

**T.C**  
**EGE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN YAŞAM DOYUMLARI  
İLE EGO DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı**  
**Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**Ar. Gör. Gizem BEYCAN EKİTLİ**

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. Esra ENGİN**

**İZMİR-2013**



**T.C**  
**EGE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN YAŞAM DOYUMLARI  
İLE EGO DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**Ar. Gör. Gizem BEYCAN EKİTLİ**

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. Esra ENGİN**

**İZMİR-2013**

## TEZ DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

**Başkan (Danışman):**

Doç. Dr. Esra ENGİN

**Asil Üyeler:**

Doç. Dr. Şeyda DÜLGERLER

Yard. Doç. Dr. Serap ÖZER

**Yedek Üyeler:**

Prof. Dr. Fisun ŞEUNUZUN AYKAR

Yard. Doç. Dr. Ayça GÜRKAN

**Tezin kabul edildiği tarih:** 16/09/2013

## ÖNSÖZ

Yirmi birinci yüzyılda ön plana çıkan en önemli demografik olgulardan biri nüfusun yaşlanmasıdır. Nüfus araştırmaları, ülkemizin yeni bir demografik yapıya geçmekte olduğunu göstermekte ve yaşlanma olgusunun ülkemiz açısından öneminin altını çizmektedir.

Hemşirelerin, yaşlı bireylerin ego durumlarını saptamaları ile ‘şimdi ve burada’yı yaşamalarına yardımcı olmaları; sağlıklı yaşlanmanın sağlanması ve dolayısıyla yaşam doyumlarının yükseltilmesi açısından önemlidir. Özellikle huzurevleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını fark ederek onlara uygun yaklaşımda bulunulması aşamasında yol gösterici olabilen hemşire, hem bireye hem de topluma yönelik sorumluluklarını yerine getirecektir.

Bu araştırmada, huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam doyumları ile ego durumları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Değerli hayat hocam Doç. Dr. Esra ENGİN’e bu süreçte ve tüm akademik hayatım boyunca benden desteğini, sabrını ve evinin anahtarını dahi esirgemediği için ve değerli hocalarım Prof. Dr. Ramazan ARI ve Doç. Dr. Müge AKBAĞ’a mesafelere rağmen bana her yoldan destek olmaya çalıştıkları için teşekkürlerimi iletmeyi borç bilirim.

Her tökezlediğimde beni destekleyerek ayakta kalmama yardımcı olan eşim

*Erdal EKİTLİ’ye ithafen...*

**Gizem BEYCAN EKİTLİ**

**Ağustos, 2013**

# İÇİNDEKİLER

KAPAK.....	I
ÖNSÖZ.....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
TABLolar VE GRAFİKLER DİZİNİ.....	VIII
KISALTMALAR DİZİNİ.....	IX

## BÖLÜM I

### GİRİŞ

1.1.Araştırmanın Konusu.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	5
1.3.Araştırmanın Önemi.....	5
1.4.Genel Bilgiler.....	7
1.4.1.Yaşlılık.....	7
1.4.1.1. Yaşlanma Süreci.....	11
1.4.1.2. Yaşlılık Sürecini Etkileyen Faktörler.....	14
1.4.1.3. Yaşlılık Dönemi Sorunları .....	17
1.4.1.3.1. Yaşlılığın Fiziksel Boyutu.....	17
1.4.1.3.2. Yaşlılığın Psikolojik Boyutu.....	19
1.4.1.3.2.1. Yaşlılık ve Ölüm Kaygısı.....	20
1.4.1.3.2.2. Yaşlılık ve Yalnızlık .....	24
1.4.1.3.2.3. Yaşlılık ve Düşük Benlik Algısı .....	25
1.4.1.3.2.4. Yaşlılık ve İntihar .....	27
1.4.1.3.3. Yaşlılığın Sosyal ve Ekonomik Boyutu .....	29
1.4.1.3.3.1. Toplumsal Yaşlılık Algısı.....	31
1.4.2.Yaşlılık ve Yaşam Doyumu .....	35

1.4.2.1.Yaşlılıkta Yaşam Doyumunu Etkileyen Faktörler.....	37
1.4.3. Transaksiyonel Analiz.....	39
1.4.3.1. Ego Durumları.....	40
1.4.3.2. Yaşam Pozisyonları.....	45
1.4.3.3. Yazgılar.....	46
1.4.3.4. Zaman Yapılandırma Yolları .....	46
1.4.3.5. Egogram.....	49
1.4.4. Yaşlılarda Yaşam Doyumu İle Ego Durumları Arasındaki İlişki ve Hemşirenin Rolü.....	50
1.5.Hipotezler.....	54
1.6.Sınırlamalar.....	54

## **BÖLÜM II**

### **GEREÇ VE YÖNTEM**

2.1.Araştırmanın Tipi.....	55
2.2.Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	55
2.3.Araştırmanın Evreni .....	56
2.4.Araştırmanın Örneklemi.....	56
2.5.Veriler Toplama Tekniği ve Veriler Toplama Araçları.....	56
2.5.1. Standardize Mini Mental Test.....	57
2.5.2.Bireysel Tanıtım Formu.....	58
2.5.3.Yaşam Doyumu Ölçeği.....	58
2.5.4. Ego Durumları Ölçeği – Sıfat Tarama Listesi.....	60
2.6.Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	62
2.7.Verilerin İşlenmesi ve Çözümlemesi.....	62
2.8.Etik Uygulamalar.....	63

## **BÖLÜM III**

### **BULGULAR**

3.1.Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgur.....	64
3.2.Yaşlıların Sağlık Durumlarına İlişkin Bulgular.....	66
3.3. Yaşlıların Ailevi ve Kurumsal Algılarına İlişkin Bulgular.....	69
3.4. Yaşlıların Bilişsel Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	73
3.5. Yaşlıların Yaşam Doyumuna İlişkin Bulgular.....	74
3.6. Yaşlıların Ego Durumuna İlişkin Bulgular.....	74
3.7. Yaşlıların Yaşam Doyumları ile Ego Durumları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular.....	77

## **BÖLÜM IV**

### **TARTIŞMA VE SONUÇ**

4.1.TARTIŞMA.....	78
4.1.1. Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	78
4.1.2. Yaşlıların Sağlık Durumlarının İncelenmesi.....	83
4.1.3. Yaşlıların Ailevi ve Kurumsal Algılarının İncelenmesi.....	89
4.1.4. Yaşlıların Bilişsel Özelliklerinin İncelenmesi.....	93
4.1.5. Yaşlıların Yaşam Doyumlarının İncelenmesi.....	94
4.1.6. Yaşlıların Ego Durumlarının İncelenmesi.....	97
4.1.7. Yaşlıların Yaşam Doyumları İle Ego Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	104
4.2.SONUÇ.....	111
4.3.ÖNERİLER.....	114



## **EKLER**

KAYNAKÇA.....	116
EK I. Standardize Mini Mental Test Formu.....	142
EK II. Standardize Mini Mental Test Uygulama Kılavuzu.....	144
EK III. Yaşlı Tanıtım Formu .....	146
EK IV. Yaşam Doyumu Ölçek Formu.....	149
EK V. Ego (Ben) Durumları Ölçek Formu – Sıfat Tarama Listesi .....	150

## **ÖZET**

## **ÖZGEÇMİŞ**

## **ETİK İZİNLER**

## TABLO ve GRAFİKLER DİZİNİ

### TABLolar

<b>Tablo.1:</b> Yıllar İtibariyle Türkiye'deki Yaşlı Bağımlılık Oranları .....	10
<b>Tablo.2:</b> Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	64
<b>Tablo.3:</b> Yaşlıların Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı..	66
<b>Tablo.4:</b> Yaşlıların Madde Kullanma Alışkanlıklarına Göre Dağılımı.....	68
<b>Tablo.5:</b> Yaşlıların Günlük İşlevsellik Düzeylerine Göre Dağılımı.....	69
<b>Tablo.6:</b> Yaşlıların Ailevi Özelliklerine Göre Dağılımı.....	70
<b>Tablo.7:</b> Yaşlıların Aile Algılarına Göre Dağılımı.....	71
<b>Tablo.8:</b> Yaşlıların Ziyaretçi Durumlarına Göre Dağılımı.....	71
<b>Tablo.9:</b> Yaşlıların Kurumda Kalışları ve Kurum Algılarına Göre Dağılımı	72
<b>Tablo.10:</b> Yaşlıların Hayata Bakışları ve Sosyal Çevre Özelliklerine Göre Dağılımı .....	73
<b>Tablo.11:</b> Yaşlıların SMMT Toplam Puan Ortalaması.....	74
<b>Tablo.12:</b> Yaşlıların YDÖ Toplam Puan Ortalaması.....	75
<b>Tablo.13:</b> Yaşlıların Baskın Ego Durumlarının Dağılımı.....	75
<b>Tablo.14:</b> Yaşlıların Yaşam Doyumu Puan Ortalamalarının Ego Durumlarına Göre Dağılımı.....	77

### GRAFİKLER

<b>Grafik.1:</b> Yaşlıların Ego Durumlarına Ait Egogramları.....	76
--	----

### ŞEKİLLER

<b>Şekil.1:</b> Transaksiyonel Analize Göre Kişiliğin Yapısı .....	39
<b>Şekil.2:</b> Kişiliğin İşlevsel Analizi Bakımından Ego Durumları.....	42
<b>Şekil.3:</b> Çocuk Ego Durumundaki Farklı Görüşler.....	44
<b>Şekil.4:</b> Bütünleşmiş Yetişkin Etkinliği.....	45

## KISALTMALAR DİZİNİ

- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı – ASPB  
Asi Çocuk Ego Durumu - AÇ  
Birleşmiş Milletler – BM  
Çocuk Ego Durumu – Ç  
Devlet İstatistik Enstitüsü – DİE  
Doğal Çocuk Ego Durumu - DÇ  
Dünya Sağlık Örgütü – DSÖ  
Ebeveyn Ego Durumu - E  
Ego (Ben) Durumları Ölçeği – EDÖ (BDÖ)  
Eleştirel Ebeveyn Ego Durumu – EED  
Koruyucu Ebeveyn Ego Durumu - KED  
Sıfat Tarama Listesi - STL  
Sosyal Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumu – SHÇEK  
Standardize Mini Mental Test - SMMT  
The Satisfaction With Life Scale – SWLS  
Transaksiyonel Analiz – TA  
Türkiye İstatistik Kurumu – TÜİK  
Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması - TNSA  
Uygulu Çocuk Ego Durumu - UÇ  
World Health Organisation – WHO  
Yaşam Doyumu Ölçeği – YDÖ  
Yetişkin Ego Durumu – YED  
Yükseköğretim Kurumu - YÖK

# BÖLÜM I

## 1.GİRİŞ

### 1.1. Araştırmanın Konusu

21. yüzyılda ön plana çıkan en önemli demografik olgulardan biri nüfusun yaşlanmasıdır. Ülkemizde bugün ortalama 73.7 yıl olan insan ömrünün 2050’li yıllarda 78.5 olacağı, 2010 yılında %13.8 oranında olan yaşlı nüfusun, 2050’lerde %17.6-25’e yaklaşacağı ve bu oranın da gittikçe artacağı düşünülmektedir (186, 212, 215). Yapılan nüfus araştırmaları, ülkemizin yeni bir demografik yapıya geçmekte olduğunu göstermekte ve yaşlanma olgusunun ülkemiz açısından öneminin altını çizmektedir.

Yapılan araştırmalarda, nüfus yapısının temel belirleyicisi olan doğurganlık ve mortalite hızlarının düşmesinin, dünyada olduğu gibi ülkemizde de nüfusun yaşlanmasına yol açtığı belirtilmekte ve bu nedenle yaşlı nüfusun toplumsal etkisinin hem sosyal hem de ekonomik alanda yadsınmaması gerekliliği gündeme gelmektedir (23, 60). Ancak bu gerekliliğe rağmen Özer’in (2001) araştırması, yaşlıların çoğu kez artık güçlerinin kalmadığını düşünerek, tüm işlerden ve ilgilerden kendilerini uzak tutma ve değersiz olduklarını düşünme eğiliminde olduklarını göstermektedir (167). Yaşlı bireylerinin hayatlarını işlevsel olarak sürdürebilmeleri ve huzurlu bir sona gidiş düşüncesi yaşayabilmeleri için, yaşam doyumlarını etkileyen faktörlerin

belirlenmesinin önemi büyüktür. Bu aşamada yol gösterici olabilen hemşire, hem bireye hem de topluma yönelik sorumluluklarını yerine getirecektir.

Yerli ve yabancı alanyazında, yaşlılığın fiziksel ve bilişsel alanda bir gerileme dönemi olduğunu kabul eden görüşlerin yanı sıra, yaşlılığın yaşanmış yılların deneyimi sayesinde bilişsel etkinliklerin gelişmeye devam ettiği ve çok daha verimli olarak insan yaşamında kullanıldığı bir dönem olduğunu savunan görüşler de mevcuttur (66, 107, 130, 158). Bu görüşlerin ne kadar doğru olduğu konusunda herhangi bir öngöründe bulunmadan önce her bireyin yaşamını, dolayısıyla yaşlılığını da farklı yaşayacağını göz önünde bulundurmak gereklidir.

Yaşlıların içinde buldukları yaş dönemini olumlu ya da olumsuz algılayışları çeşitli faktörlerle şekillenmektedir. Örneğin; ebeveyn olmak, fikir danışılan kişi olmak gibi sosyal rollerle yaşlı bireylerin kendilik algısı, bir gruba ait olma duygusu ve kimlik edinme ile yaşama bağlanma tutumları arasında doğrudan ilişki olduğunu ileri süren araştırmalar mevcuttur (75, 141, 143). Yakın çevresinin kendisine ihtiyaç duyduğunu hissetmesi, yaşlıyı yaşama bağlayan ve onu aktif kılan etmenlerden bazıları olarak tanımlanmıştır (33, 94). Bu görüşle paralel olarak hayatının en uzun döneminde belli bir iş alanında çalışarak var olan insan, yaşamsal bir kriz olarak kabul edilen emekliliğe geçiş ile birlikte, mesleki ve sosyal konum kaybına uğrar (9, 66, 76, 107). Bu süreci etkili yönetememesi halinde kendisine verdiği kişisel değer düşer, kendisini işlevsiz ve değersiz olarak görebilir. Bu gibi toplumsal rol faktörleri, yaşlının günlük yaşantılara uyum güçlüğü yaşamasına neden olarak bu yaş dönemini olumlu kabulünü zedeleyebilir.

İlk kez Neugarten ve ark. (1961) tarafından tanımlanan, ruh sağlığı açısından önemli bir etken olarak ifade edilen yaşamdan doyum alma; bir insanın beklentileri

ile (ne istediği) elinde olanların karşılaştırılması sonucu elde edilen durumdur (132, 154, 174).

Yerli ve yabancı alanyazın incelemelerinde yaşam doyumunu etkileyen faktörler; algılanan sağlık durumu, algılanan gelir durumu, ailede olumlu kabul, kurulan samimi bağlar, özgüven, mesleki rol performansı, kadın olmak, aktif bir dini yaşam, boş zamanları değerlendirme aktiviteleri, eğitim düzeyi, fiziksel ve sosyal aktivite düzeyi olarak sıralanabilir (18, 30, 54, 74, 76, 109, 141, 144, 152, 153, 167). Bu görüşün aksine; kurulan sosyal bağların, medeni durumun, cinsiyetin, yakın akrabalık bağlarının ve yakın arkadaşlarla görüşme sıklığının, yaşam doyumunu önemli ölçüde etkilemediğini ileri süren araştırmacılar da mevcuttur (30, 138). Yaşlı gruba özel yapılan araştırmalarda; yaşlılığın kültürel anlamı, kişinin yaşlılık ve emeklilik algısı, hayat arkadaşının ya da akrabaların bulunma durumu, barınma – konut durumları, ekonomik durum, geçmiş yaşantılar ve aile süreçleri gibi sosyal etkenler; günlük yaşam aktivitelerinin bağımsız olarak gerçekleştirilebilme durumu, kronik hastalıklar ve engeller gibi fiziksel etkenler; yük olma kaygısı ve bağımlılık hissi, dost-arkadaş kaybı, aile fertlerinin evden ayrılmaları ile yükselen yalnızlık hissi gibi psikolojik etkenlerin ışığında bireyin bu sürecinin şekillendiği ve bu dönemdeki huzur, mutluluk ve doyum duygusu üzerinde etkili olduğu görülmektedir (152, 200, 235).

Yaşam doyumunu üzerine yapılan araştırmalarda birçok faktörün etkisi incelenmesine rağmen, kişilerin yaşlılığa hazırlık süreçleri ve yaşamları boyunca geliştirdikleri kişilik özelliklerinin incelendiği araştırmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bireylerin, gönderilen uyarıları alma bakımından kendilerine özgü bir şekilde seçici davrandıkları ve farkında olarak ya da olmadan, istenen türde temas iletilerinin alınarak diğerlerinin göz ardı edildiği bilinmektedir. Buna bizi iten

geliştirmiş olduğumuz ego durumlarıdır. Ego durumları Transaksiyonel Analiz'in (TA) temel kavramlarından. TA 1990'lı yıllardan itibaren giderek popüler olmaya başlayan, hümanistik psikolojik yaklaşımlardan biridir (10, 183). Ego durumlarının incelenmesi ile; kişilerin yaşadıkları anı değerlendirirken kullandıkları formüller ve kendilik algıları belirlenir, ikili ilişkilerdeki tutumları analiz edilebilir ve tüm bunlarla bağlantılı olarak geliştirdikleri olumlu ya da olumsuz algılar ve tutumlara karşı koruyucu ya da destekleyici girişimler planlanabilir. Tüm bu veriler, kişinin yaşadığı andan aldığı doyumun arttırılmasını hedefleyen hemşire ekibiyle birlikte bütün sağlık profesyonellerine yol gösterici olabilir.

TA'nın sağlıklı bir insan için tanımladığı '*Şimdi ve Burada*' ilkesini sağlayamayan birey; özellikle yaşlandığında geçmişe takılı kalarak ya da geleceğinden korkarak bugününden vazgeçebilir, buna bağlı olarak yaşamdan aldığı haz ve doyum düşebilir. Yaşamını bu dönemin önemli risk faktörlerinin (intihar, yalnızlık, depresyon vb.) tehlikesi altında geçirebilir (11, 221).

Berne (1961), insanların aktif olarak yaşadıkları sorunların ne olduğunu algılayabileceklerini ve bu sorunların çözümünde sorumluluk alabileceklerini ileri sürmüştü; Massey (1987) ise, insanların önemli bir beyin hasarına sahip olmadıkları sürece belli bir düşünme kapasitesine sahip olduğunu ve bu koşullardaki herkesin ne yapacağına ve yaşamdan ne isteyeceğine karar verebileceğini, böylece kendi yaşamlarının sorumluluğunu üstlenebileceğini dile getirmiştir (11, 238). Kişinin kendini bulması ve değiştirmesi sürecinde, hemşirelerin bu bilgilere hakim olarak yol gösterici ve destekleyici olmaları, sosyal ilişkilerin önemli bir etken olduğu yaşam doyumunun yükseltilmesi aşamasında olumlu etkiler sağlayabilir. Yaşlılarla çalışan sağlık profesyonellerinin; yaşlılık süreci, yaşlıların ruh sağlığı ve ego durumlarına göre bireysel özellikleri gibi konularda bilgi sahibi olmalarının sağlanması; özellikle

huzurevleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan ileri yaştaki ve ölüm gerçeğiyle yüz yüze olan yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını fark ederek, onlara uygun yaklaşımda bulunulmasına katkı sağlayacaktır (97). Yalnızca psikiyatri alanında çalışan hemşirelerle sınırlandırılmayarak, sağlık hizmetinin bütün basamaklarında yer alan hemşirelerin bu faktörlerin etkisini en azından tanımlayabilecekleri ölçüde yeterli kuramsal bilgiye sahip olmaları önemlidir. Sağlık hizmetlerinin temel taşı olan hemşirelerin, yaşlı bireyi bütüncül olarak ele alması ve yaşam doyumları üzerindeki etkili faktörlerin bilincinde olarak bireysel ihtiyaçlara özel girişimlerde bulunması; nüfusun hızla önemli bir kesimini oluşturmaya başlayan yaşlıları anlama ve kaliteli bir yaşam sürdürmelerini sağlayabilme aşamasında hemşirelere önemli bir sorumluluk yüklemektedir (127).

Bu araştırmanın yaşlılar üzerinde yapılmasının temelini, yetişkin kadın ve erkeklerin büyük çoğunluğunun, yaşamlarının yaklaşık üçte birinden fazlasını orta yaş dönemi sonrasında geçirmekte olmaları ve dünya nüfusunda yaşlıların yerinin sürekli artması oluşturmaktadır.

## **1.2. ARAşTIRMANIN AMACI**

Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam doyumları ile ego durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi araştırmanın temel amacını oluşturmaktadır.

## **1.3. ARAşTIRMANIN ÖNEMİ**

Tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelerle doğru orantılı olarak küresel boyutta artmakta olan ortalama yaşam ömrü, dünya nüfusunun yaşlanmasına sebep olmaktadır. Ülkemiz de diğer dünya devletleriyle aynı yönde değişen bir demografik yenilenme ile yaşlanma sürecine girmiştir. Çoğunlukla gelişmiş ülkelerde daha görünür olan yaşlanma olgusu, artık gelişmiş ülkeler kadar gelişmekte olan ülkeler



açısından da önemle değerlendirilmesi gereken bir konudur (160, 185, 227, 233). Gelişmiş ülkelerde nüfusun yaşlanmasının sosyal yapıya olan etkileri üzerine birçok değerlendirme ve araştırma yapılmakta ve yaşlı nüfusun sosyal yaşamdan koparılmadan hayatlarını devam ettirmelerine yönelik araştırmalar önem kazanmaktadır.

Ülkemizde bugün ortalama 73.7 yıl olan insan ömrünün 2050’li yıllarda 78.5 olacağı düşünülürse (211, 214); yaşlı olarak tanımlanan bu yaş grubu nüfusun yaşamlarından memnun olarak bir sona gidiş düşüncesi yaşamaları için mevcut koşulların, risk faktörlerinin ve uygun girişimlerin belirlenmesi; bu aşamada destek kaynaklarının tespit edilmesi ve desteklenerek güçlendirilmesi, bu dönemin yaşamsal krizleriyle baş etmeyi kolaylaştırabilir.

TA’nın olmazsa olmaz koşulu, iki eşit insan ilişkisinin gerçekleşmesi olarak belirtilmektedir (38, 71, 183). Bu bağlamda kişinin kendini bulması ve değiştirmesi sürecinde, hemşirelerin tüm bu bilgilere hakim olarak; kişiyi edilgen bir pozisyonda bırakmadan kendi duygu ve düşünceleriyle yürüdüğü bu yolda etkin kılması, yol gösterici ve destekleyici olması ile sosyal ilişkilerin önemli bir etken olduğu yaşam doyumunun yükseltilmesi aşamasında olumlu etkiler sağlayabilir. Hemşirenin girişimlerinde samimi olması, özellikle uzun bir hayat deneyiminden geçmiş yaşlı bireylerin birer yetişkin oldukları gerçeğini unutmadan yol gösterici olması önemlidir.

Her insanda yaşlanmakla ölmek arasında süren mücadelede kişisel, toplumsal ve kültürel etmenler önemli rol oynar (185, 191). Yaşlanma süreciyle ilgili yabancı alanyazının zenginliği bu konuda bize yol göstermekle birlikte, kültürel ve milli farklılıkların etkisinden mahrum olması nedeniyle ülkemiz yaşlı nüfusu üzerindeki işlevselliği sınırlıdır. Bu nedenle bu konudaki araştırmalarla yerli alanyazının

zenginleştirilmesi gereklidir. Aynı şekilde yaşam doyumu ve yaşam doyumunu etkileyen faktörler yerli ve yabancı araştırmacılar tarafından geniş olarak incelenmişse de, yaşlıların ego durumlarının yaşam doyumları ile olan bağlantısını araştıran çalışmaların gereksinimi karşılamadığı belirlenmiş, bu nedenle araştırmanın bu doğrultuda sürdürölmesi kararlaştırılmıştır.

Hemşirelerin yaşlı bireylerin ego durumlarını saptamaları ile ‘şimdi ve burada’yı yaşamalarına yardımcı olmaları; sağlıklı yaşlanmanın sağlanması, olumlu bir ölüm algısının geliştirilmesi, dolaylı olarak yaşlıların yaşam doyumlarının yükseltilmesi açısından önemlidir. Yaşlılarla alışan sağlık profesyonellerinin; yaşlılık süreci, yaşlıların ruh sağlığı ve ego durumlarına göre bireysel özellikleri gibi konularda bilgi sahibi olmalarının sağlanması; özellikle huzurevleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan ileri yaştaki ve ölüm gerçeğiyle yüz yüze olan yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını fark ederek onlara uygun yaklaşımda bulunulması açısından önemlidir.

## **1.4. GENEL BİLGİLER**

### **1.4.1. YAşLILIK**

Dünya Sağlık Örgütü - World Health Organisation (DSÖ - WHO) yaşlanmaya kronolojik bir sınırlama getirerek, yaşlılık kavramını 3 evrede tanımlamış; 65-74 yaş aralığını genç yaşlılık; 75-84 yaşı ileri yaşlılık ve 85 yaş ve üzerini de çok ileri yaşlılık olarak gruplandırmıştır (227). Biyolojik yaşlanma böyle bir sınırlamayı zorunlu kılmakla birlikte, bu değerlendirme ve sınıflamanın kesin ve değişmez olduğu söylenemez. Yaşlanma, biyolojik olarak yaş olgusundan ayrı olarak; organizmanın fizyolojik, psikolojik, psikososyal yönden yaşam fonksiyonlarını aksatacak şekilde değişimlerin görölmesi, i ve dış değişkenlere uyumun azalması ve beklenen yaşam sürecinin sonuna gelinmesi şeklinde de ifade edilmektedir (76, 226).

Bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak ilerleyen tıp dünyası, tarihte bizi korkutan ve ölümcül olarak adlandırdığımız birçok hastalığın günümüzde tedavisini mümkün kılmaktadır. Bu sayede, beklenen yaşam ömrü ve bununla orantılı olarak nüfusun yükselen bir ivme ile arttığı günleri yaşamaktayız. Son 25-30 yıl içinde enfeksiyon hastalıkları ile mücadelede elde edilen başarı, beslenme ve genel sağlık koşullarının geliştirilmesi, ortalama yaşam süresini uzatmış ve dünyadaki yaşlı nüfusun artışına yol açmıştır. Dünya genelinde; beklenen yaşam ömrünün 1955 yılında ortalama olarak 48 yıl olduğu, 1975 yılında 59 yıl, 1995 yılında ise 65 yıla yükseldiği ve 2025 yılında 73 yıla ulaşacağı bildirilmiştir. Bin dokuz yüz seksen yılında bu yaş grubundaki 260 milyon insan, toplam dünya nüfusunun % 5.8'ini oluşturmakta iken, 2000 yılında bu sayı 400 milyona ulaşmıştır. Bugün bu sayının 500 milyonu geçtiği, bu hızla artmaya devam edeceği düşünüldüğünde, 2025 yılında 1.2 milyara, 2050 yılında ise toplam nüfusa oranının %16'nın üzerine yani yaklaşık olarak 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (185, 226).

Nüfusun yaşlanması, ülkemiz için de 21. yüzyılda ön plana çıkan en önemli demografik olgulardan biridir. Ülkemizde bugün ortalama 73.7 yıl olan insan ömrünün 2050'li yıllarda 78.5 olacağı, %13.8'lik yaşlı nüfusun (2010), 2050'lerde %17.6 -25'e yaklaşacağı ve bu oranın da gittikçe artacağı düşünülmektedir. Bu verilerden hareketle, Türkiye'nin yaşlı nüfus açısından yakın gelecekte Avrupa'nın en kalabalık ülkesi olacağı ifade edilmektedir (185, 211, 214).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2006 yılında ülke genelinde gerçekleştirdiği bir araştırmanın verilerine göre; Türkiye'deki ailelerin %13.0'ünün geniş tipteki aileler olarak kurulduğu, yani ailenin yaşlılarının çekirdek aile ile birlikte yaşadıkları belirlenmiştir. Ailede sürekli bakıma muhtaç yaşlı bulunan hane oranı %5.3'tür. Bu oran kırsal kesimde %8.0, kentte ise %3.9 olarak tespit edilmiştir

(210). Onat'ın 2004 yılında Ankara'da gerçekleştirdiği araştırmasında, 1300 yaşlı kişi ile görüşülmüş yaşlıların neredeyse tamamına yakınının (%91.7) huzurevinde kalmayı istemedikleri belirlenmiş ve en büyük neden olarak da %50.1'inin ailesiyle kalmaktan mutlu olmaları olarak belirlenmiştir (161). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verileri de aynı doğrultuda göstermektedir ki; yaşlıların büyük bir kısmı (%44.0), özellikle de çok ileri yaşlı grubundakilerin yarısından fazlası (%57.0) çocuklarıyla aynı evi paylaşmaktadır. Araştırma sonuçları, her 10 yaşlıdan 7'sinin çocukları ile ya aynı evde ya da çocukları ile aynı binada, sokakta veya mahallede oturduklarını göstermektedir (215).

Cinsiyetler arasında çok belirgin bir farklılık görülmemekle birlikte yaşlılarda genel tercihin çocuklarla veya çocuklara çok yakın oturmak olduğu anlaşılmaktadır. Böylesi bir tercihin, gerek yaşlı gerekse de yaşlının çocukları açısından sosyal ve ekonomik olarak oldukça avantajlı olabileceği düşünülebilmektedir. Türkiye'de her ne kadar hane halkı büyüklüğünde azalma ve çekirdek aileye doğru geçiş söz konusu olsa da bu veriler, yaşlıların barınmaları, ihtiyaçlarının karşılanması ve bakım almaları konusunda mevcut sistem içerisinde en önemli kurumun hala aile/çocuklar olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilebilir (185, 202, 215).

Toplumsal ve ekonomik yapısı değişen Türkiye'de aile bireyleri arasındaki bağın hala güçlü olması, yaşlıların yaşam alanlarını belirlemedeki tercihlerinde de özellikle gelişmiş ülkeler ile karşılaştırma yapıldığında farklılıklar bulunduğunu göstermektedir. Yaşlılıkla ilgili geniş kapsamlı araştırmalar yapan ülkelere göre; çok sayıda yaşlının kurumsal hizmetleri tercih etme nedeni, güçsüzlük ve/veya muhtaçlık olmayıp, yaşadıkları ortamlarda yaşamlarını sürdürebilecekleri destek hizmetlerin yetersiz oluşu ya da bulunmayışıdır (173). Ülke verilerimiz incelendiğinde de yıllar içinde yaşlıların bakıma bağımlılık oranlarının giderek artmakta olduğu

görülmektedir (Tablo.1). Yabancı ülkelerdeki verilere benzer olarak ülkemizde de kurum hizmetlerine yönelik talebin artmakta olduğu görülmekte, 60 yaş altındaki bireylerin %55'inin kendilerine bakamayacak kadar yaşlandıklarında huzurevinde kalmak istediği, %17.8'inin ise; kendi evinde bakım hizmeti almak istedikleri belirlenmiştir (209). Ülkemizde 2025 yılına gelindiğinde nüfus büyüklüğünün 85 milyona ulaşacağı ve yaşlı nüfusun da 8.4 milyon olacağı öngörülmektedir (207). Ancak bu verilere göre, 2025'te nüfusun yüzde 10'u 65 yaş ve üzerinde olacak ve yaşlı bakım hizmetleri için kurumsal tercihler ön plana çıkacaktır.

Bugün sosyal temelli yaşlı bakım hizmetleri, Yaşlı Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığı'nın 2013 verilerine göre Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne ait 107 huzurevi ve Özel Huzurevi hizmeti veren 168 kuruluşla birlikte toplam 21615 kişilik kapasitede sürdürülmektedir (2).

Türk toplumunun değişen aile yapısı ve huzurevi algısı nedeniyle genç nüfusun ilerleyen yaşları için daha çok bakım hizmeti almaya gönüllü olduğu ve bakıma bağımlı yaşlı sayısının gittikçe artacağı görülmektedir. Profesyonel kurumlaşma ve meslek örgütleri çerçevesinde yaşlı bakımı ve hizmeti yapılarak hem ailenin üzerindeki yük ve sorumluluğun azaltılması, hem de yaşlı bireyin yeni rolüne uygun yaşam koşulları elde etme şansı yakalaması sağlanacaktır. Bu veriler doğrultusunda, ilerleyen yıllarda yaşlı bakım hizmetlerinin yeterince sağlanabilmesi için kurumsal boyutta bu alana daha fazla kaynak aktarılması gerekliliği görülmektedir (19, 202).

**Tablo 1. Yıllar İtibariyle Türkiye’deki Yaşlı Bağımlılık Oranları**

YILLAR	TOPLAM NÜFUS (bin)	YAŞLI BAĞIMLILIK ORANI (65+ yaş)
1940	17821	6.5
1950	20947	5.7
1960	27755	6.4
1970	35605	8.2
1980	44737	8.4
1990	56473	7.1
2000	67804	8.8
2010	73723	10.8
2025	85407	14.5

Türkiye İstatistik Kurumu, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2010 Sonuçları (211)

TUIK’in 2012 yılında gerçekleştirdiği diğer bir araştırmada ise; 65 yaş üstü yaşlı bireylerin toplam nüfusa oranının %13.3 olduğu ve % 18.9’unun geleceği umutsuz olarak algıladığı belirlenmiştir (212). Aynı şekilde Özer’in (2001) araştırması, yaşlıların çoğu kez artık güçlerinin kalmadığını düşünerek, tüm işlerden ve ilgilerden kendilerini uzak tutma ve değersiz olduklarını düşünme eğiliminde olduklarını göstermektedir (167). Ancak 663 Sayılı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın (ASPB) Teşkilat ve Görevleri hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 10. maddesi e-f-g-ğ ve h bendlerinde Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün görev tanımlarında; *“Yaşlıların toplumla bütünleşmesine, statü ve rollerinin yeniden kazanımına, işlevlerinin artırılmasına, boş zamanlarının etkili bir biçimde değerlendirilmesine ilişkin mekanizmalar oluşturmak”* maddesi yer almaktadır (3). Bu nedenle öncelikle huzurevlerinde olmak üzere, yaşlıya bakım

sunulan her basamaktaki hemşirelik hizmetlerinin bu doğrultuda planlanması, hemşirelerin bu farkındalıkla yaklaşımda bulunmaları önemlidir.

#### **1.4.1.1. YAŞLANMA SÜRECİ**

Yaşlanma süreci zigotun oluşmasıyla birlikte başlar. Her organizma doğumundan ölümüne kadar birçok değişikliğe uğrayarak yaşlanır. Yaşlanma sürecinin son basamağı ise yaşlılık olarak isimlendirilmektedir. Yaşlılık daha çok, biyolojik olarak organizmanın geriye dönüşü olmayan bir şekilde yıpranması, işlevlerinin bozulmaya başlaması şeklinde tanımlanmaktadır (238).

Antik çağda her yüz insandan yalnız bir tanesinin 60 yaşına ulaşabildiği ve bir Romalı askerin yalnızca 22 yıl yaşayabildiği bilinmektedir (134). Yirminci yüzyılın başlarına kadar da dünyanın hiçbir ülkesinde uzun bir yaşam için gereken ortamın mevcut olmadığı, Avrupa'da ortalama yaşam süresinin 50 yıl ve ölümün genellikle gençlik yıllarına rastlamakta olduğu görülmektedir. İyi koşullarda yaşayıp yaşlanabilenlerin sadece devlet adamları, krallar, filozoflar ve yüksek rütbeli subaylar olduğu bilinmektedir (134).

Oysa günümüzde tıp, bilim ve teknoloji üçgenindeki gelişmelere paralel olarak, dünya nüfusundaki artış hızlanmış; 1900'de 1,650 milyar iken, 1950'de 2,520 milyara ulaşmıştır. 1950'lerden sonra ölüm oranlarında, belirgin bir azalmayla birlikte dünya nüfusu hızla artmaya devam etmiştir. İki bin elli yılında dünya nüfusunun 8,909 milyara ulaşacağı hesaplanmaktadır. Yaşlı nüfus artış ivmesi ülkelerin gelişmişlik düzeyleri arasında farklılıklar gösterse de, tüm dünya yaşlanmaya başlamıştır (77, 134, 160, 185, 190, 226).

Yaşlılık yaşam sürecinin çocukluk, gençlik, erişkinlik gibi doğal ve zorunlu bir çağıdır. Yaşlanma ile birlikte birey fizyolojik ve mental anlamda sahip olduğu dayanıklılığı kaybettiği gerçeğiyle yüzleşmek zorunda kalır. Birey yaşamını ve

geçirdiği zamanı uygun olarak anlamlandıramadığında, bu dönemin en ufak sorunlarında bile şiddetli yıkımlar yaşayabilir (13, 44, 174, 197).

Yaşlılık dönemi tanımlanırken biyolojik, sosyolojik, ekonomik ve kronolojik tanımlamalardan yararlanılmaktadır. DSÖ bu yaş grubu için kronolojik bir tanımlamayı tercih etmekte ve yaşlılık dönemini 65 yaş ve üstü olarak kabul etmektedir. Yaşlılık dönemi Birleşmiş Milletler ( BM ) çalışmaları kapsamında ise 60 yaş ve üzeri grup olarak kabul edilmektedir (226, 227).

DSÖ'nün kabul ettiği sınıflandırmada yaşlılık 3 evrede tanımlanmış; 65-74 yaş aralığını **genç yaşlılık**; 75-84 yaşı **ileri yaşlılık** ve 85 yaş ve üzerini de **çok ileri yaşlılık** olarak gruplandırmaktadır. Biyolojik yaşlanma böyle bir gelişimi zorunlu kılmakla birlikte, bu değerlendirmenin kesin ve değişmez olduğu söylenemez. Genel görüşe göre yaşlanma organizmayı fizyolojik, psikolojik, psikososyal yönden yaşam fonksiyonlarını aksatacak şekilde değişimlerin görüldüğü, iç ve dış değişkenlere uyumun azaldığı ve beklenen ömür sürecinin sonuna gelmesi şeklinde ifade edilmektedir (76, 77, 94, 134).

• **Biyolojik Yaşlanma:** Yumurtanın döllenenmesinden başlayıp yaşla birlikte bireyin geçirdiği fizyolojik, anatomik ve morfolojik değişimlerdir.

• **Kronolojik Yaşlanma:** Bireyin doğumdan itibaren geçen yaşını tanımlar. Takvim yaşı büyük olanlar, küçük olanlara göre yaşlı sayılırlar.

• **Patolojik Yaşlanma:** Normal biyolojik yaşlanma sürecinden ayrı olarak hastalıklara bağlı yaşlanmadır.

• **Psikolojik Yaşlanma:** Bireylerin yaşlılık döneminde geçirdikleri davranış, uyum ve mental fonksiyonlarındaki değişimleri tanımlar.

• **Sosyal Yaşlanma:** Bireylerin toplumun sosyal yapısı içindeki rollerinin ve sosyal ilişkilerinin yaşlanmayla birlikte değişmesidir.



- **Ekonomik Yaşlanma:** Yaşlılık döneminde özellikle emeklilik etkisiyle değişen gelir düzeyinin bireyin yaşam şeklinde meydana getirdiği değişiklikler olarak tanımlanmaktadır (39, 77, 107, 158).

#### 1.4.1.2. YAŞLILIK SÜRECİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

İnsanlar yaşlandıkça yaşamın anlamı, özellikleri ve biçimleri de değişmektedir. Yaşlanmanın içerdiği fiziksel, psikolojik ve toplumsal değişimler, bir yandan da onlarla başa çıkabilmek için bir takım stratejilerin geliştirilmesi, uygulanması ve değiştirilmesi gerekliliğini gündeme getirmektedir. Yaşlıların kişisel yaşamları açısından önemli olan değişimler aynı zamanda onların ailevi ve toplumsal yaşamını da etkilemektedir. Bireyler en sonunda yaşlanacakları gerçeğini bilseler de, her insan bu sürece hazırlık aşamasında farklı bir yol izleyebilir.

Yaşlanmanın anlamı ve yaşlıya yönelik tutum ve davranışlar konusunda toplumlar arasında farklılıklar görülmektedir. Yaşlılık, tek boyutlu bir süreç değildir. *Fizyolojik boyutuyla*, kronolojik yaşla birlikte görülen fiziksel değişimleri ifade ederken; *psikolojik boyutuyla*, algı, öğrenme, psikomotor işlevler, problem çözme ve kişilik özellikleri açısından insanın uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş ilerledikçe değişimini ifade etmektedir. *Sosyolojik boyutuyla* yaşlılık ise bir toplumda belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerlerle ilgilidir, diğer bir deyişle, bireye toplum tarafından verilmiş bir sosyal bir konumdur. Bu bağlamda farklı toplumlarda “yaşlı” olmak da farklı algılamaları beraberinde getirecektir. Toplumlar arasındaki bu farklılık sadece yaşlılığın kelime anlamında değil, aynı zamanda toplumun yaşlılara bakış açısı ve onlara karşı davranışlarında da görülür (43, 158, 162). Hayat tecrübeleri sebebiyle eski Yunanlıların yaşlılarına her zaman büyük bir saygı duyduğu belirtilmektedir. Ünlü tarihçi Homer (M.Ö. 700), eserlerinde özellikle yaşlıların yetenek ve tecrübelerinden gençlerin istifade etmeye

hazır olduklarını ifade etmiştir (107). Öte yandan ünlü filozof Eflatun (M.Ö. 427-347), 'Politeia' isimli eserinde, yaşlılık döneminin toplumsal yönünden çok bireysel yönüne vurgu yapmış ve Homer gibi O'da, bu dönemdeki yaşam biçiminin gençlik ve yetişkinlik döneminde biçimlenip belirlendiğini ileri sürmüştür (9, 130).

Aristoteles (M.Ö. 384-322) ise yaşlılığın yıkıcı özelliklerini ön planda tutmuştur. 'Rhetorik' isimli yapıtında, yaşlıların kavgacı olduğundan bahsetmiş ve merhameti, bir zayıflık olarak anlatmıştır. Aynı zamanda 'De Generatione Animaliom' isimli yazısında yaşlılığı, "*Hastalık zamansız gelen yaşlılık, yaşlılık ise doğal bir hastalık*" şeklinde tanımlamıştır (9, 130).

Günümüzde yaşlılar; daha geleneksel toplumlarda ikinci kuşağın yetiştirilmesinde ve kültürün korunmasında ciddi toplumsal roller üstlenen, görmüş geçirmiş ya da birikmiş görgülere sahip "kültür bekçileri" olarak konumlandırılırken; modern toplumlarda, üretkenliği bitmiş, aileye yük olan, bir an önce ölmesi beklenen bireyler olarak değerlendirilebilmektedir (17, 78).

Ülkemizde ise yaşlılığın kabulü bu iki düzenin arasında sıkışmıştır. Toplumdaki aile yapısı değişirken, ailenin işlevleri aynı ivme ile aynı yönde değişim göstermeyerek arada kalmıştır. Bir yandan geniş aileden yeni çekirdek aileler ayrılmaktayken, diğer yandan işlevsel açıdan aile ve akrabalık sistemi kendini korumaya çalışmaktadır. Sonuç olarak kır ve kentte aileler ayrı hanelerde oturmakta olsalar bile, akrabalar arasında karşılıklı yardım ve destek beklenmektedir. Maddi desteğin yanı sıra, çocuk bakımında anne-babadan yardım istenilmekte, yaşlı anne babanın bakım ve geçim sorumluluğu ise genellikle kırsalda yetişkin çocuklara düşmekteyken, kentte bu sorumluluk şekil değiştirmiştir. Kentsel bölgelerde yaygınlaşan yaşlı bakım hizmeti uygulamaları ile aile büyüğünün bakımı ikincil olarak üstlenilmektedir (2). Özellikle de büyük şehirlerde geniş aile yapısından

çekirdek aile yapısına geçiş sonucu yaşlı kişi işlevini, önemini, saygınlığını giderek yitirmekte ve ailenin dışına doğru itilmekte ya da bu şekilde hissetmektedir (66, 69, 76).

Toplumda yaşlılar; özgüven azlığı, görelî yoksullukları ve gelir yetersizlikleri, kurum bakımı hizmetini ikincil görmeleri, kuşaklar arası gerilim, bağımsız işlevlerini kaybetmiş olmaları, potansiyellerinin tanınmaması ve kullanılmaması, yaşa göre damgalanarak kategorize edilmeleri, mikro düzeyden makro düzeye yaşlılığa hazırlanmamaları vb. etkenler nedeniyle negatif ayrımcılığa tabi tutulmaktadır (66, 69, 76).

Yaşlı birey, 'kendini yaşlı olarak kabul ettiği noktada' toplumun bakış açısını beğenmese ve kendisini yaşlı hissetmese bile, yaşına uygun davranışlar sergilemeye çalışarak kendini mutsuz olmaya mahkum edebilir. Olumsuz olarak gelişen yaşlılık algısı, yaşamdan alınacak keyif ve doyumun da niceliğini etkileyerek, kişinin toplumsal kabuller nedeniyle kendi özünü, yaşadığı duyguları ve gelecek beklentilerini inkar etmesine, istemediği bir yaşamın tutsağı olmasına neden olabilir.

Alanyazın incelendiğinde; yaşlılığın kültürel anlamı, kişinin yaşlılık algısı, emeklilik algısı, hayat arkadaşının ya da akrabaların bulunma durumu, barınma – konut durumları, ekonomik durum, geçmiş yaşantılar ve aile süreçleri gibi sosyal etkenler; günlük yaşam aktivitelerinin bağımsız olarak gerçekleştirilebilme durumu, kronik hastalıklar ve engeller gibi fiziksel etkenler; yük olma kaygısı ve bağımlılık hissi, dost-arkadaş kaybı, aile üyelerinin evlilik, eğitim vb. nedenlerle evden ayrılmaları ile artan yalnızlık hissi gibi psikolojik faktörlerin etkisinde yaşlanma sürecinin şekillendiği belirlenmiştir. Bu faktörlerin huzur, mutluluk ve doyum duygusu üzerinde de etkili olduğu görülmektedir (152, 200, 228, 235).

### 1.4.1.3. YAŞLILIK DÖNEMİ SORUNLARI

Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından yaşlılıkta sağlığın belirleyicilerinin bilinmesi önemlidir. Araştırmalar yaşlılıkta fiziksel, psikolojik ve psikososyal sağlığın belirleyicileri ile ilgili ipuçları vermekteyse de, bu belirleyiciler temelinde planlanmış bir sağlık politikası yoktur. Toplum yaşlandıkça sayısal ve oransal olarak artan yaşlı nüfus, diğer yaş grupları ile karşılaştırıldığında, sağlık ve sosyal sorunları ile toplumun öncelikli bir grubunu oluşturur. Bu sorunlar önlenabilir, geciktirilebilir ya da daha erken dönemlerde belirlenerek baş edilmesi mümkün olan sorunlardır (216). Bölükbaş ve Arslan'ın (2003) huzurevinde kalan 60 yaşlıyla gerçekleştirdikleri araştırmalarında, yaşlıların %75'inin içinde buldukları çağı güzel bir dönem olarak değerlendirdikleri belirtilmektedir. Ancak aynı araştırmada yaşlıların %93.3'ü gibi büyük bir çoğunluğunun geleceğe ait planları olmadığı da ortaya konmuştur (48). Yaşlı bakımında amaç, hastalıkların tedavisi kadar, yaşlının fiziksel, mental ve ruhsal kapasitesini en üst düzeyde tutmak ve yaşam kalitesini arttırmak olmalıdır (40).

#### 1.4.1.3.1. YAŞLILIKIN FİZİKSEL BOYUTU

Yaşlı bireylerde fiziksel sağlık kavramını fiziksel durum, fonksiyonel durum ve subjektif sağlık durumu olmak üzere üç başlık altında incelemek mümkündür (158, 231).

**a) Fiziksel Sağlık Durumu:** Yaşlıdaki sağlık sorunlarının sayısını gösterir. Yaşlılarda sık rastlanılan kronik sağlık sorunları; kalp ve damar hastalıkları, artrit, kanser, ortopedik yetersizlikler, bilişsel işlev bozuklukları, diyabet, görme ve işitme kaybı, osteoporoz ve genitoüriner hastalıklardır.

**b) Fonksiyonel Sağlık Durumu:** Yaşlının öz bakım aktivitelerini, günlük yaşam aktivitelerini ve isteğe bağlı aktivitelerini sürdürmesini engelleyen fiziksel durum derecesidir.

**c) Subjektif Sağlık Durumu:** Yaşlının kendi sağlık durumuyla ilgili düşüncelerini yansıtır. Hastalık ve sağlık kavramına, sağlık profesyonelleri ile hastanın bakış açıları birbirinden farklıdır. Sağlığın tanımını yaparken bireylerin kendi sağlığını değerlendirmesine dayanan ve bireyi etkileyen sosyal, ekonomik, çevresel, psikolojik, mental ve işle ilgili tüm faktörlerin sağlığa etkisini yansıtan algılanan sağlık kavramı bilinmesi gereken önemli bir kavramdır (158, 231).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 ( TNSA-2008) sonuçlarına göre ülkemizde her 4 yaşlıdan birinin kronik bir sağlık sorunu bulunmaktadır (215). Fizyolojik kısıtlılık ve yetmezlikler açısından; kas iskelet sistemi hastalıkları, kalp damar sistemi hastalıkları, hipertansiyon, diyabete mellitus, kronik akciğer hastalıkları, anemi, idrar yolu enfeksiyonları, bazı kanserler, kas ve eklem hastalıkları, duyu kayıpları, düşmelere bağlı travmalar, ağrı, üriner inkontinans, uyku bozuklukları, malnütrisyon gibi geriatrik sendromlar yaşlılık döneminde sık görülen sağlık sorunları arasında yer alır. Bu hastalıkların oluşumunda bireysel faktörler ve çevresel faktörlerin birlikte rol oynadığı bilinmektedir (7, 49, 90, 91, 92, 207).

Geriatrik grupta değerlendirilmesi gereken diğer alanlar sıralandığında; sistimal ve ihmal, affektif (duygu durum) bozukluklar, hastabakıcı stresi, kognitif (algısal) bozukluklar, bası yaraları, ileri dönem arzu ve isteklerin belirlenmesi (yaşamın sonu ile ilgili kararları verecek kişiler) ve gerekirse tartışılması, tekrarlayan enfeksiyonlar, osteoporoz, çoklu ilaç kullanımı, rehabilitasyon gereksinimleri gündeme gelmektedir (90).

Sözü geçen bu gibi fiziksel sınırlılıkların, yaşamsal kriz dönemlerinden biri olan yaşlılığa hazır oluş açısından birey için başka olumsuzlukları beraberinde getirmesi olasıdır. Bu nedenle bu koşulların birey için ne anlam taşıdığına ayrıntılı bir analizi yapılarak, bireyi destekleyecek psikolojik ve sosyal mekanizmaların devreye sokulması aşamasında planlamalar yapılmalıdır.

#### **1.4.1.3.2. YAŞLILIKIN PSİKOLOJİK BOYUTU**

Yaşlılıkla ilgili yapılan bilimsel çalışmalar, temelde yaşam süresinin uzatılmasına ilişkin olanaklar ve araçların araştırılması tarzında uzunca bir süre tıp biliminin yetki alanı içerisinde sürdürülmüştür. Dönemle ilgili ilk geliştirilen yaşlılık teorileri de genelde biyolojik ve fizyolojik tabanlı olmuş ve bu geleneksel tutum nedeniyle bugün Batıda geliştirilen gerontoloji bilimi, daha çok tıp bilimine yardımcı bilim dalları arasında değerlendirilmiştir. Oysa ki, bireyin davranış nedenlerinin hem biyolojik, hem psikolojik hem de sosyolojik kökenli olması gerontolojinin, disiplinlerarası karakterde çok boyutlu araştırmalar yapmasını gerektirmektedir (130).

Bu alanda yapılan araştırmalar incelendiğinde yaşlılık döneminde en sık karşılaşılan stresörler; kayıplar (sevilen kişinin, sağlığın kaybı, sosyal konum, rol ve çevre kaybı gibi), yalnızlık, durumsal krizler (hastalık, emeklilik, fakirlik, ölüm gibi), sağlık sorunları (kronik hastalıklar gibi) ve stresle başa çıkmada (bilişsel, işlevsel ve motor beceri ve yetilerde bozulmaya bağlı) zorlanma olarak sıralanabilir. Ekonomik problemler, emeklilik, çocukların evden ayrılması, yakınların kaybı ve sosyal rollerde azalma gibi çeşitli yaşam olayları bulunmaktadır. Bu tür yaşam olayları, değişim sonrası oluşan yeni duruma uyum gerektirir. Uyum sağlanamadığında; umutsuzluk, depresyon, sinirlilik ve kaygı gibi çeşitli psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır (24, 68, 200).

Toplum içinde yaşlı erişkinlerin %12'sinde tanı koyulabilecek bir ruhsal rahatsızlık bulunmaktadır. Tıbbi hastalıklar nedeniyle hastanede ya da bakım kurumlarında yatan yaşlı hastalarda bu oranlar %40-70'e varmaktadır. Yaşlanmaya bağlı bazı inanışların yaşlıların zihinsel ve fiziksel durumlarını, fiziksel hastalıklarının iyileşmesini ve yaşam sürelerini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Yaşlılık döneminde, yalnızlık, maddi sorunlar, sevilen bir yakının kaybı, fiziki hastalıklar, fiziksel yeti yitimi ve özerkliğin kaybı, fiziksel hastalıklarda kullanılan bazı ilaçlar (yüksek tansiyonda ya da parkinson hastalığında kullanılanlar gibi), ya da hastaneye yatmak gibi durumlar depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir. Yaşlılıkta en sık karşılaşılan psikiyatrik sorunların başında; depresyon, anksiyete, demans ve deliryum gibi bozukluklar olup, bu sorunlar özellikle ikinci basamak sağlık hizmetlerinde olmakla birlikte, sağlık hizmetinin tüm kademelerinde ve geriyatrik yaklaşımlarda önemli yer tutar (24, 118, 165).

Yapılan araştırmalarda tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de eşitsizliklerin yaşlı sağlığına etkisinde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Gümüş BA. ve ark.'nın (2007) araştırmasında algılanan gelir düzeyinin kötü olması umutsuzluk düzeyini arttırmaktayken (98), Balcı E. ve ark.'nın (2010) araştırmasında düşük gelir durumunun depresyonu arttırdığı belirlenmiştir (32). Düşük yaşam memnuniyeti açısından gelirin yetersizliği, günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilememesi ve sosyal güvencesizlik risk etmeni olarak karşımıza çıkmaktadır (34, 17, 53, 102, 124).

Değişimin çok hızlandığı sanayi toplumlarında 65 yaşına gelmiş bir kişi, kendi gençliğindekinden çok farklı ahlaki değerlere, beklentilere ve rol tanımlamalarına uyum sağlamak zorunda kalacaktır (48). Bu uyumu gerekli şekilde sağlayamayan yaşlı birey, kendisini hayati risklerle sonuçlanabilecek psikiyatrik sendrom ve hastalıkların etkisinde bulabilir.

#### 1.4.1.3.2.1. YAŞLILIK VE ÖLÜM KAYGISI

Yaşlılık, bir yandan yaşlı bireyin gelişiminin devam ettiği, diğer yandan da gerileme belirtilerinin ve ölümün yaklaşmakta olduğu bir gelişim dönemidir (131). Bu dönemde ölüm fikri henüz çok uzak görünse de, aslında bu sona ne kadar yaklaşılmış olduğu gerçeği ile gizliden gizliye yüzleşmeye başlanmıştır (162, 166, 200, 234). Varoluşçu Psikoloji'nin de temel kavramları arasında yer alan ölüm, insanların içinde bulunduğu en büyük ikilem olarak açıklanmaktadır. İnsan isterse ölümü seçebilir, fakat istemese de ölümü yaşayacaktır. Ölüm; bir yok oluş, bir tükeniştir ve kaçıışı yoktur. Varoluşun çözemediği fakat yaşamak zorunda olduğu, belki de yaşamın anlamının içinde saklı olduğu en büyük gizemdir. Alanyazındaki araştırmalar ölüm kaygısının çok boyutlu bir kavram olduğunu ortaya koymuştur. Ölümün en çok üzerinde durulan boyutları, belirsizlik ve yalnızlık korkusu, yakınlarını yitirme korkusu, kişisel kimliği kaybetme korkusu, ölüm sonrası cezalandırılma korkusu, geride kalanlar için endişelenme, denetimi kaybetme korkusu, acı duyma korkusu, bedenini kaybetme ve yok olma korkusudur (78, 118, 143, 192, 200, 230, 232, 234, 235).

Dünyada tüm insanların yaşamak zorunda olduğu açık olan en önemli iki olay doğum ve ölümdür. Ölümün kaçınılmazlığı evrensel ve önü alınamayan bir gerçek olduğuna göre ona verilecek anlamın, kişinin bireysel ve toplumsal hayatında çok önemli yönlendirici etkiler meydana getireceği kolaylıkla ifade edilebilir. Fakat ölüm psikolojik olarak kabul edilmesi çok zor bir gerçektir. Çünkü insan, kendi yok oluşunu ve tükenişini düşünmek bile istememekte, geçmişteki anıları ve gelecekle ilgili ümitleriyle yaşamaktadır. Bu yüzden ölüm, insana doğal bir olay gibi görünse de, herkes kendini böyle bir gerçek karşısında kolayca boyun eğmeye hazır hissetmemektedir. Freud'un ifadesiyle, "*Kimse kendisinin öleceğine inanmaz.*" veya



“ *Bilinçdışında herkes kendi ölümsüzlüğüne inanır.*” ve bu yüzden de insanlar hiç ölmeyecekmiş gibi yaşarlar (86, 108).

Schopenhauer’a göre, “*Ölüm düşüncesi, ölümün kendisinden daha ıstıraplıdır*”. Dolayısıyla yaşanan acılar, doğrudan ya da dolaylı olarak ölümü çağrıştıran, hatırlatan bir özellik taşır. Yaşam deneyimi arttıkça, yani insan yaşlandıkça, ölümü hatırlatan yeni olgularla tanışılır. Bu durum, ölümü korkulacak bir şey olmaktan çıkarmaz, aksine insan ölümden daha da çok uzak kalmak ister. Gençler, yaşamlarının başında olduklarından ölümü görmez ve tanımazlar; oysa yaşlılar, o kaçınılmaz noktaya doğru ilerlemekte olduklarını açıkça görürler. Bu yüzden de geç ölüm, ani ölümden daha korkutucudur. Yani ölümü düşünmek, ölümün kendisinden daha korkutucudur (170).

Ölüm kaygısına neden olan ölümden çok, ölümle ilgili duygular, ölüme verilen anlamdır. Ölümün deneyimlenemez olmasından kaynaklanan bilgisizlik, varlığını varlığına bağladığı her şeyden kopuş, öldükten sonra ne olacağına dair belirsizlik, ölüm anında acı çekme, mezarda çürüme, bedensel dağılma, bozulma ve yok olma vb. gibi korkuları, ölüm kaygısının temelinde yatan asıl korkular olarak tanımlayabiliriz (169).

Hökeleli’ye (2007) göre, ölümün varlığını inkâr etme özellikle günümüzde Batı toplumlarında görülen en yaygın tutumlardan birisidir. Refah ve mutluluk düşüncesinin hakim olduğu çağdaş dünyada insanlar, ölümü hatırlatan ve hatırlatabilecek olan her şeyden uzak kalma çabası içindedir. Genel olarak, ölümün gizlenmesi, bütün toplumsal davranışlarda az veya çok ustalıkla kendisini göstermektedir (108). Geride bıraktıklarının yok olması korkusu, biyolojik sonla beraber sosyal sonu da düşündürmekte ve yaşlıyı gerilime sürüklemektedir. Hayatı boyunca kazandığı mal varlığı paylaşılacak, umutları, değerleri yok olacaktır. Bu da

insanın biyolojik olarak olmasa bile, sosyal yönden kalıcı olma, iz bırakma, anılma, unutulmama vb. beklentilerini zedelemektedir. İnsan için sosyal son anlamına gelen bu duygular, zaman zaman biyolojik son korkusunu aşmaktadır. Biyolojik son, kabullenilmiş görünmesine karşın; sosyal son sorun haline getirilmektedir (143).

Yaşlı birey, olumlu veya olumsuz duygular içinde de olsa, bir şekilde ölüm hazırlığı içindedir. Bu nedenle insanların önemli bir kısmında, yaşlandıkça ölüme ait düşüncelerde ve ölüm korkusunda artış görülmektedir. Bir insanın öleceğini bilmesi açık bir tehdittir ve yaşlı bir insanın öleceğini düşünmesi onun ölüm ötesine yönelik dini inançlarına daha çok sarılmasına ve dini etkinliklerini artırmasına yol açabilir. Nitekim bazı araştırmalar, yaşlılarda ölüm sonrası hayata, cennet ve cehennemin varlığına, ilahi mahkemeye duyulan inancın önceki gelişim dönemlerine göre daha yüksek olduğunu ve yaş arttıkça bu inançlarda da bir artışın kaydedildiğini göstermektedir (20).

Yaşlı bireyin artık ölümü erteleyebileceği başka bir gelişim dönemi kalmamıştır. Fiziksel anlamda ölümü iptale veya ertelemeye gücü yetmez; ya teslimiyet ya da tümüyle inkar tutumunu gerçekleştirmek durumunda kalabilir. Herkes için bu gibi olaylara verilecek tepkiler ve kullanılacak başatme mekanizmaları farklı olacaktır. Örneğin kimi insan varoluş anlamının derinliğinde kaybolup sessizliğine gömülürken, kimi bedeninin yardım çağrısıyla; somatizasyon ya da hipokondriyazisle bu durumun üstesinden gelmeye çalışabilir. Ya da bu kaygıyla başedemeyen ve destek sağlayamayan birey, bu sıkıntıyı hafifletmek için etkinliklerini kısıtlayabilir, bağımlılık geliştirebilir. Çevresinden soyutlanarak kendine yönelen yaşlı, fiziksel işlevlerinde bozulmalar yaşayabilir, öz bakım, beslenme, hareket gibi temel gereksinimlerini tek başına karşılayamayabilir (119, 131, 165).

#### 1.4.1.3.2.2. YAŞLILIK VE YALNIZLIK

Yalnızlığın yaşlı sağlığına etkileri kesin olarak kanıtlanmamakla beraber, kronik hastalık durumunu şiddetlendirebileceği ve bireylerin sağlık durumlarını daha kötü algılayabilecekleri belirtilmekte ve tıp literatüründe yalnızlığın ihmal edildiği ifade edilmektedir (42, 142).

Grazier'e (1998) göre; yalnızlık bireyin yabancılaşma duyguları hissettiğinde başkaları tarafından yanlış anlaşıldığında, reddedildiğinde ve/veya sosyal etkileşim yaratan aktivitelerde uygun sosyal eşin olmadığı durumlarda artarak ortaya çıkan bir durumdur. Yalnızlık duygusu tüm yaş gruplarında ortaya çıkabilir. Ancak daha çok yaşlılık dönemine özgü bir problemdir. Yaşlılık yaşanan birçok değişiklik ve kayıpların artması nedeniyle yalnızlık duygusuna zemin hazırlar. Yalnızlığın ise fiziksel ve ruhsal sağlık problemlerinin oluşmasında önemli rol oynadığını gösteren araştırmalar mevcuttur. Bu aşamada dikkatle üzerinde durulması gereken konu; uzun süreli yalnızlığın, bireyi ruhsal olarak tehlikeye atabileceği, depresyon ve intihara neden olabileceğidir (95, 143, 228).

Ülkemizde ataerkil (geniş tip) aile yapısından çekirdek aile yapısına doğru bir değişim olması nedeniyle, gerek kentte yaşayan yaşlılarda gerekse kırsal alanda yaşayan yaşlılarda yalnızlık en başta gelen sorunlar arasında yer almaktadır. Büyüyen çocukların evlilik ya da görev nedeniyle evden ayrılmaları sonucunda yaşlı birey kendini çaresiz, desteksiz, terk edilmiş ve yalnız hissetmektedir (7, 52). Yalnızlık risk faktörleri açısından incelendiğinde, özellikle kurumda barınma hizmeti alan yaşlıların kendilerini dünyadan yalıtılmış hissettikleri ve bu nedenle yalnızlık ve terk edilmişlik duygularına kapılmaya açık oldukları belirlenmiştir (26).

Ailesel ya da sosyoekonomik koşullar yaşlıları çocuklarından ayırırken, emeklilik de işinden ayırmaktadır. Yaşlı bireyin, ruhsal sağlığını etkileyen ve bireyi

yalnızlık duygusuna sürükleyen diğerk bir sosyal değişim de emekliliktir. Emeklilikle birlikte maddi ve mesleki umutlarını yitiren yaşlılar, sosyal rollerini de yitirdikleri görüşündedirler (143). Bu nedenle yaşlılar, soyutlanma ve günlük olayların bir parçası olamama şokuna girmektedirler. Konuşmaları bugünden çok geçmişe yöneliktir. Soyutlanma duygusu, ileriki aşamalarda yalnızlığa dönüşmektedir. Emeklilik bir yandan yaşamın sürekliliğini bozarken diğerk yandan bireyin, hem ailedeki yerini, hem de toplumdaki yerini, sosyal konumunu değiştirmekte, bu nedenle bireyin kimliğindeki temel birçok rolü elinden almaktadır (7, 114, 129).

Yaşlanan birey ayrıca başka nedenlerle de (yakınlarını kaybetmesi gibi) sosyal ilişkilerinden zorunlu ya da farkında olmadan soyutlanabilmektedir. Diğerk insanlardan soyutlanmak ve yalnız kalmak yaşlıya hiçliği anımsatır. Hiçlik ölümdesimgeleşir ve bunu bilmek sürekli yaşanan ölüm korkusunu da beraberinde getirebilir. Ancak emekliliğin, ekonomik gerekliliklerle yürütölen toplumlarda bireysel iş gücü kaybı ve işe yaramazlık olarak algılandığı için, bireyde daha önce bahsedilen bu gibi olumsuz yansımaları olsa da; sağlıklı ve hayattan beklediği doyuma ulaşmış bir bireyin de, kendisini gerçekleştirebilmesi için en olgun zamanında ona fırsat vermesi, zaman tanınması açısından olumlu bir etken olarak değerlendirilebilir (61, 88, 131).

#### 1.4.1.3.2.3. YAŞLILIK VE DÜŞÜK BENLİK SAYGISI

Benlik algısı, bir bireyin çevresindekilerden aldığı geribildirimler, pekiştirmeler ve atıflarla birlikte, kendi deneyimleri ve çevreyi yorumlaması sonucunda şekillenen kendisi hakkındaki düşünceleri olarak tanımlanmaktadır (35). Benlik algısı, yaşamın tüm dönemlerinde, özellikle de yaşlılık dönemindeki uyuma yönelik süreçlerin önemli bir bileşenidir. Koşullara uyumun niteliği, iyilik hali, yaşam doyumu ve sağlıkla yakından ilişkilidir. Yaşlanma tek başına, benlik algısında bir olumsuzlaşmaya neden olmaz. Benlik algısı kronolojik yaşla doğrudan ilişkili olmamakla birlikte, yaşa bağlı olarak ortaya çıkan bazı risk etkenleri ve bunlar karşısında psikolojik sağlamlığı arttıran koruyucu etkenler, yaşlı bireyin benlik algısının biçimlenmesinde rol oynar (93).

Benlik algısı ve buna paralel olarak gelişen benlik saygısının, bireyin iyilik durumu açısından önem taşıdığı vurgulanmaktadır. Bu dönemde hormonal değişim ile birlikte cinsel işlev bozuklukları ve bunların bireyde yarattığı baskı, bedensel ve zihinsel yorgunluk, sağlık ya da fizyolojik sorunlara ilişkin kaygı ve endişeler, aile, iş yaşamı ve toplumdaki baskılar ya da rol kaybı, bireyde çöküntü yaratmakta ve benlik saygısını zedelemektedir. Bireyin varlığının temel dayanakları birer birer yıkılmakta; üretkenliği, etkenliği, ekonomik ve statik gücü yavaş yavaş kaybolmaya başlamaktadır. Benlik saygısı düşüklüğü; yaşlılık dönemi depresyonlarında etkili rol oynamaktadır (35, 89, 93, 171).

Yaşla birlikte öğrenme ve bilgi depolama (bellek) yeteneklerinde azalma olur. Bu durum, 65 yaştan sonra belirginleşmeye başlar. Öğrenme ve öğrenileni depolama yeteneği, yaşlının yaşam biçimi ve ruhsal durumuyla da yakından ilişkilidir. Depolanan bir bilgiyi anımsayamama yaşlıyı endişeye sürükleyebilir ve benlik saygısını zedeleyebilir (66, 111, 158).

Huzurevinde yaşamakta olan yaşlılara yönelik araştırmalarda, yaşlıların büyük çoğunluğunun yaşlılığı; yalnızlık, işe yaramazlık, bağımlılık ve rahatsızlık durumu olarak algıladıkları ve bu yaşlıların depresyon puanlarının yüksek olduğu bildirilmiş, yaşlılık dönemine iyi hazırlanmamış bireylerin kendilerini değersiz, işe yaramaz ve bağımlı hissetmelerinin bu sonucu ortaya çıkarmış olabileceği düşünülmektedir (13, 29,181).

Yaşlı bireyin kendisini diğeri insanlar arasında değerli bir varlık olarak görmesi, yaşlılığın getirdiği değişimleri kabul etmesi ve bu değişimlere uyum sağlamasında benlik algısı önemli bir belirleyicidir. Yapılan araştırmalar benlik saygısı yüksek bireylerin yaşam doyumlarının da yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (168, 203).

#### **1.4.1.3.2.4. YAŞLILIK VE İNTİHAR**

Yaşlılık bireyin fiziksel görünüm, güç, rol ve bulunduğu konum açısından kayba uğradığı, yeti yitimleri ve fiziksel hastalıklar nedeniyle bağımlılığının arttığı bir dönemdir. Yaşlı grupta intihar; kronik hastalıklar, bağımlılık ve yeti yitimleri nedeniyle diğeri yaşlara göre daha fazla görülmektedir. Yaşlılarda intihar nedenleri arasında yeti yitimine yol açan kronik hastalıklar (kalp hastalıkları, nörolojik hastalıklar ve kanser), sevilen birinin kaybı, kronik ağrı, olumsuz sağlık algısı, sosyal izolasyon ve yalnızlık, depresyon, alkol ve ilaç kötüye kullanımı, geçim sıkıntısı ve emeklilik vb. nedeniyle toplumsal rollerdeki değişiklikler gibi sorunlar yer almaktadır. Özellikle depresif belirtilerin yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak görülmesi, tanı ve tedaviyi geciktirerek intihar gibi istenmeyen durumların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (25, 69, 83, 126, 203).

Amerika İntiharbilim Derneği - The American Association of Suicidology (AİD-AAS) verilerine göre; 2005'te sadece Amerika'da 65 yaş ve üzeri intihar vakası 5404 olarak bildirilmiştir. Bu veriler neredeyse her gün 15 yaşlının intihar

ettiğini ya da diğer bir deyişle her bir buçuk saatte bir yaşlının intihar ettiği sonucunu ortaya koymaktadır. AİD'nin 2010 yılı verilerinde ise yaşlıların toplam nüfusa oranının %13 olduğu ve tüm intihar olaylarının %15.6'lık kısmının yaşlı popülasyonunda meydana geldiği açıklanmıştır. Yaşlı intihar prevalansı 100,000'de 14.89 olarak tespit edilmiş, 2010 yılı içinde 5994 yaşlının intihar ettiği kaydedilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında her 90 dakikada bir, bir yaşlının intihar girişiminde bulunduğu; her gün ortalama 16 yaşlının intihar ettiği ortaya çıkmaktadır (203, 228). Türkiye'deki veriler, intihar ile ilgili istatistiklerin 1962 yılından itibaren tutulmakta olduğunu göstermektedir. Ülkemizde 1974–1998 yılları arasında intihar hızı %100 artarak önemli bir toplumsal sorun haline gelmiştir. Nüfusa paralel olarak tüm yaş gruplarında artan intihar, özellikle 15–34 yaşları ile 65 yaş ve üzerini etkilemektedir. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) verilerine göre 15–34 yaşlarında yüksek olan intihar oranları giderek azalırken; yaşlılarda bu oran her yıl artmaktadır. 15–34 yaş grubunda intihar oranı 2000 yılında %57.6 iken, 2007 yılında %11.27'lik azalma ile % 46.33 olmuştur. Oysa 65 yaş üzeri grupta intihar oranı 2000 yılında % 7.83 iken, 2007 yılında iki kattan fazla artış ile %16.04'e ulaşmıştır (208).

Dünyadaki teknolojik ilerlemeye karşın, yaşlılık döneminde karşılaşılan bazı hastalıklara hala çözüm bulunamamıştır. Bu durum bir yandan yaşlılıktaki intiharların önemli bir nedenidir, öte yandan yaşlı intiharlarının gerçek sayısından, gerçek rakamdan daha az kayda geçmesine yol açar. Çünkü birçok yaşlının ölüm nedeni olarak düşünülebilecek en az bir fiziksel hastalığı vardır. Yaşlılıkta kaza olasılığının intihardan önce akla gelmesi de intihar istatistiklerinin gerçek rakamdan daha düşük olarak belirlenmesine yol açar (44).

Sonneck ve ark. (1993) intiharları önlemede intihar riski yüksek olan alt grupların saptanmasının önemini vurgulamışlardır: “*İntihar edenler; alkol, ilaç ve*

*madde bağımlıları, özellikle tekrarlayan depresif bozukluğu olanlar, yaşlı, yalnız yaşayan, sakat, evsiz ve azınlıklara mensup kişilerden oluşur. Yaşlılara iyi bir bakım sunulması, birer intiharı önleme yöntemidir. Bu risk gruplarının sosyal problemlerini çözmek için geniş bir psikososyal yardıma ihtiyaç vardır. Eş güdümlü ve sürekli bir yardım çeşitli kurumların ve uzmanların ortak çalışmaları sayesinde gerçekleştirilebilir. Yüksek risk altındaki gruplar, sınırları belirli olan bir alanda daha kolay tanımlanıp ortaya çıkarılabilirler. Böylece krizin ortaya çıktığı yerde yardım etme şansı doğar. Krizdeki kişilerle çalışan herkesin bir intihar tehlikesine karşı tetikte olması ve böyle durumlarda yapılması gerekenleri bilmesi gerekir”.* (184).

İntihar riski, erken dönemde fark edilirse önlenilecek bir yaşamsal tehdittir. Bu kapsamda toplumun farkındalığını artırarak yaşlılık dönemi intihar sorununa dikkat çekmek, hemşirelerin sorumlulukları arasında yer almaktadır. Özellikle fiziksel bağımlılığı, yeti yitimi ve depresyonu olan yaşlı grubun desteklenmesi, sosyal bağlarının devamlılığının sağlanması ve üretkenliklerinin korunması, intiharı önlenmesinde en önemli uygulamalardır (69).

#### **1.4.1.3.3. YAŞLILIĞIN SOSYAL VE EKONOMİK BOYUTU**

İçinde bulunduğumuz ve belli bir olgunluğa eriştiğimiz kültürel ortam davranışlarımızın temel belirleyicisidir. Bu durum bizi ait olduğumuz her bir farklı gruba göre toplumun kabul gördüğü ve bizler için önceden hazırlamış olduğu bir kalıba uyum sağlamaya güdüler. Bu nedenle bu algılarımızı farkederek değiştirebilmek için 1999 yılı, DSÖ tarafından “**Uluslararası Yaşlılar Yılı**” olarak belirlenmiş, yaşlıların ailelerine ve topluma katkıda bulunmayan insanlar olarak algılanmalarının yanlış olduğu vurgulanarak aktif ve üretken bir yaşlılık sürecinin önemi üzerinde durulmuştur.



Toplumda görünmez olan yaşlılar; özgüvenlerinin azlığı, görece yoksullukları, kurum bakımı hizmetinin olumsuz algısı, kuşaklar arası gerilim, bağımlı yaşama zorunlu olmaları, potansiyellerinin tanınmaması ve kullanılmaması, ücretsiz aile işçisi olarak görülmeleri, sosyal sistemlerin yetersizliği nedeniyle mikro düzeyden makro düzeye yaşlılığa hazırlanmamaları gibi nedenlerin sonucu olarak toplum tarafından damgalanmakta, olumsuz ayrımcılığa tabi tutulmaktadır. (90, 91, 113, 213).

Yaşlı bireylerin günümüzde en önemli sorunları arasında parasal güvence yokluğu, bakım ihtiyacı ve yalnızlık yer almaktadır (60, 219). Geleneksel geniş aileden çekirdek aileye geçiş ile birlikte aileler küçülmüş, yaşlıların bakım sigortası olarak görülen genç kuşaklar kendi çekirdek ailelerini kurup, ana-baba kuşağından uzaklaşmıştır. Bunun sonucunda yaşlılık, önemli ekonomik ve psiko-sosyal sorunların yaşandığı bir dönem haline gelmiştir (60, 218).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2008) bulgularına göre; yaşlı nüfusun %31-46'sının herhangi bir geliri bulunmamaktadır (185, 215). Aynı araştırmanın sonuçları 65 yaş ve üzerinde olanların %12'sinin sağlık güvencesi bulunmadığını ve yaş ilerledikçe sağlık güvencesi olmayanların yüzdesinin de artmakta olduğunu belirtmektedir. Dolayısıyla bu yaş grubunda yer alan bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanmaları, hizmet bedelinin tamamını ödemeleri halinde mümkün olabilmektedir. Yeşil kart ise özellikle 85 yaş ve üstü nüfus için önemli bir sağlık güvencesi olmaktadır (215).

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artması sağlık, ekonomik, çevresel ve sosyal sorunları da beraberinde getirmektedir. Günümüzde yaşlıların bakımından esas olarak sorumlu olan kişiler kadınlar veya kız çocuklarıdır. Ancak aile yapısındaki değişimler, kadınların eğitim kurumlarında daha uzun süre

kalmaları, çalışma hayatına dahil olmaya başlamalarıyla yaşlıların kurumsal bakım ihtiyacı da artmaktadır. Ekonomik açıdan üretken olan grubun bakmakla yükümlü olduğu yaşlı nüfus yıllar içinde artacağı için maddi sorunlar da ortaya çıkacaktır. Devletin, ekonomik açıdan bağımlı olan yaşlıların daha bağımsız hale getirilmeleri için nüfus ve kalkınma politikalarında düzenlemeler yapması gerekecektir. Bunlara ek olarak, artan yaşlı nüfus ile birlikte sağlık harcamaları da artacaktır. Dolayısıyla sağlık güvencesi ve sosyal güvenlik konularında yasal düzenlemelere ihtiyaç duyulacaktır (202, 239).

#### **1.4.1.3.3.1. TOPLUMSAL YAŞLILIK ALGISI**

Yaşlılığın sosyal anlamının büyük bir bölümü, yaşlanmanın fiziksel ve zihinsel yeteneklere olan etkileri konusundaki yanlış inançlara bağlıdır. İnsanların yaşlanırken yaşadıkları değişikliklerin önemi, anlamı ve etkileri meydana geldiği sosyal gerçeklikten oldukça etkilenir, hatta bu sosyal gerçeklik tarafından oluşur. Toplum yaş olgusunu, toplumsal rolün kazanılmasında ve yitirilmesinde, davranış beklentilerinde, kaynakların ve fırsatların toplumsal dağıtımında ve bireyleri sınıflandırmada bir gösterge olarak kullanır. Dolayısıyla sosyologlar yaşı bir sosyal kategori olarak değerlendirir (94).

Yaşlanma olgusu farklı toplumlarda farklı farklı yönleriyle değerlendirilir ve algılanır. Bir toplumda yaşlı, ailenin her konuda tek hakimi ve toplumda en çok saygıyı gören kişiyken, bir başka toplumda fizyolojik kayıpları nedeniyle toplumun hastalıklı kesimi olarak değerlendirilebilir. İşte toplumların yaşlıya gösterdiği birbirinden oldukça farklı bu tutum ve davranışlar, çevresel koşullar, ekonomi, inanç, kültür, töre gibi temellere dayanmaktadır (9, 205).

Fiziksel ve fonksiyonel işlevselliğe ayarlı toplumlarda, yaşın yıl olarak bir değeri bulunmamakta ve insanlar yapabildiği ve üstesinden gelebildiği zorluklar

kadar genç kabul edilmektedirler. Eski gücünü yitirmiş olan insanlar 'yaşlı' olarak adlandırılırlar (205).

Üreme döngüsündeki konuma ayarlı toplumlarda, kişinin konumunu belirleyen etken yaşadığı topluma yeni bireyler kazandırabilme veya bu yeteneği kaybetmedir. Evlenmemiş, çocuksuz yaşlı kadın veya erkekler hiçbir zaman "yaşlı" mertebesine erişemezler. Yaşlı olmak, bu toplumlarda özenilen bir özelliktir. Fakat bu konuma erişebilmek için önce cinsel üretkenlik görevi yerine getirilmiş olması gerekir. Toplumda yaşça hangi konumda bulunulduğunun tespiti, kronolojik yaşa bağlı olmayıp, evlilik çağında bulunmak, boşanmış olmak, dul veya kaynana olmak gibi çeşitli özelliklerle yapılır (205).

Kıdem sınıflandırmalı bir sisteme sahip toplumlarda kişinin konumunu yaş değil, ardından gelen kuşak belirler. Dünyaya gelen her yeni kuşak sayesinde, bir kıdem ileri doğru kayılır. Bir kimsenin arkasında ne kadar fazla nesil bulunuyorsa, kıdemi de o kadar fazladır ve toplum içindeki konumu buna bağlı olarak artar. Bu toplumlarda yaşlılık, yaşanan yıla bağlı olmayıp, gerideki kuşağın sayısı ile tanımlanır. Öte yandan belli bir yaştan sonra toplu halde sünnetler veya dini cemaate kabul törenleri sayesinde de, kişinin kıdemi yükselir ve toplum içindeki söz hakkı fazlaşır. Bu tür toplumlarda kronolojik yaş tamamen önemsiz olmasa da belirleyici değildir. Yaşlılık ve iktidar gücü birbirine bağlı iki unsurdur. Ancak her yaşlı "ihtiyar" olarak kabul edilmez. İhtiyarlık düzeyine yükselme başarısını gösterenlerin toplum içindeki davranışları ve söyledikleri sözler büyük önem taşır. Buna karşın, yaşanan, ama ihtiyar olamayanların, söz söyleme yetkileri tamamen kaybolur (205).

Örneğin Afrika'da yaşayan Tuaregler'de yaş, yıl olarak sayılmaz. Bu kültürde önemli olan yaş değil, fiziksel olgunluktur. Bedensel yönden gücünü yitirmiş olanlar, bir Tuareg için yaşlı kişidir. Yaşlılıkla iktidar gücü arasında bir bağlantı kurulmaz.

Batı Afrika'da yaşayan Ayizolar'da ise yaşlılık ve iktidar gücü birbirlerine denk iki kavramdır. Ayizolar'da doğum zinciri içinde ve hala hayatta olan en yaşlı kişi en fazla söz hakkına sahip olan kişidir. Bu toplumda geçmişte yaşlılığın erkeklerde 35–40 yaşları arasında başladığı, günümüzde ise 30'lu yaşlara kadar inmiş olduğu bilinmektedir. Kadınlarda ise evlilikle birlikte ortalama 20 yaşlardan günümüzde 18 yaş civarına inmiştir. Japonya'nın da endüstrileşmesinden önceki dönemlerde, buna benzer bir yaşlılık tanımına sahip olduğu bilinmektedir (205).

Toplumun yaşlıyı kabulü ne yönde olursa, bireyin kendisi de yaşlılık dönemini o doğrultuda keyifli ya da sıkıntılı karşılayacaktır. Maden (1990), yaşlılar kendilerini boş vermişlik, umutsuzluk, çaresizlik, ölümü bekleme, işe yaramama, kıskançlık, uyumsuzluk, kadercilik, kabullenme, reddetme, güçsüzlük, aşağılık duygusu, sosyal küskünlük, amaçsızlık, sorumsuzluk, çirkinlik, bunaklık, geçmişle övünme vb. motiflerle tanımladıklarını belirtmektedir. Bireyler toplumdan aldıkları bu algıları benimsemeleri dolayısıyla, konuşmaktan, herhangi bir konu hakkında bir düşünce belirtmekten çekinmekte ve içe kapanmaktadırlar (143).

Toplumsal değişme ve gelişme sürecinde; kadının çalışma yaşamına katılması, gelenek, kültür ve değerlerin değişmesi, artık 'ata' ve 'otorite' olmayan yaşlının aile içerisinde yük/sorun olarak algılanmaya başlaması vb. nedenlerle ilerleyen yıllarda gittikçe artacak olan yaşlı nüfus çok yönlü bir sosyal sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (167).

Yaşlılığa yönelik algı ve tutumların bu değişiminin bir sonucu olarak aile büyüklerinin bakım sorumluluğu çeşitli yollarla paylaşılmaya çalışılmaktadır. Özellikle kurum barınma ve bakım hizmetlerinin buradaki rolü su yüzüne çıkmaya başlamış, bireyler ve aileler bu hizmetten faydalanma konusunda gönüllü ya da zorunlu tercihlere yönlenmişlerdir. Bu durum doğrudan olarak 'kurum – huzurevi –

yaşlı konukevinde yaşama' kavramlarının kişi, aile ve toplum tarafından nasıl algılanmakta olduğunu belirlenmesini önemli kılmaktadır.

Bölükbaş ve Arslan'ın (2003) 60 huzurevi yaşlısı ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında, yaşlıların %91.7'sinin huzurevinde yaşamaktan memnun oldukları belirtilmektedir (48). Ancak alanyazın incelemelerinde çoğunlukla bireylerin huzurevleri için olumsuz algılara sahip olduğu ortaya konmuştur. Comfort'a göre birçok yaşlı huzurevi korkusu yaşamakta ve yaşlılar huzurevlerini *mezara giden yolun başındaki narkoz odası* gibi görmektedirler (55). Şenol (1989), huzurevlerinin ölümün beklendiği kurumlar olarak algılanmasının, yaşlılarda ölüm düşüncesine saplanmaya neden olabileceğini belirtmiştir (193). Khorshid ve ark (2004), birçok yaşlının huzurevlerini yaşamlarının son durağı veya geri dönüşü olmayan bir kışla olarak nitelemekte olduğunu belirlemiş, kendilerini ailelerinden dışlanmış olarak algılamakta ve yalnız hissetmekte olduklarını belirtmişlerdir (125). Bu verilere uyumlu olarak Moreno ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı araştırmada; huzurevinde yaşayan yaşlıların aileleriyle yaşamakta olanlara göre daha az ölüm kaygısı taşıdıkları bildirilmiştir. Bu durumun çeşitli etkenlere bağlı olabileceği düşünülmekle birlikte, kurumlarda ölümle daha fazla yüzleşmeleri ile ölüm gerçeğine karşı duyarsızlaşmaya başladıklarının göstergesi olabilir (118, 149). Bu duyarsızlaşma, yaşlı için hem bir kazanım hem de bir yıkım olabilir. Bu gerçekliği olumlu yönlendirebilen yaşlı ölüm sürecini kontrol altına alarak tamamlanmamış işlerle kendini gerçekleştirebilir ve bu kaçınılmaz sona kadar kalan zamanından doyum sağlayabilir. Ancak bu gerçekliğin belirsizliğinde kaybolan yaşlı birey, gelecek son fikri ile bugünüden vazgeçme yolunu da tercih edebilir. Bireylerin bu süreçte desteklenmeleri, son anlarına kadar hayatlarını en verimli koşullarda devam

ettirmeleri ve doyum almalarının sağlanması, her sağlık profesyonelinin temel sorumluluğudur.

Yaşlı birey fiziksel, psikolojik, kültürel yapısı, sosyal çevresi ve ailesi ile bir bütündür. Yaşlı bireylerin gereksinim ve sorunları hemşirenin onu bir bütün olarak değerlendirip ele almasıyla çözümlenebilir. Hemşirenin bireyin yaşlılığa ve ölüme ilişkin algılarını, tepki ve davranışlarını, sosyodemografik özelliklerini, sözel ya da sözel olmayan tepkilerini bilmesi ve sosyal destek mekanizmalarını tanımlayarak mümkün olduğunca verimli kullanabilmesi önemlidir. Hemşireler birey ve ailesinin ölüm korkusunu ele almada, ölüme hazırlanmasında ve ölümü kabul etmesinde önemli rol oynamalıdır (12).

#### **1.4.2. YAŞLILIK VE YAŞAM DOYUMU**

Toplumda işlevselliğin sürdürülmesi ve yaşamdan doyum alma ruh sağlığı açısından önemli bir faktördür. Yaşam doyumunu ilk kez Neugarten ve arkadaşları (1961) tarafından tanımlanmıştır. Doyum; beklenti, gereksinim ve isteklerin karşılanmasıdır. Yaşam doyumunu ise; bir insanın beklentileri ile (ne istediği) elinde olanların karşılaştırılması sonucu elde edilen durumdur. Yaşam doyumunu, mutluluk, moral vb. gibi değişik açılardan 'iyi olma' halini ifade eder. Kişinin iş, boş zaman ve diğer zaman dilimlerindeki yaşamına gösterdiği duygusal tepki veya tutumdur (132, 154, 174).

Yaşam doyumunu kavramı, yaşam kalitesi (quality of life), mutluluk (happiness), öznel iyi olma (subjective well-being) gibi kavramlarla karıştırılmaktadır. Bunun sebebi, bu kavramların birbirleriyle olan yakın ilişkileri ve iç-içe geçmişlikleridir. Çoğu zaman alanyazında eşanlı şekilde kullanılmaktadırlar. Adı geçen kavramların açıklanması, yaşam doyumunu kavramının daha açık ve anlaşılır hale gelmesine yardımcı olacaktır.

Yaşam kalitesi, bireyin yaşamı yorumlaması ve algılamasında, kendi tarzını ya da bakış açısını geliştirdiği ve onunla şekillendirdiği bir yaşam felsefesi, dünya görüşü, değerler, hedefler, ilkeler, inançlar ve duygular bütünüdür. Benzer şekilde öznel iyi olma, yaşamını değerlendiren bireyin verdiği tepkiler ve yargılar olarak tanımlanmıştır. Yaşam doyumu ise yaşamın geneline ilişkin değerlendirmelerden oluşan sonuçtur, öznel iyi olmanın ve yaşam kalitesinin yalnızca bir boyutu olarak tanımlanmaktadır (64, 123, 132, 236).

Yaşam doyumunun tanımlanmasını amaçlayan Andrews ve Withey (1974) ve Andrews ve Crandall (1976), bu amaçla yaptıkları araştırmalarında, yaşam doyumuyla ilgili olabileceği düşünülen 800 ayrı öge sınımlanmışlar, araştırmanın sonunda bu maddeleri 15 temel ögeye indirgemişlerdir. Bu öğeler şunlardır: sağlık ve kişisel güven, anne, baba ve diğer kardeşlerle yakın ilişkiler, bir çocuğa sahip olma ve onu büyütme, karı-koca ilişkisinde yakınlık, yakın arkadaşlara sahip olma, başkalarına yardım etme ve başkalarını gözetme, devletin yerel ve ulusal etkinlikleriyle, halk etkinliklerine katılma, öğreniyor olma, kendini anlayabilme, bir işte çalışıyor olma, ev-araba gibi araçlara sahip olma, kendini tanımlayabilme, toplumsallaşma, kitap okuma; müzik dinleme; sinema, maç, vb. seyretme, eğlenceli etkinliklere katılma (123).

Yerli ve yabancı alanyazın incelemelerinde ise yaşam doyumunu etkileyen bu faktörler incelendiğinde; algılanan sağlık durumu, algılanan gelir durumu, ailede kabul, kurulan samimi bağlar, özgüven, mesleki rol performansı, özgüven, kadın olmak, aktif bir dini yaşam, boş zamanları değerlendirme, eğitim düzeyi, fiziksel ve sosyal aktivite düzeyi olarak sıralandığı görülmüştür (18, 30, 54, 74, 76, 109, 141, 144, 152, 153, 167). Bu araştırmaların aksine kurulan sosyal bağların, medeni durumun, cinsiyetin, yakın akrabalık bağlarının ve yakın arkadaşlarla görüşme

sıklığının, yaşam doyumunu önemli ölçüde etkilemediğini ileri süren araştırmalar da mevcuttur (30, 138).

#### **1.4.2.1. YAŞLILIKTA YAŞAM DOYUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Neugarten'e göre (1961) yaşlıların yaşam doyumlarının belirlenmesinde 5 ölçüt kullanılabilir. Bunlar; bireyin günlük yaşamdan zevk alması, yaşamının bir anlam taşıması; amaçların olması ve geçmiş yaşantıların sorumluluklarının kabul edilmesi, yaşamı boyunca yaşadıklarından doyum aldığı inancına sahip olması, olumlu bir ben imgesine sahip olması - yaşlılığın getirdiği engeller ne olursa olsun kendinin değerini kabul edebilmesi ve yaşama karşı genellikle iyimser bir tutumda olmasıdır (154, 236).

Yaşlı gruba özel yapılan araştırmalarda ise; yaşlılığın kültürel anlamı, kişinin yaşlılık ve emeklilik algısı, hayat arkadaşının ya da akrabalarının bulunma durumu, barınma – konut durumları, ekonomik durum, geçmiş yaşantılar ve aile süreçleri gibi sosyal etkenler; günlük yaşam aktivitelerinin bağımsız olarak gerçekleştirilebilme durumu, kronik hastalıklar ve engeller gibi fiziksel etkenler; yük olma kaygısı ve bağımlılık hissi, dost-arkadaş kaybı, aile fertlerinin evden ayrılmaları ile yükselen yalnızlık hissi gibi psikolojik etkenlerin ışığında bireyin bu sürecinin şekillendiği ve bu dönemdeki huzur, mutluluk ve doyum duygusu üzerinde etkili olduğu görülmektedir (152, 200, 235). Iwatsuba ve arkadaşlarının (1996) Paris'te yaşayan, emekli kadın ve erkeklerle yaptıkları araştırmanın sonucu, yaşam doyumunun fiziksel yeterlilik düzeyi, işsizlik, ailevi faktörler, fiziksel ve ruhsal durumlarla bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır (110). Coke'un (1989) Afrika kökenli Amerikalı yaşlılar üzerinde gerçekleştirdiği araştırmada ise yaşlılıkta yaşam doyumunu belirleyicileri olarak; algılanan sağlık durumu, algılanan gelir durumu, dini ritüelleri ve aile içi rollere katılım olarak belirlenmiştir. Araştırmada ayrıca yaşam doyumunu



açısından cinsiyetler arası önemli farklılıkların bulunduğu ve kadınların erkeklere oranla yaşam doyumlarının çok daha yüksek olduğu görülmüştür (54). An J. ve arkadaşları (2008) Koreli yaşlı kadınlarda, algılanan sağlık durumunun yaşlının yaşam doyumunu üzerinde etkili olduğu göstermişlerdir. Bunların yanı sıra özgüven duygusu da yaşam doyumunu ile bağlantılı olarak bulunmuştur. Aynı araştırmada evli oğullarıyla birlikte yaşamakta olan kadınların en yüksek yaşam doyumuna sahip olduğu belirlenmiştir (18). Netuveli ve arkadaşları (2006) yaşam kalitesinin; depresyon, algılanan düşük gelir düzeyi, fiziksel harekette sınırlılık, günlük yaşam aktivitelerinde zorlanma ve kronik hastalıkların varlığında düştüğünü, aynı zamanda aile ve dostlarla kurulan güven verici ilişkilerin varlığı, arkadaşlarla sıklıkla iletişim kurulması durumu ve iyi komşuluk ilişkileri varlığında arttığını belirtmişlerdir. Bu faktörlerin yaş ve cinsiyet grupları arasında ince bir farkla ayrıldığı da ifade edilmiştir (153). Low (2008) Kanada ve Norveç'te yaptığı araştırmasında, kurulan samimi bağların, olumlu algılanan sağlık durumunun ve sağlıklı, güvenli ve kaynak yönünden zengin bir fiziksel ortamda barınmanın yaşam doyumunu açısından önemli olduğunu belirtmektedir (141). Netuveli ve Blane (2008), yaşam doyumunun hem objektif hem de subjektif boyutlarıyla tanımlandığını; yaşlı nüfusun büyük çoğunluğunun yaşam doyumunu sosyal bağlar, bağımsızlık düzeyleri, sağlık ve gelir düzeyleri doğrultusunda değerlendirdiğini belirtmektedir. Adaptasyon ve esnekliğin bu aşamada rol oynayabileceği söylenirken, kültürlerarası herhangi bir farklılık bulunmadığı gösterilmiştir (152). Stanley (1995), Güney Avustralya'da yaptığı araştırmasında yaşlıların yaşam doyumlarının herhangi bir meslekle uğraşıyor olmakla bağlantılı olmadığını ileri sürmektedir (188).

Yerli alanyazında ise yaşlıların yaşam doyumlarını etkileyen etmenler sıralanmış ve bu etmenlerden yaşlının yaşı, medeni durumu, eğitim durumu,

mesleği, boş zamanları değerlendirme durumu, sağlık durumu, günlük işlevlerini bağımsız yerine getirebilme durumu ve yaşlının uyku sorunu yaşamaması ile yaşam doyumu arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir (15, 31, 58, 120, 167).

### **1.4.3. TRANSAKSİYONEL ANALİZ**

Geçmişteki yaşantılarımız bize ‘şuan’ın kararlarını verir ve TA’nın terapötik sürecinde bu yaşantının bilişsel ve davranışçı boyutları vurgulanmaktadır. Kurama adını veren transaksiyon kavramı, kişiler arası iletişimde bir uyarıcı ve bir tepkiden oluşan iletişimin en kk birimidir. Başka bir deyişle; iki kişinin belli ego durumları arasında gerçekleşen, bir uyarıcı ve bir tepkiden oluşan iletişim birimine transaksiyon adı verilmektedir (11).

Eric Berne (1961), insanların aktif olarak yaşadıkları sorunların ne olduğunu algılayabileceklerini ve tüm bunların üzümünde sorumluluk alabileceklerini ileri sürmüş; Massey (1987) ise, insanların önemli bir beyin hasarına sahip olmadıkları sürece belli bir düşünme kapasitesine sahip olacağını ve bu koşullara sahip herkesin ne yapması gerektiğine ve yaşamdan ne isteyeceğine karar verebileceğini, böylece kendi yaşamlarının sorumluluğunu üstlenebileceğini dile getirmiştir. TA, bireylerin verdikleri kararları değiştirme kapasitesine sahip olduğunu vurgular ve yeni kararlar vermeleri için farkındalıklarını arttırmaya çalışır. Bu sayede bireyler yaşamlarını değiştirme gücüne sahip olurlar. Ancak bu, ne kişilerin sosyal glerin etkisinden bağımsız oldukları, ne de verdikleri kritik yaşam kararlarında tamamen başarılı olacakları anlamına gelmemektedir (4, 115, 238).

### 1.4.3.1. EGO DURUMLARI

Berne (1961), TA'nın en önemli yapı taşlarından birinin, kişilerin yaşamları boyunca geliştirmiş oldukları *Ego Durumları* olduğunu belirtir. “*Eğer bir Marslı dünyamıza inecek olursa, bizim konuştuğumuz dillerin hiçbirini anlayamayacaktır. Bizimle ilgili hiçbir önyargısı da olmayacaktır. Ancak sözsüz mesajlara bakarak ve mantık yürüterek bizim göremediğimiz pek çok gerçeği görebilecek ve anlayabilecektir.*” cümleleriyle aktardığı tanımlamalarda, danışanları ile yaptığı görüşmelerde herkeste üç farklı imajın varlığını gözlemiş ve bu imajlara ‘ego durumları’ adını vermiştir (10). Ego durumlarını, bir davranış modeli ile ilişkili olan, tutarlı duygu ve düşünce örüntüsü olarak tanımlamaktadır. Akkoyun’un (2007) aktarımı ile; Berne, doğum ve hatta doğum öncesinden başlayarak, öznel yaşantıların her birini bir ego durumu olarak nitelendirir ve madeni paraların üst üste dizilmesi benzetmesini yaparak, bunların hepsinin kişiliği oluşturduğunu belirtmiştir. Her bir ego durumu, kişinin büyürken geliştirdiği davranış kalıplarından oluşur ve bunları deneyim ve duygu ilişkileri ile geliştirir. Bir ego durumu, yapıtaşları ortak bir prensip çatısı altında bir araya getirilen ve az çok geçişli olan bir sınırla diğerlerinden ayrılmış organize bir tecrübe veya davranış sistemidir (10, 11, 38, 73, 221).

Ego durumlarının birinci düzey sınıflamasına göre, Ebeveyn (E), Yetişkin (YED) ve Çocuk (Ç) Ego Durumları olmak üzere üç ego durumu grubu bulunmaktadır. Ego durumları şuanda yaşamakta olan gerçek bir kimseyi ve bu kimsenin daha önceki yaşantılarının tümünü temsil etmektedir (Şekil 1.) (11, 221).



### Şekil 1. Transaksiyonel Analize Göre Kişiliğin Yapısı

Transaksiyonel Analiz Ve Yetişkin Olmak, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Konferans Metni. (6 Mayıs 1992)(Akkoyun F.; 1992)(10).

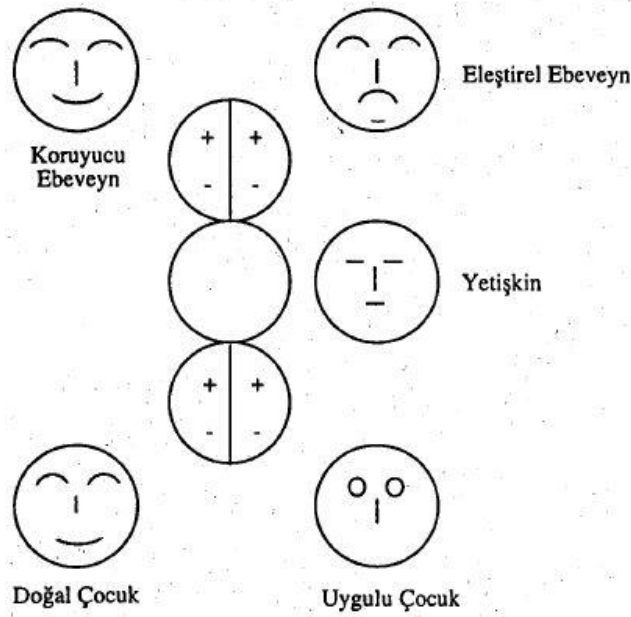
Berne, ego durumlarının sıra ile ortaya çıktığını ileri sürerken bunu onaylayan ve reddeden görüşler mevcuttur (10). ‘Ç’, kişiliğimizde yaşamın başlangıcından itibaren yaşanan duygu, düşünce ve davranışları içeren parçadır. Doğal bir çocuğun spontan davranışları ya da ebeveyn/otorite figürlerine verilen tepkilerde ortaya çıkar. ‘YED’ şu anda ve buradaki gerçeklere ilişkin duygu, düşünce ve davranışları içerir. Aynen bir bilgisayar gibi çalışır. ‘E’ ise belli ebeveyn/otorite figürleri tarafından öğütlenen duygu, düşünce ve davranışları içerir (10, 183).

Her bir ego durumu kendisini önce duruş, tavır ve ses tonundaki değişikliklerle belli eder. Her biri daha çok tipik yüz ifadeleri ile belirgindir, ancak burada hem kültürel hem de bireysel farklılıklar olacağı kabul edilmektedir. Her bir ego durumunun hem olumlu hem de olumsuz işlevleri olabilir (10).

Fonksiyonel analiz daha çok gözlenen davranışların sınıflandırılması ile ilgilidir. Kişilerarası ilişkiler ve iletişim psikolojisi açısından bakıldığında ise, ego durumlarının işlevsel analizde ele alınması daha doğru olacaktır. Çünkü iletişimde

iki kişi arasında ne olup bittiğine bakarken, kişilerin içinde ne olduğu ile değil ne yaptıklarıyla ilgilenmemiz söz konusudur.

Kişiliğin işlevsel (fonksiyonel) analizi bakımından ego durumları 5 tipte incelenmektedir. 'E' koruyucu (KED) ve eleştirel ebeveyn (EED) olarak ikiye, '' ise doğal (D) ve uygulu ocuk (Uç) olmak üzere 2 tipe ayrılır (Şekil 2.) (10, 11).



## Şekil 2. Kişiliğin işlevsel Analizi Bakımından Ego Durumları

Transaksiyonel Analiz Ve Yetişkin Olmak, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakóltesi, Konferans Metni. (6 Mayıs 1992)(Akkoyun F.; 1992)(10).

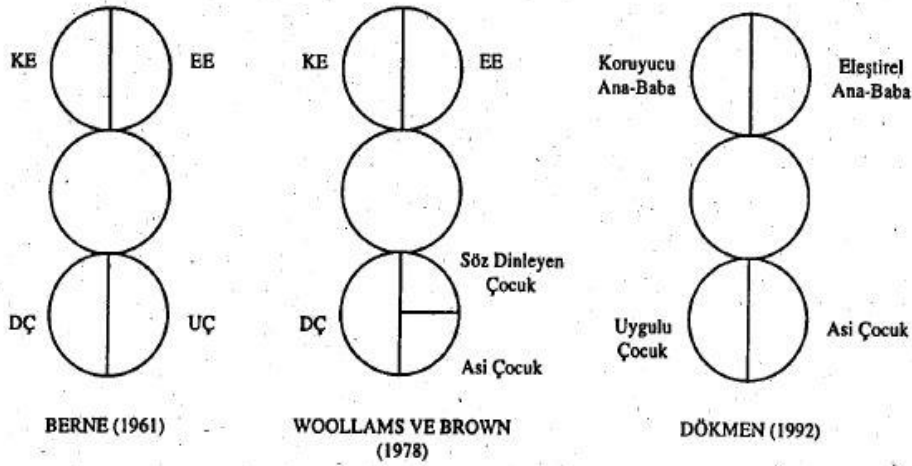
KED; ilgili, özen gösterici, koruyucu, sempatik, bağışlayıcı, destekleyici, şefkatli, endişeli, çevresindekilerin gelişimini destekleyici davranışlarla kendini göstermektedir. EED ise; inatçı, güçlü, önyargılı, prensipli, cezalandırıcı, görev yükleyici, kusur bulan, sınır koyan, otoriter, gelenekleri sürdürmeye yönelik davranışları barındırır. Akkoyun (1992), EED'nin içeriğinin anne ve babanın dışında abla, kardeş, dayı, teyze gibi yakınların yanı sıra; öğretmen, müdür gibi kimseleri ve hatta kuramsal ve toplumsal değerleri de içerdiğini belirtmektedir. EED

yerine Ana-Baba Ego Durumu kavramının kullanımının, Berne'ün kastettiği içeriği yansıtmamakta olduğunu ileri sürmektedir (5, 10, 11). Bizim araştırmamızda da bu görüşten yola çıkılarak, kavramı açıklamak için Ebeveyn Ego Durumu terimi kullanılmaktadır.

YED gerçeğe uygun, problem çözmeye yönelik, uyumlu, önyargısız, mantıklı, olasılıkları değerlendirebilen davranışları içermektedir. "Sanırım...", "Fikrimce...", "Nasıl?" gibi ifadeler YED baskın kişiler tarafından sıklıkla kullanılır. Bu ego durumu 'E'den gelen beklentilerle 'Ç'den gelen istekler arasında denge kurar. Kişiliğin bu bölümü diğer ego durumlarının uyarmasıyla harekete geçmektedir (5).

DÇ Ego Durumu; yaratıcılık, spontanlık, hareketlilik, neşelilik, hayattan zevk alma, merak ve ben merkezli olma gibi özellikleri barındırır. UÇ Ego Durumu ise ya boyun eğme ya da isyan etme davranışları ile kendisini gösterir. Bu davranışlar otomatik olarak ortaya çıkar ve bireyler, ebeveyn figürlerinin birini referans alarak tepki gösterirler. Boyun eğen çocuk çalışkandır, usludur, kurallara uyar, kendisinden beklenildiği gibi davranır ve çekingendir. Bu bireyler doyumu daha çok düşlerinde arayan kişilerdir ve eyleme zor geçerler. İsyankar ya da asi çocuk ise temelde başkalarının beklentilerinin tam tersini yapmak şeklinde bir tavır benimserler (5).

Transaksiyonel analistler, Berne'ün orijinal modelindeki Ç'nin iki şekilde ortaya çıktığına inanmaktadır. Birinci görüşte Ç'nin doğal ve spontan yaşayan DÇ ile birlikte; ebeveyn kurallarına doğrudan uyulduğunda Söz Dinleyen Çocuk ve ebeveyn kurallarına karşı çıkılan tepkiler verildiğinde ise Asi Çocuk'un oluşturduğu UÇ'den oluştuğu vurgulanmıştır. İkinci görüş ise DÇ'yi bu sınıflandırmanın içinden çıkararak 'Ç'yi yalnızca UÇ ve AÇ olarak ikiye ayırmaktadırlar. Akkoyun (1992), bu yaklaşımın kişiliğin en önemli parçasını yok saymak olduğunu, kişinin spontan davranışlarının bu Ego Durumuna ait olduğunu ifade etmektedir (Şekil 3.) (10).



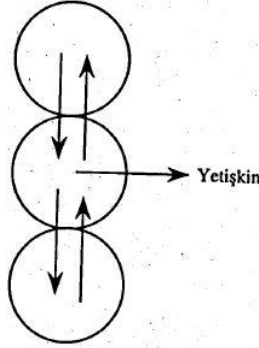
### Şekil 3. Çocuk Ego Durumundaki Farklı Görüşler

Transaksiyonel Analiz Ve Yetişkin Olmak, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Konferans Metni. (6 Mayıs 1992)(Akkoyun F.; 1992)(10).

Berne, ego durumu sınırlarının ruhsal enerjinin akışının gerçekleşebildiği yarı geçirgen bir zar olarak düşünülmesini önermiştir (38, 70). Bu sınırlar gevşek olduğunda, ego durumları birbirlerine ‘bulaşır’. Bulaşma durumunda kişiler ne yapacakları ve ne tasarladıkları bilinmeyen tutarsız bir kişilik sergilerler (10).

Bu sınırların çok katı olması halinde ise ruhsal enerjinin özgür eylemine izin vermez. Bu durumda ruhsal enerji tek bir ego durumu içinde hapsolür. ‘Dışlama’ olarak adlandırılan bu gibi yapısal patolojilerde, bireyler geçmiş yaşantılara ya da hayali senaryolara kapılarak gerçekliğin sınımasını kaybederler. Sınırlar geçilmez ve çok katı olduğu zaman, çoğul kişilikler de meydana gelebilir. TA uzmanları; ego durumu sınırları gevşekliği, bulaşması ve dışlanması şeklinde ortaya çıkan problemlerin, YED’in “şimdi ve burada” algısını bozduğunu ve bireyin sağlıklı bir şekilde işlevde bulunmasına hizmet edemediğini, dolayısıyla psikolojik problemlere zemin hazırladığını vurgulamaktadırlar. Ego durumları arasındaki bu çelişkilerin çoğu gizlidir ve sıklıkla kaygı, depresyon ya da çok sayıda nevrotik belirtiler ve uyumsuz davranışlar şeklinde ortaya çıkar (4, 21, 115).

TA'da sağlıklı bir kişide, hiçbir ego durumunu dışlamadan tepkide bulunan *Bütünleşmiş Yetişkin Ego Durumu*'ndan söz edilmektedir. Her zaman Yetişkin Ego Durumu 'YED' kullanmak, monoton ve sıkıcı bir kişiliği gösterecektir. Bütünleşmiş yetişkin, Ebeveyn 'E' ve Çocuk 'Ç' ego durumu işbirliğiyle çalışarak YED'den tepkide bulunur. Koşullara göre uygun ego durumunu rahatlıkla kullanabilen, spontan, samimi ve farkındalık düzeyi ve yaşam doyum düzeyi yüksek bireydir. Bu durumda; tepkiler davranışa yansırken YED'in seçiciliğinden geçirilmektedir. Bu düzeyde olan kişi, başkalarına karşı iyi bir anne babanın özellikleri olan dürüst ilgi ve kararlara, bir yetişkin özelliği olan sorun çözme akıcılığına ve mutlu, sağlıklı bir çocuğun özellikleri olan yaratıcılık, merak ve sevecenlik gibi özelliklere sahiptir. Olgunluk, bilgelik, demokratiklik, erdemlik gibi özellikleri kapsayan *yetişkin olmaktan* kastedilen budur (Şekil 4.) (4, 10, 11, 121, 200).



#### Şekil 4. Bütünleşmiş Yetişkin Etkinliği

Transaksiyonel Analiz Ve Yetişkin Olmak, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Konferans Metni. (6 Mayıs 1992)(Akkoyun F.; 1992)(10).

Bütünleşmiş yetişkinin önemine vurgu yapan bu görüşlerin aksine, kültürlerarası karşılaştırmalarla ilgili yapılan TA araştırmaları Batı kültürünün YED ve 'E'ye ilişkin duygu, düşünce ve davranışları desteklediği, 'Ç'yi göz ardı ettiği görülürken, Doğu kültürünün ise 'E' ve 'Ç'yi onaylamasına karşı YED kullanımını pek onaylamadığı görülmektedir (10).



### 1.4.3.2. YAŞAM POZİSYONLARI

TA'da insanın çevresiyle olan ilişkilerinde kendisini ve çevresini iyi ya da kötü algılamasına dayalı olarak bir pozisyonu benimsemesi sonucunda *yaşam pozisyonları* ortaya çıkar. Bu kavram, OKEY olarak adlandırılırken, bireyin yalnızca kendisi ya da çevresiyle ilgili görüşleriyle sınırlandırılmaz; duygu, düşünce ve davranışlarını da içerir. Kendisini bütünüyle OKEY olarak hissetmeyen birey, gönderilen iletileri çarpıtarak algılar ve temelinde kişilerarası, toplumsal ve mesleki ilişkilerdeki çoğu sıkıntı bundan kaynaklıdır. Temelde 4 farklı yaşam pozisyonu vardır;

1. Ben OKEY'im, sen OKEY'sin
2. Ben OKEY değilim, sen OKEY'sin
3. Ben OKEY'im, sen OKEY değilsin
4. Ben OKEY değilim, sen OKEY değilsin (11, 38, 115).

YED geliştikçe, iki tarafın da OKEY olduğu kabulü olan pozisyonlar favori olarak benimsenmeye başlanır. Her durumda, her zaman aynı pozisyona bağlı kalmak sakıncalı olabilir. Kişinin kendisine yönelik saldırgan tavırlara karşı çift taraflı OKEY pozisyonuna bağlı kalması, kişiyi suistimal edilme riskiyle karşı karşıya getirebilir. Bu nedenle uygun zamanda uygun pozisyonları benimseme gerekliliği doğar.

Kişinin yaşam pozisyonları 'Ç'de ( 5-7 yaşa kadar) belirlenirken, pozisyonlar arası yapacağı geçiş işlemleri YED ile bağlantılıdır. Bireyler kendilerine gönderilen uyarıları alma bakımından kendilerine özgü bir şekilde seçici davranmaktadır. Farkında olarak ya da olmadan, istediğimiz türde temas iletilerini alır diğerlerini göz ardı ederiz. Kendisini temelde olumsuz olarak algılayan, OKEY olarak hissetmeyen birey, gönderilen temas iletilerini çarpıtarak algılayacaktır. Uygun ya da uygunsuz

davranışların nedeni de bu kuramın takipçileri tarafından temelde temas iletisi ihtiyacını karşılama çabası olarak kabul edilmektedir (11).

#### **1.4.3.3. YAZGILAR**

Yetişkin dönemdeki bireyler, geçmiş yaşam deneyimleri arttıkça bu yaşam pozisyonlarını şekillendirerek, hangisinin benimsenerek yaşamlarının nasıl geçeceğini belirler, yani kendi *yazgılarını* oluştururlar. İlk olarak çocuk çevreden gelen uyarıcılara karşı hassastır ve çevresinde en güçsüz ve yıpranmaya açık kişi olarak kendisini görür. Bu aşamada güvenlik ve kabul edilme hissi öncelik kazanır. Bu nedenle çocuklar güvenliklerini diğer zevklere tercih etmeye başlarlar. Bu da çocuğun kendi kendisine ‘doğal çocuk’ davranışlarını yararsız olarak sınırlamasına ve yazgısını oluşturmaya neden olur. Woollams ve Brown (1978) yazgı oluşumunu etkileyen beş faktörü şu şekilde belirlemiştir; güçsüz olma, stresle baş etmede yetersizlik, düşünce kapasitesinin oluşmamış olması, bilgi eksikliği, seçeneklerin olmayışı. Her çocuğun bu beş faktörle karşılaşma derecesine bağlı olarak yazgı kararlarında değişiklik yaşanacaktır (11, 224).

#### **1.4.3.4. ZAMAN YAPILANDIRMA YOLLARI**

İnsanlar varoluşun derin anlamı ve belirsizliği içinde kaybolurken, kendi yaşamlarının anlamını, varoluşlarının sorumluluğunu belirlemeye ve üstlenmeye zorlanmaktadır. Bu aşamada Berne (1961), insanların bilinçli oldukları her anı altı farklı yol kullanarak yapılandırmaya çalıştığını ileri sürmektedir (11).

*Geri çekilme;* bu yollardan ilki ve en pasifidir. Birey, kendi ihtiyacını kişilerarası ilişkilerden çok kendi kendine sağlamaya çalışır ve mümkün olduğunca iletişimini sınırlandırır. Başkalarıyla kurulacak samimiyetin kendisini ileride üzebileceği tehdidi ile kendini geri çeken birey; bu riski göze almadıkça içine kapanabilir ve depresyona yatkınlık gösterir ya da intihar düşüncelerine kapılabilir.

*Törenler*; toplumlarda kültürel yapılar çerçevesinde geliştirilmiş ve temelinde bu zaman yapılandırılması aşamasında bireye çevresel destek sağlayan yollardandır. Türk toplumunda yerleşmiş olan bayram ziyaretleri, sabah selamlaşmaları, büyüklerin saygınlıklarının vurgusuna yönelik yapılan el öpülmesi gibi davranışlar; bu gibi zamanlarda kendimizi ne yapacağımıza zorlamadan gerçekleştirebileceğimiz ve toplumsal kabulü olan otomatik protokoller sağlamaktadır. Ancak tamamen kendi kontrolüne sahip geri çekilme adımından farklı olarak, kişinin bu davranışları gerçekleştirirken karşısındakinden gelebilecek olumsuz yanıtlarla kendisini risk altında hissetmesi olasıdır. *Vakit geçirme*, insanların birbirlerine yoğun temas iletileri vermeden, tam samimiyet kurmadan daha çok fiziksel varlıklarını onaylayarak zamanı yapılandırma şekilleridir. İnsanların kendilerini karşısındakine açma riski almadan ilerlettikleri konuşmalarla oluşur. *Etkinlik*, vakit geçirmeye oranla çok daha yoğun temas iletilerini barındırır. Ortak bir amaca yönelik birlikte işlevsellik söz konusudur. Çeşitli spor müsabakalarında bireylerin ortak bir amacı vardır ancak psikolojik varlıklara yönelik temas iletileri olmaması nedeniyle, bu zamanı etkinlik olarak yapılandırma anlamını taşır. *Psikolojik oyunlar*, gizil mesajların eşliğinde sürdürülen ve bilinçsizce başvuru yollarından biridir. Bu oyunları başlatan tarafın avantajı yüksek olsa da, oyunun sonunda taraflardan en az biri kendisine hoş gelmeyen bir duyguyu yaşamak zorunda kalır. Bu bağlamda oyunların yoğun temas iletilerinin sağlanmasına önyak oldukları görülse de, saldırgan bir tavırla yönlendirildiği düşünülebilir (11, 38, 183).

*Samimiyet*, bireyin en yoğun ve en doyurucu temas iletileri kazandığı yapılandırma yoludur. Bireyler karşılıklı olarak OKEY oluşumlarını kabul eder. Bireyler kendilerini açar ve iyi ya da kötü yönlerini sunmaktan çekinmezler. Alınacak yanıtlar olumsuz bile olsa, bu iletilerin kişiye verilmesindeki samimiyet,

olumlu bir amaç taşıdığını kişiye anlatır. Bu durum ‘Sen OKEY’sin ama ben artık sana eskisi gibi aşık değilim.’ cümlesindeki gibi örneklendirilebilir (11).

Tüm bu aktarılan nedenlerden dolayı ego durumlarını temel alarak yaşlılarla çalışacak hemşirelerin, yaşlı bireyle kuracağı terapötik ilişkinin temelinde samimiyetin oturtulması, yaşlı bireyin her koşulda hemşire tarafından koşulsuz kabul edilmesine ve uygulanacak her adımın, kendisini mutsuz etse dahi iyiliği için olduğuna karşı güven geliştirmesine olanak sağlayacaktır (11, 38).

#### **1.4.3.5. EGOGRAM**

İletişim boyutundan bakıldığında TA kuramına göre bireyler kendilerinde hangi ego durumu daha çok geliştirmiş ise o ego durumuna özgü davranışları iletişim sürecine yansıtma eğilimindedirler. Dusay ve Dusay (1984) bu durumu egogram ve sabitlik hipotezi kuramıyla açıklamaya çalışmıştır. Egogram, bireyin işlevsel analize göre varolan beş ego durumuna ne kadar enerji aktardığını bar tablosu yardımıyla sunmaya yarayan bir grafikdir. Grafikteki yüksek kolonlar göreceli olarak, bulunulan anda o ego durumuna daha fazla zaman ve enerji harcadığını gösterirken, alçak kolonlar için tam tersi geçerlidir. Yani bir ego durumunun diğerine göre daha çok enerji yüklü olması, o ego durumunun daha sık kullanılma olasılığına işaret etmektedir (5, 70, 206).

Bu hipoteze göre, bir kişinin sahip olduğu psişik enerji sabit olup, beş ego durumu arasında yer değiştirme özelliği gösterir. Dolayısıyla bir ego durumundaki enerji yoğunluğu arttığında diğer ego durumlarındaki yoğunluğu azalacaktır. Kişi aktif bir şekilde ego durumlarındaki enerji dengesini değiştirmeye karar vermediği sürece egogramı sabit kalır (5).

#### 1.4.4. YAŞLILARDA YAŞAM DOYUMLARI İLE EGO DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Erikson sekizinci dönem olarak nitelendirdiği yaşlılık için “Umutsuzluğa Karşı Benlik Bütünlüğü” adını vermiştir. Bu dönemde, üretken geçen bir yaşamın sonucu olan doyum ile yılların anlamsız bir şekilde ve düş kırıklıklarıyla geçmiş olmasının umutsuzluğu arasındaki çatışma ortaya çıkacaktır. Benlik bütünleşmesini sağlayamamış bir birey, yaşlılıkta ölüm korkusu ve umutsuzlukla baş başa kalmaktadır. Bütünleşmiş yetişkin ise, koşullara uygun ego durumunu rahatlıkla kullanabilen, spontan, samimi ve farkındalık düzeyi ve yaşam doyum düzeyi yüksek bireydir (5,121). ‘Şimdi ve burada’yı yaşayamayan kişiler; özellikle yaşlandıklarında geçmişe takılı kalarak ya da geleceğinden korkarak bugününden vazgeçebilir, buna bağlı olarak yaşamdan aldığı haz ve doyum düşebilir. Bunun sonucu olarak yaşamlarının bu dönemini önemli risk etmenlerinin (intihar, yalnızlık, depresyon vb.) tehlikesi altında geçirebilir. TA’nın temeli ego durumlarının analizine dayalıdır ve kişiye hakim olan ego durumunun tanımlanması ile, kişinin içinde bulunduğu duygu, durum ve algıları daha kolay anlaşılabilir. Ego durumlarının analizi ile bu etkili etmenlere kişiye uygun yaklaşımlar sağlanarak yaşam doyumunun arttırılabileceği düşünülebilir.

Yetim’in aktarımı ile Neugarten ve arkadaşları (1961) 60’lı yaşların gelmesiyle birlikte azalan iletişim becerileri ve fiziksel aktivite azalırken, yaşam doyumlarının da düşmekte olduğunu bildirmektedir (236). Kişiliği, yaşam doyumunu ve etkinlik düzeyi ile ilişkilendiren Neugarten’in kişilik sınıflamasına göre;

- 1- Bütünleşmiş Kişilikler: Egoaları yeterli, bilişsel yetenekleri tam, yaşam doyumları yüksek ve iç yaşamları görece karmaşık olan kişiliğe sahip olanlar.

2- Zırlı-Savunmacı Kişilikler: Başarılı olabilmek için çaba harcayan ve genellikle sakımlı duyguları olan kişilikler.

3- Edilgin-Bağımlı Kişilikler: Başkasına bağlanma ihtiyacı duyan kişilikler.

4- Bütünleşmemiş Kişilikler: Düşük etkinlik düzeyine ve düşük yaşam doyumuna sahip olan bu kişilikler yüksek derecede çözülmüş, örgütlenmemiş bir yaşlılık örüntüsü içerirler (154, 162, 236).

‘Şimdi ve Burada’da, kişinin kendi belirlediği yazgıyı gerçekleştirecek şekilde yaşantılarını düzenlemeleri TA’da *senaryo* olarak adlandırılır. “Ben mutsuz ve yalnız bir insan olarak öleceğim.” temasıyla yaşayan birey, farkında olmadan bu yazgısını yaşamak için çabalar; kendisine gönderilen iletileri bu yazgıya göre şekillendirir ve seçer. Yaşamın nasıl sonlanacağını ve bu sona nasıl ulaşılacağını geniş bir planı olarak betimlenen yazgı kavramı; özellikle yaşlı bireylerin yaşamlarının sonlarına yaklaştıklarını algılamaları ile çok daha önemli bir boyut kazanacaktır. Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların bu aşamada oluşturdukları kötü yazgılarının, alanyazın incelemelerinde gösterildiği gibi kurum algısı ile bağlantılı olarak olumsuz pekiştirilmesi; kendileriyle ilgili benimsedikleri yaşam pozisyonları ve senaryolarının da olumsuz olarak yapılandırılmasına neden olabilir. Bu nedenle hemşirelerin tüm bu etkenlerin farkına vararak, yaşlının kendisini içinde hissettiği durumu gerçekte uyumlandırmasına yardımcı olacak uygun yaklaşımlarda bulunmaları önemlidir.

İnsanın davranışlarının temelinde *temas ihtiyacı* yattığını düşünen TA çalışmacıları, bu ihtiyacın ‘bir kimsenin varlığının onanmasına yarayan herhangi bir mesaj’ olduğunu belirtmektedirler. Yapılan araştırmalar bebeklik dönemlerinde yeterli temas iletileri almadan büyüyen çocukların, ileri yaşam dönemlerinde hem ruhsal hem de fiziksel olarak akranlarına oranla gelişimlerinde gerilikler olduğunu

göstermekte ve temas iletilerinin etkililiğini onamaktadır. Bu iletiler sözlü ya da sözsüz mesajların yanı sıra duyu organlarına hitap eden her tür içsel ya da dışsal uyarıcılar da olabilir. Kişinin kendisi ile olan iletişimi, düşünceleri, algıları ve anıları içsel temas iletilerindedir. Bireylerin kendilerine gönderilen bu iletileri alma bakımından kendilerine özgü bir şekilde seçici davrandıkları ve farkında olarak ya da olmadan, istenen türde temas iletilerinin alınarak diğerlerinin göz ardı edildiği bilinmektedir (11, 187).

Verilen iletinin koşullu ya da koşulsuz olması kişinin varlığına ait doğrudan çıkarımlara sebep olabilir. Koşulsuz olarak olumlu alınacak iletiler, kişiye kendi değerinin – varlığının anlamlandırılması aşamasında sağlıklı bir benlik saygısı geliştirmesinde yarar sağlayabilir. Ancak verilen olumlu iletiler bir koşulla bağlantılandırılmaktaysa, kişi kendi varlığının önemini o davranış üzerinden algılamaya başlayacak ve dolayısıyla yaşlılık dönemindeki çeşitli konum kayıplarını, kendi varlığının değer kaybı olarak değerlendirebilecektir. Bu nedenle bireysel kabullerin ne kadar olumlu ve koşulsuz olmasıyla paralel olarak, kişinin aldığı temas doyumunun artacağı ve buna bağlı olarak da andan edindiği yaşam doyumunun yükselebileceği düşünülebilir.

Yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan kuşak farklılıkları, bireyin kendi ailesiyle dahi kurduğu iletişimi aksatabilecek yapıdadır. Çekirdek aile yapısına dönüşle birlikte; bu tip iletişim hataları, yaşlıyla geçirilecek gönüllü zaman ve yapıcı diyalogların gitgide azalmasına neden olarak; törensel davranışlar gibi nispeten koruyucu yapılandırma yollarının da işlevselliğini azaltabilir. Kişinin zamanı yapılandırması aşamasında kullanılan yolların tanımlanabilmesi ve sağlıklı olanların ayıklanması; yerine olumlu yolların geliştirilmesiyle mümkün olabilir. Akkoyun, gündelik yaşantımızda bu olumlu ve olumsuz yolların tümünü kullanmamızın mümkün olduğunu

belirtmektedir(11). Duruma göre olumsuz sayılabilecek yapılandırma yollarına sıkça başvuran bireylerle çalışan hemşireler için temel bazı hedefler söz konusu olmalıdır. Bu hedefler sıralandığında; bireylerin bu yapılandırma yollarına neden başvurduklarının belirlenmesi, senaryolarına bağlı olarak algılarını nasıl çarpıttıklarının fark ettirilmesi, otokontrolü çok daha sınırlı ancak etkileşimi daha yoğun olan diğer yapılandırma yollarının uygulanması, yaşanabilecek olası aksiliklere ilişkin bireyin kullanabileceği destek mekanizmaların belirlenmesi ve kuvvetlendirilmesi en başta gelmelidir. Bu hedeflerin gerçekleştirilmesi ile kişilerin benlik saygılarında artma olması, dolayısıyla yaşam doyumlarının da yükselmesi beklenebilir.

Yaşam doyumu ile ilişkili birçok etmen incelenmesine rağmen, kişilerin yaşlılığa hazırlık süreçleri ve bir ömür boyunca geliştirdikleri kişilik özelliklerinin incelendiği araştırmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Ego durumlarının incelenmesi ile kişilerin yaşadıkları anı değerlendirirken kullandıkları formüllerinin ve kendilik algılarının belirlenmesi, ikili ilişkilerdeki tutumlarının analiz edilmesi ve tüm bunlara bağlantılı olarak geliştirdikleri olumlu ya da olumsuz algılar ve tutumlara karşı olarak koruyucu ya da destekleyici girişimlerin planlanması ile hemşire ve diğer sağlık profesyonellerine yol gösterici olabileceği düşünülebilir.

TA'nın olmazsa olmaz koşulu, iki eşit insan ilişkisinin gerçekleşmesi olarak belirtilmektedir ve bu bağlamda kişinin kendini bulması ve değiştirmesi sürecinde, hemşirelerin kişiyi edilgen bir pozisyonda bırakmadan yol gösterici ve destekleyici olmaları, sosyal ilişkilerin önemli bir etken olduğu yaşam doyumunun yükseltilmesi aşamasında olumlu etkiler sağlayabilir.

Yaşlı bireye yardımcı olma aşamasında hemşireler öncelikli olarak bazı mesleki standartları sağlayabilmelidir. Bu yardımın yaşlı birey tarafından kabulü



gerçekleşmediği takdirde, hemşire ne kadar çabalarsa çabalasın aktif bir yardım sağlayamayabilir. Bireyin yapılacak girişimi anlamlandırabilecek bilişsel seviyede olması da, hemşirenin bu aşamada işlevselliğini arttıracak faktörlerdendir (59).

Hemşirenin girişimlerinde samimi olması, özellikle yaşlı bireylerin birer yetişkin oldukları gerçeğini unutmadan yol gösterici olması önemlidir. Bu, hemşire – yaşlı arasında kurulacak olan iletişimin devamlı olmasını sağlar; sağlıklı olarak devam eden diyalogların iki taraflı yetişkin ego durumundan gelmesinin birincil koşulu sayılabilir. Çocuk ego durumunun aktif olduğu yaşlı bir bireye yardımcı olma adı altında, devamlı olarak kendisine yapması için belli direktiflerin yöneltilmesi, hemşirelik sanatına uygun olmayacaktır. Kendi bakımına ihtiyaç duyan yaşlılara karşı yeterli donanıma sahip olmak, hemşirenin mesleki zorunlulukları arasındadır. Bu nedenle yalnızca ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerle sınırlandırılmayarak, sağlık hizmetinin bütün basamaklarında yer alan hemşireler bu faktörlerin etkisini en azından tanımlayabilecekleri ölçüde yeterli kuramsal bilgiye sahip olmalıdır.

## **1.5 HİPOTEZLER**

**H<sub>1</sub>:** Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam doyumları ile ego durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

## **1.6 SINIRLAMALAR**

Bilişsel olarak soruları cevaplandırabilecek yeterliliğe sahip olmadığı belirlenen Standardize Mini Mental Test toplam puanı 22 ve altında kalan 7 huzurevi yaşlısı ve huzurevi acil birimi olarak adlandırılan ve şiddetli mental, psikotik ve bellek bozukluğuna sahip yarı ve tam bağımlı yaşlıların kalmakta olduğu 3 kat - 93 yaşlı da araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırma sonuçları ASPB İzmir Huzurevi yaşlıları ile sınırlıdır, genellenemez.

## **BÖLÜM II**

### **2.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **2.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Araştırma, huzurevinde yaşayan yaşlıların, yaşam doyumları ile ego durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel tipte ilişkiyel bir alan araştırmasıdır.

#### **2.2 ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI**

Araştırma Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) İzmir Huzurevi'nde yürütülmüştür. Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri; 60 yaş ve üzerindeki muhtaç yaşlıları korumak, onlara bakmak, sosyal, psikolojik ve fiziksel gereksinimlerini karşılamak, sürekli bakıma ve rehabilitasyona gereksinim duyanlara bakım ve rehabilitasyon hizmeti vermekle görevli ve yükümlü olarak kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır. Kuruma kabulü yapılmış olan; hastalık ya da kaza sonucu kalıcı veya geçici olarak bedensel ve zihinsel yeteneklerini değişik derecelerde yitiren yaşlıların, mevcut fonksiyonel kapasitelerinin belirlenerek tedavi edilmesi, geriye kalan güç ve yeteneklerinin geliştirilerek fiziksel, psikolojik sosyal ve ekonomik yönden var olan kapasitelerinin desteklenmesi ve günlük yaşamda bağımsız duruma gelmelerine yönelik çalışma ve yardımların tümü, huzurevlerinin

sorumluluğundadır. Araştırma, Haziran –Temmuz 2013 tarihleri arasında ASPB İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde sürdürülmüştür.

### **2.3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ**

Araştırmanın evrenini ASPB İzmir Huzurevi'nde yaşayan ve görüşme sorularını cevaplayabilecek yeterliliğe sahip olan yaşlılar (N=243) oluşturmuştur.

### **2.4 ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ**

Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, evreni temsil eden yaşlılardan bilişsel yeterliliği olan (SMMT 23 puan ve üstü alan) ve gönüllülük esası ile araştırmaya katılmayı kabul eden 126 birey, araştırmanın örnekleme olarak kabul edilmiştir.

### **2.5 VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırma verileri araştırmacının kendisi tarafından bireylerle yüz yüze görüşmeler yapılarak toplanmıştır. Böylece katılımcıların eğitim durumlarının ve ilerlemiş yaşlarından ötürü meydana gelen fizyolojik kısıtlılıklarının, soruların anlaşılabilirliği üzerindeki kısıtlayıcı etkisinin ortadan kaldırılması amaçlanmıştır. Verilerin toplanma süresi ortalama 25 dakika olarak hesaplanmıştır.

1. Standardize Mini Mental Test (EK 1)
2. Bireysel Tanıtım Formu (EK 3)
3. Yaşam Doyumu Ölçeği (EK 4)
4. Ego- Ben Durumları Ölçeği - Sıfat Tarama Listesi (EK 5) veri toplama araçları olarak kullanılmıştır.

### 2.5.1. Standardize Mini Mental Test (SMMT)

Mini Mental Test (SMMT) ilk kez Folstein ve arkadaşları (1975) tarafından kullanılmıştır (85). Test, standart nöropsikiyatrik muayene yöntemleri içerisinde bilişsel performansı niceliksel olarak değerlendirebilmek amacıyla kullanılan testler arasında kısa sürede uygulanabilirlik aşamasında, hem klinikte hem de araştırmacılar açısından kullanışlı olması için geliştirilmiş bilişsel bir değerlendirme aracıdır. Bilişsel düzeyin saptanmasında kullanılabilecek, kısa, kullanışlı ve standardize bir yöntemdir. SMMT farklı kültürel ve etnik gruplarda da kullanılmış ve orijinal dili olan İngilizce'den başka; Çince (Li ve ark 1989), İspanyolca (Bird ve ark 1987) ve Hindu dili (Ganguli ve ark 1995) gibi birçok dile daha çevrilmiştir. Bir versiyonu da işitme engelliler arasında başarı ile kullanılmıştır (217). SMMT hekim, hemşire ve psikologlarca poliklinik koşullarında ya da yatak başında uygulanabilir bir testtir. Uygulama esnasında hasta ve hekim açısından rahatsız edici, utandırıcı veya güçlük verici bir yanı bulunmamaktadır. Yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış on bir maddeden oluşmakta ve toplam puan olan 30 üzerinden değerlendirilmektedir.

Folstein ve arkadaşları (1975 ve 1985), Folstein ve de' Paula (1978) bilişsel açıdan normal olarak değerlendirilen, gerek sağlıklı gerekse nörolojik rahatsızlığı olan yaşlıların tamamının testten *24 puan ve üstünde* aldığını belirtmiş ve özgüllüğünün yüksekliğine dikkati çekmiştir. SMMT'nin bir çok bilişsel fonksiyonu kısa şekilde değerlendirebilen araçlarla yüksek korelasyon gösterdiği bildirilir. Alzheimer hastalığı olan hastaların otopsislerinde Kısa Blessed Oryantasyon-Bellek-Konsantrasyon Testi (BOMC) ve SMMT skorları arasında anlamlı korelasyonlar vardır (104). Molloy ve Standish (1997) tarafından standardizasyonu yapılan SMMT; Güngen ve arkadaşları (2002) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlik –

güvenilirliği incelenmiştir. Güngen'in çalışmasında 23/24 eşik değeri için duyarlılık değeri 0.91 bulunurken, özgüllük 0.95'dir. SMMT'in Türk yaşlılarında, hafif demans bulgularında bile bilişsel işlevlerin ölçülmesinde oldukça yüksek duyarlık ve özgüllüğe sahip olduğunu gösterilmiştir. Otuz puan üzerinden 23 puan ve üzeri, normal bilişsel işleyişi göstermektedir (6, 84, 85, 100, 148, 164).

### **2.5.2. Yaşlı Tanıtım Formu**

Araştırmacı tarafından geliştirilen bu form, bireylerin sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, en uzun süreli yaşadıkları il, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, gelir düzeyi), sağlık durumları ile ilgili özelliklerini (hastalık olma durumu, sağlık güvencesi, alkol-sigara kullanım durumu, uyku sorunu, günlük işlerin yapılabilme durumu, sağlığı algılama durumu) ve kişisel algı ve alışkanlıklarını (aile üyeleriyle kurulan ilişkilerin algılanışı, arkadaş çevresi ile kurulan ilişkilerin algılanışı, ziyaretçi durumu, kurumda kalma nedeni, kurumda vakit geçirme alışkanlıkları, sağlığı algılama durumu, sosyal uğraşlara katılma isteği, yaşı algılama durumu, hayatı algılama durumu, dini inancı) belirlemek amacıyla 29 sorudan oluşmaktadır.

### **2.5.3. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) – The Satisfaction With Life Scale (SWLS)**

Orijinali Diener, Emmons, Larsen ve Griffin tarafından 1985 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması Köker (1991) tarafından yapılmıştır.

Life Satisfaction Index-A (Neugarden, 1961) ile  $r= 0.81$ , akranların değerlendirmeleri ile  $r= 0.64$  korelasyonu olan YDÖ'nün oldukça yüksek paralel test geçerliliği belirlenmiştir. Test-tekrar test güvenilirliği iki hafta ve bir ay sonraki ölçümlerde 0.84 olarak bulunmuştur (176). Diener ve arkadaşları (1998) orijinal

çalışmada ölçeğin güvenirliğini  $\text{Alpha} = 0.87$  olarak, ölçüt bağımlı geçerliğini ise 0.82 olarak bulmuşlardır. Köker (1991) ölçeğin üç hafta arayla uygulanan test-tekrar test güvenirliğini 0.85, iç tutarlılık alfa katsayısını 0.87 olarak belirlemiştir (132). Yetim (1993) ise YDÖ'nün iç tutarlılık alfa katsayısını 0.86 ve test-tekrar test güvenirliğini 0.73 olarak bulunmuştur (236).

Yaşam doyumu ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 35, en düşük puan 5'tir. Alınan puanın düşük olması yaşam doyumunun düşük olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir. Araştırmacılar yaşam memnuniyetini öznel mutluluğun bilişsel unsurlarından birisi olarak gördüklerinden bu skalayı duyguları referans almaksızın kurmuşlardır.

Pavot ve Diener (2009) ölçeğin kullanımının serbest olduğunu ve izin alınmasına gerek olmadığını belirtmiştir (176).Skala nesnelere için kullanılan dil, cevaplayıcıların genel yaşam memnuniyetlerini değerlendirmeleri için yaygın ve geneldir (63, 64, 176, 177, 186, 236).

YDÖ yönlendirmeleri, katılımcılardan aşağıdaki beş durumu likert skalası üzerinde oranlamasını ister.

(1 = hiç uygun değil, 4 = ne uygun ne uygun değil, 7 = çok uygun).

- Yaşamım bir çok yönüyle ideallerime yakın.
- Yaşam koşullarım çok iyi.
- Yaşamımdan hoşnutum.
- Şuana kadar istediğim şeyleri elde edebildim.
- Yeniden dünyaya gelseydim yaşamımdan hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.

#### **2.5.4. Ego - Ben Durumları Ölçeği (EDÖ - BDÖ) - Sıfat Tarama Listesi (STL)**

TA kuramına dayanan bir ölçektir. Berne (1961), her bireyin ayrı ve farklı davranış kaynakları olan üç ego durumu olduğunu ileri sürmüştür. Berne'in bu düşüncesi temel alınarak bireylerin ego durumlarını belirlemek amacıyla çeşitli ego durumları ölçekleri geliştirilmiştir. Bu araştırmada Arı'nın (1989), Gough ve Heilbrun (1949) tarafından geliştirilen ve orijinal adı Adjective Check List (ACL) olan Sıfat Tarama Listesin'den geliştirmiş olduğu EDÖ kullanılmıştır.

EDÖ, insanı niteleyen 95 sıfattan oluşan bir sıfat tarama listesidir. Denekten serbest seçme tekniğiyle "kendisini tanımlayan- kendisinin bir özelliği olarak gördüğü" sıfatları işaretlemesi istenmektedir. İşaretlenmesi gereken en az ve en fazla sıfat sayısı ile ilgili herhangi bir sınırlama yapılmamıştır. Ölçekteki her sıfatın her ego durumu için 0 ile 4 arasında değişebilen standart beş ayrı değeri vardır. Bu değerler ölçek geliştirilirken altı kişilik bir hakem grubunun her bir sıfata her ego durumu için verdikleri puanların ortalamalarıdır. Deneğin işaretlediği her sıfat, beş ego durumu için hakemlerden elde edilen sıfat listesindeki puanlara bakılarak puanlanır. Puanlama işleminden sonra her ego durumundaki puanlar toplanarak beş ayrı toplam puan elde edilir. Sonra bu puanlar o ego durumu için ölçekten alınabilecek en yüksek puana bölünür. Bu işlemde elde edilen beş ego durumu puanı toplanır ve her puanın bu toplam puana bölünmesiyle her ego durumunun bir bütün içindeki oranlarını gösteren, deneğin ego durumlarının puanları elde edilir. Beş ego durumunun puanları toplamı 1'e eşittir ve puan dağılımları aracılığıyla egogramlar çizilebilmektedir. EDÖ bilgisayarla da puanlanabilmektedir. Bilgisayarla puanlamada işaretlenen sıfatların numaralarını vermek yeterli olmaktadır (21).

EDÖ'nün benzer ölçekler geçerliği, Akkoyun ve Bacanlı (1988) tarafından Türkçeye uyarlanan "Gough ve Heilbrun Sıfat Tarama Listelerinin Uyarlama ve Geçerlik Çalışması"nın bir bölümünü oluşturan "The Assessment of Transactional Analysis Ego State via Adjective Checklist" (TA Ego Durumlarının Sıfat Tarama Listesinden Değerlendirilmesi) adlı ölçek ile yapılmıştır. Her iki ölçeğin benzer alt ölçekleri arasında EED için  $r = 0.87$ , KED için  $r = 0.91$ , YED için  $r = 0.93$ , DÇ için  $r = 0.76$  ve UÇ için  $r = 0.70$ 'lik korelasyon katsayıları bulunmuştur (21, 222).

Arı'nın aktarımıyla (1989), ölçeğin güvenilirlik çalışması, uzman değerlendirmeleri arasındaki tutarlılık ve testin aralıklı tekrarı tekniğiyle olmak üzere farklı iki yöntemle yapılmıştır. Öncelikle hakemlerin her ego durumu için verdikleri puanlar arasındaki korelasyon "sınıflar-içi korelasyon" tekniği ile hesaplanmıştır. Bu hesaplamalar sonucu, hakem değerlendirmeleri arasında EED için  $r = 0.95$ , KED için  $r = 0.93$ , YED için  $r = 0.96$ , DÇ için  $r = 0.89$  ve UÇ için  $r = 0.91$  tutarlılık katsayıları elde edilmiştir (21). Bu sonuçların Williams ve Williams (1980)'in aynı yöntemle bulduğu EED için  $r = 0.93$ , KED için  $r = 0.93$ , YED için  $r = 0.95$ , DÇ için  $r = 0.94$  ve UÇ için  $r = 0.89$  tutarlılık katsayıları ile yakın olduğu gözlenmiştir (222). Hem uzman değerlendirmeleri arasındaki korelasyonun yüksek oluşu, hem de sonuçların Williams ve Williams (1980)'in elde ettiği sonuçlara çok yakın olması EDÖ'nün güvenilirliği için önemli bir kanıt olarak kabul edilmiştir (21).

EDÖ'nün güvenilirliği ile ilgili ikinci çalışma testin aralıklı tekrarı yöntemiyle yapılmıştır. Yükseköğretim Kurumu (YÖK) tarafından düzenlenen yabancı dil kursuna katılan 32 öğretim elemanına (20 erkek, 12 kadın) 34 gün ara ile iki kez ölçek uygulanmıştır. İki uygulamadan elde edilen ego durumu puanları arasında EED için  $r = 0.78$ , KED için  $r = 0.83$ , YED için  $r = 0.81$ , DÇ için  $r = 0.77$  ve UÇ için  $r = 0.74$  tutarlılık katsayıları elde edilmiştir. EDÖ'nün güvenilirlik katsayılarının testin



tekrarı tekniği ile hesaplanmasında dikkati çeken önemli nokta, denekler iki uygulamada eşit sayıda sıfat işaretleseler bile bu sıfatların farklı sıfatlar olabileceği gerçeği olmuştur. Bu durumda her iki uygulamada ortak işaretlenen sıfatlardan hareket edilerek tutarlılığın belirlenmesine çalışılmıştır. Her bireyin iki uygulamada işaretlediği ortak sıfat sayısı iki uygulamada işaretlediği toplam sıfat sayısına bölünerek tutarlılık katsayısı bulunmuştur. İki uygulama arasındaki tutarlılığın ortak varyans olduğu ve bunun da iki uygulama arasındaki korelasyonun karesine ( $r^2$ ) eşit olduğu göz önüne alınarak tahmini bir güvenilirlik katsayısı bulunmuştur. Bu yöntemle iki uygulama arasında  $r = 0.87$ 'lik tahmini güvenilirlik katsayısı elde edilmiştir (21).

Ölçeğin geliştircisi Arı tarafından yapılan öneriler doğrultusunda, her bireyin en fazla olarak 25-30 sıfat tercih etmesi, egogramın daha net elde edilebilmesini sağlamıştır.

## **2.6. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER**

**Bağımlı Değişkenler:** YDÖ Puanı

**Bağımsız Değişkenler:** EDÖ Puanı

## **2.7. VERİLERİN İŞLENMESİ VE ÇÖZÜMLENMESİ**

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 15.0 ve Microsoft Office Excel programları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Excel programının kodlanması aşamasında ölçeğe uygun puanlama formüllerinin yazımını yapan Yard. Doç. Dr. Müge AKBAĞ ve ekibinden teknik destek sağlanmışır. Verilerin analizi aşamasında; sayı ve yüzde dağılımları, ortalama, varyans analizlerinden yararlanılmışır.

## 2.8. ETİK UYGULAMALAR

Araştırmanın yapılabilmesi için ASPB İzmir Huzurevi Müdürlüğü'nden ve Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır. Kurumda yaşayan yaşlılardan örnekleme uyanlara çalışmanın amacı açıklanarak sözlü onamları alınmıştır. Kurumla ilgili elde edilecek kuruma özgü bulgular, izin dahilinde kullanılmayacak ve araştırma sonucu edinilen bilgiler, gelişim açısından kuruma bildirilecektir.

Kullanılan ölçeklerden Standardize Mini Mental Test (SMMT) Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler kitabında yayınlanmıştır (Öner; 2008). Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) ve Ego Durumları Ölçeği (EDÖ) için ölçek geliştiricileri tarafından yazılı izinler ve ölçeklerin kullanımıyla ilgili gerekli yönlendirmeler alınmış ve ekte sunulmuştur.

Araştırma verilerinin toplanması aşamasında araştırmacının bireylerle yüz yüze görüşmeler yapması, sorulardan kaynaklı meydana gelebilecek yanlış anlaşılmanın engellenmesi aşamasında çalışmayı güçlendirerek, geçerliğini attırmıştır.

## BÖLÜM III

### BULGULAR

#### 3.1. Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 2. Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=126)

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	58	46.0
Erkek	68	54.0
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	26	20.6
Bekar	29	23.0
Eşini Kaybetmiş	45	35.7
Boşanmış	22	17.5
Yeniden Evlenmiş	4	3.2
<b>En Uzun Süreli Yaşanan Yer</b>		
Köy	31	24.6
Kasaba	32	25.4
Şehir	22	17.5
Büyükşehir	41	32.5
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okuma yazması yok	7	5.6
Okuma yazma biliyor – İlkokul Mezunu	71	56.3
Ortaokul – lise mezunu	38	30.2
Yükseköğretim mezunu	10	7.9
<b>Gelir Düzeyi</b>		
Geliri yok – devlet tarafından maaşa bağlanmış	43	34.1
Geliri giderden az	29	23.0
Geliri gidere denk	41	32.5
Geliri giderden fazla	13	10.3
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>		
Evet	77	61.1
Hayır	49	38.9

Araştırmaya katılan yaşlıların (N=126) sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamalarının  $77.84 \pm 7.49$  (min:52, maks:94) olduğu; %46.0'sının (n=58) kadın, %54.0'ünün erkek (n=68) olduğu; %20.6'sının evli (n=26), %23.0'ünün hiç evlenmemiş (n=29), %35.7'sinin eşini kaybetmiş olduğu (n=45), %17.5'inin boşanmış olduğu (n=22) ve %3.2'sinin boşandıktan sonra yeniden evlendiği (n=4) belirlenmiştir (Tablo.2). Kurum İzmir'in merkez huzurevi olması nedeniyle, geliri ve kimsesi olmayan yetişkin dönem bireylere de hizmet vermektedir. Bu nedenle araştırmada katılımcı yaşlarının alt sınırı 52 olarak belirlenmiştir.

Yaşlıların kuruma yerleşmeden önce en fazla olarak %32.5 oranla (n=41) büyükşehirde yaşadığı, bunu takiben %25.4'ünün kasaba (n=32), %24.6'sının köy (n=31) ve %17.5'inin şehirlerde (n=22) yaşadığı belirlenmiştir. Eğitim düzeyleri incelendiğinde en yüksek oranla %56.3'ünün okuma yazma bildiği ve ilkokul mezunu olduğu (n=71), %30.2'sinin ortaokul – lise mezunu olduğu (n=38), %7.9'unun bir yüksek eğitim kurumundan mezun olduğu (n=10) ve %5.6'sının okuma ve yazması olmadığı (n=7) belirlenmiştir (Tablo.2).

Tablo.2 incelendiğinde gelir düzeyleri açısından yaşlıların %34.1'inin gelirinin olmadığı ve devlet tarafından kendilerine maaş bağlanmış olduğu (n=43), %32.5'inin gelirini giderine denk (n=41), %23.0'ünün gelirini giderden az (n=29) ve %10.3'ünün gelirini giderlerinden fazla algıladıkları (n=13) belirlenmiştir.

Yaşlıların % 61.1'inin çocuk sahibi olduğu (n=77) ve çocuk sayılarının ortalama  $2.31 \pm 1.07$  (min=1, maks=5) olduğu belirlenmiştir (Tablo.2).

### 3.2. Yaşlıların Sağlık Durumlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 3. Yaşlıların Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (N=126)**

<b>SAĞLIK DURUMLARINA İLİŞKİN ÖZELLİKLER</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Sağlık Güvencesi Bulunma Durumu</b>		
Var	82	65.1
Yok	44	34.9
<b>Sağlık Güvencesi</b>		
SSK	52	41.3
Em-San	14	11.1
Bağkur	16	12.7
Devlet tarafından bakılan (Yok)	44	34.9
<b>Algılanan Sağlık Düzeyi</b>		
İyi	21	16.7
Ne iyi ne kötü	67	53.2
Kötü	38	30.2
<b>Tanı Konmuş Kronik Hastalık Bulunma Durumu</b>		
Evet	111	88.1
Hayır	15	11.9
<b>Kronik Hastalık Dalı (n=111)*</b>		
Dahili	99	78.6
Psikiyatrik	93	73.8
Ortopedik	41	32.5
Duyusal	30	23.8
Onkolojik	7	5.6
<b>Uyku Sorunu Yaşama Durumu</b>		
Evet	71	56.3
Hayır	55	43.7
<b>Yaşanan Uyku Sorunu (N=71)</b>		
Gece sık sık uyanma ve gündüz uykuları	22	31.0
Uykuya dalamama ve gece sık uyanma	13	18.3
Gece sık sık uyanma	11	15.5
Gün içinde devamlı uyuma	8	11.3
Uykuya dalamama	6	8.5
Nefes alma sıkıntısı	5	7.0
Korkulu kabuslar	4	5.6
İdrar kaçırma	2	2.8
<b>Uyku Sorunlarının Sıklığı (N=71)</b>		
Her gece	43	60.6
Haftada bir	28	39.4
<b>Sorunların Yaşanma Süresi (N=71)</b>		
Son bir iki haftadır	5	7.0
Son bir iki aydır	16	22.5
Son bir iki yıldır	26	36.6
Yıllardır	24	33.8

\*Soruya birden çok yanıt verilmesinden dolayı, satır yüzdesi ile hesaplama yapılmıştır.

Yaşlıların sosyal güvencelerine bakıldığında %34.9'unun kendisine ait bir sağlık güvenceleri yokken devlet tarafından bakılmakta oldukları (n=44), %41.3'ünün SSK (n=52), %12.7'sinin Bağkur (n=16) ve %11.1'inin Emekli Sandığı tarafından güvence altında olduğu belirlenmiştir (Tablo.5). Yaşlıların algıladıkları sağlık düzeyleri incelendiğinde %53.2 ile en yüksek oranda sağlıklarını “ne iyi ne kötü” olarak değerlendirdikleri (n=67), %30.2 oranıyla “kötü” (n=38) ve %16.7 oranıyla da “iyi” olarak değerlendirdikleri (n=21) belirlenmiştir (Tablo.3).

Yaşlıların sağlık durumları incelendiğinde %88.1'inin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu (n=111); sırayla %78.6'sının dahili (n=99), %73.8'inin psikiyatrik (n=93), %32.5'inin ortopedik (n=41), %23.8'inin duyuşal (n=30) ve %5.6'sının onkolojik (n=7) bir sorun yaşadığı belirlenmiştir (Tablo.3).

Yaşlıların kronik hastalıklarının tanılanma süreleri incelendiğinde dahili hastalıklar grubunda ortalama  $15.05 \pm 4.52$  yıl (min:1, maks:28); psikiyatrik hastalıklarda  $10.98 \pm 4.01$  yıl (min:1, maks:22); ortopedik hastalıklarda  $11.02 \pm 3.55$  (min:1, maks:19); duyuşal problemlerde  $9.47 \pm 3.85$  yıl (min:4, maks:19); onkolojik hastalıklarda ise ortalama  $5.98 \pm 1.05$  yıl (min:3, maks:9) olarak belirlenmiştir.

Tablo.3 incelendiğinde yaşlıların %56.3'ünün bir çeşit uyku sorunundan (n=71) etkilendikleri görülmektedir.

Yaşanan uyku sorunları en sık olarak %31.0 oranında gece sık sık uyanma ve gündüz uykusunun birlikte görüldüğü durumlar olarak belirlenirken (n=22), bunu sırayla %18.3 ile gece uykuya dalamama ve gece sık sık uyanma (n=13), %15.5 ile gece sık sık uykudan uyanma (n=11), %11.3 ile gün içinde devamlı uyuklama (n=8), %8.5 ile gece uykuya dalamama (n=6), %7.0 ile uyku sırasında solunum sıkıntısı (n=5) ve %5.6 ile gece kabusları (n=4) takip etmiştir (Tablo.3).

Uyku sıkıntısı çeken yaşlıların %60.6'sı neredeyse her gece bu sorunları yaşarken (n=43), %39.4'ü haftada bir (n=28) deneyimlemiştir (Tablo.3).

Yaşlılarda belirtilen bu uyku sorunları %36.6 oranla son bir iki yıldır yaşanmaktayken, sırayla yaşlıların %33.8'inin yıllardır bu sorunları çekmekte olduğu (n=24), %22.5'inin son bir iki aydır (n=16) ve %7.0'sinin ise son bir iki haftadır bu sorunları yaşamaya başladığı (n=5) belirlenmiştir (Tablo.3).

**Tablo 4. Yaşlıların Madde Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı (N=126)**

<b>MADDE KULLANMA ALIŞKANLIKLARI</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>		
Evet	32	25.4
Hayır	94	74.6
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>		
Evet	7	5.6
Hayır	119	94.4
<b>Alkol Kullanma Sıklıkları (N=7)</b>		
Haftada Bir	4	57.1
Ayda Yılda Bir	3	42.9

Sağlığa zararlı madde kullanım alışkanlıkları açısından değerlendirildiğinde, yaşlıların %25.4'ünün sigara kullandığı (n=32) ve kullanıcıların günde ortalama  $17.29 \pm 6.55$  (min:2, maks:30) sigara tükettiği belirlenmiştir (Tablo.4). Yaşlılarda sigara kullanma süresi ortalama  $19.98 \pm 7.85$  yıldır (min:11, maks:35).

Tüm yaşlıların %5.6'sının düzenli olarak alkol kullandıkları belirlenmiştir (n=7). Kullanıcıların %57.1'i haftada bir düzenli olarak alkol aldıklarını, %42.9'u ise ayda yılda bir alkol kullandıklarını ifade etmiştir (Tablo.4). Alkol kullanım süresi bu grup için ortalama  $31.52 \pm 9.23$  (min:16, maks:39) yıl olarak bulunmuştur.

**Tablo 5. Yaşlıların Günlük İşlevsellik Düzeylerine Göre Dağılımı (N=126)**

<b>GÜNLÜK İŞLEVSELLİK DÜZEYİ</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Günlük İşleri Yapabilme Durumu</b>		
Bağımsız	61	48.4
Yarı bağımlı	65	51.6

Yaşlıların kurumdaki işlevsellik düzeyleri incelendiğinde; %48.4'ünün günlük işlerini bağımsız olarak sürdürebildiği (n=61) ve %51.6'sının kendilerini yarı bağımlı olarak tanımlayarak günlük işlerini gerçekleştirebilmeleri için desteğe ihtiyaç duydukları (n=65) belirlenmiştir (Tablo.5).

### **3.3. Yaşlıların Ailevi ve Kurumsal Algılarına İlişkin Bulgular**

Bu araştırmada yaşlıların aile durumlarına ilişkin verileri ve ailevi ilişkilerini nasıl algılamakta oldukları da incelenmiş ve Tablo.6'da verilmiştir.



**Tablo 6. Yaşlıların Ailevi Özelliklerine Göre Dağılımı (N=126)**

<b>AİLEVİ ÖZELLİKLER</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Yaşayan aile üyesi</b>		
Var	92	73.0
Yok	34	27.0
<b>Aile Üyesinin Yaşadığı Yer (N=92)</b>		
Aynı kurumda	5	5.4
Aynı şehirde	63	67.0
Farklı şehirde	22	23.4
Farklı ülkede	2	2.2
<b>Kuruma Gelmeden Önce Kiminle Yaşadığı (N=125)</b>		
Yalnız	51	40.5
Çocuklar	47	37.3
Eşler	20	15.9
Eşler ve çocuklar	4	3.2
Ücretli yardımcıları	3	2.4

Yaşlıların %73.0'ünün yaşamakta olan herhangi bir aile üyesi olduğu (n=92) belirlenmiştir. Aile üyesi olarak belirtilen grup birinci derece akrabalarından oluşmaktadır. Hayatta olan aile üyelerinin %67.0'si yaşlı ile aynı şehirde (n=63), %23.4'ü farklı şehirlerde, %5.4'ü aynı kurumda (n=5) ve %2.2'si farklı ülkelerde (n=2) yaşadığı belirlenmiştir (Tablo.6). Yaşlıların kuruma gelmeden önce kiminle birlikte yaşadıkları incelendiğinde %40.5 oranla yalnız yaşadıkları (n=51), %37.3 oranla çocukları ile (n=47), %15.9 oranla eşleri ile (n=20), %3.2 oranla eşleri ve çocuklarıyla (n=4), %2.4 oranla yardımcıları ile yaşadıkları (n=3) belirlenmiştir (Tablo.6). Katılımcılardan biri, bu soruya cevap vermek istememiştir.

**Tablo 7. Yaşlıların Aile Algılarına Göre Dağılımı (N=92)**

<b>AİLE ALGISI</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
İyi	28	31.1
Ne iyi ne kötü	37	41.1
Kötü	25	27.8

Yaşlıların aile üyeleriyle aralarındaki ilişkiyi algılama düzeyleri incelendiğinde; %41.1'i aile ilişkilerini 'ne iyi ne kötü' olarak algılamaktayken (n=37), %31.1'i 'iyi' (n=28), %27.8'i 'kötü' olarak (n=25) değerlendirmektedir. Hayatta aile üyesi olmasına rağmen yaşlıların %2.2'si (n=2) bu konuda görüş bildirmek istememektedir (Tablo.7).

**Tablo 8. Yaşlıların Ziyaretçi Durumlarına Göre Dağılımı (N=126)**

<b>ZİYARETÇİ DURUMU</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Ziyaretçi Gelme Durumu</b>		
Var	86	68.3
Yok	40	31.7
<b>Ziyaretçinin Yakınlık Durumu (N=86)</b>		
Akrabalar	59	68.8
Eş – dost – komşu	15	17.4
Tanınmadık gönüllü misafirler	12	14.0

Yaşlıların kurumdaki ziyaretçi durumları incelendiğinde; %68.3'ünün kendisine özel ziyaretçileri olduğu (n=86), bu ziyaretçilerden %68.6'sının akrabalar (n=59), %17.4'ünün eş, dost, komşular (n=15), %14.0'ının da dernekler, okullar, bağışçılar gibi gönüllü misafirler olduğu belirlenmiştir (Tablo.8).

Kurumda bulunmaları süreleri ile ilgili veriler incelendiğinde yaşlıların ortalama olarak  $8.75 \pm 5.23$  (min:1, maks:28) yıldır kurumda buldukları belirlenmiştir.

**Tablo 9. Yaşlıların Kurumda Kalışları ve Kurum Algılarına Göre Dağılımı (N=126)**

<b>KURUMDA KALMA VE KURUM ALGISI</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Kurumda Kalma Nedeni</b>		
Hiç kimsenin olmaması	34	27.0
Kendi bakımını yapamama	23	18.3
Ailenin yaşlı bakımında rol almama isteği	13	10.3
Diğer nedenler	56	44.4
<b>Kurum Çalışanları İle Kurulan İlişkinin Algılanışı</b>		
İyi	59	46.8
Ne iyi ne kötü	47	37.3
Kötü	20	15.9

Kendi ifadelerine göre kurumda kalma nedenleri olarak yaşlıların %27.0'si hiç kimselerinin olmamasını (n=34), %18.3'ü kendi bakımlarını bağımsız sürdürememelerini (n=23), %10.3'ü ailesinin kendi bakımında rol almama isteğini (n=13) ifade etmiştir. Yaşlıların %44.4'ü ise (n=56) kurumda kalma nedenleri olarak ailenin uygun bakımı verememesi, kendisinin ailesiyle birlikte kalmak istememesi gibi diğer koşulların varlığını ifade etmişlerdir. Yaşlıların %44.4'ü ise huzurevi ortamını sevmeye, kimseye yük olmak istememe, başkalarından bağımsız olabilme gibi kişisel nedenlerle burada kaldıklarını belirtmiştir (Tablo.9).

Yaşlıların kurumsal algıları incelendiğinde; kurumda kendilerine hizmet sunan profesyonellere yönelik algıları %46.8 oranında 'iyi' (n=59), %37.3 oranında 'ne iyi ne kötü' (n=47) ve %15.9 oranında 'kötü' olarak (n=20) bulunmuştur (Tablo.9).

**Tablo 10. Yaşlıların Hayata Bakışları ve Sosyal Çevre Özelliklerine Göre Dağılımı (N=126)**

<b>HAYATA BAKIŞ VE SOSYAL ÇEVRE ÖZELLİKLERİ</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Hayata Bakış Açısı</b>		
Hayat yaşamaya değer	35	27.8
Hayat idare eder	61	48.4
Hayata bağlayan özel bir neden yok	30	23.8
<b>Kurumda Kurulan Arkadaşlık Algısı</b>		
İyi	36	28.6
Ne iyi ne kötü	51	40.5
Kötü	39	31.0
<b>Kurumda Boş Vakit Uğraşları</b>		
Sohbet etme	37	29.4
Dinlenme	28	22.2
Televizyon izleme	26	20.6
Uğraş aktivitelerine katılma (el işi atölyesi gibi)	20	15.9
Gezme	14	11.1
Diğer	1	0.8
<b>Sosyal Etkinliklere Katılma İsteği</b>		
İstekli	43	34.1
Bazen İstekli	69	54.8
İsteksiz	14	11.1

Yaşlıların hayata bakışları ve sosyal ilişkileri incelendiğinde; yaşlıların %48.4'ünün hayatı idare eder olarak gördüğü (n=61), %27.8'inin hayatı yaşamaya değer bulduğu (n=35) ve %23.8'inin ise kendilerini hayata bağlayan özel bir nedenlerinin olmadığı (n=30) belirlenmiştir (Tablo.10).

Kurumdaki kurdukları ilişkilerle ilgili algıları incelendiğinde; yaşlıların %40.5'i kurumdaki arkadaşlıkları ne iyi ne de kötü bulurken (n=51), %31.0'i kötü (n=39) ve %36'sı 'iyi' olarak (n=36) değerlendirmektedir (Tablo.10).

Kurumdaki boş vakit uğraşlarına bakıldığında tüm yaşlıların boş vakitlerini değerlendirmek için çeşitli yollar denediği görülmektedir. Yaşlıların %29.4'ü arkadaşları ile sohbet ederek vakit geçirmeyi tercih ederken (n=37), %22.2'si dinlenerek (n=28), %20.6'sı televizyon izleyerek (n=26), %15.9'u uğraş atölyesinde el işleriyle ilgilenerek (n=20), %11.1'i gezerek (n=14) ve %8'i diğer çeşitli uğraşlarla ilgilenerek (n=1) vakitlerini değerlendirmektedirler (Tablo.10).

Sosyal etkinliklere katılım isteklerine bakıldığında %54.8'i bazen bu etkinliklere gönüllü olduklarını iletmiş (n=69), %34.1'i yapılan organizasyonlara istekli olduklarını belirtmiş (n=43) ve %11.1'i ise bu tür organizasyonlara çoğunlukla katılmadıklarını (n=14) belirtmişlerdir (Tablo.10).

### 3.4. Yaşlıların Bilişsel Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 11. Yaşlıların Standardize Mini-Mental Test Toplam Puan Ortalaması (N=126)**

<b>Standardize Mini-Mental Test SMMT</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>
<b>TOPLAM PUAN</b>	26.46	2.10	23	30

Yaşlıların bilişsel düzeyleri incelendiğinde SMMT'den aldıkları toplam puan ortalamaları  $26.46 \pm 2.10$  (min:23, max:30) olarak belirlenmiştir. Ölçekten 30 tam puan alanların oranı %11.9'dur (n=15) (Tablo.11).

### 3.5. Yaşlıların Yaşam Doyumuna İlişkin Bulgular

**Tablo 12. Yaşlıların Yaşam Doyumu Ölçeği Toplam Puan Ortalaması (N=126)**

Yaşam Doyumları Ölçeği	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
<b>TOPLAM PUAN</b>	21.84	5.30	9	33

Yaşlıların yaşam doyumlarına ilişkin algıları incelendiğinde; YDÖ toplam puan ortalamaları  $21.84 \pm 5.30$  (min:9, mak:33) olarak belirlenmiştir (Tablo.12).

### 3.6. Yaşlıların Ego Durumuna İlişkin Bulgular

Yaşlıların ego durumları incelendiğinde, EDÖ ile yapılan puanlama sonucu her bir bireyin sahip olduğu beş ego durumu sıralanmış ve bunların içinden puanlamada en yüksek puanı alan ego durumunun en sık olarak kullanıldığı belirlenmiştir.

Yaşlıların en sık kullandıkları ego durumları ‘Baskın Ego Durumları’ olarak adlandırılmıştır. Hangi ego durumunun baskınlığı varsa, ilgili ego durumu grubuna dahil edilmişler, dolayısıyla da beş grupta toplanmışlardır.

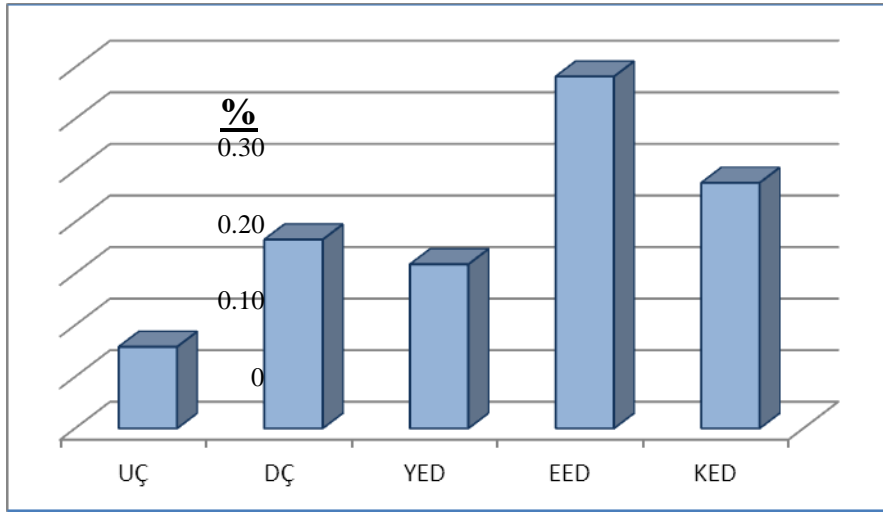
**Tablo 13. Yaşlıların Baskın Ego Durumları Dağılımları (N=126)**

BASKIN EGO DURUMLARI	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eleştirel Ebeveyn Ego Durumu (EED)	43	34.1
Koruyucu Ebeveyn Ego Durumu (KED)	30	23.8
Doğal Çocuk Ego Durumu (DÇ)	23	18.3
Yetişkin Ego Durumu (YED)	20	15.9
Uygulu Çocuk Ego Durumu (UÇ)	10	7.9

Yaşlıların baskın ego durumları incelendiğinde; %34.1 ile en sık Eleştirel Ebeveyn Ego Durumu'nun kullanıldığı (n=43), bunu sırayla %23.8 oranla Koruyucu Ebeveyn Ego Durumu'nun (n=30), %18.3 oranla Doğal Çocuk Ego Durumu'nun (n=23), %15.9 oranla Yetişkin Ego Durumu'nun (n=20) ve %7.9 oranla Uygulu Çocuk Ego Durumu'nun (n=10) takip ettiği görülmektedir (Tablo.13).

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda bu araştırmaya katılan yaşlılara ait egogram Grafik.1'deki gibi belirlenmiştir.

**Grafik 1.Yaşlıların Ego Durumlarına Ait Egogramları**



Grafik.1 incelendiğinde yaşlıların her bir ego durumu için almış oldukları ortalama puanların 1.00'lık tam bir egogram içinde ne oranla dağıldıkları gösterilmektedir. Bu dağılıma göre; yaşlıların baskın olarak Eleştirel Ebeveyn Ego Durumu'ndan tutum ve davranış sergileme eğiliminde oldukları (%34.1) ve en az oranla Uygulu Çocuk Ego Durumu'nu (%7.9) tercih ettikleri görülmektedir.

### 3.7. Yaşlıların Yaşam Doyumları ve Ego Durumları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Yaşlıların yaşam doyumlarının baskın ego durumlarına göre istatistiksel bir farklılık gösterip göstermediğini test etmek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Bu doğrultuda elde edilen bulgular Tablo. 14’de sunulmuştur.

**Tablo 14. Yaşlıların Yaşam Doyumu Puan Ortalamalarının Ego Durumlarına Göre Dağılımı ( N=126)**

EGO DURUMLARI	n	$\bar{X}$	Ss	F	p
EED	43	0.20	0.09	47.304	0.00
KED	30	0.21	0.05		
DÇ	23	0.18	0.07		
Y	20	0.22	0.04		
UÇ	10	0.17	0.05		
F=47.304, p=0.00, <b>p&lt;0.05</b>					

Tablo incelendiğinde; yaşlıların yaşam doyumu puan ortalaması ile ego durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır (F=47.304, **p<0.05**)(Tablo.14).

Yapılan ileri analizlerde bu farklılığın Eleştirel Ebeveyn Ego Durumu (Duncan; 16.8372) ve Doğal Çocuk Ego Durumu’ndan (Duncan; 28.3043) kaynaklandığı belirlenmiştir. Eleştirel Ebeveyn baskın ego durumuna sahip olan yaşlılarda yaşam doyumu ortalamaları belirgin olarak düşmekteyken; Doğal Çocuk baskın ego durumuna sahip yaşlılarda yaşam doyumu ortalamaları anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo.14).



## BÖLÜM IV

### 4.1. TARTIŞMA

Araştırma bulgularının alanyazınla yapılacak karşılaştırmaları, Bölüm III'de sunulan düzen doğrultusunda incelenmiştir.

#### 4.1.1. Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi

Yaşlılarla yapılan araştırmaların örneklem karşılaştırmalarının yapılabilmesi için, grubun tanımlayıcı özelliklerine ilişkin dağılımlar belirlenmiştir. Araştırmamızdaki yaşlıların yaş ortalamaları  $77.84 \pm 7.49$ 'dur (min:52, maks:94) (N=126). Araştırmanın İzmir merkez huzurevinde yapılmış olması, kurum bakımına gereksinimi olan 60 yaşın altındaki yetişkin bireylerin de kuruma kabul edilmeleri nedeniyle en düşük yaş sınırını 52 yıla düşürmüştür. Aynı zamanda dahil olma koşulları açısından acil bakım katlarında yer alan yaşlıların araştırma dışında tutulması ile çok ileri yaş grup yaşlıların ve yeterli bilişsel düzeyde olmadığı SMMT puanlarınca belirlenen yaşlıların elenmesi; araştırmada belirlenen yaş ortalamasının daha düşük olmasına neden olmuştur.

Araştırmamıza katılan yaşlı bireylerde, kadınların oranı %46.0 ile (n=58) erkeklerden daha düşüktür (Tablo.2). Alanyazın incelemelerinde; Günaydın'ın (1996) yaşlı bireylerde yalnızlık algısını incelediği araştırmasında kadınların oranı %56.3 (99); Özer'in (2001) huzurevi yaşlılarıyla yaptığı araştırmasında %47.5 iken

(167); Altıparmak'ın (2009) araştırmasında %29.2 (17); Kahraman ve ark.'nın araştırmasında (2011) ise %29.9 olarak belirlenmiştir (117). Toplumda kadınların eş kaybından sonra çocuklarının evine yerleşmesi erkeklere göre daha yaygın olarak kabul gördüğünden; kuruma daha ağırlıklı olarak erkek yaşlı yatışının yapılması beklenen bir sonuçtur. Aynı zamanda kadınların uzun yıllar yaşadıkları konutlarını kendilerinden bir parça olarak kabul ederek bu rolle eşleşmeleri; kendilerini günlük yaşamda işe yarar hissetmelerini sağlayarak eşlerin kaybından sonra evden ayrılmayı engelleyici bir etken olarak düşünülebilir.

Huzurevi yaşlılarının medeni durumları incelendiğinde araştırmamıza katılan yaşlıların en sık olarak %35.7'lik oranla (n=45) eşlerini kaybetmiş oldukları, bunu takip ederek azalan şekilde %23.0'nün hiç evlenmemiş (n=29), %20.6'sının evli (n=26), %17.5'inin boşanmış (n=22) ve %3.2'sinin (n=4) yeniden evlenmiş olduğu belirlenmiştir (Tablo.2). Alanyazın incelemelerinde; Palabıyıkoglu ve ark. (1991) kurumda yaşayan yaşlıların en yüksek oranla eşlerini kaybetmiş olduklarını (%70-75) belirlemişken, bunu hiç evlenmemişler ve boşanmış yaşlı bireylerin takip ettiğini belirtmektedirler (174). Günaydın (1996) yaşlıların %62.7'sinin eşlerini kaybettiğini, %22.5'inin boşanmış, %11.3'ünün hiç evlenmemiş ve %3.5'inin hala evli olduğunu belirlemiş (99); Özer (2001) ise araştırma grubunun %50'sinin eşini kaybetmiş olduğunu, %25.8'inin eşinden boşanmış, %14.2'sinin evli ve %10.0'unun bekar olduğunu belirlemiştir (167). Çevik S. (2008) en sık olarak %58.3 oranında bireylerin eşlerini kaybetmiş olduklarını, %21.7'sinin bekar ve %20.0'sinin evli olduğunu (57); Altıparmak (2009) en yüksek olarak %56.2'sinin dul, %19.2'sinin bekar, %17.7'sinin boşanmış ve %6.9'unun hala evli olduklarını belirlemiştir (17). İki eşin de yaşadığı durumlarda kuruma başvuruların çok düşük olduğu, çiftlerden en az birinin kaybına kadar yaşlıların kendi evlerinde kalma eğilimi olduğu

görülmektedir. Eşin kaybıyla birlikte yaşlının yalnızlığının artması, kurum başvurularında etken rol oynayabilir. Bizim araştırmamızda alanyazına oranla bekar yaşlı oranının daha fazla olması, büyükşehirde yaşamının evlenme eğilimi üzerine olan olumsuz etkisine bağlı olarak değerlendirilebilir.

Yaşlıların kuruma yerleşmeden önce en fazla olarak hangi yerleşim yerinde yaşamakta oldukları incelendiğinde; en yüksek oranla büyükşehirde (%32.5, n=41), %25.4'lik oranla kasabada (n=32), %24.6 ile köyde (n=31) ve %17.5 ile şehirlerde (n=22) yaşadığı belirlenmiştir (Tablo.2). Karataş (1988) Seyranbağları Huzurevi'nde yaptığı araştırmasında, yaşlıların en yüksek oranla şehir doğumlu olduğunu ve yaşlıların şehirlerde daha çok bakım sorunu yaşadığını belirlemiştir (120). Günaydın (1996) en yüksek olarak %92.3 oranında şehirlerde, %4.2 ile köylerde ve %3.5 ile ilçelerde yaşamakta olduklarını tespit ederken (99); Özer (2001) yaşlıların %34.2'sinin büyükşehir, %35.0'inin şehir ve %9.2'sinin köyde yaşamış olduğunu belirlemiştir (167). Bizim araştırmamızda kurumun büyükşehir sınırları içinde olması ve yaşlıların kurum başvurularında öncelikli olarak kendi yaşadıkları bölgeleri tercih ettikleri düşünüldüğünde; alanyazınla ortaya çıkan bu farklılık beklendik bir sonuç olarak düşünülebilir. Özellikle şehirlerden küçük yerleşim bölgelerine ilerledikçe, bölge insanının kurum hizmetlerini olumsuz algısı ve aile fertlerine bu aşamada yüklenen yaşlı bakım sorumluluğu nedeniyle; kasaba ve köylerde yaşlıların huzurevlerine başvuruları çok daha düşük olacaktır.

Eğitim düzeyleri incelendiğinde; araştırmamıza katılan yaşlıların en yüksek oranda %56.3 ile okuma yazma bildiği ve ilkokul mezunu olduğu (n=71), sırasıyla %30.2'sinin ortaokul – lise mezunu olduğu (n=38), %18.3'ünün herhangi bir formal eğitim almamasına rağmen okuma ve yazma bildiği (n=23), %7.9'unun bir yüksek eğitim kurumundan mezun olduğu (n=10) ve %5.6'sının okuma ve yazması olmadığı

(n=7) belirlenmiştir (Tablo.2). Alanyazın incelemelerinde; Günaydın (1996) araştırdığı yaşlı grubun en yüksek oranla %23.9'unun okuryazar olmadığını, %19.7'sinin ilkokul mezunu, %16.9'luk oranlarla okur yazar ve ortaokul mezunu,%15.5'inin lise mezunu ve yalnızca %7.0'sinin yüksek öğretim mezunu olduğunu belirlemiştir (99). Özer (2001), yaşlıların %45.0'inin okur yazar ya da ilkokul mezunu olduğu, %24.2'sinin okuma yazma bilmediğini, %16.7'sinin lise mezunu olduğu ve yalnızca %3.3'ünün bir yükseköğretim kurumundan mezun olduğunu belirlemiştir (167). Çevik S. (2008), yaşlıların en yüksek oranla ilkokul mezunu olduklarını (%35.0) belirlemiş, sırasıyla bunu lise mezunu (%35.0), okuryazar (%11.7) ve ortaokul mezunu (%11.7), okuryazar olmama (%6.7) ve yüksek eğitim kurumlarından mezun olduğu (%5.0) olanlar takip etmiştir (57). Altıparmak'ın araştırmasında (2009) yaşlıların en yüksek oranla okur yazar olmadığı (%41.5) belirlenmişken, bunu sırayla ilkokul (%38.5), lise (7.7) ve yüksekokul mezunu olanlar (%6.1) takip etmektedir (17). Kahraman ve ark.'nın araştırmasında ise (2011) en yüksek oranla yaşlıların %31.3'ünün okuma yazma bilmediği belirlenmiştir (117). Alanyazınla bizim araştırmamız arasındaki bu farklılığın, araştırmamızdaki erkek yaşlı oranının kadınlara oranla daha yüksek oluşu, yaşlıların eğitim düzeyini olumlu olarak etkilediği düşünülebilir. Şehir ve büyükşehirlerde yaşayarak büyüyen yaşlı sayısının yüksek olmasının, eğitim düzeyleri ve özellikle yükseköğretim mezunu olma oranları açısından olumlu bir etkisi olduğu düşünülebilir. TÜİK'in (2011) 60 yaş ve üzeri nüfusta yaptığı eğitim düzeyi taramasında, eğitim düzeylerinin 'kentsel nüfustan kırsal nüfusa' ve 'Doğu bölgelerden Batı bölgelere' gidildiğinde olumlu olarak artış gösterdiği ancak; her koşulda kadınların erkeklere oranla daha düşük eğitim düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir (210).

Gelir düzeyleri açısından incelendiğinde; yaşlıların en yüksek olarak %34.1'inin herhangi bir gelirin olmadığı ve devlet tarafından kendilerine maaş bağlanmış olduğu (n=43), %32.5'inin gelirini giderine denk algıladığı (n=41), %23.0'ünün gelirini giderden az algıladığı (n=29) ve %10.3'ünün gelirini giderinden fazla algılamakta olduğu (n=13) belirlenmiştir (Tablo.2.). Günaydın (1996), yaşlıların %68.3'ünün kendilerine ait emekli maaşları olduğunu, %19.7'sinin ailesinden destek aldığını ve %12'sinin kurum maaşı aldığını belirlemiştir (99); Özer (2001) ise yaşlı nüfusun %90.8'inin geliri olduğunu ve geliri olanların %10.1'inin gelirini yakınlarının yardımlarından sağladığını belirlemiştir. Aynı araştırmada yaşlıların yalnızca %26.9'u gelirlerinin ihtiyaçlarını karşıladığını belirtmiştir (167). Çevik S. (2008) yaşlıların %83.3'ünün kendi emekli maaşları olduğunu ve yalnızca %6.7'sinin herhangi bir gelir kaynağı olmadığını saptamıştır. Bu araştırmadaki yaşlıların %65.0'inin gelirlerini yeterli olarak algılamakta oldukları bildirilmiştir (57). Altıparmak (2009), yaşlıların %60.0'ünün gelirinin giderini karşıladığını ve %40.0'ünün gelirini yetersiz bulduklarını ifade ettiklerini belirtmiştir (17). Bizim araştırmamızda kurum maaşı alan yaşlı oranının alanyazınla olan bu uyumsuzluğunun nedeni olarak, araştırmanın yapıldığı İzmir Huzurevi'nin şehrin merkez huzurevi olması ve bu nedenle karakollar, hastaneler gibi devlet kurumlarından teslim edilen yaşlı ve kimsesiz bireyleri kabul etme zorunluluğundan kaynaklandığı düşünülebilir. Geliri ve sosyal güvencesi olmasına rağmen yaşam koşullarını karşılamadığını belirten yaşlıların oranı, gün geçtikçe yaşlıların ekonomik durumlarına ilişkin olumsuzlukların artacağı görüşünü doğrulamaktadır.

Yaşlıların çocuk sahibi olma durumları incelendiğinde; % 61.1'inin çocuk sahibi olduğu (n=77) ve çocuk sayılarının ortalama  $2.31 \pm 1.07$  (min=1, maks=5) olduğu belirlenmiştir (Tablo.2). Günaydın (1996) yaşlıların %69'unun (99); Özer ise

(2001) %70.0'inin çocuk sahibi olduğunu belirlemiş ve ortalama çocuk sayısını  $3.27 \pm 1.58$  bulmuştur (167). Çevik S. (2008) çocuk sahibi olan yaşlıların oranını %75.0 olarak belirtmiştir (57). Alanyazına oranla bizim araştırmamızda sahip olunan çocuk sayılarının daha az bulunmasının birçok nedeni düşünülebilir (büyükşehir hayatının yaşam koşulları açısından daha fazla çocuklu aile yaşamına izin vermiyor oluşu gibi ekonomik etmenler vb.). Araştırmada çocuk kaybı olup olmadığı sorgulanmamış olup, bekar yaşlı sayısının diğer araştırmalara oranla çok daha fazla olması; çocuk sahibi olma oranlarını düşürmüştür.

#### **4.1.2. Yaşlıların Sağlık Durumlarının İncelenmesi**

Yaşlıların sosyal güvencelerine ait bulgular incelendiğinde; %34.9'unun kendisine ait bir sağlık güvencesi olmadığı ve devlet tarafından bakılmakta olduğu (n=44), %41.3'ünün SSK (n=52), %12.7'sinin Bağkur (n=16) ve %11.1'inin Emekli Sandığı tarafından güvence altında olduğu belirlenmiştir (Tablo.3). Özer (2001), huzurevindeki yaşlıların %72.5'inin herhangi bir sağlık güvencesine sahip olduğunu belirlerken (167); Çevik S. (2008) ise %10'unun kendi sosyal güvencelerinin olmadığını belirtmekte; %53.3'ünün SSK, %20.0'sinin Emekli Sandığı, %11.7'sinin Bağkur ve %5.0'inin Yeşilkartlı olduklarını ortaya koymuştur (57). Altıparmak'ın (2009) araştırmasındaki yaşlıların %33.1'inin herhangi bir sağlık güvencesi olmadığı, %23.8'inin SSK, %20.8'inin Yeşilkart ve %11.5'inin ise Bağkur güvencesi altında oldukları belirlenmiştir (17). Alanyazın ile oluşan bu farklılığın İzmir Huzurevi'nin merkez huzurevi olması ve zorunlu gelen başvuruları kabul etme sorumluluğu olmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Yaşlıların algıladıkları sağlık düzeyleri incelendiğinde; araştırmamızdaki yaşlıların %53.2 ile en yüksek oranda sağlıklarını “ne iyi ne kötü” olarak değerlendirdikleri (n=67), %30.2 oranla “kötü” algıladıkları (n=38) ve %16.7 oranla

“iyi” olarak değerlendirdikleri (n=21) belirlenmiştir (Tablo.3). Öztunç ve ark. (1992), Adana Huzurevi’ndeki yaşlıların %52.0’sinin sağlıklarını ‘orta düzeyde iyi’ algıladıklarını belirtirken (172); Özer (2001) huzurevinde yaşayan kadınların %33.3’ünün fiziksel sağlıklarını ‘kötü’ algıladıklarını belirtmekte ve erkeklerin ise %41.3’ünün sağlığını ‘orta derecede iyi’ bulduğunu ifade etmektedir (167). Çevik S. (2008) yaşlıların %53.3’ünün kendi sağlıklarını ‘iyi’ algıladığını, %36.7’sinin ‘orta düzeyde iyi’ , %10.0’unun ise sağlıklarını ‘kötü’ olarak algıladıklarını belirlemiştir (57). Altıparmak (2009) yaşlıların %47.7’lik oranla en yüksek olarak sağlıklarını ‘orta düzeyde iyi’ olarak algıladıklarını, bunu takip edecek şekilde %46.2 ile ‘iyi’ ve %6.2 ile ‘kötü’ algıladıklarını ortaya koymaktadır (17). Sağlık sorunlarının ilerleyen yaşla birlikte arttığı gözönüne alındığında; bizim yaşlı grubumuzun yaş ortalamasının diğer araştırmalara göre daha yüksek olması, yaşlıların günlük işlevselliklerinde bağımlılık düzeylerinin ve algılanan sağlık sorunlarının da artmasına bağlı olarak bu farklılığın ortaya çıktığı düşünülebilir.

Yaşlıların sağlık durumları incelendiğinde; araştırmamızdaki yaşlı grubun %88.1’inin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu (n=111) belirlenmiştir (Tablo.3). Özer (2001), huzurevindeki kadınların %98.2’sinin ve erkeklerin %95.2’sinin herhangi bir çeşit sağlık sorunu yaşadığını belirlemiştir. Çevik S. (2008) yaşlıların %60.0’ının sürekli bir hastalık durumları olduğunu belirlemişken (57); Altıparmak (2009) huzurevindeki yaşlıların %59.9’unun kronik bir hastalığa sahip olduğunu belirtmektedir (17). Araştırmamızdaki yaşlıların yaş ortalamasının yüksek olması ve kuruma kabul koşullarının esnek olmasına bağlı olarak, hastalık tanılı yaşlılar da kuruma kabul edilmektedir. Bu nedenle hastalık oranlarında artma olduğu söylenebilir. Aynı zamanda kurum binasının İzmir büyükşehrinin en donanımlı hastanelerinden birinin yanında olması, kronik hastalığa

yönelik tedavi imkanları ve yaşlı takiplerinin yüksek olması ile bu bireylerin yaşam ömürlerinin uzaması sağlanmaktadır. Ancak uzayan yaşamla birlikte devam eden kronik hastalıklar, algılanan sağlık düzeyinin düşmesine neden olarak alanyazınla ortaya çıkan bu farklılığın başka bir nedeni sayılabilir.

Sahip olunan kronik hastalık tanılarına göre içinde buldukları medikal birimler sıraladığında; yaşlıların %78.6'sının dahili (n=99), %73.8'inin psikiyatrik (n=93), %32.5'inin ortopedik (n=41), %23.8'inin duyuşsal (n=30) ve %5.6'sının onkolojik (n=7) bir kronik durumu olduğu belirlenmiştir (Tablo.3). Yaşlılar çoklu tanı aldıklarından dolayı birçok gruba dahil olmuş bulunmaktadırlar. Özer (2001) yaşlılarla yaptığı çalışmasında; yaşlı kadınlarda en sık olarak dolaşım sistemi hastalıkları (%75.4), azalarak takip edecek şekilde kemik-kas sistemi ve bağ doku hastalıkları (%71.9), sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları (%66.7); erkeklerde ise tanısı olmadan semptom veren sorunlar (%66.7), dolaşım sistemi hastalıkları (%65.1) ve kas kemik sistemi ve bağ doku hastalıklarının (%63.5) yaşanmakta olduğunu belirlemiştir. Aynı araştırmada ruh sağlığı açısından yaşlılar incelendiğinde ise; kadınların %61.4'ü ve erkeklerin %33.3'ünün ruh sağlığını orta düzeyde olarak belirlemiştir (167). Çevik S. (2008), kronik hastalığa sahip olan yaşlıların %36.7'sinin dahili ve %1.7'sinin onkolojik bir hastalığı olduğunu belirlemişken (57); Altıparmak (2009), yaşlıların yalnızca %0.8'inin psikiyatrik bir hastalığı olduğunu ortaya koymaktadır (17). Bizim araştırmamızla kıyaslandığında, ilerleyen yaşla birlikte kronik dahili hastalıklar oranındaki artış alanyazınla uygundur. Ancak araştırmamızdaki psikiyatrik tanılı yaşlı oranının alanyazına oranla çok daha fazla olması; kurum içinde daha sistemli psikiyatrik tanılama ve değerlendirilmelerin yapıldığı sonucuna götürebilir. Araştırmacının bireysel gözlemi ile bu düşünce paralellik göstermektedir.



Yaşlıların uyku sorunu yaşama durumları incelendiğinde; araştırmamızdaki yaşlıların %56.3'ünün bir çeşit uyku sorunundan (n=71) etkilendikleri belirlenmiştir (Tablo.3). Uzun ve ark.'nın (1998) araştırmasında yaşlıların %66.0'sının bir çeşit sağlık sorunu yaşamakta olduğu belirlenmişken (220); Bayık ve ark.'nın (2002) araştırmasında bu oran %43.5, Çevik S.'nin (2008) araştırmasında ise %1.7 olarak belirtilmektedir (57). Önal ve ark (2012), Aktif Yaşlanma Projesi kapsamında yaşlıların %57.2'sinin uyku sorunu yaşadıklarını belirlemiştir (163).

Birçok psikiyatrik hastalık öncelikli bulgu olarak bireylerin uyku düzenlerini bozarak belirti vermektedir. Babacan G. ve ark.'nın (2009) araştırmasında; huzurevinde kalan ve bilişsel bozukluğu olmayan yaşlıların uyku sorunu yaşama oranlarında; cinsiyet, fiziksel ve ruhsal sağlık algısı ve huzurevinde isteyerek kalma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlemlendiği belirlenmiştir (27). Aynı şekilde Wu (2012) ve Önal da (2012), fiziksel kısıtlılığı olan ve herhangi bir kronik hastalığı bulunan yaşlılarda ve gelir düzeyi düşük olan yaşlılarda uyku sorunlarının daha sık yaşanmakta olduğunu bildirmektedir (163, 229). Bizim araştırmamızda da alanyazına oranla yaşlılarımızın fiziksel ve ruhsal hastalığa sahip olma, düşük gelir düzeyine sahip olma ve gönüllü olmayarak huzurevine yatma oranlarının daha fazla oluşu göz önüne alındığında; uyku sorunlarının çok daha sık yaşanması beklenen bir sonuçtur.

Yaşanan uyku sorunları incelendiğinde; araştırmaya katılan yaşlılarda görülen uyku sorunlarının alanyazınla benzerlik taşımakta olduğu görülmüştür (27, 57, 82, 163). Bizim araştırmamızda yaşlıların en sık olarak %31.0 oranında gece sık sık uyanma ve gündüz uykusunun birlikte görüldüğü durumlar olduğu belirlenirken (n=22), bunu sırayla %18.3 ile gece uykuya dalamamaya eşlik eden gece sık sık uyanma (n=13), %15.5 ile gece sık sık uykudan uyanma (n=11), %11.3 ile gün

içinde devamlı uyuklama (n=8), %8.5 ile gece uykuya dalmama (n=6), %7.0 ile uyku sırasında solunum sıkıntısı (n=5) ve %5.6 ile gece kabusları (n=4) takip etmektedir. Uyku sıkıntısı çeken yaşlıların %60.6'sı neredeyse her gece bu sorunları yaşadığı belirlenirken (n=43), %39.4'ünün bu sıkıntıları haftada bir (n=28) deneyimlediği belirlenmiştir (Tablo.3). Fadiloğlu ve ark.'nın (2006) araştırmasında, yaşlıların %47.0'sinin gece sık sık uyanma ve %23'ünün uykuya dalmakta güçlük yaşadığı belirlenmiş (82); Gümüş Babacan ve ark.'ı ise (2009); yaşlıların %58.3'ünün gece sık sık uykudan uyanma, %56.1'inin uyandıktan sonra kendisini dinlenmemiş hissetme, %56.0'sinin gün içinde şekerleme yapma ve %47.8'inin uykuya dalmakta zorluk yaşama sorunu yaşadıklarını belirlenmiştir (27). Önal ve ark.'nın (2012) araştırmasında, uyku sorunu olan yaşlıların %40.3'ünün uykuya dalmakta sorun yaşadıkları, %21.6'sının uyuduktan kısa bir süre sonra uyandıkları, %8.5'inin uykudan dinlenmemiş olarak kalktıkları ve %4.7'sinin gündüz kısa süreli uyuklamalar yaşadıkları, %4.2'sinin sık sık kabus görerek uykularından uyandıkları belirlenmiştir (163). Araştırmamızda yaşlılarda belirlenen bu uyku sorunları %36.6 oranla son bir iki yıldır yaşanmaktayken, sırayla %33.8'inin yıllardır bu sorunları çekmekte olduğu (n=24), %22.5'inin son bir iki aydır (n=16) ve %7.0'sinin ise son bir iki haftadır bu sorunları yaşamaya başladığı (n=5) belirlenmiştir (Tablo.3).

Sağlığa zararlı madde kullanım alışkanlıkları açısından değerlendirildiğinde yaşlıların %25.4'ünün sigara kullandığı (n=32) ve kullanıcıların günde ortalama  $17.29 \pm 6.55$  (min:2, maks:30) sigara tükettiği belirlenmiştir. Yaşlılar ortalama  $19.98 \pm 7.85$  (min:11, maks:35) yıldır sigara kullanmaktadırlar (Tablo.4). Sucaklı ve ark.'nın (2013) huzurevinde kalan yaşlılarla yaptıkları araştırmalarında ise yaşlıların %17.6'sının sigara ve %14.3'ünün 'Maraş Otu' olmak üzere toplamda %31.9'unun nikotin bağımlısı olduğu belirlenmiştir (189). Tüm yaşlıların %5.6'sı düzenli olarak

alkol kullandıklarını belirtmiştir (n=7). Kullanıcıların %57.1'i 'haftada bir' alkol aldıklarını (n=4), %42.9'u ise 'ayda yılda bir – ara sıra' alkol aldıklarını (n=3) belirtmiştir. Yaşlıların alkol kullanma yılları ortalama  $31.52 \pm 9.23$  (min:16, maks:39) olarak belirlenmiştir (Tablo.4). Bican (2011), yaşlılarda dürtü kontrol bozukluklarına ilişkin yaptığı araştırmasında; Batı ülkelerinde alkol ve madde kullanım bozukluklarının, yaşlılarda görülen tüm psikiyatrik rahatsızlıkların %10'unu oluşturduğunu aktarmaktadır (41).

Yaşlıların günlük işlevsellik durumları incelendiğinde; %48.4'ünün günlük işlerini bağımsız olarak sürdürebildiği (n=61) ve %51.6'sının kendilerini yarı bağımlı olarak tanımlayarak günlük işlerini gerçekleştirebilmeleri için desteğe ihtiyaç duydukları (n=65) belirlenmiştir (Tablo.5). Özer (2001), araştırmasında yaşlıların günlük işlerini tek tek sorgulamış ve bu işleri bağımsız olarak yapabilme durumlarını incelemiştir. Kadınların %94.7'si ve erkeklerin %96.8'i kendi başına giyinebilmekte; tamamı yatıp kalkabilmekte; kadınların %94.7'si ve erkeklerin %93.7'si saçlarını tarayabilmekte; kadınların %94.7'si ve erkeklerin %88.9'u dişlerini fırçalayabilmektedir (167). Alanyazınla karşılaştırıldığında bizim araştırmamıza katılan yaşlıların yaş ortalamalarının yüksek oluşu, algılanan ekonomik durumun düşük oluşu, bir ve birden çok kronik hastalığa diğer araştırmalara oranla daha fazla sahip olmaları gibi nedenlerle bu farklılık ortaya çıkmış olduğu düşünülebilir.

#### **4.1.3. Yaşlıların Ailevi ve Kurumsal Algılarının İncelenmesi**

Yaşlıların aile durumlarına ilişkin verileri ve ailevi ilişkilerini nasıl algılamakta oldukları incelenmiştir.

Araştırmamızda; herhangi bir aile üyesinin hayatta olmasına göre yaşlılar incelendiğinde; %73.0'ünün (n=92) bir akrabaya sahip olduğu belirlenmiştir. Aile üyesi olarak belirtilen grup birinci derece akrabalarından oluşmaktadır. Hayatta olan

aile üyelerinin %68.5'i yaşı ile aynı şehirde (n=63), %23.9'u farklı şehirlerde, %5.4'ü aynı kurumda (n=5) ve %2.2'si farklı ülkelerde (n=2) yaşamaktadır (Tablo.6). Özer'in (2001) araştırmasında ise kurumda kalan yaşlıların %75.8'inin yaşayan bir akrabası olduğu belirlenmiştir (167).

Yaşlıların aile üyeleriyle aralarındaki ilişkiyi algılama düzeyleri incelendiğinde; araştırmamıza katılan yaşlıların %41.1'i aile ilişkilerini 'ne iyi ne kötü' olarak algılamaktayken (n=37), %31.1'i 'iyi' (n=28), %27.8'i 'kötü' olarak (n=25) değerlendirmektedir. Hayatta aile üyesi olmasına rağmen yaşlıların %2.2'si (n=2) bu konu hakkında görüş bildirmek istememiştir (Tablo.7).

Yaşlıların kurumdaki ziyaretçi durumları incelendiğinde; araştırmamıza katılan yaşlıların %68.3'ünün kendisine özel ziyaretçisi olduğu (n=86) belirlenmiştir (Tablo.8). Çevik S. (2008) ise araştırmasında yaşlıların %88.3'ünün ziyaretçisi olduğunu belirlemiştir (57). Bizim bulgularımızın daha düşük çıkması yorumlandığında; yaşlıların yaşayan aile üyesine sahip olma oranlarının düşük olması nedeniyle ziyaretçi sayısında düşme olduğu düşünülebilir. Alanyazında kurumlardaki ziyaretçilerin sıklıkla yaşlıların kendi akrabaları olduğuna yönelik araştırmalar, bu düşüncüyü desteklemektedir (57, 167). Aynı zamanda kentsel yaşama dönüşün aile ve dostluklar üzerindeki samimiyet bağlarını koparması, yoğun iş temposu nedeniyle aile büyüklerine vakit ayıramaması gibi nedenlerden dolayı kurum yaşlılarının daha az ziyaretçi karşıladıkları düşünülebilir.

Kurumdaki ziyaretçilerin sıklıkla kimler olduğuna yönelik incelemede araştırmamıza katılan yaşlıların ziyaretçilerinin %68.6'sının akrabalar (n=59), %17.4'ünün eş, dost, komşular (n=15), %14.0'ının da dernekler, okullar, bağışçılar gibi gönüllü misafirler olduğu belirlenmiştir (Tablo.8). Çevik S.'nin (2008) araştırmasında ise, ziyarete gelenlerin %71.6'sının yaşlıların kendi akrabaları olduğu,

%8.3'ünün ise ahabap ve arkadaşları olduğunu belirlenmiştir. Bu araştırmada yaşlıların %88'i gönüllü kuruluşlarca ziyaret edildiklerini iletmişlerdir (57). Alanyazınla karşılaştırıldığında bizim araştırmamızda da yaşlılar en sık olarak akrabaları tarafından ziyaret edilmektedirler. Bu oranlardaki farklılıklar bireylerin yaşayan bir aile üyesine sahip olma durumları ve akrabaların kurumun bulunduğu şehirde yaşıyor olma durumlarına göre değişiklik gösterebilir. Alanyazından farklı olarak eş ve dostların daha yüksek oranlarla ziyarete gelmeleri, yaşlıların kuruma yatışlarından önce büyük oranla kurumla aynı şehirde veya yakınlarında yaşamaları ve şehir yaşantısıyla birlikte tanıdıklarının artmasından kaynaklı olabilir. Araştırmamızda gönüllü ziyaretlerin oranının düşük olması, bireylerin bu gibi dernek ya da kurumların ziyaretlerini kendilerine özgü olarak, kendileri içinmiş gibi algılamadıklarından kaynaklı olabilir. Ayrıca yaşlıların çeşitli siyasi partiler ve bazı kurumların gerçekleştirdiği bu gibi gönüllü ziyaretlerin, kendilerinden beklenen bazı çıkarlar nedeniyle yapıldığını düşünmeleri nedeniyle bu ziyaretleri olumlu algılamadıkları araştırmacı tarafından gözlenmiştir.

Yaşlıların kurumda bulunmaları ile ilgili veriler incelendiğinde araştırmamıza katılan yaşlıların ortalama  $8.75 \pm 5.23$  (min:1, maks:28) yıldır kurumda barındıkları belirlenmiştir. Günaydın (1996) en sık olarak %63.4 oranla 1-3 yıldır yaşlıların aynı kurumda barındıklarını belirlemişken (99); Çevik S. (2008) araştırma grubundaki yaşlıların %33.3'ünün 1 yıldan daha kısa süredir, %25.0'inin 7 yıldan uzun süredir kurumda bulduklarını belirtmektedir (57). Altıparmak (2009) bu süreyi ortalama  $4.7 \pm 3.9$  yıl (min:1, maks:20) olarak belirlemiştir (17). Bizim bulgularımızın alanyazın incelemelerine göre daha uzun süreli çıkmasının nedeni olarak, İzmir Huzurevi'nin Sağlık Bakanlığı kapsamınca açılmasına izin verilen diğer özel devlet huzurevlerinden daha uzun zamandır hizmet vermesi gösterilebilir. Diğer bir taraftan

bakıldığında ise, araştırmaya dahil olma koşulları arasında bilişsel yeterliliğin bulunması, kurumda yaşayan çok ileri dönem yaş grubunu örneklemden çıkarmıştır. Bu durumun kurumda kalınan zamanla ilişkili olarak elde edilen ortalama süreyi azalttığı düşünülebilir.

Yaşlıların kendi ifadelerine göre kurumda kalma nedenleri incelendiğinde; %27.0'si hiç kimselerinin olmamasını (n=34), %18.3'ü kendi bakımlarını bağımsız sürdürememelerini (n=23), %10.3'ü ailesinin kendi bakımında rol almama isteğini (n=13) ifade etmiştir. Yaşlıların %44.4'ü ise (n=56) kurumda kalma nedenleri olarak ailenin uygun bakımı verememesi, kendisinin ailesiyle birlikte kalmak istememesi gibi diğer koşulların varlığını ifade etmişlerdir (Tablo.9). Alanyazın incelemelerinde; Fadiloğlu ve ark. (1992) yaşlıların %54.21'inin yalnızlığı neden olarak gösterdiğini belirtirken (81); Günaydın (1996) %72.5 oranla yalnızlığın, %23.2 oranla çocuklar ve aile üyeleriyle anlaşamamanın ve %4.3 oranla maddi güvencesizliğin neden olarak iletildiğini belirtmektedir (99). Özer (2001) yaşlı kadınların %61.4'ünün erkeklerin ise %74.6'sının huzurevine kendi istekleriyle geldiklerini belirlerken; kadınların %24.6'sının kendine bakamama ve erkeklerin %31.7'sinin yalnızlık nedeniyle huzurevine gelmeyi istediklerini belirlemiştir (167). Çevik S. (2008) yaşlıların %43.3'ünün yalnız yaşadıkları için kurum hizmetini tercih ettiklerini belirtirken, %11.3'ünün bakım garantisi, %11.3'ünün aile içi sorunları, %5.0'inin arkadaş gereksinimi nedenleriyle kuruma geldiklerini belirlemiştir (57). Altıparmak (2009), yaşlıların en yüksek olarak %52.3'lük bir oran ile kendi başına yaşayamama, %34.6 ile kimselerinin olmaması ve %13.1 ile ailenin bakımı üstlenmemesini kurumda kalma nedeni olarak gösterdiklerini belirtmektedir (17). Kahraman ve arkadaşlarının araştırmasında (2011) ise yaşlıların %53.4'ü bakan kimseleri olmadığı

için kuruma geldiklerini iletirken, %46.6'sı ise yalnız kalmama isteğinin geliş nedeni olduğunu bildirmiştir (117).

Yaşlıların kurumsal algıları incelendiğinde; kurumda kendilerine hizmet sunan profesyonellere yönelik algıları %46.8 oranında 'iyi' (n=59), %37.3 oranında 'ne iyi ne kötü' (n=47) ve %15.9 oranında 'kötü' olarak (n=20) bulunmuştur (Tablo.9).

Yaşlıların hayata bakışları ve sosyal ilişkileri incelendiğinde %48.4'ünün hayatı 'idare eder' olarak gördüğü (n=61), %27.8'inin hayatı 'yaşamaya değer' bulduğu (n=35) ve %23.8'inin ise kendilerini 'hayata bağlayan özel bir nedenlerinin olmadığı' (n=30) saptanmıştır (Tablo.10).

Kurum arkadaşlıklarını algılayışları açısından incelendiğinde; katılan yaşlıların %40.5'i 'ne iyi ne de kötü' bulurken (n=51), %31.0'i 'kötü' (n=39) ve %36'sı 'iyi' olarak (n=36) değerlendirmekte oldukları görülmektedir (Tablo.10). Çevik S. (2008) yaşlıların kurumdaki oda arkadaşları ile ilgili algılarını sorgulamış ve %76.7'sinin arkadaşları ile ilgili olumlu yargılar taşıdığını belirlemiştir (57).

Yaşlıların kurumdaki boş vakit uğraşları incelendiğinde; %29.4'ü arkadaşları ile sohbet ederek vakit geçirmeyi tercih ederken (n=37), %22.2'si dinlenerek (n=28), %20.6'sı televizyon izleyerek (n=26), %15.9'u uğraş atölyesinde el işleriyle ilgilenerek (n=20), %11.1'i gezerek (n=14) ve %8'i diğer çeşitli uğraşlarla ilgilenerek (n=1) vakitlerini değerlendirmektedirler (Tablo.10). Özer (2001) huzurevindeki kadınların %59.6'sının çeşitli hobilerle ilgilendiğini, erkeklerin ise %39.7'sinin fiziksel aktivitelerle vakit geçirdiğini belirlemiştir (167). Çevik S. (2008) ise yaşlıların boş zamanlarını sıklıkla televizyon izleyerek, yemeğe giderek, arkadaşlarıyla sohbet ederek değerlendirmekte olduklarını belirlemiştir (57).

Sosyal etkinliklere katılım istekleri açısından yaşlılar incelendiğinde; en yüksek oranla %54.8'inin (n=69) bazen bu gibi etkinliklere gönüllülük gösterdikleri belirlenmiş, %34.1'inin yapılan organizasyonlara her zaman istekli olarak katıldıkları (n=43) ve %11.1'inin ise bu tür organizasyonlara çoğunlukla katılmadıkları (n=14) belirlenmiştir (Tablo.10). Çevik S. (2008) ise yaşlıların %18.3'ünün kurumdaki aktivitelere katılma konusunda gönülsüz olduklarını belirlemiştir (57).

#### **4.1.4. Yaşlıların Bilişsel Özelliklerinin İncelenmesi**

Yaşlıların bilişsel düzeyleri incelendiğinde SMMT'den aldıkları toplam puan ortalamaları  $26.46 \pm 2.10$  (min:23, max:30) olarak belirlenmiştir. Ölçekten 30 tam puan alanların oranı %11.9'dur (n=15) (Tablo.11). Jale ve ark'ı (2001), sağlık ocağına başvuran yaşlılarla yaptıkları araştırmalarında, yaşlıların %32.6'sının bilişsel bir bozukluk yaşadığını belirlemiştir; Çuhadar ve ark.'nın (2006), huzurevinde yaptığı araştırmalarında yaşlıların %43.3'ünde bilişsel bozukluk saptandığı belirtilmektedir (59). Yaş ilerledikçe bilişsel bozukluk sıklığının arttığı belirtilmektedir (59, 65). Bizim araştırmamıza katılan yaşlıların yaş ortalamalarının alanyazından görece yüksek olması, SMMT toplam puanlarının düşmesine neden olmuş olabilir. Çuhadar ve ark.'ı (2006) aynı araştırmalarında eğitim durumunun da bilişsel düzey için önemli bir etken olduğunu belirlemiştir (59). Bizim araştırmamızdaki yaşlıların eğitim durumlarının alanyazına oranla daha yüksek olmasının yaşlıların bilişsel düzeylerini arttırdığı söylenebilir.

#### **4.1.5. Yaşlıların Yaşam Doyumlarının İncelenmesi**

Araştırmamıza katılan yaşlıların ortalama yaşam doyumu  $21.84 \pm 5.30$  (min:9, mak:33) puan olarak bulunmuştur (Tablo.12). Alanyazın incelemelerinde Özer (2001) huzurevinde ve aile ortamında yaşayan yaşlılar üzerindeki incelemesinde ise; huzurevindeki kadınlarda YDÖ ortalamasını  $9.23 \pm 3.86$ , huzurevindeki erkeklerde



8.92±2.69, aile ortamındaki kadınlarda 11.44±2.70., aile ortamındaki erkeklerde ise 12.46±2.56 olarak belirlemiştir (167). Altay ve ark.'nın (2009), huzurevinde kalan yaşlılarla yaptıkları araştırmalarında yaşlıların YDÖ puan ortalamasını  $20.3 \pm 5.9$  (15); Altıparmak (2009) 23.1±6.3 olarak belirlemişlerdir (17). Pardal ve ark.'nın (2013) araştırmasında ise, huzurevinde kalan yaşlıların büyük çoğunluğunun yaşam doyumlarının düşük olduğu ifade edilmektedir (175). Li ve ark.'nın (2013), Çinli yaşlılarla yaptıkları araştırmalarında ise yaşlıların %60.2'sinin yaşamdan doyum aldıkları belirlenmiştir (137).

Alanyazınla karşılaştırıldığında araştırmamızdaki yaşlılardan hiçbirinin yaşam doyumunun düşük olmadığı görölmektedir. Bu farklılığın olası nedenlerine ilişkin yorumların yapılabilmesi için yaşam doyumlarıyla yapılan yerli ve yabancı çeşitli araştırmalar incelenmiştir.

Çeşitli sosyodemografik ve sağlık durumu özelliklerinin yaşlıların yaşam doyumunu üzerine olan etkileri incelendiğinde; Özer (2001) yaşlıların cinsiyetinin yaşam doyumunu için etkili bir etken olmadığını belirlemişken; alanyazında yoğun olarak yaşam doyumunun cinsiyet faktöründen etkilendiği ve erkeklerde kadınlara oranla daha düşük tespit edildiği belirtilmektedir (167). Yaşam doyumunun artan yaşla paralel olarak azaldığı; yaşla birlikte artan kronik hastalıkların, uyku sorunlarının, psikiyatrik sorunların, kurum olumsuz kabulünün, sosyal destek eksikliğinin, özbakım becerisi ve günlük işlevsellik düzeyinin düşüklüğünün yaşam doyumunu olumsuz etkilediği görölmektedir (15, 17, 87, 96, 117, 128, 132, 136, 137, 175, 178, 206). Huzurevindeki yaşlılarda yaşam doyumlarının eğitim durumuna göre farklılaştığını gösteren araştırmalar mevcuttur (109, 137, 167). Iwatsuba (1996), kadınlarda yüksek eğitim görmenin yaşam doyumunu arttırdığını belirtirken (110); Özer (2001) ortaokul mezunu olan kadın ve lise mezunu olan erkeklerin yaşam

doyumlarını daha yüksek bulmuştur (167). Li ve ark. ise (2013), eğitim durumu arttıkça yaşlıların yaşam doyumlarının arttığını ortaya koymaktadırlar (137). Karataş (1988) ve Li (2013) gelir düzeyinin erkeklerde yaşam doyumunu etkileyen etmenler arasında olduğunu belirtirken (120, 137); Iwatsuba (1996) ve Özer (2001) araştırmalarında, hem huzurevinde hem de aile ortamında yaşayan yaşlıların yaşam doyumları açısından gelir düzeyini etkili bulmamışlardır (110, 167). Gutiérrez ve ark. (2012), yaşlılarda yaşam doyumunu etkileyen en önemli faktörün diğer insanlarla kurulan ilişkilerin niteliği olduğunu belirtirken; algılanan sağlık düzeyinin de yaşam doyumunu için önemli bir etken olduğu belirlenmiştir (96). Kim (2013) yaşlı kadınlarla yaptığı araştırmasında, yaşlıların gönüllü işlerde çalışmaları, sosyal grup etkinliklerini takip etmeleri, toplumda kendilerini değerli hissetmeleri, yaptıkları işleri anlamlı bulmaları halinde yaşam doyumlarının olumlu olarak etkilendiğini tespit etmiştir (128). Lee ve ark.'ı (2013), evli olmanın, toplumsal destek mekanizmalarını kullanmanın ve psikiyatrik açıdan sağlıklı olmanın yaşam doyumunu üzerinde olumlu etkisi olduğunu belirlemiştir (136).

Tüm bu bulgular ışığında yaşam doyumunu olumlu etkilemesi açısından yaşlıların sosyodemografik vb. verileri incelendiğinde; yaşlıların eğitim düzeylerinin yüksek oluşu üzerinde, özbakımlarını ve günlük işlevlerini yerine getirirken bağımsız olabilme durumlarının etkisi olduğu düşünülebilir.

Çok daha yüksek yaşam doyumunu yaşanmamasının nedeni olarak; ortalama yaşın daha yüksek ve gelir düzeyinin daha düşük olması, kronik hastalık ve uyku sorunlarının yoğun yaşanması, yetersiz aile desteği ve olumsuz kurum algısındaki fazlalık gösterilebilir. İzmir Huzurevi'nin kalabalık nüfusu, yaşlı bireyin kurum uyumunu azaltacağından, yaşam doyumunu olumsuz etkileyen bir diğer etken olarak düşünülebilir. Aile ilişkileri, kurum personeli ve kurum arkadaşları ilişkilerine

bakıldığında; bireylerin sosyal desteklerinin düşük oluşları da elde edilen yaşam doyumu üzerinde olumsuz etki göstermiş olabilir (Tablo7-9). Kadınlara özgü düşünüldüğünde; özellikle Türk kültüründe kadınların kendilerini 'annelik' mesleğine adanmaları, bütün hayatlarını çocuklarına odaklı sürdürmeleri nedeniyle, çocukları tarafından huzurevlerine yönlendirildiklerinde kendilerini terk edilmiş olarak hissetmeleri dolayısıyla yaşam doyumlarının düşeceği düşünülebilir. Araştırmamızdaki yaşlıların yalnızca %34.1'inin sosyal etkinliklere katılma konusunda istekli olmaları, sosyal üretkenlik açısından yetersiz kalmalarına ve buna bağlı olarak yaşam doyumlarında azalma olmasına neden olmuş olabilir. Bu yorumların geçerliliğinin sınanması için bu etmenlerin farklı analizlerle incelenmesine gereksinim vardır.

Günümüzde deneyim ve bilgelik gibi yaşlılığın kazanımlarının göz ardı edilmesiyle sürekli olarak yaşlılıkla ilgili kayıplara vurgu yapılması, aktif ve sağlıklı bir yaşlılık süreci geçiren çok sayıda yaşlı göz ardı edilmesine neden olmaktadır (69, 76). Yaşlı bireylerin, toplumun kendilerine atfettiği olumsuz özellikleri benimsemeleri, bağımsızlıklarını kaybederek bireysel işlevlerini yerine getirme ve gereksinimlerini karşılamada diğerlerine bağımlı olma korkuları, yaşam doyumlarını olumsuz yönde etkileyecek faktörler arasında yer alabilir. Bu konuda alanyazında yol gösterici herhangi bir çalışmaya rastlanmamaktadır.

#### **4.1.6. Yaşlıların Ego Durumlarının İncelenmesi**

Hem yerli hem de yabancı alanyazın incelemelerinde yaşlılarda ego durumlarıyla ilgili yapılan araştırmalara çok nadir rastlanmaktadır. Yalnızca Heyer (1979), yaş arttıkça daha az oranla Doğal Çocuk (DÇ) Ego Durumu'nun baskın olduğunu tespit etmiştir (106). Loffredo ve ark. ise (2008), yaş ve ırklar arasında

yaptığı incelemelerde, bu etmenlerin baskın ego durumları açısından herhangi bir farklılık ortaya çıkarmadığını belirlemiştir (139).

Baskın ego durumları açısından yaşlılar incelendiğinde; %34.1 ile en sık Eleştirel Ebeveyn (EED)'in kullanıldığı (n=43), bunu sırayla %23.8 oranla Koruyucu Ebeveyn (KED)'in (n=30), %18.3 oranla DÇ'nin (n=23), %15.9 oranla Yetişkin (YED)'in (n=20) ve %7.9 oranla UÇ'nin (n=10) takip ettiği görülmektedir (Tablo.13). Bu bulgular Dökmen'i (1994) doğrular niteliktedir. Dökmen, Türk toplumunun yetişkinden çok bir ebeveyn toplumu olduğunu dile getirmektedir (67). Aynı şekilde Akkoyun da (1992), Doğu kültürünün Ebeveyn ve Çocuk Ego Durumları'nı onaylamasına karşılık, YED kullanımını onaylamadığını belirtmektedir (10).

Bacanlı (1994) ve Arkonaç'ın (2005), farklı örneklem gruplarında yönettikleri araştırmalarında yetişkinlik ve yaşlılık dönemlerinin baskın ego durumlarına göre özellikleri incelenmiştir (22, 28). STL ile yapılan araştırmada Bacanlı (1994) yaşlıların gençler tarafından en fazla olarak; geleneksel, affedici, muhafazakar, tedbirli, asil sıfatlarıyla tanımlandıklarını belirlerken (28); Arkonaç (2005) ise geleneksel, muhafazakar, dırdırcı, otoriter ve açgözlü sıfatlarıyla tanımlandıklarını belirlemiştir (22). Bacanlı (1994) gençlerin yaşlıları tanımladıkları sıfatlardan yola çıkarak; yaşlıların en yüksek oranla KED'yi (0.23) baskın kullandığını belirlerken bunu sırayla; YED (0.22), DÇ (0.20), EED (0.17) ve UÇ (0.15) takip etmektedir (28). Arkonaç (2005) ise yaşlı grupta aynı şekilde en yüksek oranla kullanılan baskın ego durumunu KED olarak belirlemiş (0.24), bunu YED (0.23), EED (0.19), UÇ (0.18) ve DÇ'nin (0.16) takip ettiğini ortaya koymuştur (22).

Bacanlı (1994) ve Arkonaç'ın (2005) araştırmalarıyla birlikte bizim bulgularımız karşılaştırıldığında; yıllar geçtikçe toplumsal yapının değiştiği ve yaşlı

nüfusun egogramlarının da değişmeler gösterdiği ortaya çıkmaktadır. Yaşlı baskın ego durumu açısından Eleştirel Ebeveyn (EED)'in giderek artmakta olduğu (0.17 → 0.19 → 0.34); Koruyucu Ebeveyn (KED)'in sınırlarını koruduğu (0.23 → 0.24 → 0.24); Doğal Çocuk Ego Durumu'nun (DÇ) stabil olmayan değişkenlik gösterdiği (0.21 → 0.16 → 0.18); Yetişkin (YED)'in hızlı bir ivmeyle düştüğü (0.23 → 0.23 → 0.16) ve Uygulu Çocuk Ego Durumu'nun (UÇ) da değişkenlik gösterdiği (0.16 → 0.18 → 0.08) belirlenmiştir. Yaşlı nüfusun ortaya koyduğu bu verilerden yola çıkılarak, Türk toplumunun giderek daha eleştirel bir tutum geliştirmekte olduğu söylenebilir. Koruyan, bakan, doğal ama rasyonel davranan yaşlı kişi algısı, yıllar içinde eleştiren, bekleyen, kural koyan bir yaşlı algısına doğru değişmektedir.

Toplumumuz uygulu bir çocuğun sergilediği uslu, itaatkar ve tahmin edilebilir davranışları; doğal bir çocuğun getirdiği merak, sorgulama, yaratıcı olma gibi özelliklere oranla daha fazla tercih etmeye meyillidir. Kişilerin kabullerinin artması ve toplum tarafından saygıdeğer ve değerli görülmelerini sağlayan bu gibi yazısız toplumsal kuralların yaş ilerledikçe kişi için değerini yitirdiği düşünülürse; yaşlı nüfusun UÇ'dan daha baskın olarak DÇ'yi kullanmayı tercih edeceği düşünülebilir. Araştırmamızda da yaşlılarda en az olarak itaatkar ve uyumlu olan UÇ ego durumunun baskın olarak kullanıldığı belirlenmiştir (Tablo.12).

Araştırmamızdaki yaşlıların baskın ego durumları ortalamalarına göre hesaplanan egogramları incelendiğinde, Dusay'ın (1972) tanımlamış olduğu; her bir ego durumu tarafından desteklenen ve YED baskın olan Bütünleşmiş Yetişkin egogramıyla farklılıklar olduğu görülmektedir. Dusay (1972), her bir ego durumunun gerektiğinde etkinliğe geçtiği, ancak ağırlıklı olarak kararların YED'den verildiği bir ego durumu dizgisini, sağlıklı iletişimin temeli olarak değerlendirmiştir (70). Bizim araştırmamızda, yaşlıların çoğunlukla EED baskın olması, bireylerin hem aileleri,

hem kurum arkadaşlıkları hem de kurum profesyonelleri ile olan iletişimlerinde sıkıntı yaşayacaklarını düşündürebilir. Dolayısıyla kişilerin bu alanlarda kurulan ilişkilere ilişkin algıları da bu yorumu güçlendirmektedir (Tablo.9, Tablo.10). Yaşlıların kendilerini daha iyi ifade etme ve etkileşimlerini kuvvetlendirmelerine gereksinim varken (8), ego durumlarının analiz edilmesi ile yaşlıların hem anlayışlarının hem de anlaşılabilirliklerinin güçleneceği düşünülebilir.

Türk toplumunda baskın ego durumlarına ilişkin yapılan araştırmalar incelendiğinde; Arı (1989) üniversite öğrencilerin en yüksek olarak %63.5 oranla KED, azalan sırayla %15.7 ile UÇ, %13.8 ile YED, %42 ile DÇ ve en az olarak da %2.8 ile EED baskın özellik sergilemekte olduğunu belirlemiştir (21). Alisinanoğlu ve ark.'nın (2000) yine gençlerle gerçekleştirdiği araştırmalarında, baskın ego durumları açısından kadınların en yüksek oranla KED (0.24) en düşük oranla ise UÇ (0.16) baskınlığı gösterdiği belirlenmiştir (14).

Akbağ ve Deniz (2002), öğrencilerin %57.4'ünü ve öğretim elemanlarının %57.6'sını kadınların oluşturduğu araştırmalarında öğretim elemanları ve öğretmen adaylarının ego durumlarını incelemişler; öğrencilerin ideal bir öğretim elemanını tanımlarken çizdikleri profile göre egogramlar çizilmiş ve bu egogramların kurama uygun olarak YED baskınlığında diğer ego durumlarına homojen dağılmakta olduğu belirlenmiştir (YED:0.24, KED:0.23, DÇ:0.19, UÇ:0.17, EED:0.16). Ancak öğrenciler sahip oldukları eğitici kadroyu algılamalarına göre değerlendirdiklerinde; öğretim elemanlarının baskın olarak büyük bir farkla EED kullandıklarını tanımlamışlardır (EED: 0.33, UÇ:0.2, YED:0.18, DÇ:0.17, KED:0.14). Aynı araştırmada öğretim elemanlarına ideal ve mevcut öğrenci ego durumlarını tanımlamaları söylendiğinde; ortaya çıkan egogramda ideal öğrenci kurama uygun olarak yine YED baskın ve homojen dağılım olarak belirlenirken (YED:0.24,

KED:0.22, DÇ:0.19, EED:0.17, UÇ:0.16); mevcut öğrenciler algılarında ise baskın ego durumu KED olarak belirlenmiştir (KED:0.23, YED:0.22, , DÇ:0.19, UÇ:0.18, EED:0.16) (5).

Baskın ego durumlarının çeşitli etmenlerden nasıl etkilendiğine ilişkin alanyazın incelemelerinde; ego durumları işlevlerinin kadınlar ve erkeklerde aynı olmasına rağmen, cinsiyetler arasında baskın ego durumları açısından farklılıklar olduğunu belirlenmiştir (21, 106, 222). Heyer (1979), 1044 yetişkin Kaliforniyalı ile yaptığı araştırmasında, EED'in erkeklerde kadınlara oranla önemli derecede anlamlı olarak her yaş grubunda daha fazla baskın olduğunu ve erkeklerin en sık bu ego durumunu kullandığını belirlemiştir. KED'in anlamlı derecede kadınlarda daha yüksek oranla baskın olduğu belirlenmiştir (106). Williams ve ark.'ının (1980) araştırmasında ise üniversite öğrencileri arasında cinsiyet gruplarına göre baskın ego durumları açısından herhangi anlamlı bir fark belirlenmemiştir (222). Arı (1989), üniversite öğrencilerinin baskın ego durumlarında cinsiyetler arasında EED ve DÇ'de fark olmadığını ortaya koyarken; cinsiyetin KED, YED, UÇ baskınlığını etkilediğini belirlemiştir. Arı'ya göre kadınlarda KED ve UÇ; erkeklerde ise YED baskınlığı mevcuttur (21). Loffredo'nun aktarımı ile, Feingold'un (1994) uzun yıllar süren araştırmalarında, aynı ego durumundaki erkeklerin kadınlara oranla çok daha girişken ve özgüvenli oldukları belirlenmiştir. Kadınların ise erkeklere oranla daha dışa dönük, güvenli olduğu fakat daha fazla anksiyete duyarak daha çok yumuşak başlı olma özelliği sergilediği belirlenmiştir (140). Alisinanoğlu ve ark.'nın (2000) genç yetişkinlerle gerçekleştirdiği araştırmasında baskın ego durumları açısından erkeklerde YED en yüksek (0.24) ve UÇ en düşük (0.15) olarak belirlenmiştir (14). Taylor (2002) da kadınların biyolojik yapıları gereği erkeklerden daha büyük oranla KED baskın tutumu sergileyeceğini belirtmektedir. Kadınların çocuklarını

beslemeleri bedenlerinin doğal bir ürünü sonucu olduğundan bu içgüdü kadınları diğerlerinden ayırmaktadır (198). Loffredo ve ark.'nın (2008), 300 öğrenci ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında, cinsiyetlere göre baskın ego durumları arasında anlamlı farklılıklar ortaya çıktığı ve ileri analizlerde bu farklılığın KED'den kaynaklandığı saptanmıştır (140). Bu bulgular kadınların daha çok korumaya eğilimli olduğunu göstermekte ve Heyer'in (1979) sonuçlarına uymaktayken (106); Williams ve ark. (1980) ile uyumsuzluk göstermektedir (222). Bunun sebebi kadınların doğaları gereği koruyucu olmaları olabilir (139, 198). Kadınların özellikle toplumsal normlara göre çevrelerine daha odaklı ve empatik olarak yetiştirildikleri göz önüne alındığında, elde edilen sonuçların beklendiği olduğu söylenebilir.

Çeşitli değişkenlerin ego durumlarına olan etkisi incelendiğinde; Loffredo ve ark (1997), üniversite öğrencileri ile yaptıkları araştırmalarında; yaş, gelir düzeyi gibi değişkenlerde herhangi bir farklılık olmadığını ortaya koymaktadır (140). Loffredo ve ark.'nın yürüttüğü diğer bir çalışmada (2008), üniversite öğrencilerinin fakültelerine göre baskın ego durumları arasında farklılıklar olduğunu, ancak örneklem uygunsuzluğu nedeniyle istatistiksel olarak değerlendirilemediği belirtilmektedir (139). Loffredo'nun bulguları Arı'nın (1989) araştırması tarafından da desteklenmektedir. Arı (1989), baskın ego durumlarının üniversitelerin sınıf düzeylerine göre de değişiklik göstermediğini vurgulamıştır (21).

Baskın ego durumları, sahip olunan gelir düzeylerine göre incelendiğinde; İlaslan ve ark.'nın (2008) lise öğrencileri ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında en düşük gelire sahip ailelerin çocukları sırayla en çok kullandıkları baskın ego durumlarının KED, DÇ ve UÇ olduğu belirlenmiştir. Thorne ve ark.'nın (1980), ego durumları ve psikopatoloji düzeyleri açısından üniversite kampüslerine başvuran 173 kişiyle yürüttüğü araştırmalarında, psikopatoloji düzeyi arttıkça UÇ ve KED



baskınlığı artarken; düzey azaldıkça DÇ ve YED'in baskınlaşmaya başladığını belirlenmiştir (204). Takasu ve ark.'nın (2012) araştırmasında ise, ego durumlarının uyku örüntüleri üzerinde etkisi olmadığı ortaya konmuştur (195).

TA'nın bireyler üzerindeki olumlu etkilerini kanıtlayan araştırmalar yoğunluktadır (45, 46, 51, 146, 155, 156, 159, 178, 180, 182, 196, 223). TA'yı diğer terapilerle kıyaslayan araştırmalar incelendiğinde, TA'nın etkinliğini vurgulayan araştırmalar olduğu gibi (155, 156, 180), TA'nın etkisini daha düşük belirleyen araştırmalar da bulunmaktadır (45, 159).

TA'nın iletişim ve etkileşim sorunları üzerindeki etkileri çeşitli araştırmalarda incelenmiştir. Kravas ve ark.'ı (1974), TA'nın sınıf yönetiminde öğrenciler arası iletişim problemleri üzerinde etkili olduğunu belirlemiştir (133). McNeel'in (1973) araştırmasında, ego durumlarına yapılacak girişimlerle, bireylerin ebeveynlerinden kendilerini ayırıştırarak, onlarla yaşanan bireysel problemlerin tanımlanmasında etkili olduğunu belirtmektedir (147). Nykodym ve ark.'ı (1986), TA'nın etkinliğini incelemek amaçlı çalışanlarla yaptığı araştırmalarında, analize giren grubun iletişim ve etkileşim algılarının güçlendiği belirlemiştir (157). Temple (1999) öğretmenlerle yaptığı araştırmasında, YED'den bütünleşmiş olarak davranabilen bireylerin kendilerini anlamaları, tanımları ve mesleki etkinliklerini arttırmaları açısından önemli derecede fark sağladıklarını bulmuştur (199). Lawrence (2007), eczacılık öğrencilerinin hastalarıyla kuracakları iletişimin gelişmesi aşamasında TA'nın etkinliği incelenmiştir. Araştırma sonucunda öğrencilerin TA hakkında farkındalık kazanarak, bu yöntemleri hastalarla olan girişimlerinde kullandıkları görülmüştür (135). Oluşan bu farkındalık, öğrencilerin hastalarla daha etkili iletişim kurabilmelerini sağlamıştır. Edelstein (1982), psikiyatrik sorunların çözümünde terapilerin her basamağında hastanın tedaviye direnç geliştirebileceğini; bu gibi

durumlarda ise ego durumlarıyla yönetilecek olan terapilerin etkili olabileceğini bildirmiştir (72). McGrath (1994), klinik çalışanların yetişkin ego durumundan yaklaşımları halinde verilecek klinik kararlarda, tedavi sınırları açısından çok daha etik olabildiklerini ortaya koymuştur. YED baskınlığının karar verme ve mantıklı davranma karakteristik özellikleri, kişileri bu anlamda daha etik kılmaktadır (145). Tüm bu bulguların ışığında huzurevlerinde kalan yaşlıların psikiyatrik sorun yaşama ve kişilerarası çatışma düzeylerinin yoğunluğu göz önüne alındığında, bireylerin ego durumlarına yönelik girişimlerin sağlık ekibine önemli bir güç sağlayacağı düşünülebilir. Psikiyatri klinikleri, geriatric bakım kurumları gibi yaşlılarla yakından çalışılan sağlık alanlarında, etik karar vermenin önemi açıktır.

#### **4.1.7 Yaşlıların Yaşam Doyumları İle Ego Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Yaşam doyumunu üzerine yapılan araştırmalarda birçok etmenin etkisi incelenmesine rağmen, kişilerin yaşlılığa hazırlık süreçleri ve bir ömür boyunca geliştirdikleri kişilik özelliklerinin incelendiği çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir.

Ego durumlarının incelenmesi ile kişilerin yaşadıkları anı değerlendirirken kullandıkları formüllerin ve kendilik algılarının belirlenmesi, ikili ilişkilerdeki tutumlarının analiz edilmesi ve tüm bunlarla bağlantılı olarak geliştirdikleri olumlu ya da olumsuz algılar ve tutumlara karşı olarak koruyucu ya da destekleyici girişimlerin planlanması; yaşlıların yaşam doyumlarının arttırılmasına katkı sağlayabilir (72, 135, 147, 157). Bizim araştırmamızda yaşlılarda yaşam doyumlarının ego durumlarına göre dağılımlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $F=47.304$ ,  $p<0.05$ )(Tablo.14). Yapılan ileri analizlerde bu farklılığı yaratan grupların Eleştirel Ebeveyn Ego Durumu (EED)

(Duncan; 16.8372) ve Doğal Çocuk Ego Durumu (DÇ) (Duncan; 28.3043) olduğu belirlenmiştir. EED baskın Ego Durumuna sahip olan yaşlılarda yaşam doyumu ortalamaları belirgin olarak düşmekteyken; DÇ baskın Ego Durumuna sahip yaşlılarda yaşam doyumu ortalamaları belirgin olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo.14). DÇ'nin tutumları arasında tanımlanan benmerkezci yaklaşımı (67), kişilerarası iletişimi engelleyici özelliğine rağmen kişinin yaşam doyumunu yükseltebilecek etkenlerden biri olarak düşünülebilir.

Elde edilen bulgulara göre doğal çocuktan yaşamak yaşam doyumunu yükseltirken, eleştirel ebeveyn tavır ve tutumları yaşam doyumunu düşürmektedir. Bu sonuçlar kuramın temel önermesinin, yaşlı nüfus için de geçerli olduğunu doğrulamaktadır (8, 38, 183). Bu sonuçlar bizim araştırma hipotezimizi de geçerli kılmıştır. Kişiler doğal çocuğun keyfi, merakı, içtenliği ve samimiyeti ile yaşamaları halinde algıladıkları yaşam doyumu artacak; tam tersi olarak eleştirel, hakimiyetçi, kuralcı ve katı tutumlar sergilemeleri halinde doyum düşecektir.

Yaşam doyumunun EED baskın durumda azalmasının, bireylerin kendileri ve çevreleri ile olan ilişkilerinde keskin kurallar, katı yaptırımlar oluşturmaları ve günlük yaşam deneyimlerine esnek yaklaşamamalarından kaynaklı olduğu düşünülebilir (152). Bu tavırlar kişinin çevresiyle kuracağı iletişimi engelleyecek ve Netuveli'nin (2005) ve Low'un (2008) da belirttiği gibi yaşam doyumunu olumsuz olarak etkileyecektir (141, 153).

Alanyazın karşılaştırılması yapıldığında toplumumuzun giderek daha eleştirel bir tutum geliştirmekte olduğu görülmüştür. Değişen toplumsal yapı nedeniyle yaşlıların giderek kapitalist düzenin içerisinde görünmez kılınmaları, evlatların çalışma koşulları nedeniyle kendi gönüllülükleri olmadan çeşitli kurumlara yönlendirilmeleri gibi deneyimlerin; yaşlının duygu-düşünce ve tutum setlerinde

değişikliğe neden olduğu düşünülebilir. Yaşlı bireylerin kendi değerini çevresel etkenlerden yola çıkarak belirlemeye çalışırken, küçük nesillerden çağa uygun olmayan koşullar sunmalarını beklemleri; devamlı eleştiren bir tutum geliştirmelerine ve dolayısıyla baskın olarak Eleştirel Ebeveyn Ego Durumu'nu (EED) kullanmalarına yol açabilir. Bu eğilim toplumda yaşlıların devamlı somurtkan, keyifsiz ve şikayetçi olduklarına ilişkin tanımlamalarla yaygınlaşmaktadır. Kendi yaşam deneyimleri ve bilgilerini küçüklerine aktarmak gibi olumlu bir amaçla sergilenen bu tavırlar, yaşlıların diğer nesillerle iletişimini engeller, zaman zaman kendilerini daha da yalnızlaştırmalarına neden olur ve yaşam doyumlarını düşürebilir.

En yüksek ikinci oranda Koruyucu Ebeveyn Ego Durumu'nun (KED) baskın olması; özellikle huzurevindeki yalnızlık duygularıyla başedebilmesi açısından yaşlıya yardımcı çeşitli davranış örüntüleri sunabilir. KED; ilgili, özen gösterici, koruyucu, sempatik, bağışlayıcı, destekleyici, şefkatli, endişeli, diğerlerinin gelişimini destekleyici davranışlarla kendisini göstermektedir (5, 10). Kimi yaşlı bu dönemde varolan ilişkilerini sürdürmek ve güçlendirmek ya da yenilerini başlatmak isteyecektir. Bu aşamada baskın KED'nin getirdiği bu davranış örüntüleri sayesinde kendisini ikinci planda tutarak, bu ilişkilere yapacağı yatırımlarla bu bağları kurmasına yardımcı olabileceği için yaşlılar tarafından baskın olarak kullanılabilir. Ancak bu yorumların geçerliliğini kanıtlayacak herhangi bir araştırma mevcut değildir.

KED baskın kullanılmasına bağlı olarak başkalarına yönelik geliştirilen bu aşırı ilgi ve anlayış zamanla yaşlının hem kendisini hem de etkileşimde olduğu bireyi zorlayabilir. Bağların gelişmesi için atılan adımlar, sonucunda yaşlıyı yine yalnızlık, anlaşılama, kullanılma gibi olumsuz duygularla yüzleştirebilir. KED baskınlığının

bu gibi özellikler nedeniyle yaşam doyumunu hem olumlu hem de olumsuz etkileri göz önünde bulundurulduğunda; bizim araştırmamızda KED baskın bireylerin ortalama yaşam doyumunu düzeylerine sahip olmaları da bu görüşü pekiştirmiştir. Farklı örneklem gruplarında yapılacak alternatif araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

Arı (1989), üniversite öğrencilerinde baskın ego durumlarının öğrencilerin atılganlık düzeyleri üzerinde etkili olduğunu belirlemiştir. EED baskın olan öğrencilerin atılganlık düzeylerinin, KED baskın öğrencilere göre daha yüksek olduğu, DÇ baskın öğrencilerin ise EED baskın olanlara göre atılganlık puanlarının önemli derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (21). Arı'nın (1989) araştırması ve Herringer'in (2004) atılganlığın bireylerin yaşam doyumlarını etkileyen en önemli etkenlerden biri olduğunu yönündeki bulguları göz önüne alındığında, bizim araştırmamızda DÇ baskın yaşlıların yaşam doyumlarının yüksek olması beklenen bir sonuçtur (21, 105).

Çam'ın (1995) ego durumlarına göre problem çözme becerilerinin incelendiği araştırmasında; etkili problem çözme becerisi algısının KED ve YED'de yüksek; EED, DÇ ve UÇ'de düşük olduğu belirlenmiştir (56). Bu bulgular TA kuramına göre bireylerin problem çözme gücünün YED'in işlevi olduğu yönündeki görüşü desteklemektedir (5). Algılanan problem ve başetme düzeyinin yaşam doyumunu etkileyeceği (50, 201) ve dolayısıyla EED baskın yaşlılarda yaşam doyumunun düşeceği öngörülebilir. Bu görüşle paralel olarak bizim araştırmamızda da en düşük yaşam doyumuna sahip grubu EED baskın yaşlılar oluşturmaktadır.

Nakao ve ark (1999), anoreksia (AN) ve bulimia nervoza (BN) hastaları ile yaptıkları araştırmalarında, EED ve UÇ baskın ego durumunun BN'de AN'ye göre anlamlı olarak daha yüksek oranlarda olduğunu belirlemişken; yapılan ileri

analizlerde bu hastalık grupları açısından anlamlı farkı yaratan ego durumunun UÇ olduğu belirlenmiştir (151). Yeme bozukluklarında temel etkenlerin düşük benlik saygısı ve esnek olmayan düşünce ve davranış örüntüleri olduğunu belirten araştırmalar göz önüne alındığında (80), ego durumlarının düşük benlik saygısı ve katı düşünce ve davranış örüntülerine olan etkisi dolayısıyla yaşam doyumlarını da etkilediği düşünülebilir.

Arı (1989), öğrencilerin ego durumlarına göre genel uyum düzeylerinde değişiklik ortaya çıktığını belirtmektedir. EED baskın öğrencilerin uyum puanları YED, UÇ ve EED'den anlamlı olarak daha düşük bulunurken; şaşkıncı olarak DÇ baskın öğrencilerden farklı değildir. En yüksek uyum YED baskınlığında ortaya çıkmıştır (21). Uyumu kuvvetli bireylerin yaşam doyumlarının olumlu olarak etkileneceği düşünüldüğünde (79); bulgularımızdaki Doğal Çocuk (DÇ) baskın bireylerin yaşam doyumlarının yüksek olması Arı'nın bulgularıyla çelişmektedir.

Nakahara ve ark.'ı ise (2002), akciğer karsinomlu hastalarla yaptıkları araştırmalarında, ego durumlarının hastalığın ilerleyişi açısından etkili bir faktör olduğu ifade etmektedir. DÇ ve UÇ Ego Durumu'na sahip olmak, bu hastalıkta hayatta kalma süreleri açısından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (150). Hastalıkla başetme açısından ego durumlarının etkili oluşu, birden fazla kronik hastalığa sahip ve uzun yıllar bu hastalıklarla mücadele etmek zorunda olan yaşlı nüfusun yaşam doyumlarını da etkileyebilir (152, 200, 235). Ancak bu görüşün geçerliliğini sınavacak araştırmalara alanyazında rastlanmamıştır.

Yücalan (2007), öğrencilerin cinsiyetleri ve ego durumlarının birlikte olarak yakın ilişki düzeylerini etkilediğini belirlemiştir. Özellikle kadınlarda ve EED, DÇ baskın ego durumlarında yakın ilişki düzey puan ortalamaları erkeklere göre anlamlı oranda farklıdır (240). Yaşam doyumunun samimi ve yakın ilişki algısıyla

doğru orantılı olarak değişmesi (18, 30, 54, 74, 109, 141, 144, 152, 200, 235); bizim araştırmamızda Eleştirel Ebeveyn (EED) ve Doğal ocuk (D) baskın kadınların yaşam doyumunu algılarını olumlu olarak etkilenmiş olabileceği sonucunu ortaya çıkarmaktadır. Bu sonucu doğrulamaya her hangi bir araştırma bulgusuna alanyazında rastlanmamaktadır. Aynı araştırmada Yücalan (2007), EED ve D baskın kadınların ilişki doyumunu düzeylerinde olumlu yönde önemli farklılıklar olduğunu belirlemiştir (240). Yaşam doyumunun ilişki doyumuyla birlikte değiştiği göz önüne alındığında (54, 74, 109), ilişki doyumunu yüksek olan EED ve D'nin yaşam doyumlarının da yüksek olması beklenebilir. Bu sonucu doğrulamaya her hangi bir araştırma bulunmamasına rağmen bu görüş, bizim araştırmamızdaki D baskın yaşlılarda belirlenen yüksek yaşam doyum puanlarına paralellik göstermekte, EED'nin düşük yaşam doyumunu puanlarıylaysa çelişmektedir.

Ego durumları iyi ya da kötü değildir. Genetik geçiş ve sosyal öğrenme yoluyla kazanılırlar. Her bir ego durumunun kendi karakteristik yararlı ve işlevsel olan ya da daha az yararlı ve işlevsiz özellikleri vardır (225). Bu nedenle Carter (2006) ego durumlarının kurulacak ilişkilerin niteliğini arttırıp azaltabileceğini ifade etmektedir (51). Kişiler, gönderilen uyarıları uygun olmayan ego durumundan alıyor ya da gönderiyorlarsa, iletişimin kesileceği ya da farklı bir yönde sürdürüleceği sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu durumda bireylerin kendilerinden ve çevreleriyle geliştirdikleri etkileşimlerden alacakları doyumun düşeceği düşünülebilir.

Yetişkin Ego Durumu (YED) gelişimi yaşam pozisyonları açısından karşılıklı olarak iki tarafın da OKEY olduğu algısıyla kişiye yöneltir (10, 11, 38). Her durumda, her zaman aynı pozisyona bağlı kalmak kişiye suistimal edilme riskiyle karşı karşıya getirecektir. Tam aksine iyi niyetli gelişen durumlara karşı devamlı tetikte kalarak, olayları kontrol altında tutma çabasıyla da kişiye yorabilir. Bu nedenle

uygun zamanda uygun pozisyonları benimseme gerekliliği doğar (38, 70). Kişilerin bu pozisyonlar arası yapacağı geçiş sũreci YED ile bağlantılıdır. YED'in baskınlığının etkili olarak kullanılmadığı durumlarda, kişinin bu geçişlerde yetersiz kalacağı ve dolayısıyla hem iletişimde, hem ۆzdeđerlendirmesinde, hem de bunlara bağlantılı olarak yaşam doyumunda ۆnemli derecede dũřme olması beklenebilir. Ancak ıkarım yapılan sonucun geçerliliğini değerlendirmek amacıyla, ego durumları ve kullanılan ilişki biçimleri ile ilgili araştırmaların arttırılması gerekmektedir. Bizim araştırmamızda da yaşlı grubun elde ettiği YDÖ puan ortalamalarına bakıldığında yaşam doyumunun çok yũksek dũzeyde olmadığı gۆrũlmektedir (Tablo.12). Tũrk toplumunun genel yapısı itibariyle bu beklenen bir sonuçtur. Tũrk kũltũrũ kendi kararlarını veren, empatik, atılgan bir yetişkini toplumsal olarak onaylamamaktadır.



## 4.2. SONUÇ

Yaşlıların yaşam doyumları ile ego durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlı yürütülen araştırmanın sonuçları aşağıda sunulmuştur. Araştırmaya İzmir Huzurevi'nde yaşayan ve bilişsel düzeyi yeterli 126 huzurevi yaşlısı katılmıştır.

Yaşlıların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde;

- Yaş ortalamalarının  $77.84 \pm 7.49$  yıl (min:52, maks:94) olduğu,
- Tüm grubun %54.0'ünün (n=68) erkek olduğu,
- En yüksek oranla %35.7 (n=45) ile eşlerini kaybetmiş oldukları,
- En uzun süreli olarak %32.5 ile (n=41) büyükşehirlerde yaşamış oldukları,
- En yüksek oranla %56.3 ile (n=71) okuma yazma bildikleri ve ilkokul mezunu oldukları,
- Geliri olmayan – devlet tarafından kendisine maaş bağlananların oranının %34.1 (n=43) olduğu,
- %61.1'inin (n=77) çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir.

Yaşlıların sağlık durumlarına ilişkin sonuçlar incelendiğinde;

- Yaşlıların %65.1'inin (n=82) sağlık güvencesi olduğu ve en yüksek oranla %41.3'ünün (n=52) SSK güvencesinde olduğu,
- Yaşlıların %53.2'sinin (n=67) sağlıklarını 'ne iyi ne kötü' olarak algıladıkları,
- Yaşlıların %88.1'inin (n=111) tanı konmuş kronik bir hastalığı olduğu,
- Yaşlıların %78.6'sının (n=99) dahili bir hastalığı olduğu,
- Yaşlıların %56.3'ünün (n=71) herhangi bir uyku sorunu yaşadığı, uyku sorunu yaşayan yaşlıların %31.0'inin (n=22) gece sık sık uyanma ve gündüz uyuklamalarından şikayetçi oldukları,

- Uyku sorunu yaşayan yaşlıların %60.6'sının (n=43) bu sorunları her gece yaşamakta olduğu, uyku sorunu yaşayan yaşlıların %36.6'sının (n=26) bu sorunları son bir iki yıldır yaşamakta oldukları,
- Yaşlıların %25.4'ünün (n=32) sigara; %5.6'sının (n=7) alkol kullanmakta olduğu,
- Yaşlıların %51.6'sının (n=65) günlük işlerini yarı bağımsız olarak gerçekleştirebildiği belirlenmiştir.

Yaşlıların ailevi ve kurumsal algılarına ilişkin sonuçlara bakıldığında;

- Yaşlıların %73.0'ünün (n=92) yaşayan bir aile üyesi olduğu,
- Yaşlıların %68.5'inin (n=63) aile üyesinin aynı şehirde yaşamakta olduğu,
- Yaşlıların %40.5'inin (n=51) kuruma gelmeden önce yalnız yaşadığı,
- Yaşlıların %41.1'inin (n=37) ailesi ile ilişkilerini 'ne iyi ne kötü' algılamakta olduğu,
- Yaşlıların %68.3'ünün (n=86) kurumda ziyaretçilerinin geldiği ve %68.8'inin (n=59) ziyaretçilerin kendi akrabaları olduğunu,
- Yaşlıların %27.0'sinin kurumda hiç kimseleri olmadığı için kalmakta oldukları,
- Yaşlıların %46.8'inin (n=59) kurum çalışanları ile aralarındaki ilişkiyi 'iyi' algıladıkları,
- Yaşlıların %48.8'inin (n=61) hayatı 'idare eder' olarak algıladıkları,
- Yaşlıların %40.5'inin (n=51) kurumdaki arkadaşlıkları 'ne iyi ne kötü' olarak algıladıkları,
- Yaşlıların 29.4'ünün (n=37) kurumda boş vakitlerini başkalarıyla sohbet ederek geçirmekte olduğu,
- Yaşlıların %54.8'inin (n=69) sosyal etkinliklere bazen katılmak istedikleri sonucuna varılmıştır.

Yaşlıların bilişsel özellikleri incelendiğinde;

- Yaşlıların SMMT'den ortalama  $26.46 \pm 2.10$  puan (min:23, maks:30) aldıkları sonucuna varılmıştır.

Yaşlıların yaşam doyumları ve ego durumlarına ilişkin sonuçlar incelendiğinde;

- Yaşlıların YDÖ'den ortalama  $21.84 \pm 5.30$  puan (min:9, maks:33) puan aldıkları,
- Yaşlıların %93.7'sinin (n=118) yüksek düzeyde yaşam doyumuna sahip oldukları sonucu ortaya çıkmıştır.

Yaşlıların ego durumlarına ilişkin sonuçlar incelendiğinde;

- Yaşlıların %34.1'inin (n=43) Eleştirel Ebeveyn Baskın Ego Durumunu kullandıkları,
- Yaşlıların ortalama ego durumlarından yola çıkılarak elde edilen grup egogramının homojen dağılım göstermediği,
- Yaşam doyumları ile ego durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu ( $F=47.304$ ,  $p<0.05$ ) ve bu farklılıkların Doğal Çocuk Ego Durumu ve Eleştirel Ebeveyn Ego Durumlarından kaynaklandığı,
- Doğal Çocuk Ego Durumu baskınlaştıkça yaşam doyumunun arttığı ve Eleştirel Ebeveyn Ego Durumu baskınlaştıkça yaşam doyumunun düşmekte olduğu sonucuna varılmıştır.

## KAYNAKÇA

1. Aboderin I., (2004), Modernisation And Ageing Theory Revisited : Current Explanations Of Recent Developing World And Historical Western Shifts In Material Family Support For Older People, Ageing & Society 24, 29–50.
2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yaşlı Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığı, 05.02.2013 tarihli verileri, Erişim Adresi: <http://www.eyh.gov.tr/tr/8155/Yasli-Bakim-Hizmetleri>, Erişim Tarihi:10.07.2013.
3. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yaşlı Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığı, Türkiye’de Sosyal Hizmet Uygulamaları, Erişim Adresi: <http://www.eyh.gov.tr/tr/8157/Turkiye-de-Sosyal-Hizmet-Uygulamalari>, Erişim Tarihi:10.07.2013.
4. Akbağ M., (2000), Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Üniversite Öğrencilerinde Olumsuz Otomatik Düşünceler, Transaksiyonel Analiz Ego Durumları Ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
5. Akbağ M., Deniz L., (2002), Öğretim Elemanı Ve Öğretmen Adaylarının Birbirlerine Yönelik Algıları: Transaksiyonel Analiz Açısından Bir Değerlendirme, Kuram Ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, S.263- 293.
6. Akça Kalem Ş., Öktem Ö., Emre M., (2002), Kısa Blessed Oryantasyon – Bellek – Konsantrasyon Testi (BOMC) ve Standardize Mini Mental Test (SMMT) Betimsel İstatistik Değerlerinin Bir Normal Erişkin Örnekleminde Saptanması, Nöropsikiyatri Arşivi 39; (2-3-4): 95-102.
7. Akdemir N., Birol L., (2003), Yaşlılık ve Sorunları, Vehbi Koç Vakfı, İstanbul.

8. Akdemir N., Çınar F. İ., Görgülü Ü., (2007), Yaşlılığın Algılanması ve Yaşlı Ayırmacılığı, Turkish Journal of Geriatrics 10; 4, 215-222.
9. Akın G., (2004), İnsanın Ortaya Çıkışı ve Toplumsal Davranışları, Yaşlılık: Disiplinler Arası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler (edt: V. Kalınkara), Odak Yayınları, Ankara.
10. Akkoyun F., (1992), Transaksiyonel Analiz Ve Yetişkin Olmak, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Konferans Metni. (6 Mayıs 1992).
11. Akkoyun F., (2007), Psikolojide İşlemsel Çözümleme Yaklaşımı Transaksiyonel Analiz, Nobel Yayın Dağıtım, 3. Baskı, Ankara.
12. Aksu T., Okçay H., (2010), Yaşlılık Dönemlerine Göre Ölüm Algısı ve Hemşirelik Yaklaşımı, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 5; (14): 113-126.
13. Aksüllü N, Doğan S., (2004), Huzurevinde Ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri İle Depresyon Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 5:76-84.
14. Alisinanoğlu F., Köksal A., (2000), Gençlerin Ben Durumları (Ego State) ve Empatik Becerilerinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 18, 11-16.
15. Altay B., Aydın Avcı İ., (2009), Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Özbakım Gücü Ve Yaşam Oyumu Arasındaki İlişki, Dicle Tıp Dergisi 36; (4):275-282.
16. Altıntaş E., Gültekin M., (2005), Psikolojik Danışma Kuramları, Alfa Akademi, İstanbul.
17. Altıparmak S., (2009), Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler, F.Ü. Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 23 (3): 159-164.

- 18.** An J., An K., O'Connor L., Wexler S., (2008), Life Satisfaction, Self-Esteem And Perceived Health Status Among Elder Korean Women: Focus On Living Arrangements, J Transcult Nurs April 2008 Vol. 19 No. 2 151-160.
- 19.** Ardahan M., (2010), Yaşlılık Ve Huzurevi, Aile Ve Toplum Eğitim Kültür Ve Araştırma Dergisi, 11;5 (20):25-32.
- 20.** Argyle M., Hallahmi B. B., (1975), The Social Psychology of Religion, London and Boston, s.69.
- 21.** Arı R., (1989), Üniversite Öğrencilerinin Baskın Ben Durumları İle Bazı Özlük Niteliklerinin, Ben Durumlarına, Atılganlık Ve Uyum Düzeylerine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
- 22.** Arkonaç S., Genç ve Yaşlı Yetişkinde Yaş Stereotipleri, Tecrübi Psikoloji Çalışmaları F.1, Erişim Adresi: <http://arastirmax.25651.pp.1-20.pdf>, Erişim Tarihi: 19.08.2013.
- 23.** Aslan D., (2009), Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı: Kadın Sağlığı Bakışı, Erişim Adresi: [Http://Www.Huzurevleri.Org.Tr/Docs/Yaslilik\\_Doneminde\\_Yasam\\_Kalitesi\\_Kavrami.Pdf](http://Www.Huzurevleri.Org.Tr/Docs/Yaslilik_Doneminde_Yasam_Kalitesi_Kavrami.Pdf), Erişim Tarihi:10.07.2013.
- 24.** Aştı N., (2004), Yaşlı Ruh Sağlığı ve Bakımı. Yaşlı Bireyin Bakımı Paneli Sunumu, 6. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi ve 1st European Day of International Medicine, Antalya.
- 25.** Aydemir Ç., Türkiye’de Yaşlı İntiharları, Kriz Dergisi 7(1): 21-25.
- 26.** Aydınalp K., (1983), Yaşlıların Psikososyal İhtiyaçları, Yaşlıların Evde Bakımı Sempozyumu Sunum Bildirisi, Ankara.

27. Babacan Gümüş A., Engin E., Özgür G., (2009), Bir Huzurevinde Yaşayan ve Bilişsel Bozukluğu Olmayan Yaşlıların Uyku Düzeni Özelliklerinin İncelenmesi, Türk Geriatri Dergisi 12; 3, 138-146.
28. Bacanlı H., Ahokas M., Best D. L., (1994), Stereotypes of Old Adults In Turkey and Finland. Journeys Into Cross-Cultural Psychology (Edt:Boucy A., von de Vijyer F.), 11. International Conference Of The International Association Fot Cross-Cultural Psychology, Amsterdam Swets & Zeitlinger.
29. Bahar A., Tutkun H., Sertbaş G., (2005), Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 6:227-229.
30. Baiyewu O., Jedge R. O., (1992), Life Satisfaction In Elderly Nigerians: Reliability And Factor Composition Of The Life Satisfaction Index Z, Age Ageing 21 (4): 256-261.
31. Bakış E., Çınar S., (2007), Huzurevlerinde Yaşayan Bireylerde Özbakım Gücü Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki, Hemşirelik Forumu 7: 89-93.
32. Balcı E., Şenol V., Elmalı F., Eşel E., (2010), Kayseri’de Yaşayan 65 Yaş Ve Üzeri Bireylerin Malnutrisyon Durumu İle Depresyon Arasındaki İlişkinin Saptanması, 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, İzmir.
33. Baran A. G., (2001), Yaşlılığın Sosyal Statü Ve Roller Bakımından Analizi, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 1;1.
34. Baran AG., Karıncara V., Aral N., Akın G., Gülen B., Özkan Y., (2007), Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeydeki Yaşlıların Gündelik Yaşamdan Tatmin Düzeyleri: Ankara Kentsel Kesit Örneği. Türk Geriatri Dergisi 10;1, 10-8.
35. Bayat B., (2003), “Bireylerin Benlik Algısı Sistemi Ve Bu Sistemin Davranışları Üzerindeki Rolü”, Kamu-İş, 7; 2, 2-11.

- 36.** Bayık A., Özgür G., Altuğ Özsoy S., (2002), Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Fiziksel Sağlık Sorunları ve Hastalıklarına Yönelik İlaç Kullanma Davranışları, Türk Geriatri Dergisi 5; 2, 68-74.
- 37.** Benton D., Halloran J., (1991), Applied Human Relations: An Organizational Approach, Pearson Education Limited Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- 38.** Berne E., (1961), Transactional Analysis In Psychotherapy: A Systematic Individual And Social Psychiatry. New York: Grove Press.
- 39.** Bertan M., Ürer Ç.,(1995), Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güneş Kitabevi, Ankara.
- 40.** Bıyıklı K., (2006), Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Yaşlıda Düşme ile İlişkili Faktörler: Demografik Özellikler, Sağlık Sorunları ve Kullanılan İlaçlar. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 41.** Bican M., (2011), Yaşlı Hastalarda Dürtü Kontrol Bozukluklarının Özellikleri, T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana.
- 42.** Bilgili N., Kitiş Y., Ayaz S., (2012), Yaşlılarda Yalnızlık, Uyku Kalitesi Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Türk Geriatri Dergisi 15; (1): 81-88.
- 43.** Birren J.E., (1982), The Psychology Of Aging, Prentice Hall, Inc., New Jersey.
- 44.** Blazer D. G., Bachar J. H., Manton K. G., (1986), Suicide In Late Life, J. Am Geriatricsoc 34 (7): 520-525.
- 45.** Bledsoe S. E., Grote N. K., (2006), Treating Depression During Pregnancy and The Postpartum: A Preliminary Meta-Analysis, Research On Social Work Practice 16; 2, 109-120.
- 46.** Boholst F., (2003), Effects Of Transactional Analysis Group Therapy On Ego States and Ego State Perception, Transactional Analysis Journal 33; 3, 254-261.



47. Bowling A., (1990), Associations With Life Satisfaction Among Very Elderly People Living In A Deprived Part of Inner London, *Social Sciences Medicine*, 31: 9, 1003-1011.
48. Bölükbaş N., Arslan H., (2003), Huzurevinde Kalan Yaşlıların Psikosoyal Yönlerinin İncelenmesi, *Düşünen Adam Dergisi*, 16; (4): 232-239.
49. Bulucu F., Kocabalkan F., (1999), Orta Ve İleri Yaş Grubunda Sağlığın Korunması Ve Hastanede İlk Yaklaşım , *Sendrom* 11;8 , İstanbul.
50. Bulut N., (2007), Okul Psikolojik Danışmanlarının Yaşam Doyumu, Stresle Başetme Stratejileri ve Olumsuz Otomatik Düşünceleri Arasındaki İlişkiler, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 3; 27, 1-13.
51. Carter A. J., Dalla R. L., (2006), Transactional Analysis Case Report: Street – Level Prostituted Women as Mental Health Care Clients, *Sexual Addiction and Compulsivity* 13, 95-119.
52. Ceyhan S., (2005), Kayseri Nuh Naci Yazgan Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 65 Yaş Ve Üstü Bireylerin Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
53. Cingil D., Bodur S., (2008), Karaman İl Merkezi'nde Yaşayan Yaşlıların Bağımlılık Düzeyleri, Demografik Ve Medikal Özelliklerinin İncelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 11(3):33-39.
54. Coke M. M., (1989), Correlates Of Life Satisfaction Among Elderly African Americans, *J Gerontol* 47 (5): 316-320.
55. Comfort A.,(1976), Yaşasın Yaşlılık, Çeviren: Armağan İlkin. Gelişim Yayınları, s: 99-100, İstanbul.

**56.** Çam S., (1995), Öğretmen Adaylarının Ego Durumları ile Problem Çözme Becerisi Algısı İlişkisinin İncelenmesi, Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2; 6, 37-42.

**57.** Çevik Sökmen D., (2008), Huzurevinde Kalan Yaşlıların Huzurevi Yaşamlarına İlişkin Algıları, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Halk Eğitimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

**58.** Çimen S., (1996), Yaşlı Bireylerin Özbakım Ve Yaşam Doyumlarının Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

**59.** Çuhadar D., Sertbaş G., Tutkun H., (2006), Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bilişsel İşlev ve Günlük Yaşam Etkinliği Düzeyleri Arasındaki İlişki, Anatolian Journal of Psychiatry 2006; 7:232-239.

**60.** Danış Z. M., Yaşlılık, Yoksulluk Ve Yalnızlık, Hacettepe Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, Erişim Adresi: [Http://Www.Gebam.Hacettepe.Edu.Tr/Sosyal Boyut/Yaslilik Yoksuluk Yanlizlik.Pdf](http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/Sosyal_Boyut/Yaslilik_Yoksuluk_Yanlizlik.Pdf), Erişim Tarihi: 19.12.2011.

**61.** Danişoğlu E., (1988), Sosyal Yapı III, Nüfus Grupları-Yaşlı Nüfus, Ankara Sosyal Planlama Başkanlığı, No: DPT: 2135, SPB: 415, Ankara.

**62.** Demir G., Ünsal A., Gürol Arslan G., Çoban A., (2009), Huzurevinde Ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Yaygınlığının Karşılaştırılması, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2;(1):1-12.

**63.** Demirel S., Canat S., Ankara'daki Beş Eğitim Kurumunda Kendini Yaralama Davranışı Üzerine Bir Çalışma, Kriz Dergisi 12 (3): 1-9.

**64.** Diener E., Emmons R.A., Larsen R. J., Griffin S., (1985), The Satisfaction With Life Scale, Journal Of Pers Assess, 49:71-75.

65. Diker J., Etiler N., Yıldız M., Şeref B., (2001), Altmış Beş Yaş Üzerindeki Kişilerde Bilişsel Durumun Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi ve Demografik Değişkenlerle İlişkisi: Bir Alan Çalışması, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2; 2, 79-86.
66. Dikmenoğlu N., (2000), Değişik Sistemlerde Yaşlanma Olgusu, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (edt: Beyazova M., Gökçe Kutsal Y.) Güneş Kitapevi, Ankara.
67. Dökmen Ü., (1994), İletişim Çatışmaları ve Empati. Sistem Yayıncılık, İstanbul.
68. Durak M., (2004), Yaşadığı Ortamda Yaşlıya Hizmet Modeli, Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlılara Hizmet Merkezi Yayını, Ankara.
69. Duru G., Özdemir L., (2009), Yaşlı İntiharları, Nedenleri ve Önleyici Uygulamalar, Hacettepe Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 34-41.
70. Dusay J. M., (1972), Egogram and Constancy Hypothesis, Transactional Analysis Journal 5; 3, 92-96.
71. Dusay J. M., Dusay K. M., (1984), Transactional Analysis, Current Psychotherapies (edt: Corsini R. J.), Peacock Publishers, 3rd Edit. 392-444, Illinois.
72. Edelstein M. G., (1982), Ego State Therapy In The Management of Resistance, American Journal of clinical hypnosis, 25: 1, 15-20.
73. Elaad E., (1993), Detection Of Deception: A Transactional Analysis Perspective, Journal Of Psychology, Vol:127, P:18.
74. Elliott M. S., Barris R., (1987), Occupational Role Performance And Life Satisfaction In Elderly Persons, Occupational Therapy Journal Of Research, Vol 7(4), Jul-Aug 215-224.
75. Er D.,(2009), Psikososyal Açıdan Yaşlılık, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, C:4, Sayı:11.

- 76.** Erdal R., (1991), Halk Sağlığı Yönünden Yaşlılık, s.1-10.
- 77.** Erdil F., Çelik S.Ş., Baybuğa M.S., (2004). Yaşlılık ve Hemşirelik Hizmetleri, Yaşlılık Gerçeği, Gebam, Ankara.
- 78.** Erdoğdu M.Y., zkan M., (2007), Farklı Dini İnanışlardaki Bireylerin lm Kaygıları ile Ruhsal Belirtiler ve Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14 (3) : 171-179.
- 79.** Ergin B., Kaynak B., Pınarcık ., Arslan E., (2013), Okul ncesi ğretmen Adaylarının Duygusal Zekaları ve Yaşam Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Eğitim ve ğretim Araştırmaları Dergisi 2; 2, 35-42.
- 80.** Erol A., Toprak G., Yazıcı F., Erol S., (2000), niversite ğrencilerinde Yeme Bozukluğu Belirtilerini Yordayıcı Olarak Kontrol Odağı ve Benlik Saygısının Karşılaştırılması, Klinik Psikiyatri 3, 147-152.
- 81.** Fadiloğlu Ç., Esen A., Karadakovan A., Akyol A., (1992), Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) ve Sağlık Durumlarının İncelenmesi, Sağlıklı Yaşlanma Uluslar Arası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyumu Kitabı, 139-147, Ankara.
- 82.** Fadiloğlu Ç., İlkbay Y., Kuzeyli Yıldırım Y., (2006), Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Uyku Kalitesi, Türk Geriatri Dergisi 9; 3, 165-169.
- 83.** Fidaner H., Fidaner C., (1992), Dünyada Yaşlı İntiharları Epidemiyolojisi, Kriz Dergisi, 1 (1): 22-25.
- 84.** Folstein M. F., Anthony J. C., Parhad I., Duffy B., (1985), The Meaning of Cognitive Impairment In Elderly, Journal of American Geriatric Society, 33:228-235.

**85.** Folstein M. F., Folstein S. E., MuchHugh P. R., (1975), Mini Mental State, A Practical Method For Grading The Cognitive State of Patients For The Clinician, J Psychiatr Res, 12:189-198.

**86.** Freud S., (1995), “Ölüme Yönelik Tutumumuz”, Uygarlık, Din ve Toplum (çev: S. Budak) Öteki Yayınevi s:75, Ankara.

**87.** Gana K., Bailly N., Saada Y., Joulain M., Alaphilippe D., (2012), Does Life Satisfaction Change In Old Age: Results From an 8-Year Longitudinal Study, The Journals of Gerontology: Series B 68; 4, 540-552.

**88.** Gençtan E., (1984), İnsan Olmak: Varoluşun Bireysel ve Toplumsal Anlamı. Adam Yayıncılık, İstanbul.

**89.** Gillespie NA., Heath AC., Martin NG., (2004), “Perceived Social Support in A Large Community Sample: Age and Sex Differences”. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39; (8): 625-636.

**90.** Gökçe Kutsal Y., Yaşlılık Döneminde Sık Görülen Sağlık Sorunları, Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları, Erişim Adresi: [www.gebam.hacettepe.edu.tr](http://www.gebam.hacettepe.edu.tr), Erişim Tarihi: 10.07.2013.

**91.** Gökçe Kutsal Y., Eyigör S., (2012), Klinisyen Gözüyle Yaşlılık Döneminde Sık Görülen Hastalıklar , Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler (edt: Aslan D., Ertem M.), Hasuder Yayınları No:2012-1, 1. Baskı, s.48-59.

**92.** Gökkoca F., Baharlıteler N., (1999), Yaşlılık Döneminde Hizmet Programları, Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni;3-4.

- 93.** Gökler Danışman I., Aydın G., (2011), Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Benlik Algılarının Yordanmasında Sosyodemografik Özellikler ve Algılanan Sosyal Desteğin Rolü, Aile Ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi, 12;7 (24):69-80.
- 94.** Görgün B. A., (2005), “Yaşlılığın Sosyal Boyutu” , Hacettepe Üniversitesi, Gebam, Erişim Adresi: [Http://Www.Gebam.Hacettepe.Edu.Tr./Sosyal\\_Boyut/Yaşlılığın-Sosyal\\_Boyutu.Pdf](http://Www.Gebam.Hacettepe.Edu.Tr./Sosyal_Boyut/Yaşlılığın-Sosyal_Boyutu.Pdf) . Erişim Tarihi: 25.12.2011.
- 95.** Grazier S., (1998), The Loneliness Barrier, J Nursing Times, 84; 41, 44-45.
- 96.** Gutiérrez M., Tomas J. M., Galiana L., Sancho P., Cevria M. A., (2012), Predicting Life Satisfaction of The Angolan Elderly: A Structional Model, Aging and Mental Health Journal 17; 1, 94-101.
- 97.** Güler G., Güler N., Kocataş S., Akgül N., (2009), Yaşlıların Sağlık Bakım Gereksinimleri, Cumhuriyet Tıp Dergisi 31; 4, 367-373.
- 98.** Gümüş Babacan A., Özgür G., Yıldırım S., (2007), Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Umutsuzluk Düzeyleri Ve Etki Eden Faktörler, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 23; 2, 105-116.
- 99.** Günaydın N., (1996), Yaşlı Bireylerde Yalnızlığın İncelenmesi, Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- 100.** Güngen C., Ertam T., Eker E., Yaşar R., Engin F., (2002), Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği, Türk Psikiyatri Dergisi; 13 (4):273-281.
- 101.** Gür H., (2008), Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite; 1-10.

**102.**Hacıhasanoğlu R., Yıldırım A., Karakurt P., (2010), Yaşlı Bireylerde Yalnızlık, Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler.

13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, İzmir.

**103.** Hendricks J., Hendricks C.D., (1986), Aging in Mass Society, Myths and Realities, 3th Edition, Little, Brown and Co. Boston.

**104.** Herndon R., (1997), Handbook of Neurologic Rating Scales, Demos Vermande, New York.

**105.** Herringer L. G., (2004);Facets of Extraversion Related To Life Satisfaction, Personality and Individual Differences 24; 5, 731-733.

**106.** Heyer N. R., (1979), Development of A Questionnaire To Measure Ego States With Some Application To Social And Comparative Psychiatry, Transactional Analysis Journal 9, 9-19.

**107.**Hooyman N.R., Kıyak A., (1988), Social Gerontology / A Multidisciplinary Perspective, Washington Uni. Press, Washington.

**108.**Hökelekli H., (2007), Dini Hayatın Bütünlüğü Açısından Ahiret İnancının Psikolojik Temelleri, Erişim Adresi: [www.kelam.org/toplantilar/2007/hhokelekli.doc](http://www.kelam.org/toplantilar/2007/hhokelekli.doc)

**109.**Huebner ES., Gilman R., Laughlin J., (1999). The Multidimensionality Of Children's Well-Being Reports: Discriminant Validity Of Life Satisfaction And Self-Esteem. Social Indicators Research. Vol.46:1-22.

**110.**Iwatsuba Y, Derriennic F, Cassou B, Patrenaud J., (1996), Predictors Of Life Satisfaction Amongst Retired People in Paris. International Journal Of Epidemiology. 25 (1):160-170.

**111.** Izaks G. J., Westendorp R., (2003), Ill or Just Old, BMC Geriatrics 3;7.

**112.** İlaslan Ö., Sümbül A. M., (2008), Ortaöğretim Öğrencilerinin Özlük Niteliklerinin ve Baskın Ben Durumlarının İletişim Becerileri İle İlişkisi, Selçuk Üniversitesi, Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi 26, 27-43.

**113.** İnsan Hakları Ve Sosyal Hizmet, Evin Yayıncılık, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayın No:4, Ankara.

**114.** İzmir S., (1984), Yaşlılık, SSYB Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yayınları, Sayı 2, Ankara.

**115.** Kaçar B., (2008), Lise Öğrencilerinin Karar Stratejileri Ve Transaksiyonel Analiz Ego Durumlarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri ABD, Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bölümü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

**116.** Kaçar Gitmez S., (2000), Yaşlıların Farklı Kentsel Koşullarda Yaşam Uyumları, Eğilimleri, Tutum Ve Davranışları (Sosyal Antropolojik Açından Bir Değerlendirme), Ankara Üniversitesi Doktora Tezi, Ankara.

**117.** Kahraman S., Zincir H., Kaya Z., Esen F., (2011), Bir Huzurevinde Yaşlı Kadın Ve Erkeğin Ayrı Yaşamasının Onların Yalnızlık Ve Yaşam Doyumlarına Etkisi, Sosyoloji Araştırma Dergisi 14; 2, 1-16.

**118.** Kalaoğlu Öztürk Z., (2010), Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana.

**119.** Kalyoncu H., (2008), Ölüm Anlaşılmadan Hayat Anlaşılmaz, Erişim Adresi: <http://www.hamdikalyoncu.com/detay.asp?id=583>

**120.** Karataş S. Ç., (1988), Yaşlılarda Yaşam Doyumunu Etkileyen Etmenler. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.



**121.** Kaya Ö., (2006), Askeri Öğrencilerin Yaşam Doyumları Üzerine Bir Araştırma, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik Ve Psikolojik Danışma Birimi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

**122.** Kerem M., Meriç A., Kırdı N., Cavlak U., (2001), Ev Ortamında Ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Değişik Yönlerden Değerlendirilmesi, Geriatri 4 (3): 106-112.

**123.** Keser A., (2003), Çalışmanın Anlamı, İş Yaşamındaki Yeri ve Yaşam Doyumu Üzerine Bir Uygulama, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Bursa.

**124.** Keskinoglu P., Bilgiç M., Pıçakçiefte M., Uçku R., (2003), İzmir Çamdibi-1 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesi Yaşlılarında Yetersizlik Ve Kronik Hastalık Prevalansı, Geriatri 6(1):27-30.

**125.** Khorshid L., Eşer İ., Zaybak A., Yapucu Ü., Arslan G., Çınar Ş.. Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi, TürkGeriatri Dergisi 7: 45-50.

**126.** Kılıçoğlu A., (2006), Yaşlılık Çağı Depresyonunun Risk Etkenleri Ve Etiyolojisine Yönelik Bir Gözden Geçirme, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7, 49-54.

**127.** Kızılkaya M., Koştı N., (2006), Yaşlılıkta Ölüm Kavramı ve Hemşirelik Yaklaşımı, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 9; 4, 69-74.

**128.** Kim J. H., (2013), Productive Activity and Life Satisfaction In Korean Elderly Women, Journal of Women and Aging 25; 1, 80-96.

**129.** Koca H., (1994), Ülkemiz Koşullarında Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyumu. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

**130.** Koç M., (2000), Yaşlılık Psikolojisi İle İlgili Yapılan Bilimsel Çalışmaların Tarihi Ve Literatürü Üzerine Bir Araştırma, Erişim Adresi: <http://www.belgeler.com/blg/2gsg/makale>

**131.** Koç M., (2002), Gelişim Psikolojisi Açısından Yaşlılık Döneminde Ruhsal Gelişim, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 12, 287-304.

**132.** Köker S., (1991), Normal Ve Sorunlu Ergenlerin Yaşam Doyumu Düzeyinin Karşılaştırılması, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

**133.** Kravas K. J., Kravas C. H., (1974), Transactional Analysis for Classroom Management, The Phi Delta Kappan 56; 3, 194-197.

**134.** Kutsal Y., (2003), Yaşlanan Dünya, Yaşlanan Toplum, Yaşlanan İnsan, Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 3-4.

**135.** Lawrence L., (2007), Applying Transactional Analysis and Personality Assesment To Improve Patient Counseling and Communication Skills, American Journal of Pharmaceutical Education 71,4.

**136.** Lee E. K. O., Lee J., (2013), Education, Functional Limitations and Life Satisfaction Among Older Adults In South Korea, Educational Gerontology 39; 7, 514-526.

**137.** Li H., Chi I., Xu L., (2013), Life Satisfaction of Older Chinese Adults Living In Rural Communities, Journal of Cross-Cultural Gerontology 28; 2, 153-165.

**138.** Liang J., (1982), Sex Differences In Life Satisfaction Among The Elderly, J Gerontol 37 (1): 100-108.

**139.** Loffredo D. A., Harrington R., (2008), Ego State Differences in University Students by Gender, Race and College Major, Journal of Pschiatry, Psychology and Mental Health 2; 1.

**140.** Loffredo D. A., Omizo M. M., (1997), Differences In Ego States, Locus of Control, and Dogmatism In African American and Anglo American College Students, *Transactional Analysis Journal* 27; 3, 168-173.

**141.** Low G., Molzahn A. E., Kalfoss M., (2008), Quality Of Life Of Older Adults In Canada And Norway, Examining The Iowa Model, *West J Nurs Res* Vol. 30 No. 4: 458-47.

**142.** Luanaigh C. O., Lawlor B. A., (2008), Loneliness And The Health Of Older People. *Int J Geriatr Psychiatry* 23:1213-1221.

**143.** Maden A., (1992), İhtiyarlık Psikosomatığı ve Kültürel Nitelikleri, Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih - Coğrafya Fakültesi Dergisi 35(1):181-190, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.

**144.** Markides K. S., Martin H. W., (1979), A Casual Model Of Life Satisfaction Among The Elderly, *J Gerontol* 34 (1): 86-93.

**145.** McGrath G., (1994), Ethics, Boundaries , and Contacts: Applying Moral Principles. *Transactional Analysis Journal* 24: 1, 6-14.

**146.** McNeel J. R., (1982), Redecisions In Psychotherapy: A Study Of The Effectiveness Of An Intensive Weekend Group Workshop. *Transactional Analysis Journal* 12; 1, 10-25.

**147.** McNeel J.R., (1973), The Parent Interview, *Transactional analysis journal*, 6: 1, 61-68.

**148.** Molloy D. W., Standish T., (1997), A Guide To The Standardized Mini Mental State Examination, *Int Psychogeriatr*, 9 (1) : 87-94.

**149.** Moreno R. P., (2009), The Seneca Gerontological Centre of Investigation, Cordoba Spain. Death Anxiety in Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly People in Spain, *Omega* 58;(1): 61-76.

**150.** Nakahara Y., Mochizuki Y., Miyamiti Y., Tanaka A., Kawamura T., Sasali S., Nakahara Y., Katsura Y., (2002), Mental State As A Possible Independent Prognostic Variable For Survival In Patients With Advanced Lung Carcinoma, *Cancer* 94, 3006-3015.

**151.** Nakao M., Kumano H., Nomura S., Kuboki T., Murata K., (1999), Assesment Of Ego State In Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, *Acta Psychiatr Scand* 99, 385-387.

**152.** Netuveli G., Blane D., (2008), Quality Of Life In Older Ages, *Br Med Bull* 85 (1): 113-126.

**153.** Netuveli G., Wiggins R., Hildon Z., Montgomery S. M., Blane D., (2005), Quality Of Life At Older Ages: Evindence From The English Longitudinal Study Of Aging, *J Epidemiol Community Health* 2006; 60, 357-363

**154.** Neugarten B. L. et all (1961), The Measurments Of The Life Satisfaction, *Journal Of Gerontology*, 16, 134-143.

**155.** Novey T. B. (1999), The Effectiveness Of TA, Transactional Analysis *Journal* 29; 1, 18-30.

**156.** Novey T. B. (2002), Measuring The Effectiveness of Transactional Analysis: An International Study, *Transactional Analysis journal* 32; 1, 8-24.

**157.** Nykodym N., Ruud W. N., Liverpool P.R., (1986), Quality Circles: Will Transactional Analysis Improve Their Effectiveness?, *Transactional Analysis Journal* 16: 3, 182-187.

**158.** Oğuz T. M., (2007), Yaşlılarda Görülen Biyolojik Ve Sosyal Değişimler Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji Anabilim Dalı Fizik Antropoloji Bilim Dalı, Ankara.

**159.** Olsen R. P., Ganley R., Devine V. T. Dorsey G. C., (1981), Long term Effects Of Behavioral Versus Insight-Orientated Therapy With Inpatient Alcoholics, Journal Of Consulting and Clinical Psychology 49; 6, 866-877.

**160.** Onat Ü., (2001), Geriatrie Sosyal Hizmetin Yeri, Gebam Bülteni.

**161.** Onat Ü., (2004), Yaşlanma ve Sosyal Hizmet, Yaşlılık Gerçeği, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi. H.Ü. Hastaneleri Basımevi, Ankara.

**162.** Onur B., (1992), Gelişim Psikolojisi, Verso Yayıncılık, Ankara, s. 162-212.

**163.** Önal A. E., Şeker Ş., Temizkan N., Kaya İ., Tezoğlu C., Önelge Gür S., Güngör G., (2012), Yaşlılıkta Uyku Sorunları ve İlgili Faktörler: +65 Aktif Yaşlanma Projesi Sonuçları, Türk Geriatri Dergisi 15; 4, 390-395.

**164.** Öner N., (2008), Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 2. Baskı, s.319, İstanbul.

**165.** Özel Huzurevleri Derneği, Yaşlanmanın Psikolojik Yönleri, Erişim Adresi: [http://ozelhuzurevleridernegi.org/psiko\\_destek.htm](http://ozelhuzurevleridernegi.org/psiko_destek.htm)

**166.** Özen D., (2008), Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine Etkisi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

**167.** Özer M., (2001), Huzurevinde Ve Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Öz Bakım Gücü Ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

**168.** Özer M., Karabulut Ö., (2003), “Yaşlılarda Yaşam Doyumu”, Türk Geriatri Dergisi, 6; (2): 72-74.

**169.** Özköse K., Afaki ve Enfüsi Alemde Verimlilik, Yeni Dünya Dergisi; no:6.

**170.** Özkul O., (2001), Ölüm: Bir Hayat Memat Meselesi, Köprü Dergisi no:76.

**171.** Özmenler KN., (2001), Yaşlılık Çağı Depresyonları, Duygu Durum Dizisi, 3:109-115.

**172.** Öztunç G., Büyüksürücü L., (1992), Adana Huzurevinde Yaşayan 65 Yaş Ve Üstündeki Bireylerin Yaşlılık Ve Sağlıklarına İlişkin Görüş Ve Uygulamaları İle Mevcut Durumlarının Saptanması, Sağlıklı Yaşlanma Uluslar Arası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyumu Kitabı, 112-119, Ankara

**173.** Pakdil O., (1992), Yaşlılık Soranları ve Yaşlılara Sağlanan Servisler (İngiltere Örneği), Yıldız Üni. Mimarlık Fakültesi Baskı İşliği, İstanbul

**174.** Palabıyıkoglu R., Haran S., Yücat T., Köse K., (1991), Yaşlılarda Depresyon Ve Yaşam Doyumu, Kriz Dergisi, 1; 1, 26-31.

**175.** Pardal A., Espirito-Santo H., Lemos L., Matreno J., Amaro H., Guadalupe S., Daniel F., Ferreira J., Fernandes M., Carvalho D., Maia S., Gonçaves R., (2013), Social Support, Mental Health and Satisfaction With Life In Institutionalized Elderly, European Psychiatry 28; 1, 1.

**176.** Pavot W., Diener E., (2009), Review Of Satisfaction With Life Scale (edt. Diener E.). Assessing Well-Being: The Collected Works Of Ed Diener. Social Indicators Research Series 39.

**177.** Pavot W., Diener E., Colvin C. R., Sandvik E., (1991), Further Validation Of The Satisfaction With Life Scale: Evidence For The Cross-Method Convergence Of Well-Being Measures. Journal of Personality and Assessment, 57(1), 149-161.

**178.** Payton O. D., Morris R.C., Beale A. V., (1979), Effects Of TA Instruction On Empathy, Self-Esteem and Control, Transactional Analysis journal, 9; 3, 200-204.

**179.** Pınar R., Çınar S., (2001), Huzurevi Ve Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlıların Yaşam Doyumları Farklı Mı?, Türk Hemşireler Derneği Dergisi 51:10-18.

**180.** Prothero J., (1978), TA With Problem Drivers, Transactional Analysis Journal 8; 2, 173-175.

**181.** Saygun M., Eser E., (2012), Yaşlılık Döneminde Algılanan Sağlık Ve Yaşamın Niteliği; Nerdeyiz? , Yaşlı Sağlığı: Sorunlar Ve Çözümler (Edt: Aslan D., Ertem M.), Hasuder Yayınları No:2012-1, 1. Baskı, s.66-74.

**182.** Smith M. L., Glass G. V., (1977), Meta-Analysis of Psychothrepy Outcomes, American Psychologist, 32; 9, 752-760.

**183.** Solomon C., (2003), Transactional Analysis Theory: The Basics, Transactional Analysis Journal 33; 1, 15-22.

**184.** Sonneck G., Etzersdorfer E., Nogel-Kuess S., (1993), Imitation Effect İn Suicidal Behaviour'Subway Suicides M Vienne (1980-1990)(edt: Bohme, Frey, Wedler), Suicidal Behavior, Roderer Verlog S., Rogensburg, 660-662.

**185.** Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Türkiye’de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı-2007, Yayın No Dpt: 2741.

**186.** Sousa, L., Lyubomirsky S., (2001), Life Satisfaction, In J. Worell (Ed.), Encylopedia Of Women And Gender: Sex Similarities And Differences And The Impact Of Society On Gender, Vol. 2, Pp. 667-676, Ca: Academic Press, San Diego.

**187.** Spitz R., (1945), Hospitalizm: Genesis of Psychatric Conditions İn Early Childhood, Psychoanalytic Study Of The Child, 1, 53-74.

**188.** Stanley M., (1995), An Investigation Into The Relationship Between Engagement İn Valued Occupations And Life Satisfaction For Elderly South Australians, Journal Of Occupational Science 2;3.

**189.** Sucaklı M. H., Bakan B., Çelik M., (2013), Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kaliteleri ve Etkileyen Faktörler, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 17; 3, 96-100.

**190.** Sürücüoğlu, M.S., Özçelik A.Ö., (2004), Yaşlılıkta Beslenme, Yaşlılık:Disiplinler Arası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler (edt: Kalıncara V.), Odak Yayınları, Ankara.

**191.** Şener A., (2009), Yaşlılık, Yaşam Doyumu Ve Boş Zaman Faaliyetleri, H.Ü. İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi, Aile Ve Tüketici Bilimleri Bölümü, Hacettepe Dergi, Ankara .

**192.** Şenol C., (1989), Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölümüne İlişkin Kaygı ve Korkular, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

**193.** Şenol C., (1989), Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölümüne İlişkin Kaygı ve Korkular, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

**194.** Şimşek H., Uçku R., (2012), Sağlıkta Eşitsizlikler ve Yaşlılık , Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler (edt: Aslan D., Ertem M.), Hasuder Yayınları No:2012-1, 1. Baskı, s.12-15.

**195.** Takasu N. N., Takenaka Y., Fujiwara M., Toichi M., (2012), Effects Of Regularizing Sleep-Wake Schedules On Day Time Autonomic Functions and Psychological States In Healthy University Students With Irregular Sleep-Wake Habits, Sleep and Biological Rhythms 10, 84-93.

**196.** Talob R. C., (1994), Using Transactional Analysis To Enhance Adjustment In Filipino College Students, Transactional Analysis Journal 24; 3, 197-205.

**197.** Tamam L., Öner S., (2001), Yaşlılık Çağı Depresyonları, Demans Dergisi 1, 50-60.

**198.** Taylor S., (2002), The Tending Instinct: How Nurturing Is Essential To Who We Are and How We Live, Newyork Times Books, Henry Holt and Company.



**199.** Temple S., (1999), Functional Fluency For Educational Transactional Analysts, Transactional Analysis Journal 29: 3, 164-174.

**200.** Terakye G., Güner P., (1997), Kriz Potansiyeli Tasıyan Bir Dönem: Yaşlılık, Kriz Dergisi, 5; 2, 95-101.

**201.** Terzi Ş., Cihangir Çankaya Z., (2009), Bağlanma Stillerinin Öznel İyi Olmayı ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarını Yordama Gücü, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 4; 31, 1-11.

**202.** Tezcan S., Seçkiner P., (2012), Türkiye’de Demografik Değişim; Yaşlılık Perspektifi, Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler (edt: Aslan D., Ertem M.), Hasuder Yayınları No:2012-1, 1. Baskı, s.1-8.

**203.** The American Association Of Suicidology, (2010), Elderly Suicide Fact Sheet, Washington, USA.

**204.** Thorne S., Faro S., (1980), The Ego State Scale: A Measure Of Psychopathology, Transactional Analysis Journal 10; 1, 49-52.

**205.** Tufan İ., (2002), Antikçağdan Günümüze Yaşlılık, Aykırı Yayıncılık, İstanbul.

**206.** Tuzgöl Dost M., (2007), Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Doyumunun Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2; 22, 132-143.

**207.** Türk Geriatri Derneği, Ulusal Yaşlı Haftası, Basın Bildirisi, Mart.

**208.** Türkiye İstatistik Kurumu (2007), Yaşa Göre İntihar Oranları Preistatistik Tablosu, Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.doc>

**209.** Türkiye İstatistik Kurumu, (2006), Aile Yapısı Araştırması, T.C. Başbakanlık Aile Ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara.

**210.** Türkiye İstatistik Kurumu, (2011), ADNKS Eğitim, Kültür ve Spor Veritabanı.

**211.** Türkiye İstatistik Kurumu, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2010 Sonuçları, Erişim Adresi: <Http://Tuikapp.Tuik.Gov.Tr/Adnksdagitapp/Adnks.Zul>, Erişim Tarihi: 11.01.2012.

**212.** Türkiye İstatistik Kurumu, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2012 Sonuçları, Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>, Erişim Tarihi: 11.05.2013

**213.** Türkiye İstatistik Kurumu, Hanehalkı İşgücü İstatistikleri 2009. Ağustos 2010, Ankara.

**214.** Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus Raporu 2007, Erişim Adresi: [Http://Rapor.Tuik.Gov.Tr/Reports/Rwservlet?Adnksdb2&ENVID=Adnksdb2env&Report=Turkiye\\_Yasgr.RDF&P\\_Yil=2007&P\\_Dil=1&Desformat=Html](Http://Rapor.Tuik.Gov.Tr/Reports/Rwservlet?Adnksdb2&ENVID=Adnksdb2env&Report=Turkiye_Yasgr.RDF&P_Yil=2007&P_Dil=1&Desformat=Html), Erişim Tarihi: 19.12.2011.

**215.** Türkiye Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 İleri Analiz Çalışması. Ankara.

**216.** Uçku R., Şimşek H., (2012), Halk Sağlığı Uygulamaları ve Yaşlanma; Ne Kadar Yeterli? , Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler (edt: Aslan D., Ertem M.), Hasuder Yayınları No:2012-1, 1. Baskı, s.9-11.

**217.** Uhlmann RF., Larson EB., Rees T., Koepsell TD., (1989), Relationship Of Hearing Impairment To Dementia And Cognitive Dysfunction In Older adults. JAMA, 261: 1916-1919.

**218.** Uncu Y., Özçakır A., Sadıkoğlu G., Alper Z., Özdemir H., Bilgel N., (2002), Bursa Huzurevi Yaşlılarının Sosyo-Demografik Özellikleri Ve Sağlık Taraması Sonuçları, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 28; 3, 65-69.

**219.** Uysal A., (2002), “Dünyada Yaygın Bir Sorun: Yaşlı İstismarı ve İhmali”, Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi, T.C Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayını, 5; 2: 5, 40-58.

**220.** Uzun Ş., Açıksöz S., Doruk H., Mas M. R., (2006), Geriatri Polikliniğine Başvuran Yaşlı Bireylerin Uyku Durumlarının İncelenmesi, 5. Ulusal Geriatri Kongresi, Kongre Kitabı s:124-125.

**221.** Watkins J., Watkins H., (2006), Ego Durumları Teori ve Terapi, Litera Yayıncılık, İstanbul.

**222.** Williams K. B., Williams J. E., (1980), The Assesment Of Transactional Analysis Ego States via Adjective Checklist, Journal of Personality Assesment 44; 2, 120-129.

**223.** Wissenck L. M., (1994), A Validation Of Transactional Analysis In Increasing Self-Esteem Among Participants In A Self-Parenting Programme, Transactional Analysis Journal 24; 3, 189-196.

**224.** Woollams S., Brown M., (1978), Transactional Analysis, Michigan: Huron Valley Institute.

**225.** Woollams S., Brown M., (1978), Transactional Analysis, Michigan: Huron Valley Institute.

**226.** World Health Organization (WHO), (2011), First International Age-Friendly Cities Conference, Erişim Adresi: [Http://Www.Who.İnt/Ageing/En/](http://Www.Who.İnt/Ageing/En/), Erişim Tarihi: 24.12.2011.

**227.** World Health Organization, (2011), European Report On Preventing Elder Maltreatment, ISBN 978 92 890 0237 0.

**228.** Worthington B., (2011), Elder Suicide: A Needless Tragedy, Age Well Web Geriatric Magazine, [http://www.agingwellmag.com/news/exclusive\\_03.shtml](http://www.agingwellmag.com/news/exclusive_03.shtml).

**229.** Wu C. Y., Su T. P., Fang C. L., Chang M. Y., (2012), Sleep Quality Among Community-Dwelling Elderly People and Its Demographic, Mental and Physical Correlates, Journal of the Chinese Medical Association 75; 2, 75-80.

**230.** Yalom I., (2001), Varoluşçu Psikoterapi, Kabalcı Yayınevi, İstanbul.

**231.** Yaman H., (2003), Yaşlılarda Sporun Fizyolojik Fonksiyon Kaybına Etkisi, Turkish Journal Of Geriatrics 6(4):142-146.

**232.** Yanbastı G., (1990), Kişilik Kuramları, Ege Üniversitesi Yayınları, İzmir.

**233.** Yaşlanma Uluslararası Eylem Planı, (2002), Madrid, Erişim Adresi: [http://www.ozurluveyasli.gov.tr/upload/mce/2012/web/yaslilik\\_eylem\\_plani/uluslara\\_rasi\\_yaslanma\\_2002\\_eylem\\_plani.pdf](http://www.ozurluveyasli.gov.tr/upload/mce/2012/web/yaslilik_eylem_plani/uluslara_rasi_yaslanma_2002_eylem_plani.pdf), Erişim Tarihi: 17.04.2012 .

**234.** Yazgaç R., (1992), Yaşlılık ve Huzurevleri İstanbul'da 4 Huzurevinde Yapılan Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

**235.** Yazıcı R., (1994), Yaşlı Bireylerin Ölüm Kaygısı ve Bunun Günlük Yaşam Aktivitelerine Olan Etkisinin Araştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

**236.** Yetim Ü., (1993), Life Satisfaction: A Study Based on the Organization of Personal Projects”, Social Indicators Research, 29, 277-289.

**237.** Yılmaz Ç., Sayıl I., (1996), Değişik Ortamlarda Yaşayan Yaşlılarda Psikiyatrik Semptomatoloji Ve Yaşam Doyumu, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 49;4, 205-209.

**238.** Yiğit F. Ö., (1998), Meslek Lisesi Öğrencilerinin Ben Durumlarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

**239.** Yumurtacı A. Nüfusun Yaşlanması ve Avrupa Emek Piyasalarına Etkileri, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri AD, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi.

**240.** Yücalan Ö. B., (2007), Üniversite Öğrencilerinin Yakın İlişkilerinin Bazı Değişkenler ve Baskın Ben Durumları (TA) Açısından İncelenmesi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bilim Dalı, Doktora Tezi, Konya.

### 4.3. ÖNERİLER

Yaşlanma süreciyle ilgili yabancı alanyazının zenginliği bu konuda bize yol göstermekle birlikte, kültürel ve milli özelliklerin etkisinden mahrum olması nedeniyle ülkemiz yaşlı nüfusu üzerindeki işlevselliği sınırlıdır. Bu nedenle bu konudaki araştırmalarla yerli alanyazının zenginleştirilmesi önerilebilir.

Yaşam doyumu yerli ve yabancı araştırmacılar açısından nüfusun her kesimine özelleşecek şekilde çalışılmışken; yaşlıların ego durumlarına ilişkin araştırmalarsa alanyazında sınırlıdır. Ego durumlarının yaşam doyumu düzeyleri üzerindeki etkisini inceleyen araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Yaşlıların küçük nesillerle kurdukları ilişkilerin niteliği, algıladıkları yalnızlık düzeyleri ve yalnızla baş edebilmeleri açısından kullandıkları iletişim tekniklerinin ego durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı, baskın ego durumlarından kaynaklı belli davranış özelliklerinin kurulan ilişkiler üzerindeki etkileri, yaşlıların etik karar verme, empati ve duygusal zeka düzeylerinin, problem çözme becerilerinin ego durumlarıyla nasıl farklılaştığını gösteren araştırmaların yapılması alanyazındaki eksikliğin tamamlanması açısından önerilebilir. Yaşanılan yerleşim yerine göre kültürel normların değiştiği göz önüne alınırsa, ego durumu araştırmalarının sosyo-ekonomik ve kültürel olarak daha çeşitli örneklem gruplarıyla yapılması; Türkiye'deki yaşlı nüfus hakkında daha ayrıntılı bilgiler sağlayacaktır.

Yakın ilişkilerinde sorun yaşayan yaşlılara yönelik sağlık hizmetinde, bireylerin baskın ego durumlarının belirlenmesi, sunulan hizmetin daha verimli olmasını ve yaşlıların yaşam doyumlarının arttırılmasını sağlayabilir. Mesleki yararlanım açısından ego durumlarının uygun şekilde kullanımının, sağlık profesyonellerinin etik karar verme becerileri ve hastalar ile kurulacak ilişkilerin verimliliği üzerindeki olumlu etkisi göz önünde bulundurulduğunda; öğrenci

hemşirelerin ders programlarına Transaksiyonel Analiz kullanılarak etkili iletişim teknikleri geliştirmeye ilgili konuların eklenmesi ve aynı şekilde klinik çalışanları için de mesleki eğitim programlarına dahil edilmesi önerilebilir.

Fiziksel sınırlılıkların, yaşamsal kriz dönemlerinden biri olan yaşlılığa hazır oluş açısından birey için başka olumsuzlukları beraberinde getirmesi olasıdır. Bu nedenle bu koşulların birey için ne anlam taşıdığına ayrıntılı değerlendirilmesiyle, bireyi destekleyecek psikolojik ve sosyal mekanizmaların devreye sokulması aşamasında planlamalar yapılması önerilebilir. Yaşlılarla çalışan sağlık profesyonellerinin; yaşlılık süreci, yaşlıların ruh sağlığı ve ego durumlarına göre bireysel özellikleri gibi konularda bilgi sahibi olmalarının sağlanması; özellikle huzurevleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan ileri yaştaki ve ölüm gerçeğiyle yüz yüze olan yaşlı bireylerin gereksinimlerini fark ederek onlara uygun yaklaşımda bulunmaları önerilebilir.

EK - 1

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Ad Soyad:

Tarih:

Yaş:

Eğitim (yıl):

Meslek:

Aktif El:

T. Puan:

**YÖNELİM (Toplam puan 10)**

Hangi yıl içindeyiz

Hangi mevsimdeyiz

Hangi aydayız

Bu gün ayın kaçı

Hangi gündeyiz

Hangi ülkede yaşıyoruz

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız

Şu an bulunduğumuz semt neresidir

Şu an bulunduğumuz bina neresidir

Şu an bu binada kaçınca kattasınız

**KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)**

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (Masa, Bayrak, Elbise)

**DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)**

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deninceye kadar devam edin.

( )

( )

( X )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )



### HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? ( )

### LİSAN (Toplam puan 9)

Bu gördüğümüz nesnelere isimleri nedir? (2 puan) ( )

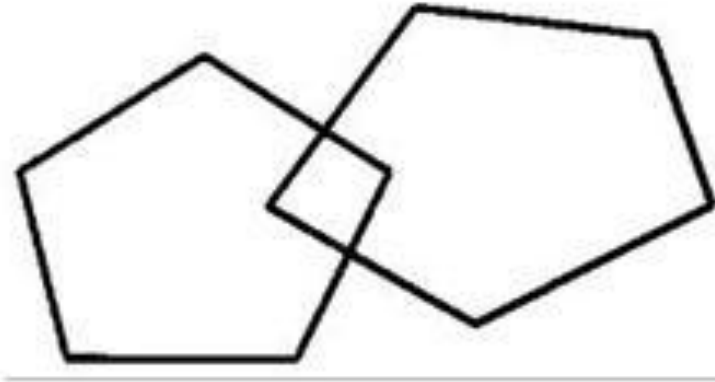
Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" ( )

Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" (3 puan) ( )

Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. ( )

Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın ( )

Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. ( )



**EK – 2**  
**STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST UYGULAMA KILAVUZU**

**BAŞLANGIÇ**

1. Doğru kişinin test edildiğinden emin olmak üzere, kişinin isim ve soyadı sorulur.
2. Görme ve işitme için yardımcı cihazı varsa test esnasında bunların kullanılması sağlanır.
3. Testin uygulanacağı kişilere, bazı sorular sorulacağı söylenerek bilgilendirilir ve testin yapılması için izin alınır.
4. Sorular, anlaşılmadığı veya cevap vermeye teşebbüs edilmediği görüldüğünde, en fazla üç kez tekrar edilir ve yine cevap alınamazsa sözel veya fiziksel hiç bir ipucu vermeden sonraki soruya geçilir.
5. Test uygulanırken, bazı sorularda kullanılmak üzere, bir yüzünde büyük harflerle ve rahat okunabilecek biçimde yazılmış "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" yazısı diğer yüzünde dört yanlı bir figür oluşturacak biçim de iç içe geçmiş iki beşgenin çizgili olduğu bir kağıt bulundurulmalıdır.

**UYGULAMA**

1. SMMT "Size bazı sorular sormak ve çözeniz için bazı problemler göstermek istiyorum, lütfen elinizden gelen en iyi cevabı vermeye çalışın" sorusu ile başlar.
2. Her bir sorunun klinik tecrübeye dayanan ve kolay anlaşılır kendi özel talimatı vardır.
3. Soruların soruluş şekli görüşmeciye bırakılmamış olup, önceden belirlenmiştir. Soruların tamamen belirle nen şekliyle sorulması gereklidir.
4. Soruların yanlarında cevapların yazılabileceği ve puanlandırılabilceği boşluklar bırakılmıştır. Böylelikle toplam puan test bittikten sonra sağlanabilir.
5. Zaman sınırlaması verilen sorularda, görüşmeci talimat bitiminden itibaren süre tutar. Hızlı cevaplama telaşına kapılmayı önlemek için testin uygulandığı kişiye süre tutulduğu bildirilmez. Müsaade edilen süre aşıldığında, görüşmeci "Teşekkürler, bu kadarı yeterli" diyerek bir sonraki soruya geçer. Zaman sınırlaması, değişkenliği azaltmak, güvenilirliği arttırmak, hastanın yetersiz kaldığı sorular karşısında katastrofik reaksiyonlar geliştirmesini önleyerek sakinliğini muhafaza etmek için konulmuştur. Zor bir soru üzerinde çalışıldığında; örneğin beş kenarlı figürlerin kopyasında, zaman dolduğu halde işlem sürmekteyse tamamlanması beklenilir.

**YÖNELİM**

1. Hangi günde bulunulduğu sorulduğunda, bulunulan günün bir gün öncesi ve bir gün sonrası doğru kabul edilir. Ay sorulduğunda ayın son günü ise yeni ay ve yeni ayın ilk günü ise eski ay doğru kabul edilir. Mevsimlerde hava şartlarına göre görüşmeci cevabın doğruluğunu değerlendirmelidir.
2. Bulunulan ülke, şehir, semt, bina ve kat sorulur.

**KAYIT HAFIZASI**

1. Görüşmeci hastadan 1 sn ara ile söyleyeceği 3 kelimeyi tekrar etmesini ister. 20 sn süre verilir, her doğru kelimeye 1 puan verilir, sıra ile tekrarı gerekmez.
2. Cevap verildikten sonra puanlandırılır. Yanlış veya eksik cevap verilmişse en fazla beş kez olmak üzere kelimeler tekrarlanıp testteki hatırlama bölümü için öğrenilmesi sağlanır.

## **DİKKAT ve HESAP**

100'den geriye doğru 7 çıkartılarak sayılır. Her bir doğru çıkarma işlemi için 1 puan verilir. Yanlış yapılan işlemde puan düşüldükten sonra hastaya doğru rakam söylenerek devam edilmesi istenir.

## **HATIRLAMA**

Kayıt hafızası bölümündeki üç kelimenin (masa, bayrak, elbise) hatırlanması istenir. Sıra önemsenmez.

## **LİSAN TESTLERİ**

1. Kalem ve saat gösterilerek ne olduğu sorulur. Cevap için 10 sn verilir. (Toplam puan 2)
2. Yandaki cümlelerin tekrarı istenir: "Eğer ve fakat istemiyorum" 10 sn süre verilerek kelimesi kelimesine tekrara puan verilir. Cümleyi uygun biçimde telaffuz etmek için dikkat göstermek gerekir. Zira yaşlılarda görülen yüksek frekanslardaki işitme kayıplarında cümlelerin anlaşılması zor olabilir. Doğru cevap 1 puandır. (Toplam puan 1).
3. Hastanın birazdan söylenecek 3 basamaklı işlemi uygulaması istenir. Öncelikle hastanın dominant olarak kullandığı elini öğrenmek gerekir. Hastaya "Masada duran kağıdı sol/sağ (nondominant) elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve kağıdı yere bırakın lütfen" cümlesi söylenerek 30 sn süre ve her bir doğru işlem için 1 puan verilir. Bu işlem öncesinde (talimat okunmadan) kağıdın hasta tarafından alınmasına izin verilmez. Görüşmeci kağıdı hastanın uzanamayacağı bir mesafede ve kendi vücuduna göre orta hatta tutmalı, talimat verildikten sonra kağıdı hastanın ulaşabileceği alana doğru itmeli.
4. Bir kağıda büyük harflerle ve puntolarla rahatça okunabilecek şekilde yazılmış cümle okunarak ne yazıyorsa onu yapması istenir. (Toplam puan 1)
5. Hastaya bir kağıt ve kalem vererek tam bir cümle yazması istenir. 30 saniye süre tanınır. Anlam içeren doğru bir cümle için 1 puan verilir (özne, yüklem, nesne bulunmalıdır).
6. Hastaya bir kağıt, kalem ve silgi verilerek şekli gösterilen birbiri içine geçmiş iki beşgeni kopya etmesi istenir. 1 dakika süre tanınır. Beşgenlerin kenar sayılarının tam olmasına dikkat edilir. (Toplam 1 puan)

**EK – 3**  
**BİREYSEL TANITIM FORMU**

**KATILIMCI NO: ....**

**1. YAŞ :** .....

**2. CİNSİYET:** 1) Kadın 2) Erkek

**3. EN UZUN SÜRELİ YAŞANAN YER:**

- 1) Köy
- 2) Kasaba
- 3) Şehir
- 4) Büyükşehir

**4. MEDENİ DURUM:**

- 1) Evli .....yıl
- 2) Bekar
- 3) Dul ..... yıl
- 4) Boşanmış ...yıl

**5. ÇOCUK SAYISI: .....**

**6. EĞİTİM DÜZEYİ:**

- 1) Okuma Yazması Yok
- 2) Okuma Yazmayı Biliyor / İlkokul Mezunu
- 3) Ortaokul / Lise Mezunu
- 4) Yüksek Öğretim Mezunu

**7. GELİR DÜZEYİ:**

- 1) Geliri Yok
- 2) Gelir Giderden Az
- 3) Gelir Gidere Denk
- 4) Gelir Giderden Fazla

**8. SAĞLIK GÜVENCESİ:** 1)Var ..... 2)Yok

**9. TANI KONMUŞ KRONİK HASTALIĞINIZ / HASTALIKLARINIZ VAR MI?**

1)Evet 2) Hayır

**10. CEVABINIZ EVET İSE KRONİK HASTALIĞINIZ/ HASTALIKLARINIZ VE SÜRESİ NEDİR?**

.....  
.....

**11. SAĞLIĞI ALGILAMA DURUMU:**

1) İyi 2) İdare Eder 3) Kötü

**12. SİGARA KULLANIMI:**

1)Var 2)Yok

**13. VARSA SIKLIK, SÜRE?**

.....

**14. ALKOL KULLANIMI:**

- 1)Var
- 2)Yok

**15. VARSA SIKLIK, SÜRE?**

.....

**16. UYKU SORUNU:**

- 1)Var
- 2)Yok

**17. VARSA NEDİR, NE SÜREDİR YAŞANMAKTADIR?**

.....  
.....

**18. GÜNLÜK İŞLERİNİ YAPABİLME DURUMU:**

- 1) Bağımsız
- 2) Yarı Bağımlı
- 3) Bağımlı

**19. HUZUREVİNE GELMEDEN ÖNCE KİMİNLE KALDIĞI:**

- 1) Yalnız
- 2) Çocukları
- 3) Eşi
- 4) Eşi + Çocukları
- 5) Bakıcısı
- 6) Diğer

**20. YAŞAYAN AİLE ÜYESİ:** 1) Var ..... Yaşadığı Yer;.....  
2) Yok

**21. ZİYARETÇİ DURUMU:**

- 1) Ziyarete Gelen Var ; Kim..... Ziyaret Sıklığı:.....
- 2) Ziyaretçisi Yok.

**22. AİLE ÜYELERİYLE KURULAN İLİŞKİNİN ALGILANIŞI:**

- 1) İyi
- 2) İdare Eder
- 3) Kötü

**23. KURUM ÇALIŞANLARI İLE KURULAN İLİŞKİNİN ALGILANIŞI:**

- 1) İyi
- 2) İdare Eder
- 3) Kötü

**24. KURUMDAKİ ARKADAŞLARLA KURULAN İLİŞKİNİN ALGILANIŞI:**

- 1) İyi
- 2) İdare Eder
- 3) Kötü

**25. KURUMDA KALIŞ SÜRESİ:**

- 1) 1 Yılda Az
- 2) 1 - 3 Yıl
- 3) 4 - 6 Yıl
- 4) 7 – 9 Yıl
- 5) 10 Yıl Ve Üzeri

**26. KURUMDA KALMA NEDENİ:**

- 1) Kendi Bakımını Tek Başına Yapamama
- 2) Hiç Kimsesinin Olmaması
- 3) Aile Tarafından Kabul Edilmeme
- 4) Diğer .....

**27. KURUMDA BOŞ VAKİTLERİNİ GEÇİRME DURUMU:**

- 1) Sohbet Ederek
- 2) Televizyon İzleyerek
- 3) Uğraş Yaparak
- 4) Gezerek
- 5) Dinlenerek
- 6) Diğer .....

**28. SOSYAL UĞRAŞILARA KATILMAYA İSTEĞİ:**

- 1) İsteksiz
- 2) Bazen İstekli
- 3) Her Zaman İstekli

**29. HAYATA YÖNELİK BAKIŞ AÇISI:**

.....  
.....

- 1) Hayat yaşamaya değer
- 2) Hayat idare eder
- 3) Hayata bağlayan özel bir neden yok.

**EK - 4**  
**YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ (YDO)**

<b>YAŞAMIM BİRÇOK YÖNÜYLE İDEALLERİME YAKIN</b>						
HIÇ UYGUN DEĞİL	UYGUN DEĞİL	BİRAZ UYGUN DEĞİL	NE UYGUN NE UYGUN DEĞİL	BİRAZ UYGUN	UYGUN	ÇOK UYGUN
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<b>YAŞAM KOŞULLARIM ÇOK İYİ</b>						
HIÇ UYGUN DEĞİL	UYGUN DEĞİL	BİRAZ UYGUN DEĞİL	NE UYGUN NE UYGUN DEĞİL	BİRAZ UYGUN	UYGUN	ÇOK UYGUN
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<b>YAŞAMIMDAN HOŞNUTUM</b>						
HIÇ UYGUN DEĞİL	UYGUN DEĞİL	BİRAZ UYGUN DEĞİL	NE UYGUN NE UYGUN DEĞİL	BİRAZ UYGUN	UYGUN	ÇOK UYGUN
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<b>ŞU ANA KADAR İSTEDİĞİM ŞEYLERİ ELDE EDEBİLDİM</b>						
HIÇ UYGUN DEĞİL	UYGUN DEĞİL	BİRAZ UYGUN DEĞİL	NE UYGUN NE UYGUN DEĞİL	BİRAZ UYGUN	UYGUN	ÇOK UYGUN
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<b>YENİDEN DÜNYAYA GELSEYDİM YAŞAMIMDAN HEMEN HEMEN HİÇBİR ŞEYİ DEĞİŞTİRMEZDİM</b>						
HIÇ UYGUN DEĞİL	UYGUN DEĞİL	BİRAZ UYGUN DEĞİL	NE UYGUN NE UYGUN DEĞİL	BİRAZ UYGUN	UYGUN	ÇOK UYGUN
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

**EK - 5**  
**EGO (BEN) DURUMLARI ÖLÇEĞİ (EDÖ-BDÖ)**

Aşağıda insanı niteleyen 95 sıfat verilmiştir. Sizden istenen "sizi nitelediğini düşündüğünüz, sizin bir özelliğiniz olarak düşündüğünüz" sıfatları işaretlemenizdir. Lütfen size uygun gelen sıfatın yanındaki parantezin içine X işareti koyunuz. İşaretleme işlemi yaparken sıfatlar üzerinde çok fazla düşünmeyiniz. İşaretleyeceğiniz sıfat sayısına ilişkin olarak herhangi bir kısıtlama yoktur. Lütfen işaretlemeyi yaparken olmak istediklerinizi değil, sizde var olan özelliklerinizi dikkate alınız.

- |   |                            |                    |
|---|----------------------------|--------------------|
| 39 ( ) Açık düşünceli<br>(Açık fikirli) | 11 ( ) Ön yargılı          | 75 ( ) Girişken    |
| 41 ( ) Dikkatli                         | 3 ( ) Asık suratlı         | 82 ( ) Sempatik    |
| 40 ( ) Akıllı                           | 83 ( ) Sevimli             | 69 ( ) Kötümser    |
| 64 ( ) Tutuk                            | 63 ( ) Terbiyeli           | 10 ( ) Kuralcı     |
| 65 ( ) Yumuşak başlı                    | 9 ( ) Kibirli              | 4 ( ) Ciddi        |
| 66 ( ) Uyumlu                           | 84 ( ) Sıcakkanlı          | 62 ( ) Sessiz      |
| 72 ( ) Atılgan                          | 33 ( ) Yufka yürekli       | 32 ( ) Yardımsever |
| 73 ( ) Duygusal                         | 89 ( ) Cesur               | 42 ( ) Dürüst      |
| 74 ( ) Gamsız                           | 29 ( ) Sabırlı             | 71 ( ) Telaşlı     |
| 76 ( ) Hayalci                          | 86 ( ) Yaratıcı            | 85 ( ) Şakacı      |
| 1 ( ) Aksî                              | 87 ( ) Doğal               | 35 ( ) Sevecen     |
| 2 ( ) Alaycı                            | 88 ( ) Seksi               | 56 ( ) Uslu        |
| 31 ( ) Vefakar                          | 12 ( ) Resmî               | 68 ( ) Mızumsuz    |
| 30 ( ) Sırdaş                           | 18 ( ) Sınırlı             | 67 ( ) Tedirgin    |
| 22 ( ) Cömert                           | 13 ( ) Titiz               | 90 ( ) Kararsız    |
| 26 ( ) İçten                            | 77 ( ) Heyecanlı           | 91 ( ) Korkak      |
| 44 ( ) Dakik                            | 78 ( ) Maceracı            | 92 ( ) Nüktedan    |
| 45 ( ) Gerçekçi                         | 79 ( ) Meraklı             | 93 ( ) Asi         |
| 46 ( ) Mantıklı                         | 57 ( ) Ağırbaşlı           | 94 ( ) Rahat       |
| 47 ( ) Temkinli                         | 58 ( ) Bağımlı             | 95 ( ) Soğukkanlı  |
| 51 ( ) Adil                             | 59 ( ) Çekingen            | 19 ( ) Tedbirli    |
| 52 ( ) Bağımsız                         | 49 ( ) Tutarlı             | 17 ( ) Öfkeli      |
| 53 ( ) Zeki                             | 50 ( ) Açık sözlü          | 16 ( ) Kararlı     |
| 54 ( ) İradeli                          | 14 ( ) Otoriter            | 38 ( ) Samimi      |
| 55 ( ) Düzenli                          | 20 ( ) Anlayışlı           | 21 ( ) Cana yakın  |
| 5 ( ) Eleştirci                         | 80 ( ) Neşeli              | 37 ( ) Kibar       |
| 6 ( ) Gurulu                            | 81 ( ) Sabırsız            | 24 ( ) Güvenilir   |
| 23 ( ) Geçimli                          | 25 ( ) Hoşgörülü           | 70 ( ) Olgun       |
| 27 ( ) İlgili                           | 15 ( ) Sabit fikirli       | 36 ( ) Hoşsohbet   |
| 28 ( ) Merhametli                       | 60 ( ) Nazik               | 61 ( ) Saygılı     |
| 7 ( ) İdealist                          | 48 ( ) Sorumluluk alabilen |                    |
| 8 ( ) Katı                              | 43 ( ) Düşünceli davranan  |                    |
|   | 34 ( ) Başkalarını düşünen |                    |



# **HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN YAŞAM DOYUMLARI İLE EGO DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Ar. Gör. Gizem BEYCAN EKİTLİ**

**Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Danışman: Doç. Dr. Esra ENGİN**

**Ağustos 2013, 150 Sayfa**

Sağlık hizmetlerinin temel taşı olan hemşirelerin, yaşlı bireyi bütüncül olarak ele alması ve yaşam doyumları üzerindeki etkili faktörlerin farkında olarak bireysel ihtiyaçlara özel girişimlerde bulunması önemlidir. Araştırma, huzurevinde yaşayan yaşlıların, yaşam doyumları ve ego durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel tipte ilişkisel bir alan araştırmasıdır. Nüfusun hızla önemli bir kesimini oluşturmaya başlayan yaşlıları anlama ve kaliteli bir yaşam sürdürmelerini sağlayabilme aşamasında hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Ego durumlarının incelenmesi ile kişilerin yaşadıkları anı değerlendirirken kullandıkları formüllerinin ve kendilik algılarının belirlenmesi, ikili ilişkilerdeki tutumlarının analiz edilmesi sağlanabilir. Tüm bunlarla bağlantılı olarak kişilerin geliştirdikleri olumlu ya da olumsuz algılar ve tutumlara karşı olarak, koruyucu ya da destekleyici girişimlerin planlanması; kişinin yaşadığı andan aldığı doyumun arttırılmasını hedefleyen hemşire ekibiyle birlikte bütün sağlık profesyonellerine yol gösterici olacaktır. Bu araştırmanın amacı yaşlıların yaşam doyumları ve ego durumları arasındaki ilişkinin tanımlanmasıdır.

126 yaşlı (68 erkek; ; ortalama yaş:  $77.84 \pm 7.49$  yıl) araştırmaya katılmıştır ve veri toplama araçları olarak 'Bireysel Tanıtım Formu', 'Yaşam

Doyumu Ölçeği' (YDÖ) ve 'Ego Durumları Ölçeği Sifat Tarama Listesi' (EDÖ) kullanılmıştır. Yaşlıların YDÖ puan ortalamaları  $21.84 \pm 5.30$  (min:9, maks:33) olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar huzurevindeki yaşlıların yüksek yaşam doyumuna sahip olduklarını göstermektedir. EDÖ ile incelendiğinde, yaşlıların baskın ego durumlarının Eleştirel Ebeveyn Ego Durumu (%34.1) olduğu belirlenmiştir. Araştırmada, yaşlıların yaşam doyum düzeyleri ve baskın ego durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu ( $F=47.304$ ,  $p<0.05$ ) ve bu farklılıklar Doğal Çocuk Ego Durumu ve Eleştirel Ebeveyn Ego Durumlarından kaynaklanmıştır. Sonuç olarak; Doğal Çocuk Ego Durumunun karakteristik özellikleriyle yaşamak, yaşlıların yaşam doyumunu arttırdığı belirlenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Yaşlı; Yaşam Doyumu; Hemşire; Ego Durumları; TA

**e-mail:** [gizem-beycan@hotmail.com](mailto:gizem-beycan@hotmail.com)

[gizem.beycan@ege.edu.tr](mailto:gizem.beycan@ege.edu.tr)

# **THE RELATION BETWEEN ELDER'S LIFE SATISFACTION AND EGO STATES WHO LIVING IN NURSING HOME**

**Reaserch Assist., RN., Gizem BEYCAN EKİTLİ**

**MD. Thesis in Ege University Institute of Health Sciences**

**Mental Health Nursing Department**

**Supervisor: Doç. Dr. Esra ENGİN**

**August 2013, 150 Pages**

It is important that nurses who has the basic roles in health care, handle the elderly people in a holistic approach and become aware of the factors that are influential on their life satisfaction and response to their individual needs. The elderly constitute an important part of the society and nurses have great responsibilities in understanding them and making them a quality life. By examining their ego states; determining their formulas which they use during evaluation of their life time and their self-perceptions, an analysis on their attitudes in interpersonal interactions may be possible. Depending on the before-mentioned factors, all perceptions and attitudes developed by people that are either positive or negative and countermeasures for all these, protective or supportive interventions can be planned. This planning will lead to all health care professionals together with nurses who aim to increase the life satisfaction of individual. TA may be expected to be effective both in supporting the self-satisfaction of an individual in life quality, and in developing the communication between other disciplines and the elderly people together with nurses. The purpose of this study was to identify the relationship between life satisfaction and ego states in elderly in nursing home.

126 elderly (68 males; mean age:  $77.84 \pm 7.49$  years) participated in and as the data tools 'Elderly Introduction Form', 'The Satisfaction With Life Scale' (SWLS) and 'Adjective Check List' (ADL) were used. The mean SWLS score of elderly was estimated as  $21.84 \pm 5.30$  (min:9, max:33). This result indicates that elderly in nursing home have scores equivalent to high level of life satisfaction. When examined with ADL, the dominant ego state of elderly was found to be Critical Parent (%34.1). At research, there is a significant differences between life satisfaciton levels and dominant ego states ( $F=47.304$ ,  $p<0.05$ ) and the differences result from Natural Child Ego States and Critical Parent Ego States. In conclusion, living life with Natural Child Ego State's attitude improve life satisfaction levels in elderly.

**Key Words:** The Elderly, Life Satisfaction, Nurse, Ego States, TA

**E-Mail:** [gizem-beycan@hotmail.com](mailto:gizem-beycan@hotmail.com)


[gizem.beycan@ege.edu.tr](mailto:gizem.beycan@ege.edu.tr)

## ÖZGEÇMİŞ

Kasım 1987, İzmir doğumlu araştırmacı yükseköğretimini Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda tamamlamış olup, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimini sürdürmüştür. Üç yıllık klinik deneyiminin ardından, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda 2012 yılından itibaren araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır. Uzmanlık alanı olarak psikoterapiler ve hemşirelikte psikoterapi uygulamaları üzerine çalışmayı düşünmekte olan araştırmacı, Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Uygulamaları süpervizyonunu tamamlamıştır.

Araştırmanın sürdürüldüğü kurumda 2010-2012 yılları arasında aktif olarak hemşirelik yapmıştır.

gizem beycan 

E-postada ara 

yasam doyumunu

Klasörler

Gelen kutusu

Gereksiz

Taslaklar

Gönderilmiş

Silinmiş 315

...erasmus

aa PSİKİYATRİ HEMŞİ...

2. sınıf sekreter

bdt 2012 psikiyatri

çalıştay

erasmus çalışma

evrak işleri 1

faaliyet

habibe

kitap

mailler

okunacak 1

şifreler

tez

yaşlı makale

giizem

DEKONT 3

diziii 1

ingilizce

kitapyurdu

nevresim dünyası

yüksek lisans

-1-

araştırma



Ünsal yetim Kişilere ekle 11.04.2013 Belgeler  
Kime: gizem-beycan@hotmail.com

1 ek (23,6 KB)



Outlook Etkin Görünüm

YD OLCEK.docx



Zip olarak indir

Ekte istediğiniz bilgileri gönderiyorum. İyi çalışmalar.  
Ünsal Yetim

gizem beycan E-postada ara 

Klasörler

Gelen kutusu

Gereksiz

Taslaklar

Gönderilmiş

Silinmiş 315

...erasmus

aa PSİKİYATRİ HEMŞİ...

2. sınıf sekreter

bdt 2012 psikiyatri

çalıştay

erasmus çalışma

evrak işleri 1

faaliyet

habibe

kitap

mailler

okunacak 1

şifreler

tez

yaşlı makale

giizem

DEKONT 3

diziii 1

ingilizce

kitapyurdu

nevresim dünyası

yüksek lisans

-1-

araştırma

Re: EDÖ kullanım izni hakk.



ramazan arı güncel 07.03.2013

Kime: gizem beycan

ramaz

günce

Kişiyi gör

Merhaba gizem hanım. e-mektubunuzu geç değerlendirdiğim için kusura bakmayın. Türkiye ye döndükten sonra iki gün e-postalarımı ilgilenemedim. Ego Durumları ölçeğini kullanmanız bana mutluluk verir. Sizin benden ne istediğinizi bilmiyorum ama iki önemli şey yazmam lazım. Ölçek insanı niteleyen sıfatlardan oluşmakta. Yönergede "sizi niteleyen sizi niteleyen sıfatları işaretleyin" diyor. Bu yönerge çeşitli sıkıntılara neden oluyor. Denekler çok fazla sıfat işaretleyince egogramlar birbirine çok yaklaşıyorlar. dolayısıyla "sizi niteleyen -tam olarak sizin bir özelliğiniz olduğunu düşündüğünüz sıfatları işaretleyiniz" veya tam olarak sizi ifade eden 15 veya 20 sıfat işaretleyiniz" demek çok iyi sonuç veriyor.

ikinci konu şu: ben bu çalışmayı yaptığımda her bir deneğin ego gramını hesaplamada CWbasic dilinde program yapılıyordu. Artık bilgisayarlarda bu yazılım yok ve cv basic dilini bir programcı birinin gnümüze uyarlaması gerek. Hesaplama kolay (bilgisayarda) deneğin işaretlediği sıfatların numaralarını girerek egogramlarını çok kısa sürede hesaplaya bilirsiniz. Bana güçlüklerinizi tam tanımlayarak bildirirseniz daha çok yardımcı olabilirim. Selamlar kolay gelsin.

--- On Wed, 3/6/13, gizem beycan <gizem-beycan@hotmail.com> wrote:

From: gizem beycan <gizem-beycan@hotmail.com>  
Subject: EDÖ kullanım izni hakk.  
To: ramazanarig@yaho.com  
Date: Wednesday, March 6, 2013, 3:39 AM

Sayın Ramazan Hocam;

Dün saat 14:00 sularında rahatsız ederek, sizinle telefonda görüşmeyi başarmıştım. Tekrar kendimi tanıtmam uygun olur sanırım, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh

Sağlığı ve Hast. Hemsireliği AD asistanı ve yüksek

© 2013 Microsoft Koşullar Gizlilik Geliştiriciler Türkçe

  site

Daha fazla

gizem

Yeni Yanıtla

Sil

Re: ego durumları ölçeği hakk...

Kategoriler

makba

Klasörler

Gelen kutusu 2

Gereksiz 2

Tasıklar

Gönderilmiş

Silinmiş 607

...erasmus

aa PSİKİYATRİ HEM...

2. sınıf sekreter

bdt 2012 psikiyatri

çalıştay

entegrasyon çalış...

erasmus çalışma

evrak işleri

faaliyet

habibe

kitap

mailler

okunacak

şifreler

tez

yaşlı makale

gizem

DEKONT

diziii

ingilizce

kitapyurdu

nevresim dünyası

yüksek lisans

Bununla ilişkili iletileri görmek için, iletileri konuşmaya göre gruplandırın.



makbag 13.07.2013

Kime: gizem beycan

Merhaba Gizem,

Tabii ki yardımcı olurum.. Öncelikle verilerini excel dosyasına A kolonunu boş bırakarak girmelisin. Yapacağın şey kişi hangi sıfatı işaretlemişse ilgili sıfatın kutucuğuna excel de 1 demen işaretlenmeyenlere bir şey yazma... Burada exceldeki harfler kişiyi sütündeki 95'e kadar olan sayılarda sıfatlar olarak düşünülecek SPSS'den farklı... Sonra gönderdiğim programın üzerine verilerini yapıştırıracaksın ve en alt sırada hesaplamalar yatay halde gözükecek... Aslında basit... Yanlız A kolonunun boş bırakılması çok önemli... Keşke daha erken iletişime geçseydiniz....Yapamazsanız verilerinizi bir ara gönderin...Ben de hesaplarım sizin için sakıncası yoksa..Kolay gelsin....

ASS. PROF.DR. MUGE AKBAĞ

MARMARA UNIVERSITY

FACULTY OF ATATURK EDUCATION

DEPARTMENT OF EDUCATIONAL SCIENCES,

GUIDANCE AND PSYCHOLOGICAL COUNSELING

© 2013 Microsoft Koşullar Gizlilik Geliştiriciler Türkçe

site

Daha fazla





T.C  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



SAYI : 27344949- 1499  
KONU: Yüksek Lisans Tez Çalışması

29/07/2013

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İLGİ: İzmir Valiliği Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğünden gelen 24.07.2013 tarih ve 96785995/622-03-24176 sayılı yazısı.

Ana Bilim Dalımız Öğretim Üyelerinden Doç.Dr. Esra ENGİN sorumluluğunda Yüksek Lisans Öğrencisi Arş. Gör. Gizem BEYCAN'ın "**Huzurevinde kalan Yaşlıların Yaşam Doyumları ve Ego Durumları Arasındaki İlişki**" konulu yüksek lisans tez çalışması ile ilgili gelen yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. D. Zümrüt BAŞBAKKAL  
Dekan Vekili



T.C.  
İZMİR VALİLİĞİ  
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü

SAYI : 96785995/ 622-03 24176  
KONU: Gizem BEYCAN

24/07/2013

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
BORNOVA/İZMİR

İlgi :16/05/2013 tarih ve 1004 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazı ile Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Gizem BEYCAN “Huzurevinde Kalan Yaşlıların Doyumları ve Ego Durumları Arasındaki İlişki” konulu yüksek lisans tezini İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğünde yapabilme talebi ile Müdürlüğümüze başvurmuştur.

İl Müdürlüğü koordinesinde, kuruluş müdürlükleri denetiminde ses-görüntü kaydı alınmaksızın Ad-Soyad bilgisi kullanılmadan,gönüllülük esası çerçevesinde uygulanabilmesi,araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayınlanmaması ile ilgili Bakanlığımızın Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığından gelen 10/07/2013 tarih ve 201 sayılı yazısı ekte gönderilmektedir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

  
Zafer YILDIRIM  
İl Müdürü

Ek: Onay Yazısı (1 Sf)

Adres: Gazi Bulvarı No.97 Çankaya İZMİR Tel: 4463352 Fax: 4461463



2013 Sayılı Kanunla Göz ZAFER YILDIRIM tarafından 28851579394826986 Seri Nolu Sertifika ile 24.07.2013 17:08:09 Tarihinde Elektronik Olarak İmzalanmıştır.

Yeni Yanıtla

Sil

## TEZ ÇALIŞMASI TALEBİNİZ (Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü)

Kategoriler

gizem

kader



K:

Zaten Face misiniz?

### Klasörler

Gelen kutusu 218

Gereksiz 15

Taslaklar 1

Gönderilmiş

Silinmiş 108

...erasmus

aa PSİKİYATRİ HEM...

2. sınıf sekreter

bdt 2012 psikiyatri

çalıştay

entegrasyon çalış...

erasmus çalışma

evrak işleri

faaliyet

habibe

kitap

mailler

okunacak

şifreler

tez

yaşlı makale

giizem

DEKONT

diziii

ingilizce

kitapyurdu

nevresim dünyası

yüksek lisans



kader ortakaya (kaderortakaya@hotmail.com) K:

Kime: gizem-beycan@hotmail.com

Gizem Hanım,  
Müdürlüğümüze 16/05/2013 tarih ve 1004 sayılı yazı ile yapmış olduğunuz tez çalışması talebi Bakanlığımız tarafından uygun görülmüş olup, cevap yazısı Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığına bu hafta gönderilecektir. Çalışmalarınıza cevap yazısında belirtilen koşullar doğrultusunda başlayabilirsiniz.  
İyi Çalışmalar.

Kader ORTAKAYA  
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü  
Eğitim/TKY Sorumlusu  
4463352/207

site

© 2013 Microsoft Koşullar Gizlilik Geliştiriciler Türkçe

Daha fazla



T.C.  
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI  
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı: 84459573-605.01-72833  
Konu: Araştırma Talebi(Gizem BEYCAN)

12.07.2013

İZMİR VALİLİĞİNE  
(Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğüne)

İlgi: 20.06.2013 tarih ve 19866 sayılı yazınız.

İlgi yazı ile Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A...  
Dalı yüksek lisans öğrencisi Gizem BEYCAN'ın "Huzurevinde Kalan Yaşlıları Yaşam  
Doyumları ve Ego Durumları Arasındaki İlişki" konulu yüksek lisans tezini İzmir Huzurevi  
Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğünde yapabilme talebi bildirilmiştir.  
Söz konusu talebe ilişkin alınan Makam Onayı ekte gönderilmektedir.  
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim

Amber TÜRKMEN  
Bakan a.  
Daire Başkan V.

74139  
Güvenli Elektronik İmzalı  
Aşılı İle Aynıdır

EKLER :  
1 Sayfa

Tarih : 15.07.2013.

Tuğba YILMAZ  
Öğretmen

Sosyal Politil  
Va

amda İmzalanmıştır.

zö Mahallesi 2177.Sokak No:10/A

Ayrıntılı Bilgi : S. ÖZKURT ÇETİ

1 Çalışmacı

Faks :  
Elektronik Ağ: [www.aile.gov.tr](http://www.aile.gov.tr)