

T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yönetici
Dr. Öğr. Üyesi İlknur DİNDAR

SARUHAN KANBUR AİLE SAĞLIK MERKEZİNE
BAĞLI 60 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERİN
ÖLÜM KAYGISI VE ÖLÜME İLİŞKİN DEPRESYON
DURUMU

(Yüksek Lisans Tezi)

Cevriye Gözde EKŞİ

EDİRNE-2019

T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yönetici
Dr. Öğr. Üyesi İlknur DİNDAR

SARUHAN KANBUR AİLE SAĞLIK MERKEZİNE
BAĞLI 60 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERİN
ÖLÜM KAYGISI VE ÖLÜME İLİŞKİN DEPRESYON
DURUMU

(Yüksek Lisans Tezi)

Cevriye Gözde EKŞİ

Tez No:

EDİRNE-2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

O N A Y

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Dr.Öğr.Üyesi İlknur Dindar danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Cevriye Gözde EKŞİ tarafından tez başlığı "Saruhan Kanbur Aile Sağlık Merkezine Bağlı 60 Yaş ve Üzeri Bireylerin Ölüm Kaygısı ve Ölümüne İlişkin Depresyon Durumu" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 08/10/2019 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından "**Yüksek Lisan Tezi**" olarak kabul edilmiştir.

İmza
Unvanı Adı Soyadı
JÜRİ BAŞKANI
Prof.Dr.Faruk YORULMAZ

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE
Dr.Öğr.Üyesi İlknur DİNDAR

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE
Dr.Öğr.Üyesi Aylin YALÇIN IRMAK

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince ve tez çalışmamın her aşamasında ilgisini, her konuda desteğini, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan sevgili tez hocam Dr. Öğr. Üyesi İlknur DİNDAR'a, araştırmamı yaptığım Saruhan Kanbur Aile Sağlık Merkezi hekim ve hemşirelerine, yaşamımın her anında maddi manevi desteği ile yanımda olan başta büyükbabam Hacı Mehmet EKŞİ ve anne babama, tez sürem boyunca bilgisini ve desteğini benden esirgemeyen sevgili arkadaşım Rûveyda ÖLMEZ'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER	3
YAŞLILIK DÖNEMİ.....	3
ÖLÜM.....	8
ÖLÜM KAYGISI.....	10
YAŞLI BİREYLERDE ÖLÜME İLİŞKİN DEPRESYON	17
GEREÇ VE YÖNTEM	19
BULGULAR	23
TARTIŞMA.....	34
SONUÇLAR.....	39
ÖZET	42
SUMMARY	44
KAYNAKLAR.....	46
ŞEKİLLER LİSTESİ	56
ÖZGEÇMİŞ	58
EKLER	59

SİMGE VE KISALTMALAR

ASM	: Aile Sağlık Merkezi
ÇEV	: Çeviri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ED	: Editör
HÜNE	: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri
ÖDÖ	: Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği
ÖKÖ	: Ölüm Kaygısı Ölçeği
S	: Sayfa
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Sayfa Sayısı

GİRİŞ VE AMAÇ

Ölüm kaçınılmaz bir gerçek olarak, insanlarda çeşitli duygular uyandırır. Ölüm, “bir canlının yaşamının tam ve kesin bir biçimde sona ermesi” olarak tanımlanmaktadır (1).

Bireylere göre ölüm; ebedi hayata gidip Yaratıcılarına kavuşmayı, hayatın tamamen bitmesi anlamına gelmektedir. Bireylerde ölüm korkusu kaygıya ve depresyona sebep olabilmektedir (2-4).

Kaygı (İngilizce “anxiety”) üzerinde uzlaşılan tek bir tanımı olmasa da, pek çok araştırmacı kaygının duygulanımla ilişkili olduğu konusunda hem fikirdir (5,6).

Kaygı; korku, tutum, depresyon ve endişe gibi birkaç yapıyla yakından ilgilidir. Ölüm kaygısı kişinin gelecek ile ilgili planlarının gerçekleşemeyeceğine dair yaşadığı kaygıdır (7).

Literatürde ölüm kaygısı duygusal, bilişsel ve motivasyonel bileşen olarak incelenir (8). Ölüm kaygısı çok boyutlu bir kavramdır (5).

Depresyon; bireyin, ruhen ve bedenen çökme, kendini kederli hissetme, yaşamsal ve işlevsel aktivitelere karşı isteksizliğinin arttığı, bazen intihar, hatta ölümlle sonuçlanabilen duygu durumudur (9).

Depresyon sıklığı ve süresi yaş ile paralel olarak artan, yineleyen ve uzun süre tedavi gerektiren ve yaşlılık döneminde görülen en yaygın sorunlardan biridir (10).

Ölüme yönelik duygular ve tutumlar; kişinin çevresinden, yaşından, var olan hastalık durumundan, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlık durumundan etkilenmektedir. Bireyler yaşları ilerledikçe kendilerini ölüme daha yakın hissedip daha fazla kaygı yaşayabilmektedir. Yaşlılık döneminde bireylerde biyolojik, fizyolojik ve psikolojik işlevlerde gerilemenin ve yetersizliklerin ortaya çıktığı, buna bağlı olarak kişide iş veriminin azaldığı, sağlıkta

bozulmaların başladığı, vücudun yapısal yıkım ve harabiyetine neden olan değişikliklerin gerçekleştiği dönemdir. Yaşlılık bireyin öz bakımında eksiklik yaşadığı bir dönemdir (11-13).

Yaşlılıkta görülen depresyon, kaygı bozuklukları, fobiler ve obsesyonların varlığında bireylerin ölüme ilişkin depresyon ve ölüm kaygısı artabilmektedir. Bireyin yaşamı boyunca karşılaştığı ölüm olayları, kaybettiği yakınları ve kendisinin karşılaştığı tüm ölümcül olaylar, hastalıklar, onun ölüme ilişkin depresyon ve kaygı düzeyini belirlemektedir. Yani yaşlı bireylerin yaşamdan edindikleri deneyimler sonucunda ölüme ilişkin depresyon ve ölüm kaygısı oluşabilmektedir (14,15).

Ölüme ilişkin tutumları etkileyen diğer özellikler ise din, kültür, deneyimler ve bireylerdeki ölüm algısıdır. Bu durumların hepsi incelendiğinde ölüm algısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölüm kaygısı düzeyleri bireyden bireye farklılık göstermektedir (11-13).

Bu araştırmanın amacı, Saruhan Kanbur Aile Sağlık Merkezine bağlı 60 yaş ve üzeri bireylerin, demografik, sağlık durumu, kişilik özellikleri ve ölüme karşı tutumlarının ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon durumuyla ilişkisini belirlemektir.

GENEL BİLGİLER

YAŞLILIK DÖNEMİ

Yaşlılık dönemi; fizyolojik, psikolojik, zihinsel ve bedensel işlevlerin azalarak devam ettiği bir süreçtir. Genel olarak 60 yaş üstü bireyler yaşlı kabul edilir, fakat yaşlılık sınıflandırılması ülkelerin içinde bulunduğu koşullar, sağlık güvence sistemleri, doğuştan beklenen yaşam süresine göre değişiklik göstermektedir (12). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) endüstrileşmiş ülkelerin emeklilik yaşı olarak belirlediği 65 yaşı yaşlılığın sınırı olarak kabul etmektedir. DSÖ 65-74 arasını “**genç yaşlı**”, 75-84 arasını “**yaşlı**” ve 85 üzerine “**ileri yaşlı**” olarak kabul edilmektedir (11).

Yaşlılık döneminde bireylerde öz bakım eksikliği, anksiyete düzeyinde artış meydana gelmektedir. Bunun sonucunda bireylerin başkalarına bağımlı olma durumu artmaktadır (12,13). Yaşlılıkta bağımlı olma durumunun artması sonucunda bireylerin yaşam kalitesi azalır. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini, yalnız yaşaması, çalışma hayatının bitmesi ve bu duruma bağlı olarak ekonomik ve barınma sorunları yaşaması, beslenme düzeyinin azalması ve sahip olduğu kronik hastalıklar etkilemektedir (16,17). Yaşlı bireyin; yaşam kalitesini arttırmak ve kendi öz bakım ihtiyacında bağımlılık oranını azaltmak için fizyolojik, mental, psikolojik ve sosyal yönden değerlendirilmedir. Yaşlı bireylerde yaşam kalitelerinin artması için toplumsal ve sosyal politikalarda ortak bir çalışma planlaması gerekmektedir (5).

Kronolojik olarak yaşlanma süreci 65 yaşında başlamasına rağmen bu süreç bireyden bireye farklılık gösterebilir. Yaşlanma sürecini etkileyen faktörler; bireylerin biyolojik ve fizyolojik özellikleri, psikolojik durumları, stres ve toplumsal olaylar gelmektedir (18).

Yaşlanma; kronolojik yaşlanma, biyolojik yaşlanma, psikolojik yaşlanma, sosyal yaşlanma ve ekonomik yaşlanma olarak sınıflandırılmaktadır (5).

Kronolojik Yaşlanma

İçinde bulunduğu yaş ile ifade edilir. Aynı yaş grubundaki bireylerin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sağlık durumlarının farklı olmasından dolayı kronolojik yaşlanma tanımı yetersiz bir tanım olmaktadır (19).

Biyolojik Yaşlanma

Bireylerin hücrelerinde meydana gelen yapısal ve fonksiyonel değişimler ve yıpranmalardır. Biyolojik yaşlanma bireyden bireye farklılık gösterir (20).

Psikolojik Yaşlanma

Bireyler yaş aldıkça yaşamdan kazandıkları deneyimler sonucu davranışsal uyum yetenekleri de değişime uğramakta ve bu değişiklikler, kişide psikolojik yaşlanmayı oluşturmaktadır. Bireyin; zekâ, hafıza, duyu alanlarındaki fonksiyon kaybı, geçmişe özlemi, geleceğe dair yalnızlık ve güvensizlik hissi psikolojik yaşlanma durumunu etkilemektedir (18).

Sosyal Yaşlanma

Fiziksel yaşlanmaya bağlı çalışma ve üretme gücünün giderek azalması ve bu durumdan kaynaklı bireyin toplumda oluşturduğu rol, statü ve bireyden beklenen beklentilerin değişmesi olarak ortaya çıkmaktadır. Bu değişimler bireyin sosyal yönden yaşlanmasına sebep olmaktadır (21).

Ekonomik Yaşlanma

Bireyin emekli olması sonucu, gelir düzeyindeki azalma ile ortaya çıkmaktadır. Ekonomik gücü azalan yaşlı bireyde, kendi kendine yetemeyeceği kaygısı bunun sonucunda da çevresindeki insanlara yük olacağını fikrini oluşturmaktadır. Ekonomik yaşlanma, yaşlı bireylerde mutsuzluğa sebep olduğu için bireylerin sağlık durumunu tehdit etmektedir (20).

Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık

Demografik dönüşüm olarak adlandırılan küresel yaşlanma sürecinde, beklenen yaşam süresinin uzaması, yetişkin mortalitenin azalması ve düşük doğurganlığa bağlı olarak yaşlı nüfus sayısı artmaktadır (22).

Dünyada 60 yaş üstü grup, 2006 yılında 688 milyon olarak tahmin edilmiş olup, 2020 yılına kadar yaşlı nüfusun 1 milyardan fazla olacağı ve bunun 700 milyondan fazlasının da gelişmekte olan ülkelerde bulunacağı tahmin edilmektedir (22).

Dünyada 65 yaş ve üstü nüfus 2000 yılında tahmini 420 milyon olup, 1999 yılına göre 9,5 milyon artış göstermiştir. Dünyada 2000-2030 yılları boyunca 65 yaş ve üstü nüfusun 550 milyondan 973 milyona yükseleceği öngörülmektedir. Dünya genelinde 2020 yılına kadar 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfusa oranının %6,9'dan %12,0'a yükselmesi beklenmektedir (23,24).

Gelişmekte olan ülkelerde nüfusun yaşlanması gelişmiş ülkelere göre daha hızlıdır. Ülkelerde yaşlı nüfusunun artmasıyla bireylerde görülen kronik hastalık görülme riski de artmaktadır. Yaşam süresinin artması ile birlikte yaşlı bireylerin fiziksel ve mental kapasitelerinde düşüşler meydana gelebilmektedir. Yaşa bağlı fonksiyonel kayıpların belli bir oranda azaltılması gelişmiş yüksek gelirli ülkeler için olası bir durumken orta ve az gelişmiş düşük gelirli ülkeler için bu durum belirsizliğini korumaktadır (23).

Türkiye; demografik dönüşümü yaşayan ve hızlı bir şekilde yaşlı nüfusu artan gelişmekte olan bir ülkedir. Ülkemizde yaşlı nüfus diğer yaş gruplarına oranla daha fazla artış göstermektedir. Türkiye'de toplam nüfus artış hızı 2013 yılında %13,7 iken, yaşlı nüfusun artış hızı bunun yaklaşık 3 katı (%36,2)'dir (25).

Türkiye'de 1970'lerden itibaren 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfus içindeki payı artış göstermiştir. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı 1940'ta %3,5 iken, 1970'de %4,4'e, 2012'de %7,5'e ve 2016'da %8,3'e çıkmıştır (26).

Nüfus tahminlerine göre yaşlı nüfus oranının 2023'te %10,2, 2050'de %20,8, 2075'te ise %27,7'ye artış göstereceği öngörülmektedir. Türkiye 2016 yılındaki yaşlı nüfus oranına göre ülkeler sıralamasında 66. sırada yer almaktadır (25-29). 2018 yılında toplam nüfus içinde 65 yaş ve üstü yaş grubunun oranı %8,8'dir (30).

Yaşlı Bireylerde Görülen Fizyolojik Değişimler

Yaşlanma sürecinde bireysel ve çevresel etkenlere bağlı olarak bireyde bazı değişiklikler meydana gelmektedir ve bu değişimler her bireyde farklılık göstermektedir (31).

Yaşlı bireylerde görülen en sık mortalite ve morbiditeye neden olan hastalık grubu kardiyovasküler hastalıklarıdır (32).

Yaşlanan bireyin kalp kas ve ileti sistemi yavaşlamakta ve bu durumun sonucunda kalpten pompalanan kan azalmaktadır. Kalbin yapısal ve fonksiyonel işleyişinin bozulması yaşlı bireyin kalp yetmezliğine girmesini kolaylaştırmaktadır (33,34).

Yaşlı bireyin yaşlanma ile değişime uğrayan bir başka sistemi solunum sistemidir. Solunum yüzey alanları, genç yetişkinlerde 75 m² iken yaşlı bireylerde ise bu oran çeşitli sebeplerden dolayı alveollerin zarar görmesi sonucunda her 10 yılda bir 3 m² azalma göstermektedir. Yaşlanma sürecinde bireylerin akciğer esneklikleri azalmaktadır, bu durumun sonucunda yaşlı birey nefes alma ve verme olayı sırasında daha fazla enerji harcamaktadır (35,36).

Yaşlanma sürecinde gastrointestinal sistemde görülen kas ve emilim hareketlerindeki azalma, yaşlı bireylerde iştahsızlık, kaşeksi, diyare, konstipasyon, hazımsızlık, obezite gibi sorunlara neden olmaktadır (37,38). Yaşlanma ile birlikte bireylerin, mide elastikliğinde azalma oluşmaktadır ve buna ek olarak mukus sekresyonlarında da azalma görülmektedir. Bu azalma sonucunda yaşlı bireyin vücudunda demir ve kalsiyumun biyoyararlılıkları da azalmaktadır (39).

Yaşlanma sürecinde karaciğerde, hücre miktarında azalmaya bağlı küçülme meydana gelmekte buna bağlı olarak karaciğerde; ilaç ve toksik veya toksik olmayan maddeleri işleyen kan akımını sağlayan bazı enzimlerin etkinliği azalmaktadır. Bu sebepten dolayı yaşlı bireylerde ilaç kullanımına dikkat etmek gerekmektedir (40).

Yaşlı bireylerin hücrelerindeki azalma ile birlikte böbrek dokusunda küçülme meydana gelmekte, böbreğin kan akımı azalmaktadır. Bunun sonucunda nefron kaybı meydana gelmekte ve böbreğin sekresyon ve emilim yeteneği azalmaktadır (32,41).

Böbrek fonksiyonların azalması kalsiyum metabolizmasının bozulmasına neden olur; bu duruma bağlı olarak yaşlı bireylerde kemik yoğunluğunda azalma meydana gelmektedir. Yaşlı bireyin mesane kapasitesindeki azalmaya bağlı inkontinans, poliüri ve noktüri görülebilmektedir (38-42).

Yaşlanma sürecinde kemik yoğunluğundaki azalmaya bağlı olarak kemikler daha hassas ve kırılabilir hale gelmektedirler. Yaşlanmada kemik ve kas dokusu kayıplarını bağlı olarak bireylerde boy kısalması, kemiklerde kırılma, bacaklarda eğrilik ve kamburlaşma gelişmektedir (38). Yaşlanma sürecinde bireylerin fiziksel aktivitelerinin azalması kas kitleleri ve kas kuvvetinin daha da fazla azalmasına neden olmaktadır (38-43). Yaşlanma ile birlikte, bireyin bedeninde fizyolojik olarak değişimler oluşmaktadır. Yaşlı bireyler bu

değişimlere bağlı olarak kendilerini güçsüz, yorgun, enerjileri bitmiş olarak hissetmektedirler (44-46).

Kadınlarda menopoz sonrası, östrojen seviyesinde azalma meydana gelmektedir. Buna bağlı olarak; servikal ve vajinal salgılarda azalma, PH değişikliklerine bağlı kuruluk, yanma, kaşınma, iritasyon ve kötü koku oluşmaktadır (47). Erkeklerde testosteronun azalması ile birlikte libido kaybı, yetersizlik, enerjide azalma ve dispareni görülmektedir (48).

Bireyin yaşlı olduğunu en iyi gösteren organ deridir. Yaşlanan bireyin derisindeki fibrin protein miktarında azalma olmaktadır. Kas dokusundaki ve cilt altında olan yağ dokusundaki azalma ile cilt; daha ince, daha elastik ve kuru bir hal alır (1,17).

Bireylerin yaşlılık süresince beyindeki hücre sayısı azalır motor aksonları ileti hızı yavaşlar. Bu nedenle tepkime zamanı uzar (38,43,49).

Yaşlılıkta bireyin sinir hücrelerinde oluşan kayıplar mental fonksiyonlarda azalmaya sebep olarak öğrenme, hafıza, algılama gibi yetenekleri etkilemektedir (50-53).

Yaşlılarda Görülen Psikolojik Değişiklikler

Yaşlanma ile birlikte bireylerde farklı psikososyal değişimler görülmektedir (51). Yaşlanan birey yaşamın sonuna geldiğini anlar ve kendi yaşamını sorgulayıp gözden geçirir. Birey, geçmişte yaşadıklarını yaşlılık sürecinde tekrar değerlendirip yorumlamaktadır. Bireyin iyi bir yaşlılık süreci geçirmesi için, geçmişinde başarılı ve kendi görevlerini yerine getirmiş olması gerekmektedir. Geçmişinde olumsuz olaylar ve çok fazla mücadele varsa bu durum yaşlı bireyin hayatını boşa geçirdiğini düşünmesine sebep olmaktadır (54-57).

Yaşlanma sürecinde, bireyi psikolojik olarak en çok etkileyen durumlardan biri rol değişimleridir. Emeklilik ile birlikte birey artık, yaşlanma sürecine girdiğini bilmektedir. Emeklilik bireyler için özgürlük te sağlamasına rağmen, yaşlı bireyler emekliği, öz saygının azalması, statü kaybı, başkalarının saygısını kaybetme, aile bireyelerine maddi ve manevi olarak yetememe gibi olumsuz bir durum olarak algılanmaktadır (57-58).

Yaşlı bireylerin eşleri ile uyumu, birbirine bağlılığı daha fazla artmaktadır. Yaşlılık döneminde bireyin eşini kaybetmesi çok büyük bir yıkıma sebep olmaktadır. Yaşlı birey eşini kaybettiği zaman bir yandan eşinin kaybının acısını yaşayacak bir yandan eşi tarafından terk edildiğini, yalnız bırakıldığını düşünüp eşine öfke duyacaktır. Eş kaybı erkek ve kadınlarda farklı anlamlara sahiptirler. Eşini kaybeden kadınlar bu duruma daha kolay alışabilmekte, erkek bireylerde ise eş kaybı büyük bir yıkım oluşturmaktadır (55-58).

Bireyin yaşlılık sürecini yalnız geçirmesi; bireyin yaşamın amaçsız olduğunu düşünmesine, boşluk, kimsesizlik ve terk edilmişlik gibi olumsuz duyguları yaşamasına sebep olmaktadır (59,60).

ÖLÜM

Ölüm Nedir?

Ölüm, “Bir canlının yaşamının tam ve kesin bir biçimde sona ermesi” olarak tanımlanmaktadır (1). Ölüm, tarih boyunca sürekli araştırmalara konu olmuştur. “Yaşamın amacı ölümdür” olarak tanımlayan Freud, psikolojide ölüm kavramını ele alan ilk felsefeci olarak bilinmektedir (61). Ölüm bireylerde çeşitli duygular uyandırmaktadır. Bireylere göre ölüm; sonsuz hayatta yaratıcılarına kavuşmak, hayatın tamamen bitmesi anlamına gelmektedir (2).

Ölümün biyolojik, psikolojik ve sosyolojik tanımları bulunmaktadır. Biyolojik ölüm, solunum ve kalp fonksiyonlarının durması ile birlikte bireyin fiziksel ve zihinsel tüm işlevlerinin kaybetmesi olarak tanımlanmaktadır. Psikolojik ölüm, bireylerin zihinsel işlevlerini yerine getirememesi durumudur. Sosyal ölüm, bireyin biyolojik fonksiyonlarını yerine getirebildiği ama sosyal olarak işlev yapmaması durumudur (62).

Müslüman ve Hıristiyanlar ölümü, kişinin ruhunun bedenden ayrılıp, Yaratıcıya kavuşması olarak açıklanırken, Yahudiler ölümü korkunç, acı veren ağır bir olay olarak kabul eder (2).

Ölüm Karşısında Bireylerin Tutumları

İnsan doğduğu andan itibaren ölümle hep iç içe olduğu için, hayat kadar ölümü de sorgulamaktadır. Ölüm kavramı insanların zihninde farklı anlamlar taşımaktadır. Her ne kadar kaçınılmaz bir gerçek olsa da bireyin sürekli ölümü düşünerek, ölümü hayatının merkezine ölçüsüz olarak alması insanın psikolojisini negatif yönde etkilemektedir. Ölüme karşı tutumlar; ölümü kabullenmeme, ölüme karşı meydan okuma, ölümü isteme, ölümü kabullenme, yas tutmadır. Ölüme karşı geliştirilen tutumlar uyum içinde olmalıdır, eğer bu uyum oluşmazsa bireyin ölüme karşı kaygı düzeyi artmakta ve çevresiyle olan uyumu güçleşmektedir (63-65).

Ölümü kabullenmeme: İnsanlar, ölümü aşılması gereken bir hastalık, hayatın sonu olarak görmelerine rağmen konuşmaktan kaçınmaktadırlar. Ölümü kabullenememe, maskeleye ve bastırma şeklinde olmaktadır. Maskeleye; kişinin, ölüm hakkında düşünmemek için kendisini günlük işler ile meşgul etmesi olarak tanımlanmaktadır. Bastırma; kişinin, ölüm kavramını bilinçten atmaya çalışarak ölümü etkisiz hale getirmesi anlamına gelmektedir (66).

Ölüme karşı meydan okuma: “Ölümsüzlük arzusu” bütün insanlarda tarih boyunca varlığını sürdürmektedir. İnsanlar, ölümsüz olmayı isterken aynı zamanda ölümü kabul etmeye çalışmaktadırlar. Bireyler tarih boyunca inançlarının doğrultusunda yaptıkları törenlerde, insan bedenini muhafaza ederek saklama, mumyalama, ölü bireyi sevdiği eşyaları ile gömme düşüncesi olmuştur. Bu yapılanlar insanların ölümsüzlük arzusunun en belirgin dışı vurum şeklidir (67).

Ölümü isteme: Kişinin zihninin bilinçli ya da bilinçdışı olarak ölümü istemesi durumudur. Kişinin hayatında huzuru, sessizliği, rahatlığı, dengeyi ve tamamlanmayı istemesi aslında ölüme duyduğu özlemin sebebidir (68).

Freud’un ‘ölüm içgüdüleri’ olarak tanımladığı kavram yaşamaya olduğu kadar ölüme, hayatın aslı olan cansız maddeye dönmeye duyulan istek ve eğilimdir. Jung’a göre ölümü isteme nedeninin biyolojik temele bağlı içgüdüğü yoktur, fakat manevi hayata işaret eden bir başka içgüdü olduğunu düşünmektedir (69).

Ölümü kabullenme: İnsan zihninin ölümü hayatın doğal bir parçası olarak görmesi, kabul etmesi durumudur (68). Varoluş felsefecilerine göre ölümü kabul eden kişiler daha sağlıklı ruhsal bir psikolojiye sahiptirler. Çünkü kişi, inkâr etmesine rağmen öleceğini bilmektedir. Bu durum kişide ölüme karşı yanılısamaya, psikolojik bunalıma neden olmaktadır (68).

Yas tutma: Kişinin sevdiği birinin, yakınının ve ya tanıdığı birinin ölümüne tanıklık etmesi kişide psikolojik travmaya sebep olmaktadır. Psikolojik travma, doğal bir süreç olarak karşılanmaktadır. Bu süreç, 4 evreden oluşmaktadır. Birinci evre birkaç saat-birkaç hafta arasında değişebilen bir evredir. Kişi ölümün gerçekliğini kavramakta zorlanmaktadır. Tanıklık ettiği ölüm karşısında şaşkın, donuk, tepkisiz olabilmekte, boşluk ve gerçek dışılık

duyguları yaşayabilmektedir. Bu dönemde hatırlamada güçlükler, bedensel belirtiler görülmektedir. İkinci evrede kişi zihnini sürekli olarak ölen kişi ile meşgul ederek, ölen kişiye karşı duyduğu acı ve özlem, bireyin psikolojik olarak olumsuz belirtiler göstermesine neden olmaktadır. Bu evre günler haftalar boyu devam eder. Üçüncü evrede kişi artık, kaybın geri dönmeyeceğini kabul etmektedir. Bu dönemde kişi yeniden çevresiyle ilgilenmeye başlar. Dördüncü evrede kişinin özlem ve acı duygusunun yoğunluğu azaldığı evredir. Kişi bu evrede, ölüm kaybını yaşamadan önceki haline dönmekte, hayatını yeniden düzene sokmaya çalışmakta, hayatında kayıp sonrası dersler çıkartmaktadır (70-73).

Toplumdaki bireylerin bir kısmı, ölen kişinin ölümünü bir türlü kabul edememektedir. Yas döneminde kişinin ölümünden kendini sorumlu tutan, zihnini sürekli ölen kişi ile meşgul eden, kendini ölen kişi yerine koyan insanlar da mevcuttur. Bu durum yas sürecinin daha karmaşık ve patolojik bir hal almasına neden olur. Patolojik yas, kişinin zihnini sürekli ölümle meşgul ederek, kişinin doğasına ve yaşam işleyişine önemli ölçüde zarar vermektedir (69).

ÖLÜM KAYGISI

Ölüm kavramı insanlarda kaygıya sebep olur; aynı zamanda ölümün varlığı insanı yaşama bağlayan varoluş sebebini hatırlatan bir nedendir. İnsan ölümlü olduğunun bilincine varırsa, yaşadığı hayatı daha da anlamlandırmaya, güzelleştirmeye çalışabilir (5).

Kaygı (İngilizce “anxiety”) kelimesinin herkes tarafından kabul gören evrensel bir tanımı yoktur. Kaygıyı ve korkuyu birbirinden ayıran en önemli ölçüt, korku somut olarak belirtilirken, kaygı belirsizdir (6).

May’a göre (1977) kaygı, belirsizlik acizlik ve kişilerin varlığına yönelik bir tehdit olarak belirtmektedir. Yalom (74)’a göre eğer kaygı, bir şeyin korkusu olursa onunla savaşılabılır. Kaygının karşılığında korku olmaması durumunda kaygı ile savaşmanın imkânsız olduğunu savunmaktadır.

Literatürde kaygının; durumluluk ve sürekli kaygı olmak üzere iki türü tanımlanmaktadır. Durumluluk Kaygı; sübjektif bir korku çeşidi olup, kişinin bulunduğu ortamda kendini baskı altında ve dolayısı ile stresli hissetmesi sebebi ile ortaya çıkan durumdur. Sürekli Kaygı; bireyin içinde bulunduğu her ortama kaygıyı adapte edebilme yatkınlığıdır (75).

Ölüm kaygısı kişinin, gelecek ile ilgili planlarının gerçekleşmeyeceğine dair yaşadığı kaygıdır (76). Kişinin ölüme karşı gösterdiği tutum ve davranışlar anormal bir hal aldığı anda

kişinin psikolojik dengesi bozulur, ölüme karşı kaygısı artar ve çevresiyle olan uyumu azalır (2). Ölüm kaygısı çok boyutlu bir kavramdır (77).

Belirsizlik korkusu: İnsan korktuğu bir durumla karşılaşma ihtimallerini önceden düşünür, karşılaşma anında neler yapabileceğini planlar, önceden kontrol altına almaya çalışır ve böylece kişide o olaya karşı duyulan korku azalır. Belirsizlik durumunda kişi korkularını denetim altına alamaz (77). Ölüm insanın önceden tahmin edemediği, kendi denetleyemediği belirsiz olan durumdur ve kişi bu belirsizliklerden dolayı ölümden korkmaktadır (68).

Bedeni Kaybetme ve Yok Olma Korkusu

İnsan bedeni benliğimizin önemli bir unsuru olarak algılanmakta; bedende kaybedilen, eksilen her şey benlik saygısının azalmasına neden olmaktadır. Bu nedenden ötürü bireyde ölüme karşı kaygı ve korku oluşmaktadır (68).

Acı duyma korkusu: Ölümle sonuçlanan hastalıkların varlığı kişilerde, ölüm ile hastalık arasında bir bağ olduğu düşündürmektedir. Bu hastalıkların varlığında kişilerin acı çekmesi ölüm esnasında da acı duyulacağı fikrinin oluşmasına neden olmuştur (69).

Yalnızlık Korkusu

Bireyler ölümcül ve hastanede bakımı gerektiren hastalıklarda ailesinden uzak, terk edilmiş, yalnız, kendini yaşamdan soyutlanmış ve ölmeye mahkûm hissetmektedirler. Bu his insanlarda ölümden sonra da yalnız kalma ve sevdikleri tarafından terk edilme korkusunu yoğun bir şekilde yaşamasına sebep olmaktadır (78).

Yakınını Kaybetme Korkusu

Birey yalnızca kendi ölümü için üzülmez ve kaygılanmaz. İnsan eşinin, çocuğunun, anne babasının ve ya sevdiği birinin ölümü için de üzülmekte ve kaygılanmaktadır. Hayatının geri kalanını yalnız yaşama fikri kişiyi korkutmaktadır (68).

Denetimi Kaybetme Korkusu

Bazı hastalıklarda ya da ölümcül bir hastalığın ileri evrelerinde kişinin beden denetiminin azalması, ego tarafından tehdit olarak algılandığından kişide kaygı ve korku yoğunlaşmaktadır (79).

Kimlik Duygusunu Kaybetme Korkusu

Ölüm insanlarda, acı duyma korkusu, sevdikleri kişinin kaybını yaşama ve ölümden dolayı sevdiği insanlarla iletişimin kopması, yalnızlık korkusu, kendi denetimini kaybetme korkusu kişinin kimlik duygusunu sarsabilmektedir. Kişi sürekli olarak hayatı, kim olduğunu insanlarla olan ilişkisini sorgulamakta ve cevapları kendine hatırlatmaktadır (78).

Gerileme Korkusu

Ölümün yaklaştığını düşünen birey bir gerileme dönemine girdiğini düşünmekte ve korkuya kapılmasına neden olmaktadır (79).

Ölüm Sonrası Cezalandırma Korkusu

Bazı dinlerde var olan ahiret inancına göre kişiler, dünyada yaşadıkları hayatın hesabını öldükten sonra verecek ve bu hesap acı dolu, bir azap olacağı fikri kişilerde ölüme karşı korku oluşmasına sebep olmaktadır (69).

Ölüm Kaygısı Bileşenleri

Ölüm kaygısı üç bileşenden oluşur. Bunlar duygusal, bilişsel ve motivasyonel bileşenlerdir.

1. Duygusal Bileşen: Ölüm kaygısı bireyin var oluşuna bir tehdittir. Bu yüzden ölüm olumlu ve olumsuz halleriyle, bireyin daima zihninin içinde var olan ve kendini sürekli hatırlatan bir gerçektir (80).
2. Bilişsel Bileşen: Bireyin ölüme dayanan bilgi, deneyim ve inançlarını içerir. Birey ölüm kaygısının bilişsel boyutlarını, bireyin ölüm sürecine karşı inanç ve düşünceleri, kişinin kendi ölümünü düşünmesi, ölüm sonrası kişinin beden kaybı fikri, ölümlünde sonra ne olacağı hakkındaki bilinmezlik durumu, erken yaşta ölme fikri, kişinin ölüm kaygısına yönelik bilişsel bileşenleridir. Kişi hayat deneyimleri sonucunda geliştirdiği bilişselliğin ölüm ile birleşmesi sonucunda bireyin ölüme karşı daha az kaygı hissedeceği düşünülmektedir (80).
3. Motivasyonel Bileşen: Ölüm kaygısı ve buna bağlı gelişen savunma mekanizmalarının bireyin davranışlarını etkilediği ve yaşam için bir motivasyon oluşturduğu düşünülmektedir (81).

Ölüm Kaygısını Açıklamaya Yönelik Yaklaşım ve Kuramlar

Araştırmacılar yaşam kadar yaşamla iç içe olan ölümü de geçmişten günümüze araştırma konusu yapmış ve ölüme karşı çeşitli yaklaşımlar öne sürmüşlerdir (5).

Psikodinamik yaklaşımlar: Psikodinamik görüşler ölüm kaygısının, zihinsel çatışmalar ve ayrılık kaygılarının sonucunda gelişen suçluluk duygusu ya da çocuktaki animistik düşüncelerden kaynaklandığı tezini savunmaktadırlar. Ölüm kaygısı üst benliğin yaşadığı en önemli kaygılardan biridir. Bu nedenle ölüm kaygısının, psikopatolojide ve psikosomatik hastalıklarda etkili bir rol oynadığı ve onlarla ilişkili olduğu düşünülmektedir (82,83).

Freud'a göre ölüm kaygısı, süper egonun geçirdiği en önemli kaygıların sonucusudur (84). Freud bireyin yaptığı davranışların temelini geçmişe dayandırır. Ama ölüm bireyin geçmişinde değil geleceğinde olduğu için ölümün bireyin davranışlarını etkileyemediği tezini savunmuştur (85).

Horney (86) bireylerin hayatta yaşadıkları olumsuz durumlardan ötürü ölümü isteyebileceği ve bu isteğin ölüm korkusu ile birleşince kaygıya dönüşeceğini savunmuştur. Jung'a göre ise ölüm kaygısının temelinde yaşama korkusu vardır. Yani kişi aslında ölümden değil yaşamaktan korktuğu tezini savunmuştur (69).

Zilboorg ölüm kaygısının gerçek yüzünü göstermemesinden dolayı insanların onu yok saydığını savunmuştur. Zilboorg evrende var olan her şeyin altında ölüm kaygısı olduğunu söylemiştir. Bireyler, ölüm korkusunu bilinçaltında sürekli tutarsa normal işlevselliklerini yerine getiremeyeceklerini savunmuştur. Bu yüzden bizi hayatta tutmak için en uygun şekilde bastırılması gerektiği öne sürmüştür (87,88).

Varoluşsal yaklaşım: Bireyler için doğdukları andan itibaren, var olan tek gerçek ölümdür. Kişi ölümün kaçınılmaz bir gerçek olduğunun farkındadır ve bu nedenden ötürü ölüme karşı varoluşsal bir kaygı halini yaşamaktadır (89,90).

Yalom ölüm kaygısı kaçınılmaz olmadığını, kaçınılmaz olan ölümün kendisi olduğunu savunmuştur. Yalom ölümü ilk anksiyete kaynağı olarak görmekte ve bireylerde oluşan ölüm kaygısını ölümden kaçma ve ölümü inkâr etme davranışıyla ilişkili olduğunu savunmaktadır (91).

Heidegger "Varlık ve Zaman" adlı çalışmasında Yalom'a benzer şekilde, ölümün inkârı, ölümden kaçma çabası, ölümün yenilmesi gereken bir hastalık olarak görülmesinin

bireyin psikolojisi üzerinde olumsuz etkilere neden olduğunu savunmuştur. Bundan dolayı da Heidegger, sağlıklı bireyin oluşabilmesinin tek şartı olarak ölüm olgusunun birey tarafından açıkça kabullenilmesi görüşünü öne sürmüştür (92).

Becker, ölüm kaygısı ve korkusunu kişilerin ölümün kaçınılmaz olduğu fikrini akıllarından çıkaramamaları sonucu oluştuğunu savunmuştur (90).

Bilişsel yaklaşımlar: Bilişsel kurama göre kaygı, bireyin koşullanmaya yatkın bir tepkisi olarak görülüp koşullanmalar ve genellemeler sonucu ortaya çıkmaktadır. Bireyin bir tehdit olarak gördüğü durumun ne kadar korkutucu olarak algıladığına önem vermektedir. Bu yaklaşıma göre, bireylerin ölümü kötü algılanmasının nedenini, ölümün kaygı ile beraber kötü olarak düşünülmesinden kaynaklandığını ve bireyin ölüme ilişkin edindiği olumsuz düşünceler sonucunda ölüm kaygısının geliştiğini savunmaktadır (93).

Dehşet yönetimi kuramı: Kurama göre bireyde oluşan ölüm kaygısının nedeni bireyin kendi ölümlülüğünün farkında olmasıdır. Bu kuram Jeff Greenberg tarafından 1996 yılında öne sürülmüş olup, daha çok ölüm kaygısı ile baş etmede kullanılan savunma sistemini açıklar. Dehşet yönetim kuramına göre ölüm kaygının iki bileşeni vardır. Bunlar bilişsel ve davranışsal bileşenlerdir (93,94).

Bu kuramda ölüm kaygısı ile baş etmede iki savunma mekanizmasından bahsedilmektedir (95). Savunma mekanizmalarından birincisi bireyin kendi öz saygısını artırarak, ölümlülüğünü ve buna bağlı ölüm kaygısını bilinçten uzak tutmasını sağlamaktır. Kişi ancak kültürü ile özdeşirse özsaygısı artar ve bunun sonucunda ölüm kaygısında azalma görülmektedir (96,97). İkincisinde ise kültürel dünya görüşlerinin desteklenmesi ve uygulanması sonucunda bireylerin ölümsüzlüğe ulaştığı düşünülmektedir. Bu ölümsüzlük, dinsel inançlar, bireylerin çocuklarını kendi uzantıları olarak görmesi, ün yapacak bir başarı elde etme yolu ile gerçekleştirmesinden geçmektedir (96-98).

Ölüm Kaygısını Etkileyen Değişkenler

Ölüm kaygısı ile ilgili yapılan araştırmalar; ölüm kaygısının bireyin yaşından, cinsiyetinden, medeni durumdan, kişilik özelliklerinden, sosyokültürel etkenlerden, meslekten, gelişimsel süreçten, dini inançlardan, ölümcül hastalık varlığından etkilendiğini göstermektedir (99,100).

Yaş: Templer ölüm kaygısı ile yaş arasında bir bağ olmadığını savunur, fakat yapılan araştırmaların bir çoğu ölüm kaygısı ile yaş arasında bir ilişki olduğunu savunmaktadır. Literatürdeki araştırmalar bize yaştaki değişim ile ölüm kaygısını nasıl etkilediği konusunda bir fikir birliği olmadığını göstermektedir (101-106).

Genç bireyler ölümü kendilerine yakıştırmazlar, ölümün kendilerinden uzak olduğunu, düşünürler, yaşlı bireyler ise ölümün kendileri için kaçınılmaz son olduğunu bilincindedirler. Bu sebepten dolayı yaş ilerledikçe insanların ölümü düşünme oranları artar (107-110).

Cinsiyet: Ölüm kaygısını incelemek için yapılan araştırmalarda kadın ve erkek için anlamlı farklılık bulunmamaktadır (107,111-113).

Medeni durum: Bireyler toplum yaşamlarında kuracakları ilişkilerde ve yaşadıkları zorlu hayat şartlarıyla başa çıkabilmelerinde aile varlığının ve bir eşe sahip olmanın olumlu etkileri olabileceğini düşünmektedirler. Yapılan araştırmalar eşlerini kaybetmiş olan bireylerin ölüm kaygısını yoğun hissettiğini ortaya koymaktadır (114-116).

Türkiye’de yapılan araştırmalar evli bireylerin bekâr olanlara göre daha fazla ölüm kaygısı yaşadığını göstermektedir. Bu durumun sebebini de kişinin eşine ve çocuklarına olan sorumluluklarının olması, özellikle çocuklu kişilerin ölüm kaygısını daha fazla yaşadığı savunulmaktadır (117).

Kişilik özellikleri: Psikolojik olarak olaylardan olumsuz olarak etkilenme sonucunda, toplumla olan uyumu azalan, korku bozuklukları yaşayan kişilerde ölüm kaygısının yüksek olduğu saptanmıştır (118,119).

Sosyokültürel etmenler: Her toplum kendi kültürünü oluşturur ve her kültürün ölüme karşı bakışları, ölüme yüklediği anlam farklıdır. Her kültürün ölüm kaygısına karşı kendine özgü olarak geliştirdiği inanç, tutum ve davranışları vardır (120,121).

Yapılan araştırmalarda batı toplumlarının yaşadığı ölüm kaygısı oranının çok yüksek olduğu, doğu toplumlarında ise bu oranın çok düşük olduğu görülmüştür (120,121).

Meslek: Ölümle sık karşılaşan kişiler ölümle yüzleşme deneyimi kazanmaktadır. Bireyler hayata karşı kazandıkları deneyimlerin büyük bir kısmını çalıştıkları işlerde elde etmektedirler. Bireylerin çalıştıkları mesleklerin yaşanılan ölüm kaygısı ile ilişkisi olduğu

ortaya çıkmıştır. Kazanılan her deneyim insanda oluşan ölüm kaygısının gelişmesinde rol oynamaktadır (117). Farklı meslek gruplarında yapılan bir araştırmada ölümle yüzleşme deneyimi olan, yüksek ölüm riski olan mesleklerde çalışan bireylerin ölüm kaygısını daha az yaşadığı ortaya çıkmıştır (120-122).

Gelişimsel süreç: Literatürde her yaş grubunun ölüm kaygısını yaşadığı, fakat hepsinin şiddetinin farklı olduğuna dair veriler vardır (123).

Çocukların gelişimsel sürecince ölüm kavramı 3 farklı hal almaktadır. 5 yaş altı çocuklar soyut düşünme becerisini kazanamadıklarından ölüm kavramını açıklayamamaktadırlar. 6-9 yaş arasındaki çocuklar ölen kişiyi artık göremeyeceğini, ölü olan kişinin artık hayatta olmayacağını bilmektedirler. 9 yaş üzerinde olan çocuklar ise kendi ölümlülüğünün farkına vardığı döneme girmektedir (124).

Ölüm kaygısı ilk olarak ergenlikte kendini göstermektedir. Yetişkinliğin ilk döneminde kişiler ölümü sağlıklı bedeni kaybedip, geleceğe dair planlarını uygulayamamak olarak algılamakta ve ölüm karşı kaygı oluşmasına neden olmaktadır. Orta ve ileri yaşlardaki bireyler için ölüm; sorumluluklarını yeterince yerine getirememekten korktukları için ölüme karşı kaygı hissetmektedirler (110,125).

Din: Her toplumun kültürü, inançları, tutum ve davranışları farklıdır. Bu sebepten dolayı her toplumda ölüm farklı olarak algılanır ve ölüme karşı verilen tepkilerde farklıdır.

Genel olarak dinlerin temeline bakıldığında, her dinin kendi bireyini ölüm, yokluk ve hiçlik karşısında yaşanan kaygıya karşı koruduğu görülür. Yapılan araştırmalarda din ile ölüm kaygısı arasında bir bağ olduğunu gösteriyor (126).

Fiziksel ve ruhsal hastalık varlığı: Fiziksel hastalıklarda ölüm kaygısı kendini iki dönemde daha fazla hissettirir. Bunlardan ilki bireyin hastalığı; hastalığın ölümcül evresine gelince öğrenmesidir. İkincisi ise hastalığın kişide meydana getirdiği yorgunluk, halsizlik, işlevsellikte bozulma, iştahsızlık ve hastalığa bağlı sakat kalma durumlarında ortaya çıktığı dönemlerde ölüm kaygısı çok yoğun hissedilir. Yapılan araştırmaların bazıları; ölümcül hastalığı olan bireylerin hissettiği ölüm kaygısının ölümcül hastalığı olmayan bireylere nazaran daha az olduğunu ortaya çıkarmıştır (127,128).

Psikolojik olarak kendilerini yetersiz hisseden bireyler ölüme daha yakın olduklarını hissetmekte ve ölüm kaygısını daha yoğun yaşamaktadırlar. Bireyler kontrollerini kaybettiklerini düşündükleri zamanlarda yaşadıkları ölüm kaygısı artmaktadır (127).

Abdel Khalek tarafından yapılan bir çalışmada ölüm kaygısı ile anksiyete, depresyon, obsesyon ve nörotizm arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (129).

Yaşlılık ve Ölüm Kaygısı

Yaşlanmaya bağlı olarak bireylerde fiziksel ve zihinsel gerileme oluşması sonucunda yaşlı birey ölüme kendini daha yakın hissetmektedir. Bireyde ölüm kaygısı, yaşamı boyunca karşılaştığı ölüm olayları sonucunda gelişmektedir. Yaşlı bireyin ölüme yüklediği anlamlar, ölüme karşı kaygı geliştirmesine sebep olmaktadır (130).

Templer, ölüme ilişkin kaygı ve korkuların temelinde iki etmen olduğunu ileri sürmektedir. Bunlardan birincisi, psikolojik sağlıktır. Bireyler depresyon, kaygı düzeyi vb. psikolojik sağlık sorunları yaratan durumlarda yüksek ölüm kaygısı gösterebilmektedirler. İkinci etmen ise, ölüm olayı ile ilgili özel yaşantılardır (14).

Yaşlılık döneminde yaşanan olumsuz durumlar bireylerde depresyonun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (131). Yaşlılıkta bireyde gelişen yaşlılık depresyonu, kaygı bozuklukları, fobiler ve obsesyonlar ölüme ilişkin kaygıyı arttırmaktadır (14,15).

YAŞLI BİREYLERDE ÖLÜME İLİŞKİN DEPRESYON

Depresyon; bireyin, ruhen ve bedenen çökme, kendini kederli hissetme, yaşamsal ve işlevsel aktivitelere karşı isteksizliğinin arttığı, bazen intiharla ve hatta ölümlle sonuçlanabilen duygu durumudur (9).

Geçmişten günümüze kadar bilinen bir hastalık olan depresyon, günümüzde sanayileşme ve şehirleşmenin getirdiği aşırı stres, duygusal bağ ve ilişkilerin zayıflaması, yaşamdan beklentilerin artması gibi nedenlerden dolayı bireylerde görülme sıklığı artmıştır (132). DSÖ'ye göre depresyon bedensel, duygusal, toplumsal ve ekonomik sorunlara yol açan hastalıklar arasında dördüncü sırada yer almaktadır. DSÖ, depresyonun 2020 yılında dünyada görülme sıklığı bakımından ikinci sıraya yükseleceğini, bireyin yaşamında oluşturduğu olumsuz etkilerinin önemini daha da artacağını öngörmektedir (133).

Depresyon sıklığı ve süresi yaşla paralel olarak artan, yineleyen ve uzun süre tedavi gerektiren bir sağlık sorunudur (10).

Depresyon yaşlılık döneminde görülen en yaygın sorunlardan biridir (10). Yaşlılık döneminde, bireyin yaşam kalitesini etkilediği, tedavi edilmediği takdirde intihar ile sonuçlanabildiği için önemli bir hastalıktır. Yaşlılarda depresyonun erken tanı ve tedavisi ile yaşlı bireylerin, yaşam kalitesi, günlük aktivitelerdeki bağımsızlık seviyesini artmakta ve depresyona bağlı erken ölümleri önlenmektedir (10,134).

Yaşlılarda depresyona sebep olabilecek faktörleri şöyledir;

1. Bireyin daha önce depresyon atağı geçirmesine rağmen depresyonu kabul etmeme, tedavi olmayı reddetme veya tedaviyi yarım bırakma,
2. Emeklilik ve beraberinde gelişen işe yaramazlık hissi,
3. Eş, çocuk veya sevilen birinin kaybı,
4. Günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlılık,
5. Kronik hastalıklar,
6. Tedavi edilemeyen ağrılar,
7. Alkol ve sigara kullanımı,
8. Beslenme yetersizliği,
9. Hastalık nedeniyle bağımlılık yapıcı maddelerle tedavi olma,
10. Diğer bireyler ile iletişim azlığı
11. Davranışsal sorunlar (hoşgörüsüz, alıngan, takıntılı, sert vb. kişilik yapıları)
12. Ekonomik sorunlar,
13. Bireyin kendisini ölüme yakın hissetmesi (135).

Yaşlılıkta görülen depresyon, kaygı bozuklukları, fobiler ve obsesyonların varlığında bireylerin ölüme ilişkin depresyon ve ölüm kaygısı artabilmektedir. Bireyin yaşamı boyunca karşılaştığı ölüm olayları, kaybettiği yakınları ve kendisinin karşılaştığı tüm ölümcül olaylar, hastalıklar, onun ölüme ilişkin depresyon ve kaygı düzeyini belirlemektedir. Yani yaşlı bireylerin yaşamdan edindikleri deneyimler sonucunda ölüme ilişkin depresyon ve ölüm kaygısı oluşabilmektedir (14,15).

Bu araştırmanın özgünlüğü, yaşlılarda ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon ile ilgili fazla çalışmanın olmaması nedeniyle, özellikle yaşlı bireylerde ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon konusunun araştırılmasıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırmanın amacı, Saruhan Kanbur Aile Sağlık Merkezine bağlı 60 yaş ve üzeri bireylerin, demografik, sağlık durumu, kişilik özellikleri ve ölüme karşı tutumlarının ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon durumuyla ilişkisini belirlemektir. Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma İstanbul İli Çekmeköy ilçesinde bulunan Saruhan Kanbur Aile Sağlık Merkezinde yapıldı. İlgili aile sağlık merkezine bağlı yaşlı popülasyonunda 65 yaş üstü yaşlı birey sayısı az olduğu için 60 yaş ve üstü yaşlı bireyler araştırmaya dâhil edildi. Araştırma 03.01.2019-15.05.2019 tarihleri arasında tamamlandı.

ARAŞTIRMAYA DÂHİL EDİLME KRİTERLERİ

Araştırma Saruhan Kanbur Aile Sağlık Merkezine kayıtlı, ulaşılabilen, çalışmaya gönüllü, akıl sağlığı yerinde olan ve sözel onam alınan 60 yaş ve üzeri bütün bireyler araştırmaya dâhil edildi.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evreni Saruhan Kanbur Aile Sağlık Merkezine kayıtlı 60 yaş ve üstü 500 yaşlı bireyden oluşmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmedi. Ulaşılan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 273 yaşlı birey ile araştırma tamamlandı.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler 60 yaş ve üzeri bireylere literatür taranarak hazırlanan Veri Toplama Formu ile birlikte Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği (ÖDÖ) araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı.(Ek 1-3).

Veri Toplama Formu

Veri Toplama Formu, araştırmacı tarafından ilgili literatürler taranarak ve yaşlı bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum gibi sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 10 soru, sağlık durumunu ve kişisel özelliklerini sorgulayan 7 soru, ölüm ile ilgili bakış açılarını sorgulayan 5 sorudan oluşturuldu (toplam 22 soru).

Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ)

Templer'in 1970 yılında geliştirdiği, ölüm kaygısı seviyesini belirlemeye yönelik toplam 15 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Sorular doğru/yanlış şeklinde cevaplanır. Ölüme ilişkin olarak ortaya çıkan kaygı, korku, dehşet gibi duyguları dile getiren ifadelerden oluşan bu ölçek, birçok araştırmada kullanılmış ve halen de kullanılmaktadır. Templer (1970), ölçeğinin güvenilirlik katsayısı Kuder Richardson formülüne göre 0.76, product-moment korelasyon katsayısı 0.83 olarak bildirmiştir. Türkçe'ye uyarlamasında iç tutarlılık Cronbach alfa 0.72, test-tekrar test değişmezlik katsayısı 0.80 bulunmuştur (135,136).

Şenol 1989 yılında ÖKÖ'ni dilimize çevirmiş, görünüm geçerliği ve test-tekrar test teknikleriyle güvenilirlik ve geçerlik hesaplamaları yapmıştır. Türkçeye uyarlanan çalışmada ÖKÖ için test-tekrar test tekniğiyle hesaplanan güvenilirlik katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur. Ölüm Kaygısı Ölçeği'nde evet cevabına verilen puanların ortalaması artıkça yaşlı bireylerdeki kaygı görülme sıklığı artmaktadır (135,136).

Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği (ÖDÖ)

Templer ve arkadaşları tarafından 1990 yılında geliştirilmiş olup, 1998 yılında Yaparel tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak dilimize uyarlanmıştır. 17 maddeden oluşur, sorular doğru-yanlış şeklinde yanıtlanır. Uygulama sonunda ölçekten en düşük 0 en yüksek 17 puan alınır. Ölçek puan ortalaması artıkça bireylerdeki depresyon görülme sıklığı artmaktadır. Templer ve arkadaşları tarafından, 37 psikoloji öğrencisi üzerinde yürütülen bir çalışma ile ölçeğin geçerliliğinin yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır. Makalenin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yaparel ve Yıldız tarafından 1998 yılında

yapılmış, geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Bu versiyonun test-tekrar test tekniğiyle hesaplanan korelasyon katsayısı $r=0.79$ olup, $p<0.001$ düzeyinde anlamlıdır. Cronbach's alfa katsayısı $\alpha=0.74$ bulunmuştur. Alfa güvenilirliği 0.92 bulunmuştur. Test-tekrar test tekniğiyle hesaplandığında ise, $r=0.79$, ($p<0.001$) olduğu tespit edilmiştir (137,138).

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Etik Kurul izni için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul komisyonundan 27.11.2017 tarih ve 2017/296 sayılı toplantısında izin alındı (Ek 4).

Çalışmanın Saruhan Kanbur Aile Sağlık Merkezi'nde yapılabilmesi için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alındı (Ek 5).

Araştırmanın yapıldığı aile sağlığı merkezi hekimlerine, hemşirelerine ve araştırmaya dâhil olan 60 yaş ve üzeri bireylere araştırmanın nasıl yapılacağı ve hangi amaçla kullanılacağı hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılan bireylerden sözlü onam alındı.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H₀: 60 yaş ve üzeri bireylerde ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon arasında ilişki yoktur.

H₁: 60 yaş ve üzeri bireylerde ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon arasında ilişki vardır.

ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

- Araştırma tek bir aile sağlık merkezine bağlı 60 yaş ve üzeri bireyler ile yapılması
- Ölüme İlişkin Depresyonun araştırıldığı kaynak sayısının yetersiz olması.
- Öz bildirim dayalı olduğu için bireylerin verdiği cevapların doğru kabul edilmesi.

ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Yaşlı bireylerin ölüm kaygısı alt boyut puan ortalamaları

Yaşlı bireylerin ölüme ilişkin depresyon durumu alt boyut puan ortalamaları

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Yaş

Cinsiyet
Medeni Durum
Eğitim Durumu
Sağlık Güvencesi
Meslek
Gelir
Aile Yapısı
Birlikte Yaşadığı Kişi
Çocuk Sayısı
Kronik Hastalık Varlığı
Sürekli Kullandığı İlaç
Sigara Kullanımı
Sağlık Kontrollerine Gidip Gitmediği
Sağlık Durumunun Bir Yıl ncesi ile Karşılaştırması
Günlük Hayattaki zelliği
İnsanlarla Olan İletişimi
Ebedi Hayat Kavramına Bakışı
Ölüm Kavramına Bakışı
Sevdiği Kişinin lm Kaybı
lm Karşı Hazır Olup Olmaması

VERİLERİN DEğERLENDİRİLMESİ

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 17.0 programı yardımıyla gerçekteştirildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Bu analiz sonucunda verilerin normal dağılmadığı saptandı. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma kullanıldı. Verilerin normal dağılım göstermediği durumlarda 2'li gruplar Mann Whitney U testi ile 2'den fazla gruplar ise Kruskal Wallis testi ile değerlendirildi. Ölçümsel verilerin birbirleri ile analizinde Spearman Korelasyon Testi'nden faydalanıldı. Gruplar arasındaki farkı belirlemek için Post-Hoc analizi kullanıldı. Verilerin analizinde $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

BULGULAR

Araştırmaya katılan bireylerin 147 kadın (%53,8) ve 126 erkek (%46,1) olmak üzere toplam 273 kişidir. Ulaşılan bireylerin yaş ortalaması (min:60, max:98) $68,72 \pm 7,1$ 'dir. Yaşlı bireylerin 173'ü evlidir (%63,4). Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin 75'i ilkokul mezunudur (%27,5), 218 bireyin sağlık güvencesi (%79,8) vardır. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin 135'i (%49,5) emeklidir. Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin, gelir durumu 142'sinin (%51,1) orta düzeydedir. Yaşlı bireylerin 164' (%60,1) ekirdek aile, parçalamış aile yapısına sahiptir. Araştırmaya katılan bireylerin 92'si (%33,7) eşiyle, yaşamaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Yaşlı bireylerin demografik özelliklerinin sorulduğu sorulara verdikleri yanıtların dağılımı (n=273)

Özellikler		n	%
Yaş ortalaması	60-64	79	28,9
	65-74	144	52,7
	75 ve üstü	50	18,4
Cinsiyet	Kadın	147	53,8
	Erkek	126	46,1
Medeni durum	Evli	173	63,4
	Bekar	30	11,0
	Dul	70	25,6
Eğitim	Okuryazar	74	27,1
	İlkokul	75	27,5
	Ortaokul	34	12,4
	Lise	32	11,7
	Üniversite	58	21,2
Sağlık güvencesi	Var	218	79,8
	Yok	19	7,0
	Yeşil kart	36	13,2
Meslek	Memur	22	8,1
	İşçi	16	5,9
	Serbest meslek	37	13,5
	Emekli	135	49,5
	İşsiz	17	6,2
	Diğer	46	16,8
Gelir	Kötü	34	12,4
	Orta	142	52,1
	İyi	97	35,5
Aile yapısı	Çekirdek aile	164	60,1
	Geniş aile	85	31,2
	Parçalanmış aile	24	8,8
Birlikte yaşadığı kişi	Yalnız	59	21,6
	Eşiyle	92	33,7
	Çocuklarıyla	50	18,3
	Eşi ve çocuklarıyla	71	26,01
	Diğer (kardeşi)	1	0,4

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerden 184'ü (%67,4) sağlık kontrollerine düzenli gitmektedir. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin bir yıl öncesine göre sağlık durumları; 122 kişinin (%44,7) hemen hemen aynıdır. Araştırma katılan yaşlı bireylerin 167 (%61,2) kronik

hastalığı yoktur. 146'sının (%53,5) kullandığı bir ilaç vardır. 200'ü (%73,3) sigara içmemektedir. Araştırmaya katılan bireylerin kişilik özelliklerine baktığımızda 113 kişi (%41,4) günlük hayatında hayat dolu, neşeli bir kişilik yapısına sahip olduğu görüldü. Yaşlı bireylerin 152 kişi (% 55,7) insanlarla iletişiminin iyi olduğunu söyledi (Tablo 2).

Tablo 2. Yaşlı bireylerin sağlık durumu ve kişisel bilgilerinin sorulduğu sorulara verdikleri yanıtların dağılımı (n=273)

Özellikler		n	%
Sağlık kontrollerine düzenli gider misiniz?	Evet	184	67,4
	Hayır	89	32,6
Bir yıl öncesiyle karşılaştırdığınızda sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	Çok daha iyi	35	12,8
	Biraz daha iyi	38	13,9
	Hemen hemen aynı	122	44,7
	Biraz daha kötü	47	17,2
	Çok daha kötü	31	11,4
Günlük hayatınızda nasıl birisiniz?	Hayat dolu, neşeli	113	41,4
	Sinirli, agresif	37	13,5
	Hassas, kırılğan	63	23,1
	Takıntılı, depresif	32	11,7
	Şikayetçi	24	8,8
	Diğer (duygusal, telaşlı vb.)	4	1,8
İnsanlarla iletişiminiz nasıl?	İyi, kolay anlaşırım	152	55,7
	Zorlanırım	67	24,5
	Sevmem	51	18,7
	Diğer	3	1,1
Kronik hastalığınız var mı ?	Evet	106	38,8
	Hayır	167	61,2
İlaç kullanıyor musunuz?	Evet	146	53,5
	Hayır	127	46,5
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	73	26,7
	Hayır	200	73,3

Araştırmaya katılan yaşlı bireyler için, ebedi hayat kavramı 175 kişiye (%64,1) Allah'a kavuşmayı ifade etmektedir. Ölüm kavramı ise 135 kişiye (%49,4) Allah'a kavuşmayı, ifade etmektedir. Yaşlı bireylerin 220'si (%80,6) sevdiği bir yakınını kaybetmiştir. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerden 128 kişi (%46,9) insanın kendini ölüme karşı her zaman hazır hissetmesi gerektiğini düşünmektedir. 137 kişi (%50,4) kendini ölüme hazır hissetmemektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Yaşlı bireylerin ölüme karşı tutumlarının sorulduğu sorulara verdikleri yanıtların dağılımı (n:273)

Özellikler	n	%	
Ebedi hayat kavramı ne ifade ediyor?	Allah'a kavuşmayı	175	64,1
	Ölmeyi	67	24,5
	Yok olmayı	17	6,2
	Hiçbir şey	14	5,1
Ölüm kavramı ne ifade ediyor?	Allah'a kavuşmayı	135	49,4
	Ayrılığı	41	15,0
	Pişmanlıkları	51	18,7
	Özlemi	12	4,4
	Korkuyu	32	11,7
	Diğer	2	0,7
Sevdiğiniz bir kişi öldü mü?	Evet	220	80,6
	Hayır	53	19,4
İnsan kendini ölüme karşı her zaman hazır hissetmeli mi?	Evet	128	46,9
	Hayır	87	31,9
	Kararsızım	58	21,6
Kendinizi ölüme hazır hissediyor musunuz?	Evet	64	23,45
	Hayır	137	50,9
	Bazen	72	26,4

Yaşlı bireylerin demografik özelliklere göre ÖKÖ toplam puanlarının karşılaştırılması sonucu demografik özellikler ile ÖKÖ toplam puanlarının ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 4).

Tablo 4. Yaşlı bireylerin demografik özelliklere göre ÖKÖ toplam puanlarının ortalamaları

Özellik		Ort \pm s.s.	p
Cinsiyet	Kadın	8,10 \pm 2,28	0,762**
	Erkek	7,98 \pm 2,23	
Medeni durum	Evli	8,23 \pm 2,12	0,180*
	Bekar	8,21 \pm 2,53	
	Dul	7,51 \pm 2,43	
Eğitim	Okuryazar	8,40 \pm 2,03	0,473*
	İlkokul	7,70 \pm 2,41	
	Ortaokul	8,15 \pm 1,66	
	Lise	8,28 \pm 2,52	
	Üniversite	7,84 \pm 2,46	
Sağlık güvencesi	Yok	7,89 \pm 1,79	0,738*
	Yeşil kart	8,35 \pm 2,03	
	Var	8,01 \pm 2,33	
Meslek	Memur	8,15 \pm 2,85	0,220*
	İşçi	8,43 \pm 3,25	
	Serbest meslek	8,59 \pm 2,62	
	Emekli	7,74 \pm 2,02	
	İşsiz	8,76 \pm 2,19	
	Diğer	8,04 \pm 1,91	
Gelir	Kötü	8,34 \pm 2,36	0,479*
	Orta	7,86 \pm 2,25	
	İyi	8,22 \pm 2,23	
Aile yapısı	Çekirdek aile	7,96 \pm 2,39	0,116*
	Geniş aile	8,37 \pm 2,02	
	Parçalanmış aile	7,45 \pm 1,95	
Birlikte yaşadığı kişi	Yalnız	7,68 \pm 2,76	0,392*
	Eşiyle	8,00 \pm 2,28	
	Çocuklarıyla	7,96 \pm 1,96	
	Eşi ve çocuklarıyla	8,49 \pm 1,93	
	Diğer	6,00 \pm .	

*Kruskal Wallis Testi **Mann Whitney U Testi

Yaşlı bireylerin sağlık durumu ve kişisel bilgilerine göre ÖKÖ toplam puanlarının ortalamalarının arasında anlamlı fark bulunamadı (Tablo 5).

Tablo 5. Yaşlı bireylerin sağlık durumu ve kişisel bilgilerine göre ÖKÖ toplam puan ortalamaları

Özellikler		Ort ±s.s.	P
Sağlık kontrollerine düzenli gider misiniz?	Evet	7,98±2,20	0,478**
	Hayır	8,19±2,37	
Kronik hastalığınız var mı?	Evet	8,16±2,22	0,527**
	Hayır	7,97±2,28	
İlaç kullanıyor musunuz?	Evet	8,08±2,25	0,707**
	Hayır	8,00±2,28	
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	7,63±2,62	0,166**
	Hayır	8,19±2,10	
Bir yıl öncesiyle karşılaştığımızda sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	Çok daha iyi	7,97±1,93	0,264*
	Biraz daha iyi	7,57±2,02	
	Hemen hemen aynı	8,16±2,26	
	Biraz daha kötü	8,35±2,36	
	Çok daha kötü	7,80±2,68	
Günlük hayatınızda nasıl birisiniz?	Hayat dolu, neşeli	7,90±2,30	0,430*
	Sinirli, agresif	7,51±2,29	
	Hassas, kırılgan	8,38±1,94	
	Takıntılı, depresif	8,52±2,50	
	Şikayetçi	8,00±2,36	
	Diğer (negatif, kavgacı vb.)	8,25±2,50	
İnsanlarla iletişiminiz nasıl?	İyi, kolay anlaşırım	8,07±2,17	0,922*
	Zorlanırım	8,13±2,19	
	Sevmem	7,89±2,55	
	Diğer	7,00±4,00	

*Kruskal Wallis Testi

**Mann Whitney U Testi

Yaşlı bireylerin ölüme karşı tutumlarına yönelik sorulara göre ÖKÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunamadı (Tablo 6).

Tablo 6. Yaşlı bireylerin ölüme karşı tutumlarına göre ÖKÖ toplam puan ortalamaları

Özellikler		Ort \pm s.s.	P
Ebedi hayat kavramı ne ifade ediyor?	Allah'a kavuşmayı	7,94 \pm 2,12	0,534*
	Ölmeyi	8,25 \pm 2,20	
	Yok olmayı	8,27 \pm 3,49	
	Hiçbir şey	8,14 \pm 2,68	
Ölüm kavramı ne ifade ediyor?	Allah'a kavuşmayı(1)	7,80 \pm 2,12	0,350*
	Ayrılığı(2)	8,03 \pm 1,97	
	Pişmanlıkları(3)	8,35 \pm 2,67	
	Özlemi(4)	8,67 \pm 2,42	
	Korkuyu(8,41 \pm 2,30	
	Diğer	7,50 \pm 4,95	
Sevdiğiniz bir kişi öldü mü?	Evet	8,04 \pm 2,31	0,765**
	Hayır	8,06 \pm 2,07	
İnsan kendini ölüme karşı her zaman hazır hissetmeli mi?	Evet	8,06 \pm 2,03	0,261*
	Hayır	8,19 \pm 2,43	
	Kararsızım	7,79 \pm 2,48	
Kendinizi ölüme hazır hissediyor musunuz?	Evet	8,29 \pm 2,35	0,662*
	Hayır	8,00 \pm 2,33	
	Bazen	7,91 \pm 2,04	

*Kruskal Wallis Testi

**Mann Whitney U Testi

Yaşlı bireylerin demografik özelliklere göre ÖDÖ toplam puanlarının karşılaştırılması sonucu demografik özellikler ile ÖDÖ toplam puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 7).

Tablo 7. Yaşlı bireylerin demografik özelliklerine göre ÖDÖ toplam puan ortalamaları

Özellikler		Ort.±s.s.	P
Cinsiyet	Kadın	10,18± 2,55	0,630*
	Erkek	9,83±3,23	
Medeni durum	Evli	10,08±2,82	0,540**
	Bekar	9,53±3,12	
	Dul	10,09±2,94	
Eğitim	Okuryazar	10,36±2,72	0,756**
	İlkokul	9,88±3,03	
	Ortaokul	9,85±2,39	
	Lise	10,20±2,81	
	Üniversite	9,75±3,21	
Sağlık güvencesi	Yok	10,32±2,29	0,791**
	Yeşil kart	9,97±2,24	
	Var	10,00±3,03	
Meslek	Memur	9,29±3,76	0,495**
	İşçi	8,75±4,16	
	Serbest meslek	10,53±2,63	
	Emekli	10,06±2,88	
	İşsiz	9,94±2,11	
	Diğer	10,30±2,22	
Gelir	Kötü	10,62±2,44	0,495**
	Orta	9,90±2,86	
	İyi	9,98±3,06	
Aile yapısı	Çekirdek aile	9,93±2,97	0,594**
	Geniş aile	10,10±2,90	
	Parçalanmış aile	10,38±2,16	
Birlikte yaşadığı kişi	Yalnız	9,71±3,22	0,255**
	Eşiyle	9,90±2,65	
	Çocuklarıyla	9,68±3,11	
	Eşi ve çocuklarıyla	10,71±2,65	
	Diğer	8,00	

* Mann Whitney U Testi, **.Kruskal Wallis Testi

Yaşlı bireylerin sağlık durumu, kişisel bilgilerinin sorulan sorulara göre ÖDÖ toplam puanı karşılaştırıldı. Bir yıl öncesine göre kendini çok daha kötü ve biraz daha kötü hissedenlerin ÖDÖ toplam puanları diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptandı (p=0,019). Anlamli farklılığı yaratan grupları bulmak için Post-Hoc testlerinden tam kare T₂ testi yapıldı. Post- Hoc testinde anlamli bir fark gözlemlenmedi. İlaç kullananların ÖDÖ toplam puanı ilaç kullanmayanlara göre daha yüksek bulundu (p=0,016). Günlük hayatlarında takıntılı, depresif ve hassas, kırılğan olanların ÖDÖ toplam puanları diğerlerine göre daha yüksek bulundu (p=0,044). Anlamli farklılığı yaratan grupları bulmak için Post-Hoc testlerinden tam kare T₂ testi yapıldı. Fark yaratan gruplar şunlardır:

Günlük hayatında takıntı depresif olan bireylerin, günlük hayatında hayat dolu neşeli olan bireylere göre ÖDÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek bulundu (Tablo 8).

Tablo 8. Yaşlı bireylerin sağlık durumu ve kişisel bilgilere göre ÖDÖ toplam puan ortalamaları

Özellikler		Ort±S.s	P
Sağlık kontrollerine düzenli gider misiniz?	Evet	9,80±2,97	0,098**
	Hayır	10,46±2,64	
Bir yıl öncesiyle karşılaştırdığınızda sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	Çok daha iyi	9,63±2,64	0,019*
	Biraz daha iyi	9,16±2,57	
	Hemen hemen aynı	9,97±2,82	
	Biraz daha kötü	10,78±2,67	
	Çok daha kötü	10,55±3,70	
Kronik hastalığınız var mı?	Evet	10,40±2,57	0,090**
	Hayır	9,77±3,05	
İlaç kullanıyor musunuz?	Evet	10,46±2,50	0,016**
	Hayır	9,52±3,19	
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	9,95±3,00	0,937**
	Hayır	10,05±2,84	
Günlük hayatınızda nasıl birisiniz?	Hayat dolu, neşeli	9,64±3,01	0,044*
	Sinirli, agresif	9,73±3,56	
	Hassas, kırılğan	10,26±2,37	
	Takıntılı, depresif	11,47±2,40	
	Şikayetçi	9,71±2,46	
	Diğer (negatif, kavgacı vb.)	9,75±2,63	
İnsanlarla İletişiminiz nasıl?	İyi, kolay anlaşırım	9,89±2,73	0,599*
	Zorlanırım	10,36±2,63	
	Sevmem	10,02±3,62	
	Diğer	9,00±1,00	

*Kruskal Wallis Testi **Mann Whitney U Testi

Yaşlı bireylerin ölüme karşı tutumlarının sorulduğu sorulara verilen cevaplar ile ÖDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldı. Yaşlı bireyler için ebedi hayat kavramı ne ifade ediyor sorusuna verilen cevaplarda anlamlı farklılık bulundu ($p=0,034$). Anlamlı farklılığı yaratan grupları bulmak için Post-Hoc testlerinden tam kare T_2 testi yapıldı. Post-Hoc testinde anlamlı bir fark gözlenmedi. Ölümün yaşlı bireyler için ne ifade ediyor sorusuna verilen cevaplarda anlamlı farklılık bulundu ($p<0,001$). Anlamlı farklılığı yaratan grupları bulmak için Post-Hoc testlerinden tam kare T_2 testi yapıldı. Fark yaratan gruplar şöyledir:

- Ölüm korkusu olan yaşlı bireylerde, ölümü Allah'a kavuşma olarak ifade eden yaşlı bireylere göre ÖDÖ puan ortalaması daha yüksek ($p<0,05$),

- Ölüm korkusu olan yaşlı bireylerde, ölümü ayrılık olarak ifade eden yaşlı bireylere göre ÖDÖ puan ortalaması daha yüksek ($p<0.05$),
- Ölüm korkusu olan yaşlı bireylerde, ölümü özlem olarak ifade eden yaşlı bireylere göre ÖDÖ puan ortalaması daha yüksek ($p<0.05$),
- Ölüm korkusu olan yaşlı bireylerde, ölümü diğer (sevdiklerine kavuşma, her şeyin sonu) olarak ifade eden yaşlı bireylere göre ÖDÖ puan ortalaması daha yüksek bulundu ($p<0.05$)

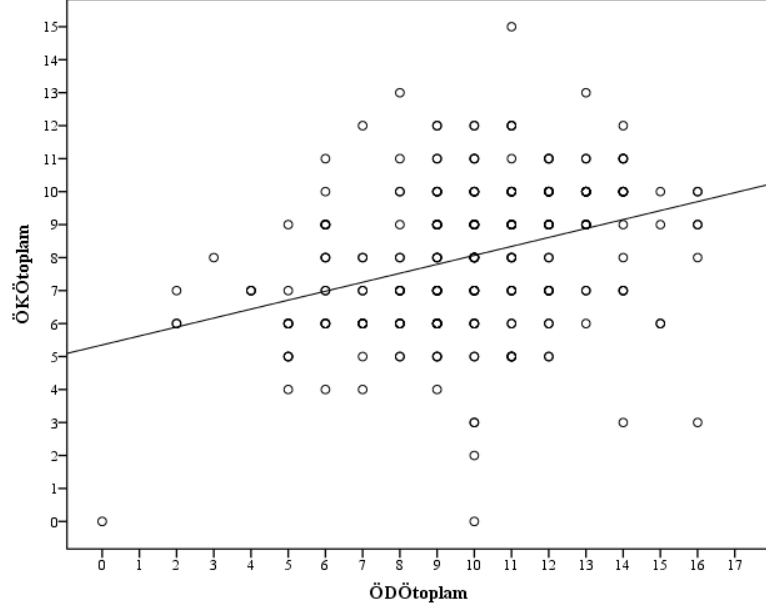
Sevdiği birini kaybedenlerin ÖDÖ toplam puanı, sevdiği birini kaybetmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,009$). İnsanın kendini her zaman ölüme hazır hissetmeli midir sorusuna verilen cevaplarda anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,043$). Anlamlı farklılığı yaratan grupları bulmak için Post-Hoc testlerinden tam kare T_2 testi yapıldı. Post- Hoc testinde anlamlı bir fark gözlemlenmedi. Kendinizi ölüme hazır hissediyor musunuz sorusuna verilen cevaplarda anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,042$). Anlamlı farklılığı yaratan grupları bulmak için Post-Hoc testlerinden tam kare T_2 testi yapıldı. Post- Hoc testinde anlamlı bir fark gözlemlenmedi (Tablo 9).

Tablo 9. Yaşlı bireylerin ölümle karşı tutumlarına göre ÖDÖ toplam puan ortalamaları

Özellikler		Ort±S.s.	P
Ebedi hayat kavramı ne ifade ediyor?	Allah'a kavuşmayı	9,65±2,63	0,034*
	Ölmeyi	10,55±3,01	
	Yok olmayı	10,53±4,02	
	Hiçbir şey	11,29±3,07	
Ölüm kavramı ne ifade ediyor?	Allah'a kavuşmayı	9,55±2,76	0,001*
	Ayrılığı	9,73±2,38	
	Pişmanlıkları	10,82±3,33	
	Özlemi	9,17±2,04	
	Korkuyu	11,66±2,71	
	Diğer (sevdiklerine kavuşma, her şeyin sonu)	6,50±,71	
Sevdiğiniz bir kişi öldü mü?	Evet	10,27±2,82	0,009**
	Hayır	8,96±2,91	
İnsan kendini ölüme karşı her zaman hazır hissetmeli mi?	Evet	9,59±2,84	0,043*
	Hayır	10,49±3,18	
	Kararsızım	10,26±2,36	
Kendinizi ölüme hazır hissediyor musunuz?	Evet	9,50±3,21	0,042*
	Hayır	10,45±2,98	
	Bazen	9,65±2,23	

*Kruskal Wallis Testi **Mann Whitney U Testi

ÖDÖ ve ÖKÖ toplam puanlarının birbiriyle korelasyonuna bakıldığında anlamlı ilişki olduğu görüldü ($r=0,38$; $p<0,001$) Ölçek puanları arasında aynı yönlü zayıf orta derecede anlamlı korelasyon bulundu. ÖDÖ puan ortalaması artarken ÖKÖ puan ortalaması da artmaktadır (Şekil 1).



Şekil 1. ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki

TARTIŞMA

Bu araştırma, Saruhan Kanbur Aile Sağlık Merkezine bağlı 60 yaş ve üzeri bireylerin, demografik, sağlık durumu, kişilik özellikleri ve ölüme karşı bakış açıları ile ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon durum ilişkisini belirlemek amacıyla, 273 birey ile yapıldı. Çalışmamızda elde edilen sonuçlar literatür bilgisi doğrultusunda bu bölümde tartışıldı.

Yaşlı Bireylerin Demografik Özelliklerinin Ölüm Kaygısı ve Ölüme İlişkin Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

Ölüm kaçınılmaz bir gerçek olup, her yaşta bireyleri ilgilendirmektedir. Bireyler yaşları ilerledikçe kendilerini ölüme daha yakın hissedip kaygı yaşayıp, depresyona girebilmekte veya bu durumdan memnun olmaktadır (4).

Bu çalışmada 60 yaş ve üzeri bireylerde (n=273) yaş, cinsiyet, medeni durumun Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği (ÖDÖ) alt puan ortalamaları sonucuna göre, istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (Tablo 4 ve Tablo 7).

Acehan ve Eker (139)'in acil tıp personellerinde yapmış olduğu çalışmada (n=140) cinsiyete göre Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının kadınların ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon puan ortalamaları, erkeklere göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu çalışmada Acehan ve Eker (139)'in çalışması ile ters yönde bir sonuç elde edildi. Cinsiyetin yaşlı bireylerin ÖKÖ ve ÖDÖ puan ortalamalarını etkilemediği bulundu. Bunun Acehan ve Eker (139)'in araştırma grubunun yaşları 20 ile 51 arasında değişen 78 kadın ve 62 erkekten oluşmasından, bu çalışmada ise bireylerin yaşları 60 yaş ve üzeri olması ve yaş ilerledikçe kadınların yaşam ve ölüme bakış açısının değiştiğini düşünmekteyiz. Acehan ve Eker (139)'in acil tıp personellerine yaptığı

çalışmada yaş, eğitim ve medeni durumun ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamalarının sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Elde edilen bu sonuç bu çalışma ile paralellik göstermektedir.

Yıldız (140)'ın tutuklu ve hükümlü bireyler ile yaptığı çalışmasında ölüme ilişkin depresyon ve ölüm kaygısı puan ortalamalarının evli olan bireylerin ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon puan ortalamalarının bekârlara göre daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada Yıldız (140)'ın çalışması ile ters yönde bir sonuç elde edildi. Yaşlı bireylerin evli olup olmamasının ÖKÖ ve ÖDÖ puan ortalamalarını etkilemediği bulundu. Bu farklılığın, Yıldız'ın çalışma grubunun tutuklu erkek bireylerden oluşmasından, bu çalışmanın ise kendi evlerinde ve çoğunun eşi ve/ veya aile bireylerinden birinin yanında (n=249) olup, kendilerini daha sosyal/özgür hissetmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin evlilik algısının ve dönem şartlarının etkilediği görülmektedir. Bu durumun farklılık gösterdiği düşünülmektedir. Öztürk (141)'ün bir üniversite hastanesinde çeşitli polikliniklerden konsültasyonla psikiyatri polikliniğine yönlendirilen 60 yaş ve üzeri yaşlı bireyler (n=200) ile yaptığı çalışmada cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durumun ÖKÖ ve ÖDÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuş olup ve çıkan sonuç bu araştırma ile paralellik sağlamaktadır. Kara (142) yaşları 25-40 arasında değişen, yoğun bakım ünitelerinde çalışan kadın hemşirelere (n=105) ile yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin yaş, medeni durumun ÖDÖ puan ortalamalarını etkilemediği yönünde bir sonuç elde etmiştir. Çıkan bu sonuç bu çalışma ile paralellik sağlamaktadır.

Yaşlı Bireylerin Sağlık Durumu ve Kişisel Özellikleri ile İlgili Sorulan Sorulara Göre Ölüme İlişkin Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

Bireylerin sağlık durumu ve kişisel özellikleri bireylerde ÖKÖ alt puan ortalamaları sonucuna göre, istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (Tablo 6).

Bu çalışmada bireylerin sağlık sorunlarının yıl içerisindeki değişimi ölüme ilişkin depresyon düzeylerini etkilediği saptandı (Tablo 8). Çalışmada bireylerin yıl içerisindeki sağlık durumlarındaki değişimlere ölüme ilişkin depresyon düzeyleri ile karşılaştırıldı. Bir yıl öncesine göre kendini çok daha kötü ve biraz daha kötü hissedenlerin ölüme ilişkin depresyon puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p=0,019). Öztürk (141)'ün 60 yaş ve üzeri yaşlı bireyler (n=200) ile yaptığı çalışmada, fiziksel hastalık ve son 1 ayda psikiyatrik hastalık varlığı yönünden ölüme ilişkin depresyon puan ortalamasının istatistiksel

olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Bu sonuç, bu araştırma ile ters yönde bulgu vermektedir. Bu durumun, çalışmaya katılan yaşlı bireylerin yaşadıkları çevre, aile yapıları, sağlığa karşı bakış açılarının farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bireylerin düzenli olarak ilaç kullanmaları sağlık durumlarında var olan bir bozukluk olduğunu göstermektedir. Sağlığı düzelmeyen bireylerin ölüme ilişkin depresyon düzeyleri etkilenmektedir. Çalışmamızda ilaç kullanan bireylerin ölüme ilişkin depresyon düzeyi, ilaç kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,016$) (Tablo 8). Yapılan literatür çalışmalar sonucunda, ilaç kullanma durumuna göre ölüme ilişkin depresyon düzeyleri ile karşılaştırma yapılmadığı saptandı. Bu araştırma da elde ettiğimiz sonuca göre yaşlı bireyler düzenli olarak ilaç kullandıkları için bedenlerinin hastalıktan kurtulamayacağını düşünmekte ve bu durumda yaşlı bireylerin kendilerini ölüme daha yakın hissetmesine neden olduğunu düşündürmektedir. Bunun sonucunda da yaşlı bireylerde ölüme ilişkin depresyon düzeyi puan ortalamaları yüksek çıktı.

Bireylerin kişilik yapıları ölüme ilişkin depresyon düzeylerini etkilemektedir. Çalışmamızda günlük hayatlarında takıntılı, depresif, hassas ve kırılgan olanların ölüme ilişkin depresyon toplam puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p:0,044$) (Tablo 8). Yapılan literatür çalışmalar sonucunda, günlük hayatlarında takıntılı, depresif ve hassas, kırılgan olan bireylerin ölüme ilişkin depresyon düzeyleri ile karşılaştırma yapılmadığı saptanmıştır. Yaşlı bireylerin günlük hayatlarında takıntılı, depresif, hassas, kırılgan olmaları onları ölüme karşı daha da karamsar düşünceler beslemesine neden olduğu görülmektedir. Bu da yaşlı bireylerde ölüme ilişkin depresyon düzeyi puan ortalamaları yüksek olması sonucunu ortaya çıkarmasına neden oldu.

Yaşlı Bireylerin Ölüme Karşı Tutumlarına Yönelik Sorulan Sorulara Göre Ölüme İlişkin Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

Bireylerin ölüme karşı tutumlarının ÖKÖ alt puan ortalamaları sonucuna göre, istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (Tablo 6).

Yaşlı bireylerin, ölüme karşı tutumların ölüme ilişkin depresyon düzeylerini etkilediği saptandı (Tablo 9). Yaşlı bireylerin, ebedi hayat ve Allah'ın varlığına olan inançlarının ölüme ilişkin depresyon düzeylerini etkilediği saptandı. Çalışmamızda çıkan sonuca göre ebedi hayat kavramının Allah'a kavuşmayı ifade ettiği kişilerde ÖDÖ toplam puanı daha düşükken, ebedi hayat kavramının hiçbir şey ifade etmediği kişilerde ÖDÖ toplam puanı diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,034$) (Tablo 9). Yapılan literatür çalışmalarında bireylerin

ebedi hayat ve Allah'ın varlığına olan inançlarının ölüme ilişkin depresyon düzeyleri ile karşılaştırma yapılmadığı saptanmıştır. Çıkan bu sonucunun araştırmanın yapıldığı bölgedeki yaşlı bireylerin % 95'inin Müslüman olması ve çoğunun inançlarına uygun yaşamasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Bireyler ölümden sonra hayatın bittiğini düşündükleri ve ölüm sonrası neler olabileceğini deneyimleyemedikleri için ölüm bireylerde korkuya sebep olmaktadır. Bireyler ölümü düşündükçe geçmişte yaptıkları veya yapamadıkları isteklerinden dolayı pişmanlık yaşamaktadırlar (63-65). Yaptığımız çalışmada bireylerde ölüm kavramının korkuyu ve pişmanlıkları ifade ettiği kişilerin ÖDÖ toplam puanları diğerlerine göre daha yüksek ($p<0,001$) olduğu saptandı. Yurt (143)'un hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin duygu ve görüşlerinin incelenmesini yaptığı çalışmada ölümcül hastayla sık karşılaşma ve ölüm deneyimini sık yaşamının, bireylerde ölüme karşı daha olumsuz duygular ve korku geliştireceği saptanmıştır. Çalışmamıza göre Yurt (143)'un çalışma sonucu ile paralellik sağlanmaktadır. Kara (142)'nin çalışmasında ölümün bireylerde korku, üzüntü, pişmanlığı hissettiğine dair sorulan sorularda istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamamıştır. Bu araştırma sonucu ile Kara (142)'nin çalışması ile paralellik sağlanmamaktadır. Bunun Kara (142)'nin çalışma grubunun ($n=105$) yoğun bakım hemşiresi olması ve yoğun bakım ünitelerinde ki hemşirelerin diğer insanlara göre daha fazla ölümlerle karşılaşmasından kaynaklandığını, bu çalışma grubundaki bireylerin ise 60 yaş üzeri yaşlı bireylerden ve ölümlerle hemşirelere oranla daha az karşılaşmalarından dolayı olduğu düşünülmektedir.

Birey için sevdiği bir kişinin ölümü onda üzüntü, keder, kaygı ve ölüme ilişkin depresyon durumunu etkilemektedir. Bu çalışmada sevdiği birini kaybedenlerin ÖDÖ toplam puan ortalamaları ($10,27\pm 2,82$) diğerlerine göre ($8,96\pm 2,91$) daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,009$). Acehan ve Eker (139)'in acil tıp personellerine yaptığı çalışmada, sevilen bir kişinin ölümü bireylerin ölüme ilişkin depresyon düzeyini etkilememektedir. Çıkan bu sonuç ile bu çalışma ile ters yönde bir sonuç elde edilmiştir. Bu durumun Acehan ve Eker (139)'in çalışmayı hastanelerin acil servislerinde çalışan sağlık personellerine yapması ve bu personellerin acil serviste sık karşılaştıkları ölümlerle sonuçlanan vakalardan ötürü ölümü normal bir şey olarak algılamalarından kaynaklandığını düşündürmektedir. Bu çalışmada bireylerin 60 yaş ve üzerinde olması sevilen bir kişinin ölümünü kolay kabullenememe ve bunun sonucunda yaşlı bireylerin ÖDÖ puan ortalamalarını etkilediğini düşündürmektedir. Çalışma sonucumuza göre Kara (142)'nin çalışması paralellik sağlamaktadır. Öztürk (141)'ün çalışma sonucu yapmış olduğumuz çalışma ile paralellik sağlamaktadır.

Ölümün birey için zamanı yoktur. Ölümü bireyler hayatlarında her an yaşanabilirler. Bu sebepten dolayı insanlar kendilerini ölüme her zaman hazır hissetmeleri gerekmektedir. Bu araştırmada bireylerin kendini her zaman ölüme hazır hissetmesi gerektiğini düşünenlerin ÖDÖ puanları (9,59±2,84) diğerlerine göre daha düşük olduğu bulundu (p=0,043). Bu sonuca göre bireyler kendilerini ölüme hazır hissetmemektedirler. Kendini ölüme hazır hissetmeyenlerin ÖDÖ toplam puan ortalamaları (10,45±2,98) diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptandı (p=0,042) (Tablo 9). Çıkan bu sonuç Kara (142)'nin çalışması ile zıt yönde bir sonuç elde edilmiştir. Bu durumun Kara'nın çalışmasına katılan bireylerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan yaşları 20 ile 40 arasında değişen hemşirelerden oluşması ve bu hemşirelerin sık sık ölümlerle karşılaşmaları bu durumun sonucunda da ölüme karşı bir şey hissetmemelerine neden olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Bu çalışmaya katılan bireylerin yaşları 60 ve üzeri olması, kendilerini yaşlarından ötürü ölüme daha yakın olduğunu düşünmesinden bu yüzden de kendilerini ölüme hazır hissetmediklerini düşündürmektedir.

SONUÇLAR

Bir aile sağlık merkezine bağlı 60 yaş ve üzeri bireylerin, demografik, sağlık durumu, kişilik özellikleri ve ölüme karşı tutumları ile ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon durumu ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, ülkemizde sınırlı sayıda bulunan yaşlılarda ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon ile ilgili yapılan saha çalışmalarına katkı sağlamak amaçlanmıştır. Bu doğrultuda;

Araştırmaya katılan bireylerin 147 kadın (%53,8) ve 126 erkek (%46,1) olmak üzere toplam 273 kişidir. Ulaşılan yaşlı bireylerin yaş ortalaması $68,72 \pm 7,1$ 'dir. Yaşlı bireylerin 173'ü evlidir (%63,4). Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin 75'i ilkokul mezunudur (%27,5), 218 bireyin sağlık güvencesi (%79,8) vardır. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin 135'i (%49,5) emeklidir. Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin, gelir durumu 142'sinin (%51,1) orta düzeydedir. Yaşlı bireylerin 164'ü (%60,1) çekirdek aile, parçalanmış aile yapısına sahiptir. Araştırmaya katılan bireylerin 92'si (%33,7) eşiyile, yaşamaktadır (Tablo 1). Çalışmaya katılan yaşlı bireylerden 184'ü (%67,4) sağlık kontrollerine düzenli gitmektedir. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin bir yıl öncesine göre sağlık durumları; 122 kişinin (%44,7) hemen hemen aynıdır. Araştırma katılan yaşlı bireylerin 167 (%61,2) kronik hastalığı yoktur. 146'sının (%53,5) kullandığı bir ilaç vardır. 200'ü (%73,3) sigara içmemektedir. Araştırmaya katılan bireylerin kişilik özelliklerine baktığımızda 113 kişi (%41,4) günlük hayatında hayat dolu, neşeli bir kişilik yapısına sahip olduğu görüldü. Yaşlı bireylerin 152 kişi (% 55,7) insanlarla iletişiminin iyi olduğunu söyledi. (Tablo 2) Araştırmaya katılan yaşlı bireyler için, ebedi hayat kavramı 175 kişiye (%64,1) Allah'a kavuşmayı ifade etmektedir. Ölüm kavramı ise 135 kişiye (%49,4) Allah'a kavuşmayı, ifade etmektedir. Yaşlı bireylerin 220'si (%80,6) sevdiği bir yakını kaybetmiştir. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerden 128 kişi (%46,9)

insanın kendini ölüme karşı her zaman hazır hissetmesi gerektiğini düşünmektedir. 137 kişi (%50,4) kendini ölüme hazır hissetmemektedir (Tablo 3).

- Bir yıl öncesine göre sağlık durumlarının daha kötü olan bireylerin ÖDÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu ($p=0,019$),
- Çalışmamızda ilaç kullanan bireylerin ölüme ilişkin depresyon düzeyi ($10,46\pm 2,50$) ilaç kullanmayanlara göre ($9,52\pm 3,19$) daha yüksek olduğu ($p=0,016$),
- Günlük hayatlarında takıntılı, depresif olanların ÖDÖ toplam puanları diğerlerine göre daha yüksek olduğu ($p=0,044$),
- Ebedi hayat kavramının ölüme ilişkin depresyon düzeylerini etkilediği ($p=0,034$),
- Ölüm kavramının ÖDÖ düzeylerini etkilediği ($p<0,001$),
- Hayatı boyunca sevdiği birini kaybeden bireylerin ÖDÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu ($10,27\pm 2,82$) ($p=0,009$),
- İnsanın kendini her zaman ölüme hazır hissetmeli midir sorusuna verilen cevapların ÖDÖ toplam puanını etkilediği ($p=0,043$),
- Ölüme karşı kendisini hazır hissetmeyenlerin ÖDÖ toplam puanı ($10,45\pm 2,98$) kendisini her zaman ölüme hazır hisseden bireylerden daha yüksek olduğu belirlendi ($p=0,042$).

Yaptığımız çalışmada Saruhan Kanbur Aile Sağlık Merkezine bağlı 60 yaş ve üzeri bireylerde ölüm kaygısının olmadığı saptanmış olup, çalışmaya katılan bireylerin ölüme ilişkin depresyon düzeyleri yüksek olarak saptandı. Ölüme ilişkin depresyon düzeyi yüksek olan bireyler Aile Sağlık Merkezi hekim ve hemşirelerine yönlendirilecektir.

Hemşirelerin yaşlı bireylerde ÖKÖ ve ÖDÖ ile ilgili çok fazla çalışma olmadığı için bu çalışmanın hemşirelere yol gösterici nitelikte bir çalışma olması, ayrıca bu çalışma ile hemşirelerin yaşlı bireylere karşı bakış açılarının değişmesi ve yaşlıların bakım ve tedavisinde hemşirelere yardımcı olması hedeflenmektedir.

ÖNERİLER

- Sevdiği birinin/yakının kaybeden yaşlılara psikolojik ve sosyal destek mekanizmalarının oluşturulması,

- Yaşlı bireylerin, aile sağlık merkezi çalışanları tarafından düzenli aralıklar ile sağlık takiplerinin yapılması, gerekirse bir üst kuruluşa sevk edilmesi ,
- Hemşireler tarafından yaşlı bireylere ölüm hakkında psikolojik danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,
- Yaşlılara ölüme karşı başa çıkma yöntemlerini geliştirmeye yönelik programların hazırlanması,
- Yaşlıların, ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi ve gereken desteğin verilmesi,
- Bu çalışmanın daha büyük gruplarda yapılması önerilmektedir.

ÖZET

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu çalışmanın amacı, bir aile sağlık merkezine bağlı 60 yaş ve üzeri bireylerin, demografik, sağlık durumu, kişilik özellikleri ve ölüme karşı tutumlarının ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon durumuyla ilişkisini belirlemektir. Araştırmaya, 500 yaşlıdan, çalışmaya katılmaya istekli, akıl sağlığı yerinde olan 273 yaşlı birey dâhil edildi. Araştırmada örneklem seçimine gidilmedi. Araştırmada yaşlı bireylere Veri Toplama Formu ile birlikte Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği uygulandı. Araştırmada elde edilen verilerin analizinde ortalama, standart sapma ile verilerin normal dağılım göstermediği durumlarda ikili gruplar Mann Whitney U testi ile ikiden fazla gruplar ise Kruskal Wallis testi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edildi. Gruplar arasındaki farkı belirlemek için Post-Hoc analizi kullanıldı. Araştırmada yaşlı bireylerin demografik özelliklerinin, sağlık durumlarının, kişilik özelliklerinin ve ölüme karşı tutumlarının ÖK düzeylerini ve demografik özelliklerinin ÖDÖ düzeylerini etkilemediği ($p > 0,05$), ancak ÖDÖ düzeylerini etkilediği bulundu ($p < 0,05$). Bir yıl öncesine göre sağlık durumunun, ilaç kullanan bireylerin, günlük hayatlarında takıntılı, depresif olanların ÖDÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla; $p = 0,019, p = 0,016, p = 0,044$). Yaşlı bireylerde, ebedi hayat kavramının hiçbir şey ifade etmediği, ölüm kavramının korkuyu ifade ettiği, kendisini ölüme hazır hissetmeyenlerin ve sevdiği birini kaybeden bireylerin ÖDÖ toplam puanının daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla; $p = 0,034, p < 0,001, p = 0,042, p = 0,009$). İnsanın kendini ölüme her zaman hazır hissetmesinin ÖDÖ puanı diğerlerinden daha düşük olduğu saptandı ($p = 0,043$).

Bu araştırmanın sonucuna göre, sevdiği birinin/yakının kaybeden yaşlılara psikolojik ve sosyal destek mekanizmalarının oluşturulması ve yaşlılara ölüme karşı başa çıkma yöntemlerini geliştirmeye yönelik programların hazırlanması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: 60 yaş ve üzeri birey, yaşlı, ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon



DEATH ANXIETY AND DEPRESSION STATUS OF DEATH 60 YEARS OLD AT SARUHAN KANBUR FAMILY HEALTH CENTER

SUMMARY

The aim of this descriptive and cross-sectional study is to determine demographic state of health, personality characteristics and their attitudes to the relation between fear of death, depression of individuals aged 60 years old and over, who are member of family health center.

The study completed with volunteered 273 out of 500 elderly people who were eager to be the part of the study and have mental health issue. For this study, sample was not chosen. As well as Data Collection Forum, Anxiety Death (AD), also Depression Related to Death (DRD) were applied in the study.

During analyzing the results when an average deviation and a standard deviation were not equal in order to get an accurate conclusion Mann Whitney U test was applied for dual groups and Kruskal Wallis test was applied for the groups including more than two. $p < 0,05$ is accepted as a level of statistical significance. For defining, the difference between the groups Post Hoc analysis was used.

In the inquiry, it was observed that old individuals' demographic characteristics, the state of health, personal characteristics, and the attitudes towards death did not affect level of AD and their demographic characteristics did not affect the level of DRD ($p > 0,05$), However, it affected the level of DRD.

It showed that those individuals, who are obsessive, depressed and using medicine has higher DRD points than a year ago. (Consistently $p = 0,019$, $p = 0,016$, $p = 0,044$).

It is found out that the concept of eternal life does not make any sense, death means fear and the level of being ready for death is lower than DRD points ($p=0,043$).

According to the result of this study, it suggested that there should be physiological and social support for old individuals whom lost a person they love or a relative and it is advised to create a program in order to help them with their struggle and anxiety of death.

Key words: 60 years and older, elderly, anxiety death, death related depression



KAYNAKLAR

1. Püsküllüoğlu A. Ölüm. Türkçe sözlük içinde (s.1195). İstanbul: Yapı Kredi Yayınları, 1995.
2. Hökelekli H. Ölümle ilgili tutumların dini davranışla ilişkisi üzerine bir araştırma. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Derneği 1992;4:57-98.
3. Köknel O. Kaygıdan mutluluğa kişilik. 8. Baskı, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, 1985.
4. Karaca F. Ölüm psikolojisi, İstanbul: Beyan Yayınları, 2000.
5. Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2011;12(1):37-43.
6. Sarıkaya Y, Baloğlu M. Ölüm Kaygısı Ölçeği Geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik Çalışması (tez). Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2013.
7. Özen D. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine Etkisi (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
8. Kelly GA. The psychology of personal constructs (Vol. 1). New York: Norton, 1955.
9. Işık E. Depresyon ve bipolar bozukluklar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, 2003:5-11.
10. Göktaş K, Özkan İ. Yaşlılarda depresyon. Türkiye’de Psikiyatri 2006;8(1):30-7.
11. <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/duyurular/halkayonelik/yaslihaftasi.pdf>. Erişim Tarihi:10.05.2019.

12. Konak A, Çiğdem Y. Yaşlılık olgusu: Sivas huzurevi örneği. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2005;29(1):23-63.
13. Seviğ ÜE. Sağlıklı yaşlanma için temel sağlık alışkanlıklarının incelenmesi. Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı, Ankara: Başbakanlık-SHÇEK Basımevi; 1992, s.149-51.
14. Templer DI, Lester D, Ruff CF. Fear of death and feminity. Psychological Reports 1974; 35:530.
15. Gilliland JC, Templer DI. Relationship of death anxiety scale factor to subjective states. Omega 1986;16(2):155-67.
16. Bumin G, Kırdı N, Kayıhan H. Geriatrik yaşlı grubunda yaşam kalitesi değerlendirmesi. Arıoğul S (Editör). Geriatri ve Gerontoloji; 2006. s.221-31.
17. Rejeski WJ, Mihalko SL. Physical activity and quality of life in older adults. J Gerontol 2001;56:23-34.
18. Kalıncara V. Temel gerontoloji yaşlılık bilimi. Ankara: Nobel Yayınları, 2016.
19. Ömer ZA, Şişman Y. Yaşlılara yönelik sosyal politikalar. Kamu- İş Dergisi 2003;7(2):2-36.
20. Genç Y. Yaşlıların sosyal dışlanma sendromu ve toplumsal beklentileri. International Journal of Social Science 2013;6(1).461-82.
21. Özkul M, Kalaycı I. Türkiye’de yaşlılık çalışmaları. Sosyoloji Konferansları Raporu. 2015;52:259-90.
22. WHO. World health organization population ageing –a public health challenge 2012, <http://www.who.int/healthinfo/survey>. Erişim Tarihi:10.12.2018.
23. WHO. World health organization, world report on age in gand health, 2015, Erişim Tarihi:01.02.2018.
24. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf. 2015, Erişim Tarihi:01.06.2019.
25. TÜİK. İstatistiklerle yaşlılar, 2013; Sayı:16057, 2014.
26. TÜİK. İstatistiklerle yaşlılar, 2012, Sayı:13466, 2013.
27. HÜNEE. 2013 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2014.

28. TÜİK. İstatistiklerle yaşlılar, 2014, Sayı:18620, 2015.
29. TÜİK. İstatistiklerle yaşlılar, 2016, Sayı:24644, 2017.
30. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> Erişim Tarihi:11.07.2019.
31. Karadakovan A. Yaşlılık ve bakım. Karadakovan A, Eti Aslan F (Editörler). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım, Adana: Nobel Kitabevi; 2010. s.113-26.
32. Pehlivan S, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2013;2(3):385-95.
33. Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2012;2(2):19-23.
34. Özgül A. Geriatrik patolojinin esasları. Beyazova M, Gökçe Kutsal Y (Editörler). Fiziksel tıp ve rehabilitasyon. Ankara: Güneş Kitabevi, 2000.
35. Dikmenoğlu N. Değişik sistemlerde yaşlanma olgusu. Beyazova M, Gökçe Kutsal Y (Editörler). Fiziksel tıp ve rehabilitasyon. Ankara: Güneş Kitabevi, 2000.
36. Oğuz TM. Yaşlılarda Görülen Biyolojik ve Sosyal Değişimler (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.
37. Özbek Z, Öner P. Geriatrik fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler. Türk Klinik Biyokimya Dergisi 2008;6(2):73-80.
38. Nalbant S, Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler. Nobel Med. 2008;4(2):4-11.
39. Rakıcıoğlu N. Yaşlılıkta beslenme, sağlıklı ve başarılı yaşlanma, Ankara: Gebam, 2004.
40. Alparslan GB, Akdemir N. Hemşirelik bakımı açısından yaşlıda besin-ilaç etkileşimleri. Akad Geriatri 2011;3:17-21.
41. Dedeli Ö. Yaşlanma ile meydana fizyolojik değişiklikler. Kaptan G (Editör). Geriatri bakım ilkeleri. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2013. s.11-24.
42. Fadiloğlu Ç, Parlar S. Yaşlılarda görülen inkontinans: ileri geriatri hemşireliği. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, 2006:117-28.
43. Smith CM, Cotter VT. Nursing standart of practice protocol: age- related changes in health, New York: Hartford Institute For Geriatric Nursing, 2008.

44. Shives LR. Basic concepts of psychiatric mental health nursing. Philadelphia: Lippincott, 2012:524-34.
45. Videbeck S. Psychiatric mental health nursing. Philadelphia: Lippincott, 2011:43-56.
46. Mohr W. Psychiatric mental health nursing. Philadelphia: Lippincott, 2009:818-25.
47. Demirci N. Kadının yaşam dönemlerinde cinsellik ve cinsel sağlık. Coşkun AM (Editör). Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları: SANERC Kitapları-3; 2012. s.564-571.
48. Sivaslıoğlu AA. Kadın cinsel organlarında yaşa özgü meydana gelen değişimler. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yaşlı Sağlığı Modülleri Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Sağlık Bakanlığı Yayın No.810. 2012:319-35.
49. Resnick NM, Dosa D. Geriatric medicine In: Kasper D, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL(Eds.). Harrison's principles of internal medicine. New York: McGraw-Hill Companies; 2005. p.43-53.
50. Tiftik S, Kayış A, İnanır İ. Yaşlı bireylerde sistemsel değişiklikler, hastalıklar ve hemşirenin rolü. http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2012-01/html/2012-4-1-001-011.htm, Erişim Tarihi:28.11.2018.
51. http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2012-01/html/2012-4-1-001-011.htm
Erişim Tarihi:28.11.2018
52. Özkaya N, Arioğul S. Yaşlanma ile meydana gelen fizyolojik değişiklikler. İç hastalıkları Dergisi 2007;14(1):18-26.
53. http://www.ichastalıklaridergisi.org/managete/fu_folder/2007-01/html/2007-14-1-018-026.htm Erişim Tarihi: 27.11.2018.
54. Karadovan A. (Çev, Ed.). Yaşlı bakımı hemşireliği. Ankara: Nobel, 2015:251-265.
55. Yüksel G. (Çev, Ed.). Yaşam boyu gelişim. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi, 2014.
56. Townsend M. Psychiatric mental health nursing. Philadelphia: Davis Company, 2009:702-707.
57. Little W. Introduction to sociology. Canada: Rice University, 2013.
58. Çam O, Engin E. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı. İstanbul: Tıp Kitapevi, 2014:25-7.

59. Dereli F, Koca B, Demircan S, Tor N. Bir huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi* 2010;27:93-7.
60. Julsing JE, Kromhout D, Geleijnse JM, Giltay EJ. Loneliness, cardiovascular, and noncardiovascular mortality in older men: The Zutphen elderly study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2016;24(6):475-84.
61. Freud S. *Uygarlık din ve toplum*, Ankara: Öteki Yayınları, 1995:75-88.
62. Dekkers W. Neye "ölüm" deriz? Batı kültüründe yaşam sonu hakkında bazı düşünceler. *3P Dergisi* 1996;4(3):9-16.
63. Aksu T, Okçay H. Yaşam dönemlerine göre ölüm algısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2010;5:113-26.
64. Çam O, Bilge A, Keskin G. *Gidenler ve geride kalanlar: insan, yavrusu ve ölüm yarasını sarmak*. İzmir: Egetan, 2010.
65. İnci F, Öz F. Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009;10:253-60.
66. Hökelekli, H. *Ölüm, ölüm ötesi psikolojisi ve din*. 2. Baskı, İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları, 2017.
67. Dağlı, EN. *Yaşlılarda Ölüm Kaygısı ve Dindarlık (tez)*. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010.
68. Hökelekli H. *Ölüm, ölüm ötesi psikolojisi ve din*. İstanbul: Dem Yayınları, 2008:9-78.
69. Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2012;21(1):42-79.
70. <http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/19/yas-sureci> Erişim Tarihi: 14.01.2019.
71. Çileli M. *Ölüm*. Ankara: İmge Kitabevi, 2004.
72. Thomas LV. *Ölüm*, Gürbüz I (Editör), İstanbul: İletişim Yayınları, 1991.
73. Yıldız M. Dindarlık ve ölüm kaygısı. tasavvufî yaklaşım ve günümüz üniversite öğrencileri. *Journal of Religious Culture* 2001;43:1-7.
74. Yalom I (Çeviri: Z. Babayiyit İyidoğan). *Varoluşçu psikoterapi*. İstanbul: Kabalcı Yayınları, 1999:73-74.

75. Öner N. Türkiye'de kullanılan psikolojik testler, bir başvuru kaynağı. 3. Baskı, İstanbul: Boğaziçi Yayınları, 1997.
76. Özen D. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine Etkisi (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
77. Çalak E. Belirsizlik korkusu, <http://erdogancalak.blogspot.com.tr>. 2016, Erişim Tarihi: 01.06.2019.
78. Kamçı R. Ölüm ve ölüm korkusunun insan psikolojisi üzerine etkisi, www.tavsiye.ediyorum.com. 2015, Erişim Tarihi: 01.06.2019.
79. Sina İ. Ölüm korkusundan kurtuluş. Tura MH (Editör). İstanbul: Burhaneddin Matbaası, 1942.
80. Kelly GA. The psychology of personal constructs (Vol. 1). New York: Norton, 1955.
81. Bassett JF. Psychological defenses against death anxiety: Integrating terror management theory and Firestone's separation theory. *Death Studies* 2007;31:727-50.
82. Freud S. Endişe (çeviren: L. Özcengiz). İstanbul: Dergah Yayınları, 1992.
83. Wahl CW. The fear of death. Feifel H (Ed). The meaning of death, New York: McGraw-Hill, 1959.
84. Eke, S. Farklı Mesleklerde Ölüm Kaygılarının Karşılaştırılması (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2003.
85. Eyüboğlu ÖS. Depresif Yakınmaları Olan Hastaların Depresyon ile Ölüm Kaygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (tez). İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2009.
86. Horney K (Çeviri: A. Yörükkan). Çağımızın tedirgin insanı. İstanbul: Tur Yayınları, 1980.
87. Ertufan, H. Hekimlik Uygulamalarında Ölümle Sık Karşılaşmanın Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisi (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008.
88. Yalom, ID. Existential Psychotherapy. Vol. 1. New York: Basic Books, 1980.
89. Çevik B. Hemşirelerin Ölümüne ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları ve Deneyimleri (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
90. Işık E, Fadiloğlu Ç, Demir Y. Ölümüne karşı tutum ölçeğinin Türkçe çevirisinin hemşire popülasyonunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2009;2:28-43.

91. Yalom ID, Babayigit Zİ. Varoluşçu psikoterapi, İstanbul: Kabalcı Yayınevi, 2001.
92. Heidegger M. Varlık ve zaman. Aziz Yardımlı (Editör). İstanbul: İdea Yayınları, 2004.
93. Taka F. Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi (tez). İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 2010.
94. Ditfurth H (Çeviri: N. Barın). Korku ve kaygı. İstanbul: Metris Yayınları, 1991.
95. Kayh V, Bond MH, WingNg TS. General Beliefs About The World As Defensive Mechanisms Against Death Anxiety (Dissertation). Hong Kong: Chinese University of Hong Kong, 1979.
96. Solomon S, Greenberg J, Pyszczynski T. Pride and prejudice: fear of death and social behavior. *Current Directions in Psychological Science* 2000;9:200-4.
97. Greenberg J, Simon L, Pyszczynski T, Solomon S, Chatel D. Terror management and tolerance: does mortality salience always intensify negative reactions to others who threaten one's world view? *Journal of Personality and Social Psychology* 1992;63:913-22.
98. Cicirelli VG. Fear of death in older adults: predictions from terror management theory. *The Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences* 2002;57(4):358-66.
99. Pollack J. Correlates of death anxiety: a review of empirical studies. *Omega: Journal of Death and Dying* 1980;10(2):97-121.
100. Aday RH. Belief in after life and death anxiety: correlates and comparisons. *Omega: Journal of Death and Dying* 1985;15(1):67-75.
101. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology* 1970;82:165-77.
102. Mc Mordie, WR, Kumar A. Cross-cultural research on the Templer/Mc-Mc Mordie Death Anxiety Scale. *Psychological Reports* 1984;54:959-63.
103. Schumaker JF, Warren WG, Groth-Marnat G. Death anxiety in Japan and Australia. *The Journal of Social Psychology* 1991;131(4):511-18.
104. Wagner KD, Lorian RP. Correlates of death anxiety in elderly persons. *Journal of Clinical Psychology* 1984;40(5):1235-40.
105. Suhail K, Arkam S. Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Studies* 2002;26:39-50.

106. Gesser G, Wong PTP, Reker GT. Death attitudes across the life Span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega: Journal of Deathand Dying* 1987;18:109-24.
107. Kastenbaum R. Time and death in adolescence, in the meaning of death, In: Herman Feifel (Ed). New York: Mc Graw-Hill; 1959. p.259-70.
108. Bond CW. Religiosity, age, gender and death anxiety. 1997. www.dunamai.com/fddyq/fddyq.htm Erişim Tarihi: 23.11.2017.
109. Justin R. Adult and adolescent attitudes toward death. *Adolescence* 1988;23(90):429-35.
110. Gectan E. Yaşam ve normal dışı davranışlar. İstanbul: Remzi Kitapevi, 1990.
111. Conte HR, Weiner MB, Plutchik R. Measuring death anxiety: conceptual psychometric and factor analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology* 1998;43:775-85.
112. Viney LL. Concerns about death among severely ill people. In: Epting FR, Neimeyer RA (Eds). *Personal meanings of death*. Washington, DC: Hemisphere/ McGrawHill; 1984. p.143-57.
113. Keller JW, Sherry D, Piotrowski C. Perspectives on death: a develop mental study. *Journal of Psychology* 1984;116(1):137-42.
114. Erdoğan MY, Özkan M. Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007;14(3):171-9.
115. Yıldız M. Dini Hayat İle Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,1998.
116. Turgay M. Ölüm Korkusu ve Kişilik Yapısı Arasındaki İlişki (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2003.
117. Neufeldt DE, Holmes CB. Relation ship between personality traits and fear of death. *Psychological Reports* 1979;45(3):907-10.
118. Frazier PH, Foss-Goodman D. Death anxiety and personality: are they trulyrelated?. *Omega: The Journal of Deathand Dying* 1988-1989;19(3):265-74.
119. Schumaker JF, Barraclough RA, Vagg LM. Death anxiety in Malaysian and Australian university students. *Journal of Social Psychology* 1988;128:41-7.
120. Abdel-Khalek AM. Kuwait University – The Arabic Scale of death anxiety: some results from eastand. West. *Omega* 2008-2009;59(1):39-50.

121. Tatar U. Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1998.
122. Eke S. Farklı Mesleklerde Çalışanların Ölüm Kaygılarının Karşılaştırılması (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2003.
123. Yalom ID. Varoluşçu psikoterapi. İstanbul: Kabalıcı Yayınları, 2001.
124. Carey S. Conceptual change in childhood. Cambridge Mass: MIT Pres, 1985.
125. Karaca F. Ölüm psikolojisi, İstanbul: Beyan Yayınları, 2000.
126. Peker, H. Kur'an'a göre dindarlığın boyutları. Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 2012;12(2):41-49.
127. Lucas RA. A comparative study of measures of general anxiety and death anxiety among three medical groups including patient and wife. Omega: The Journal of Death and Dying 1974;5(3):233-43.
128. Hintze J, Templar DI, Cappelletty GG, Frederick W. Death depression and death anxiety in HIV infected males. Death Studies 1993;17:333-41.
129. Abdel-Khalek MA, Lester D. Death obsession in Kuwait and American college students. Death Studies 2003;27(6):541-53.
130. Kaçan Softa H, Uçukoğlu H, Ulaş Karahmetoğlu G, Esen D. Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2011;1-2:67-79.
131. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi. Yaşlılıkta kaliteli yaşam. http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilikta_kaliteli_yasam_son.pdf Erişim Tarihi: 01.03.2018.
132. Aksüllü N. Kurumda ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Faktörleri ile Depresyon Arasındaki İlişki (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2002.
133. Kaner G. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Görülen Depresif Bulgular Üzerine Günlük Yaşam Etkinliklerindeki Bağımlılık Düzeyinin Etkisi (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.
134. Mavandadi S, Ten Have TR, Katz IR, Durai UN, Krahn DD, Llorente MD, et al. Effect of depression treatment on depressive symptoms in older adult hood: the moderating role of pain. J Am Geriatr Soc 2007;55:202-11.

135. Yıldırım Kaptanoğlu A. Nörolojik ve psikiyatrik sağlık. Işlak Durmuş H (Editör). Yaşlı sağlığı (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile Eğitim Programı). İstanbul: Nakıs Ofset, 2012.
136. Bauman Z. Ölüm ve ölümsüzlük ve diğer yaşam stratejileri. In: Demirdöven N (Ed.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 2000.
137. Ertufan H. Bir Grup Tıp Öğrencisi Üzerinde Ölüm Kaygısı ve Korkusu Ölçeklerinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2000.
138. Yaparel R, Yıldız M. Ölümeye ilişkin depresyon ölçeğinin Türkçe çevirisinin normal popülasyonda geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1998;9(3):198-4.
139. Acehan G, Eker F. Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüm kaygısı, ölümeye ilişkin depresyon düzeyleri ve kullandıkları başa çıkma yolları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013;4(1):27-35.
140. Yıldız M. Tutuklu ve hükümlülerde umutsuzluk, ölümeye ilişkin depresyon ve ölüm kaygısı ilişkisi. CÜ Sosyal Bilimler Dergisi 2011;35(1):1-7.
141. Öztürk Z. Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı (tez), Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2010.
142. Kara N. Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölümeye İlişkin Duygu ve Düşüncelerinin Belirlenmesi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2002.
143. Yurt V. Hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin duygu ve görüşlerinin incelenmesi. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, İzmir; 1990.

ŞEKİLLER LİSTESİ

TABLolar

Tablo 1. Yaşlı bireylerin demografik özelliklerinin sorulduğu sorulara verdikleri yanıtların dağılımı (n=273).....	24
Tablo 2. Yaşlı bireylerin sağlık durumu ve kişisel bilgilerinin sorulduğu sorulara verdikleri yanıtların dağılımı (n=273).....	25
Tablo 3. Yaşlı bireylerin ölüme karşı tutumlarının sorulduğu sorulara verdikleri yanıtların dağılımı (n:273).....	26
Tablo 4. Yaşlı bireylerin demografik özelliklere göre ÖKÖ toplam puanlarının ortalamaları.....	27
Tablo 5. Yaşlı bireylerin sağlık durumu ve kişisel bilgilerine göre ÖKÖ toplam puan ortalamaları.....	28
Tablo 6. Yaşlı bireylerin ölüme karşı tutumlarına göre ÖKÖ toplam puan ortalamaları	29
Tablo 7. Yaşlı bireylerin demografik özelliklerine göre ÖDÖ toplam puan ortalamaları.....	30
Tablo 8. Yaşlı bireylerin sağlık durumu ve kişisel bilgilere göre ÖDÖ toplam puan ortalamaları.....	31
Tablo 9. Yaşlı bireylerin ölümlerine karşı tutumlarına göre ÖDÖ toplam puan ortalamaları.....	32

ŞEKİLLER

Şekil 1. ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki	33
---	----

ÖZGEÇMİŞ

Ad :CEVRİYE GÖZDE
Soyad :EKŞİ
Doğum Yeri :ÜSKÜDAR
Doğum Tarihi :05.01.1991
Görev Yeri :ÜMRANIYE KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI
HASTANESİ
Yabancı Dil :İNGİLİZCE
E-Posta Adresi :c.gozdeksi53@gmail.com

Tarih	Eğitim
1996-2005	ALİ KUŞCU İLKÖĞRETİM OKULU
2005-2009	ERKUT SOYAK ANADOLU LİSESİ
2010-2015	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ- SYO – HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
2016-	TRAKYA ÜNİVERSİTESİ- SBF- HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS

Varsa, İyi Klinik Uygulamalar Kapsamında Aldığı Eğitimler.

HASTA GÜVENLİĞİ EĞİTİMİ
ACİL DURUMLARDA RESÜSİTASYON EĞİTİMİ
EKG EĞİTİMİ

İş Tecrübesi

2015-2016 AFİYET HASTANESİ- ACİL HEMŞİRESİ
2018- ÜMRANIYE KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI
HASTANESİ

EKLER

Ek 1. Veri Toplama Formu

Ek 2. Ölüm Kaygısı Ölçeği

Ek 3. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği (ÖDÖ)

Ek 4. Etik Kurulu İzni

Ek 5. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İzni



Ek 1. Veri Toplama Formu

Bu çalışma, Saruhan Kambur Aile Sağlık Merkezi'ne bağlı 60 yaş ve üzeri bireylerin ölüme ilişkin depresyon ve ölüm kaygısını belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmada yer alan sorular, araştırma dışında herhangi bir amaçla kullanılmayacaktır. Tüm soruları eksiksiz ve doğru bir şekilde yanıtlamanız çalışma sonuçlarının doğruluğu açısından önemlidir. Katılımınız için teşekkür ederim.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

CEVRIYE GÖZDE EKŞİ

1. Yaşı:

2. Cinsiyeti:

Kadın

Erkek

3. Medeni durum:

Evli

Bekar

Dul

4. Eğitim Durumu:

Okur -yazar

İlkokul mezunu

Ortaokul mezunu

Lise mezunu

Üniversite ve üstü

5. Sağlık Güvencesi:

Sağlık güvencesi yok

Yeşil kart

Sağlık güvencesi var

6. Meslek:

- a. Memur
- b. İşçi
- c. Serbest Meslek
- d. Emekli
- e. İşsiz
- f. Diğer (lütfen belirtiniz).....

7. Geliriniz :

- a. Kötü
- b.Orta
- c.İyi

8. Aile yapısı:

- a.Çekirdek aile
- b. Geniş aile
- c. Parçalanmış aile

9. Birlikte yaşadığınız kişiler :

- a.Yalnız yaşıyor
- b.Eşiyle yaşıyor
- c. Çocuklarıyla yaşıyor
- c.Eşi ve çocuklarıyla yaşıyor
- d. Diğer (lütfen belirtiniz.....)

10. Çocuk sayısı:

11. Kronik hastalığınız var mı?

- Evet
- Hayır

(Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz

.....)

12. Sürekli kullandığı ilaçları var mı ?

- Evet
- Hayır

13. Sigara kullanıyor musunuz ?

- Evet
- Hayır

(Cevabınız evet ise kaç yıldır kullanıyorsunuz?.....)

14.Sağlık kontrollerine düzenli gider misiniz ?

- Evet
- Hayır

(Cevabınız hayır ise gitmeme sebebinizi belirtir misiniz ?.....)

15. Bir yıl öncesiyle karşılaştığımızda sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- a. Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
- b. Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
- c. Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı
- d. Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
- e. Bir yıl öncesinden çok daha kötü

16. Günlük hayatınızda nasıl birisiniz?

- a. Hayat dolu, neşeli
- b. Sinirli, agresif
- c. Hassas, kırılgan
- d. Takıntılı, depresif
- e. Şikayetçi. Diğer (lütfen açıklayınız).....

17. İnsanlarla iletişiminiz nasıldır?

- a. iyi, kolay anlaşırım
- b. İnsanlarla iletişime geçerken zorlanırım.
- c. İnsanlarla İletişime geçmeyi sevmem.
- d. Diğer (lütfen açıklayınız).....

18. Ebedi hayat kavramı sizde ne ifade ediyor?

- a. Allah'a kavuşmayı
- b. Ölmeyi
- c. Yok olmayı
- d. Hiçbir şey ifade etmiyor

19. Ölüm kavramı sizde neyi ifade ediyor?

- a. Allah'a kavuşmayı
- b. Ayrılığı
- c. Pişmanlıkları
- d. Özlemi
- e. Korkuyu
- f. Diğer (lütfen belirtiniz).....

20. Hayatınızda sevdiğiniz bir kişinin ölümüne tanıklık ettiniz mi?

a. Evet

b. Hayır

Cevabınız evet ise lütfen kim olduğunu belirtiniz.....

21. İnsan kendini ölüme karşı her zaman hazır hissetmeli midir?

a. Evet

b. Hayır

c. Kararsızım

22. Kendinizi ölüme hazır hissediyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

c. Bazen



Ek 2. Ölüm Kaygısı Ölçeği

(E) Evet (H) Hayır

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

Ek 3. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği (ÖDÖ)

	Doğru	Yanlış
1. Ölüme düşündüğümde içimi sıkıntı kaplar.	D	Y
2. Ölüm kelimesini duymak beni üzer.	D	Y
3. Mezarlıklardan geçmek beni hüzünlendirir.	D	Y
4. Ölüm, dayanılmaz bir yalnızlığı ifade eder.	D	Y
5. Ölmüş dost veya akrabaları düşündüğümde son derece hüzünlenirim.	D	Y
6. Hayatın kısa olduğu düşüncesi, duygu ve düşüncelerimi alt üst eder.	D	Y
7. Ölümün bir son olduğuna inanmıyorum.	D	Y
8. Ölüm, hayatın anlamlılığını yok eder.	D	Y
9. Yalnız (hiçbir kimsenin olmadığı bir ortamda) ölmek düşüncesi canımı sıkıyor.	D	Y
10. Öldüğüm zaman, arkadaşlarımı ve sevdiğilerimi tamamen kaybedeceğim.	D	Y
11. Ölüm, hayatı anlamsız kılmaz.	D	Y
12. Ölüm, ruhsal çöküntüye yol açabilecek bir şey değildir.	D	Y
13. Ölüme düşündüğümde, yaşama sevincini kaybederim.	D	Y
14. İnsan ölürken acı çeker.	D	Y
15. Arkadaşlarımın ve sevdiğilerimin ölümünü düşünmekten çok korkarım.	D	Y
16. Ölüm, hayattaki en son başarısızlıktır.	D	Y
17. Ölüme hayal ettiğimde, kendimi üzgün hissedirim.	D	Y

Ek 4. Etik Kurulu İzni

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2017/296	
	PROTOKOL ADI	Saruhan Kanbur Aile Sağlık Merkezine Bağlı 60 Yaş ve Üzeri Bireylerin Ölüm Kaygısı ve Ölümüne İlişkin Depresyon Durumu	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. İknur DINDAR	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 20/10		Tarih: 22.11.2017
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. İknur DINDAR'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Cevriye Gözde EKŞİ'nin tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistika.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Gönül ÜSTÜN Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan
Dekan Yrd.

Ek 5. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
25/06/2019 11:04 - 16867222 - 604 01 01 - E 2241



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Cevriye Gözde EKŞİ'nin
Anket İzni Hk.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
(Balkan Yerleşkesi Edirne 22030)

İlgi : a) 31/08/2018 tarihli ve 71211201-119465 sayılı yazı.
b) Trakya Üniversitesi 15/04/2019 tarih ve E. 143253 sayılı yazısı.
c) 03/05/2019 tarihli ve 64222187-604.01.01-3200 sayılı yazı.
d) 20/06/2019 tarihli ve 71211201-604.01.01-32884 sayılı yazı.

İlgi a) ve b) sayılı yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD yüksek lisans öğrencisi **Cevriye Gözde EKŞİ'nin**, Dr. Öğr. Üyesi İlkur DİNDAR'ın danışmanlığında yürütülen "**Saruhan Kambur Aile Sağlığı Merkezine Bağlı 60 Yaş ve Üzeri Bireylerin Ölüm Kaygısı ve Ölüme İlişkin Depresyon Durumu**" konulu anket çalışmasını, Çekmeköy İlçesi **Saruhan Kambur Aile Sağlığı Merkezine** bağlı bölgede yapma talebi, Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, İstanbul Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı **Aile Hekimliği** ve **Ruh Sağlığı Birimi'nin** ilgi c) ve d) sayılı yazısında belirtilen ilkelere bağlı kalmak koşulu ile uygun görülmüş olup, Müdürlüğümüz tarafından onaylanmıştır. Çalışmanın, sonrasında **bir nüshasını elektronik ortamda ve doküman** halinde Müdürlüğümüze verilmesi ve öğrenciniz, **Cevriye Gözde EKŞİ'ye** tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim

e-izmalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Vali a.
Başkan

EKLER:

1- İstanbul Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı
(**Aile Hekimliği ve Ruh Sağlığı Birimi**) Görüş Yazısı

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Telefon: Faks No:

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

FİRMA

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.istanbulsaaglik.gov.tr

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 643de0a5-e2d9-426d-b2d3-a91faa6757d7 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.