdur.	4.266	1.032
4	Ölüm, bir başka hayat için bu hayattan vazgeçmektir.	3.100	1.540
5	Ölüm, ölen sevdiğimizimize kavuşmayı sağlayan bir olaydır.	3.540	1.362

Tablo 7. Bireylerin Ölüm Algısı Ölçeğine Dair Aldıkları Puanların Değerlendirilmesi (Devamı)

6	Ölüm, geride kalanların kendi başlarına ayakta durabilmeleri için bir şanstır.	2.862	1.436
7	Ölüm, geride kalanların ölümü nasıl karşılayacaklarını göstermeleri için bir fırsattır.	3.336	1.457
8	Ölüm, geride kalanlar için gerçekle yüzleşme anıdır.	3.964	1.182
9	Ölüm, geride kalanların yaşama bağlılıklarının test edildiği bir olaydır.	3.446	1.358
10	Ölüm, aileyi geçimiyle baş başa bırakmaktır.	2.834	1.424
11	Ölüm, umutların tükenmesidir.	2.240	1.443
12	Ölüm, hayatın anlam arayışının sona ermesidir.	2.964	1.562
13	Ölüm, kendini gerçekleştirme şansının sonsuza kadar yok olmasıdır.	2.765	1.525
14	Ölüm, başarılı olma mücadelesindeki nihai (son) yenilgidir.	2.738	1.547
15	Ölüm, ölümden korkmadığımızı gösterme anıdır.	2.780	1.518
16	Ölüm, hayatın son anını nasıl karşıladığımızı gösterme anıdır.	3.258	1.391
17	Ölüm, kendimize karşı en dürüst olduğumuz andır.	3.916	1.276
18	Ölüm, aşağılanmanın ve yenilginin ret edilme anıdır.	2.774	1.490
19	Ölüm, hakkında kimsenin bir şey bilmediği bir olaydır.	3.268	1.518
20	Ölüm, bir soru işaretidir.	2.944	1.563
21	Ölüm, hayatın en karmaşık olayıdır.	2.758	1.491
22	Ölüm, son bir acı ve ızdırap anıdır.	2.518	1.395
23	Ölüm, son bir eziyettir.	1.918	1.189
24	Ölüm, son bir azaptır.	1.980	1.240

Tablo 7’de Ölüm Algısı Ölçeğinde yer alan her bir ifadenin aritmetik ortalama ve standart sapma dağılımları yer almaktadır. Tabloya bakıldığı zaman 1., 2., 3., 4., 5., 7., 8., 9., 16., 17. ve 19. ifadelerin 3’ün üzerinde değer aldıkları görülmektedir. Buna göre katılımcılar ölümün; ebedi mutluluğun yaşanacağı yere giriş (3.902), cennete ve ebedi mutluluğa açılan bir kapı (3.878), Allah’a kavuşma ve sonsuz bir huzur (4.266) olduğunu düşünmektedir. Bunun yanı sıra katılımcılara göre ölüm; bir başka hayat için bu hayattan vazgeçmek (3.100), ölen sevdiklerimize kavuşmayı sağlayan bir olay (3.540), geride kalanların ölümü nasıl karşılayacaklarını göstermeleri için bir fırsat (3.336) ve geride kalanlar için gerçekle yüzleşme anıdır (3.964). Son olarak katılımcılar ölümü; geride kalanların yaşama bağlılıklarının test edildiği bir olay (3.446), hayatın son anını nasıl karşıladığımızı gösterme anı (3.258), kendimize karşı en dürüst olduğumuz an (3.916) ve hakkında kimsenin bir şey bilmediği bir olay (3.268) olarak ifade etmiştir.

Ölüm Algısı Ölçeğinde 3. sırada yer alan “*Ölüm, Allah’a kavuşma ve sonsuz bir huzurdur.*” (4.266) bireylerin en fazla katılım gösterdikleri ifade olurken anketin 23. sırasında yer alan “*Ölüm, son bir eziyettir.*” ifadesine (1.918) bireyler en düşük katılımı sağlamıştır.

4.2.4. Bireylerin Yaşlılık Algısına İlişkin Bulgular

Katılımcıların Yaşlılık Algısı Ölçeğine verdikleri cevapların aritmetik ortalaması ve standart sapması Tablo 8’de yer almaktadır. Tabloya bakıldığı zaman 29., 31., 34., 35., 37., 39., 41., 42., 43., 45., 46. ve 48. ifadelerin 3’ün üzerinde değer aldıkları görülmektedir. Bu minvalde katılımcılar yaşlılığı; pek çok hoş giden şeyin olduğu (3.392), egzersiz yapmanın önem kazandığı (3.822), insanın yaşlandığında kendini daha çok kabullendiği (3.519) ve yaşlı bir insanın, “Kendimi yaşlı hissetmiyorum.” diyebileceği (3.798) bir dönem olarak ifade etmiştir. Bunun yanı sıra kimliğin sahip olduğu yaşı belirlemede yeterli olmadığını (3.620), yaşlandıkça fiziksel bağımsızlığın kaybedildiğini (3.492), yaşlılıkta yeni arkadaş bulmanın zor olduğunu (3.042) ve yaşlı bir insanın tecrübeleri ve kazandıklarını gençlere aktarmasının önemli olduğu (4.311) belirtilmiştir. Son olarak da yaşlı bir insanın, “İyi ki yaşamışım, hayatımın bir işe yaradığına inanıyorum.” diyebileceği (3.475), yaşlılığın gençlere iyi örnek olmayı gerektiren bir dönem olduğu (3.990), yaşından ötürü yaşlıların kendini dışlanmış hissedebileceği (3.130) ve egzersiz yapmayanların düşkünleştiği bir dönem olduğu (3.352) belirtilmiştir.

Yaşlılık Algısı Ölçeğinde yer alan “*Yaşlı bir insanın tecrübeleri ve kazandıklarını gençlere aktarması çok önemlidir.*” (4.311) katılım düzeyi en fazla olan ifade olurken “*Yaşlı olmak sanıldığından daha kolaydır.*” (2.482) en az katılım sağlanan ifade olmuştur.

Tablo 8. Bireylerin Yaşlılık Algısı Ölçeğine Dair Aldıkları Puanların Değerlendirilmesi

No	İfadeler	\bar{X}	SS
25	İnsanlar yaşlandıkça yaşamla daha iyi başa çıkabilir.	2.900	1.353
26	Yaşlanmak bir ayrıcalıktır.	2.776	1.468
27	Yaşlılık yalnızlık zamanıdır.	2.710	1.409
28	Bilgelik yaşla edinilir.	2.930	1.405
29	Yaşlanmakla ilgili pek çok hoş giden (güzel) şey vardır.	3.392	1.212

Tablo 8. Bireylerin Yaşlılık Algısı Ölçeğine Dair Aldıkları Puanların Değerlendirilmesi (Devamı)

30	Yaşlılık hayatın keyif kaçırıcı (içe kapanma) dönemidir.	2.564	1.259
31	Yaşlılıkta egzersiz yapmak (hareket etmek, spor yapmak) önem kazanır.	3.822	1.192
32	Yaşlı olmak sanıldığından daha kolaydır.	2.482	1.292
33	Yaşlıların kendi duyguları hakkında konuşması daha zordur.	2.926	1.285
34	İnsan yaşlandığında kendini daha çok kabullenir.	3.519	1.233
35	Yaşlı bir insan, “Kendimi yaşlı hissetmiyorum.” diyebilmelidir.	3.798	1.205
36	İleri yaşı, maddi ve manevi kayıpların olduğu zaman olarak görüyorum.	2.686	1.335
37	Kimliğim sahip olduğum yaşı belirlemede yeterli olmaz.	3.620	1.242
38	Yaşlıların, yaşlarından beklenilenden daha fazla enerjisi vardır.	2.920	1.200
39	Yaşlandıkça fiziksel bağımsızlık kaybedilir.	3.492	1.172
40	Yaşlıların fiziksel sağlık sorunları yapmak istediklerine engel olmaz.	2.718	1.264
41	Yaşlılıkta yeni arkadaşlar bulmak daha zordur.	3.042	1.328
42	Yaşlı bir insanın tecrübeleri ve kazandıklarını gençlere aktarması çok önemlidir.	4.311	1.017
43	Yaşlı bir insan, “İyi ki yaşamışım, hayatımın bir işe yaradığına inanıyorum.” der.	3.475	1.198
44	Yaşlılıkta kişi kendini toplumdan dışlanmış hisseder.	2.486	1.249
45	Yaşlılık gençlere iyi örnek olmayı gerektiren bir dönemdir.	3.990	1.154
46	Yaşlılar, yaşından ötürü kendini bazı şeylerden dışlanmış hisseder.	3.130	1.267
47	Yaşlıların sağlığı kendi beklentilerinden daha iyidir.	2.864	1.159
48	Yaşlılık, egzersiz yapmayanların düşkünleştiği dönemdir.	3.352	1.216

Yaşlılık ve ölüm algısını etkileyebileceği düşünülen birisi dünyevi değeri de uhrevi bakış açısını ortaya koyan sorulara dair dağılımlar Tablo 9’da gösterilmektedir.

Tablo 9. Bireylerin Ölüm ve Yaşlılık Algısı Ölçeğine Dair Aldıkları Puanların Değerlendirilmesi

No	İfadeler	\bar{X}	SS
49	Yaşayacağımız her şey bu dünyadadır, tüm amaçlarımızı bu dünyaya göre yapmalıyız.	1.918	1.261
50	Hayatın geçiciliği düşünülerek ahiret hayatının olduğu akılda tutulmalıdır.	4.398	1.098

Tablo 9’da görüldüğü üzere Ölüm ve Yaşlılık Algısı Ölçeğine araştırmacı tarafından eklenen “*Hayatın geçiciliği düşünülerek ahiret hayatının olduğu akılda tutulmalıdır.*” (4.398) ifadesi katılım düzeyi oldukça yüksek bir eğilim gösterirken “*Yaşayacağımız her şey bu dünyadadır, tüm amaçlarımızı bu dünyaya göre yapmalıyız.*” ifadesine (1.918) katılım düzeyi oldukça düşüktür. Bu açıdan katılımcıların uhrevi bakış açıları ve dünyanın gelip geçici bir yer olduğu yönündeki inançlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.2.5. Faktör Analizleri

Bu bölümde ölüm ve yaşlılık algısı ölçeğinin faktör analizlerine yer verilmiştir. Öncelikle yapılacak olan testler Kaiser-Meyer-Olkin testi ve Bartlett's testidir. KMO ölçüsü, k maddeden oluşmuş olan ölçeğin fenomeni ölçmedeki yeterliliğini ortaya koymaktadır. Bu değer 0.50'den daha büyük bir değere sahip olması gerekmektedir. Ayrıca bu değer 1'e yaklaştıkça fenomenin ölçülme gücü yüksek yeterliliğe sahip olmaktadır. Bartlett's testi ise ölçeğin kendi maddelerinin aralarında uyumlu olup olmadığını ortaya koymaktadır. Bu değer $p > 0.05$ ise ölçekteki maddeler birbiriyle ilgisiz veya yeterli korelasyona sahip değildir. $p < 0.05$ ise ölçeğin alt boyutları ölçmede etkin bir yeterliliğe sahip olduğunu göstermektedir (Aksu vd., 2017: 148). Ölçeğin yapı geçerliliğini ortaya koymak adına açımlayıcı faktör analizi (AFA) uygulanmıştır (Yaralı, 2016: 63-64). Bu analiz yöntemi bilinmeyen gizil değişkenlerle gözlenen değişkenler arasındaki bağlantıyı saptamak için kullanılmaktadır. (Çokluk vd., 2010: 189; Akt.; Okursoy ve Turan, 2014: 71).

Tablo 10'da ölüm algısı ölçeğinin KMO ve Bartlett's test sonucu ve Tablo 11'de yaşlılık algısı ölçeğinin KMO ve Bartlett's test sonucu yer almaktadır.

Tablo 10. Ölüm Algısı Ölçeği KMO ve Bartlett's Test Sonucu

KMO ve Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0.823
Bartlett's Test of Sphericity	Df.	253
	Sig.	0.000

Ölüm algısı ifadelerine uygulanan KMO testi sonucu değer 0.823 olduğu Tablo 10'da görülmektedir ve KMO değerinin 0.7'den büyük olması KMO testi ölçütüne göre anketin faktör analizi için geçerlilik düzeyinin iyi olduğunu ifade etmektedir. Bartlett's testi sonucuna bakılacak olursa eğer (Sig.=0.000, $p < 0.05$) ifadelerin anlamlı olduğunu göstermektedir.

Tablo 11. Yaşlılık Algısı Ölçeği KMO ve Bartlett's Test Sonucu

KMO ve Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0.757
Bartlett's Test of Sphericity	Df.	136
	Sig.	0.000

Yaşlılık algısı ifadelerine uygulanan KMO testi sonucunda değer 0.757 çıkmış ve KMO değerinin 0.7'den büyük olması anketin faktör analizi için geçerlilik düzeyinin iyi olduğunu göstermektedir. Bartlett's testi sonucuna bakıldığında (Sig.=0.000, p<0.05) ifadelerin anlamlı olduğu tabloda görülmektedir.

4.2.5.1. Ölüm Algısı İfadelerinin Faktör Analizi

Tablo 12'de Ölüm Algısı Ölçeğinin faktör analizi sonuçları yer almaktadır. Faktör analizinde Varimax döndürme yöntemi kullanılmış ve ölüm algısı ölçeği ifadelerine uygulanan analiz neticesinde toplam 6 boyut elde edilmiştir. Topuz (2013)'un makalesinde de ölüm algısı ölçeğinin alt boyut sayısı 6'dır. Ölçek boyutları Topuz (2013)'un makalesinde de "ahirette ödüllendirilme", "bakmakla yükümlü olduklarını terk etme", "başarısızlık", "cesaret", "bilinmezlik" ve "acı çekme" olarak ifade edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ankette yer alan 1., 2. ve 3. ifadeler "ahirette ödüllendirilme"; 4., 6., 7., 8., 9. ve 10. ifadeler "bakmakla yükümlü olduklarını terk etme"; 11., 12., 13. ve 14. ifadeler "başarısızlık"; 15., 16., 17. ve 18. ifadeler "cesaret"; 19., 20. ve 21. ifadeler "bilinmezlik" ve 22., 23. ve 24. ifadeleri "acı çekme" boyutunu kapsamaktadır.

Tablo 12. Ölüm Algısına Dair İfadelerin Faktör Analizi Sonuçları

Faktörler	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans	Cronbach Alfa
Faktör 1: Ahirette Ödüllendirilme			
1. Ölüm, ebedi mutluluğun yaşanacağı yere giriştir.	0.854	10.508	0.859
2. Ölüm, cennete ve ebedi mutluluğa açılan bir kapıdır.	0.868		
3. Ölüm, Allah'a kavuşma ve sonsuz bir huzurdur.	0.834		
Faktör 2: Bakmakla Yükümlü Olduklarını Terk Etme			
4. Ölüm, bir başka hayat için bu hayattan vazgeçmektir.	0.559	12.346	0.775
6. Ölüm, geride kalanların kendi başlarına ayakta durabilmeleri için bir şanstır.	0.665		
7. Ölüm, geride kalanların ölümü nasıl karşılayacaklarını göstermeleri için bir fırsattır.	0.740		
8. Ölüm, geride kalanlar için gerçekle yüzleşme anıdır.	0.648		
9. Ölüm, geride kalanların yaşama bağlılıklarının test edildiği bir olaydır.	0.765		
10. Ölüm, aileyi geçimiyle baş başa bırakmaktadır.	0.523		
Faktör 3: Başarısızlık			
11. Ölüm, umutların tükenmesidir.	0.727	10.961	0.778
12. Ölüm, hayatın anlam arayışının sona ermesidir.	0.753		
13. Ölüm, kendini gerçekleştirme şansının sonsuza kadar yok olmasıdır.	0.795		
14. Ölüm, başarılı olma mücadelesindeki nihai (son) yenilgidir.	0.705		

Tablo 12. Ölüm Algısına Dair İfadelerin Faktör Analizi Sonuçları (Devamı)

Faktör 4: Cesaret			
15. Ölüm, ölümden korkmadığımızı gösterme anıdır.	0.648	9.898	0.709
16. Ölüm, hayatın son anını nasıl karşıladığımızı gösterme anıdır.	0.735		
17. Ölüm, kendimize karşı en dürüst olduğumuz andır.	0.654		
18. Ölüm, aşağılanmanın ve yenilginin ret edilme anıdır.	0.651		
Faktör 5: Bilinmezlik			
19. Ölüm, hakkında kimsenin bir şey bilmediği bir olaydır.	0.666	8.686	0.720
20. Ölüm, bir soru işaretidir.	0.824		
21. Ölüm, hayatın en karmaşık olayıdır.	0.780		
Faktör 6: Acı Çekme			
22. Ölüm, son bir acı ve ızdırap anıdır.	0.695	9.923	0.820
23. Ölüm, son bir eziyettir.	0.907		
24. Ölüm son bir azaptır.	0.896		

Birinci faktör olan “ahirette ödüllendirilme” boyutunun açıkladığı varyans, %10.508 olup Cronbach Alpha değeri 0.859 olarak bulunmuştur. “Bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” boyutunun (ikinci faktör) açıkladığı varyans, %12.346 olup Cronbach Alpha değeri 0.775 olarak tespit edilmiştir. Üçüncü faktör olan “başarısızlık” boyutunun açıkladığı varyans, %10.961 olup Cronbach Alpha değerinin 0.778 olduğu sonucuna varılmıştır. Benzer şekilde “cesaret” boyutunun (dördüncü faktör) açıkladığı varyans, %9.898 olup Cronbach Alpha değeri 0.709 olarak saptanmıştır. Beşinci faktör olan “bilinmezlik” boyutunun açıkladığı varyans, %8.686 olup Cronbach Alpha değeri 0.720’dir. Son olarak altıncı faktör olan “acı çekme” boyutunun açıkladığı varyans, %9.923 olup Cronbach Alpha değeri 0.820 olarak bulunmuştur.

Orijinal anketin faktör analizi sonucunda çıkan boyutlar elde edilmiş ve 4. madde orijinal anketin analiz sonuçlarında “ahirette ödüllendirilme” boyutundayken bu çalışmada yapılan faktör analizi sonucunda “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme boyutuna” geçmiştir. Ankette yer alan 5. ifade birden fazla faktör altında toplandığı için çıkartılmıştır.

4.2.5.2. Yaşlılık Algısı İfadelerinin Faktör Analizi

Tablo 13’te Yaşlılık Algısı Ölçeğinin faktör analizi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 13. Yaşlılık Algısına Dair İfadelerin Faktör Analizi Sonuçları

Faktörler	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans	Cronbach Alfa
Faktör 1: Psikososyal Kayıp			
27. Yaşlılık yalnızlık zamanıdır.	0.651	16.844	0.729
30. Yaşlılık hayatın keyif kaçırıcı (içe kapanma) dönemidir.	0.671		
33. Yaşlıların kendi duyguları hakkında konuşması daha zordur.	0.482		
36. İleri yaşı, maddi ve manevi kayıpların olduğu zaman olarak görüyorum.	0.552		
39. Yaşlandıkça fiziksel bağımsızlık kaybedilir.	0.470		
41. Yaşlılıkta yeni arkadaşlar bulmak daha zordur.	0.578		
44. Yaşlılıkta kişi kendini toplumdaki dışlanmış hissedebilir.	0.643		
46. Yaşlılar, yaşından ötürü kendini bazı şeylerden dışlanmış hissedebilir.	0.579		
Faktör 2: Pozitif Değerlendirme			
25. İnsanlar yaşlandıkça yaşamla daha iyi başa çıkabilir.	0.681	10.576	0.649
26. Yaşlanmak bir ayrıcalıktır.	0.822		
29. Yaşlanmakla ilgili pek çok hoş giden (güzel) şey vardır.	0.681		
Faktör 3: Olumlu Beklentiler Boyutu			
32. Yaşlı olmak sanıldığından daha kolaydır.	0.628	10.366	0.552
38. Yaşlıların, yaşlarından beklenilenden daha fazla enerjisi vardır.	0.663		
40. Yaşlıların fiziksel sağlık sorunları yapmak istediklerine engel olmaz.	0.618		
47. Yaşlıların sağlığı kendi beklentilerinden daha iyidir.	0.622		
Faktör 4: Tecrübe ve Örnek Olma			
42. Yaşlı bir insanın tecrübeleri ve kazandıklarını gençlere aktarması çok önemlidir.	0.790	10.038	0.620
45. Yaşlılık gençlere iyi örnek olmayı gerektiren bir dönemdir.	0.790		

Faktör analizinde Varimax döndürme yöntemi kullanılmıştır. Eser ve diğerlerinin (2011) makalesinde psikososyal kayıp, bedensel değişim ve psikososyal değişim olmak üzere Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi'nin 3 boyutu bulunmaktadır. Eser ve diğerlerinin (2011) makalesinde 3., 6., 9., 12., 15., 17., 20. ve 22. ifadeler “psikososyal kayıp”; 7., 8., 11., 13., 14., 16., 23. ve 24. ifadeler “bedensel değişim” ve 1., 2., 4., 5., 10., 18., 19. ve 21. ifadeler “psikososyal değişim” boyutunda yer almaktadır.

Bu anket ifadelerine uygulanan faktör analizi sonucunda toplam 4 boyut elde edilmiştir. Elde edilen boyutlar “psikososyal kayıp”, “pozitif değerlendirme”, “olumlu beklentiler” ve “tecrübe ve örnek olma” olarak tabloda görülmektedir. Ankette yer alan 27., 30., 33., 36., 39., 41., 44. ve 46. ifadeler “psikososyal kayıp”; 25., 26. ve 29. ifadeler

“pozitif değerlendirme”; 32., 38., 40. ve 47. ifadeler “olumlu beklentiler”; 42. ve 45. ifadeler “tecrübe ve örnek olma” boyutunu kapsamaktadır.

Birinci faktör olan “psikososyal kayıp” boyutunun açıkladığı varyans, %16.844 olup Cronbach Alpha değeri 0.729 olarak bulunmuştur. Benzer şekilde “pozitif değerlendirme” (ikinci faktör) boyutunun açıkladığı varyans, %10.576 olup Cronbach Alpha değeri 0.649’dur. Üçüncü faktörün (olumlu beklentiler boyutunun) açıkladığı varyans, %10.366 olup Cronbach Alpha değeri 0.552 olarak tespit edilmiştir. Dördüncü faktör olan “tecrübe ve örnek olma” boyutunun açıkladığı varyans, %10.038 olup Cronbach Alpha değeri 0.620’dir.

Anketin orijinal halinde 3 boyut varken bu çalışmada yapılan faktör analizi sonucunda 4 boyuta ulaşılmıştır. Ankette yer alan 28., 31., 34., 35., 37., 43. ve 48. ifadeler birden fazla faktör altında toplandıkları için analizden çıkartılmıştır.

4.2.6. Ölüm Algısı ve Yaşlılık Algısı Boyutlarının Psikometrik Özellikleri

Ölüm algısının altı boyut ve yaşlılık algısının dört boyut altında toplandığı Tablo 14’te gösterilmiştir. Her bir boyutun aldığı değerler tabloda ifade edilmiştir. İlk olarak veriler normallik testlerine tabi tutulmuşlardır.

Tablo 14. Boyutların Psikometrik Özellikleri

	Boyutlar	İfade Sayısı	Max/Min	Cronbach Alfa	\bar{X}	SS	Normallik Testi	
							Kurtosis (Basıklık)	Skewness (Çarpıklık)
Ölüm Algısı	Ahirette Ödüllendirilme	3	1-5	0.859	4.015	0.989	-1.068	0.838
	Bakmakla Yükümlü Olduklarını Terk Etme	6	1-5	0.775	3.257	0.961	-0.312	-0.596
	Başarısızlık	4	1-5	0.778	2.675	1.178	0.122	-1.128
	Cesaret	4	1-5	0.709	3.182	1.039	-0.244	-0.546
	Bilinmezlik	3	1-5	0.720	2.990	1.220	-0.048	-1.016
	Acı Çekme	3	1-5	0.820	2.138	1.096	0.849	-0.065
Yaşlılık Algısı	Psikososyal Kayıp	8	1-5	0.729	2.879	0.757	-0.228	-0.320
	Pozitif Değerlendirme	3	1-5	0.649	3.025	1.036	-0.045	-0.639
	Olumlu Beklentiler	4	1-5	0.552	2.746	0.803	0.012	-0.398
	Tecrübe ve Örnek Olma	2	1-5	0.620	4.151	0.925	-1.132	0.826

Cronbach Alfa değerinin güvenilirlik değerlendirmesini zdamar (2017: 113-114) eserinde; $0.50 \leq KR20 < 0.60$ değerinin düşük güvenilirliğe sahip olduğunu prototip ölçek olarak kullanılabileceğini ancak geliştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. $0.60 \leq KR20 < 0.70$ değerini yeterli güvenilirlik; $0.70 \leq KR20 < 0.90$ değerinin yüksek güvenilirlik ve $KR20 \geq 0.90$ 'ı çok yüksek güvenilirlik düzeyinde olduğunu ortaya koymuştur. Ölüm Algısı leğinde bulunan boyutlar şu şekildedir:

Ahirette dllendirilme: Bu boyutta 3 ifade yer almaktadır. Bu boyutta yer alan ifadeler, bireylerin ölümü huzurlu bir son ve Allah'a kavuşma olarak gördüğünü ifade etmektedir. Boyutun aritmetik ortalaması 4.015 iken standart sapması 0.989 olarak bulunmuştur. Boyut (0.859) yüksek düzeyde güvenilirdir.

Bakmakla Yükümlü Olduklarımı Terk Etme: Bu boyutta 6 ifade yer almaktadır. Bu boyut, bakmakla yükümlü olunan kişilerin terk edilmesinden ötürü doğan duygu ve düşünceleri ifade etmektedir. Boyutun aritmetik ortalaması 3.257 ve standart sapması 0.961'dir. Boyutun yüksek düzeyde güvenilir (0.775) olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Başarisızlık: Bu boyutta ölüm; kişisel başarisızlık, yenilgi, sonsuz bir hayal kırıklığı ve çaresizlik olarak görülmekte ve toplamda 4 ifadeden oluşmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 2.675, standart sapması ise 1.178'dir. Boyut yüksek düzeyde güvenilirdir (0.778)

Cesaret: Bu boyut 3 ifadeden oluşmasının yanı sıra ifadelerin geneline göre ölüm; g ve cesaret verici bir olgu olarak ele alınmıştır. Boyutun aritmetik ortalaması 3.182 ve standart sapması 1.039 olarak tespit edilmiştir. Boyutun yüksek düzeyde güvenilir (0.709) olduğu tespit edilmiştir.

Bilinmezlik: Bu boyut, 3 ifadeden meydana gelmekte ve ölüm hayatın bilinmeyen sonuna doğru gidişi çağrıştırmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 2.990 ve standart sapması 1.220 olarak bulunmuştur. Boyut yüksek düzeyde güvenilir (0.720) bulunmuştur.

Acı ekme: Bu boyutta ölüm; insanın üstün biyolojik yapısının yitimine işaret etmekte ve 3 ifadeden oluşmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 2.138, standart sapması ise 1.096 olarak bulunmuştur. Boyut yüksek düzeyde güvenilirdir (0.820).

Yaşlılık Algısı Ölçeğinde bulunan boyutlar şu şekildedir:

Psikososyal Kayıp: Bu boyutta yaşlılık; hayatın sonuna doğru maddi ve manevi kayıpların olduğu bir zaman dilimi olarak düşünülüp 8 ifadeden oluşmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 2.879 ve standart sapması 0.757'dir. Boyut yüksek düzeyde güvenilir (0.729) bulunmuştur.

Pozitif Değerlendirme: Bu boyutta 3 ifade bulunmasının yanı sıra yaşlılığın pozitif yönlerine dikkat çekilmektedir. Boyutun aritmetik ortalaması 3.025, standart sapması 1.036 olarak saptanmıştır. Boyutun güvenilirlik derecesi (0.649) yeterli bulunmuştur.

Olumlu Beklentiler Boyutu: Bu boyutta 3 ifade bulunmakta ve aynı zamanda yaşlılıktan beklenenlerin olumlu yönlerine vurgu yapılmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 2.746 olup standart sapması 0.803'dir. Boyut düşük güvenilirliğe sahiptir (0.552).

Tecrübe ve Örnek Olma: Bu boyut yer alan ifadeler yaşlılığın gençlere iyi örnek olmayı gerektiren bir dönem olduğunu vurgulamakta ve 2 ifadeden oluşmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 4.151 ve standart sapması 0.925 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (0.620) yeterli düzeydedir.

4.2.7. Demografik Özelliklere Göre Ölüm Algısının Karşılaştırılması

Bireylerin demografik özellikleri bakımından ölüm algısı puanlarını karşılaştırmak amacı ile bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Bu açıdan elde edilen bulgular Tablo 15, Tablo 16, Tablo 17, Tablo 18, Tablo 19 ve Tablo 20'de görülmektedir.

Ölüm Algısı Ölçeğindeki "ahirette ödüllendirilme" boyutundan alınan puanların katılımcıların demografik özelliklerine göre karşılaştırılmasına dair bulgular Tablo 15'te gösterilmektedir.

Tablo 15. Ahirette Ödüllendirilme Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-29	277	3.991	1.067	F=1.017 p=0.398
30-39	49	4.176	1.000	
40-49	54	4.185	0.972	
50-59	31	3.967	0.721	
60+	89	3.913	0.798	
Cinsiyet				
Kadın	244	3.941	1.027	t=-1.637
Erkek	256	4.085	0.948	p= 0.102
Medeni Durum				
Evli	214	4.079	0.901	t= 1.254
Evli Değil	286	3.967	1.049	p=0.210
Gelir Seviyesi (TL)				
-1999	265	3.922	1.069	F=2.321 p=0.074
2000-2999	124	4.201	0.799	
3000-3999	51	3.993	0.971	
4000+	60	4.061	0.957	
Eğitim Düzeyi				
İlköğretim	82	4.024	0.625	F=0.030
Lise	136	4.029	1.077	p=0.971
Üniversite	282	4.000	1.003	

Tablo 15’te görüldüğü üzere ölüm algısı ölçeğinde yer alan “ahirette ödüllendirilme” boyutunun puanlarının bireylerin yaşlarına (F=1.017, p=0.398), cinsiyetlerine (t=-.1637, p= 0.102), medeni durumlarına (t= 1.254, p=0.210), gelir seviyesine (F=2.321, p=0.074) ve eğitim düzeylerine (F=0.030, p=0.971) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Ölüm Algısı Ölçeğindeki “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” boyutundan alınan puanların katılımcıların demografik özelliklerine göre karşılaştırılmasına dair bulgular Tablo 16’da gösterilmektedir.

Tablo 16. Bakmakla Yükümlü Olduklarını Terk Etme Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-29	277	3.195	0.954	F=7.752 p=0.000 2<1,3,4,5
30-39	49	2.768	1.052	
40-49	54	3.248	1.139	
50-59	31	3.548	0.652	
60+	89	3.621	0.738	
Cinsiyet				
Kadın	244	3.218	0.952	t=-0.889
Erkek	256	3.294	0.970	p= 0.374
Medeni Durum				
Evli	214	3.229	0.982	t=0.848
Evli Değil	286	3.225	0.945	p=0.397
Gelir Seviyesi (TL)				
-1999	265	3.203	0.918	F=0.848 p=0.468
2000-2999	124	3.328	0.970	
3000-3999	51	3.392	1.093	
4000+	60	3.230	1.014	
Eğitim Düzeyi				
İlköğretim	82	3.682	0.770	F=9.981
Lise	136	3.187	0.946	p= 0.000
Üniversite	282	3.167	0.988	1>2,3

Tablo 16’da görüldüğü üzere ölüm algısı ölçeğinde yer alan “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” boyutunun puanları bireylerin cinsiyetlerine (t=-0.889, p= 0.374), medeni durumlarına (t=0.848, p=0.397) ve gelir seviyelerine (F=0.848, p=0.468) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

“Bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” boyutunun yaş gruplarına göre karşılaştırılması yapıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (F=7.752, p=0.000). Yapılan ileri analizlere göre (Tukey testi) bu fark, 30-39 yaş aralığındakilerin diğer gruplarda yer alanlara göre daha düşük puan almasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Buradan şu sonuca varılmaktadır, 30-39 yaş grubunda yer alanların ölümün geride kalanlara bir fırsat tanıdığı algısı daha düşükken diğerlerinininki daha yüksektir.

Bunun yanı sıra “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” boyutu bireylerin eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (F=9.981, p= 0.000). Yapılan ileri analizlerde (Tukey testi) göstermiştir ki bu fark, üniversite ve lise düzeyindekilerin ilköğretim mezunlarına göre daha düşük puan almasından kaynaklanmaktadır. Bu bakımdan, bireylerin eğitim düzeyi arttıkça ölümün geride kalanlar için yüzleşme anı ve kendi başlarına ayakta durabilmeleri için bir şans olduğu algısının azaldığı ifade edilebilir.

Ölüm Algısı Ölçeğindeki “başarısızlık” boyutundan alınan puanların katılımcıların demografik özelliklerine göre karşılaştırılmasına dair bulgular Tablo 17’de gösterilmektedir.

Tablo 17. Başarısızlık Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-29	277	2.417	1.099	F=17.608 p=0.000 5>1,2,3,4
30-39	49	2.627	1.312	
40-49	54	2.481	1.388	
50-59	31	2.991	0.947	
60+	89	3.514	0.831	
Cinsiyet				
Kadın	244	2.533	1.172	t=-2.654
Erkek	256	2.811	1.169	p=0.008
Medeni Durum				
Evli	214	2.848	1.213	t= 2.849
Evli Değil	286	2.546	1.135	p=0.005
Gelir Seviyesi (TL)				
-1999	265	2.532	1.138	F=3.905 p=0.009 1<2
2000-2999	124	2.965	1.162	
3000-3999	51	2.725	1.189	
4000+	60	2.666	1.285	
Eğitim Düzeyi				
İlköğretim	82	3.442	0.911	F=24.799
Lise	136	2.686	1.212	p=0.000
Üniversite	282	2.447	1.137	1>2,3

Tablo 17’de görüldüğü üzere “başarısızlık” boyutundan alınan puanlar katılımcıların yaşlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (F=17.608, p=0.000). Yapılan ileri analizlerde (Tukey testi) bu

farkın, yaşı 60 ve üzeri olan katılımcıların diğer gruplara göre daha yüksek puan almasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu minvalde daha yüksek yaş grubunda yer alan bireylerin ölümü; yok olma, yenilgi ve başarısızlık olarak algılama düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

“Başarısızlık” boyutunun cinsiyet gruplarına göre karşılaştırıldığında erkeklerin kadınlara göre daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir ($t=-2.654$, $p=0.008$). Bu açıdan erkeklerin ölümü, son bulma ve fırsatların tamamlanmasına engel teşkil eden bir olay olarak algılama düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

Katılımcılardan alınan puanlar bireylerin medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında evli olan grubun evli olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür ($t= 2.849$, $p=0.005$). Buradan evli bireylerin ölümü, kendini gerçekleştirme şansını yok eden ve umutları tüketen bir olay olarak algılama düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Bunun yanı sıra “başarısızlık” boyutunun gelir seviyesine göre karşılaştırılması yapıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=3.905$, $p=0.009$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 1999 TL ve altı geliri olanların 2000-2999 TL grubundakilere göre daha düşük puan alması nedeniyle ortaya çıktığı anlaşılmıştır. Bu bakımdan en düşük gelir seviyesinde yer alanlara göre bir üst gelir grubundaki bireylerin ölümü başarısızlık olarak algılama düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

Son olarak da “başarısızlık” boyutundan alınan puanlar bireylerin eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($F=24.799$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizler göstermiştir ki üniversite ve lise eğitimi almış olanların ilköğretim mezunlarına göre daha düşük puan alması bu farkı meydana getirmiştir. Bu minvalde eğitim düzeyi daha iyi olan bireylerin ölümü başarısızlık ve yenilgi olarak algılama eğiliminin daha düşük olduğu ifade edilebilir.

Ölüm Algısı Ölçeğindeki “cesaret” boyutundan alınan puanların katılımcıların demografik özelliklerine göre karşılaştırılmasına dair bulgular Tablo 18’de gösterilmektedir.

Tablo 18. Cesaret Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-29	277	3.146	1.011	F=3.885 p=0.004 2<5
30-39	49	2.801	1.328	
40-49	54	3.152	1.149	
50-59	31	3.226	0.853	
60+	89	3.494	0.849	
Cinsiyet				
Kadın	244	3.128	1.043	t=-1.147
Erkek	256	3.234	1.034	p=0.252
Medeni Durum				
Evli	214	3.202	1.091	t=0.361
Evli Değil	286	3.168	1.000	p=0.718
Gelir Seviyesi (TL)				
-1999	265	3.135	1.013	F=0.793 p=0.498
2000-2999	124	3.296	1.075	
3000-3999	51	3.107	1.062	
4000+	60	3.220	1.063	
Eğitim Düzeyi				
İlköğretim	82	3.585	0.783	F=7.709
Lise	136	3.143	1.125	p=0.001
Üniversite	282	3.084	1.037	1>2,3

Araştırmaya katılanların ölüm algısı ölçeğinde yer alan “cesaret” boyutu puanları bireylerin cinsiyetlerine (t=-.1147, p=0.252), medeni durumlarına (t=0.361, p=0.718) ve gelir seviyesine (F=0.793, p=0.498) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı Tablo 18’de görülmektedir.

“Cesaret” boyutunun yaş gruplarına göre karşılaştırılması yapıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir (F=3.885, p=0.004). Yapılan ileri analizlerde aradaki bu farkın, 30-39 grubunda yer alan bireylerin 60+ grubundakilere göre daha düşük puan almasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Elde edilen bu sonuçlar göstermiştir ki, bireylerin yaşı ilerledikçe ölümün cesaret verici olduğu algısı artmaktadır.

Son olarak da “cesaret” boyutunun eğitim gruplarına göre karşılaştırılması yapıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna varılmıştır (F=7.709, p=0.001). Yapılan ileri analizler neticesinde aradaki farkın, üniversite ve liseden mezun olanların ilköğretim mezunlarına göre daha düşük puan alması sebebiyle meydana geldiği

anlaşılmıştır. Bu bakımdan ilköğretim mezunlarının ölümü cesaret verici olarak algılama düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Ölüm Algısı Ölçeğindeki “bilinmezlik” boyutundan alınan puanların katılımcıların demografik özelliklerine göre karşılaştırılmasına dair bulgular Tablo 19’da gösterilmektedir.

Tablo 19. Bilinmezlik Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-29	277	3.002	1.285	F=2.173 p=0.071
30-39	49	2.687	1.247	
40-49	54	2.876	1.375	
50-59	31	2.795	1.045	
60+	89	3.258	0.867	
Cinsiyet				
Kadın	244	3.101	1.278	t=1.982
Erkek	256	2.885	1.154	p=0.048
Medeni Durum				
Evli	214	2.873	1.163	t=-1.857
Evli Değil	286	3.078	1.255	p=0.064
Gelir Seviyesi (TL)				
-1999	265	3.094	1.126	F=1.752 p=0.156
2000-2999	124	2.946	1.160	
3000-3999	51	2.732	0.997	
4000+	60	2.844	1.276	
Eğitim Düzeyi				
İlköğretim	82	3.304	0.924	F=3.286
Lise	136	2.921	1.240	p=0.038
Üniversite	282	2.932	1.274	1>2,3

Tablo 19’da görüldüğü üzere araştırmaya katılanların ölüm algısı ölçeğinde yer alan “bilinmezlik” boyutu puanları bireylerin yaşlarına (F=2.173, p=0.071), medeni durumlarına (t=-1.857, p=0.064) ve gelir seviyelerine (F=1.752, p=0.156) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

“Bilinmezlik” boyutundan alınan puanlar katılımcıların cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında kadınların erkeklere göre daha yüksek puan aldığı saptanmıştır

($t=1.982$, $p=0.048$). Bu durum kadınların ölümü bilinmezlik olarak algılama düzeylerinin daha yüksek olduğunu otaya koymaktadır.

“Bilinmezlik” boyutunun eğitim düzeyine göre karşılaştırılması yapıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmış ($F=3.286$, $p=0.038$) ve yapılan ileri analizler göstermiştir ki, ilköğretim mezunu olan bireylerin diğer gruplara göre daha yüksek puan alması bu farkı meydana getirmiştir. Bu bulgular, bireylerin eğitim düzeyi arttıkça ölüme karşı kafalarda oluşan soru işaretlerine cevap bulunabildiğini göstermektedir.

Ölüm Algısı Ölçeğindeki “acı çekme” boyutundan alınan puanların katılımcıların demografik özelliklerine göre karşılaştırılmasına dair bulgular Tablo 20’de gösterilmektedir.

Tablo 20. Acı Çekme Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-29	277	2.071	1.079	F=2.187 p=0.069
30-39	49	1.911	1.127	
40-49	54	2.191	1.283	
50-59	31	2.268	1.096	
60+	89	2.397	0.971	
Cinsiyet				
Kadın	244	2.277	1.155	t=2.780
Erkek	256	2.006	1.021	p= 0.006
Medeni Durum				
Evli	214	2.146	1.098	t=0.137
Evli Değil	286	2.132	1.096	p=0.891
Gelir Seviyesi (TL)				
-1999	265	2.152	1.117	F=0.576 p=0.631
2000-2999	124	2.177	1.046	
3000-3999	51	2.176	1.059	
4000+	60	1.966	1.139	
Eğitim Düzeyi				
İlköğretim	82	2.475	0.944	F=4.843
Lise	136	2.112	1.151	p= 0.008
Üniversite	282	2.053	1.094	1>2,3

Tablo 20’de görüldüğü gibi araştırmaya katılanların “acı çekme” boyutundan aldıkları puanlar bireylerin yaşlarına ($F=2.187$, $p=0.069$), medeni durumlarına ($t=0.137$, $p=0.891$) ve gelir seviyelerine ($F=0.576$, $p=0.631$) göre karşılaştırılması yapıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır.

“Acı çekme” boyutunun puanları katılımcıların cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında kadınların erkeklere göre daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir ($t=2.780$, $p=0.006$). Buradan hareketle kadınların ölümü acı verici bir son olarak algılama düzeylerinin daha yüksek olduğu ifade edilebilir.

Bunun yanı sıra “acı çekme” boyutunun katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=4.843$, $p=0.008$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ilköğretim düzeyinde eğitim almış olanların üniversite ve lise mezunlarına göre daha yüksek puan almasından kaynaklandığı saptanmıştır. Bu bulgulardan yola çıkılarak, daha düşük düzeyde eğitim almış olan bireylerin ölümü acı verici şekilde algılama eğiliminin daha yüksek olduğu ifade edilebilir.

4.2.8. Demografik Özelliklere Göre Yaşlılık Algısının Karşılaştırılması

Bireylerin demografik özellikleri ile yaşlılık algısı puanlarını karşılaştırmak amacı ile bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 21, Tablo 22, Tablo 23 ve Tablo 24’de verilmiştir.

Yaşlılık Algısı Ölçeğindeki “psikososyal kayıp” boyutundan alınan puanların katılımcıların demografik özelliklerine göre karşılaştırılmasına dair bulgular Tablo 21’de gösterilmektedir.

Tablo 21. Psikososyal Kayıp Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-29	277	2.782	0.742	F=9.891 p=0.000 4,5>1,2,3
30-39	49	2.627	0.844	
40-49	54	2.814	0.852	
50-59	31	3.197	0.640	
60+	89	3.248	0.565	

Tablo 21. Psikososyal Kayıp Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması (Devamı)

Cinsiyet				
Kadın	244	2.841	0.770	t=-1.104 p=0.270
Erkek	256	2.916	0.745	
Medeni Durum				
Evli	214	2.975	0.764	t=2.462 p=0.014
Evli Değil	286	2.807	0.745	
Gelir Seviyesi (TL)				
-1999	265	2.830	0.757	F=1.529 p=0.206
2000-2999	124	2.994	0.746	
3000-3999	51	2.808	0.824	
4000+	60	2.920	0.711	
Eğitim Düzeyi				
İlköğretim	82	3.265	0.609	F=13.709 p=0.000 1>2,3
Lise	136	2.847	0.767	
Üniversite	282	2.782	0.759	

Yaşlılık algısı ölçeğinde yer alan “psikososyal kayıp” boyutunun puanları bireylerin cinsiyetlerine (t=-1.104, p=0.270) ve gelir seviyelerine (F=1.529, p=0.206) göre karşılaştırılması yapıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı Tablo 21’de görülmektedir.

“Psikososyal kayıp” boyutunun yaş puanlarına göre karşılaştırılması yapılmış ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (F=9.891, p=0.000). Yapılan ileri analizler sonucunda bu fark, 50-59 ve 60+ grubunda yer alan katılımcıların diğer gruplardaki bireylere göre daha yüksek puan almasından kaynaklanmıştır. Buradan hareketle daha yaşlı bireylerin yaşlılığı kayıpların olduğu bir dönem şeklinde görme eğilimlerinin daha yüksek olduğu ileri sürülebilir.

Bunun yanı sıra “psikososyal kayıp” boyutunun medeni durumlarına göre karşılaştırılması yapıldığında evli olan bireylerin evli olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir (t=2.462, p=0.014). Buradan hareketle, evli bireylerin yaşlılığı kayıpların olduğu bir dönem şeklinde algılama eğiliminin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılabilir.

“Psikososyal kayıp” boyutunun eğitim düzeyi puanlarına göre karşılaştırılması yapılmış ve neticede gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (F=13.709,

p=0.000). Yapılan ileri analizler göstermiştir ki, ilköğretim düzeyinde yer alan bireylerin daha yüksek puan alması aradaki bu farkı ortaya çıkarmıştır. Elde edilen bu bulgulara göre, kişinin eğitim düzeyi arttıkça yaşlılığın belli kayıpları beraberinde getiren bir dönem olduğuna dair algısı azalmaktadır.

Yaşlılık algısı ölçeğinde “pozitif değerlendirme” boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasını içeren bilgiler Tablo 22’de gösterilmektedir.

Tablo 22. Pozitif Değerlendirme Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-29	277	2.758	0.998	F=14.850 p=0.000 1<4,5 2<5
30-39	49	3.013	1.113	
40-49	54	3.209	1.155	
50-59	31	3.376	0.749	
60+	89	3.625	0.800	
Cinsiyet				
Kadın	244	2.867	1.038	t=-3.352 p=0.001
Erkek	256	3.175	1.013	
Medeni Durum				
Evli	214	3.317	1.007	t= 5.630 p=0.000
Evli Değil	286	2.805	1.004	
Gelir Seviyesi (TL)				
-1999	265	2.800	0.975	F=10.606 p=0.000 1<2,3
2000-2999	124	3.389	1.018	
3000-3999	51	3.235	1.018	
4000+	60	3.083	1.109	
Eğitim Düzeyi				
İlköğretim	82	3.573	0.787	F=14.983 p= 0.000 1>2,3
Lise	136	2.987	1.082	
Üniversite	282	2.883	1.027	

Araştırmaya katılanların yaşlılık algısı ölçeğindeki “pozitif değerlendirme” boyutundan aldıkları puanlar katılımcıların yaşlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (F=14.850, p=0.000). Yapılan ileri analizler, 29 yaş ve altı grubunda yer alanların 50-59 ve 60+ gruptakilere göre daha düşük puan alması nedeniyle bu farkın ortaya çıktığını göstermiştir. Ayrıca bu farka, 30-39 yaş grubundakilerin 60+ bireylere göre daha düşük puan alması da neden olmuştur. Buradan

hareketle bireylerin yaşı ilerledikçe yaşlılığı daha pozitif değerlendirdikleri sonucuna ulaşılabilir.

“Pozitif değerlendirme” boyutundan alınan puanlar katılımcıların cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında erkeklerin kadınlara göre daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir ($t=-3.352$, $p=0.001$). Bu minvalde erkeklerin yaşlılığa yönelik pozitif algılarının daha yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

“Pozitif değerlendirme” boyutunun puanları katılımcıların medeni durumuna göre karşılaştırıldığında evli bireylerin olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür ($t= 5.630$, $p=0.000$). Bu minvalde yanında hayat arkadaşı olan birinin yaşlılığa dair pozitif algısının daha yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

Bunun yanı sıra “pozitif değerlendirme” boyutunun puanları katılımcıların gelir seviyesine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir ($F=10.606$, $p=0.000$). Yapılan analizler neticesinde bu farkın, 1999 TL ve altı gelir grubunda yer alanların 2000-2999 ve 3000-3999 TL kazanç elde edenlere göre daha düşük puan alması nedeniyle ortaya çıktığı anlaşılmıştır. Bu sonuçlara göre daha yüksek gelir seviyesinde yer alan bireyler için yaşlılık, en düşük gelir grubundakilere göre daha pozitif olarak algılanmaktadır.

Son olarak “pozitif değerlendirme” boyutunun puanları katılımcıların eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=14.983$, $p= 0.000$). Yapılan analizler göstermiştir ki bu fark, ilköğretim düzeyinde yer alan bireylerin diğerlerine göre daha yüksek puan almasından ileri gelmiştir. Diğer bir ifadeyle katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça yaşlılığı pozitif şekilde değerlendirilme eğilimleri azalmaktadır.

Yaşlılık Algısı Ölçeğindeki “olumlu beklentiler” boyutundan alınan puanların katılımcıların demografik özelliklerine göre karşılaştırılmasına dair bulgular Tablo 23’te gösterilmektedir.

Tablo 23. Olumlu Beklentiler Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-29	277	2.626	0.755	F=6.212 p=0.000 5>1,3
30-39	49	2.780	0.956	
40-49	54	2.680	0.869	
50-59	31	2.887	0.644	
60+	89	3.089	0.774	
Cinsiyet				
Kadın	244	2.687	0.805	t=-1.592
Erkek	256	2.801	0.799	p=0.112
Medeni Durum				
Evli	214	2.855	0.822	t=2.643
Evli Değil	286	2.664	0.780	p=0.008
Gelir Seviyesi (TL)				
-1999	265	2.649	0.766	F=3.685 p=0.012 1<2
2000-2999	124	2.933	0.839	
3000-3999	51	2.803	0.762	
4000+	60	2.737	0.866	
Eğitim Düzeyi				
İlköğretim	82	3.094	0.764	F=10.139
Lise	136	2.737	0.780	p=0.000
Üniversite	282	2.648	0.800	1>2,3

Tablo 23'te görüldüğü üzere araştırmaya katılanların yaşlılık algısı ölçeğinde yer alan “olumlu beklentiler” boyutundan aldıkları puanlar bireylerin cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (t=-1.592, p=0.112).

“Olumlu beklentiler” boyutunun yaş puanlarına göre karşılaştırılması yapıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve yapılan ileri analizlerde bu farkın, 60+ yaş grubunda yer alan bireylerin 29 yaş ve altı ve 40-49 grubundakilere göre daha yüksek puan almasından kaynaklandığı tespit edilmiştir (F=6.212, p=0.000). Bu açıdan katılımcıların yaşı ilerledikçe yaşlılığa yönelik beklentilerinin daha olumlu hale geldiği ileri sürülebilir.

Bunun yanı sıra “olumlu beklentiler” boyutunun puanları katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında evli olan bireylerin olmayanlara göre daha yüksek

puan aldığı görülmüştür ($t=2.643$, $p=0.008$). Buradan hareketle evli bireylerin yaşlılıkla alakalı beklentilerinin evli olmayanlara göre daha olumlu olduğu sonucuna varılabilir.

“Olumlu beklentiler” boyutunun puanları katılımcıların gelir seviyesine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna varılmıştır ($F=3.685$, $p=0.012$). Yapılan ileri analizler neticesinde bu farkın, 1999 TL ve altı gelir seviyesinde yer alanların 2000-2999 TL arası geliri olanlara göre daha düşük puan almasından kaynaklandığı görülmüştür. Bu açıdan bireylerin gelir seviyesi arttıkça yaşlılıktan beklentilerinin daha olumlu hale geldiği sonucuna ulaşılabilir.

Son olarak “olumlu beklentiler” boyutundan alınan puanlar katılımcıların eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna varılmıştır ($F=10.139$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizler bu farkın, ilköğretim mezunu olanların diğer gruptakilere göre daha yüksek puan almasından kaynaklandığını göstermiştir. Bir diğer ifadeyle katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça yaşlılığa yönelik olumlu beklentileri azalmaktadır.

Yaşlılık Algısı Ölçeğindeki “tecrübe ve örnek olma” boyutundan alınan puanların katılımcıların demografik özelliklerine göre karşılaştırılmasına dair bulgular Tablo 24’te gösterilmektedir.

Tablo 24. Tecrübe ve Örnek Olma Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-29	277	4.108	0.973	F=0.751 p=0.558
30-39	49	4.153	1.021	
40-49	54	4.296	0.949	
50-59	31	4.322	0.626	
60+	89	4.134	0.782	
Cinsiyet				
Kadın	244	4.094	0.951	t=-1.339
Erkek	256	4.205	0.899	p=0.181
Medeni Durum				
Evli	214	4.212	0.894	t=1.288
Evli Değil	286	4.104	0.947	p=0.198

Tablo 24. Tecrübe ve Örnek Olma Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması (Devamı)

Gelir Seviyesi (TL)				
-1999	265	4.113	0.940	F=0.608 p=0.610
2000-2999	124	4.149	0.954	
3000-3999	51	4.294	0.939	
4000+	60	4.200	0.787	
Eğitim Düzeyi				
İlköğretim	82	4.158	0.732	F=0.015 p=0.986
Lise	136	4.139	1.035	
Üniversite	282	4.154	0.923	

Tablo 24’te görüldüğü gibi “tecrübe ve örnek olma” boyutunun puanları bireylerin yaşına (F=0.751, p=0.558), cinsiyetine (t=-1.339, p=0.181), medeni durumuna (t=1.288, p=0.198), gelir seviyesine (F=0.608, p=0.610) ve eğitim düzeyine (F=0.015, p=0.986) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

4.2.9. Dünyevi ve Uhrevi Bakış Açısıyla Ölüm ve Yaşlılık Algısı Arasındaki İlişki

Ölüm ve yaşlılık algısı ölçeğinin alt boyutlarıyla dünyevi ve uhrevi bakış açıları arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 25’e aktarılmıştır.

Tablo 25. Bireylerin Görüşlerine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

Boyutlar		Dünyevi Bakış	Uhrevi Bakış
Ölüm Algısı Ölçeği	Ahirette Ödüllendirilme	r=-0.139, p=0.002	r=0.449, p=0.000
	Bakmakla Yükümlü Olduklarını Terk Etme	r=-0.011, p=0.809	r=0.186, p=0.000
	Başarısızlık	r=0.165, p=0.000	r=-0.083, p=0.064
	Cesaret	r=0.046, p=0.302	r=0.082, p=0.068
	Bilinmezlik	r=0.141, p=0.002	r=-0.147, p=0.001
	Acı Çekme	r=0.178, p=0.000	r=-0.067, p=0.134
Yaşlılık Algısı Ölçeği	Psikososyal Kayıp	r=0.107, p=0.016	r=0.027, p=0.551
	Pozitif Değerlendirme	r=0.049, p=0.276	r=0.168, p=0.000
	Olumlu Değerlendirme	r=0.220, p=0.000	r=0.053, p=0.238
	Tecrübe ve Örnek Olma	r=-0.103, p=0.021	r=0.370, p=0.000

Ölüm ve yaşlılık algısı ölçeğinde yer alan “Yaşayacağımız her şey bu dünyadadır, tüm amaçlarımızı bu dünyaya göre yapmalıyız.” ifadesi dünyevi bakışı temsil ederken

“Hayatın geçiciliği düşünülerek ahiret hayatının olduğu akılda tutulmalıdır.” ifadesi uhrevi bakışı temsil etmektedir. Korelasyon katsayısının gücü aradaki ilişkinin anlamlılığını ortaya koymaktadır. Bu açıdan ilişkinin şiddetini belirlemede $r < 0.00-0.25$ çok zayıf ilişki; $r < 0.26-0.49$ zayıf ilişki; $r < 0.50-0.69$ orta ilişki; $r < 0.70-0.89$ yüksek ilişki ve $r < 0.90-1.0$ çok yüksek ilişki olarak ifade edilmiştir (Köse, 2011).

“Ahirette ödüllendirilme” boyutundan alınan puanlar ile dünyevi bakış arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelendiğinde negatif yönlü çok zayıf anlamlı bir ilişki olduğu Tablo 25’te görülmektedir ($r = -0.139$, $p = 0.002$). Bireylerin dünyevi bakış açıları arttıkça ölümü ahirette ödül olarak algılama düzeyleri azalmaktadır. Diğer yandan “ahirette ödüllendirilme” boyutu ile uhrevi bakış arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelenmiş ve pozitif yönlü orta şiddette anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır ($r = 0.449$, $p = 0.000$). Bu bakımdan bireylerin uhrevi bakış açıları arttıkça ölümü ahirette ödül olarak algılama eğilimleri artmaktadır.

“Bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” boyutu ile dünyevi bakış arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelenmiş ve anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($r = -0.011$, $p = 0.809$). Bunun yanı sıra “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” boyutundan alınan puanlar ile uhrevi bakış arasında pozitif yönlü çok zayıf anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = 0.186$, $p = 0.000$). Bireylerin uhrevi bakış açıları arttıkça ölümün geride kalanlara bir fırsat/tecrübe tanıdığı şeklindeki algıları artmaktadır.

“Başarısızlık” boyutundan alınan puanlar ile dünyevi bakış arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelendiğinde pozitif yönlü çok zayıf anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = 0.165$, $p = 0.000$). Bu açıdan bireylerin dünyevi bakış açıları arttıkça ölümü başarısızlık ve yenilgi olarak görme eğilimleri artmaktadır. Diğer yandan uhrevi bakış açısı ile “başarısızlık” boyutundan alınan puanlar korelasyon analiziyle incelendiğinde anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($r = -0.083$, $p = 0.064$).

“Cesaret” boyutundan alınan ölüm algısı puanları ile dünyevi ve uhrevi bakış açısı arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelenmiş ve anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Bu açıdan bireylerin, dünyevi bakış ($r = 0.046$, $p = 0.302$) ya da uhrevi bakış açısının ($r = 0.082$, $p = 0.068$) ölümü cesaret verici olarak algılamaları ile bir ilişkisi bulunmamıştır.

“Bilinmezlik” boyutundan alınan puanlar ile dünyevi bakış arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelendiğinde pozitif yönlü çok zayıf anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=0.141$, $p=0.002$). Bireylerin dünyevi bakış açısında artış görüldükçe ölümü soru işaretleriyle dolu şekilde algılama eğilimleri artmaktadır. Bunun yanı sıra “bilinmezlik” boyutundan alınan puanlar ile uhrevi bakış arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelendiğinde negatif yönlü çok zayıf anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır ($r=-0.147$, $p=0.001$). Bu bilgiler, bireylerin uhrevi bakış açısı arttıkça ölümü bir muamma gibi görme eğilimlerinin azaldığını ortaya koymaktadır.

“Acı çekme” boyutundan alınan puanlar ile dünyevi bakış arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelendiğinde pozitif yönlü çok zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0.178$, $p=0.000$). Bireylerin dünyevi bakış açısı arttıkça ölümü acı veren bir olay olarak görme eğilimleri de artmaktadır. Bunun yanı sıra “acı çekme” boyutundan alınan puanlar ile uhrevi bakış arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelendiğinde anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($r=-0.067$, $p=0.134$).

“Psikososyal kayıp” boyutundan alınan puanlar ile dünyevi bakış arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelendiğinde pozitif yönlü çok zayıf anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.107$, $p=0.016$). Bireylerin dünyevi bakış açıları arttıkça yaşlılığı kayıpların yaşandığı ve belli yetilerin yitirildiği bir dönem olarak algılama düzeyleri artmaktadır. Diğer yandan “psikososyal kayıp” boyutundan alınan puanlar ile uhrevi bakış arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelendiğinde anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($r=0.027$, $p=0.551$).

“Pozitif değerlendirme” boyutundan alınan puanlar ile dünyevi bakış arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelendiğinde anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($r=0.049$, $p=0.276$). Bunun yanı sıra “pozitif değerlendirme” boyutundan alınan puanlar ile uhrevi bakış açısı korelasyon analiziyle incelendiğinde pozitif yönlü çok zayıf anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0.168$, $p=0.000$). Bireylerin uhrevi bakış açıları arttıkça yaşlılığı kabullenip pozitif yönlerine dikkat çekme eğilimleri artmaktadır.

“Olumlu beklentiler” boyutundan alınan puanlar ile dünyevi bakış arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelenmiş ve pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=0.220$, $p=0.000$). Bu açıdan bireylerin dünyevi bakış açıları arttıkça

yaşlılıktan beklentilerinin olumlu yönde olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra “olumlu beklentiler” boyutundan alınan puanlar ile uhrevi bakış arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelendiğinde anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($r=0.053$, $p=0.238$).

“Tecrübe ve örnek olma” boyutundan alınan puanlar ile dünyevi bakış arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelendiğinde negatif yönlü çok zayıf anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=-0.103$, $p=0.021$). Bireylerin dünyevi bakış açıları arttıkça yaşlılığı tecrübe ve örnek olmayı gerektiren bir dönem olarak algılama eğilimleri azalmaktadır. Aynı zamanda “tecrübe ve örnek olma” boyutundan alınan puanlar ile uhrevi bakış açısı arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelendiğinde pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=0.370$, $p=0.000$). Bu bulgular, bireylerin uhrevi bakış açıları arttıkça yaşlılığın örnek olmayı gerektiren bir dönem olduğuna dair algılarının arttığını ortaya koymaktadır.

4.2.10. Ölüm Algısının Yaşlılık Algısı Üzerine Etkisinin Analizi

Bu başlık altında çalışmada merak edilen konulardan olan ölüm algısının yaşlılık algısı üzerindeki etkisine dair elde edilen bulgular ortaya konulmuştur.

4.2.10.1. Ölüm Algısının Psikososyal Kayıp Boyutu Üzerine Etkisi

Ölüm algısı boyutlarının yaşlılık algısı alt boyutlarından “psikososyal kayıp” üzerindeki etkisi regresyon analiziyle incelenmiş ve sonuçlar Tablo 26’da gösterilmiştir.

Tablo 26. Ölüm Algısının Psikososyal Kayıp Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	R	R ²	F	p	β	t	p
Ahirette Ödüllendirilme	Psikososyal Kayıp	0.446	0.217	22.779	0.000	-0.023	-0.519	0.604
Bakmakla Yükümlü Olduklarını Terk Etme						0.166	3.358	0.001
Başarısızlık						0.272	6.068	0.000
Cesaret						-0.040	-0.807	0.420
Bilinmezlik						0.141	3.129	0.002
Acı Çekme						0.137	3.133	0.002

Regresyon analizi sonucuna göre, “psikososyal kayıp” boyutundaki değişimin %21.7’si ($R^2=0.217$) bağımsız değişkenler (ahirette ödüllendirilme, bakmakla yükümlü olduklarını terk etme, cesaret, başarısızlık, acı çekme, tecrübe ve örnek olma) tarafından

açıklanmaktadır. Bunun yanı sıra modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı bakımından bir problem olmadığı tespit edilmiştir (F=22.779, p=0.000).

Regresyon analizi; bağımsız değişkenlerden “ahirette ödüllendirilme” ($\beta=-0.023$, $t=-0.519$, $p=0.604$) ve “cesaret” ($\beta=-0.040$, $t=-0.807$, $p=0.420$) faktörlerinin “psikososyal kayıp” üzerinde negatif bir etkisinin olduğunu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir.

Bağımsız değişkenlerden “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” ($\beta=0.166$, $t=3.358$, $p=0.001$); “başarısızlık” ($\beta=0.272$, $t=6.068$, $p=0.000$); “bilinmezlik” ($\beta=0.141$, $t=3.129$, $p=0.002$) ve “acı çekme” ($\beta=0.137$, $t=3.133$, $p=0.002$) boyutlarının “psikososyal kayıp” üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu ve bu etkinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

4.2.10.2. Ölüm Algısının Pozitif Değerlendirme Üzerine Etkisi

Ölüm algısı boyutlarının yaşlılık algısı boyutlarından “pozitif değerlendirme” üzerindeki etkisi regresyon analiziyle incelenmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 27’de verilmiştir.

Tablo 27. Ölüm Algısının Pozitif Değerlendirme Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	R	R ²	F	p	β	t	p
Ahirette Ödüllendirilme	Pozitif Değerlendirme	0.333	0.111	10.267	0.000	0.124	2.628	0.009
Bakmakla Yükümlü Olduklarını Terk Etme						0.102	1.937	0.053
Başarısızlık						0.071	1.482	0.139
Cesaret						0.189	3.557	0.000
Bilinmezlik						0.020	0.409	0.682
Acı Çekme						-0.005	-0.100	0.920

Regresyon analizi sonucunda “pozitif değerlendirme” boyutundaki değişimin % 11.1’i (R²=0.111) bağımsız değişkenler (ahirette ödüllendirilme, bakmakla yükümlü olduklarını terk etme, cesaret, başarısızlık, acı çekme, tecrübe ve örnek olma) tarafından açıklanmaktadır. Ayrıca modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı bakımından bir problem olmadığı görülmüştür (F=10.267, p=0.000).

Regresyon analizi bağımsız değişkenlerden “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” ($\beta=0.102$, $t=1.937$, $p=0.053$); “başarısızlık” ($\beta=0.071$, $t=1.482$, $p=0.139$); “bilinmezlik” ($\beta=0.020$, $t=0.409$, $p=0.682$) boyutlarının “pozitif değerlendirme” üzerinde olumlu bir etkilerinin olduğunu ancak bu etkilerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir. Bunun yanı sıra bağımsız değişkenlerden “acı çekme” faktörünün “pozitif değerlendirme” boyutu üzerinde negatif bir etkisinin olduğu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($\beta=-0.005$, $t=-0.100$, $p=0.920$).

“Ahirette ödüllendirilme” ($\beta=0.124$, $t=2.628$, $p=0.009$) ve “cesaret” ($\beta=0.189$, $t=3.557$, $p=0.000$) boyutlarının “pozitif değerlendirme” üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

4.2.10.3. Ölüm Algısının Olumlu Beklentiler Üzerine Etkisi

Ölüm algısı boyutlarının yaşlılık algısı boyutlarından “olumlu beklentiler” üzerindeki etkisi regresyon analiziyle incelenmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 28’de verilmiştir.

Tablo 28. Ölüm Algısının Olumlu Beklentiler Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	R	R ²	F	p	β	t	p
Ahirette Ödüllendirilme	Olumlu Beklentiler	0.291	0.085	7.599	0.000	0.139	2.900	0.004
Bakmakla Yükümlü Olduklarını Terk Etme						0.048	0.904	0.366
Başarısızlık						0.032	0.654	0.513
Cesaret						0.163	3.013	0.003
Bilinmezlik						0.023	0.474	0.636
Acı Çekme						0.085	1.795	0.073

Regresyon analizi sonucunda “olumlu beklentiler” boyutundaki değişimin %8.5’i ($R^2=0.085$) bağımsız değişkenler (ahirette ödüllendirilme, bakmakla yükümlü olduklarını terk etme, cesaret, başarısızlık, acı çekme, tecrübe ve örnek olma) tarafından açıklanmaktadır. Bunun yanı sıra modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı bakımından bir problem olmadığı görülmüştür ($F=7.599$, $p=0.000$).

Bunun yanı sıra regresyon analizi sonucuna göre; “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” ($\beta =0.048$, $t=0.904$, $p=0.366$); “başarısızlık” ($\beta =0.032$, $t=0.654$, $p=0.513$);

“bilinmezlik” ($\beta = 0.023$, $t=0.474$, $p=0.636$) ve “acı çekme” ($\beta = 0.085$, $t=1.795$, $p=0.073$) boyutlarının “olumlu beklentiler” üzerinde pozitif yönlü bir etkisinin olduğu fakat bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

“Ahirette ödüllendirilme” ($\beta=0.139$, $t=2.900$, $p=0.004$) ve “cesaret” ($\beta=0.163$, $t=3.013$, $p=0.003$) boyutlarının olumlu beklentiler üzerinde pozitif yönlü anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir.

4.2.10.4. Ölüm Algısının Tecrübe ve Örnek Olma Üzerine Etkisi

Ölüm algısı boyutlarının yaşlılık algısı boyutlarından olan “tecrübe ve örnek olma” üzerine etkisine dair regresyon analizi Tablo 29’da verilmiştir. Regresyon analizi sonucuna göre “tecrübe ve örnek olma” boyutundaki değişimin %9.6’sı ($R^2=0.096$) bağımsız değişkenler (ahirette ödüllendirilme, bakmakla yükümlü olduklarını terk etme, cesaret, başarısızlık, acı çekme, tecrübe ve örnek olma) tarafından açıklanmaktadır. Ayrıca modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı bakımından bir problem olmadığı görülmüştür ($F=8.708$, $p=0.000$)

Tablo 29. Ölüm Algısının Tecrübe ve Örnek Olma Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	R	R ²	F	p	β	t	p
Ahirette Ödüllendirilme	Tecrübe ve Örnek Olma	0.310	0.096	8.708	0.000	0.209	4.385	0.000
Bakmakla Yükümlü Olduklarını Terk Etme						0.160	3.010	0.003
Başarısızlık						-0.015	-0.311	0.756
Cesaret						0.029	0.531	0.596
Bilinmezlik						0.018	0.371	0.711
Acı Çekme						-0.064	-1.360	0.174

“Başarısızlık” ($\beta=-0.015$, $t=-0.311$, $p=0.756$) ve “acı çekme” ($\beta=-0.064$, $t=-1.360$, $p=0.174$) boyutlarının “tecrübe ve örnek olma” faktörü üzerinde negatif bir etkisinin olduğu fakat bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Bunun yanı sıra “cesaret” ($\beta=0.029$, $t=0.531$, $p=0.596$) ve “bilinmezlik” ($\beta=0.018$, $t=0.371$, $p=0.711$) boyutlarının “tecrübe ve örnek olma” faktörü üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu ancak bu etkinin de istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Son olarak da “ahirette ödüllendirilme” ($\beta=0.209$, $t=4.385$, $p=0.000$) ve “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” ($\beta=0.160$, $t=3.010$, $p=0.003$) boyutlarının “tecrübe ve örnek olma” üzerinde pozitif anlamlı bir etkisinin olduğu sonucuna varılmıştır.

Ölüm algısı alt boyutlarının yaşlılık algısı faktörleri üzerine etkisi regresyon analiziyle incelenmiş ve elde edilen sonuçlar toplu halde Tablo 30’da gösterilmiştir.

Tablo 30. Ölüm Algısı Boyutlarının Yaşlılık Algısı Boyutları Üzerindeki Etkisi

Ölüm Algısı Boyutları	Yaşlılık Algısı Boyutları			
	Psikososyal Kayıp	Pozitif Değerlendirme	Olumlu Beklentiler	Tecrübe ve Örnek Olma
Ahirette Ödüllendirilme	x	+	+	+
Bakmakla Yükümlü Olduklarını Terk Etme	+	x	x	+
Başarısızlık	+	x	x	x
Cesaret	x	+	+	x
Bilinmezlik	+	x	x	x
Acı Çekme	+	x	x	x

(+) Doğrusal pozitif etki, (-) Doğrusal negatif etki, (x) Etki yok

“Ahirette ödüllendirilme” boyutunun yaşlılık algısı boyutlarından “psikososyal kayıp” üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Ancak “ahirette ödüllendirilme” boyutunun “pozitif değerlendirme”, “olumlu beklentiler” ve “tecrübe ve örnek olma” faktörleri üzerinde doğrusal pozitif bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu minvalde bireylerin ölümü ahiretteki hayatlarına geçişte bir ödül olarak görmeleri; yaşlılığı pozitif ele almalarını, bu döneme karşı olumlu beklentiler beslemelerini ve örnek olunması gereken bir dönem olarak düşünmelerini pozitif yönde etkilemektedir.

“Bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” boyutunun “pozitif değerlendirme” ve “olumlu beklentiler” faktörleri üzerinde bir etkisi bulunmadığı; “psikososyal kayıp” ve “tecrübe ve örnek olma” boyutları üzerinde doğrusal pozitif bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu bakımdan bireyler ölümü, geride kalanların kendi başlarına hayatla mücadele içinde olduğu bir olay şeklinde algıladıkça yaşlılığın kayıplar getirdiğine dair düşünceleri artmaktadır. Aynı zamanda bireyler ölümün geride kalanlar için bir fırsat

olduğunu düşündükçe yaşlı bireyin edindiği tecrübenin uygulanabilirliğinin artacağı fikri oluşmaktadır.

“Başarısızlık” boyutunun “pozitif değerlendirme”, “olumlu beklentiler” ve “tecrübe ve örnek olma” faktörleri üzerinde bir etkisi olmadığı gözlemlenmiştir. Ancak “başarısızlık” boyutunun “psikososyal kayıp” faktörü üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu görülmektedir. Bu açıdan bireylerin ölümü, kendilerini gerçekleştirme adına bir başarısızlık olarak algılamaları yaşlılıkta otokontrolü sağlayamama ve belli uzuvlarını kaybedeceklerine dair algılarını arttırmaktadır.

“Cesaret” boyutunun “psikososyal kayıp” ve “tecrübe ve örnek olma” faktörleri üzerinde bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Ancak “cesaret” boyutunun “pozitif değerlendirme” ve “olumlu beklentiler” faktörleri üzerinde doğrusal pozitif bir etkisinin olduğu görülmektedir. Bu minvalde bireylerin ölümü cesaret verici bir olgu olarak algıladıkça yaşlılığı daha pozitif değerlendirdikleri ve bu döneme karşı olumlu beklentiler içinde oldukları sonucuna varılmaktadır.

Bunun yanı sıra “bilinmezlik” faktörünün yaşlılık algısı alt boyutlarından “pozitif değerlendirme”, “olumlu beklentiler” ve “tecrübe ve örnek olma” üzerinde bir etkisi olmadığı görülmektedir. Ancak “bilinmezlik” boyutunun “psikososyal kayıp” faktörü üzerinde doğrusal pozitif bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu bakımdan bireylerin ölümü bilinmeyen ve soru işaretleriyle dolu bir olgu olarak algılamaları yaşlılığın ölüme yakın son dönem olmasından ötürü zihinlerde olumsuz yönlerini daha öne çıkarabilir.

Son olarak da “acı çekme” boyutunun “pozitif değerlendirme”, “olumlu beklentiler” ve “tecrübe ve örnek olma” faktörleri üzerinde bir etkisi olmadığı görülmüştür. Ayrıca “acı çekme” boyutunun “psikososyal kayıp” faktörü üzerinde doğrusal pozitif bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu minvalde bireylerin ölümü, acı verici bir son olarak algılamaları düzeyleri arttıkça bu dönemi kayıpların olduğu ve kendi kendine yetmenin mümkün olmadığı dönem olarak algılama eğilimlerinin arttığı görülmektedir.

4.2.11. Ölüm Algısının Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi

Bu başlık altında çalışmadaki merak edilen konulardan olan ölüm algısının sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisini ortaya koymak adına çoklu regresyon analizi

yöntemlerinden biri olan backward analizi uygulanmıştır. Toplanan verilerden yola çıkılarak elde edilen bulgular ortaya konulmuştur. Ölüm algısının sağlık hizmeti kullanımı üzerine etkisinin incelendiği tablolarda belirtilen X_1 “ahirette ödüllendirilme”, X_2 “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme”, X_3 “başarısızlık”, X_4 “cesaret”, X_5 “bilinmezlik” ve X_6 “acı çekme” boyutunu ifade etmektedir.

Bu kısımda çoklu regresyon analizi yöntemlerinden olan *backward analizi* kullanılmıştır. Bu analiz türü, “İlk aşamada model içine tüm değişkenler dâhil edilir. Daha sonraki kademelerde her defasında bir tane olmak üzere en düşük kısmi F değerine sahip olan bağımsız değişken (X) atılmak sureti ile işleme devam edilir. Atılan değişkenin katkısı her seferinde test edilir. Atılan değişkenin katkısı istatistiki olarak önemli ise atma işlemi gerçekleştirilmez ve işlem orada durdurulur.” şeklinde açıklamaktadır (Efe vd., 2000: 168) Bu analiz yönteminde modelle en anlamlı etkiye sahip olan değişken kalana değin bir eleme uygulanmaktadır. Bu sayede etki gücü anlamsız olan değişkenler modelden çıkmış olmaktadır. Ayrıca kapsamlı şekilde ele alındığı zaman etki gücü anlamlı olan değişkenin son aşamada kaldığı görülmektedir. Analiz sürecinden de anlaşılacağı üzere her bir değişkenin beta, F, p, t ve p değerleri verilerek ayrıntılı bilgi sağlanmaktadır. Bu sayede değişkenin etkisi noktasında daha detaylı bilgi sahibi olunmaktadır.

Ölüm algısı boyutlarının poliklinik hizmeti kullanımı üzerindeki etkisine dair regresyon analizi sonuçları Tablo 31’de verilmektedir.

Tablo 31. Ölüm Algısının Poliklinik Hizmeti Kullanımına Etkisi

Model	R		R ²		Düzeltilmiş R ²	Standart Hatanın Tahmini	
X ₂	0.087		0.008		0.006	2.828	
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
1 Sabit	1.544	0.787		1.254	0.278	1.962	0.050
X ₁	-0.106	0.143	-0.037			-0.746	0.456
X ₂	0.368	0.164	0.125			2.252	0.025
X ₃	0.069	0.121	0.029			0.573	0.567
X ₄	-0.189	0.153	-0.069			-1.238	0.216
X ₅	0.075	0.117	0.032			0.637	0.525
X ₆	0.016	0.127	0.006			0.123	0.902

Tablo 31. Ölüm Algısının Poliklinik Hizmeti Kullanımına Etkisi (Devamı)

Model	R		R ²		Düzeltilmiş R ²	Standart Hatanın Tahmini	
X ₂	0.087		0.008		0.006	2.828	
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
2 Sabit	1.559	0.777		1.504	1.187	2.007	0.045
X ₁	-0.108	0.142	-0.038			-0.764	0.445
X ₂	0.371	0.162	0.126			2.289	0.023
X ₃	0.071	0.120	0.030			0.593	0.553
X ₄	-0.189	0.153	-0.069			-1.237	0.217
X ₅	0.078	0.113	0.034			0.692	0.490
3 Sabit	1.688	0.745		1.795	1.129	2.665	0.024
X ₁	-0.126	0.138	-0.044			-0.909	0.364
X ₂	0.379	0.161	0.129			2.351	0.019
X ₄	-0.170	0.149	-0.062			-1.137	0.256
X ₅	0.093	0.111	0.040			0.838	0.402
4 Sabit	2.104	0.636				2.160	0.092
X ₁	-0.161	0.132	-0.056	-1.120	0.223		
X ₂	0.387	0.161	0.131	2.401	0.017		
X ₄	-0.148	0.147	-0.054	-1.009	0.314		
5 Sabit	1.856	0.616		2.731	0.066	3.013	0.003
X ₁	-0.168	0.132	-0.059			-1.274	0.203
X ₂	0.299	0.136	0.101			2.206	0.028
6 Sabit	1.316	0.447		3.834	0.051	2.943	0.003
X ₂	0.258	0.132	0.087			1.958	0.051

Backward analizi hakkındaki açıklamalardan yola çıkıldığında ölüm algısı boyutlarındaki değişimin %0.8'ini ($R^2=0.008$) bağımsız değişkenlerden “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” faktörünün açıkladığı görülmektedir. Bunun yanı sıra modelin açıklayıcı gücünün anlamsız olduğu görülmüştür ($F=3.834$, $p=0.051$). Bu minvalde ölüm algısı boyutlarının poliklinik kullanımı üzerinde bir etkisi olmadığı görülmektedir.

Ölüm algısı boyutlarının acil sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisine dair regresyon analizi sonuçları Tablo 32’de verilmektedir.

Tablo 32. Ölüm Algısının Acil Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi

Model	R		R ²			Düzeltilmiş R ²	Standart Hatanın Tahmini
X ₄	0.110		0.012			0.010	1.353
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
1 Sabit	1.657	0.377				4.445	0.000
X ₁	-0.020	0.068	-0.015	1.532	1.165	-0.295	0.768
X ₂	-0.058	0.078	-0.041			-0.746	0.456
X ₃	-0.054	0.058	-0.047			-0.940	0.348
X ₄	-0.081	0.073	-0.062			-1.109	0.268
X ₅	-0.051	0.056	-0.046			-0.913	0.361
X ₆	-0.001	0.061	0.000			-0.016	0.987
2 Sabit	1.674	0.372				4.501	0.000
X ₁	-0.020	0.068	-0.015	1.843	1.103	-0.296	0.768
X ₂	-0.059	0.078	0.041			-0.755	0.540
X ₃	-0.055	0.057	-0.047			-0.950	0.343
X ₄	-0.081	0.073	-0.062			-1.111	0.267
X ₅	-0.052	0.054	-0.046			-0.950	0.343
3 Sabit	1.597	0.263					
X ₂	-0.063	0.076	-0.045	2.286	0.059	-0.829	0.407
X ₃	-0.051	0.056	-0.044			-0.909	0.364
X ₄	-0.084	0.072	-0.064			-1.166	0.244
X ₅	-0.048	0.053	-0.043			-0.906	0.366
4 Sabit	1.497	0.235					
X ₃	-0.053	0.056	-0.046	2.820	0.038	-0.951	0.342
X ₄	-0.116	0.061	-0.089			-1.898	0.058
X ₅	-0.047	0.053	-0.042			-0.895	0.371
5 Sabit	1.411	0.214					
X ₃	-0.067	0.054	-0.058	3.381	0.022	-1.251	0.212
X ₄	-0.121	0.061	0.093			-1.992	0.047
6 Sabit	1.302	0.195				6.671	0.000
X ₄	-0.144	0.058	-0.110	6.901	0.014	-2.468	0.014

Tablo 32'ye göre yapılan analiz sonucunda ölüm algısı boyutlarındaki değişimin %12'si ($R^2=0.012$) bağımsız değişkenlerden "cesaret" faktörü tarafından açıklanmaktadır. Bunun yanı sıra modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı bakımından bir problem olmadığı görülmüştür ($F=6.091$, $p=0.014$). Bu minvalde ölüm algısı boyutlarından olan "cesaret" faktörünün acil sağlık hizmeti kullanımı üzerinde negatif yönlü anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Ölüm algısı boyutlarının aile hekimliği hizmeti kullanımı üzerindeki etkisine dair regresyon analizi sonuçları Tablo 33'te verilmektedir.

Tablo 33. Ölüm Algısının Aile Hekimliği Hizmeti Kullanımına Etkisi

Model	R		R ²		Düzeltilmiş R ²	Standart Hatanın Tahmini	
X ₃	0.110		0.012		0.010	2.156	
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
1 Sabit	0.297	0.600		1.537	0.164	0.495	0.621
X ₁	0.086	0.109	0.039			0.790	0.430
X ₂	0.137	0.125	0.061			1.095	0.274
X ₃	0.227	0.092	0.124			2.464	0.014
X ₄	-0.173	0.117	-0.083			-1.479	0.140
X ₅	0.001	0.089	0.000			0.010	0.992
X ₆	0.043	0.097	0.022			0.442	0.658
2 Sabit	0.299	0.557		1.848	0.102	0.537	0.591
X ₁	0.086	0.106	0.039			0.807	0.420
X ₂	0.137	0.125	0.061			1.096	0.274
X ₃	0.228	0.091	0.124			2.506	0.013
X ₄	-0.172	0.116	-0.083			-1.488	0.137
X ₆	0.043	0.094	0.022			0.460	0.646
3 Sabit	0.370	0.535		2.261	0.062	0.692	0.489
X ₁	0.078	0.105	0.035			0.741	0.459
X ₂	0.144	0.123	0.064			1.168	0.243
X ₃	0.235	0.089	0.128			2.631	0.009
X ₄	-0.169	0.116	-0.081			-1.466	0.143
4 Sabit	0.641	0.389		2.834	0.038	1.649	0.100
X ₂	0.162	0.121	0.072			1.335	0.183
X ₃	0.217	0.086	0.118			2.526	0.012
X ₄	-0.159	0.115	-0.077			-1.390	0.165
5 Sabit	0.893	0.340		3.355	0.036	2.625	0.009
X ₃	0.222	0.086	0.121			2.590	0.010
X ₄	-0.078	0.097	-0.037			-0.801	0.424
6 Sabit	0.700	0.239		6.073	0.014	2.992	0.004
X ₃	0.202	0.082	0.110			2.464	0.014

Tablo 33'e göre yapılan analiz sonucunda ölüm algısı boyutlarındaki değişimin %12'isi ($R^2=0.012$) bağımsız değişkenlerden "başarısızlık" faktörü tarafından açıklanmaktadır. Ayrıca modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı bakımından bir problem olmadığı görülmüştür ($F=6.091$, $p=0.014$). Bu minvalde ölüm algısı boyutlarından olan "cesaret" boyutunun aile sağlık hizmeti kullanımı üzerinde pozitif yönlü anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Ölüm algısı boyutlarının özel hekim hizmeti kullanımını üzerindeki etkisine dair regresyon analizi sonuçları Tablo 34'te verilmektedir.

Tablo 34. Ölüm Algısının Özel Hekim Hizmeti Kullanımına Etkisi

Model	R		R ²		Düzeltilmiş R ²	Standart Hatanın Tahmini	
X ₁	0.124		0.015		0.013	0.878	
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
1 Sabit	0.765	0.244		2.160	0.046	3.137	0.002
X ₁	-0.111	0.044	-0.124			-2.508	0.012
X ₂	-0.029	0.051	-0.032			-0.576	0.565
X ₃	-0.034	0.038	-0.046			-0.917	0.359
X ₄	0.061	0.047	0.072			1.288	0.198
X ₅	0.059	0.036	0.082			1.629	0.104
X ₆	-0.039	0.039	-0.048			-0.979	0.328
2 Sabit	0.743	0.241		2.530	0.028	3.087	0.002
X ₁	-0.116	0.043	-0.130			-2.684	0.008
X ₃	-0.036	0.037	-0.048			-0.961	0.337
X ₄	0.048	0.042	0.056			1.154	0.249
X ₅	0.059	0.036	0.082			1.630	0.104
X ₆	-0.042	0.039	-0.051			-1.062	0.289
3 Sabit	0.681	0.232		2.932	0.020	2.937	0.003
X ₁	-0.108	0.042	-0.121			-2.552	0.011
X ₄	0.037	0.040	0.043			0.924	0.356
X ₅	0.053	0.036	0.073			1.485	0.138
X ₆	-0.047	0.039	-0.058			-1.203	0.230
4 Sabit	0.731	0.225		3.625	0.013	3.241	0.001
X ₁	-0.099	0.041	-0.111			-2.399	0.017
X ₅	0.059	0.035	0.082			1.679	0.094
X ₆	-0.041	0.038	-0.051			-1.078	0.281
5 Sabit	0.665	0.217		4.854	0.008	3.063	0.002
X ₁	-0.095	0.041	-0.107			-2.324	0.021
X ₅	0.047	0.033	0.065			1.407	0.160
6 Sabit	0.865	0.164		7.714	0.006	5.265	0.000
X ₁	-0.110	0.040	-0.124			-2.777	0.006

Yapılan analiz sonucunda ölüm algısı boyutlarındaki değişimin %15'inin ($R^2=0.015$) bağımsız değişkenlerden “ahirette ödüllendirilme” faktörü tarafından açıklandığı Tablo 34'te gösterilmiştir. Bunun yanı sıra modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı bakımından bir problem olmadığı sonucuna varılmıştır ($F=7.714$, $p=0.006$). Bu minvalde “ahirette ödüllendirilme” boyutunun özel sağlık hizmeti kullanımı üzerinde negatif yönlü bir etkisinin olduğu ve bu etkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır.

Ölüm algısı boyutlarının dış hekimliği hizmeti kullanımını üzerindeki etkisine dair regresyon analizi sonuçları Tablo 35’te verilmektedir.

Tablo 35. Ölüm Algısının Dış Hekimi Hizmeti Kullanımına Etkisi

Model	R		R ²			Düzeltilmiş R ²	Standart Hatanın Tahmini
X ₅	0.104		0.011			0.009	1.318
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
1 Sabit	0.882	0.367		1.355	0.231	2.403	0.017
X ₁	-0.066	0.067	-0.049				
X ₂	-0.002	0.076	-0.002				
X ₃	-0.029	0.056	-0.026				
X ₄	-0.035	0.071	-0.027				
X ₅	0.125	0.055	0.115				
X ₆	-0.036	0.059	-0.030				
2 Sabit	0.881	0.362		1.630	0.150	2.431	0.015
X ₁	-0.066	0.065	-0.050				
X ₃	-0.030	0.056	-0.026				
X ₄	-0.036	0.062	-0.028				
X ₅	0.125	0.055	0.115				
X ₆	-0.036	0.059	-0.030				
3 Sabit	0.829	0.349		1.971	0.098	2.379	0.018
X ₁	-0.060	0.064	-0.045				
X ₄	0.045	0.060	-0.035				
X ₅	0.120	0.054	0.111				
X ₆	-0.040	0.058	-0.033				
4 Sabit	0.775	0.340		2.470	0.061	2.282	0.023
X ₁	-0.055	0.063	-0.041				
X ₄	-0.051	0.059	-0.040				
X ₅	0.109	0.052	0.101				
5 Sabit	0.695	0.326		3.338	0.036	2.129	0.034
X ₁	-0.068	0.062	-0.051				
X ₅	0.099	0.050	0.091				
6 Sabit	0.380	0.156		5.466	0.020	2.431	0.015
X ₅	0.113	0.048	0.104				

Tablo 35’e göre yapılan analiz sonucunda ölüm algısı boyutlarındaki değişimin %11’i (R²=0.011) bağımsız değişkenlerden “bilinmezlik” faktörü tarafından açıklanmaktadır. Bunun yanı sıra modelin açıklayıcı gücünün yeterli olduğu anlaşılmıştır (F=5.466, p=0.020). Bu bakımdan “bilinmezlik” boyutunun dış hekimliği sağlık hizmeti kullanımını üzerinde pozitif yönlü bir etki meydana getirdiği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Ölüm algısı boyutlarının klinik hizmeti kullanımı üzerindeki etkisine dair regresyon analizi sonuçları Tablo 36’da verilmektedir.

Tablo 36. Ölüm Algısının Klinik Hizmeti Kullanımına Etkisi

Model	R	R ²		Düzeltilmiş R ²	Standart Hatanın Tahmini		
X ₃	0.087	0.008		0.006	0.408		
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
1 Sabit	0.124	0.114		1.174	0.319	1.093	0.275
X ₁	-0.022	0.021	-0.052			-1.052	0.293
X ₂	0.015	0.024	0.036			0.655	0.513
X ₃	0.026	0.017	0.075			1.482	0.139
X ₄	-0.013	0.022	-0.032			-0.572	0.568
X ₅	-0.011	0.017	-0.033			-0.655	0.513
X ₆	0.021	0.018	0.055			1.127	0.260
2 Sabit	0.121	0.114		1.346	0.244	1.068	0.286
X ₁	-0.023	0.020	-0.056			-1.146	0.252
X ₂	0.009	0.021	0.021			0.434	0.665
X ₃	0.024	0.017	0.069			1.394	0.164
X ₅	-0.012	0.017	-0.036			-0.720	0.472
X ₆	0.020	0.018	0.055			1.112	0.267
3 Sabit	0.131	0.111		1.638	0.163	1.183	0.237
X ₁	-0.021	0.019	-0.050			-1.065	0.288
X ₃	0.025	0.017	0.073			1.512	0.131
X ₅	-0.012	0.017	-0.035			-0.696	0.487
X ₆	0.022	0.018	0.058			1.199	0.231
4 Sabit	0.100	0.102		2.024	0.110	0.987	0.324
X ₁	-0.018	0.019	-0.044			-0.951	0.342
X ₃	0.023	0.016	0.065			1.394	0.164
X ₆	0.018	0.017	0.049			1.050	0.294
5 Sabit	0.017	0.052		2.584	0.076	0.331	0.740
X ₃	0.025	0.016	0.073			1.569	0.117
X ₆	0.020	0.017	0.054			1.164	0.245
6 Sabit	0.047	0.045		3.812	0.051	1.032	0.302
X ₃	0.030	0.016	0.087			1.952	0.051

Yapılan analiz neticesinde ölüm algısı boyutlarındaki değişimin %0.8’inin ($R^2=0.008$) bağımsız değişkenlerden “başarısızlık” faktörü tarafından açıklandığı Tablo 36’da gösterilmiştir. Bunun yanı sıra modelin açıklayıcı gücünün istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($F=3.812$, $p=0.051$). Bu açıdan “başarısızlık” boyutunun klinik sağlık hizmeti kullanımı üzerinde pozitif yönlü bir etkisinin olduğu ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna varılmıştır.

Ölüm algısı boyutlarının eczane hizmeti kullanımı üzerindeki etkisine dair regresyon analizi sonuçları Tablo 37’de verilmektedir.

Tablo 37. Ölüm Algısının Eczane Hizmeti Kullanımına Etkisi

Model	R		R ²		Düzeltilmiş R ²	Standart Hatanın Tahmini	
X ₂ X ₃	0.126		0.016		0.012	3.879	
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
1 Sabit	1.161	1.080		1.688	0.122	1.075	0.283
X ₁	-0.051	0.196	-0.013			0.792	
X ₂	0.446	0.224	0.110			0.048	
X ₃	0.248	0.166	0.075			0.136	
X ₄	-0.218	0.210	-0.058			0.299	
X ₅	0.090	0.161	0.028			0.577	
X ₆	0.096	0.175	0.027			0.582	
2 Sabit	0.960	0.761		2.015	0.075	1.261	0.208
X ₂	0.433	0.219	0.107			0.049	
X ₃	0.256	0.163	0.077			0.116	
X ₄	-0.226	0.208	-0.060			0.276	
X ₅	0.099	0.157	0.031			0.531	
X ₆	0.101	0.174	0.028			0.560	
3 Sabit	1.010	0.755				2.437	0.046
X ₂	0.447	0.218	0.110	0.041			
X ₃	0.270	0.161	0.082	0.094			
X ₄	-0.225	0.207	-0.060	0.279			
X ₅	0.125	0.151	0.039	0.409			
4 Sabit	1.244	0.700		3.024	0.029	1.776	0.076
X ₂	0.445	0.218	0.110			0.042	
X ₃	0.307	0.154	0.093			0.047	
X ₄	-0.210	0.207	-0.056			0.311	
5 Sabit	1.054	0.675		4.020	0.019	1.562	0.119
X ₂	0.327	0.184	0.081			0.077	
X ₃	0.272	0.151	0.082			0.071	

Tablo 37’ye göre yapılan analiz sonucunda ölüm algısı boyutlarındaki değişimin % 16’sı (R²=0.016) bağımsız değişkenlerden “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” ve “başarısızlık” faktörleri tarafından açıklanmaktadır. Bunun yanı sıra modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı bakımından bir problem olmadığı görülmüştür (F=4.020, p=0.019). “Bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” ve “başarısızlık” boyutlarının eczane hizmeti kullanımı üzerinde pozitif yönlü bir etkiye sebep olduğu ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.

Ölüm algısının sağlık hizmeti kullanımına etkisi Tablo 38’de toplu bir şekilde gösterilmektedir.

Tablo 38. Ölüm Algısı Boyutlarının Sağlık Hizmeti Kullanımı Üzerine Etkisi

Boyutlar		Sağlık Hizmeti Kullanımı						
		Poliklinik	Acil	Aile Hekimi	Özel Hekim	Diş Hekimi	Klinik	Eczane
Ölüm Algısı	Ahirette Ödüllendirilme	x	x	x	-	x	x	x
	Bakmakla Yükümlü Olduklarını Terk Etme	x	x	x	x	x	x	x
	Başarısızlık	x	x	+	x	x	x	x
	Cesaret	x	-	x	x	x	x	x
	Bilinmezlik	x	x	x	x	+	x	x
	Acı Çekme	x	x	x	x	x	x	x

(+) Doğrusal pozitif etki, (-) Doğrusal negatif etki, (x) İlişki yok

Tablo 38’de ölüm algısının sağlık hizmeti kullanımına etkisini ortaya koyan bilgiler yer almaktadır. Kullanılan backward analizi, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasında istatistiksel olarak en anlamlı sonucu veren değişkenin etkisi olduğunu varsaymaktadır. Yapılan analizler sonucu anlaşılmıştır ki hiçbir ölüm algısı boyutu poliklinik hizmeti kullanımını etkilememektedir.

Yapılan analiz sonucunda “cesaret” boyutunun acil sağlık hizmeti kullanımı üzerinde negatif bir etkisinin olduğu saptanmıştır ($\beta=-0.110$, $p=0.014$). Bu bilgiler ışığında, bireylerin ölümü cesaret verici bir olgu olarak algılama düzeyleri arttıkça acil sağlık hizmeti kullanımının azaldığı tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra “başarısızlık” boyutunun aile hekimliği hizmeti kullanımı üzerinde pozitif anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir ($\beta=0.110$, $p=0.014$). Bu nedenle bireylerin ölümü başarısızlık olarak algılama düzeyleri arttıkça aile hekimine başvurma sayılarının arttığı görülmektedir. Bir noktada bu algının bireyi daha fazla sağlık hizmeti kullanmaya ittiği de ifade edilebilir.

“Ahirette ödüllendirilme” boyutunun özel hekim sağlık hizmeti kullanımı üzerinde negatif bir etkisi saptanmış ve bu etki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\beta=-0.124$, $p=0.006$). Bu açıdan bireyler ölümü, Allah’a ve sonsuz hayata kavuşma olarak algıladıkça özel hekim hizmeti kullanımları azalmaktadır. Bireyin ölümü bir kavuşma ve huzur verici bir olay olarak görmesi sağlık hizmeti kullanımına engel teşkil etmektedir.

Bunun yanı sıra “bilinmezlik” boyutunun dış hekimi hizmeti kullanımı üzerinde pozitif anlamlı bir etkisinin olduğu görülmüştür ($\beta=0.104$, $p=0.020$). Bu minvalde bireylerin ölümü insan hayatında bir başarısızlık/yenilgi gibi görmeleri dış hekimine başvurma sayılarını arttırmaktadır.

“Başarısızlık” boyutunun klinik hizmeti kullanımı üzerinde doğrusal pozitif bir etkisi olduğu tespit edilse de istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($\beta=0.087$, $p=0.051$). Bu açıdan bireylerin ölümü başarısızlık olarak algılamalarının klinik hizmeti kullanımına etkisi bulunmamaktadır. Ölüm algısı boyutlarından “bakmakla yükümlü olduklarını terk etmenin” eczane hizmeti kullanımı üzerinde doğrusal pozitif bir etki olduğu tespit edilmiş ancak bu etki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\beta=0.081$, $p=0.077$). Aynı şekilde “başarısızlık” boyutunun eczane hizmeti kullanımı üzerinde pozitif bir etkisi tespit edilmiş fakat istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($\beta=0.082$, $p=0.071$). Bu minvalde bireylerin, ölümü terk etme ve başarısızlık olarak algılamalarının eczane hizmeti kullanımı üzerine bir etkisi bulunmamaktadır.

4.2.12. Yaşlılık Algısının Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi

Bu başlık altında yaşlılık algısı boyutlarının sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Yaşlılık algısının sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkinin incelendiği tablolarda belirtilen X_1 “psikososyal kayıp”, X_2 “pozitif değerlendirme”, X_3 “olumlu beklentiler” ve X_4 “tecrübe ve örnek olma” boyutunu ifade etmektedir.

Yaşlılık algısı boyutlarının poliklinik hizmeti kullanımı üzerindeki etkisine dair regresyon analizi sonuçları Tablo 39’da gösterilmektedir.

Tablo 39. Yaşlılık Algısının Poliklinik Hizmeti Kullanımına Etkisi

Model	R	R ²			Düzeltilmiş R ²	Standart Hatanın Tahmini	
X_1	0.074	0.006			0.004	2.831	
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
1 Sabit	1.363	0.824		0.987	0.414	1.654	0.099
X_1	0.269	0.170	0.072			1.586	0.113
X_2	-0.048	0.135	-0.017			-0.353	0.724
X_3	0.168	0.174	0.048			0.966	0.335
X_4	-0.072	0.138	-0.023			-0.521	0.602

Tablo 39. Yaşlılık Algısının Poliklinik Hizmeti Kullanımına Etkisi (Devamı)

Model	R		R ²		Düzeltilmiş R ²	Standart Hatanın Tahmini	
X ₁	0.074		0.006		0.004	2.831	
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
2 Sabit	1.312	0.810		1.276	0.282	1.619	0.106
X ₁	0.265	0.169	0.071			1.566	0.118
X ₃	0.144	0.160	0.041			0.901	0.368
X ₄	-0.076	0.138	-0.025			-0.549	0.583
3 Sabit	1.028	0.623		1.767	0.172	1.650	0.100
X ₁	0.260	0.169	0.069			1.540	0.124
X ₃	0.138	0.159	0.039			0.869	0.385
4 Sabit	1.353	0.498		2.779	0.096	2.716	0.007
X ₁	0.279	0.167	0.074			1.667	0.096

Backward analizine göre, yaşlılık algısı boyutlarındaki değişimin %0.6'sının ($R^2=0.006$) bağımsız değişkenlerden “psikososyal kayıp” faktörü tarafından açıklandığı Tablo 39’da gösterilmiştir. Bunun yanı sıra modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı bakımından yeterli olmadığı görülmüştür ($F=2.779$, $p=0.096$). Bu minvalde “psikososyal kayıp” boyutunun poliklinik hizmeti kullanımı üzerinde pozitif yönlü bir etkiye sebep olduğu ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Yaşlılık algısı boyutlarının acil sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisine dair regresyon analizi sonuçları Tablo 40’da verilmektedir.

Tablo 40. Yaşlılık Algısının Acil Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi

Model	R		R ²		Düzeltilmiş R ²	Standart Hatanın Tahmini	
	0.000		0.000		0.000	1.360	
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
1 Sabit	1.389	0.394		1.407	0.231	3.523	0.000
X ₁	-0.099	0.081	-0.055			-1.220	0.223
X ₂	-0.096	0.065	-0.073			-1.482	0.139
X ₃	0.109	0.083	0.064			1.311	0.191
X ₄	-0.065	0.066	-0.044			-0.984	0.325
2 Sabit	1.151	0.311		1.553	0.200	3.698	0.000
X ₁	-0.103	0.081	-0.057			-1.270	0.205
X ₂	-0.100	0.064	-0.076			-1.557	0.120
X ₃	0.107	0.083	0.063			1.284	0.200

Tablo 40. Yaşlılık Algısının Acil Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi (Devamı)

Model	R		R ²			Düzeltilmiş R ²	Standart Hatanın Tahmini
	0.000		0.000			0.000	1.360
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
3 Sabit	0.898	0.239				3.751	0.000
X ₂	-0.106	0.064	-0.081	1.521	0.220	-1.655	0.099
X ₃	0.097	0.083	0.057			1.175	0.241
4 Sabit	1.073	0.188				5.713	0.000
X ₂	-0.076	0.059	-0.058	1.160	0.198	-1.288	0.198
5 Sabit	0.844	0.061				13.870	0.000

Tablo 40'a göre yaşlılık algısı boyutlarındaki değişimin %0.0'ının ($R^2=0.000$) bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı sonucuna varılmıştır. Bunun yanı sıra modelin açıklayıcı gücü istatistiksel olarak anlamsız çıkmıştır ($F=1.160$, $p=0.198$). Bu açıdan yaşlılık algısı boyutlarının acil sağlık hizmeti kullanımı üzerinde bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

Yaşlılık algısı boyutlarının aile hekimliği hizmeti kullanımı üzerindeki etkisine dair regresyon analizi sonuçları Tablo 41'de gösterilmektedir.

Tablo 41. Yaşlılık Algısının Aile Hekimliği Hizmeti Kullanımına Etkisi

Model	R		R ²			Düzeltilmiş R ²	Standart Hatanın Tahmini
X ₁ X ₂	0.147		0.022			0.018	2.147
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
1 Sabit	-0.149	0.624				-0.239	0.811
X ₁	0.291	0.128	0.102	3.235	0.012	2.267	0.024
X ₂	0.152	0.102	0.073			1.488	0.137
X ₃	0.153	0.132	0.057			1.167	0.244
X ₄	-0.080	0.105	-0.034			-0.762	0.447
2 Sabit	-0.441	0.492				-0.896	0.371
X ₁	0.286	0.128	0.100	4.124	0.007	2.233	0.026
X ₂	0.146	0.102	0.070			1.437	0.151
X ₃	0.151	0.131	0.056			1.147	0.252
3 Sabit	-0.205	0.447				-0.458	0.647
X ₁	0.300	0.128	0.105	5.524	0.004	2.344	0.019
X ₂	0.192	0.093	0.092			2.060	0.040

Yaşlılık algısı boyutlarındaki değişimin %22'si ($R^2=0.022$) bağımsız değişkenlerden “psikososyal kayıp” ve “pozitif değerlendirme” faktörü tarafından açıklandığı ve modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı bakımından bir problem olmadığı Tablo 41’de gösterilmiştir ($F=5.524$, $p=0.004$). Bu açıdan “psikososyal kayıp” ve “pozitif değerlendirme” boyutlarının aile hekimliği sağlık hizmeti kullanımı üzerinde pozitif yönlü bir etkisinin olduğu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır.

Yaşlılık algısı boyutlarının özel hekim hizmeti kullanımı üzerindeki etkisine dair regresyon analizi sonuçları Tablo 42’de gösterilmektedir.

Tablo 42. Yaşlılık Algısının Özel Hekim Hizmeti Kullanımına Etkisi

Model	R	R ²		Düzeltilmiş R ²	Standart Hatanın Tahmini		
X ₄	0.112	0.013		0.011	0.879		
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
1 Sabit	0.788	0.256		1.853	0.117	3.082	0.002
X ₁	-0.003	0.053	-0.002			-0.051	0.959
X ₂	-0.021	0.042	-0.024			-0.498	0.619
X ₃	0.056	0.054	0.051			1.034	0.302
X ₄	-0.108	0.043	-1.133			-2.521	0.012
2 Sabit	0.782	0.225		2.475	0.061	3.474	0.001
X ₂	-0.021	0.042	-0.025			-0.504	0.615
X ₃	0.056	0.054	0.050			1.034	0.301
X ₄	-0.108	0.043	-0.113			-2.530	0.012
3 Sabit	0.755	0.219		3.591	0.028	3.456	0.001
X ₃	0.045	0.049	0.041			0.909	0.364
X ₄	-0.110	0.043	-0.112			-2.577	0.010
4 Sabit	0.867	0.181		6.358	0.012	4.795	0.000
X ₄	-0.107	0.043	-0.112			-2.521	0.012

Tablo 42’ye göre yaşlılık algısı boyutlarındaki değişimin %13’ünün ($R^2=0.013$) bağımsız değişkenlerden “tecrübe ve örnek olma” tarafından açıklandığı ve modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı bakımından bir problem olmadığı görülmüştür ($F=6.358$, $p=0.012$). Bu açıdan “tecrübe ve örnek olma” boyutunun özel hekim sağlık hizmeti kullanımı üzerinde negatif yönlü bir etkisinin olduğu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Yaşlılık algısı boyutlarının dış hekimliği hizmeti kullanımını üzerindeki etkisine dair regresyon analizi sonuçları Tablo 43’de gösterilmektedir.

Tablo 43. Yaşlılık Algısının Dış Hekimliği Hizmeti Kullanımına Etkisi

Model	R		R ²		Düzeltilmiş R ²	Standart Hatanın Tahmini	
	0.000		0.000		0.000	1.324	
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
1 Sabit	0.671	0.385				1.741	0.082
X ₁	-0.016	0.079	-0.009	0.410	0.802	-0.203	0.839
X ₂	-0.070	0.063	-0.055			-1.112	0.267
X ₃	0.072	0.081	0.044			0.887	0.375
X ₄	0.026	0.065	0.018			0.401	0.689
2 Sabit	0.634	0.339				1.869	0.062
X ₂	-0.071	0.063	-0.056	0.534	0.659	-1.130	0.259
X ₃	0.071	0.081	0.043			0.874	0.383
X ₄	0.025	0.064	0.018			0.392	0.695
3 Sabit	0.730	0.233				3.128	0.002
X ₂	-0.069	0.063	-0.054	0.725	0.485	-1.104	0.270
X ₃	-0.047	0.081	0.043			0.888	0.375
4 Sabit	0.859	0.183				4.694	0.000
X ₂	-0.047	0.057	-0.036	0.663	0.416	-0.814	0.416
5 Sabit	0.718	0.059				12.123	0.00

Yapılan analiz neticesinde yaşlılık algısı boyutlarındaki değişimin %0.0’ının (R²=0.000) bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı Tablo 43’de gösterilmiş ve modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı bakımından yeterli olmadığı görülmüştür (F=0.663, p=0.416). Bu açıdan yaşlılık algısı boyutlarının dış hekimliği sağlık hizmeti kullanımını üzerinde bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

Yaşlılık algısı boyutlarının klinik hizmeti kullanımını üzerindeki etkisine dair regresyon analizi sonuçları Tablo 44’te gösterilmektedir.

Tablo 44. Yaşlılık Algısının Klinik Hizmeti Kullanımına Etkisi

Model	R	R ²		Düzeltilmiş R ²	Standart Hatanın Tahmini		
X ₁	0.088	0.008		0.006	0.408		
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
1 Sabit	-0.068	0.119				-0.568	0.570
X ₁	0.044	0.024	0.082	1.333	0.257	1.804	0.072
X ₂	0.001	0.019	0.003			0.055	0.956
X ₃	0.027	0.025	0.053			1.070	0.285
X ₄	-0.002	0.020	-0.005			-0.103	0.918
2 Sabit	-0.066	0.117				-0.568	0.570
X ₁	0.044	0.024	0.082	1.780	0.150	1.814	0.070
X ₃	0.027	0.023	0.054			1.188	0.235
X ₄	-0.002	0.020	-0.004			-0.099	0.921
3 Sabit	-0.074	0.090				-0.821	0.412
X ₂	0.044	0.024	0.082	2.670	0.070	1.813	0.070
X ₃	0.027	0.023	0.053			1.186	0.236
4 Sabit	-0.010	0.072				-0.137	0.891
X ₃	0.048	0.024	0.088	3.931	0.048	1.983	0.048

Tablo 44'e göre yaşlılık algısı boyutlarındaki değişimin %0.8'inin ($R^2=0.008$) bağımsız değişkenlerden "olumlu beklentiler" tarafından açıklandığı ve modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı bakımından bir problem olmadığı görülmüştür ($F=3.931$, $p=0.048$). Bu minvalde "olumlu beklentiler" boyutunun klinik hizmeti kullanımı üzerinde pozitif yönlü bir etkisinin olduğu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır.

Yaşlılık algısı boyutlarının eczane hizmeti kullanımı üzerindeki etkisine dair regresyon analizi sonuçları Tablo 45'te gösterilmektedir.

Tablo 45'e göre yaşlılık algısı boyutlarındaki değişimin %13'ünün ($R^2=0.013$) bağımsız değişkenlerden "olumlu beklentiler" ve "tecrübe ve örnek olma" tarafından açıklandığı tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra modelin açıklayıcı gücü anlamlılığı bakımından yeterli bulunmuştur ($F=3.340$, $p=0.036$). "Olumlu beklentiler" boyutunun eczane hizmeti kullanımı üzerinde pozitif yönlü bir etkisinin olduğu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra "tecrübe ve örnek olma"

boyutunun eczane hizmeti kullanımını üzerinde negatif yönlü bir etkisinin olduğu ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamı olmadığı sonucunda varılmıştır.

Tablo 45. Yaşlılık Algısının Eczane Hizmeti Kullanımına Etkisi

Model	R	R ²		Düzeltilmiş R ²	Standart Hatanın Tahmini		
X ₃ X ₄	0.115	0.013		0.009	3.884		
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	β				
1 Sabit	2.162	1.128		2.246	0.063	1.917	0.056
X ₁	0.249	0.232	0.048			1.073	0.284
X ₂	0.183	0.185	0.049			0.994	0.321
X ₃	0.317	0.238	0.065			1.333	0.183
X ₄	-0.351	0.189	-0.083			-1.857	0.064
2 Sabit	2.358	1.110		2.665	0.047	2.124	0.034
X ₁	0.265	0.232	0.052			1.145	0.253
X ₃	0.410	0.219	0.084			1.875	0.061
X ₄	-0.337	0.188	-0.080			-1.790	0.074
3 Sabit	2.987	0.965		3.340	0.036	3.094	0.002
X ₃	0.442	0.217	0.091			2.035	0.042
X ₄	-0.325	0.188	-0.077			-1.729	0.084

Yaşlılık algısının sağlık hizmeti kullanımına etkisi Tablo 46’da toplu bir şekilde gösterilmektedir.

Tablo 46. Yaşlılık Algısının Sağlık Hizmeti Kullanımı Üzerine Etkisi

Boyutlar		Sağlık Hizmeti Kullanımı						
		Poliklinik	Acil	Aile Hekimi	Özel Hekim	Diş Hekimi	Klinik	Eczane
Yaşlılık Algısı	Psikososyal Kayıp	x	x	+	x	x	+	x
	Pozitif Değerlendirme	x	x	+	x	x	x	x
	Olumlu Beklentiler	x	x	x	x	x	x	+
	Tecrübe ve Örnek Olma	x	x	x	-	x	x	x

(+) Doğrusal pozitif etki, (-) Doğrusal negatif etki, (x) İlişki yok

Tablo 46’da yaşlılık algısının sağlık hizmeti kullanımına etkisi ele alınmıştır. Yaşlılık algısı alt boyutlarından “psikososyal kayıp”ın poliklinik hizmeti kullanımını üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($\beta=0.074$, $p=0.096$). Bu açıdan bireylerin, yaşlılığı belli yetilerde kayıplar

yaşanılan bir dönem olarak algılamalarının poliklinik hizmeti kullanımına etkisi bulunmamaktadır. Yaşlılık algısı boyutlarının acil sağlık hizmeti kullanımına etkisi bulunmamaktadır. Bu minvalde acil sağlık hizmetinin zaruri bir hizmet olmasından ötürü bu algının etkilenmemesi doğal karşılanabilir.

“Psikososyal kayıp” ($\beta=0.105$, $p=0.019$) ve “pozitif değerlendirme” ($\beta=0.092$, $p=0.040$) boyutlarının aile hekimi hizmeti kullanımı üzerinde pozitif bir anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bu bakımdan bireylerin yaşlılıktan kaçınmak/geciktirmek/sağlığına dikkat etmek adına aile hekimine daha fazla başvurduğu söylenebilir. Bunun yanı sıra bireylerin, yaşlılığa dair değerlendirmeleri daha pozitif bir hal aldıkça bu dönemi kabullenip getirileriyle kolay baş edebilmek için aile hekimine başvurma sayısının arttığı ifade edilebilir.

“Tecrübe ve örnek olma” boyutunun özel hekim hizmeti kullanımı üzerinde negatif bir etkisi olduğu görülmüştür ($\beta=-0.112$, $p=0.012$). Bu bakımdan bireyler yaşlılığı gençlere örnek olunması gereken bir dönem olarak algıladıkça özel hekime daha az başvurmaktadır. Bunun yanı sıra yaşlılık algısı boyutlarının diş hekimi kullanımına bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir. Buradan diş hekimi kullanımının bireylerin yaşlılık algısından etkilenmediği sonucuna ulaşılabılır.

“Psikososyal kayıp” boyutunun klinik hizmeti kullanımı üzerinde pozitif anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir ($\beta=0.088$, $p=0.048$). Bu açıdan bireyler yaşlılıkta kendilerinde meydana gelecek kayıpları önlemek adına daha fazla sağlık hizmeti kullanıp eczaneye başvurmaktadır. Son olarak da “olumlu beklentiler” boyutunun eczane hizmeti kullanımı üzerinde pozitif bir etkisi olduğu saptanmıştır ($\beta=0.091$, $p=0.042$). Bu açıdan bireylerin, yaşlılığa dair beklentileri olumlu hale geldikçe eczane hizmetinden daha fazla yararlandıkları görülmektedir. Ayrıca “tecrübe ve örnek olma” boyutunun eczane hizmeti kullanımı üzerinde negatif bir etkisi olduğu tespit edilse de istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($\beta=-0.077$, $p=0.084$). Bu bulgulardan hareketle bireylerin yaşlılığı tecrübe ve örnek olunması gereken bir dönem olarak algılamalarının eczane hizmeti kullanımına bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular tartışılarak, yaşlılık ve ölüm algısı ile ilgili yapılan çalışmaların bulguları ile karşılaştırılmıştır. Tartışmadaki sonuçlar özetlenmiş ve elde ettiğimiz bulgulardan yola çıkarak öneriler verilmiştir.

5.1. TARTIŞMA

Çalışmada elde edilen bulgular neticesinde bireylerin son bir sene içerisinde poliklinik, acil, aile hekimi, özel hekim, diş hekimi, klinik ve eczane hizmeti kullanımı hakkında bilgi edinilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, poliklinik ve eczane hizmetine diğer sağlık hizmeti kullanım türlerine göre daha fazla sayıda başvurulduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra eczane hizmeti kullanımının bu kadar yüksek çıkmasının nedeni poliklinik, acil, aile hekimi gibi sağlık hizmetlerine başvuran bireylerin daha sonrasında ilaç almak için eczaneye başvurmasından kaynaklanmaktadır. Diğer yandan bireylerin aile hekimliği hizmetinden de yararlandığı ancak polikliniğe başvurma sayılarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bunların yanı sıra katılımcıların ancak %10'u son bir sene içerisinde klinik hizmeti kullanmıştır. Bu minvalde yatakta tedavi hizmetlerinin poliklinik, acil, aile hekimi, diş hekimi, özel hekim ve eczane hizmetlerine göre en az kullanılan hizmet türü olduğu saptanmıştır. Sağlık hizmeti kullanımı hakkındaki literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde Belek (2000)'in çalışmasında sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizlikler ve bu eşitsizliklerin sosyoekonomik etkenlerle ilişkisi incelenmiştir. Aynı şekilde Gökkaya ve Erdem (2017) çalışmalarında bireylerin, hastalık şiddeti algısıyla sağlık hizmetleri kullanımı arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Şentürk (2008)'ün yüksek lisans tezinde bu çalışmaya benzer şekilde bireyler tarafından poliklinik hizmetinin aile hekimliğinden daha çok kullanıldığı tespit edilmiştir. Ayrıca bu çalışmaya benzer bir diğer sonuç ise katılımcıların özel hekim sağlık hizmeti kullanım sayısının diğer hizmet türlerine kıyasla düşük çıkmasıdır. Buradan şu sonuca varılmaktadır; Türkiye'de aile hekimliği hizmetlerinin kullanım oranı hastanelerin poliklinik hizmetlerine oranla daha azdır.

Araştırmacı tarafından kullanılan ölçekte yer alan diğer sağlık hizmeti kullanımı soruları kronik hastalığı, sürekli olarak kullanılan ilacı ve geçirilmiş olan ameliyat

bilgilerini elde etmeyi sağlamıştır. Katılımcıların “*kronik bir hastalığınız var mı?*” sorusuna verdiği cevaplar içinde en yüksek dağılımı tansiyon, diyabet, kalp, astım ve alerji göstermiştir. Aynı şekilde “*sürekli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?*” sorusuna en fazla tansiyon, diyabet, kalp, astım ve ağrı kesici cevapları verilmiştir. Kronik hastalıklar cevapları içerisinde tansiyon, diyabet, kalp ve astım olduğu için katılımcıların bu ilaçları sürekli olarak kullanması arasında bir bağlantı kurulabilir. Özdemir ve diğerlerinin (2005: 91) çalışmasında Sivas ilinde yaşayan yaşlıların kronik hastalıklar haritası ortaya konmuş; diyabet ve kalp hastalıkları yüksek çıkmıştır. Bunların yanı sıra TÜİK verilerine göre Türkiye’de en çok öldüren hastalıklar şöyle sıralanmaktadır: “kalp ve damar hastalıkları, solunum yolları hastalıkları, kanserler” (Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, 2013).

Ölüm ve yaşlılık algısı ölçeğine araştırmacı tarafından eklenen uhrevi bakış açısını yansıtan “*Hayatın geçiciliği düşünülerek ahiret hayatının olduğu akıldan tutulmalıdır.*” (4.398) ifadesine en yüksek katılım sağlanmıştır. Bunun yanı sıra dünyevi bakış açısını yansıtan “*Yaşayacağımız her şey bu dünyadadır, tüm amaçlarımızı bu dünyaya göre yapmalıyız.*” (1.918) ifadesine katılım düzeyi ise en düşüktür. Uhrevi bakış açısını (Hökelekli, 1991: 87; Akt. Koç, 2002: 11-12) ele almak gerekirse birey ölümden korkmasına ya da sevmesine ve ölüm ötesini idrak edememesine rağmen bu olguyu yaşamdan soyutlayamayacağını da bilmektedir. Bu bakımdan bireyin ölüm korkusunu en aza indirmek adına mistik bir yaşam sürmesi muhtemeldir. Bu yaşam tarzında ölüm “kutsal bir buluşma anı” olarak geçmektedir. Konuya İslami tasavvuf açısından bakıldığında ölüm Allah’a kavuşmayı sağlayan tek yoldur. Thorson (2001: 152)’a göre Müslümanlar ölümü; Allah’ın iradesine ait olan bir olgu olarak idrak etmekte ve sorgulamamaktadır. Bunun yanı sıra dünyevi bakış açısı genel manada “ölümü inkâr etme” özelliği taşımaktadır. Bu bakış açısı, insanın ölümü gözden gönülden uzak tutarak daha çok hayatın her türlü meşgalesiyle hemhal olunmasını sağlamaktadır (Koç, 2002: 15). Dünyevi ve uhrevi bakış açısını kapsayan sorulara verilen cevaplar içinde uhrevi bakış açısının ortalamasının daha yüksek çıkması katılımcıların; ölümün insana ait yapısının farkında olduklarını, hayatlarını bu bilince göre yaşadıklarını ve öteki taraf için bir takım hazırlıklar yaptıklarını göstermiştir. Türkiye’nin %96.1’inin Müslüman (Arıkan, 2018: 356) olduğu düşünülürse dünyevi bakış açısına göre uhrevi bakış açısının

yüksek çıkması normal bir sonuçtur. Haliyle ölüme dair algılar da bu bakış açısının etkisinde kendini göstermektedir.

Bunların yanı sıra Dehşet Yönetimi Kuramı, geleneksel sosyal psikolojik soruşturmanın farklı alanlarına etkisi olan son derece yaygın bir bakış açısı sunmaktadır. Bu kuram genel olarak ölüm kaygısının insanların davranışları üzerine etkisini ele almaktadır. Ayrıca birey ve kültür arasındaki ilişkiye odaklandığı gibi dünya görüşü, benlik değeri gibi psikolojik yapılar ölüme karşı geliştirilen dehşet duygusuna karşı bir tampon görevi üstlenmektedir. Bu tamponlar ya ölümle ilgili düşüncelerin bilinçaltına girmesinin önünü keser ya da sadece kültürel dünya görüşünün uygun gördüğü formda ölüm ve ölümsüzlük hakkındaki düşünceleri bilinçaltına sokar. Bu sayede ölümün dehşet vericiliğine karşı bir savunma mekanizması kurulmuş olur. Diğer yandan ölümle ilgili hatırlatıcılar bireyin zihninde belirse de kültürel dünya görüşü ve benlik değeri sayesinde bu dehşetle baş edilmektedir. Özellikle de ölümün sürekli farkındalığına karşın birey kültürel dünya görüşü sayesinde bu korkuyla baş etmektedir (Yeniçeri, 2016: 50; Dinçer, 2017: 22; Rosenblatt vd.,1989: 689). Bütün bu açıklamalardan yola çıkıldığında bireylerin ölüme karşı geliştirdiği tutumda dünya görüşünün etkisi olduğu ileri sürülebilir. Özellikle de dünyevi bakış açısıyla yaşam sürenler için ölüm; bir yok oluşken uhrevi bakış açısı insana sonsuz bir dünyayı müjdelemektedir. Bu düşünceler sayesinde bireylerin dünyadaki hayatları bir mana kazanmakta ve ölüme karşı algıları meydana gelmektedir.

Ölüm algısına ilişkin ifadelerin ortalamalarına bakıldığında bireylerin; en yüksek “*Ölüm, Allah’a kavuşma ve sonsuz bir huzurdur.*” (4.266), en düşük ise “*Ölüm, son bir eziyettir.*” (1.918) ifadesine katılım sağladığı görülmüştür. Katılımcıların uhrevi ve dünyevi bakış açısı sorularına verdikleri cevaplara bakıldığında bu sonuçlarla paralellik göstermiştir. Bu minvalde ulaşılacak diğer bir sonuç ise araştırmaya katılanların uhrevi bakış açıları daha yüksek olduğundan ölümü bir yok olma ya da bu hayatın son bulması olarak görmedikleri aksine bir ödül olarak algıladıklarıdır.

Yaşlılık algısına ilişkin ifadelerin ortalamalarına bakıldığında bireylerin; en yüksek “*Yaşlı bir insanın tecrübeleri ve kazandıklarını gençlere aktarması çok önemlidir.*” (4.311), en düşük ise “*Yaşlı olmak sanıldığından daha kolaydır.*” (2.482) ifadesine katılım sağladıkları görülmüştür. Bu bakımdan katılımcılar yaşlılığı, gençlere tecrübe ve örnek olunması gereken bir dönem olarak algılamaktadır. Bunun yanı sıra

katılımcılara göre yaşlılık kolay bir dönemi işaret etmemektedir. Eser ve diğerlerinin (2011) “Dünya Sağlık Örgütü – Avrupa “Yaşlanma Tutumu Anketi (AAQ)” Türkçe Sürümünün (AYTA-TR) Psikometrik Özellikleri” adlı makalesinde bu çalışmadan farklı olarak (benzer ifadeler olan) “*Gençlere iyi örnek olmak istiyorum.*” (4.26) en yüksek; “*Egzersiz yaparak kendimi mümkün olduğu kadar dinç ve canlı tutuyorum.*” (1.93) en düşük katılım sağlanan ifade olmuştur. Her iki çalışmadan da anlaşılacağı üzere katılımcılar yaşlılığın örnek olmayı gerektiren bir dönem olduğunu düşünmekte ve kolay bir dönem olmadığını kabul etmektedir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; bireylerin ölüm algısı boyutlarına katılım düzeyi “ahirette ödüllendirilme” (4.015) faktörü açısından orta noktanın üstündedir. Bunun yanı sıra “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” (3.257) ve “cesaret” (3.182) boyutlarına katılım düzeyi orta noktaya yakın bir eğilim göstermiştir. Ayrıca “bilinmezlik” (2.990), “başarısızlık” (2.675) ve “acı çekme” (2.138) boyutları orta noktanın altında bir katılım düzeyine sahiptir. Buradan anlaşılacağı üzere bireyler ölümü, bir son bulma ya da yok olma olarak algılamayıp aksine ahirete geçişi sağlayan bir olay şeklinde düşünmektedir. Şahin (2018)’in yapmış olduğu “Ölüm Algısının Yaşam Doyumu Üzerindeki Etkisi: Üniversite Örneği” başlıklı makalesinde bu çalışmadan farklı olarak “cesaret” (3.770) ve “ahirette ödüllendirilme” (3.746) boyutları ortalamanın üzerinde; “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” (3.070) ve “başarısızlık (3.005)” orta noktaya yakın; “bilinmezlik” (2.387) ve “acı çekme” (2.340) faktörleri orta noktanın altında bir değer almıştır. Her iki çalışmada bireylerin ölümü ahirette ödül olarak algılama düzeyi daha yüksekken acı verici olduğu düşüncesi daha düşüktür. Bunun yanı sıra her iki çalışmada da katılımcıların ölümün acı verici duygu ve düşüncelerini daha az barındırdığı saptanmıştır. Ayrıca her iki çalışmada da “ahirette ödüllendirilme”, “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” ve “cesaret” boyutlarının ortalamanın üzerinde/yakın bir değer alması katılımcıların ölümü dışlamayıp hayatlarını bu gerçeğe göre yaşadıklarını ortaya koymuştur. Bu bilgilerden şu sonuca varılmaktadır; katılımcıların uhrevi bakış açısının daha yüksek olması ölümü bir ödül, geride kalanlara fırsat tanıyan ve cesaret verici bir olgu şeklinde algılamasını sağlamıştır.

Çalışmanın sonucuna göre, katılımcıların yaşlılık algısı alt boyutlarına katılım düzeyleri “tecrübe ve örnek olma” (4.151) faktörü bakımından orta noktanın üzerindedir.

Bunun yanı sıra “pozitif değerlendirme” (3.025) faktörü orta noktaya yakın bir katılım düzeyine sahipken “psikososyal kayıp” (2.879) ve “olumlu beklentiler” (2.746) faktörleri ise orta noktanın altında değer almıştır. Bu bakımdan bireylere göre yaşlılık, gençlere örnek olmayı gerektiren bir dönem ve pozitif yönlerine dikkat çeken bir özellik taşımaktadır. Eser ve diğerlerinin (2011) çalışmasında Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi'nin alt boyutları “psikososyal değişim” (27.30), “psikososyal kayıp” (25.15) ve “bedensel değişim” (21.59) şeklinde ifade edilmiştir. Eser ve diğerlerinin çalışmasına benzer olarak alt boyutlardan sadece psikososyal kayıp bu çalışmada kullanılmış diğerleri yapılan faktör analizinde ölçekten bazı ifadelerin çıkarılması sonucunda değişmiştir. Eser ve diğerlerinin çalışmasında “psikososyal değişim” maddelerini içeren “tecrübe ve örnek olma” ve “pozitif değerlendirme” (bu çalışmada yapılan faktör analizi neticesinde elde edilen yeni boyutlar) boyutlarının ifadelerine her iki çalışmada en yüksek katılım sağlanmıştır. Buradan şu sonuca varılmaktadır; katılımcılar, yaşlılığı olumsuz yönleriyle algılamak yerine bu dönemin biyolojik sürecin bir getirisi olduğunu düşünmektedir.

Bireylerin “ahirette ödüllendirilme” boyutunda ortaya çıkan puanlar yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, gelir seviyeleri ve eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Bu açıdan bireylerin sahip olmuş oldukları demografik özellikleri ölümü ahirette ödül olarak algılamalarını farklılaştırmamaktadır.

“Bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” boyutundan alınan ölüm algısı puanları bireylerin yaşlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu bakımdan orta yaş grubu olarak nitelendirilecek bireylerde, ölümün geride kalanlara kendi başlarının çaresine bakmalarına dair bir fırsat tanıdığı algısı daha düşükken diğer gruplar için daha yüksek bulunmuştur. Orta yaş grubunda yer alan kişilerin hayata atılma, sevdiklerine bakma telaşları daha yoğun olabileceğinden bu algıları diğer gruplara göre düşük çıkmış olabilir. Benzer şekilde “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” boyutundan alınan puanlar bireylerin eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu farka üniversite ve lise düzeyinde eğitim almış bireylerin ilköğretim düzeyindekilere göre daha düşük puan alması neden olmuştur. Bu bakımdan eğitim düzeyi daha iyi olan bireyler geride kalanlar için endişe duymakta ve

onların kendi başlarına ayakta durabilmelerinin zor olduğuna inanmaktadır. Aksine ilköğretim mezunu olanlar ölümün kalanlara bir fırsat tanıdığını ve bireyleri hayatla mücadelede daha güçlü kıldığını düşünmektedir.

Ölüm algısı alt boyutlarından “başarısızlık” faktöründen alınan puanlar bireylerin yaşlarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına, gelir seviyelerine ve eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Daha yaşlı olan bireylerin ölümü; kendini gerçekleştirme şansını yok eden ve umutları tüketen bir olay olarak algılama düzeylerinin daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlara benzer şekilde Erdoğan ve Özkan (2007)’in çalışmalarında yaşlılarda ölüm kaygısının, diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. “Başarısızlık” boyutuna katılım düzeyleri cinsiyete göre karşılaştırıldığında erkeklerin kadınlara göre daha düşük puan aldığı görülmüş ve bu açıdan erkeklerin ölümü başarısızlık olarak algılama düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bunun yanı sıra “başarısızlık” boyutundan alınan ölüm algısı puanları bireylerin medeni durumlarına göre karşılaştırılmış ve evli olmayan grubun daha düşük puan aldığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlara benzer şekilde Erdoğan ve Özkan (2007)’in çalışmasında evli olanların bekâr olanlara göre ölüm kaygıları daha yüksek bulunmuştur. Ancak Özen (2008)’in yüksek lisans tezinde ölüm kaygısı puanlarının katılımcıların medeni durumlarına göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Evlenilip belli sorumlulukların altına girilmesi evli bireylerin, ölümü umutların tükenmesi ve yapmak istenilenlere engel koyan bir olay şeklinde algılayabilmelerini sağlamaktadır. Bireylerin “başarısızlık” boyutundan aldıkları puanlar gelir seviyelerine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. En düşük gelire sahip olan bireylerin ölümü hayatta yapmak istediklerine engel ve karşısına çıkacak olan fırsatları sona erdiren bir olay şeklinde algılama eğilimlerinin bir üst gelir grubunda olanlara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bakımdan elde edilen maddi gelirin ölümü başarısızlık olarak atfetmeyi farklılaştırdığı görülmektedir. Son olarak da “başarısızlık” boyutundan alınan ölüm algısı puanları bireylerin eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldığında eğitim düzeyi daha düşük olanların ölümü, kendini gerçekleştirme şansını yok eden ve umutları tüketen bir olay olarak algılama eğiliminin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bireylerin “cesaret” boyutundan almış oldukları puanlar yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında yaşlı olarak atfedilen zaman diliminde yer alanların ölümü cesaret verici bir olgu olarak gördüğü ve 30-39 yaş aralığında yer alanların ölümü korkulacak bir durum olarak algıladıkları saptanmıştır. Bu bakımdan yaşlı bireylerin ölümü kabullenme eğiliminin daha yüksek olduğu ancak yetişkinlerin bu olguyu kendilerine ait görmedikleri sonucuna varılmaktadır. Benzer şekilde “cesaret” boyutundan elde edilen puanlar katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldığında sonuçlar eğitimi düzeyi daha düşük olan bireylerin ölümü cesaret verici şekilde algıladığını göstermekte ve eğitimi düzeyi daha yüksek olan katılımcıların ölümü; korku verici, aşağılık ve yenilgi anı olarak gördüğünü ortaya koymaktadır. Aynı zamanda yaşlı bireylerin eğitimi düzeyinin daha düşük olması da bu duruma etki etmiş olabilir.

“Bilinmezlik” boyutundan alınan puanlar katılımcıların cinsiyetlerine ve eğitimi düzeylerine göre karşılaştırıldığında kadınların erkeklere göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Yapılan araştırmalar (Kumcağız ve Yılmaz, 2012; Ayten, 2009; Tang vd., 2002; Öztürk vd., 2011) göstermiştir ki literatürde cinsiyet ile ölüm kaygısı arasında bir ilişki bulunmaktadır. Bu durum kadınların kültürel yaşamda kendilerinden beklenen rollere uyması, korku ve kaygı gibi duygulara daha eğilimli olmasından ötürü tepkilerini gizleyememelerinden ileri gelmektedir (Ayten, 2009: 99). Bunun yanı sıra literatürde (Kasar vd., 2016; Erdoğan ve Özkan, 2007) cinsiyet ve ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koyan çalışmalara da rastlanmıştır. Benzer şekilde “bilinmezlik” boyutundan elde edilen ölüm algısı puanlarının katılımcıların eğitimi düzeylerine göre karşılaştırıldığında eğitimi düzeyi düşük olan bireylerin ölümü bilinmeyen bir son olarak algılama eğilimlerinin yüksek olduğu görülmektedir.

“Acı çekme” boyutundan alınan ölüm algısı puanları bireylerin cinsiyetlerine ve eğitimi düzeylerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Cinsiyet değişkenindeki bu fark, kadınların erkeklere göre daha yüksek puan alması sonucu ortaya çıkmıştır. Daha evvelde ifade edildiği üzere bu duruma kadınların yaratılış özellikleri sebep olmuş olabilir. Bu bakımdan kadınların ölümü acı veren bir son ve ızdırap şeklinde algılamaları bu hususla paralellik göstermektedir. Benzer şekilde “acı çekme” boyutundan alınan puanlar bireylerin eğitimi düzeylerine göre karşılaştırıldığında eğitimi düzeyi daha yüksek olan bireylerin ölümü acı ve ızdıraplarla

dolu bir son olarak algılama düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Erdoğan ve Özkan (2007)'in çalışmasında da elde edilen bu sonuçlara benzer şekilde bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe ölüm kaygılarının azaldığı görülmüştür. Ancak Kumcağız ve Yılmaz (2012) çalışmalarında ölüm kaygısı ve eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık tespit etmemiştir. Bu açıdan literatürdeki çalışmaların bu konu hakkında bir yönde toplanmadığı sonucuna ulaşılabilir.

“Psikososyal kayıp” boyutundan elde edilen yaşlılık algısı puanları katılımcıların yaşına, medeni durumuna ve eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Bireylerin yaşı ilerledikçe yaşlılığın olumsuz yönlerini algıladıkları ve bu dönemle tanıştıkları için düşüncelerinin pozitif yönde olmadığı sonucuna varılmaktadır. Benzer şekilde “psikososyal kayıp” boyutundan alınan yaşlılık algısı puanları katılımcıların medeni durumlarına göre farklılaşması, evli olan grubun daha yüksek puan almasından ileri gelmiştir. Buradan şu sonuca ulaşılmaktadır; evli bireylerin yaşlılık döneminde bedensel ve zihinsel anlamda kayıplar yaşanabileceğine dair algıları hayat arkadaşı veya çocukları yanında olsa bile daha yüksek olabilir. Son olarak da “psikososyal kayıp” boyutundan alınan puanlar katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldığında bireylerin eğitim düzeyi arttıkça yaşlılığın olumsuz yönlerini algılama eğilimlerinin azaldığı tespit edilmiştir.

“Pozitif değerlendirme” boyutundan bireylerin almış oldukları yaşlılık algısı puanları bireylerin yaşlarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına, gelir seviyelerine ve eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Daha yaşlı bireylerin genç ve yetişkinlere göre yaşlılık dönemini pozitif değerlendirme eğilimleri daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca yaşlılık döneminin içinde olunması yorumlanabilmesini kolaylaştırdığı için bireylerin bu dönemle baş edebiliyor olmaları da önyargılarının kırılmasını sağlamaktadır. Benzer şekilde “pozitif değerlendirme” boyutunda alınan puanlar katılımcıların cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında erkeklerin kadınlara göre daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. Bu minvalde erkeklerin yaşlılığa dair daha pozitif düşünceler barındırdıkları ve soğukkanlı yapılarının buna etki ettiği ileri sürülebilir. Katılımcıların medeni durumları bakımından ortaya çıkan fark, evli grupta yer alanların daha yüksek puan almasından kaynaklanmıştır. Bu açıdan şu sonuca varılmaktadır; insanın hayat arkadaşıyla yaşam sürmesi yaşlılığa dair

değerlendirmelerini daha pozitif hale getirebilmektedir. Aynı şekilde “pozitif değerlendirme” boyutundan alınan yaşlılık algısı puanları katılımcıların gelir seviyesine göre karşılaştırıldığında daha yüksek gelir elde eden bireylerin yaşlılığa dair pozitif bir bakış açısı içinde oldukları sonucuna ulaşılmaktadır. Son olarak da “pozitif değerlendirme” boyutundan elde edilen yaşlılık algısı puanları katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldığında eğitim düzeyi daha yüksek olan bireylerin daha düşük olanlara göre yaşlılığı pozitif algılama eğilimlerinin daha az olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

“Olumlu beklentiler” boyutundan elde edilen puanlar katılımcıların yaşlarına, medeni durumlarına, gelir seviyelerine ve eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Yaşlı insanların genç (-29) ve yetişkin (40-49) bireylere göre yaşlılığı daha olumlu karşıladığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde “olumlu beklentiler” boyutundan alınan yaşlılık algısı puanlarının medeni duruma göre dağılımına bakıldığında evli gruptakilerin evli olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Bu bakımdan bireylerin yanında hayatını geçirecek birilerinin olması yaşlılığa dair beklentilerini daha olumlu hale getirebilmektedir. “Olumlu beklentiler” boyutundan elde edilen puanlar katılımcıların gelir seviyelerine göre karşılaştırıldığında, 2000-2999 TL grubunda yer alanların 1999 TL ve altı kazanç elde edenlere göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Bu minvalde bireylerin düşük gelir grubunda yer almaları yaşlılık için birikim yapılması, rahat ve huzurlu bir hayat sağlanmasını mümkün kılmayacağından geleceğe dair beklentileri olumlu yönde olmayabileceği sonucuna ulaşılmaktadır. Son olarak da “olumlu beklentiler” boyutundan alınan puanlar katılımcıların eğitim düzeylerine göre kıyaslandığında bireylerin eğitim düzeyi arttıkça yaşlılığı olumlu şekilde algılamadıkları aksine daha zinde, aktif ve sosyal hayatı insanın elinden aldığı fikrinin hâkim olduğu ortaya çıkmıştır.

Yaşlılık algısı alt boyutlarından sonuncusu olan “tecrübe ve örnek olma” faktöründen elde edilen puanlar katılımcıların yaşlarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına, gelir seviyelerine ve eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Bu açıdan bireylerin sahip oldukları demografik özellikleri yaşlılığı tecrübe ve örnek olmayı gerektiren bir dönem olarak algılamalarını farklılaştırmamaktadır.

Ölüm ve yaşlılık algısı boyutlarının dünyevi ve uhrevi bakış arasındaki ilişkisi korelasyon analiziyle incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre dünyevi bakış açısı ile “ahirette ödüllendirilme” boyutu arasında negatif anlamlı, “başarısızlık” ve “bilinmezlik” ve “acı çekme” boyutları arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu açıdan daha çok dünyalık yaşayan insanlar, ölümü ödül olarak algılamamalarından ötürü öbür dünya için hazırlık yapmamaktadır. Diğer yandan bireylerin dünya hayatına düşkünlükleri arttıkça ölümü bir başarısızlık ve son yenilgi olarak algılama düzeyleri artmaktadır. Ayrıca bireyler dünyevi bakış açısına sahip oldukça ölümü bilinmez ve karmaşık olarak bir olay olarak görme eğilimleri artmaktadır. Son olarak da bireylerin dünyaya bağlılık hissiyatı arttıkça ölümü eziyet ve azap veren son bir olay olarak algılama seviyesi de artmaktadır.

Bireylerin uhrevi bakış açıları ile “ahirette ödüllendirilme” ve “bakmakla yükümlü olduklarını terke etme” boyutları arasında pozitif anlamlı, “bilinmezlik” boyutu ile negatif anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu açıdan bireylerin dini inançları sayesinde ortaya çıkan hayat görüşleri, ölümün son bulma olarak değil bir ödül olarak algılanması sağladığından öteki dünya için hazırlık yapılması faydalı görülmektedir. Ayrıca bireylerin uhrevi bakış açısına sahip olması ölümün; geride kalanlara fırsat tanıyan ve onları bu gerçekle yüzleştiren bir olay olduğu fikrini arttırmaktadır. Bu minvalde bireyler uhrevi düşünceleri sayesinde bir yolculuk olan ölümü geride kalanlar için endişe duyulacak bir olay şeklinde algılamak yerine fırsat olduğunu düşünmektedir. Son olarak da bireylerin uhrevi bir bakışa sahip olma düzeyleri arttıkça ölüm adına var olan soru işaretleri ortadan kaldırdığından (din sayesinde) son bir yenilgi olduğu fikri azalmaktadır.

Dünyevi bakış açısı ile yaşlılık algısı boyutlarından “psikososyal kayıp”, “olumlu beklentiler” arasında pozitif anlamlı bir ilişki tespit edilmişken “tecrübe ve örnek olma” faktörü ile negatif anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bakımdan bireylerin dünya hayatına düşkünlükleri arttıkça yaşlılığı fiziksel ve zihinsel belli yetilerin kaybedildiği bir dönem olarak algılama düzeyleri artmaktadır. Bunun yanı sıra bireylerin dünya hayatına düşkünlükleri arttıkça yaşlılıktan beklentileri olumlu yönde artmaktadır. Son olarak da bireylerin dünyadan beklentileri arttıkça genç nesillere örnek olunması ve yol gösterilmesi gerektiği fikri azalmaktadır.

Uhrevi bakış açısı ile yaşlılık algısı alt boyutlarından “pozitif değerlendirme” ve “tecrübe ve örnek olma” arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu bakımdan uhrevi bakış açısına sahip olunması bireyin yaşlılığı etkin ve sosyal geçirme isteğini arttırabileceğinden bu döneme ait değerlendirmeleri pozitif yönde artmaktadır. Bunun yanı sıra bireylerin kendi bedenlerinin geçiciliğine olan inanç düzeyi arttıkça yaşlılığın genç nesillere örnek olunması gereken bir dönem olduğu fikri artmaktadır.

Çalışmanın amaçlarından olan ölüm algısının yaşlılık algısına etkisini ortaya koymak için yapılan regresyon analizi sonucu; “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme”, “başarısızlık”, “bilinmezlik” ve “acı çekme” boyutlarının “psikososyal kayıp” üzerinde pozitif bir etkisi bulunduğunu ortaya koymuştur. Bu bakımdan bireyler ölümü; geride kalanlar için gerçeklerle yüzleşme anı, bu hayatta yapmak istenilenlere engel olan bir olay, bazı soruların cevap bulunamadığı bir olgu ve acı veren son an olarak gördükçe yaşlılığı kayıpların olduğu bir dönem şeklinde algılamaktadır. Bu açıdan ölümün bilinmezliklere dolu ve geride kalanlara fırsat tanıdığı, acı verdiği, yenilgiye neden olduğu fikri; yaşlılığın insanın gençlikteki zindeliğini alıp götüreceği algısının artmasına etki etmektedir.

Bunun yanı sıra ölüm algısı alt boyutlarından “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” ve “cesaret” faktörlerinin “pozitif değerlendirme” üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Ölümü geride kalanlar için bir şans ve cesaret verici bir olay olarak algılamak hantal ve elden ayaktan düşmüş klasik yaşlı figürünün yerini kendi kendine yeten bir insana dönüştürmektedir. Bu duruma benzer şekilde “ahirette ödüllendirilme” ve “cesaret” boyutlarının da “olumlu beklentiler” faktörü üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu açıdan ölümü, ahirete geçişte insana bahşedilen bir ödül olarak görmek ve cesaret verici olduğunu düşünmek yaşlılığa dair beklentileri daha olumlu hale getirmektedir. Bu minvalde ölümü insana haiz görmek, her canlı için var ve ebedi son olduğuna inanmak yaşlılığı pozitif değerlendirmeyi ve bu döneme karşı dair olumlu beklentiler içinde olmayı sağlamaktadır.

Son olarak da “ahirette ödüllendirilme” ve “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” boyutlarının “tecrübe ve örnek olma” faktörü üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Buradan şu sonuca ulaşılmaktadır; bireyler ölümü, ödül olarak gördükçe ve geride kalanlar için bir fırsat olduğunu düşündükçe yaşlılığın gençlere örnek olunması gerektiren bir dönem olduğu algısı artmaktadır. Bu açıdan bireylerin ölümü insanın

fizyolojik yapısına has görmesinin yaşlılığı kabullenip buna uygun fikirler edinilmesine etki ettiği tespit edilmiştir.

Bu bakımdan bireylerin ölümü kabullenmesi, onunla iç içe yaşaması ve reddetmemesi sayesinde yaşlılığı daha kolay kabul ettiği sonucuna varılmaktadır. Özellikle de bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre, modern zamandaki ölüm ve yaşlılık algısının katılımcılar adına yaygın olmadığı görülmektedir. Bu açıklamalardan yola çıkıldığında şu sonuca varılmaktadır; bu çalışmada katılımcıların uhrevi bakış açısı daha üstün çıktığı için bireylerin; yaşlılığı dışlamadıkları, bu dönemi algılamaya çalıştıkları ve bu döneme karşı beklentilerinin olumlu olduğu görülmektedir. Ergun (2013: 145)'a göre insanın ölüm gibi mühim bir konuda hem kendisi hem de topluma karşı sergileyeceği tavrını yetiştirilmiş olan kültür ve medeniyet etkilemektedir. Türk kültüründe ölüm, her zaman yaşamla bir anılıyor olması bir yok oluşa değil aksine sürekli bir yaşama işaret etmesini sağlamaktadır. Günümüzde var olan ölüm algısında geçmiş Türk toplumlarının anlayışları ve ritüelleri bazı değişikliklere uğrasa da adetlerde benzerlikler bulunmaktadır. Bu açıdan sosyal değişimler meydana gelse de kültürel alışkanlık haline gelen inançsal uygulamaların kalıcı olması bu duruma neden olmaktadır (Yılmaz, 2016: 251). Bu açıdan diğer kültürlerin de ölüm algısını ortaya koyan çalışmalar dikkat çekmektedir. Avustralyalı ve Japon denekler üzerinde ölüm kaygısını ölçmek için yapılan çalışmada (Schumaker vd., 1991) Japon deneklerin daha yüksek ölüm kaygısı olduğu bulunmuştur. Bunun yanı sıra Bangladeş'te yapılan bir çalışmada (Joarder vd., 2014) Müslümanlar ve Hinduların yaşadığı bu toplumda ölümle alakalı pek çok yaygın algıyı ortaya koymuştur. Ömre dair algı; maneviyat, dua, başkalarına iyi davranmak gibi durumlarla ilgiliyken ölüm korkusu çocukları evlendirmek gibi dünya sorumluluklarını kapsamıştır. Bunun yanı sıra Katolik, Yahudi, Protestan, ateist ve diğer insanlar arasında yapılan bir çalışmada (Templer, 1972) dini inançları daha kuvvetli olan, dünyadan sonra bir yaşama inananların gerçek anlamda daha az ölüm kaygısı taşıdıkları görülmüştür.

Elde edilen bu sonuçlar gerek uhrevi bakış açısının daha yüksek çıkması gerekse de ölüm algısının yaşlılık algısı üzerine etkisini ortaya koymak adına bir yol haritası göstermektedir. Bu dünyanın gelip geçici olduğuna inanan bireyler kendi bedenlerine ölümü haiz görmektedir ve öteki dünya için hazırlıklar yapmaktadır. Tam anlamıyla Dehşet Yönetim Kuramı bu noktada bireylerin düşüncelerinin ölüme karşı tutumlarını ortaya koymasından ötürü önem kazanmaktadır. Türk toplumunda insanların Müslüman

olmalarından ötürü diğer dünya için hazırlık yaptıkları, bu dünyanın gelip geçici olduğunun farkına vardıkları bilinmektedir. Ayrıca Türk toplumunda uhrevi bakış açısı ölüme karşı kaygıları azaltmada bir aracı olarak görülebilir.

Yapılan araştırmalar neticesinde literatürde ölüm algısını ele alan çalışmalar olduğu görülmüştür (Tümlü 2013; Akkuş, 2013; Erdoğan, 2019; Orbach ve Glaubman 1978). Ayrıca literatürde ölüm kaygısı hakkında birçok çalışma bulunmaktadır (Mutlu, 2013; Kumcağız ve Yılmaz, 2012; Schumaker vd., 1991). Bunun yanı sıra yapılan araştırmalar neticesinde ölüm algısının sağlık hizmeti kullanımına etkisini ele alan çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmanın amaçlarından olan ölüm algısının sağlık hizmeti kullanımına etkisini ortaya koymak için regresyon analizi yapılmış; ölüm algısı boyutlarının poliklinik hizmeti kullanımına etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra “cesaret” boyutunun acil sağlık hizmeti kullanımı üzerinde negatif bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Elde edilen bu sonuç şunu göstermektedir; ölüm algısı alt boyutlarının poliklinik hizmeti kullanımına etkisi olmadığı tespit edilmişken, bireyler ölümü cesaret verici, korkulmayan bir an olarak algıladıkça daha az acil sağlık hizmeti kullanmaktadır.

Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, “başarısızlık” boyutunun aile hekimi hizmeti kullanımı üzerinde pozitif bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu minvalde bireyler ölümü, istediklerini elde etme ve kendini gerçekleştirme adına başarısızlık olarak algıladıkça aile hekimine daha fazla başvurmaktadır. Bu açıdan ölümün insan hayatı için doğal olduğu ve her canlının bir gün ölümü tadacağı gerçeği bilinmesine rağmen çare olarak daha fazla aile hekimi hizmeti kullanıldığı görülmektedir. Ayrıca “ahirette ödüllendirilme” boyutunun özel hekim kullanımı üzerinde negatif bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç şunu göstermektedir; bireyler ölümü, dünyadaki hayatın son bulmasını sağlayacak olan bir ödül olarak gördükçe özel hekime daha az başvurmaktadır.

“Bilinmezlik” boyutunun dış hekimi hizmeti kullanımı üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Bu açıdan bireylerin ölüm hakkında şüpheleri arttıkça daha fazla dış hekimine başvurdukları görülmektedir. Ayrıca bireylerin ölüm algısı boyutlarının klinik hizmeti kullanımı üzerinde bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde ölüm algısı boyutlarının eczane hizmeti kullanımı üzerinde de bir etkisi olmadığı

saptanmıştır. Bu durum şunu ortaya koymaktadır; bireylerin ölüm ile algılarının klinik ve eczane hizmeti kullanması üzerinde bir etkisi bulunmamaktadır.

Yapılan araştırmalar sonucunda literatürde yaşlılık algısını ele alan çalışmalar araştırmacının dikkatini çekmiştir. Sözen (2014) yüksek lisans tezinde Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi polikliniklerine başvuran örnek bir yaşlı grubunun yaşam kalitesi ve yaşlanma algısının değerlendirmesini yapmıştır. Baysan (2008) uzmanlık tezinde yaşlıların yaşlılık algısının sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörleri üzerine bir çalışma yapmıştır. Diğer yandan Şahin (2015) yüksek lisans tezinde yaşlılığa bakış ve yaşlılara sunulan kurumsal hizmetlerin farkındalığını incelemiştir.

Çalışmanın amaçlarından olan yaşlılık algısının sağlık hizmeti kullanımına etkisi regresyon analiziyle incelenmiş ve elde edilen sonuçlara göre katılımcıların yaşlılık algısının poliklinik hizmeti kullanımı üzerinde bir etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir. Bunların yanı sıra yaşlılık algısı boyutları ile acil sağlık hizmeti kullanımı arasında da bir etki tespit edilmemiştir. Bu minvalde şu sonuca varılmaktadır; yaşlılık algısı alt boyutlarının poliklinik ve acil sağlık hizmeti kullanımına etkisi bulunmamaktadır.

Yaşlılık algısı alt boyutlarından “psikososyal kayıp” ve “pozitif değerlendirme” boyutlarının aile hekimi hizmeti kullanımı üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu minvalde şu sonuca varılmaktadır; yaşlılığa karşı pozitif bir bakış içinde olduğunca aile hekimliği hizmeti daha fazla kullanılmaktadır. Ayrıca yaşlılık, insani bazı fonksiyonların kaybedildiği bir dönem olarak algılandıkça aile hekimine daha fazla başvurulmaktadır. Bu açıdan bireyler bu dönemi pozitif bir şekilde değerlendirse de yaşlılıkta meydana gelen fiziksel kayıplarla baş edebilmek için daha fazla aile hekimliği hizmetlerini kullanmaktadır.

Bunların yanı sıra “tecrübe ve örnek olma” boyutunun özel hekim hizmeti kullanımı üzerinde negatif bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu durum şu anlama gelmektedir; bireyler yaşlılığı örnek olunması ve genç nesle tecrübelerin aktarılması gereken bir dönem şeklinde algıladıkça özel hekime daha az başvurmaktadır.

Yaşlılık algısının dış hekim hizmeti kullanımına etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Ancak “psikososyal kayıp” boyutunun klinik hizmeti kullanımı arasında pozitif bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bu açıdan bireylerin yaşlılığı, kendisinde

belli kayıpları meydana getirecek bir dönem olarak algılama düzeyi arttıkça klinik hizmetini daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir. Ayrıca “olumlu beklentiler” boyutunun eczane hizmeti kullanımı üzerinde pozitif bir etkisi olduğu saptanmıştır. Bu bakımdan bireylerin yaşlılığa dair beklentileri olumlu hale geldikçe eczaneye daha fazla başvurdukları tespit edilmiştir. Son olarak da tecrübe ve örnek olma boyutunun eczane hizmeti kullanımı üzerinde bir etkiye sahip olmadığı görülmüştür.

5.2. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık hizmeti kullanımı sorularına verilen cevaplardan yola çıkıldığında katılımcıların poliklinik ve eczane hizmeti kullanım sayısının diğer hizmet türlerine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca aile hekimliğinin poliklinik hizmetine nazaran daha az kullanılması Türkiye’deki birinci basamak hizmetlerinden olan aile hekimliğinin uygulanabilirliği açısından ipucu vermektedir. Bunların yanı sıra katılımcıların tansiyon, diyabet, kalp ve astım cevaplarını en yüksek katılım düzeyinde “*kronik bir hastalığınız var mı?*” ve “*sürekli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?*” sorularına vermesi hem bir tutarlılık göstergesi hem de katılımcıların genel sağlık durumu hakkında bilgi vermektedir.

Ölüm ve yaşlılık algısı ölçeğine araştırmacı tarafından eklenen uhrevi bakış açısını yansıtan ifadeye “*Hayatın geçiciliği düşünülerek ahiret hayatının olduğu akılda tutulmalıdır.*” en yüksek, dünyevi bakış açısını yansıtan “*Yaşayacağımız her şey bu dünyadadır.*” ifadesine en düşük katılım sağlanmıştır. Ayrıca ölüm algısına ilişkin ifadelerden; en yüksek “*Ölüm, Allah’a kavuşma ve sonsuz bir huzurdur.*”, en düşük ise “*Ölüm, son bir eziyettir.*” ifadesine katılım sağlanmıştır. Son olarak da yaşlılık algısına ilişkin ifadelerden; en yüksek “*Yaşlı bir insanın tecrübeleri ve kazandıklarını gençlere aktarması çok önemlidir.*”, en düşük ise “*Yaşlı olmak sanıldığından daha kolaydır.*” ifadesine katılım sağlanmıştır.

Elde edilen sonuçlara göre ölüm algısı boyutlarından “ahirette ödüllendirilme”, “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” ve “cesaret” faktörlerinin yüksek; “başarısızlık”, “bilinmezlik” ve “acı çekme” boyutlarının düşük puan aldığı görülmüştür. Ayrıca yaşlılık algısı boyutlarından “tecrübe ve örnek olma” ve “pozitif değerlendirme” yüksek; “psikososyal kayıp” ve “olumlu beklentiler” faktörleri düşük puan almıştır.

Yaş bağımsız değişkenine göre elde edilen sonuçlar; yetişkin grubunda yer alan katılımcıların diğerlerine göre ölümün geride kalanlara fırsat tanıdığı algısının daha düşük olduğunu, katılımcıların yaşı ilerledikçe ölümü başarısızlık olarak algıladığını ve yaşlı katılımcıların yetişkinlere göre ölümü cesaret verici olarak gördüğünü ortaya koymuştur.

Cinsiyet değişkeni bağlamında elde edilen sonuçlara dikkat çekmek gerekirse kadınların erkeklere göre ölümü soru işaretleriyle dolu ve acı verici olarak algılama düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak yine erkeklerin ölümü başarısızlık olarak atfetme eğilimlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bunun yanı sıra medeni durum değişkeni için bu hususlar göze alındığında evli bireylerin ölümü başarısızlık olarak algılama düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Gelir seviyesi daha yüksek olan katılımcıların ölümü başarısızlık olarak görme eğilimleri daha yüksek bulunmuştur.

Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin olmayanlara göre (ilköğretim) geride kalanlar için duydukları endişe daha fazla, ilköğretim mezunlarının diğer gruplara göre ölümü başarısızlık olarak görme eğilimi daha yüksek, ilköğretim mezunlarının diğer gruplarda yer alanlara göre ölümü cesaret verici bulma eğilimi daha fazla, ilköğretim mezunlarına göre lise ve üniversite eğitimi alanların ölümü bilinmezlik olarak algılama düzeyi düşük, düşük düzeyde eğitim almış bireylerin ölümü acı verici bir son olarak algılama eğilimleri daha fazladır.

Daha yaşlı katılımcıların; yaşlılığı kayıplar dönemi olarak gördüğü, genç ve yetişkinlere göre yaşlıların bu dönemi hem pozitif değerlendirdiği hem de bu döneme karşı olumlu beklentiler içinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Erkeklerin kadınlara göre yaşlılığı daha pozitif değerlendirdikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Evli olan grubun olmayanlara göre yaşlılığı daha pozitif değerlendirdiği, bu dönemi kayıplar şeklinde algıladığı ve yaşlılığa karşı olumlu beklentiler içinde olduğu saptanmıştır.

Yüksek gelire sahip bireyler yaşlılığı daha pozitif değerlendirmekte ve en düşük gelir seviyesinde yer alanların bir üst gelir grubuna göre bu döneme karşı beklentilerini olumsuz hale getirmektedir.

Daha düşük düzeyde eğitim almış katılımcıların yaşlılığı kayıplar dönemi olarak algılama düzeyi daha yüksek iken yine bu kişilerin bu döneme karşı pozitif değerlendirmeler yaptığı ve olumlu beklentiler içinde olduğu saptanmıştır.

Dünyevi bakış açısının ölüm algısı boyutları ile arasındaki ilişki incelenmiş ve “ahirette ödüllendirme” faktörü ile negatif anlamlı; “başarısızlık”, “bilinmezlik” ve “cesaret” faktörleri ile pozitif anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Uhrevi bakış açısı ile “ahirette ödüllendirilme” ve “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” boyutları arasında pozitif anlamlı, “bilinmezlik” boyutu ile negatif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Dünyevi bakış açısından alınan puanlar ile yaşlılık algısı alt boyutlarından “psikososyal kayıp” ve “olumlu beklentiler” faktörleri arasında pozitif anlamlı, “tecrübe ve örnek olma” faktörü arasında negatif anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca uhrevi bakış açısı ile “pozitif değerlendirme” ve “tecrübe ve örnek olma” boyutları arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Ölüm algısı alt boyutlarından “bakmakla yükümlü oldukları terk etme”, “başarısızlık”, “bilinmezlik” ve “acı çekme” faktörlerinin yaşlılık algısı alt boyutlarından “psikososyal kayıp” üzerinde pozitif; “ahirette ödüllendirilme” ve “cesaret” faktörlerinin yaşlılık algısı alt boyutlarından “pozitif değerlendirme” boyutu üzerinde pozitif etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra ölüm algısı alt boyutlarından “ahirette ödüllendirilme” ve “cesaret” faktörlerinin yaşlılık algısı alt boyutlarından “olumlu beklentiler” üzerinde pozitif; “ahirette ödüllendirilme” ve “bakmakla yükümlü olduklarını terk etme” faktörlerinin yaşlılık algısı alt boyutlarından “tecrübe ve örnek olma” faktörü üzerinde pozitif bir etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmanın merak edilen hususlarından biri de ölüm ve yaşlılık algısının sağlık hizmeti kullanımına etkisidir. Bu açıdan bireyler ölümü; cesaret verici bir olgu olarak gördükçe daha az acil sağlık hizmeti, bir yenilgi olduğunu düşündükçe daha fazla aile hekimi hizmeti, dünyadaki hayatın son bulup ahiret için bir ödül olduğunu algıladıkça

daha az özel hekim hizmeti ve bilinmeyen bir son olduğunu fikrine kapıldıkça daha fazla dış hekim hizmeti kullanmaktadır.

Benzer şekilde bireylerin yaşlılığa dair; kayıpların olduğu bir dönem şeklindeki algısı arttıkça daha fazla aile hekimi ve klinik hizmeti kullandığı tespit edilmiştir. Ayrıca bireyler yaşlılığa dair; pozitif değerlendirmeler yaptıkça daha fazla aile hekimi, olumlu beklentiler içinde oldukça daha fazla eczane hizmeti kullanmaktadır. Son olarak da bireyler, yaşlılığın örnek olunması gereken bir dönem olduğunu düşündükçe daha az özel hekim ve eczane hizmeti kullanmaktadır.

Modern zamanda ölüm ve yaşlılık algısında yaşanan dönüşümün sağlık hizmetlerine etkisinin araştırıldığı bu çalışmadan elde edilen sonuçlara bakıldığında; katılımcıların uhrevi bakış açısının yüksek çıkması ölümü kabullendiklerini ve buna uygun bir hayat sürdürdüklerini ortaya koymaktadır. Bunun yanı sıra katılımcıların yaşlılık algısı boyutlarından “tecrübe ve örnek olma”ya en yüksek katılımı sağlaması yaşlılığın da kabul edildiğini göstermektedir. Bu açıdan katılımcıların modern zamanın insana haiz görülmeyen ölüm algısına sahip olmadıkları görülmektedir. Ayrıca yine katılımcılar yaşlılığı başkasına muhtaç olunan, kendi kendine yetmenin mümkün olmadığı düşkünlük dönemi şeklinde görmemektedir.

Bu sonuçlardan aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

1. Dünyevi bakış açısının daha yüksek çıkabileceği bir örneklem grubunda ölüm ve yaşlılık algısının sağlık hizmeti kullanımına etkisini inceleyen bir araştırma yapılabilir.
2. Dehşet Yönetimi Kuramı kapsamında katılımcıların ölümün dehşet vericiliğine karşın dünyevi ve uhrevi bakış açısının ayrı ayrı yüksek çıkabileceği örneklem grupları (farklı kültürlere ve dini inançlara sahip ülke/ler) için ölüm ve yaşlılık algısının sağlık hizmeti kullanımına etkisini ele alan bir araştırma yapılabilir.
3. Ölüm ve yaşlılık algısının sağlık hizmeti kullanım türlerine etkisini inceleyen çalışmaların bibliyometrik analizi yapılabilir. Bu sayede her hizmet türünün etkisi noktasında genel bir bakış açısı ortaya konulmuş olacak ve hizmet türleri bakımından bu algıların etkisi üzerinde genel bir sonuca ulaşılmış olunacaktır.

4. Ölümün kurumsallaşan yapısında insanların daha uzun yaşıyor olunmasını değerlendirmek için utanç verici ölüm kavramı üzerinden yola çıkılarak bir araştırma yapılabilir. Bu sayede günümüzdeki ve geçmişteki ölüm algısı üzerinde daha derinlemesine bir inceleme yapılmış olacaktır.
5. Yaşlılık bakım hizmetleri ve yaşlılık algısı arasındaki etkiyi ortaya koyabilmek için yaşlı bakım merkezlerine belirli bir yıldan başlayarak başvuran kişi sayısı üzerinden bir araştırma yapılabilir. Bu sayede dönüşen yaşlılık algısının kurumsallaşması hakkında daha detaylı bilgi elde edilmiş olacaktır.
6. Yoğun bakım hizmetlerini kullanan kişilere uygulanan pasif ötenazi uygulamasında karar vericilerin ölüm algısının etkisinin olup/olmadığı ile alakalı bir araştırma yapılarak sağlık hizmetlerine yansıyan yapısı değerlendirilebilir.
7. Ölüm haberini ölen kişinin yakınlarına veren hekime uygulanan şiddet olayları üzerinden nitel bir araştırma yapılabilir. Ölümü kabullenen bireylerin verdikleri tepkilerle tam tersi tutum içinde olanların sergiledikleri davranışlar üzerinden değerlendirme yapılması sayesinde sağlık hizmetlerine yansıyan yönleri daha kapsamlı bir şekilde ele alınmış olacaktır.

Araştırmacının Notu: Bir araştırmacının çalışma konusu bulması hem zahmetli hem de içine sinmesi bakımından önem arz eden bir husustur. Araştırmacıya farklı bir bakış açısı katacak olması ve Türkçe literatürde de pek sık çalışılmamış olması gibi noktalar bu konunun belirlenmesinde etkili olmuştur. Daha sonrasında araştırmacı tarafından gerek literatürün kapsamını oluşturabilmek gerekse de yapılan çalışmaları değerlendirebilmek adına konuya yönelik okumalar yapılmıştır. Bu sayede modern zamanda hayatın pek çok alanında yaşanan sosyolojik dönüşümlerin sağlık hizmetlerine yansımaları hakkında bilgi edinilmeye çalışılmıştır. Ölüm, hayatın her yerinde olması ve her canlının tadacağı gerçeğine nazaran günümüzde başkasına atfetmediğimiz bir özelliğe sahiptir. Aynı şekilde insanın çocuk, ergen ve yetişkin olabileceği dimağlarda yer edinmişken yaşlılık hantal ve başkasına muhtaç olunan bir şekilde algılanmaktadır. Diğer yandan her iki kavramın yaşadığı bu dönüşümlerin kurumsallaşan bir yapısı olduğunun farkına varılmıştır. Bu hususta sağlık hizmetlerine yansıyan yönlerini araştırmak konuya olan ilgiyi de arttırmıştır. Ölüm; çalışılması güç bir konu olmasının yanı sıra insana farklı

zenginlikler katan bir özelliğe sahiptir. Bu çalışma esnasında araştırmacı, insanın ölümlü yapısında kendine aradığı çıkışlarda hayat telaşesinin bu gerçekliği siler gibi olsa da aslında her yerden geldiğinin farkına varmıştır. Ölümün soğuk ve katı yapısının insanlara suskunluk veren hali araştırmacının zihninde biraz daha somut hale gelmiş ve bunun bir çözüm olmadığı fark edilmiştir. Özellikle de yapılan diğer çalışmaların çeşitliliği ve bu konu üzerine var olan tartışmalar ölümün ne kadar yok sayılırsa sayılsın hayatın her yerinde kendine yer edindiğini ortaya koymaktadır. Aynı şekilde modern zamanın ötediği yaşlılık algısının bu denli ele alınıyor olması da aynı sonuca ulaşılmasını sağlamaktadır. Araştırmacı çalışma yaparken en çok anket kısmında zorluk çekmiştir. Öyle ki anketler belli sayıda yaşlı insana uygulanmış ve bu insanlara hem ulaşması hem de iletişim kurulmasında güçlük yaşanmıştır. Diğer yandan bu olaylar araştırmacının deneyim kazanmasında etkili olmuş ve bir nebze de olsa yaşlı insanların yerine kendisini koymasını sağlamıştır. Bütün bunların yanı sıra bazı insanların ölümle ilgili ifadeleri gördüğünde anketi doldurmaktan vazgeçtikleri görülmüştür. Neticede bu güçlükler aşılmış ve araştırmacının verim aldığı bir çalışma olmuştur. Ayrıca bu konu üzerinde çalışmak isteyen araştırmacılara farklı ufuklar açacak önerilerde de bulunulmuştur.

KAYNAKÇA

- Achenbaum, A. and Stearns, P. N., (1978), "Essay: Old Age and Modernization", *The Gerontologist*, 18(3): 307-312.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, (2012), Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı, Ankara.
- Akalın, A. E., (2006), *Ölümün ve Ölmenin Sosyolojisi Üzerine Kuramsal Bir Çalışma*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Akbaş, M., (2002), "Yahudi ve Hıristiyan Düşüncesinde Ölüm Sonrası Hayat ve Diriliş İnançının Dini ve Teolojik Temelleri", *Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi Sayı*, (15): 37-60.
- Akbaş, N. D., (2009), "Ölümü Görselleştirmek", *Dokuz Eylül Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesi Dergisi*, 25-29.
- Akçetin, Ç. N., (2010), "Heidegger’in Düşüncesinde Ölüm", *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,(4): 1-7.
- Akdaş, C., (2017), "A Ay ve Bal Filmlerinde Çocuğun Ölüm Kavramını Nasıl Anlamlandırdığı Üzerine", *Kesit Akademi Dergisi*, (7): 316-336.
- Akdur, R., (1999), *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*, 2. Baskı, Ankara: A.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Akdur, R., Piyal, B., Çalışkan, D. ve Ocaktan, M. E., (2011), *Halk Sağlığı*, B. Piyal (Ed.), Ankara: Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları.
- Akın, G., (2002), "Başlangıçtan Günümüze Yaşlının Aile ve Toplumdaki Statüsü", *Geriatrı*, 5(1): 75.
- Akkaş, E., Polat, F. N. ve Türkmen, Z. (2016), "Sağlık İhtiyacının Oluşmasında Estetik Odaklı Manipülatif Haberlerin Değerlendirilmesi", içinde Ü. Güneş ve E. S. Yavaş (Ed.), *V. Türkiye Lisansüstü Çalışmalar Kongresi*, (ss. 105-117), İstanbul: İlmî Etüdler Derneği ve Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Akkuş, M. B., (2013), *Technological Transformation of the Perception of Death*, Yüksek Lisans Tezi, İhsan Doğramacı Bilkent Üniversitesi İktisadi ve Sosyal Bilimler Entitüsü Medya ve Tasarım Anabilim Dalı, Ankara.
- Aksu, G., Eser, M. T. ve Güzeller, C. O., (2017), *Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi ile Yapısal Eşitlik Modeli Uygulamaları*, 1. Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık.

- Aklk, H., (2015), *Yaşlıların Yaşlılık Algısı: Antalya/Finike Ve Polonya/Rzeszow rneği*, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Bolu.
- Alma Ata Bildirgesi, 1978, Cenevre.
- Altan, . Z., (2007), *Sosyal Politika*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Andersen, R. and Newman, J. F., (2005), “Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States”, *The Milbank Quarterly*, 83(4): 1-28.
- Arıkan, A., (2018), “İslam Dünyasının Mezhep Haritası ve Nfus Dağılımları”, *Journal of Islamic Research*, 29(2): 348-379.
- Aris, P., (1974), *Western Attitudes toward Death: Form the Middle Ages to the Present*, (ev. P. M. Ranum), London: The John Hopkins University Press.
- Artun, E., (2016), “ukurova ve Kıbrıs Halk Kültüründe lm Algılama”, *Folklor/Edebiyat*, 22(85): 9-22.
- Ayten, A., (2009), “niversite ğrencilerinde lm Kaygısı: Türk ve Ürdünlü ğrenciler zerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma”, *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 9(4): 85-108.
- Barnard, D., (1996), “Ethical Issues in Hospice Care”, içinde D. C. Sheehan and W. B. Forman (Ed.), *Hospice and Palliative Care Concepts and Practice*, (ss. 115-130), 1. Baskı, London: Jones and Bartlett Publishers.
- Barrett, J. C., (1989), “The Living, the Dead and the Ancestors: Neolithic and Early Bronze Age Mortuary Practices, J. C. Barrett and I. Kinnes (Ed.), *The Archaeology of Context in the Neolithic and Bronze Age*, University of Sheffield: 30- 41.
- Baudrillard, J., (1993), *Symbolic Exchange and Death*, London: Sage Publications.
- Bauman, Z., (1992), *Mortality, Immortality and Other Life Strategies*, Oxford: Blackwell Publishers.
- Bayrak, F., (2018), *Yaşlılık Olgusuna Sosyolojik Bir Yaklaşım*, Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Ana Bilim Dalı, Elazığ.
- Baysan, N. P., (2008), *Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*, Uzmanlık Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa.
- Becker, E., (1973), *The Denial of Death*, Free Press, New York: A Division of Macmillan Publishing.

- Beğer, T. ve Yavuzer, H., (2012), “Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi”, *Klinik Gelişim*, 25(3): 1-3.
- Bektaş, O. E., (2017), “Postmodern Dünyada Yaşlı Olmak”, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(2): 9-18.
- Belek, İ., (2000), “Sağlıkta ve Sağlık Hizmeti Kullanımında Sosyoekonomik Eşitsizlikler (Antalya' da Bir Araştırma)”, *Ekonomik Yaklaşım*, 63- 81.
- Bennahum, D. A., (1996), “The Historical Development of Hospice and Palliative Care”, içinde D. C. Sheehan and W. B. Forman (Ed.), *Hospice and Palliative Care Concepts and Practice*, (ss. 1-10), 1. Baskı, London: Jones and Bartlett Publishers.
- Bildik, T., (2013), “Ölüm, Kayıp, Yas ve Patolojik Yas”, *Ege Tıp Dergisi*, 52(4): 223-229.
- Blagosklonny, M. V. and Salon, M. N., (2009), “Growth and Aging: A Common Molecular Mechanism”, *Aging*, 1(4): 357-362.
- Bregman, L., (2006), “The Roles of Religions in the Death Awareness Movement: Hidden Legacies”, *The Forum*, 33(2): 4-5.
- Buda, M. and Tsuang, M. T., (1990), “The Epidemiology of Suicide: Implications for Clinical Practice” içinde S. J. Blumenthal ve D. J. Kupfer (Ed.), *Suicide Over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment, And Treatment of Suicidal Patients*, Washington: American Psychiatric Press.
- Bulduk, E. Ö., (2014), “Yaşlılık ve Toplumsal Değişim, *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2: 53- 60.
- Clark, J., (2014), “Medicalization of Global Health 1: Has the Global Health Agenda Become Too Medicalized?”, *Global Health Action*, 7: 1-6.
- Çataloğlu, S., (2018), “Yaşlılık, Değer ve Teknoloji”, *Uluslararası İnsan Çalışmaları Dergisi*, 1(1): 27-35.
- Çelik, R. ve Erdem, R. (2016), “Hekimin Değişen Kimliği Çerçevesinde Sağlığın Kültürleşmesi”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 7(16): 61-74.
- Çetin, N., (2015), *Annelerdeki Ölüm Kaygısının Çocukları ile Kurdukları Ölüm İletişimine Etkisinin Araştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi, İstanbul.
- Çetinkaya, H., (2011). “Roma ve Bizans İmparatorluklarında Ölüm Algısı ve Mezar Türleri” *Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3: 18-38.

- Çevik, Ş., (2005). “Ergenlerde Ölüm Düşüncesi İntihar ve Din”, *Değerler Eğitimi Dergisi*, 3 (9): 89-117.
- Danış, M. Z., (2009), *Kurumlarda Kalan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörler: Ankara Örneğinde Bir Alan Araştırması*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- Demir, S. T., (2017), “Modernite ve Ölüm: Açık Erişimli Ölüm Döşeginden İzole Yoğun Bakım Ünitelerine Bedenin ve Ölmenin Değişen Yüzü”, *Global Media Journal*, 7(14): 190- 202.
- Demirci, H., Budak, E., Taymur, İ., Aşkın, R. ve Bozkurt, H., (2016), “Palyatif Bakım ve Ölümle Yüzleşme”, *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 8(3): 35-39.
- Dinçer, D., (2017), “Dehşet Yönetimi Kuramı’nda Yaşam ve Ölüm”, içinde A. K. Çüçen, *Yaşam ve Ölüm Felsefesi*, (570-582), 1. Baskı, Ankara: Sentez Yayıncılık.
- Drahota, J. A. T. and Elitzen, D. S., (1988), “The Role Exit of Professional Athletes”, *Sociology of Sport Journal*, 15: 263-278.
- Durmaz, T., (2017), *Hastanelerde Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Hasta Algısı Üzerinden Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.
- Ebaugh, H. R., (1988), *Becoming an Ex: The Process of Role Exit*, London: The University of Chicago Press.
- Efe, E., Bek, Y. ve Şahin, M., (2000), *SPSS'de Çözümleri ile İstatistik Yöntemler II*, Kahramanmaraş: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Rektörlüğü.
- Efil, Ş., (2016), “Düşünce Tarihinde ve Modern Tıpta Ölümsüzlük Arayışı ve Eleştirisi”, *Beytulhikme an International Journal of Philosophy*, 6(1): 266-286.
- Erdem, R. ve Pirinçci, E., (2003), “Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler”, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 20(1): 39-46.
- Erdoğan, T. K., (2019), *Onkoloji Hastalarında Yalnızlık ve Ölüm Algısı İle Spiritüel İyilik Hali Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Samsun.
- Erdoğdu, M. Y. ve Özkan, M., (2007), “Farklı Dini İnanışlardaki Bireylerin Ölüm Kaygıları ile Ruhsal Belirtiler ve Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler”, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(3): 171-179.
- Ergun, P., (2013), “Türk Kültüründe Ölümle İlgili Bazı Terimler”, *Millî Folklor*, 100: 134-148.

- Erkan, G., (2011), *Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi ve Müşteri (Hasta ve Hasta Yakını) Memnuniyetine Etkisi Üzerine Teorik ve Uygulamalı Bir Çalışma (Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Halkla İlişkiler Bilim Dalı, Konya.
- Ertaş, H. ve Kırac, F. Ç., (2019), “Hastaların Sağlık Hizmeti Kullanım Durumlarının İncelenmesi”, 2. Uluslararası Sosyal ve Eğitim Bilimleri Sempozyumu, Konya.
- Ertaylan, A., (2016), “1990 Sonrası Türkiye Sinemasında Yaşlılık Temsilleri”, *The Turkish Online Journal of Design*, 6(1): 1-20.
- Eser, E., Gerçeklioğlu, G., Eser, S., Fidaner, C., Baysan, P., Pala, T. vd., (2011), “Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi (AAQ)” Türkçe Sürümünün (AYTA-TR) Psikometrik Özellikleri”, *Turkish Journal of Geriatrics*, 14: 101-110.
- Eyler, N., (2011), *Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilen İllerde Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Bundan Etkilenme Durumu*, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Ankara.
- Feifel, H. and Branscomb, A. B., (1973). “Who’s Afraid of Death?”, *Journal of Abnormal Psychology*, 81(3): 282-288.
- Fişek, N. H., (1983), *Halk Sağlığına Giriş*, Ankara: Çağ Matbaası.
- Gökkaya, D. ve Erdem, R., (2017), “Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Hastalık Şiddeti Algısıyla Değerlendirilmesi”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(26): 149-184.
- Gökner, H., (2013), *Sağlık Hizmeti Pazarının Bölümlemesi ve Kayseri’deki Hastanelerde Bir Uygulama*, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Üretim Yönetimi ve Pazarlama Bilim Dalı, Kayseri.
- Güngör, F. Ş., (2016), “Ölüm Hakkında Çağın Felsefi Senaryosu: Hakikat Mi Hiçlik Mi?”, *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*, (22): 227-240.
- Harman, D., (1981), “The Aging Process”, *Medical Sciences, Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 78(11): 7124-7128.
- Hartshorne, C., (1981), “Dine ve Felsefeye Göre Tanrı”, (Çev.) Mehmet Aydın, *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 24(1): 205-219.
- Hick, J., (1990), “Değişen Ölüm Sosyolojisi”, (Çev. T. Koç), *Erciyes Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, ss. 235-250.
- Hofmann, B., (2016), “Medicalization and Overdiagnosis: Different but Alike”, *Med Health Care and Philos*, doi: 10.1007/s11019-016-9693-6.

- Hopkins, M., (2014), *The Development Children's Understanding of Death*, Faculty of Medicine and Health, University of East Anglia.
- Hooyman, N. R., Kawamoto, K. Y. and Kiyak, H. A., (2015), *Aging Matters an Introduction to Social Gerontology*, Boston: Pearson Education.
- Hökelekli, H., (1991), "Ölüm Ve Ölüm Ötesi Psikolojisi", *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 3(3): 151-165.
- Inayatullah, S., (1981), "The Futures of Death and Dying", *Futurics*, 5(2): 121-141.
- İlhan, M. N., Tüzün, H., Aycan, S., Aksakal, F. N. ve Özkan, S., (2006), "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar", *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3): 33-41.
- Jones, C., (2004), *Huzur İçinde Yatsın: Ölüme Dair Her Şey*, (Çev. M. Gürsel), İstanbul: Dharma Yayınları.
- Joarder. T., Cooper, A. and Zaman, S., (2014), "Meaning of Death: An Exploration of Perception of Elderly in a Bangladeshi Village" *Journal of Cross Cult Gerontol*, 29(3): 299-314.
- Kalkan, M., (2008), Yaşlılık: Tanımı, Sınıflandırılması ve Genel Bilgiler, içinde K. Erganlı ve M. Kalkan (Ed.), *Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık*, (ss. 1-15), Ankara: Pegem Akademi.
- Kara, Z., (2009), *Ölüm Fenomeni Üzerine Bir Din Sosyolojisi Araştırması -Kayseri Örneği*, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Din Sosyolojisi Bilim Dalı, Kayseri.
- Kasar, K. S., Karaman, E., Şahin, D. S., Yıldırım, Y., ve Aykar, F. Ş., (2016), "Yaşlı Bireylerin Yaşadıkları Ölüm Kaygısı ile Yaşam Kalitesi, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5: 48-55.
- Kastenbaum, R., (2002), *Macmillan Encyclopedia of Death and Dying*, New York: Thomson Gale Press.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Kısa, A., (2001), *Sağlık Kurumları Yönetimi*, N. Tokgöz (Ed.), 5. Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Kaya, S., (1995), "Sağlık Bakım Hizmetlerinin Kullanılabilirliği", *Toplum ve Hekim*, 10(66): 101-106.
- Kaygusuz, C. ve Kalkan, M., (2008), Yaşlılık Danışmanlığı, içinde K. Erganlı ve M. Kalkan (Ed.), *Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık*, (ss. 251- 295), Ankara, Pegem Akademi.

- Kellehear, A., (2012), *Ölümün Toplumsal Tarihi*, (Çev. T. Kılınç), 1. Baskı, Ankara: Phoenix Yayınevi. (Orijinal Baskı: 2007).
- Kelly, J. R., (1987), “Later-Life Satisfaction: Does Leisure Contribute?”, *Leisure Sciences*, 9: 189-200.
- Keskin, Y. Z., (2006), “Şanlıurfa Halk Kültüründe Ölüm”, *Harran Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 11(16): 7-41.
- Kımtır, N. ve Köftegöl, Ö., (2017), “Yetişkinlerde Ölüm Kaygısı ile Dindarlık Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme”, *Journal of Sakarya University Faculty of Theology*, 19(36): 55-82.
- Koca, H., (1994), *Ülkemiz Koşullarında Yaşlılık ve Yaşlıların Sosyal Uyumunun Araştırılması (Alan Araştırması)*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Bioistatistik ve Demografi Bilim Dalı, İstanbul.
- Koç, M., (2000), “Ölümsüzlük Arzusu ve Birey Üzerindeki Etkileri”, *EKEV Akademi Dergisi*, 2(3): 61-69.
- Koç, M., (2002), “Ölüm Korkusu Üzerine Kuramsal Açından Psikolojik Bir Değerlendirme”, *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 6: 7-20.
- Koç, M., (2003), “Yaşlılık Döneminde Ölüm Psikolojisi Üzerine Bir Alan Araştırması”, *KSÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi*, (2): 117-143.
- Koçanoğlu, A., (2005), *Personal Meanings of Death and Religiosity as Predictors of Death Anxiety and Death Fear of University Students*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, A Thesis Submitted to The Graduate School Of Social Sciences of Middle East Technical University.
- Konak, A. ve Çiğdem, Y., (2005), “Yaşlılık Olgusu: Sivas Huzurevi Örneği”, *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 29 (1): 23-63.
- Kumcağız, H. ve Yılmaz, M., (2012), “Psikolojik Danışma ve Rehberlik Lisans Programı Öğrencilerinin Cinsiyet ve Sınıf Değişkenine Göre Ölüm Kaygısı Düzeyleri”, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 31(2): 215-231.
- Kuné, J. B., (2003), *On Global Aging Old-Age Income Systems in the EU and Other Major Parts of the World*, Contributions to Economics, New York: Physica-Verlag.
- Kurt, A., (2016), “Tüketim Toplumunda Kusursuzlaş(tır)ma Ayinlerinin Kurbanı Olarak Beden”, *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 20(4): 1301-1319.

- Kurt, G., (2008), *Türkiye’de Yaşlılık Olgusuna Sosyolojik Bir Bakış (Sivas İl Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Toplumsal Yapı ve Değişme Bilim Dalı, Sivas.
- Kurtdaş, M. Ç., (2017), “Medikalizasyon Süreci, Sağlıkın Ticarileşmesi ve Bedenin Denetlenmesine Sosyolojik Bir Bakış”, *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (27): 984-1012.
- Kurtkapan, H., (2017), *Kentleşme Sürecinde Yaşlılık ve Yerel Yönetim Uygulamaları: İstanbul Örneği*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Kutsal, Y. G., (2003), “Yaşlanan Dünya, Yaşlanan Toplum, Yaşlanan İnsan”, *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni*, 3(4): 1-5.
- Kübler-Ross, E., (2005), *On Death and Dying*, London and New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Kütükçüoğlu, M., (2014), “Ölüm Sosyolojisi”, *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 3(2): 472- 476.
- Longino, C. F., and Kart, C. S., (1982), “Explicating Activity Theory: A Formal Replication”, *Journal of Gerontology*, 37(6): 713-722.
- McGann, S., (2013), *The Production of Hospice Space Conceptualising the Space of Caring and Dying*, Farnham: Ashgate Publishing.
- Metin, H., (2006), *Halkla İlişkilerde Sosyal Sorumluluk*, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Halkla İlişkiler Anabilim Dalı, Konya.
- Mutlu, A., (2006), “Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları”, *Maliye Dergisi*, 150: 53-78.
- Mutlu, E., (2013), *İç Güdümlü ve Dış Güdümlü Dindarlık İle Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki: Üniversite Öğrencileriyle Bir Çalışma*, Doktora Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul.
- National Research Council, (2001), *Preparing for an Aging World, The Case for Cross-National Research*, Washington: National Academy Press.
- Neilson, B., (2006), “Anti-ageing Cultures, Biopolitics and Globalisation”, *Cultural Studies Review*, 12(2): 149-164.
- Purdy, L., (2001), “Medicalization, Medical Necessity, and Feminist Medicine”, *Bioethics*, 15(3): 248-261.

- Okursoy, A. ve Turan, A. H., (2014), “Açımlayıcı Faktör Analizi ve Üniversite Yemekhanesinde Müşteri Memnuniyeti Üzerinde Etkili Olan Boyutların Belirlenmesi Üzerine Bir Uygulama”, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 15(1): 65-78.
- Omay, U., (2009), “Sosyal Hakların Manipülasyonu: Sosyal Haklar Kapitalizmin Hizmetinde Mi?”, *Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu Bildiriler Kitabı*, Ankara: Belediye-İş Sendikası Yayını.
- Orbach, I. and Glaubman, H., (1978), “Suicidal, Aggressive and Normal Children's Perception of Personal and İmpersonal Death”, *Journal of Clinical Psychology*, 34 :850-857.
- Orbach, I., Gross, Y., Glaubman, H. and Berman, D. (1985), “Children's Perception of Death in Humans and Animals as A Function of Age, Anxiety and Cognitive Ability”, *Jr Child Psychol Psychiat*, 26(3): 453-463.
- Öçal, Ş., (2107), “İnsan Hayatının Değeri ve Yaşlılık Sorunu”, *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2): 331-338.
- Öz, F., (2002), “Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açıdan Gözden Geçirme”, *Kriz Dergisi*, 10(2): 17-28.
- Özarılan, D. A., (2017), “Ölümün Tıbbileşmesi ve Heterotopya Olarak Yoğun Bakım Ünitesi”, *Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(15): 30-44.
- Özdamar, K., (2017), Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi, Eskişehir: Nisan Yayınları.
- Özdemir, L., Koçoğlu, G., Sümer, H., Nur, N., Polat, H., Aker, A. ve Bakıcı, Z., (2005), “Sivas İl Merkezinde Yaşlı Nüfusta Bazı Kronik Hastalıkların Prevalansı ve Risk Faktörleri”, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(3): 89-94.
- Özen, D., (2008), *Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Özer, H., (2017), “Kalbi Atan Kadavralar”/”Sıcak Ölümler”: Modern Dönemde Ölümün Yeniden Tanımlanma Gereksinimine İlişkin Sosyo-Kültürel Bir İnceleme”, *Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1 (15): 45-56.
- Öztürk, H., (2007), *Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanmasında Markanın Önemi*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, İstanbul.

- Öztürk, Z., Karakuş, G., Tamam, L. (2011), “Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12: 37-43.
- Parlak, E. A., Erdem, R., Alsaifi, D. I. J. and Aborass, N., (2015), “Aging and Aging Policies in Turkey”, içinde F. Akıncı, S. Bostan Ve T. Kılıç (Ed.), *International Healthcare Management Conference*, (ss. 579- 582), Ankara, Gümüşhane Üniversitesi Yayınları.
- Patridge, E., (2006), *Origins: A Short Etymological Dictionary of Modern English*, London and New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Pekergil, M., (2009), *Ölüm Olgusunun Din Sosyolojisi Açısından İncelenmesi (Konya Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Ana Bilim Dalı Din Sosyolojisi Bilim Dalı, Konya.
- Rhoads, E. C., (1984), “Reevaluation of the Aging and Modernization Theory: The Samoan Evidence” *The Gerontologist*, 24(3): 243–250.
- Robben, A. C. G. M., (2004), *Death, Mourning, and Burial: A Cross-Cultural Reader*, USA: Blackwell Publishing.
- Rosenblatt, A., Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T. and Lyon, D., (1989), “Evidence for Terror Management Theory: I. The Effects of Mortality Salience on Reactions to Those Who Violate or Uphold Cultural Values”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4): 681–690.
- Sağır, A., (2013), “Modern Dünya ve Ölüm: Batılının Ölüm Karşısında Tavrıları”, *Tarih Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi*, 2(4): 213-221.
- Sağır, A., (2014), *Ölüm Sosyolojisi*, Ankara: Phoenix Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı, (2013), *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*, Ankara.
- Sayıl, I. vd., (1993), “Ankara’da İntihar Girişimleri Üzerine Bir Çalışma”, *Kriz Dergisi*, 1(2): 56-62.
- Schumaker, J. F., Warren, W. G., & Groth-Marnat, G. (1991), “Death Anxiety in Japan and Australia”, *Journal of Social Psychology*, 131: 511–518.
- Sezer, S., ve Saya, P., (2009), “Gelişimsel Açından Ölüm Kavramı”, *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13: 151-165.
- Shilling, C. (1993), *The Body and Social Theory*, London: Sage Publications.

- Silverstein, M., Burholt, V., Wenger, G. C. and Bengston, V. L., (1998), "Parent-Child Relations Among Very Old Parents in Wales and The United States: A Test of Modernization Theory", *Journal of Aging Studies*, 2(4): 387- 409.
- Slaughter, V., (2005), "Young Children's Understanding of Death", *Australian Psychologist*, 40(3): 179-186.
- Somunoğlu, S., (2012), Sağlık, Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi, içinde M. Tatar (Ed.), *Sağlık Kurumları Yönetimi I*, (s. 2-24), Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Sözen, F., (2014), *Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ve Yaşlılık Algısı: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi rneği*, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Ankara.
- Sweeting, H. N. and Gilhooly, M. L. M., (1992), "Doctor, Am I Dead? A Review of Social Death in Modern Societies", *Omega- Journal of Death and Dying*, 24(4): 251-269.
- şahin, H., (2015), *Yaşlılık Algısı ve Yaşlılara Sunulan Kurumsal Hizmetler Farkındalığı zerine Bir İnceleme: Erzurum İli rneğinde*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Erzurum.
- şahin, Z., (2018), "lm Algısının Yaşam Doyumu zerindeki Etkisi: Üniversite rneği", *Bitlis Eren Üniversitesi Akademik İzdüşüm Dergisi*, 3(3): 1-18.
- şentürk, H., (1983), "lm Gerçeği ve Allah İnanıcı", *Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 1: 303-312.
- şentürk, M., (2008), *2006–2007 ğrenim Yılında Gölcük'te Kocaeli Üniversitesi Meslek Yüksekokulu ğrencilerinin Sağlık Düzeyi, Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Etkileyen Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kocaeli.
- Tanhan, F. ve Arı İnci, F., (2009), *lm Eğitimi*, Ankara: Pegem Akademi.
- Tang, C. S. K., Wu, A. M. S. and Yan, E. C. W., (2002), "Psychosocial Correlates of Death Anxiety Among Chinese College Students", *Death Studies*, 26: 491-499.
- Taşdemir, H., (2014), *Gazzali'de ölüm ve Sonrası Hayat*, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Din Felsefesi Bilim Dalı, Sivas.
- Taşkesen, C. G., (2017), "Kırsal ve Kentsel Alanlarda Yaşlanma, Yaşlılık ve Yaşlılar: Denizli İli rneği", *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(1): 92-124.

- Templer, D. I., (1972), "Death Anxiety in Religiously Very Involved Persons", *Psychological Reports*, 31(2): 361–362.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M., (2014), *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 6. Baskı, Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Timurturkan, M. ve Demez, G., (2018), "Bir Toplumsal İktidar Alanı Olarak Beden ve "Yaşlanan Bedenin" Yeniden İnşası", *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(2): 441-456.
- Thorson, J. A. (1998), "Religion and Anxiety: Which anxiety? Which Religion?", In H. G. Koenig (Ed.), *Handbook of Religion and Mental Health* (pp. 147–160). San Diego: Academic Press.
- Topuz, İ., (2013), "Ölüm Algısı Ölçeği (ÖAÖ) Türkçe Versiyonunun Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", *Değerler Eğitimi Dergisi*, 11(26): 279-300.
- Tornstam, L., (1989), "Gerotranscendence: A Meta-Theoretical Reformulation of the Disengagement Theory." *Aging*, 1(1): 55-63.
- Tufan, İ., (2003), *Modernleşen Türkiye'de Yaşlılık ve Yaşlanmak*, İstanbul: Anahtar Kitaplar Yayınevi.
- Tufan, İ., (2016), *Antik Çağdan Günümüze Yaşlılık ve Yaşlanma*, II. Basım, Ankara: Nobel Yayınları.
- Tümerdem, Y., (2006), "Gerçek Yaş", *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(3): 195-196.
- Tümlü, C., (2013), *5-12 Yaş Aralığındaki Çocukların Ölüm Algısını İfade Biçimlerinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı, Malatya.
- United Nations, (2011), *World Population Prospects The 2010 Revision*, Department of Economic and Social Affairs, New York.
- Uslu, A., (2015), ""Bir Beden Neler Yapabilir?" Sorusunun Biyoetiksel Yankıması ya da Ölüm ve Yaşam Üzerine Felsefi Bir Soruşturma", *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 2(2): 90-103.
- Ünal, M. S., (2011), "Zamansız Ölüm: Geleneksel Ve Modern Toplum Karşıtlığında Ölümün Yeri", *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 11(2): 121-133.
- Ünal, Y., (2003), "Simgesel Değiştokuş ve Ölüm", *Akropol*, 39-44
- Victor, C. R., (1994), *Old Age in Modern Society: A Textbook of Social Gerontology*, London: Chapman & Hall.

- Vincent, J. A., Phillipson, C. and Downs, M., (2006), *The Future of Old Age*, New Delhi: Sage Publications.
- Waddington, I., (1973), “The Role of the Hospital in the Development of Modern Medicine: A Sociological Analysis”, *Sociology*, 7(2): 211-224.
- Walker, G., and Maiden, R., (1987), “Lifespan Attitudes Toward Death”, Paper Presented at the Annual Meeting of the Eastern Psychological Association, Arlington: New York.
- Wilson, G., (2000), *Understanding Old Age*, London: Sage Publications.
- Yanık, C. ve Kara, M., (2016), “Ölü Bedenler Üzerinden Sosyal Kimliğin İfşasında Belediyelerin Sanal Mezarlıkları”, *Mukaddime*, 7(1): 157-178.
- Yaralı, D., (2016), “Öğretmen Adaylarının Özel Eğitim Dersine Yönelik Tutumlarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi”, *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 24: 59-76.
- Yazgan, M., (2009), *Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S., (2004), *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yeniçeri, Z., (2016), “Dehşet Yönetimi Kuramı ve İş Yaşamı”, *İş ve İnsan Dergisi*, 3(1): 43-52.
- Yıldız, A., (2004), “Çocuk, Ölüm ve Kayıp”, *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11: 125- 144.
- Yılmaz, A. H., (2016), “Türklerde Ölüm Anlayışının Çağdaş Türk Resminde Göstergibilimsel Açidan İncelenmesi”, *İdil*, 5(20): 249-274.

İnternet Kaynağı

- Aktan, Ç. C. ve Işık, A. K., (2007), “Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler”, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>.
- Köse, S. K., (2011), Korelasyon ve Regresyon Analizi, http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/mse-ppt-pdf/Kenan_KOSE3.pdf (Erişim: 01.07.2019).

TDK Güncel Türkçe Sözlük,

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c430adbce2f21.02840452 (19.01.2019).

TUİK, (2018), İl Nüfusu, <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr> (Erişim: 03.07.2019).

URL-1

http://umanitoba.ca/faculties/health_sciences/medicine/units/chs/departamental_units/mchp/protocol/media/Andersen_and_Newman_Framework.pdf (Erişim: 01.06.2019).



24	Ölüm, son bir azaptır.	1	2	3	4	5
25	İnsanlar yaşlandıkça yaşamla daha iyi başa çıkabilir.	1	2	3	4	5
26	Yaşlanmak bir ayrıcalıktır.	1	2	3	4	5
27	Yaşlılık yalnızlık zamanıdır.	1	2	3	4	5
28	Bilgelik yaşla edinilir.	1	2	3	4	5
29	Yaşlanmakla ilgili pek çok hoş giden (güzel) şey vardır.	1	2	3	4	5
30	Yaşlılık hayatın keyif kaçırıcı (içeride kapanma) dönemidir.	1	2	3	4	5
31	Yaşlılıkta egzersiz yapmak (hareket etmek, spor yapmak) önem kazanır.	1	2	3	4	5
32	Yaşlı olmak sanıldığından daha kolaydır.	1	2	3	4	5
33	Yaşlıların kendi duyguları hakkında konuşması daha zordur.	1	2	3	4	5
34	İnsan yaşlandığında kendini daha çok kabullenir.	1	2	3	4	5
35	Yaşlı bir insan, "Kendimi yaşlı hissetmiyorum." diyebilirdir.	1	2	3	4	5
36	İleri yaşı, maddi ve manevi kayıpların olduğu zaman olarak görüyorum.	1	2	3	4	5
37	Kimliğim sahip olduğum yaşı belirlemede yeterli olmaz.	1	2	3	4	5
38	Yaşlıların, yaşlarından beklenilenden daha fazla enerjisi vardır.	1	2	3	4	5
39	Yaşlandıkça fiziksel bağımsızlık kaybedilir.	1	2	3	4	5
40	Yaşlıların fiziksel sağlık sorunları yapmak istediklerine engel olmaz.	1	2	3	4	5
41	Yaşlılıkta yeni arkadaşlar bulmak daha zordur.	1	2	3	4	5
42	Yaşlı bir insanın tecrübeleri ve kazandıklarını gençlere aktarması çok önemlidir.	1	2	3	4	5
43	Yaşlı bir insan, "İyi ki yaşamışım, hayatımın bir işe yaradığına inanıyorum." der.	1	2	3	4	5
44	Yaşlılıkta kişi kendini toplumdan dışlanmış hisseder.	1	2	3	4	5
45	Yaşlılık gençlere iyi örnek olmayı gerektiren bir dönemdir.	1	2	3	4	5
46	Yaşlılar, yaşından ötürü kendini bazı şeylerden dışlanmış hisseder.	1	2	3	4	5
47	Yaşlıların sağlığı kendi beklentilerinden daha iyidir.	1	2	3	4	5
48	Yaşlılık, egzersiz yapmayanların düşkünleştiği dönemdir.	1	2	3	4	5
49	Yaşayacağımız her şey bu dünyadadır, tüm amaçlarımızı bu dünyaya göre yapmalıyız.	1	2	3	4	5
50	Hayatın geçiciliği düşünülerek ahiret hayatının olduğu akılda tutulmalıdır.	1	2	3	4	5

II. BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMIYLA İLGİLİ BİLGİLER

1. Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık probleminiz sebebiyle polikliniğe (hastaneye) başvurduunuz mu? 1. Evet ()kez 2. Hayır ()
2. Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık probleminiz sebebiyle acil servise başvurduunuz mu? 1. Evet ()kez 2. Hayır ()
3. Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık probleminiz sebebiyle aile hekimine başvurduunuz mu? 1. Evet ()kez 2. Hayır ()
4. Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık probleminiz sebebiyle özel hekim muayenehanesine başvurduunuz mu? 1. Evet ()kez 2. Hayır ()
5. Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık probleminiz sebebiyle dış hekimine başvurduunuz mu? 1. Evet ()kez 2. Hayır ()
6. Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık probleminiz sebebiyle hastaneye yattınız mı?

1. Evet ()kez 2. Hayır ()
- 7. Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık probleminiz sebebiyle eczaneye başvurduunuz mu?**
1. Evet ()kez 2. Hayır ()
- 8. Kronik bir hastalığınız var mı?** 1. Evet () Lütfen belirtiniz:..... 2. Hayır ()
- 9. Sürekli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?** 1. Evet () Lütfen belirtiniz:..... 2. Hayır ()
- 10. Şimdiye kadar herhangi bir cerrahi operasyon (ameliyat) geçirdiniz mi?**
1. Evet () Lütfen belirtiniz:..... 2.Hayır ()

III. BÖLÜM: DEMOGRAFİK BİLGİLER

- 1. Yaşınız**
- 2. Cinsiyetiniz** 1. Kadın () 2. Erkek ()
- 3. Medeni Durumunuz** 1. Evli () 2. Evli Değil ()
- 4. Aylık Geliriniz Ne Kadar?** TL
- 5. Eğitim Durumunuz** 1. İlkokul () 2. Ortaokul () 3. Lise ()
4. Önlisans () 5. Lisans () 6. Yüksek Lisans ()
7. Doktora () 8. Diğer ()

EK 2: ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Ad ve Soyad: Rabia FETTAHOĞLU

Doğum Yeri ve Yılı: Rize - 1995

Medeni Hâli: Bekâr

Eğitim Bilgileri

2017-2019, Yüksek Lisans, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı.

2013-2017, Lisans, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sağlık Yönetimi Bölümü.

2009- 2013, Lise, Tefik İleri Anadolu Lisesi/Rize.

Yabancı Dil ve Düzeyi:

İngilizce YÖKDİL: 63

Bilimsel Yayınlar:

Yılmaz, N., Özer, E. ve Fettahoğlu, R., (2018), “Sağlık Yöneticisi Kavramının Metaforik Bir Analizi”, 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi (11-13 Ekim 2018/Muğla).

Yılmaz, N., Fettahoğlu, R. ve Mackenzie, O. M., (2018), “Uluslararası Öğrencilerin Sağlık Hizmeti Tecrübeleri Üzerine Bir Araştırma”, 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi (11-13 Ekim 2018).

EK 3: ETİK KURUL ONAYI



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri
Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : 87432956/050.99/ 55153
Konu : Etik Kurul Onayı.

10 -04- 2019

Sayın Rabia FETTAHOĞLU
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

Yürütücüsü olduğunuz, “Bireylerin Yaşlılık ve Ölüm Algısının Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi” adlı tez çalışmanızın uygulama kısmında literatürde hazır olan “Ölüm Algısı Ölçeği ve Avrupa Yaşlanma Tutum Anketi” isimli anketlerin Isparta ilinde uygulanabilmesi Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Etik Kurulunun 09.04.2019 tarihli ve 31/1 sayılı kararı ile uygun bulunmuştur.

Kararın bir sureti yazımız ekinde gönderilmiş olup, ilgi başvurunuza cevaben bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Murat Ali DULUPÇU
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

EKLER:
1- Zarf

Batı Yerleşkesi Rektörlük Binası 32260 ISPARTA
Telefon Nu.: (246) 211 14 05 Faks: (246) 237 04 31
e-Posta: zuhalbardak@sdu.edu.tr İnternet Adresi: www.sdu.edu.tr

Bilgi için : Zuhâl BARDAK
Şef
Telefon Nu.: (246) 211 80 52