



T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YAŞLILARDA ÖLÜM KAYGISININ YALNIZLIK VE  
SOSYAL DESTEK İLE İLİŞKİSİ**

Hazırlayan  
Serpil GÜNDOĞAN

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇANAKKALE-2020





T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YAŞLILARDA ÖLÜM KAYGISININ YALNIZLIK VE  
SOSYAL DESTEK İLE İLİŞKİSİ**

Hazırlayan  
Serpil GÜNDOĞAN

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI


ÇANAKKALE-2020

## TEZ ONAY FORMU

Kurum Adı : Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Program Adı : Hemşirelik  
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans ( x )                      Doktora ( )  
Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Tez Sahibi Adı ve Soyadı: Serpil GÜNDOĞAN  
Tez Başlığı : Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Yalnızlık ve Sosyal Destek ile İlişkisi  
Sınav Yeri : Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Sınav Tarihi : 31.01.2020

Yukarıda tanıtımı yapılan tez, Tez Sınav Jürisi tarafından okunmuş, kapsam ve kalite yönünden başarılı bulunarak Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

### Tez Sınav Jürisi




Danışman (Unvan ve Adı)	Kurumu	İmza
Prof. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	
<b>Sınav Jüri Üyeleri (Unvan ve Adları)</b>		
Dr. Öğr. Üyesi Sibel COŞKUN	Dokuz Eylül Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Seda CANGÖL SÖĞÜT	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	

Tez sınav jürisi tarafından başarılı olarak kabul edilen Yüksek Lisans/Doktora Tezi Enstitü Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ...../...../..... tarih ve ..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

## THESIS APPROVAL FORM

Institute Name : Çanakkale Onsekiz Mart University Institute of Health Sciences  
Programme Name : Nursing  
Programme Level : Master of Science ( x ) Doctor of Philosophy ( )  
Department : Nursing  
Student Name and Surname: Serpil GÜNDOĞAN  
Title of the Thesis : The Relationship of Death Anxiety in Elderly With Loneliness and Social Support  
Examination Place : Çanakkale Onsekiz Mart University Institute of Health Sciences  
Examination Date : 31.01.2020

We have investigated the present thesis in regard to content and quality and have approved as a Master of Science / Doctor of Philosophy Thesis.

Supervisor (Title and Name)	Institution	Signature
Prof. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	
<b>Members of Examination Jury (Titles and Names)</b>		
Dr. Öğr. Üyesi Sibel COŞKUN	Dokuz Eylül Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Seda CANGÖL SÖĞÜT	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	

The above examination jury decision has been approved by Administrative Board of Health Science Institute, Canakkale Onsekiz Mart University, with decision dated ..... and numbered .....

## BEYAN FORMU

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi, Madde 8’de belirtilen ve ayrıntılı olarak tanımlanan etiğe aykırı eylemleri (intihal, sahtecilik, çarpıtma, tekrar yayım, dilimleme, haksız yazarlık ve diğer etik ihlali türleri) yapmadığımı onurumla beyan ederim.

**Tarih: 30.01.2020**

**Tez Sahibi Adı ve Soyadı: Serpil GÜNDOĞAN**

**İmza:**



## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamın her aşamasında değerli bilgilerini paylaőıp, zaman ayırarak bana destek olan kıymetli hocam, tez danıőmanım Prof. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ'e,

Çalışmaya katılarak bu tezin yapılmasına katkı sağlayan tüm yaşlılara,

Ve tezimi hazırlarken desteğini her zaman en yakından hissettiğim sevgili hayat arkadaőım Mehmet Őah Gündoğan'a teşekkürler...



## TABLULAR

	Sayfa No
Tablo 1. Ölçek ve Alt Boyutları için Güvenirlik Değerleri.....	31
Tablo 2. Yaşlıların Sosyo-demografik Özellikleri.....	33
Tablo 3. Yaşlıların Hastaneye Yatış ve Hastalık Durumları.....	35
Tablo 4. Yaşlıların Günlük Yaşam İşlevlerini Yapabilme Durumları.....	37
Tablo 5. Yaşlıların Ölüm Kaygısı Ölçeği Değerleri.....	38
Tablo 6. Yaşlıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların İncelenmesi.....	39
Tablo 7. Yaşlıların Hastaneye Yatış Durumlarına Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların İncelenmesi.....	41
Tablo 8. Yaşlıların Günlük Yaşam İşlevlerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların İncelenmesi.....	42
Tablo 9. Yaşlıların Fiziksel Hastalık Durumlarına Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların İncelenmesi.....	43
Tablo 10. Yaşlıların Ruhsal Hastalık Durumlarına Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların İncelenmesi.....	46
Tablo 11. Yaşlıların Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği Değerleri.....	48
Tablo 12. Yaşlıların Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) İle Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği (YİYÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiler.....	49
Tablo 13. Yaşlıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Değerleri.....	50
Tablo 14. Yaşlıların Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) İle Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	51
Tablo 15. Yaşlıların Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği İle Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiler.....	52



## KISALTMA VE SİMGELER

Ölüm Kaygısı Ölçeği	ÖKÖ
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	ÇBASDÖ
Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği	YİYO
Türkiye İstatistik Kurumu	TÜİK
Türk Dil Kurumu	TDK
Arap Ölüm Kaygısı Ölçeği	ASDA
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	KOAH
World Health Organization	WHO
Devlet Planlama Teşkilatı	DPT
Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi	HÜ GEBAM

## ÖZET

Araştırma, yaşlılarda ölüm kaygısının yalnızlık ve sosyal destek ile ilişkisini belirlemek amacıyla nicel araştırma şeklinde yapıldı. Araştırmanın evrenini Çanakkale/Ayvacık Devlet Hastanesi'nin ayaktan hasta polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üzeri hastalar oluşturdu. Fiziksel ve ruhsal sağlığı iletişim kurmaya engel olmayan, soruları anlayıp cevaplayabilen ve araştırmaya katılmayı onaylayan 170 yaşlı ile araştırma tamamlandı. Veriler araştırmacı tarafından literatüre dayanarak hazırlanan Anket Formu, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Mayıs 2019-Eylül 2019 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Araştırmaya başlamadan önce ilgili kurumdan ve Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan gerekli izinler alındı. Veriler SPSS 21 programında değerlendirildi. Yaşlıların %60,06'sinin ölüm kaygısı düşük, %39,04'ünün ölüm kaygısı yüksek düzeyde bulundu. Kadınların ölüm kaygısı puan ortalaması  $6,86 \pm 3,46$ , erkeklerin ölüm kaygısı puan ortalaması  $6,35 \pm 3,69$  olarak belirlendi. Kadınların ölüm kaygısı puan ortalaması erkeklerinkinden anlamlı düzeyde daha yüksekti ( $t=2,88$ ,  $p<0,05$ ). Okuryazar olmayan yaşlıların ölüm kaygısı puan ortalaması ( $7,69 \pm 3,68$ ) okuryazar olan yaşlıların puan ortalamasından ( $6,30 \pm 3,46$ ) anlamlı düzeyde daha yüksekti ( $t=2,22$ ,  $p<0,05$ ). Yaşlıların orta düzeyde yalnızlık hissettikleri belirlendi. Ölüm kaygısı ile genel yalnızlık ( $r=0,28$ ,  $p<0,01$ ), duygusal yalnızlık ( $r=0,24$ ,  $p<0,01$ ) ve sosyal yalnızlık ( $r=0,28$ ,  $p<0,01$ ) arasında pozitif yönde zayıf korelasyon bulundu. Ölüm kaygısı ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ( $-r=0,25$ ,  $p<0,01$ ), özel bir insan desteği ( $-r=0,21$ ,  $p<0,01$ ), aile desteği ( $-r=0,24$ ,  $p<0,01$ ) ve arkadaş desteği ( $-r=0,18$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon olduğu belirlendi. Yaşlılarda ölüm kaygısı ile ilişkili olabilecek değişkenleri araştıran çalışmaların artırılması, risk grubunda yer alan yaşlılara ölüm kaygısını azaltmaya yönelik girişimlerin uygulanması önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlı, Ölüm Kaygısı, Yalnızlık, Sosyal Destek, Hemşirelik

## ABSTRACT

### **The Relationship of Death Anxiety in the Elderly With Loneliness and Social Support**

The research was conducted as a quantitative research to define the relation of death anxiety in elderly with loneliness and social support. The population of the study consisted of patients with 65 years old or older who applied to out patient clinics in Ayvacık state hospital, Ayvacık District of Çanakkale province. The study was completed with 170 elders whose physical and psychological health have no prevention on communication and who are capable of understanding, responding the questions. The data was obtained using survey form prepared by the researcher based on the literature, Death anxiety Scale, Loneliness Scale for Elderly and Multidimensional Scale of Perceived Social Support through face to face interviews held from May 2019-September 2019. Necessary permissions were obtained from the relevant institution and the Clinical Research Ethich Commite of Canakkale Onsekiz Mart University. before starting the study. The data was assessed by using SPSS 21 programme. 60,06 percent of elderly's death anxiety has been found as low, 39,04 percent of elderly's death anxiety has been found as high level. The avarege death anxiety score of women was  $6,86 \pm 3,46$ , and the avarege death anxiety score of man was  $6,35 \pm 3,69$ . The level of death anxiety on women was higher significantly than men ( $t=2,88$ ,  $p<0,05$ ). The level of death anxiety on illiterates ( $7,69 \pm 3,68$ ) was higher significantly than literates ( $6,30 \pm 3,46$ ,  $t=2,22$ ,  $p<0,05$ ). It's defined that elders feel loneliness on mid-levels. Positive way low correlation has been found with death anxiety between general loneliness ( $r=0,28$ ,  $p<0,01$ ), emotional loneliness ( $r=0,24$ ,  $p<0,01$ ), and social loneliness ( $r=0,28$ ,  $p<0,01$ ). Negative way low correlation has been found with death anxiety between general perceived multidimensional social support ( $-r=0,25$ ,  $p<0,01$ ), a special human support ( $r=-0,21$ ,  $p<0,01$ ), family support ( $r=-0,24$ ,  $p<0,01$ ), and friend support ( $r=-0,18$ ,  $p<0,01$ ). Increasing studies investigating variables that may be related to death anxiety in elderly, providing interventions to the elderly in the risk group to reduce death anxiety are advised.

**Key Words:** Elderyl, DeathAnxiety, Loneliness, SocialSupport, Nursing

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU.....	III
THESIS APPROVAL FORM.....	IV
BEYAN FORMU.....	V
TEŞEKKÜR.....	VI
TABLolar.....	VII
KISALTMA VE SİMGELER.....	VIII
ÖZET .....	IX
ABSTRACT.....	X
İÇİNDEKİLER.....	XII

### 1. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	3
1.3.Araştırma Soruları.....	3

### 2. GENEL BİLGİLER..... 4

2.1. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlıların Durumu.....	4
2.2. Yaşlılığın Tanımı.....	6
2.3. Yaşlılıkta Gelişen Fizyolojik Değişiklikler.....	8
2.4. Yaşlılıkta Gelişen Bilişsel ve Psikolojik Değişiklikler.....	9
2.5. Yaşlılıkta Gelişen Sosyal Değişiklikler.....	11
2.6. Ölüm Kavramı.....	12
2.6.1 Biyolojik Ölüm.....	13
2.6.2. Psikolojik ve Sosyal Ölüm.....	14

2.7. Ölüm Kaygısı.....	14
2.8. Yalnızlık Kavramı.....	16
2.9. Sosyal Destek Kavramı.....	19
2.10. Ölüm Kaygısı ve Yaşlılık.....	21
2.11. Ölüm Kaygısı ve Yalnızlık.....	23
2.12. Ölüm Kaygısı ve Sosyal Destek.....	23
2.13. Yaşlı Bakımında Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları.....	24
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>27</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	27
3.4. Verilerin Toplama Araçları.....	28
3.4.1. Anket formu.....	28
3.4.2. Ölüm Kaygısı Ölçeği.....	28
3.4.3. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği .....	29
3.4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	29
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	30
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.7. Değişkenler.....	31
3.7.1. Bağımlı değişkenler.....	31
3.7.2. Bağımsız Değişkenler.....	32
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	32
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	32

<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>33</b>
4.1. Yaşlıların Sosyo-demografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	33
4.2. Yaşlıların Hastaneye Yatış ve Hastalık Durumlarının İncelenmesi.....	35
4.3. Yaşlıların Günlük Yaşam İşlevlerini Yapabilme Durumlarının İncelenmesi.....	37
4.4. Yaşlıların Ölüm Kaygısı Düzeylerinin İncelenmesi.....	38
4.5. Yaşlıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Düzeylerinin İncelenmesi.....	39
4.6. Yaşlıların Hastaneye Yatış Durumlarına Göre Ölüm Kaygısı Düzeylerinin İncelenmesi.....	41
4.7. Yaşlıların Günlük Yaşam İşlevlerine Göre Ölüm Kaygısı Düzeylerinin İncelenmesi.....	42
4.8. Yaşlıların Hastalık Durumlarına Göre Ölüm Kaygısı Düzeylerinin İncelenmesi.....	43
4.9. Yaşlıların Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi.....	48
4.10. Yaşlıların Ölüm Kaygısı İle Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	49
4.11. Yaşlıların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi.....	50
4.12. Yaşlıların Ölüm Kaygısı İle Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	51
4.13. Yaşlıların Yalnızlık İle Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	52
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>54</b>

5.1.Yaşlıların Sosyo-demografik Özellikleri.....	54
5.2.Yaşlıların Hastaneye Yatış ve Hastalık Durumları.....	55
5.3. Yaşlıların Günlük Yaşam İşlevlerini Yapabilme Durumları.....	58
5.4. Yaşlıların Ölüm Kaygısı Düzeyleri.....	58
5.5.Yaşlıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Düzeyleri.....	59
5.6. Yaşlıların Hastaneye Yatış Durumlarına Göre Ölüm Kaygısı Düzeyleri.....	62
5.7. Yaşlıların Günlük Yaşam İşlevlerine Göre Ölüm Kaygısı Düzeyleri....	63
5.8.Yaşlıların Fiziksel Hastalık Durumlarına Göre Ölüm Kaygısı Düzeyleri.....	63
5.9.Yaşlıların Ruhsal Hastalık Durumlarına Göre Ölüm Kaygısı Düzeyleri...	64
5.10. Yaşlıların Yalnızlık Düzeyleri.....	65
5.11.Yaşlıların Ölüm Kaygısı İle Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişkiler.....	66
5.12. Yaşlıların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri.....	67
5.13. Yaşlıların Ölüm Kaygısı İle Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkiler.....	68
5.14. Yaşlıların Yalnızlık İle Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkiler.....	69
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>71</b>
6.1. Sonuç.....	71
6.2. Öneriler.....	72

<b>7. KAYNAKÇA.....</b>	<b>73</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>87</b>
8.1. Ek 1. Anket Formu.....	87
8.2. Ek 2. Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ).....	89
8.3. Ek 3. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği (YİYO).....	90
8.4. Ek 4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	91
8.5. Ek 5. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni.....	92
8.6. Ek 6. Ayvacık Devlet Hastanesi Kurum İzni.....	93
8.7. Ek 7. Ölçek İzinleri.....	94
8.8. Ek 8. Özgeçmiş.....	95



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşlıların dünyada ve Türkiye’deki demografik olarak dağılımı incelendiği zaman nüfus yapısının yaşlanmakta olduğu fark edilmektedir. Bundan yaklaşık olarak 70-80 yıl öncesinde 200.000.000 insan 60 yaşından büyük ve nüfusun %50’si 24 yaş ve daha büyük bireylerden oluşmaktaydı. Dünya üzerinde 14.000.000 insan 80 yaşında ve daha büyüktü. Yüzyılın başlarına gelindiğinde ise 600.000.000 insan 60 yaşından büyük ve nüfusun %50’si 27 yaşından büyüktür. Dünyada 61.000.000 insan 80 yaşından büyük, 8.000.000 insan 90 yaşından ve 180.000 insan da 100 yaşından büyüktür. 2050 yılına gelindiğinde bu rakamın 1 milyar insana ulaşacağı tahmin edilmektedir (Şahin, 2019). 2015 yılında her sekiz insandan birinin yaşlı olduğu Dünya’da, 2030 yılına kadar her altı insandan birinin 60 yaş ve üzeri olacağı, 2015-2030 arasında 60 yaş ve üzeri nüfusun %56 gibi bir oranda artarak 901.000.000’den 1,4 milyar kişiye yükseleceği varsayılmaktadır (Acar, 2019).

Türkiye'nin nüfusu da hızla yaşlanmaktadır. Sağlık alanındaki gelişmeler bu duruma neden olan etmenlerden biridir. Bugün Türkiye’de sağlık alanındaki gelişmeler sayesinde ortalama yaşam süresi uzamıştır. Değişen ve yaşlanan nüfus sonucu yaşlılara yönelik araştırmaların artırılması bir ihtiyaç haline gelmiştir (Nazlıer-Keser, 2019).

Yaşlılık, bütün canlılarda meydana gelen, fiziksel ve fonksiyonel yetilerde azalmaya sebep olan fizyolojik bir süreç olmakta birlikte beraberinde birçok psikolojik ve sosyal sağlık sorunlarını da getiren evrensel bir dönemdir (Höbek-Akarsu, 2019). Yaşlanma sürecinin kendine has doğal gelişimi içerisinde, fiziksel değişiklikler kadar zihinsel ve psikolojik değişiklikler de meydana gelmektedir (Eyüboğlu ve ark., 2012).

Yaşlılık, hastalık, yalnızlık, bir yakının ölümü gibi durumlar insanın ölüm karşısında umutsuzluğa düşmesine neden olabilmektedir. Sözü geçen durumlar içinde yaşlılığın insan yaşamında fiziksel, sosyal, ekonomik, duygusal ve sosyal açıdan bir zayıflamaya ve güçsüzlüğe işaret etmesi yaşlı bireyleri ölüm düşüncesi konusunda tedirgin etmektedir (Yelboğa, 2017).

Ölüm kavramının ruh sağlığı konusu içerisinde incelenmeye başlanmasından sonra ölüm kaygısı, korkusu, ölmekte olan hastaya danışmanlık, yas danışmanlığı, psikoloji gibi konular dahilinde ölüm kavramına fazlaca ilgi gösterilmiştir. Türkiye’deki ölüm kaygısını psikolojik olabilecek bir çerçeveden değerlendiren ilk araştırmalardan biri Ünver tarafından yapılan araştırmadır. Ünver araştırmasında özellikle ölümlle ilgili tutumlar konusuna değinmiştir (Karakuş ve ark., 2012).

Ölüm kaygısının en çok yaşlıları etkilediği düşünülse de her yaştan bireyin hayatına ve hayat doyumuna etki eden önemli bir kavramdır. Bu olgunun önemsenmemesi pek çok ruhsal sıkıntıyı etkileyen önemli durumlardan birinin göz ardı edildiği manasına gelebilir (Öztürk, 2010). Ölüm kaygısı yaşlanma sürecinin başlıca sorunlarından ve yaşlı insanın hayatını olumsuz yönde etkileyerek hayat kalitesini azaltır (Arpacı ve ark., 2011). Ölüm kaygısı çözülmemiş psikolojik ve fiziksel sıkıntı ile ilişkilidir (Gönen ve ark., 2012).

Ölüm korkusu, insanlar için evrensel bir korkudur. Ölüm korkusunun birey psikolojisinde ifade ettiği anlam kişinin ruh sağlığı, doğal olarak da sosyal ilişkileri bakımından fazlasıyla önem ifade etmektedir (Koç, 2002). Yaşlının ruh sağlığı açısından ölüm kaygısının yüksek olması veya aşırı düşük olması istenmedik bir durumdur (Karadelioğlu, 2011).

Yalnızlık psikik bir olgu olarak yalnızlık duygusuna yol açan “ilişki yoksulluğu” olarak kabul edilmektedir. Yani yalnızlık, sosyal ilişki ağının çapının ve kalitesinin, bireyin istek ve taleplerinden sapması ve bireyin bunu terk edilmişlik, ilişki kıtlığı veya ilişki kaybı olarak hissetmesidir (Tufan ve ark., 2019).

Yaşlılarda depresyonun yalnızlıkla olan ilişkisi hem bir sebep hem de bir sonuç niteliğindedir. Diğer taraftan yalnızlık bilişsel davranışlarda gerileme ve demans ile de ilişkilendirilmiş olup yalnız olan bireylerde Alzheimer hastalığı gelişme olasılığının yalnız olmayanlara göre iki kat fazla olduğu gösterilmiştir. Yetersiz sosyal etkileşim içinde bir hayat süren yaşlılarda ihtiyaçları olan sosyal desteğin, duygusal bağlılığın ya da sosyal etkileşimin sağlanamadığı hallerde yalnızlık hissi çok daha yüksek olarak yaşanmaktadır. Bunun bir neticesi olarak da bu bireylerde ruh sağlığı ve hayat kalitesi negatif olarak etkilenmektedir (Çam ve ark., 2018).

Sosyal destek için literatürde belirtilen tanımlardan birisi, her yaş grubu insanlarda yapılmış pek çok araştırmada, fiziksel, bilişsel ve bireylerarası etkileşimdeki sağlıktan, genel bir iyilik hali için olumlu bir tanımlayıcıdır şeklindedir (Oktan, 2005). Sosyal destek yaşlının stresle baş etmesinde önemli bir destek sistemidir. Sosyal destek yetersizliğine bağlı yaşlı bireyde, bedensel ve ruhsal sağlık sorunları ortaya çıkabilmekte ve yaşam kalitesi bozulmakta, mortalite riski artmaktadır. Yaşlının sosyal çevresinin geniş olması hayatı onun için daha anlamlı kılmakta ve yaşlının sosyal çevresini oluşturan eş, aile, arkadaş, akraba ve komşulardan biri bir sorun yaşadığında, yaşlının sahip olduğu rol değişmekte ve sosyal sorunlar da beraberinde görülmektedir (Şahin, 2019).

Literatürde ölüm kaygısının yalnızlık ve sosyal destek ile ilişkisini araştıran yeterli sayıda çalışmaya ulaşılammıştır. Yapılacak her çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı ve bu çalışma sonuçlarının da başka çalışmalarda kaynak olarak kullanılabileceği düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı yaşlılarda ölüm kaygısının, yalnızlık ve sosyal destek ile ilişkisini belirlemektir.

## **1.3. Araştırma Soruları**

1. Yaşlılarda ölüm kaygısını etkileyen değişkenler nelerdir?
2. Yaşlılarda ölüm kaygısı ile yalnızlık arasında bir ilişki var mıdır?
3. Yaşlılarda ölüm kaygısı ile sosyal destek arasında bir ilişki var mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlıların Durumu

Dünya nüfusu ölüm oranlarının azalması, sağlık alanındaki gelişmeler, doğum oranlarının azalmasına bağlı olarak yaşanmaktadır. Son yüzyılda, dünya nüfus yapısındaki dönüşüm insanlık için neredeyse bir dönüm noktası olmuştur ve özellikle yüzyılın sonlarına doğru yaşlı nüfus önemli derecede artmıştır. Bu artışın sebebi olarak, değişen sosyolojik yapı ile doğum oranlarında dünyanın pek çok yerinde düşüş olması, temel sağlık alanındaki kaydedilen ilerlemeler ve beslenme konusundaki olumlu gelişmeler sonucu yaşam süresindeki uzama ve bebek çocuk ölümlerinin önemli oranda kontrol edilebilmesi gösterilmektedir. Son yüzyılın ilk yarısında doğuşta beklenen yaşam süresi, başta Avrupa ülkelerinde olmak üzere 20 senelik bir artış gösterirken, yaklaşık 50 yıl içinde bu sürenin 10 yıl daha artacağı öngörülmektedir (DPT, 2019).

Dünya nüfusu günümüze kadar sürekli artış eğilimi içinde olmuştur. Ancak özellikle 20. yüzyılda dünya nüfusunda çok önemli gelişmeler yaşanmıştır. İlk olarak 19. yüzyılın hemen başlarında 1 milyar olan dünya nüfusu 20. yüzyılın sonuna gelindiğinde 6 milyarı geçmiştir. Geçen 1804 yılda sadece 1 milyarlık artışa karşılık; 2 yüzyılda 5 milyar kişi dünya nüfusuna eklenmiştir (Şahin, 2018).

Genel nüfus oranının artışındaki hız %1,2 iken, yaşlı nüfustaki artış hızı %2,1 olarak belirlenmiştir. Yaşlı nüfusun artış hızının 10 kat olması, genel olarak dünya nüfusu 4 kat artarken ( son 100 yıl içinde) oldukça dikkat çeken bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. %316 ile Singapur’un dünya üzerinde yaşlı nüfusu en çok artacak ülke olacağı tahmin edilmektedir (Samancı, 2018).

Dünya üzerinde 65 yaş ve üzeri nüfus yüzyılın başında neredeyse dört yüz yirmi milyonken, bu rakam 1999 yılına kıyasla dokuz buçuk milyon daha fazla artmıştır. Dünya genelinde 2000-2030 yılları arasında ki 30 yıllık süreçte 65 yaş ve üstü nüfus 550 milyonken, bu sayının yaklaşık iki katına çıkarak 973 milyona yükseleceği belirtilmektedir. Dünyada yaşlı olarak tanımlanan 65 yaş ve üstü grubun genel nüfusa göre oranı yaklaşık 2 kat artarak %6,9’dan %12’ye yükseleceği tahmin edilmektedir (WHO, 2015).

2050 yılı için öngörülen durum:

- Her 10 insandan ikisinin yaşlı olacağı, neredeyse bir milyar insanın 60 yaş ve 60 yaşından büyük olacağı,
- 36 yaş ve üzerinde olan kişilerin dünya nüfusunun yaklaşık yarısını oluşturacağı,
- 65 yaş ve üstü olan kişilerin dünya nüfusunun %21'ini oluşturacağı,
- Dünya üzerinde 100 yaşından büyük olan kişilerin 3,2 milyondan, 90 yaş ve üstü olan kişilerin 61 milyondan ve de 80 yaş ve üstü olan kişilerin ise 314 milyondan fazla olacağı,
- 100 yaşından büyük olan kişilerin %6'sının kadın ve 65 yaşından büyük olan kişilerin %55'inin kadın olacağı tahmin edilmektedir (Mandıracıoğlu, 2010).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayınlanan 2018 yılına ait verilere bakılırsa; yaşlı nüfus 2018 senesinde dünya nüfusunun %9,1'ini oluşturmuştur. %22,4 ile Almanya en fazla yaşlı nüfusa sahip 3. Ülke olurken, onu %28,4 ile Japonya ve %33,2 ile Monako geçmiştir. Ülkemiz ise 66. Sıra ile bu 167 ülke içindeki yerini almıştır. 65 yaş ve üzeri olan grup son beş yıl içerisinde %16 artış göstererek sayısını 6.192.962 kişiden 7.186.204 kişiye çıkarmıştır.

Yaşlı nüfus olarak kabul edilen nüfusun toplam nüfusa oranı da 2014 yılında %8 oranında iken, geçtiğimiz beş yıl içinde %8,8'e yükselmiştir. Cinsiyet dağılımı ise şu şekilde olmuştur; kadın nüfus %55,9 iken erkek nüfus %44,1'dir. Nüfus araştırmalarına bakılacak olursa, 65 yaş ve üstü kişi sayısının 2023 yılına gelindiğinde %10,2, 2030 yılına gelindiğinde %12,9, 2040 yılına gelindiğinde %16,3, 2060 yılına gelindiğinde %22,6 ve 2080 yılına gelindiğinde ise %25,6 oranına ulaşacağı tahmin edilmektedir.

Yaşlılık sınıflamalarına göre dağılıma bakıldığında, 2014 yılı yaşlı kesim için belirlenen durum, erken yaşlılık grubu (65 ila 74 yaş aralığı) %60,9, orta yaşlılık grubu (75 ila 84 yaş aralığı) %31,4 ve ileri yaşlılık grubu (85 yaş ve üstü) %7,7'lik kesimi oluşturmuştur. Geçen son 5 yıl içinde bu durum sırası ile erken yaşlılık grubu %62,2, orta yaşlılık grubu %28,6 ve ileri yaşlılık %9,2'lik kısmı oluşturmuştur (TÜİK, 2018).

Hayat tablosu 2015-2017 sonuçlarına göre verilerine göre ülkemiz geneli için kadınların erkeklerden daha uzun süre yaşadığını söylemek mümkündür. Kadınlarda 80,7 yıl olan doğumda beklenen yaşam uzunluğu erkeklerde 75,3 yılken genel için toplamda 78 yıl olarak açıklanmıştır. Aradaki fark 5,4 yıl olarak belirlenmiştir. Türkiye genelinde 65 yaşında olan bir kişi için yaklaşık olarak 17,7 yıl ömrü kaldığı belirlenmiştir. Bu süre 75 yaşına ulaşmış birisi için 10,7 ve 85 yaşına ulaşmış birisi için 5,9 yıl olarak açıklanmıştır.

İlerlemiş yaş işlevsel yetersizlikler için en önemli risk etmenlerindedir. Genel beklenti gelişmiş ülkelerin nüfusun yaşlanmasından daha fazla etkilenecek olmasıyken, bu durum gelişmekte olan ülkeler için daha fazla sorun teşkil etmektedir. Ülkemiz de hem gelişmekte olan hem de nüfus bakımından hızlıca yaşlanmakta olan ülkeler arasındadır. Yaşlanmakta olan nüfus sonucu birçok kronik hastalık için görülme riski artmaktadır ve bu durum ülkeleri pek çok başka önemli sorunlar ile karşı karşıya bırakmaktadır. 2020 yılına varmadan gelişmekte olan ülkelere tüm ölümlerin %75'inin yaşlılık ile alakalı olacağı öngörülmektedir. (Tekin, 2018).

## **2.2. Yaşlılığın Tanımı**

“Yaşlı kimdir ?” sorusu tarih boyunca cevaplanmaya çalışılmış ve pek çok tanım yapılmıştır. Milattan önce eski Yunanlılar tecrübeleri sebebiyle yaşlılara her zaman saygı göstermişlerdir. Ünlü tarihçi Homeros yaşlılığın tecrübe ve bilgeliğine vurgu yapmış, Eflatun “Politeia” isimli eserinde gençlik ve yetişkinlikteki yaşam tarzının yaşlının katılımcılığını etkilediğinden bahsetmiştir. Aristoteles “Rhetorik” isimli kitabında yaşlılığı olağan bir hastalık şeklinde nitelendirmiştir. Galen ise yaşlılık döneminin doğal süreç olduğu vurgusunu yapmış ve hastalık olarak adlandırmayı yanlış bulmuştur (İstanbul Büyükşehir Belediyesi, 2012).

65 yaşında ve daha büyük olan kişiler için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “yaşlı” tanımını yapmaktadır. Yaşlanmanın ilerlemesine ve vücut işlevlerinde meydana gelen farklılaşmalara göre yaşlılık dönemleri; geç yetişkinlik dönemi (65 ila 74 yaş aralığı), yaşlılık dönemi (75 ila 84 yaş aralığı) ve ileri yaşlılık dönemi (85 yaş ve üstü) şeklinde sınıflandırılmaktadır (Aksoydan, 2006).

Türk Dil Kurumu güncel Türkçe sözlükte; yaş için, bir canlının doğumundan, bir kurum ya da kuruluşun kurulduğundan bu yana geçmiş olan ve sene birimi ile ölçümü yapılan zaman şeklinde tanımı yapılmaktadır. Hayatın çeşitli evrelerinden her biri şeklinde tanım çeşitlendirilmiştir. Yaşlı; yaşı ilerlemiş, kocamış, (ihtiyar) kimse olarak tanımlanırken, yaşlılık ise yaşlı olma hali şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2019). Yaşlanma kronolojik yaşı ilerlemesiyle birlikte var olan ve ölüm ihtimalini fazlaştıran değişikliklerin tamamıdır (TDK, 2019). Fiziki ve ruhi açıdan bireyin gerilediği bir dönem olarak yaşlanma dönemi ifade edilmektedir (Habletmioğlu ve ark., 2011).

Yaşlanma tam olarak anlaşılammış kompleks bir olaydır. Yaşlanmanın evrensel olarak kabul edilmiş tam bir tanımı yoktur. Yaşlılığın ergenlik veya menopoz gibi spesifik fizyolojik tanımı olmasa da, 65 yaş üzerindeki herkes genellikle yaşlılar, kıdemliler ve geriatrik kişiler olarak tanımlanabilir (Özbek, 2008). Bir değişim süreci olarak yaşlanma süreci, ölüme kadar devam eden ve her canlı için doğumda başlayan bir süreç olarak ifade edilmektedir (Öz, 2010). Yaşlanma pek çok boyutlu bir gelişme ve büyüme sürecidir ve bu boyutlar psikolojik, sosyal, fizyolojik ve biyolojik boyutlardır.

Organizma dokusunun hücre, doku, molekül, sistemler ve organ seviyesinde, zamanın geçmesiyle meydana gelen, geri dönüşsüz olan yapısal ve işlevsel değişimlerin tamamı olarak tanımlanmaktadır (Saygılı, 2011). Yaşlılık pek çok evreden oluşan, fizyolojik olarak kabul edilen bir süreç olup, sosyal, psikolojik, ekonomik ve biyolojik olmak üzere pek çok değişkenden etkilenen bir süreçtir. Uysal, yaşlılık için 3 değişik boyut belirlemiş bu boyutları aşağıdaki şekilde açıklamıştır:

1. Biyolojik yaşlılık: Kişinin gelişme aşamasında sistem ve organlarındaki fonksiyonel, yapısal değişikliktir.
2. Psikolojik yaşlılık: Kişinin gelişme evresinde yaşına binayen tecrübelerinin fazlaştımasıyla meydana gelen hareketlerindeki farklılaşmaları ve toplumu oluşturan öteki kişilerle dengede olma yeteneğidir.

3. Sosyolojik yaşlılık: Kişinin hayatı süresince toplumsal konum ve sorumluluklarının farklılaşmasına bağlı olan hem istek hem de tutumlarının değişmesi ile alakalıdır (Türkan, 2017).

### **2.3. Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler**

Öz'ün bildirdiğine göre; Erikson (1982) yaşlı insan için kişilik bütünlüğünün değerinin doğuştan itibaren geliştirmiş olduğu güven hissini sağlamlığıyla paralel olduğunu belirtmiştir. Erikson'a bakılırsa hayatın evreleri kendinden önce gelen evreden etkilenir ve her evre için kendinden sonrakine hazırlık niteliğinde olan sekiz evreye sahiptir. Farklı bir anlatımla, kişinin hayat döngüsü devamlı gelişen ve değişen çok katmanlı bir süreçtir. Bu süreçte yaşlılık dönemi bir gerileme dönem, olarak ele alınmıştır. Buna karşılık bebeklik, çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemi biyo-psiko-sosyal bakımdan gelişim dönemleri olacak şekilde değerlendirilir (Öz, 2010).

Değişen yaşam koşulları, hızlı kentleşme, sanayileşme, stres, tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere bağlı yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfusun artması, çevre kirliliği gibi çeşitli faktörler dünyada ve Türkiye'de kronik hastalıklarda artışa neden olmuştur (Bayındır ve Ünsal, 2015). Dünyadaki sakatlanmaların ve kayıpların başlıca sebepleri olarak, sayısı sürekli olarak artmakta olan kronik hastalıklar gösterilmektedir. 2008 yılı itibarıyla Dünya genelinde meydana gelmiş olan 57.000.000 ölümün 36.000.000'u yani neredeyse %75'i bulaşıcı olmayan diye tabir edilen, kanserler, diyabet, kardiyovasküler rahatsızlıklar ve kronik akciğer hastalıklarından dolayı olmuştur. Türkiye'de benzer bir durum olarak kronik hastalıkların sayısı her geçen gün fazlalaşmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013).

Yaşlanma süreci sonuçları bir bütün içinde değerlendirilen bir süreçtir ve hücresele seviyeden organ seviyesine kadar sonuçları vardır. Zaman içerisinde bedensel fonksiyonlarda ciddi değişiklikler olmaktadır.

Bu süreç içinde biyolojik anlamda ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler sebebiyle yaşlı bireyin hayat kalitesi kötü anlamda etkilenirken, yaşlı bireyin gerçek manada hissettiği ve organ seviyesinde fonksiyonel kayıplara sebebiyet veren değişikliklere de rastlanmaktadır. Meydana gelen farklılıkların sürati ve yoğunluğu olayın yaşlanmayla alakalı fizyolojik olarak bir değişim mi yoksa başlı başına bir hastalık mı olduğuna



işaret etmektedir (Pehlivan, 2012). Yaşlı bireyde zamanla gelişen fizyolojik farklılıklar kişinin aktivitelerini yitirmesine ve yavaşlamasına sebep olur; aktivite kaybeden kişi sistemlerini yeterince kullanamamaya başlar, bu durum işlevsellikte azalmaya sebep olur. Kişinin bağımlılığı artar, hastalık etkenleri kişiyi daha çok etkiler ve hastalık insidansında artış gözlenir (Terakye, 1997).

Genel anlamda 50 yaşından itibaren pek çok bireyin bedensel işlevlerinde negatif anlamda değişiklikler meydana gelir. Bu değişikliklerden bazıları fazlaca göz önündeysen, görme duyusunda gerileme gibi, böbrek işlevlerindeki azalma gibi bazı işlevlerdeki değişiklik ise oldukça güç fark edilir. Yaşlanma olayının organ ve sistem seviyesinde etkileri bu denli belirgin olmakla birlikte her bireyde ne şekilde ortaya çıkacağı ve kişinin bedensel değişiklikleri ne şekilde anlamlandıracağı farklılık gösterebilir. Fakat temel değişiklikler evrenseldir (Nalbant 2008). Yaşlılık ile birlikte ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişimler hastalığın ortaya çıkmasına, gelişmesine ve de hastalığın sonuçlarına etki eder (Ergin, 1992).

Yaşlıların pek çoğu günlük yaşam işlevlerinde yardıma ihtiyaç duymaktadır. Bu işlevlerin yaklaşık %11,5'i banyo, hareket etme, tuvalet, giyinme ve yeme-içme gibi işlevlerdir. 65 yaş ve üstü grubun hemen hemen yarısına yakınında osteoartrit ve başka romatizmal hastalıklar görülür. Bu hastalıklar yaşlı bireylerde fonksiyon kaybına sebep olmaktadır. Aynı zamanda pek çok kronik hastalık da gündelik hayatı etkilemektedir (kalp hastalıkları, diyabet, kırıklar, kanser, hipertansiyon, duyu kaybı gibi) ( Güler ve ark., 2009).

#### **2.4. Yaşlılıkta Görülen Bilişsel ve Psikolojik Değişiklikler**

Yaşlanma olayının kendine has doğal süreci içinde pek çok değişimler yaşanmaktadır. Bu değişimler fiziksel olabildiği gibi bilişsel ve psikolojik de olabilmektedir (Eyüboğlu ve ark.,2012).

Yaşlanma süreci ile alakalı sorunların tıbbi ve toplumsal yönü önemlidir. Yaşlı bireyin biyolojik yapısı, tecrübeleri, sıkıntılarıyla mücadele edebilme yeteneği, fiziksel iyi olma hali, ekonomik şartları, toplumsal statüsü, sosyal destek varlığı, tek başına yaşıyor olması psikolojik sağlığına etki eder (Keskinoglu ve ark., 2006).

Günümüzde yaşlı bireylerde meydana gelen bugüne has ruhsal sıkıntılar genellikle şuan da var olan toplumsal ilişkiler ile alakalıdır. İnsanın tabiatında bir takım ihtiyaçlar vardır. Bunların bir kısmı maddi ihtiyaçlardır, yeme-içme barınma vb. başka önemli ihtiyaçlar ise; kişinin kendilik hedeflerinin gerçekleştirilmesi ve bununla alakalı olarak kişinin benliğine saygı duyabilmesidir (Bekaroğlu, 1991).

Ülkemizde 65 yaş ve üstü bireylerin ruh sağlığını belirlemek amacıyla yapılmış geniş çaplı bir araştırma bulunmamakla beraber, 65 yaş ve üstü yaş grubunda özellikle demans ve yaş grubuna has diğer ruhsal sıkıntıları çoğunlukla yaşadıkları bilinmektedir. 65 yaş ve üzeri grupta ailesi ve başka yakını olmayanlarda yalnızlık, terk edilmişlik gibi hisler çoğunlukla görülmekte ve bu durum bireylerin hayat kalitesinin düşmesinde çok büyük bir rol oynamaktadır (DPT, 2007).

Yaşlılık süreciyle birlikte kişilerin başta dikkat olmak üzere, hafıza, görme ve işitme duyusu, yönetsel beceriler ve konuşma gibi alanlarında kendini kötü hissettiği ve bu bilişsel geri gitmenin pek çok bireyde başarılı/aktif bilişsel yaşlanma şeklinde tabir edilen en düşük seviyelerde seyrettiği, birçoğunda ise demansa kadar ilerleyebildiği gözlenmektedir (Ünalın, 2012). Yaşlanmanın psikolojik tarafı, genel anlamda, bilişsel yetenekler ve ruhsal davranış değişiklikleriyle alakalıdır. Bilişsel yetiler öğrenme, hafıza, dikkat, zeka, görsel beceriler, konuşma-dil, fikir geliştirme gibi becerileri kapsar, ruhi davranış değişikliklerini ise güdülenmeler, duygu-durum, ve başa çıkma mekanizmaları gibi bir takım beceriler oluşturmaktadır (Eyüboğlu ve ark., 1999).

Yaşlanma sürecinde en fazla gözlenen psikiyatrik rahatsızlıklar; duygu-durum ve kaygı bozuklukları, demans, somatoform bozukluklar, kronik ağrı, psikiyatrik bozukluklar deliryum, uyku bozuklukları ve madde/ilaç kötüye kullanımı olmak üzere sınıflandırılabilir (Cangöz, 2009).

Yaşlı bireylerde fark edilmiş olan psiko-sosyal rahatsızlıklar içinde sürekli ağlama, üzüntü, öz güvende azalma, öfke, ölüm korkusu, çaresizlik, içe dönme, ümitsizlik, iş ve aile hayatına dair rol kaybı, endişe, kendi ihtiyaçlarına yetememe/ bağımlılık yaşama endişesi, sosyal izolasyon ve depresif görüntü bulunmaktadır (Akdemir ve ark., 2011).

Yaşlılık gerek biyolojik gerekse psikolojik yeterliliğin azaldığı ve kısmen yitirildiği bir psiko-sosyal dönemdir. Bu dönemde yaşlı kişilerin sıklıkla yaşadıkları psikolojik rahatsızlıklardan birisi depresyondur (Öztürk, 2011). Bu durum, en başta toplumun gençlere çok fazla değer gösterdiği ancak yaşlı bireyleri ciddiye almadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. Bu şekilde olan toplumlarda yaşlı bireyler kendi kendilerinden şüphe duyar hale gelmektedirler ve kendilerine karşı besledikleri düşmanlık duyguları depresyona ve kişinin kendisini değersiz görmesine neden olur. Gerçeği inkar etme durumu da fazlasıyla meydana gelen belirtilerden biridir. Bireyler yaşlanma sebebiyle vücudu ve pek çok şey yitirdiğini fark etmez ya da fark etmek istemez (Ak, 1991).

## **2.5. Yaşlılıkta Görülen Sosyal Değişiklikler**

Yaşlanma kavramının sosyal açıdan manası toplumdan topluma değişiklikler göstermektedir. Yaşlılıkta toplumsal rol, sorumluluklar ve ilişkilerde oldukça önemli olan birçok değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Yaşlanma süreci ile beraber kişi kendine has rol ve sorumlulukları barındıran toplumsal olarak farklı bir pozisyona geçer. Yaşlılık sosyal olarak bir geri çekilme ve hayatın pek çok alanında (sağlık, gelir, iş gibi) rol, değer kaybedilmesi manası taşıyabilmektedir (Yerli, 2017). Yaşlı insanların cinsiyet, , sağlık, yaş, gelir, medeni durum, sosyal güvence, yetişkin çocukları, arkadaş ve torunları, komşularıyla ilişkileri, boş zamanlarını değerlendirme, gönüllü kuruluş ve derneklerin faaliyetlerine katılma durumları gibi etmenler yaşlı insanların hayat doyumlarını etkiler. Yaşlı insanların yalnız kalma ve sosyal izolasyon problemi günümüz modern toplumunun ciddi bir sorunudur (Kurt ve ark., 2010).

Modernleşmenin başlaması ile beraber değişim ve dönüşüm geçiren kurumların başında aile kurumu gelmektedir. Geleneksel geniş ailenin, çekirdek aileye dönüşmesi, aile kavramının manasında ve fonksiyonlarında farklılıklar oluşturmuştur. Geleneksel ailede yaşlı kişiye saygı duyulur, sözü dinlenir, itibar edilir. Fakat çekirdek ailenin ortaya çıkmasıyla birlikte yaşlı kişi ailenin dışında tutulmaya başlanmıştır ve bu durum yaşlının ailedeki konumunu, değerini ve saygınlığını etkileyen bir olay olmuştur (Türkan ve Sezer, 2017).

Emekli olmayla beraber birey önceden karar alıp aktif rol oynadığı bir hayat döneminden, ikinci plana geçtiği bir hayat dönemine adım atar. Emeklilik dönemine hazırlanmamış kişiler kendilerini boşluktaymiş gibi hissedebilir, kişisel aktifliğin

yitirilmesi, sosyal etkileşimlerde azalmaya sebep olur. Bağımlılık hali ise yaşlının kendine olan güveninin etkilenmesine yol açar. Halbuki yaşamın hiçbir aşamasında bireyin sosyal ortamlarda bulunma talebi farklılaşmaz. Fakat yaşlanma ile beraber duygusal ve sosyal yaşam farklılaşır. Sosyal olunan alan azalır, toplum içindeki konumun değişmesi nicelik ve nitelik bakımından gerileme durumundadır (Yerli, 2017).

Yaşlanma sürecinde değişik aktivitelere vakit bulmak, sosyal açıdan aktif olmak ve hayat kalitesini artırmak, yaşamdan keyif duyma, başka insanlar ile ilişkileri artırma ve psikolojik sıkıntıları engelleme gibi değişik faydalar içerir (Çetin ve ark., 2014). Bir çalışmada bağımsızlık düzeyi arttıkça, komşularla vakit geçirme zamanı arttıkça ve kalabalık bir apartmanda yaşayan insanlarda sosyal aktifliğin arttığı belirlenmiştir. Yaşlının yaşadığı çevre, hayat şekli ve rutinleri üzerinde yapılan değişimlerin sosyal olarak aktifliği artırmada önemli olabileceği belirtilmiştir (Çetin ve ark., 2014).

## **2.6. Ölüm Kavramı**

Ölüm, ölmek, ölüm kaygısı, ölüm korkusu gibi pek çok kavram tarih boyunca hem filozoflar, hem dini düşünürler hem de yakın zaman da psikiyatri bilimi ile uğraşanların anlamaya ve açıklamaya çalıştığı kavramlar olmuştur. Ölüm kaygısının sebebi ve sonucu olabilecek pek çok değişken tanımlanmaya çalışılmıştır. Ölüm kavramı, oldukça karmaşık olarak algılanır, ne vakitte, kim için ve ne şekilde gerçekleşeceğine dair soru işaretleri taşıyan, pek çok farklı değişkenle iç içe olan, kültürden kültüre ve hatta aynı kültür içinde bile tarih içinde anlamsal olarak farklılık gösteren bir kavramdır. Bütün bu çok yönlülükle birlikte ölüm, birçok bilimin araştırdığı bir konu ve incelemeye değer görülen bir sorun olarak da karşımıza çıkmıştır (Burcu, 2008).

Ölüm kaçınılması mümkün olmayan, geri dönüşü imkansız olan uluslararası bir gerçektir. İnsanlar açısından hayatta karşılaşılabilecek en korkunç olay olarak ölüm gösterilmektedir. Ölümün geri dönüşünün olmayışı ile alakalı bu gerçek her ne kadar bilinse de, pek çok zaman ölümden kaçmaya çalışmak yerine, onu akıldan çıkarma yoluna gidilir (Çam ve ark., 2010). Değişik kültürlerde ve çevrelerde ölüm ile alakalı farklı inanışlar ve dini mitler yer almaktadır. Ölümü her şeyin bitmesi şeklinde yorumlayan bazı felsefeler varken, bazıları da ölümü ruh bedenden ayrılıyor şeklinde

yorumlamaktadır. Başka bir bakış açısına göre ölüm yeni bir hayatın başlangıcıdır denir; ölümü bir yok olma, ayrılma olarak görmek yanlıştır ve ölümden sonra hesap verme süreci başlamaktadır (Kızılkaya, 2005).

Kimi görüşe göre ölüm ve hayat birbirinden hiç de farklı kavramlar değildir aksine ölüm ve hayat bir bütündür, hayatın gayesi olarak ölüm kabul görmektedir, hayatla bir bütündür. Pek çok değişik ölüm tanımları yine değişik kültürlerde, uluslarda, disiplinlerde bireylerin kişiliğine, yaşına, dini inanışına, kültürel olarak bulunduğu yere göre değişiklikler göstermiştir. İnsanların ölüme karşı geliştirdiği tutumların da birbirinden oldukça farklı olduğu gözlenmektedir (Karakuş ve ark., 2012).

Yalom'un ifade ettiği şekliyle ölümü görmezden gelmek kişilerin mutluluk arayışını olumsuz etkiler, yaşamın gerçek anlamını yakalamak en korkulan kavramla yani ölüm kavramıyla yüzleşmekle mümkündür (Yalom, 2009). Yalom'un üzerine fazlasıyla eğildiği bir başka konu ölümlle yüzleşmenin bireysel değişim ve dönüşüme kattıklarıdır. Ölüme yakın olmak bireylerde olumlu sonuçlar ortaya koyar. Yalom "Olumlu bir kişisel değişimin ölümlle yüzleşmenin ardından gelmesi ne kadar da yaygın?" şeklinde bir soruyla ölümün bizlerdeki etkilerine dikkat çekmektedir. Yalom, ölüm kaygısının bireylerin yaşamı için ne denli mühim olduğuna değinmektedir. Yaşamın çoğunluğu ölümü yok saymak ile geçer demektedir. Aslına bakılırsa kişi hayattayken ölümden o denli korkmaktadır ki ölümsüzlük düşüncesine varabilmek için her çabaya girmektedir. Bedensel olarak hayatta olma uğraşı, inanış açısından ölümden sonraki hayata olan istek, sanat ile yaşamda yer alabilme olabileme arzusu bu durumun en belirgin göstergesidir (Yalom, 1980).

### **2.6.1. Biyolojik Ölüm**

Ölüm, bilimsel olarak açıklanması güç olan bir kavramdır ama kısaca biyolojik sistemin çökmesi olarak tanımlanabilir. Bu çöküş bir seri biyolojik olayın gerçekleşmesiyle meydana gelmektedir; yaşlanma, klinik ölüm ve beyin ölümü gibi. Biyolojik ölüm, nefes alma ve kalbin atması gibi hayati fonksiyonların durması ile ilişkili bir tanım olarak yorumlanmaktadır. Biyolojik ölüm için bundan yaklaşık 70-80 yıl öncesine kadar kalp atımı ve solunum fonksiyonlarının durması olayı yeterli görülmekteydi, ölümü saptamak için kalp ve solunum fonksiyonlarının olması ya da

olmaması kabul edilmekteydi. Günümüze bakıldığı zaman; gerçek ölümün ölçütü olarak beyin ölümü yeterli kabul edilmektedir. Tüm beyin ölümü tanısı için, beynin bütün hareketlerinin geri dönüşü olmayacak bir şekilde yitirilmiş ve birey fiziksel ve zihinsel bütün fonksiyonlarını geri dönüşü olmayacak şekilde kaybetmiştir. Tüm kalp ve solunum fonksiyonlarının yitirilmesi ile beraber tüm beyin hareketleri birkaç dakika içerisinde geri dönüşü olmayan şekilde bozulur (Tanhan, 2009).

### **2.6.2. Psikolojik ve Sosyal Ölüm**

Biyolojik olarak yaşamı ve ölümü birbirinden oldukça açık bir biçimde ayırabiliyorken, psikolojik ve sosyal olarak ölüm kavramı bu denli net sınırlandırılmamaktadır. Psikolojik olarak ölüm, aklın bilinçli işlevlerini gerçekleştirememesi, sosyal olarak ise ölüm kişinin iradesinin ve aklının sağlam olmamasına rağmen tıbbi imkanların desteğiyle bedensel fonksiyonlarını gerçekleştirebildiği, fakat başka insanlarla iletişim kurma bakımından sosyal olarak fonksiyonlarını gerçekleştiremediği durum olarak tanımlanabilir (İnci, 2008).

### **2.7. Ölüm Kaygısı**

Ölüm kaygısı, tüm toplumlarda ortak bir fenomendir ve çoğu zaman birincil olarak kabul edilir. Bazı eski yazarlar, ölüm korkusu ve ölüm kaygısı arasında belli bir ayırım yapmışlardır; ancak şimdi bu terimler birbirinin yerine kullanılmaktadır. Çok boyutlu bir kavram olarak ölüm kaygısı artık genel olarak kabul edilmektedir (Çiçirelli, 2002).

Ölüm kaygısının tanımlanması konusunda farklı yaklaşımlar mevcuttur. Çoğu kez ölüm korkusu kavramı ile karıştırılmış ve birbirleri yerine kullanılmıştır. Kaygı ve korku arasında farklar şöyle özetlenebilir; kaygı durumunda nesne bilinmemekte, kaygıda tehdit fark edilmekte, fakat tehdide yol açan nesne konusunda belirsizlikler bulunmaktadır. Korkuda ise belli bir nesnenin varlığından söz edilebilir (ben yıldıran korkarım). Korkunun yoğunluğu kaygıdan daha şiddetli olmasına rağmen daha kısa sürelidir. Ölüm fenomeni karşısında bireyin tüm hayatına yayılmış olan duygu durumu kaygıdır (Yılmaz, 2008).

Ölüm korkusu, gündelik yaşam deneyimleri içinde kaygıya dönüşür. Bir bakıma ölümün önceden fark edilmesinin sonucunda korku, ölüm kaygısına dönüşür. Yani,

ölüm gerçekliğiyle önceden yüzleşmek, ölüm kaygısına neden olur (Taka, 2010). Neredeyse her bireyin belirli seviyede az veya çok ölüm kaygısı hissettiği ve genel anlamda ölüm korkusu şeklinde tanımlanan bu korkuya yalnızlık, acı duyma, belirsizlik, yakınlarını yitirme, bedeni yitirme vs. şeklinde korkuların neden olduğu iddia edilmiştir (Yıldız, 2006).

Ölüm kavramı ile alakalı olarak yapılmış olan psikolojik araştırmaların sonucu, ölüm korkusunun pek çok boyutu olan bir korku olduğu gösterilmiştir. En fazla üzerine eğilinmiş olan boyutları ise ölüm sırasında acı çekme korkusu, bilinmezlik, yakınlarını yitirme, yalnızlık korkusu, bireysel kimliğini yitirme, geride kalanlar adına kaygı duyma, ölüm sonrası cezalandırılma korkusu ve yok olma korkusu ile önem verilen kişileri yitirme korkusudur (Koç, 2002).

Felsefeci bakış açısıyla Schopenhauer, Ölümün Anlamı isimli kitabında ölüm korkusunun bilgidan kaynaklanmadığını, iradeden kaynaklandığını söylemiştir ve 'ben' kavramının yok olacağı ve dünyanın var olmaya devam edeceği yanılsamasına dayanır demiştir (Schopenhauer, 2012). Başka bir felsefeci Çıkrıklar (2010) ise ölüm korkusunun nedenleri için, ölümü bilmemek, sahip olduğumuz şeylerden ayrılmak, geride kalanlar için endişelenmek, sonsuz bir hayat arzusu, bitmemiş işler, inançlarımızdaki eksiklikler olduğunu söylemiştir. Krishnamurti ölüm korkusu için; "ölümün bilinmeyen bir şey olduğunu söyleriz, bildiğimiz her şeye bağlandığımız için, bu bağlantının tümüyle son bulmasından korkarız, ...ölüm bu bağlantının sonudur" demektedir (Krishnamurti, 2009).

Ölüm kaygısı, ölüm karşısında doğuşta başlayan, kişinin yaşamı boyunca süren, diğer korkuların temelinde aranması gereken, kişilik yapısının gelişmesinde büyük pay taşıyan, bireyin bundan sonra var olmayacağını, bedenini ve dünyada sahip olduklarını yitirebileceğinin, artık var olmayacağını bilincinde olması sonrası kendini gösteren bir duygudur (Karakuş ve ark., 2012).

Ölümden ziyade kişilerin ölümü anlamlandırma şekli, onun ölüme yönelik hislerinin belirleyicisi durumundadır. Bireyler varoluşunu tehdit eden ölüm kavramına kaygı (endişe), korku ya da anksiyete benzeri hisler yüklemektedirler. Bu sebeple bireylerin ölüm düşüncesini kontrol altına almaları, hem yaşanan çevreye uyum

sağlamak hem de kendi endişe seviyelerini arttırmamak adına önemlidir (Erciş ve ark., 2016).

Ölüme karşı geliştirilen tutum, denge ve uyumu kaybettikçe kişinin kaygı seviyesi yükselmekte, içinde bulunduğu topluma uyum göstermesi güç hale gelebilmektedir. Ölüm düşüncesi, bireyde kaygı gelişmesine sebep olurken, buna paralel olarak onun hayata tutunmasını sağlayan, varoluşunu anlamlandırmasını sağlayan bir sebep de olabilmektedir. Ölümün ciddiyetinin farkında olunması sayesinde birey, hayatını tamamen daha anlam dolu olarak, istediği gibi yaşayabilmektedir (Kaloğlu, 2010).

Yalom; “ Her insan ölümden kendi tarzında korkar” diyor ve ekliyor; “ Pek çok kişiye göre ölüm kaygısı apaçık ortadadır, hemen fark edilebilir fakat sıkıntıya sebep olan bir durumdur. Bununla beraber öteki insanlara göre ölüm korkusu gizli ve saklanmıştır...”(Yalom, 2008). Yalom şahsi araştırmalarına dayanarak, ölüm kaygısının esas halindeki birincil ölüm kaygısına çok az rastlanır der. Yalom kendi araştırmalarına binayen ölüm kaygısının çabucak farklı bir hale evrildiğini vurgulamaktadır. Bireyler, çıplak ölüm kaygısına yönelik bastırma, ululaştırma ve değiştirme gibi bazı savunma mekanizmaları geliştirirler. Bazı zamanlar kişinin yaşamındaki önemli tecrübeler bu tarz savunma mekanizmalarını yok edip ölüm kaygısının bilinç seviyesine yükselmesine sebebiyet verseler bile bilinçdışı ego farklı bir savunma mekanizması geliştirerek bu kaygıyı yeniden saklamaktadır.

Yalom, ölüm fikrini hiçbir şekilde barındırmayan bir yaşamı düşündüğümüz zaman, hayatın anlamında bazı şeyler eksildiğini vurgular. Ölüm yokmuş gibi davranıldığında yaşam anlamsızlaşır. Ölüm ötekileştirildiğinde birey durumun riskleri görmezden geldiğinde yaşam zayıflar (Yalom, 2012).

## **2.8. Yalnızlık Kavramı**

Bütün dünyada önemi giderek çoğalan, yaşlı insanların sağlıklı ve başarılı bir şekilde yaşlanmaları, hayat kalitelerinin artırılması, içinde yaşadıkları çevre ile bütünleşmeleri ve toplumla bir bütün halinde yaşamaları amacıyla yapılan girişimler günden güne çoğalmaktadır. Başarılı bir şekilde yaşlanabilmek amacıyla geliştirilen model 3 nitelik içerir; hasta ve sakat olma durumundan kaçınma, artmış fiziksel ve



zihinsel fonksiyonel kapasitenin devam ettirilmesi ve yaşama etkin bir biçimde dahil olmanın lazım olan ön şartlar olduğu iddia edilmiştir (Çam ve ark., 2018).

Yaşlı diye sınıflandırılan grubun çoğalması, hayat süresinin uzaması ve sosyo-demografik anlamda meydana gelen değişimler yaşlı kişilerin hayat alanlarını, yalnızlık durumlarını ve hayat kalitelerini etkilemiştir (Erol ve ark., 2016). Yaşlılıkta hayattan zevk alınmasına bu denli önem verilmesinin sebebi, yaşlı bireylerin ruh sağlığı bakımından riskli grupta yer alması ve ruh sağlığını etkileyen en önemli etmenlerden biri olarak yaşam doyumunun gösterilmesidir (Şener, 2016). Yaşam doyumu ve yaşlıların hissettiği yalnızlık doğrudan ilişkili kavramlardır. Yalnızlık hissi kişilerin hayatı boyunca neredeyse her dönemde karşı karşıya kalabilecekleri bir duygudur. Kişiler çevrelerinde sıcak, içten ve emniyette hissedecekleri sosyal bir gruptan gelecek desteğe ihtiyaç duydukları zaman, bu ihtiyaçlarını giderecek tanıdıklara sahip değillerse veya diğerleri ile uyumlu sosyal ilişkiler kurma konusunda eksik olduklarından dolayı bu konuda yetersiz kalıyorlarsa yalnızlık hissederler (Oktan, 2005).

Yalnızlık, olması istenen ve gerçekte olan sosyal ilişkiler arasında bir uyumsuzluk şeklinde olarak tanımlanır. Yalnızlık, bugün toplumların en çok endişe duyulan problemlerinden birisi halini almıştır. Yalnızlık kavramı bütün yaş grupları arasında ortaya çıkabilir, fakat yaşlı bireyler arasında sıklığı fazladır (Keskin ve ark., 2017).

Yalnızlığın herkesçe kabul edilen, genel geçer bir tanımı olmamasına karşılık pek çok kuramcı kendi yalnızlık tanımını yapmıştır. Engin ve ark.'larının (2016) aktardığına göre; Sullivan tarafından yalnızlık, bireylerarası ilişkilere bağlı olarak gerçekleşen problemler sebebi ile bireye sıkıntı yaratan ve istenmeyen bir durum, Sadler'e göre ise insan açısından değeri ve önemi fazla olan bir bireyin kaybedilmesi nedeniyle hoş karşılanmayan ve istenmeyen bir durum olarak nitelendirilmektedir. Krishnamurti, yalnızlık sizin bir varlık olarak hiçbir şeyle, hiçbir grupta, karınızla, kocanızla, çocuklarınızla bağınız kesildiğinde ortaya çıkan soyutlanma halinin neden olduğu acıdır, demiştir (Krishnamurti, 2001).

Bir bireyin yalnız başına hayatını devam ettirmesi gibi gözlemlenebilen yalnızlık, kişinin etrafı tarafından istenmemesi sonucu hissedilen yalnızlık, bireyin önemli gördüğü durumlarda ve sosyal yetersizlik olması halinde meydana gelen yalnızlık,

kişinin anlaşılmadığı, yapayalnız hissettiği sahiden yalnız olma gibi çeşitli yaşanmışlıklarının tamamı yalnızlık şeklinde tanımlanabilir. Bu bakımdan yalnızlık kişinin hayatta kendisine bağlı olarak hissedebileceği hislerden biridir (Kılıçkaya, 2013). Kapıkıran'ın aktardığına göre; Weiss (1973) yalnızlık kavramını duygusal ve sosyal olacak şekilde iki başlığa ayırmıştır. Bunlardan bir tanesi olan sosyal yalnızlık; kişinin algıladığı sosyal ilişkilerin azlığı, arkadaşlarıyla müşterek ilgiye dayanan etkinlikleri paylaşmada kendilerini bu arkadaş grubuna dahilmiş gibi hissetmeleri şeklinde tanımlanabilir. Duygusal yalnızlık ise, yakın ilişkilerdeki bağların yeterince kuvvetli olmadığını düşünme ve kabul görmediğini hissetmedir (Kapıkıran, 2016). Genel olarak bakıldığında yalnızlık kavramı, kişilerarası ilişkilerin ve sosyal iletişimin içeriğinin kuvvetli olmamasının sebep olduğu ruh durumudur. Yalnızlık, bireyin etrafıyla etkileşimini azaltarak, kendine has iradesi sonucu karşılaştığı duygu durumudur (Yılmaz, 2009).

İnsan yaşamının değerli ve son aşaması denilen yaşlılık döneminde, yalnızlık hissi çok karşılaşılan ve fazlasıyla yaşanan bir durumdur. Yalnızlık seviyesi fazla olan yaşlı bireylerde, bedensel ve psikolojik sorunlarla daha çok karşılaşabilmektedir. Bu açıdan, bireyin sosyal etkileşim ağının, olmasını istediği seviyeden daha sınırlı ya da daha az doyumlu hissedilmesi sebebiyle hissedilen bir duygu olarak tarif edilen yalnızlık da yakın açıdan irdelenmelidir (Akgül, 2018).

Yalnızlık hissi kişinin hayatının hedefsiz ve yersiz olduğunu hissetmesine, boşluk, tek başınalık ve yalnız bırakılmış gibi hissetmesine sebep olabilmektedir. Yaşlı bireylerde yalnızlığın başlıca sebeplerinden biri de, hayat arkadaşını kaybetmesidir. Türkiye'deki yaşlı bireyler arasında, her on iki erkekten birisi ve de her dört kadından ikisi eşini kaybetmiş vaziyettedir (Kasar-Sayın, 2017).

Yalnızlık kavramı, özellikle yaşlı bireylerin ruh sağlığına etki eden önemli bir olgudur. Duygusal yalnızlık ve sosyal yalnızlık şeklinde iki ayrı başlık altında ele alınabilir. Duygusal yalnızlıkta birey yakın ilişkilerini yitirmiş ve kendisini bir boşluktaymış gibi hissetmektedir, sosyal yalnızlıkta ise birey toplum içinde kendine kabul gören bir yer edinmemekte, kendini bıkmış, eksik olarak görmektedir. Yalnızlık hissi, yaşlı insanlarda korku, kaygı, depresyon gibi ruhsal problemlere ve kognitif işlevlerde yetersizliğe neden olmakta, yaşlı olumlu olmayan düşüncelere

yönelme eğiliminde, mutsuzluk, umutsuzluk hissetmeye başlamaktadır (Şatır ve ark.,2017). Babacan ve Duman (2017) Türkiye’de yaşlı bireylerde yalnızlık ile ilgili yapılmış araştırmaları inceledikleri sistematik derlemede eğitim seviyesi, cinsiyet, gelir durumu, kişinin yaşadığı ortam, kronik hastalık, eşini yitirme, sosyal olarak aktif olma, sosyal destek varlığı ve sosyal ilişki gibi değişkenlerin yaşlıların yalnızlık düzeylerini etkilediğini bildirmişlerdir. Yaşlı insanlarda yalnızlığın hayat kalitesini, fiziksel ve psiko-sosyal olarak iyi olma halini ve kişisel iyi oluşu olumsuz bir şekilde etkilediği belirtilmiştir. Ev ortamında eşi ve çocuklarıyla beraber yaşamakta olan yaşlı insanların yalnızlık duygusunu daha az hissettiği ve depresyon yaşamadığı belirtilmiştir. Sosyal desteğin yalnızlık hissini azaltmadaki rolünün önemine değinilmiştir (Babacan ve Duman, 2017).

Yaşlılığın, yalnızlık duygusunun gelişmesinde özellikle payı olduğu fakat sadece yaşlılığa sorumluluk yüklenmemesi gerektiği belirtilmektedir (Çelik ve ark., 2017). Yaşlı grubun duygusal destek sistemlerinin eksik olması ve arkadaşlarıyla ilişkilerinin düşük seviyede olması yalnızlık düzeylerini artırır. Yaşlı gruplarda sosyal destek ile yalnızlık arasındaki ilişkiyi irdeleyen bir araştırma, yaşlı bireylerin algıladıkları sosyal destek ile hissettikleri yalnızlığın birbiriyle negatif yönde değiştiğini ortaya koymaktadır (Çevik ve ark., 2018).

## **2.9. Sosyal Destek Kavramı**

Yaşlılık ile beraber fiziksel problemler kadar psikolojik ve sosyal sıkıntılarda ortaya çıkmakta ve kendinden başka kişiler ile hayatı devam ettirdiğimiz sosyal hayat da farklılaşmaktadır. Yaşlanma evresinde; eşini ve arkadaşını yitirmesi sebebiyle yalnızlık, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı duruma gelme, yaşlanma süreciyle beraber gelen fiziksel değişimlerin üstesinden gelmede yaşanan zorluk, süre gelen sağlık problemleri ve kullanılan ilaç miktarının fazlaşmasıyla yaşanan düş kırıklığı, çalışma hayatının son bulmasıyla beraber gelen yetersizlik duygusu, emekli olma, düzenli olarak uğraşılan bir hobisi bulunmaması, düzenli gelirini kaybetmekten kaynaklı ekonomik sıkıntı yaşanması, sosyal izolasyon gibi olaylar yaşlı insanlarda fiziksel, sosyal ve psikolojik sıkıntılara sebebiyet vermekte bu durum sosyal hayata da etki etmektedir (Doğru ve ark., 2017).

Sosyal ilişkilerin varlığı sağlıklı bir yaşlılık dönemi için oldukça önemlidir; çünkü yaşlılık ile beraber değişmeye başlayan sosyal çevre yaşlı insanın kendi içine dönmesine sebep olup yaşlı bireyi yalnızlığa sürükleyebilmektedir. Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus artmasına karşın aile destek sistemlerinin azalması sonucunda yaşlı insanlarda sosyal desteğin önemi giderek artmaktadır (Özvurmaz, 2018).

Sosyal destek, zor durumdaki veya stres altındaki kişiye eşi, ailesi ve arkadaşları gibi samimi ilişkide bulunduğu bireyler tarafından madden ve manen sağlanan yardımdır (Aras ve ark., 2009). Sosyal destek sistemi; ekonomik destek, duygusal destek ve bilişsel destek şeklinde gruplara ayrılabilir. Ekonomik destek kişinin rutin sorumluluklarını yerine getirilebilmesi amacıyla başka insanlar tarafından ekonomik olarak desteklenmesine denir. Duygusal destek bireyin ilgi, güven, merhamet ve empati, bir grubun içine dahil olma gibi başlıca sosyal gereksinimlerinin giderilmesidir. Bilişsel destek, kişilerin sorunlarını halletmesine katkıda bulunacak bilgi, birikim ve desteğin sağlanmasıdır (Mermer ve ark., 2010).

Kurt Lewin “Alan Kuramı ve Davranış Tanımına” adlı kuramında sosyal destek kavramının kuramsal anlamda temellerini atmıştır. Onun düşüncesine göre kişinin davranışı psikolojik çevresinde meydana gelen değişmedir. Kişinin olumlu olmayan davranışlarını yok etmek ve yeni davranışlar edinmesini sağlamak, kişinin psikolojik çevresinde farklılıklar yaratmasına destek olmakla sağlanabilir. Kişinin psikolojik çevresinde yer alan onun sosyal destek sistemidir (Terzi, 2016).

Bireylerin etrafındakiler tarafından ne kadar değer gördüğüne kendince karar verdiği durum algılanan sosyal destek olarak tanımlanabilir. Diğerleri tarafından saygı gördüğünü, değerli hissettirildiğini, istediğinde destek alabileceğini, ilişkilerinin önemli ve sevgiye dayandığını düşünen bireyin algıladığı destek çoktur. Algılanan destek, bireysel özellikler gibi bir bakıma daha kalıcı özelliklerin yanında, tavır ve mizaç gibi nispeten daha değişken özelliklerden etkilenmektedir (Ardahan, 2006).

Bireylerin psiko-sosyal iyi olma halini etkileyen etmenlerden biri olarak sosyal destek varlığı gösterilmektedir. Sosyal destek; kişilerin sıkıntılı hayat tecrübeleriyle başa çıkabilmesine yardımcı olur ve fonksiyonel bozukluğunun seviyesine göre kişinin problemlerle daha rahat başa çıkabilmesine katkıda bulunur. Kişinin etrafındakilere bağımlılığının fazlaşması esnasında aile ve arkadaşlarından gelecek sosyal destek

büyük öneme sahiptir. Sosyal desteği sağlam olan, kendi kendine yetebilen, öz güveni gelişmiş olan bir yetişkinin egosu kolay kolay etkilenmez. Sosyal destek varlığının yokluğu yada destek grupları arasındaki uyumsuzluk olması kişilerin bağımlılıklarının artmasına ve sorunlarla mücadele edebilme yeteneklerinin yeterince kullanılmamasına sebebiyet verir (Arslantaş ve ark., 2010).

Sosyal desteğin yitirilmesinin sağlık ile doğrudan bir ilişkisi olduğu söylenebilir. Sosyal destek varlığının içeriğinin değişmesi olayı, kalite yönünden bilhassa huzurevi gibi kurumlarda hayatını devam ettiren yaşlı bireylerde fazlasıyla görülmektedir. Bir araştırma sonucu, kurumlarda kalmakta olan yaşlıların sosyal destek ve yaşam enerjisini çoğaltmak amacıyla arkadaşlarından ve kurumdan gelecek destek başta olmak üzere sosyal desteklerini fazlalaştırmak amacıyla iyileştirmeler yapmanın önemini ortaya koymaktadır (Altıparmak, 2009). Sosyal destek azlığında yaşlı bireylerde mortalite riskinin arttığı ve sosyal desteği yeteri kadar olanlarda ise sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında ve iyi olma halinde gelişme gözlemlendiği vurgulanmaktadır. Genel anlamda ortaya konmuş araştırma sonuçlarına göre; yüksek seviyede sosyal desteğin yalnızlık duygusunu, depresyon gibi ruh halini ve fizyolojik sağlık problemlerini en aza indirerek kişinin sağlık ve iyi olma halini yükselttiği görülmüştür (Polat, 2013). İyi olma halini koruyucu davranışlar kişinin sağlıklı ve mutlu olma durumunu pekiştiren davranışlardır ve sosyal destek de iyi olma halini koruyan, geliştiren bir sistem olarak tanımlanmaktadır (Softa ve ark., 2016).

## **2.10. Ölüm Kaygısı ve Yaşlılık**

Yaşlılık döneminde hem psikolojik hem de fizyolojik bakımdan uyum sorunu yaşanır. Yaşlılık dönemine ait bazı özellikler olmasına rağmen, her insan kişisel özellikleri açısından değişiklikler gösterebilir. Yaşlı insanların hayatlarındaki hareketlilik yerini bir sakinlik durumuna bırakmıştır. Bu sebepten fikirlerinde, hareketlerinde ve alışkanlıklarında farklılaşma zorlaşır; yenilikler onlara çoğunlukla endişe verici gelir ve bu durum onları kimi zaman da korkutur (Öz, 2002).

Artan yaş sonucu ölüm olgusu daha çok hissedilir ve bu durum çoğu yetişkin kişide derin korku ve endişenin ortaya çıkmasına sebep olur (Çınar, 2015). Ölümün yaşlılığa yakıştırılması, çevredekilerin yaşlılar için ölümü normal ve doğal bir durum olarak kabul etmeleri, yaşlı bireylerin yaşama ilişkin beklenti ve isteklerini en aza

indirmektedir. Bazı yaşlılar bundan dolayı umutsuzluk ve ölüm korkusu yaşayabilirken bazıları da ölümü yaşamın doğal bir parçası olarak görüp huzurlu ve olgun bir şekilde ölümü bekleyebilir (Keser, 2008).

Ölüm yaşlılıkla alakalı kaygıların başında gelmektedir ve yaşlı insanlar için tahammülü en zor ve kaygı verici olanıdır. Bunun sebebi yaşlı bireyde ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal değişikliklerin ölümü daha fazlaca düşündürmesidir. Yaşlı insanların geleceğe dair planlarının azalmış olması ölümü daha fazla ciddiye almalarına sebep olmaktadır. Yaşlı insanların etraflarındaki hasta ve yaşlı bireylerin ölümüne daha çok şahit olmaları da ölüm fikrini daha yoğun bir halde düşünmelerine ve ölüm kaygısını hissetmelerine sebep olmaktadır (Dağlı, 2010).

Yaşlılık ile yaşlılık depresyonu, anksiyete bozuklukları, fobiler, obsesyonlar söz konusu ise, bu yaşlılarda ölüme dair endişe ve korkularda artış olabilmektedir. Kişinin hayatı süresince denk geldiği ölüm durumları ve ölümcül olaylar, kaybedilen sevdikleri, bireyin ölüme dair genel kaygı ve korkularının seviyesini belirlemektedir. Ölüme dair korku ve kaygılar yaşlılık sürecinde öğrenme durumu ile alakalı olabilir (Özen, 2008).

Yaşlılıkla birlikte zaman daha çabuk geçiyormuş hissi ve bir de zamanı değerlendirmeye dair edinilen doğru olmayan alışkanlıklar problemlerin çıkmasına sebep olur. Akın'ın (2018) bildirdiğine göre Geçtan zamanı bir an önce öylesine tüketilmesi lazım olan bir obje gibi gören bireyler, zor ve tutucu bir ortamda büyümüşlerdir demektedir. Bu kişiler hayatlarını bir an evvel bitirme yaklaşımındadırlar. Ölüm kaygısı daha fazla olan yaşlılar, yaşadıkları anın tadını çıkaramayan ve yaşamdan zevk alamayan kişilerdir (Akın, 2018). Koç'un (2003) yaşlılık döneminde ölüm psikolojisi üzerine yaptığı araştırmasında elde edilen verilere göre "yaşlılık döneminde yaş ile ölüm duygusu ve düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki vardır," denmiştir.

Daha önce yapılmış bir ölüm kaygısı ve yaşlılık çalışmasında, yaşlı sağlığı ile ilgili alanlarda çalışan hemşireler, yaşlılıkta başlıca sıkıntılardan olan ve yaşlı bireyin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkileyerek hayat kalitesini düşüren ölüm kaygısı konusunda terapötik iletişim yeteneklerini artıracak hizmet içi eğitim programları veya lisansüstü eğitimi almalıdır denmiştir. Kurumlarda yaşlı insanların

boş vakitlerini geçirebilmeleri için değişik aktiviteler geliştirilmeli ve yaşlıların bu aktivitelere katılmaları sağlanmalıdır (Softa ve ark, 2011).

### **2.11. Ölüm Kaygısı ve Yalnızlık**

Ölüm ve yalnızlık endişesi, yaşlı erişkinlerde yaşam kalitesini etkileyen önemli konulardır (Kuru ve ark., 2018). Yalnızlıkla ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi anlamak için yaşlı yetişkinleri en iyi şekilde aydınlatan iki teori arasındaki ilişkiye bakmak gerekir. Bunlar: Sosyolojik duygusal seçicilik teorisi ve terör yönetimi teorisidir. Her iki teori de yaşlı yetişkinlerin alacakaranlıkta hissedebilecekleri sınırlı zaman duygusunu ele almaktadır. Bu sınırlı zaman duygusu, yaşlı yetişkinlerin belirli ilişkilere daha fazla değer vermesine neden olabilir. Ancak aynı zamanda onları ölüm korkusundan mahrum bırakabilir.

Yalnızlık deneyimi, özellikle yaşlılarda duygusal yalnızlıktır. Yani, yalnızlık, bir bireyin kültürel dünya görüşünü zayıflatabilir ve bu nedenle onları ölüm kaygısına karşı savunmasız bırakabilir (Pinson, 2010). Yaşlılar arasında ölüm kaygısına etki eden faktörleri araştırmak için yapılan bir araştırmada yalnızlık ve ölüm kaygısı arasında pozitif bir ilişki gösterilmiştir (Kim and Choi, 2014).

Bireylerin evlat sahibi olma durumlarının da ölüm kaygısını etkilediği söylenebilir. Kişinin çocuğunun psiko-sosyal destek olma bakımından devamlı yanında bulunmasının ve ölümünden sonra kendinden bir parçayı geride bırakacak olma düşüncesinin ölüm kaygısı açısından olumlu etkileri olduğu savunulur (Ertufan, 2008). Dul kalmanın, eşini kaybetmenin de ölüm kaygısını artırdığını söyleyen bir çalışma sonucu mevcuttur (Kestanbaum, 2007).

### **2.12. Ölüm Kaygısı ve Sosyal destek**

Algılanan ve sağlanan sosyal destek aynı değildir. Kişinin bakış açısı, duygu durumu ve ulaşan desteğin faydasına göre sosyal destek algısı değişmektedir. Bireylerin aileleri ve sosyal çevreleri tarafından desteklenmesi onları olumlu olarak etkilemektedir. Aileden gelen motive edici bir destek bireyin alışkanlıklarına daha sıkı bağlanmasına katkı sağlayabilir. Çünkü bu destek bireyi hem cesaretlendirebilir hem de bireyde güven duygusu yaratabilir (Önalgil, 2012).

Ölüm kaygısı ile kendileri için özel kişiden algıladıkları destekteki artışı ile üretkenlik yaşantılarını gerçekleştirme düzeyindeki düşüş arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Vatan ve Gençöz, 2007). Örsal ve arkadaşlarının (2012) çalışma sonuçlarına göre; huzurevinde sağlanan sosyal ortamın ölüm anksiyetesini azaltmada olumlu etkisi gözlenmiştir.

### **2.13. Yaşlı Bakımında Hemşirenin Görev ve Sorumlulukları**

Günümüzde doğuşta beklenen yaşam süresinin uzamasıyla beraber toplum nüfus içinde yaşlı nüfus oranının artması sonucunda yaşlı insanların sağlık hizmetlerinin çok büyük bir payını alan grubu oluşturması, yaşlı kişilere verilecek olan sağlık hizmetlerinin ne kadar önemli bir kısmını kapsayacağını ortaya koymaktadır. Yaşlı kişilerin hayat standartlarını geliştirmeleri, kişiye has biçimde geliştirilen interdisipliner bir bakımla destek verilmesi oldukça önem arz etmektedir. Yaşlı insanların karşılaştıkları problemlerin büyük bir kısmına hitap eden bakım, hemşirelik biliminin uygulama alanının içindedir ve hemşireler pek çok çeşitli alanda sayıları günden güne artan yaşlı gruplarına bakım vermek durumunda kalmaktadırlar (Erdil, 2010).

İnsanın hayatını devam ettirebilmesi için başlıca ihtiyaçlarının giderilmesi elzemdir. Yaşlılar karşılaştıkları hastalıkların günlük yaşam aktivitelerinde oluşturduğu kısıtlılıklar, fiziksel, emosyonel, fonksiyonel işlevlerdeki farklılaşmalar, ekonomik-sosyal kısıtlamalar nedeniyle temel insan gereksinimlerini karşılamada sorunlarla karşı karşıyadırlar (Boyacıoğlu, 2015).

Uzman hemşirelerin doğrudan bakım sorumlulukları sayısız yaşlı hastanın ve ailelerinin bakımını etkilemektedir. Uzman hemşirelerin yaşlılara sağladığı doğrudan bakım hacmi birçok ülkede belirgindir. Kanseri hastaların %63'ünün 65 yaşın üzerinde olduğu düşünüldüğünde, uygulamaların çoğu yaşlılara odaklanır. Benzer şekilde kardiyolojik bakımın %60'ı, ürolojik bakımın %52'si 65 yaş ve üstü hastalara verilmektedir. Hastanelerde yaşlılar cerrahi hastaların %60'ını ve kritik bakım hastalarının %46'sını ve yoğun bakımların %50'sini oluşturur (Mezey ve ark., 2007). Bu durumda tüm birimlerde hizmet veren hemşirelerin geriatric bakım konusunda eğitilmesi gerekmektedir.



Yaşlı bireylerin pek çok çeşitli sağlık problemi bulunmaktadır ve çeşitli sağlık ve sosyal bakım profesyonellerinin varlıkları eşit oranda önem arz etmektedir. Yaşlı kişilerin medikal tedaviden önce devamlılığı olan bir bakıma ihtiyaçları doğmaktadır. Bir bakım disiplini olarak hemşirelik mesleği yaşlı bireylerin sağlık ihtiyaçlarının giderilmesinde yer alacak ekibin önemli bir üyesidir (Akın ve ark. 2001). Geriatri ve gerontoloji hemşireliği; yaşlı bireylerin kendine has bakım ihtiyaçlarını görebilmeyi, geriatrik bakımı değerlendirmek, rehabilitasyonunu planlamak ve uygulamakta bilgi ve yetenek ile beraber götürülen bakım etkinliklerini içerir (Akdemir, 2009).

Yıldırım ve ark.'larının bildirdiğine göre; 1973 senesinde Amerikan Hemşireler Birliği tarafından oluşturulan, 2001 senesinde tekrar gözden geçirilmiş olan gerontoloji hemşireliğinin ilkelerine bakılırsa gerontoloji ve geriatri hemşireleri bakım sürecinin safhalarını yaşlı bakıma yönelik kullanmalıdır. Yaşlı kişinin bakımını düzenlerken hastanın değerlendirmesi fizyolojik, sosyoekonomik ve psikolojik yönden bir bütün olarak yapılmalıdır, genel ve kişiye has bakım ihtiyaçları belirlenmelidir ve yaşlanma sürecinin doğal fizyolojik değişimlerinin mevcudiyeti de göz ardı edilmemelidir. Bu sebeple yaşlı kişiyi değerlendirirken sergilenecek yaklaşımlar; sağlık öyküsü, hareket kapasitesi, tıbbi tedavi öyküsü, fiziksel kapasitesi, bilişsel ve mental durumu, sistemlere dair işlevsel durumu ve yitirdikleri, sosyal durumu, günlük yaşam işlevlerindeki bağımlı olma seviyesi/ yeterliliği, psikolojik durum gibi girdileri içermelidir (Yıldırım ve ark., 2012).

Yaşlı bireyin bakımında hedef, sadece hastalıkların tedavisi değil, bir o kadar da yaşlı bireyin fiziksel, akli ve ruhsal iyilik halini en iyi seviyede tutmak ve hayat kalitesini en yükseğe çıkarmaktır (Kaçan-Softa ve ark., 2011). Ruh sağlığı alanında çalışan hemşireler risk grubundaki yaşlıların kaliteli bir yaşama sahip olmaları için; yaşlıların yalnız kalmalarını ve bakıma bağımlılıklarını önleyerek, kendine yeter hale gelmelerini ve sevdikleri ortamda (aile veya huzurevi ortamında) yaşamdan doyum almalarına yardımcı olmalıdır. Ölüm kaygısı yönünden riskli grupları belirleyerek diğer sağlık disiplinleriyle işbirliği içinde çalışmalı ve yaşlı bireylerin bu dönemi rahat atlattıklarına yardımcı olmalıdır (Karadelioğlu, 2011). Türkiye'de yaşlıların bakımının sağlandığı yerler huzurevleridir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı olan Engelli ve Yaşlı Bakım Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün verilerine bakıldığında zaman; ülkemizde genel müdürlüğe bağlı olan 147, diğer resmi kuruluşlara

bağlı olan 24 ve özel 224 huzurevi vardır ve bu huzurevlerinde 19596 yaşıya bakım verilmektedir (Aile, alışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2019).



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı bir çalışmadır. Yaşlılarda ölüm kaygısının yalnızlık ve sosyal destek ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Çanakkale-Ayvacık ilçe merkezinde bir ilçe devlet hastanesinde, 01.05.2019-31.09.2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Çanakkale ili Ayvacık ilçesi Ayvacık Devlet Hastanesi'nin ayaktan hasta polikliniklerine başvurmuş olan 65 yaş ve üstü olan yaşlılar oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğü hesaplaması GPower3.1 programında yapılmıştır. Çalışmanın istatistiklerinde kullanılacak analiz testleri için elde edilen örneklem sayıları aşağıdaki gibidir:

1- korelasyon için  $\alpha=0.05$  ve güç  $(1-\beta)=0.95$  ise  $N \geq 134$

2. t testi için gruplar eşit büyüklükte ise  $\alpha=0.05$  ve güç  $(1-\beta)=0.95$  ise  $N \geq 210$  ve  $\alpha=0.05$  ve güç  $(1-\beta)=0.80$  ise  $N \geq 128$

3. t testi için gruplar farklı büyüklükte ise  $\alpha=0.05$  ve güç  $(1-\beta)=0.95$  ise  $N \geq 236$  ve  $\alpha=0.05$  ve güç  $(1-\beta)=0.80$  ise  $N \geq 144$

4. ANOVA için grup sayısı 5 ise  $\alpha=0.05$  ve güç  $(1-\beta)=0.80$  ise  $N \geq 200$

5. ANOVA için grup sayısı 4 ise  $\alpha=0.05$  ve güç  $(1-\beta)=0.80$  ise  $N \geq 180$

6. ANOVA için grup sayısı 3 ise  $\alpha=0.05$  ve güç  $(1-\beta)=0.80$  ise  $N \geq 159$

Bu verilere göre alınacak örneklemin kitleyi yansıtması için örnekleme hatası %5 ve %95 güç düzeyi için örnekleme sayısının en az 159 kişi olması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmanın örneklemini 01.05.2019-31.09.2019 tarihleri arasında Ayvacık Devlet Hastanesi ayaktan hasta polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üzerinde olan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 170 yaşlı oluşturmuştur.

Dahil edilme kriterleri;

- 65 yaş ve üzeri olması
- Fiziksel ve ruhsal sağlığının iletişim kurmaya engel olmaması, soruları anlayıp cevap verebilmesi
- Araştırmaya katılmaya onam vermesi

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Veri toplamada Anket Formu (Ek 1), Ölüm Kaygısı Ölçeği (Ek 2), Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği (Ek 3), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 4) kullanılmıştır.

#### **3.4.1. Anket Formu (Ek 1)**

Bu formda yaşlıların bazı sosyo-demografik özelliklerini belirlemeyi amaçlayan 13 soru yer almaktadır. Bu soruların 6 tanesi açık uçlu kalan 7 tanesi ise kapalı uçlu sorulardır.

#### **3.4.2. Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) (Ek 2)**

Ölçeği Templer (1970) geliştirmiştir ve Türkçeye uyarlayan Şenol (1989)'dur. Şenol çalışmasına yaşlı hastaları dahil etmiştir. Akça ve Köse (2008) daha sonra ölçeği geliştirmek amacı ile farklı gruplar dahil edilerek tekrar bir geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. 15 maddeden oluşmakta olan ölçekte, maddeler doğru-yanlış biçiminde ikili likert ölçeği şeklinde düzenlenmiştir. Doğru cevaplara 1 puan verilir, yanlış cevaplar 0 olarak puanlanır. Ölçeğin ilk 9 maddesi düz kodlanmış diğer 6

maddesi ise ters kodlanmış ifadeler içerir. Testin puan aralığı 0-15'tir. Ölçekten en düşük 0 puan, en çok 15 puan alınabilmektedir. 7 puan ve üstünün ölüm kaygısı yüksek, altının ise ölüm kaygısı düşük şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa sayısı  $\alpha=.79$  olarak hesaplanmıştır (Akça ve Köse, 2008).

### **3.4.3. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği (YİYÖ) (Ek 3)**

Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akgül ve Yeşilyaprak (2015) tarafından yapılmıştır. Ölçek, sosyal ve duygusal yalnızlığı ölçmeyi amaçlayan 11 maddeden meydana gelmektedir. Ölçekte bulunan her bir maddenin değindiği durumun, birey açısından ne derece hissedildiği 3'lü derecelendirme ile (likert tipi) belirlenmektedir. Ölçeğin maddelerinin puanlanma şekli şu şekildedir: evet için 0, olabilir için 1, hayır için 2. Bireyin kendini en iyi yansıttığını düşündüğü dereceleme ifadesini seçmesi yöntemiyle ölçek cevaplanır. Ölçek maddelerinden düz kodlananlar 5'i düz (1, 4, 7, 8, 11), 6'sı ters kodlanır (2, 3, 5, 6, 9, 10). Genel yalnızlık puanını belirlemek için; duygusal yalnızlık (2, 3, 5, 6, 9, 10) puanı sosyal yalnızlık (1, 4, 7, 8, 11) puanı ile toplanır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 22'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça, kişinin yalnızlık seviyesinin yükseldiği yorumu yapılmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa sayısı  $\alpha= .85$ 'tir (Akgül ve Yeşilyaprak, 2015).

### **3.4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek 4)**

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği üç değişik kaynaktan sağlanan sosyal desteğin ne kadar yeterli olduğunu kişisel bir şekilde değerlendiren, anlaşılması ve cevaplanması basit, uzun olmayan bir ölçektir. Zimet ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek 12 maddeden oluşmaktadır. Her biri 4 maddeden ibaret desteğin nereden sağlandığına dair 3 alt boyutu vardır; Aile desteği (3, 4, 8 ve 11. Maddeler), arkadaş desteği (6, 7, 9 ve 12. Maddeler), özel bir arkadaş desteği (1, 2, 5 ve 10. maddeler). Testin her maddesi için 7 'li likert tipi ölçek kullanılarak derecelendirilme yapılmıştır. Her alt boyuttaki dört maddenin aldığı puanlarının toplanması ile alt boyut puanı belirlenir ve bütün alt boyut puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanına ulaşılır. Alınan puanın ne kadar yüksek olduğuna göre algılanan sosyal desteğin yüksekliği hakkında yorum yapılır.

Her üç alt boyut için ayrı ayrı olmak üzere cronbach alfa katsayısı  $\alpha=.80$  ile  $.95$  arasındadır (Eker ve Arkar, 1995).

### **3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Veri toplama araçları, katılımcıya araştırmanın hedefi açıklandıktan sonra, araştırmaya katılmayı kabul ettiğini kendi istekleri doğrultusunda sözlü veya yazılı olarak ifade eden yaşlılara yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Bazı yaşlılar formları kendileri cevaplamıştır. Veri toplama araçları, yaşlılara başvurdukları poliklinikte, kendileri için müsait olduğunu belirttikleri zamanda uygulanmıştır. Veri toplama yaklaşık olarak 20-25 dk'da tamamlanmıştır.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma kapsamında 170 kişiden elde edilen veriler SPSS 21 programına aktarılmıştır. Veri seti kayıp ve uç değerler açısından incelenmiş ve bu değerlere rastlanmamıştır. Bağımsız değişkenlerin frekansları incelendiğinde değişkenlerin bazı gruplarında yeterli gözlem olmadığı görülmüştür. Bu nedenle medeni durum, eğitim durumu, evde kiminle yaşadığı, gelir durumu, hastaneye yatış sayısı ve fiziksel ve ruhsal hastalığın süresi değişkenlerinde kategori birleştirmesi yapılmıştır. Araştırma kapsamında kullanılan üç ölçeğe ait puanların normalliği bağımsız değişkenlerdeki gruplarda basıklık ve çarpıklık katsayıları ile Q-Q grafikleri incelenerek değerlendirilmiş ve bu katsayıların  $\pm 1,5$  aralığında değer aldığı belirlenmiştir. Basıklık ve çarpıklık katsayılarının  $\pm 1,5$  sınır içinde değer alması halinde veri setine ilişkin dağılımın normal aralıkta dağıldığı kabul görmektedir (Pituch ve Stevens, 2016). Normallik varsayımı sağlandığı için sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre ölüm kaygısı ölçeği puanlarının incelenmesinde iki kategorili değişkenlerde bağımsız örneklem için t testi kullanılırken 4 kategorili fiziksel hastalık değişkeni için ANOVA testi kullanılmıştır. ANOVA ve t testi için kontrol edilmesi gereken bir diğer varsayım olan grup varyanslarının homojen dağılıp dağılmadığı Levene testi ile test edilmiştir. Fakat ruhsal hastalık süresi değişkeninde gruplarda yeterli gözlem olmadığı için Kruskal Wallis testi tercih edilmiştir. Grup ortalamaları arasındaki farkın  $0,05$  alfa düzeyinde anlamlı bulunan sonuçları için bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi eta-kare ( $\eta^2$ ) istatistiğiyle incelenmiştir. Etki büyüklüğü olarak da nitelendirilen  $\eta^2$ , bağımsız değişkenin bağımlı değişkendeki toplam varyansın ne

kadarını açıkladığını verir ve 0,00-1,00 arasında değer alır. Bu katsayı  $\eta^2=0,01$  için küçük,  $\eta^2=0,06$  için orta ve  $\eta^2=0,14$  için geniş etki büyüklüğü olarak değerlendirilmektedir (Büyüköztürk, 2011). Ölçekler arasındaki ilişkiler normallik varsayımı sağlandığı için Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir.

Ölçek güvenilirlikleri Cronbach alfa ile hesaplanmıştır. Cronbach alfanın tek boyutlu olma varsayımı nedeniyle tek boyutlu ölüm kaygısı ölçeği ve diğer ölçeklerin alt boyutları için cronbach alfa kullanılmıştır. Çok boyutlu yapılar için alan yazında önerilen tabakalı cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Cronbach, Schonemann ve Brennan (1965) tarafından Tabakalı Cronbach Alfa (Stratified Cronbach Alpha) katsayısının kullanımı alt boyutları olan ölçme araçlarından ulaşılan toplam puanların güvenilirliğini belirlemek için önerilmiştir. Cronbach Alfa ve Tabakalı Cronbach Alfa katsayıları R programında, “sirt” (Robitzsch, 2017) paketi kullanılarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda kullanılan ölçeklerin güvenilirlik değerleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

**Tablo 1. Ölçek ve Alt Boyutları İçin Güvenirlik Değerleri**

Ölçek	Cronbach Alfa
Ölüm Kaygısı Ölçeği	0,83
Yalnızlık Ölçeği (Tabakalı Alfa)	0,93
Sosyal yalnızlık	0,91
Duygusal yalnızlık	0,83
ÇBASD Ölçeği (Tabakalı Alfa)	0,99
Özel bir İnsan desteği	0,99
Aile desteği	0,99
Arkadaş desteği	0,97

### 3.8. Değişkenler

#### 3.8.1. Bağımlı Değişkenler

Yaşlıların Ölüm Kaygısı Ölçeği maddelerine verdikleri cevapların puanları.

### **3.8.2. Bağımsız Değişkenler**

Yaşlıların yaş, medeni durum, cinsiyet, çalışma durumu, evde kiminle beraber yaşadığı, eğitim durumu, gelir durumu, fiziksel hastalık varlığı, ruhsal hastalık varlığı, fiziksel hastalık süresi, ruhsal hastalık süresi, hastalığı nedeniyle son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı, günlük yaşam işlevlerini gerçekleştirirken desteğe ihtiyacı olup olmadığı, Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği maddelerine verdikleri yanıtların puanları.

### **3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmanın uygulanabilmesi için Ayvacık Devlet Hastanesi Başhekimliğinden 41146030-929 sayılı izin alınmıştır. Ayrıca Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'nun 2011-KAEK-27/2019-E.1900028811no'lu proje ile ilgili 13/03/2019 tarih ve 06-11 sayılı toplantı kararı ile olur alınmıştır. Dahil edilme kriterlerini karşılayan yaşlılara, araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya katılımın gönüllülük çerçevesinde olacağı belirtilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlılardan kendi istekleri doğrultusunda yazılı veya sözlü izin alınmıştır.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği**

Araştırma bir ilçe devlet hastanesinde gerçekleştirilmiş olup tüm 65 yaş üstü hastaları içermemektedir. Bu durum sonuçların genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Bir başka sınırlılık, araştırmada kullanılan ölçeklerin bireyin öz bildirimine dayanmasıdır.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 2. Yaşlıların Sosyodemografik Özellikleri

Değişken	Ortalama	SS
Yaş ortalaması	73,80	6,8
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş aralığı</b>		
65-74 arası	99	58,24
75-84 arası	57	33,53
85 ve üstü	14	8,23
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	89	52,40
Erkek	81	47,60
<b>Medeni durum</b>		
Evli	101	59,40
Bekar	3	1,80
Boşanmış	66	38,80
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur-yazar değil	42	24,70
İlkokul	111	65,30
Ortaokul	10	5,90
Lise	5	2,90
Üniversite	2	1,20
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışmıyor	124	72,90
Çalışıyor	46	27,10
<b>Evde kiminle yaşadığı</b>		
Yalnız	44	25,90
Eşi ile	89	52,40
Eş, çocuklar, gelinler, torunlar ile	37	21,80
<b>Gelir durumu</b>		
Düşük (gelir giderden az)	75	44,10
Orta (gelir gidere eşit)	91	53,50
Yüksek (gelir giderden fazla)	4	2,40
<b>Toplam</b>	<b>170</b>	<b>100,00</b>

Tablo 2’de görüldüğü üzere, çalışmaya dahil olan yaşlıların yaş ortalaması  $73.80 \pm 6,8$  bulunmuştur. Yaşlıların %58,24’ü 65-74, %33,53’ü 75-84 yaş aralığında, %8,23’ü 85 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların %52,40’ı kadın (n=89) % 47,60 ‘ı erkektir (n=81). Örnekleme oluşturan yaşlıların %59,40’ının medeni durumu evli (n=101), %1,80’i bekar (n=3) ve %38,80’i boşanmış/duldur (n=66). Yaşlıların %65,30’unun eğitim durumu ilkokul olarak (n=111), %24,70’inin okur-yazar olmadığı (n=42) belirlenmiştir. Yaşlıların %72,90’ı (n=124) çalışma durumu için çalışmıyor cevabı verirken, %27,10’u çalışıyor cevabını vermiştir (n=46). Katılımcıların %52,40’ı (n=89) eşyle birlikte yaşadığını, %25,90’ı (n=44) yalnız yaşadığını, %21,80’i eş, çocuklar, gelinler, torunlar ile beraber yaşadığını belirtmiştir (n=37). Yaşlıların %53,50’si gelir durumunu orta (n=91), %44,10’u düşük (n=75), %2,40’ı yüksek (n=4) olarak belirtmiştir.

## 4.2 Yaşlıların Hastaneye Yatış ve Hastalık Durumlarının İncelenmesi

**Tablo 3. Yaşlıların Hastaneye Yatış ve Hastalık Durumları**

<b>Değişken</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Son bir yılda hastaneye yatış durumu</b>		
Var	72	42,35
Yok	98	57,65
<b>Son bir yılda hastaneye yatış sayısı</b>		
Yatış yok	98	57,65
1-3 kez	54	31,76
4 kez ve üstü	18	10,59
<b>Kronik fiziksel hastalık varlığı</b>		
Evet	170	100,00
Hayır	0	0
<b>Kronik fiziksel hastalık süresi</b>		
1 yıl ve daha az	18	10,58
2-5 yıl	48	28,24
6-10 yıl	39	22,94
10 yıldan fazla	65	38,24
<b>Var olan kronik fiziksel hastalıklar</b>		
Endokrin sistem hastalıkları	29	17,06*
Kardiyovasküler sistem hastalıkları	102	60,00*
Sindirim ve boşaltım sistemi hastalıkları	16	9,41*
Solunum sistemi hastalıkları	31	18,24*
Diğer sistem hastalıkları	17	10,00*
<b>Kronik ruhsal hastalık varlığı</b>		
Var	27	15,88
Yok	143	84,12
<b>Kronik ruhsal hastalık süresi</b>		
1 yıl ve daha az	3	1,76*
2-5 yıl	7	4,12*
6-10 yıl	7	4,12*
10 yıldan fazla	10	5,88*
<b>Var olan kronik ruhsal hastalıklar</b>		
Anksiyete bozuklukları	18	10,59
Duygu-durum bozuklukları	11	6,47
<b>Toplam</b>	<b>170</b>	<b>100,00</b>

\*Bazı yaşlılar birden fazla hastalık belirttiği için % değerleri satır yüzdesi olarak verilmiştir.

Tablo 3'te görüldüğü gibi son bir yılda hastaneye yatışı olan yaşlıların oranı %42,35'tir (n=72). Yatışı olanların %31,76'si 1-3 kez (n=54), %10,59'u ise 4 ve daha fazla kez hastaneye yattığını belirtmiştir (n=18). Araştırmaya katılan yaşlıların %100,00'ü fiziksel hastalığı olduğunu belirtmiştir (n=170). Fiziksel hastalığı olduğunu söyleyen yaşlıların %38,24'ü hastalığının 10 yıldan daha fazla süredir olduğunu ifade etmiştir (n=65). %28,24'ü ise fiziksel hastalık süresi için 2-5 yıl arasında olduğunu belirtmiştir. (n=48). Yaşlıların %60,00'ü kardiyovasküler sistem hastalığı olduğunu belirtirken (n=102), %18,24'ü solunum sistemi hastalığı (n=31), %17,06'si ise endokrin sistem hastalığı olduğunu (n=29) belirtmiştir. Yaşlıların %84,12'si herhangi bir ruhsal hastalığı olmadığını ifade etmiştir (n=143). Ruhsal hastalığı olduğunu belirten yaşlıların %6,47'si, hastalığının 10 yıldan daha fazla süredir olduğunu belirtmiştir (n=10). Yaşlıların %10,59'u ruhsal hastalığının anksiyete bozukluğu olduğunu, %6,47'si ise duydu-durum bozukluğu olduğunu ifade etmiştir. (n=18).

### 4.3. Yaşlıların Günlük Yaşam İşlevlerini Yapabilme Durumlarının İncelenmesi

**Tablo 4. Yaşlıların Günlük Yaşam İşlevlerini Yapabilme Durumları**

Değişken	n	%
<b>Günlük yaşam işlevlerinde desteğe ihtiyaç duyma</b>		
Evet	35	20,59
Hayır	135	79,41
<b>İhtiyaç duyulan işlevler*</b>		
Banyo	22	12,94*
Giyinme	10	5,88*
Banyo, giyinme, yeme-içme	12	7,06*
<b>Toplam</b>	<b>170</b>	<b>100,00</b>

\*Bazı yaşlılar birden çok işlevde desteğe ihtiyaç duyduğunu söylemiştir. % değerleri satır yüzdesi olarak verilmiştir.

Tablo 4’de yaşlıların günlük yaşam işlevlerini yapabilme durumları gösterilmiştir. Günlük yaşam işlevlerinde desteğe ihtiyaç duymayan yaşlılar %79,41 iken (n=135), desteğe ihtiyaç duyan yaşlılar %20,59’ dur (n=35). Günlük yaşam işlevlerinde desteğe ihtiyaç duyduğunu söyleyenlerin %12,94’ü banyo yaparken (n=22), %5,88’i giyinirken (n=10) ve % 7,06’si hepsinde (banyo, giyinme, yeme-içme vb.) desteğe ihtiyaç duyduğunu söylemiştir.

#### 4.4. Yaşlıların Ölüm Kaygısı Ölçeği Değerlerinin İncelenmesi

**Tablo 5. Yaşlıların Ölüm Kaygısı Ölçeği Değerleri (n=170)**

Düzyey	n	%	Min.	Maks.	Ortanca	Ortalama	SS
Ölüm kaygısı düşük	103	60,06	0	6	4	3,62	1,59
Ölüm kaygısı yüksek	67	39,04	7	14	9	9,67	2,11
Ölçek toplamı	170	100	0	14	6,5	6,65	3,56

Tablo 5’de görüldüğü üzere yaşlıların Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $6.65 \pm 3.56$ ’dır. Ölüm kaygısı düşük olanların puan ortalaması  $3.62 \pm 1.59$  ve ölüm kaygısı yüksek olanların puan ortalaması  $9.67 \pm 2.11$ ’dir. Katılımcıların %60,06’sinin ölüm kaygısı düşük düzeyde bulunurken (n=103), %39,04’ünün ölüm kaygısı yüksek düzeyde bulunmuştur (n=67). Ölüm kaygısı düşük olanların ortanca değeri 4 (min. 0-max. 6), ölüm kaygısı yüksek olanların ortanca değeri 9 (min. 7-max. 14) olarak belirlenmiştir.

#### 4.5. Yaşlıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Düzeylerinin İncelenmesi

**Tablo 6. Yaşlıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların İncelenmesi (n=170)**

Değişken	n	Ortalama	SS	t/F	sd	p	η <sup>2</sup>
<b>Yaş Aralığı</b>							
65-74 arası	99	6,86	3,46				
75-84 arası	57	6,63	3,56	0,92	168	0,87	-
85 ve üstü	14	5,21	4,12				
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	89	6,86	3,46	2,88	168	<b>0,04*</b>	<b>0,05</b>
Erkek	81	6,35	3,69				
<b>Medeni durumu</b>							
Evli	101	6,48	3,46	-0,76	168	0,45	-
Bekar /dul/boşanmış	69	6,90	3,71				
<b>Eğitim durumu</b>							
Okur-yazar değil	42	7,69	3,68	2,22	168	<b>0,03*</b>	<b>0,03</b>
Okur-yazar*	128	6,30	3,46				
<b>Çalışma durumu</b>							
Çalışmıyor	124	6,42	3,61	-1,52	167	0,13	-
Çalışıyor	46	7,36	3,35				
<b>Evde kiminle yaşadığı</b>							
Yalnız	44	7,45	3,85				
Eş ile	89	6,70	3,39	1,76	169	0,06	-
Eş, çocuklar,torunlar,gelinler vs. ile	37	5,57	3,40				
<b>Gelir durumu</b>							
Düşük	75	7,23	3,66	1,90	168	0,06	
Orta ve yüksek**	95	6,19	3,43				

\*Gruplarda birleştirme yapılmıştır.(bekar/dul/boşanmış olanlar bekar olarak, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite mezunları okur-yazar olarak birleştirilmiştir)

Yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puanların incelenmesi amacıyla yapılan analizler sonrasında elde edilmiş olan bulgular Tablo 6'da gösterilmiştir. Yaşlıların yaş aralığına, medeni duruma, çalışma durumuna, evde kiminle yaşadığına ve gelir düzeyine göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları incelendiğinde puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Cinsiyet değişkenine göre kadınların Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalaması erkeklerinkinden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yaşlıların eğitim durumuna göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, okuryazar olmayanların Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalaması okuryazar olanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).





#### 4.6. Yaşlıların Hastaneye Yatış Durumlarına Göre Ölüm Kaygısı Düzeylerinin İncelenmesi

**Tablo 7. Yaşlıların Hastaneye Yatış Durumlarına ve Yatış Sayılarına Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların İncelenmesi (n=170)**

Değişken	n	Ortalama	SS	t	Sd	p
<b>Son bir yılda hastaneye yatış durumu</b>						
Var	98	6,82	3,49	0,72	168	0,47
Yok	72	6,42	3,66			
<b>Son bir yılda hastaneye yatış sayısı</b>						
1-3 kez	54	7,04	3,82	2,59	70	0,01
4 kez ve üstü	18	4,56	2,33			

Tablo 7’de yaşlıların hastaneye yatış durumu ve hastaneye yatış sayılarına göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puanlar incelenmiştir. Son bir yılda hastalığı nedeniyle hastaneye yatışı olanların Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $6,82\pm 3,49$ , yatışı olmayanların Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $6,42\pm 3,66$  olarak belirlenmiştir. Yaşlıların hastaneye yatış durumuna göre ölüm kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Son bir yılda hastaneye yatış sayısı 1-3 kez olan yaşlıların Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $7,04\pm 3,82$ , 4 kez ve üstü yatışı olan yaşlıların Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $4,56\pm 2,33$  olarak belirlenmiştir. Yatış sayısına göre ölüm kaygısının nasıl etkilendiğine bakıldığında 1-3 kez yatışı olanların, 4 kez ve üstü yatışı olan yaşlılardan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek ölüm kaygısı yaşadıkları belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

#### 4.7. Yaşlıların Günlük Yaşam İşlevlerine Göre Ölüm Kaygısı Düzeylerinin İncelenmesi

**Tablo 8. Yaşlıların Günlük Yaşam İşlevlerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların İncelenmesi (n=170)**

Değişken	n	Ortalama	SS	t	Sd	P
<b>Günlük yaşam işlevlerinde desteğe ihtiyaç duyma</b>						
Evet	35	6,19	3,71	0,82	165	0,42
Hayır	135	6,76	3,56			
<b>Banyo yapmada desteğe ihtiyaç duyma</b>						
Evet	22	5,68	2,98	-1,36	168	0,17
Hayır	148	6,79	3,62			
<b>Giyinmede desteğe ihtiyaç duyma</b>						
Evet	20	7,50	3,22	1,14	168	0,25
Hayır	150	6,53	3,59			
<b>Banyo, giyinme, yeme-içmede desteğe ihtiyaç duyma</b>						
Evet	12	7,66	3,96	1,03	168	0,30
Hayır	158	6,56	3,52			

Tablo 8’de görüldüğü gibi günlük yaşam işlevlerinde desteğe ihtiyaç duyduğunu söyleyenlerin Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $6,19 \pm 3,71$  iken desteğe ihtiyaç duymadığını söyleyenlerin Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $6,76 \pm 3,56$ ’dır. Yaşlıların günlük yaşam işlevlerinde desteğe ihtiyaç duyma durumuna göre ölüm kaygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Banyo yapmada desteğe ihtiyaç duyma durumuna evet diyen yaşlıların lm Kaygısı lğinden aldıkları puan ortalaması  $5,65\pm 2,98$ , hayır diyen yaşlıların lm Kaygısı lğinden aldıkları puan ortalaması  $6,79\pm 3,62$ 'dir. Giyinmede desteğe ihtiyaç duyan yaşlıların lm Kaygısı lğinden aldıkları puan ortalaması  $7,50\pm 3,22$ , desteğe ihtiyaç duymayan yaşlıların lm Kaygısı lğinden aldıkları puan ortalaması  $6,53\pm 3,59$  olarak belirlenmiştir. Banyo, giyinme, yeme-içmede desteğe ihtiyaç duyan yaşlıların lm Kaygısı lğinden aldıkları puan ortalaması  $7,66\pm 3,96$ , ihtiyaç duymayan yaşlıların lm Kaygısı lğinden aldıkları puan ortalaması  $6,56\pm 3,52$  olarak belirlenmiştir. Destek duyulan günlük yaşam işlevine göre yaşlıların ölüm kaygısı değişmemiştir.



#### 4.8. Yaşlıların Hastalık Durumlarına Göre Ölüm Kaygısı Düzeylerinin İncelenmesi

**Tablo 9. Yaşlıların Fiziksel Hastalık Durumlarına Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların İncelenmesi (n=170)**

Değişken	n	Ortalama	SS	t/F	sd	p	η <sup>2</sup>
<b>Fiziksel hastalık süresi</b>							
1 yıl ve daha az	18	6,94	4,21				
2-5 yıl	48	6,98	3,83	0,64		0,59	
6-10 yıl	39	5,97	2,98				
10 yıldan fazla	65	6,65	3,48				
<b>Endokrin sistem hastalıkları</b>							
Var	47	6,60	3,41	-0,05	1,67	0,96	
Yok	122	6,62	3,61				
<b>Kardiyovasküler sistem hastalıkları</b>							
Var	111	6,91	3,37	1,50	167	0,14	
Yok	58	6,05	3,83				
<b>Sindirim ve boşaltım sistemi hastalıkları</b>							
Var	25	6,68	3,60	0,10	167	0,92	
Yok	144	6,60	3,55				
<b>Solunum sistemi hastalıkları</b>							
Var	43	5,47	3,28	-2,50	167	<b>0,01</b>	<b>0,04</b>
Yok	126	7,01	3,56				
<b>Diğer sistem hastalıkları</b>							
Var	11	7,45	4,70	0,81	167	0,42	
Yok	158	6,56	3,46				

\*p<0,05

Tablo 9’da yaşlıların fiziksel hastalıklarına göre ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanlar incelenmiştir. Örneklemi oluşturan yaşlıların Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının hastalığın varlığına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için gerçekleştirilmiş olan analiz sonucuna göre, fiziksel hastalığım yok diyen kişi olmadığından karşılaştırma yapılmamıştır. Fiziksel hastalığı 1 yıl ve daha az süredir olan yaşlıların Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalaması  $6,94\pm 4,21$ , hastalık süresi 2-5 yıl arasında olanların Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalaması  $6,98\pm 3,83$ , fiziksel hastalık süresi 6-10 yıl olanların Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamaları  $5,97\pm 2,98$  ve fiziksel hastalık süresi 10 yıldan fazla olanların Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalaması  $6,65\pm 3,48$  olarak hesaplanmıştır. Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının fiziksel hastalığın süresine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda, fiziksel hastalık süresi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F=0,64$ ,  $p>0,5$ ). Yaşlıların fiziksel hastalık türlerine göre ölüm kaygısı puanları incelendiğinde, endokrin sistem hastalıkları, kardiyovasküler sistem hastalıkları, sindirim ve boşaltım sistemi hastalıkları ve diğer sistem hastalıklarının var olup olmamasına göre ve ölüm kaygısı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,5$ ). Solunum sistemi hastalığı olan ve olmayanlar arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre solunum sistemi hastalığı olmayanların ölüm kaygısı düzeyi solunum sistemi hastalığı olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 10. Yaşlıların Ruhsal Hastalık Durumlarına Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların İncelenmesi(n=170)**

Değişken	n	Ortalama	Ortanca	SS	t	$\chi^2$	sd	p	$\eta^2$
<b>Ruhsal hastalık varlığı</b>	27	6,89		4,19	0,38		168	0,70	
Evet									
Hayır	143	6,60		3,40					
<b>Ruhsal hastalık süresi</b>									
1 yıl ve daha az	3		9,50						
2-5 yıl	7		11,93			3,07	3,00	0,38	
6-10 yıl	7		13,50						
10 yıldan fazla	10		17,15						
<b>Anksiyete bozuklukları</b>	19	6,79		4,65	0,33		24	0,74	
Var									
Yok	7	7,43		3,21					
<b>Duygu-durum bozuklukları</b>									
Var	8	9,63		3,11	2,30		24	<b>0,03</b>	0,18
Yok	18	5,78		4,22					

Tablo 10’da görüldüğü üzere, ruhsal hastalık varlığı için evet diyenlerin Ölüm kaygısı Ölçeği puan ortalamaları  $6,89 \pm 4,19$ , ruhsal hastalık varlığı için hayır diyenlerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamaları  $6,60 \pm 3,40$  olarak bulunmuştur. Ruhsal hastalık varlığı için evet ve hayır diyen yaşlılar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ( $t=0,38$ ,  $p>0,5$ ). Ruhsal hastalık süresi 1 yıl ve daha az olanların ortanca değeri 9,50, 2-5 yıl arasında olanların ortanca değeri 11,93, ruhsal hastalık süresi 6-10

yıl arasında olanların ortanca değeri 13,50 ve ruhsal hastalık süresi 10 yıldan fazla olanların ortanca değeri 17,15 olarak bulunmuştur. Ruhsal hastalık süresine göre yaşlıların sıra ortalamaları arasında anlamlı farklılık yoktur ( $k_w=3,07$ ,  $p>0,05$ ). Anksiyete bozukluğu olduğunu söyleyenlerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalaması  $6,79\pm 4,65$ , anksiyete bozukluğu olmayanların Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalaması  $7,43\pm 3,21$  olarak belirlenmiştir. Aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $t=0,33$ ,  $p<0,05$ ). Duygu-durum bozukluğu olanların Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalaması  $9,63\pm 3,11$  iken duygu-durum bozukluğu olmayanların  $5,78\pm 4,22$  olarak belirlenmiştir. Duygu-durum bozukluğu olanların olmayanlara göre ölüm kaygısı düzeyleri istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ( $t= 2,30, p<0,05$ ).



#### 4.9. Yaşlıların Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi

**Tablo 11. Yaşlıların Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği Değerleri (n=170)**

Alt boyut	n	Min.	Maks.	Ortanca	Ortalama	SS
Sosyal Yalnızlık	170	0	10	5,5	4,83	4,21
Duygusal Yalnızlık	170	0	12	5	5,14	4,09
YİYÖ Toplamı	170	0	22	10	9,97	7,69

Tablo 11’de görüldüğü gibi yaşlıların, Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeğinden aldıkları genel puan ortalaması  $9,97 \pm 7,69$ , sosyal yalnızlık alt boyutundan aldıkları puan ortalaması  $4,83 \pm 4,21$  ve duygusal yalnızlık alt boyutundan aldıkları puan ortalaması  $5,14 \pm 4,09$ ’dur. Yaşlıların YİYÖ toplamı için ortanca değeri 10 (min. 0-max. 22) sosyal yalnızlık alt boyutu için ortanca değeri 5,5 (min. 0-max. 10) ve duygusal yalnızlık alt boyutu için ortanca değeri 5 (min. 0-max. 12) olarak bulunmuştur.



#### 4.10. Yaşlıların Ölüm Kaygısı İle Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

**Tablo 12. Yaşlıların Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) İle Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği (YİYÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiler (n=170)**

Ölçek	İstatistik	Sosyal yalnızlık	Duygusal yalnızlık	YİYÖ toplam
ÖKÖ	r	0,28	0,24	0,28
	p	0,00	0,00	0,00
Sosyal yalnızlık	r	1,00	0,72	0,93
	p		0,00	0,00
Duygusal yalnızlık	r	0,72	1,00	0,92
	p	0,00		0,00
YİYÖ toplam	r	0,93	0,92	1,00
	p	0,00	0,00	

Tablo 12’de görüldüğü gibi yaşlıların ÖKÖ puan ortalaması ile YİYÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon bulunmuştur ( $r=0,28$ ,  $p<0.01$ ). Yaşlıların ÖKÖ puan ortalaması ile sosyal yalnızlık puan ortalaması arasında ( $r=0,28$ ,  $p<0.01$ ) ve ÖKÖ puan ortalaması ile duygusal yalnızlık puan ortalaması arasında da ( $r=0,24$ ,  $p<0.01$ ) pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon olduğu belirlenmiştir.

#### 4.11. Yaşlıların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi

**Tablo 13. Yaşlıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Değerleri (n=170)**

Alt boyutlar	n	Min.	Maks.	Ortanca	Ortalama	SS
Özel bir insan desteği	170	4	28	24,5	19,59	10,07
Aile desteği	170	4	28	24	21,08	8,22
Arkadaş desteği	170	4	28	12	14,48	9,38
<b>ÇBASDÖ Toplam</b>	170	12	84	60	55,15	23,16

Tablo 13'te görüldüğü üzere, yaşlıların Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması  $55,15 \pm 23,16$ , özel bir insan desteği alt boyutu puan ortalaması ise  $19,59 \pm 10,07$ , aile desteği alt boyutu puan ortalaması  $21,08 \pm 8,22$ , arkadaş desteği alt boyutu puan ortalaması  $14,48 \pm 9,38$ 'dir. Yaşlıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam ortanca değeri 60 (min. 12-max.84) özel bir insan desteği ortanca değeri 24,5 (min. 4-max. 28), aile desteği ortanca değeri 24 (min. 4-max. 28) ve arkadaş desteği ortanca değeri 12 (min. 4-max. 28) olarak belirlenmiştir.

#### 4.12. Yaşlıların Ölüm Kaygısı İle Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

Tablo 14. Yaşlıların Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) İle Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiler (n=170)

Ölçekler	İstatistik	Özel bir insan desteği	Aile desteği	Arkadaş desteği	ÇBASDÖ Toplam
ÖKÖ	r	-0,21**	-0,24**	-0,18**	-0,25**
	p	0,01	0,00	0,02	0,00
Özel bir insan desteği	r	1,00	0,63**	0,50**	0,86**
	p		0,00	0,00	0,00
Aile desteği	r	0,63**	1,00	0,54**	0,84**
	p	0,00		0,00	0,00
Arkadaş desteği	r	0,50**	0,54**	1,00	0,81**
	p	0,00	0,00		0,00
ÇBASDÖ Toplam	r	0,86**	0,84**	0,81**	1,00
	p	0,00	0,00	0,00	

\*\*p<0.01

Tablo 14’te görüldüğü gibi ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması ile çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması arasında ( $r=-0.25$ ,  $p<0.01$ ) negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon bulunmuştur. Ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması ile özel bir insan desteği puan ortalaması arasında ( $r=-0.21$ ,  $p<0.01$ ) negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon bulunmuştur. Ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması ile aile desteği puan ortalaması arasında ( $r=-0.24$ ,  $p<0.01$ ) negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon bulunmuştur. Benzer şekilde ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması ile arkadaş desteği puan ortalaması arasında da ( $r=-0.18$ ,  $p<0.01$ ) negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon bulunmuştur.

#### 4.13. Yaşlıların Yalnızlık İle Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

**Tablo 15. Yaşlıların Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği İle Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiler (n=170)**

Ölçekler	İstatistik	YİYO toplam	Sosyal Yalnızlık	Duygusal Yalnızlık	Aile desteği	Arkadaş desteği	Özel bir insan desteği	ÇBASDÖ Toplam
YİYO toplam	r	1	0,92*	0,92*	-0,63*	-0,78*	-0,61*	-0,81*
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sosyal Yalnızlık	r	0,92*	1	0,71*	-0,65*	-0,81*	-0,62*	-0,83*
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Duygusal Yalnızlık	r	0,92*	0,71*	1	-0,52*	-0,64*	-0,51*	-0,66*
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Aile desteği	r	-0,63*	-0,65	-0,52	1	0,53*	0,62*	0,84*
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Arkadaş desteği	r	-0,78*	-0,81*	-0,64*	0,53*	1	0,49*	0,81**
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Özel bir insan desteği	r	-0,61*	-0,62*	-0,51*	0,62*	0,49*	1	0,85*
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ÇBASDÖ Toplam	r	-0,81*	-0,83*	-0,66*	0,84*	0,81*	0,85*	1,00
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

\*p<0.01

Tablo 15'te görüldüğü gibi Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği puan ortalaması ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalaması arasında ( $r=-0,81$   $p<0.01$ ) negatif yönde güçlü korelasyon bulunmuştur. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği puan ortalaması ile aile desteği, arkadaş desteği ve özel bir insan desteği alt boyutları arasında ( $r=-0,63$ ,  $r=-0,78$ ,  $r=-0,61$ ,  $p<0.01$ ) negatif yönde güçlü korelasyon bulunmuştur. Sosyal yalnızlık ve duygusal yalnızlık alt boyutu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalaması arasında ( $r=-0,83$ ,  $r=-0,66$ ,  $p<0.01$ ) negatif yönde güçlü korelasyon bulunmuştur.

Benzer şekilde sosyal yalnızlık alt boyutu ile aile desteği, arkadaş desteği ve özel bir insan desteği alt boyutları arasında ( $r=-0,65$ ,  $r=-0,81$ ,  $r=-0,62$ ,  $p<0.01$ ) negatif yönde güçlü korelasyon bulunmuştur. Duygusal yalnızlık alt boyutu ile aile desteği, arkadaş desteği ve özel bir insan desteği alt boyutları arasında ( $r=-0,52$ ,  $r=-0,64$ ,  $r=-0,51$ ,  $p<0.01$ ) negatif yönde güçlü korelasyon bulunmuştur.



## 5. TARTIŞMA

Yaşlılarda ölüm kaygısının yalnızlık ve sosyal destek ile ilişkisinin incelendiği bu çalışmanın sonuçları aşağıdaki başlıklar altında ilgili literatür eşliğinde tartışılmıştır.

### 5.1. Yaşlıların Sosyodemografik Özellikleri (Tablo.2)

Bu çalışmaya katılan 170 yaşlının bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo 2’de sunulmuştur. Buna göre yaşlıların %58,24’ünün 65-74, %33,53’ünün 75-84 yaş aralığında olduğu, %8,23’ünün ise 85 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Yaşlıların %65,30’unun eğitim durumu ilkokulken, %24,70’inin okur-yazar olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %52,40’ı eşiyile birlikte yaşadığını, %25,90’ı yalnız yaşadığını, %21,80’i eş, çocuklar, gelinler, torunlar ile beraber yaşadığını belirtmiştir. Yaşlıların %53,50’si maddi durumunu orta, %44,10’u düşük ve %2,40’ı yüksek olarak tanımlamıştır.

Yaşlıların cinsiyet dağılımına bakıldığında %52,40’ı kadın ve %47,60’ı erkektir. Sayılar birbirine yakın olmakla beraber kadın yaşlı sayısı erkeklere göre daha fazladır. TÜİK verilerine göre ülkemiz geneli için kadınların erkeklerden daha uzun süre yaşadığını söylemek mümkündür. Kadınlarda 80,7 yıl olan doğumda beklenen hayat süresi erkeklerde 75,3 yılken, genel için toplamda 78 yıl olarak açıklanmıştır. Aradaki fark 5,4 yıl olarak belirlenmiştir.(TÜİK, 2018). Kadınların erkeklerden daha uzun yaşaması bu çalışmada kadın oranının daha fazla bulunması TÜİK verileriyle uyumludur..

Medeni durum değişkeni için örnekleme oluşturan yaşlıların %59,40’ının medeni durumu evli, %1,80’i bekar ve %38,80’i boşanmış/dul olarak belirlenmiştir. Arı (2016) 65 yaş üstü kişilerle yaptığı çalışmasında evli olan katılımcıların (%77), bekar ve boşanmış olan katılımcılara göre daha yüksek oranda bulunduğunu belirtmiştir.

Yaşlıların eğitim durumlarına bakıldığında örnekleme oluşturan yaşlıların %65,30’u ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Karaman (2017) 60 yaş ve üstü 81 kişide yaptığı çalışmasında yaşlıların % 61,7’sinin ilkokul mezunu olduğunu belirlemiştir. Bu sonuç araştırmamızın sonucu ile benzerlik göstermektedir. Bu

çalışmanın sonucuna göre yaşlıların %27,90'i okuma yazma bilmemektedir. Bu durum çoğunluğu 65-74 yaş aralığında olan yaşlıların okul dönemlerinin denk geldiği tarih itibari ile ülkemizin ekonomik ve sosyal şartları ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılan yaşlılar çalışma durumu yönünden incelendiğinde yaşlıların %79,90'unun çalışmadığı (emekli olduğu), %27,10'unun çalışıyor olduğu belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında benzer bir sonuç olarak, Eren (2014), çalışmasına katılan 60 yaş ve üstü bireylerin %68,4'ünün emekli, %28,0'inin çalışmadığını bildirmiştir. Emeklilik, ülkemizde geleceği güvence altına almak adına önemsenen bir durumdur ve emekli olma oranının yüksek olması insanların bu düşüncede olmaları ile açıklanabilir.

Bu çalışmada yaşlıların evde kiminle yaşadığı incelendiğinde %52,40'ının eşi ile %25,90'ının yalnız, %21,80'inin eş, çocuk, gelin ve torunlar ile beraber yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Okan (2010)ise çalışmasında yaşlıların %12'sinin yalnız, %50'sinin bir kişi ile %14'ünün iki kişi ile ve %24,0'ının üç kişi ve daha fazla kişi ile birlikte yaşadığını belirlemiştir. Yaşlıların çoğu eşi ile yaşamaktadır. Yalnız yaşayan yaşlı oranının yüksek olması da değişen aile yapısı ile açıklanabilir. Geniş aile olarak yaşayan yaşlıların olması da Türk toplumunun aile kavramına bakışı ve yaşlısına sahip çıkmasından kaynaklanabilir.

Bu çalışmanın sonucuna göre, araştırmaya katılan yaşlıların %53,50'si gelirini orta, %44,10'u gelirini düşük ve %2,40'ı gelirini yüksek olarak belirtmiştir. Özdemir (2017) de çalışmasında yaşlıların %59,8'inin gelirini yeterli ve %40,2'sinin az olarak değerlendirdiğini belirtmiştir. Yaşlıların çoğunun gelirini yeterli görmesi benzer şekilde çoğunun emekli olması ile ilişkili olarak düzenli bir gelirleri olmasından kaynaklanabilir.

## **5.2. Yaşlıların Hastaneye Yatış ve Hastalık Durumları (Tablo.3)**

Yaşlılar, çeşitli derecelerde fonksiyonel ve bilişsel sorunları ve eşlik eden hastalıkları olması nedeniyle farklı olup, özellikle dikkat ve daha fazla araştırma gerektiren bir popülasyondur. Yaşlıların en sık hastaneye yatış nedenleri kronik hastalıklar veya kronik hastalıkların akut alevlenmeleridir (Yalçın, 2019). Bu çalışmada yaşlıların son bir yılda hastaneye yatış durumlarına bakıldığında

%57,65'inin yatışı yokken, %42,35'inin hastaneye yattığı belirlenmiştir. Yatışı olan yaşlıların %31,76'si 1-3 kez, %10,58'i ise 4 ve daha fazla kez hastaneye yatmıştır. Yaş ortalaması 68.49 olan kalp hastalarının araştırıldığı bir çalışmada iki kere hastaneye tekrar yatışı olanların %21,9, üç kere yatışı olanların %27,7 ve dört ve daha fazla kere yatışı olanların %50,4 olduğu belirlenmiştir (Karaca ve Mert, 2011). 65 yaş ve üzerindeki yaşlıların plansız yeniden yatış oranlarının 65 yaşından küçük olanlara kıyasla daha çok olduğu belirtilmiştir (Gorman ve ark., 2010). Kaya ve ark. (2018) araştırmaları sonucunda, planlı, plansız ve genel yeniden yatış hızlarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiğini, plansız yeniden yatış hızı en fazla olan yaş aralığının 60-69 yaş aralığı olduğunu belirtmiştir. Yapılan araştırma sonuçlarına göre yaş ilerledikçe hastaneye yatış sayısının arttığı söylenebilir.

Günümüzün en önemli sağlık problemlerinin sebebi kronik hastalıklardır. Genellikle ilerlemiş yaşta görülen kronik hastalıklar ile hayatlarını devam ettirmek zorunda olan yaşlılar birçok hastalıkla mücadele etmektedir. Genel nüfus için yaşlı içinde nüfusun artması ile kronik hastalıklarında paralel olarak artması olağandır. Kronik hastalıklar çoğunlukla ileri yaşlardaki kişilerin hastalığıdır (Bilir, 2006). Çalışmaya katılan yaşlıların tamamı (170 kişi) fiziksel hastalık varlığı için evet yanıtını vermiştir. Çalışmamızın sonucunu destekler bir sonuç Eren'in (2014) sonucudur. Çalışmasına dahil olan yaşlıların %75'inin en az bir tane tanı konmuş fiziksel hastalığı olduğunu belirtmiştir. Literatürdeki farklı bir sonuçta Ökten'in (2015) çalışmasına katılan yaşlıların fiziki rahatsızlığın olması değişkenine göre %75,4'ünün fiziksel hastalığının olmadığı, %24,6'sının fiziksel hastalığının olduğu belirtilmiştir.

Bu çalışmaya katılan yaşlıların %38,24'ü fiziksel hastalığının 10 yıldan daha uzun süredir olduğunu ifade etmiştir. %28,24'ü ise fiziksel hastalık süresi için 2-5 yıl arasında olduğunu belirtmiştir. Sarımehmet (2014) çalışmasında kronik hastalık süresi için 6-10 yıl arasında diyenlerin oranının %15,5 ve 11-15 yıl arasında diyenlerin oranının %26,3 olduğunu belirtmiştir.

Bilir'in (2006) aktardığına göre; Türkiye'de 2000 yılında yapılan hastalık yükü araştırmasında diyabetin, kronik akciğer hastalıklarının, akciğer kanserinin, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıkların en çok ölüme sebebiyet veren hastalıklar arasında ilk sıralarda olduğu belirlenmiştir. 2030 yılı için tahmin edilen



durum; şuan için iki yüz bin civarında kişinin ölümüne yol açan kalp hastalıklarının dört yüz binin üzerinde insanın ölümüne sebep olacaktır. Bu araştırmaya katılan yaşlıların kronik fiziksel hastalıkları incelendiğinde yaşlıların %60,00'ı kardiyovasküler sistem hastalığı olduğunu belirtirken , %18,24'ü solunum sistemi hastalığı, %17,06'si endokrin sistem hastalığı ve %6,50'si sindirim ve boşaltım sistemi olduğunu belirtmiştir. Literatüre bakıldığında kronik hastalığı olan yaşlıların %74,3'ünün kardiyovasküler sistem, %40,7'sinin endokrin sistem, %35,1'inin kas-iskelet sistem hastalıklarına sahip olduğu belirlenmiştir (Sarımehmet, 2014). Çatak ve arkadaşlarının (2012) araştırma sonucunda ise yaşlı bireylerde en sık görülen kronik hastalıkların kas-iskelet sistemi (%35,4), kardiyovasküler sistem (%58,7) ve endokrin sistem hastalıkları (%20,5) olduğu belirtilmiştir. Yine yaşlılarda yapılmış başka bir çalışmada hastalık türleri dağılımı için yaşlıların %57,4'ünde hipertansiyon (kardiyovasküler sistem), %41,0'ında sindirim sistemi hastalıkları, %26,2'sinde solunum sistemi hastalıkları olduğu belirtilmiştir (Bilge ve ark., 2017).

Bu çalışmanın sonucuna göre ruhsal hastalığı olmayan yaşlıların oranı %84,12 iken ruhsal hastalığı olan yaşlıların oranı %15,88 olarak belirlenmiştir.

Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalara bakıldığında ruhsal bozukluklar içerisinde en yaygın görülen bozuklukların; duygu-durum bozuklukları olduğu tespit edilmiştir. Çalışma da ruhsal hastalığı olduğunu söyleyen yaşlıların %10,59'u anksiyete bozukluğu, %6,47'si ise duydu-durum bozukluğu yaşadığını ifade etmiştir. Yaşlı insanlarda görülme durumu %10-20 olan kaygı bozuklukları demanstan iki kat (%8) major depresyondan ise 4-8 kat ( %1-3) daha fazla görülmektedir (Dilbaz, 2010).

Bir başka çalışmada, 65 yaş üstü bireylerde anksiyete bozukluğunun bu yaş grubundaki altı aylık prevalansının %1,9 olduğu gösterilmiştir (Alwahhabi ve ark.) Türkiye'de yapılmış bir araştırmada ise yaşlı insanların %6,9'unda anksiyete bozukluğu olduğu belirlenmiştir (Kırmızıoğlu ve ark., 2009). Bir diğer çalışmada duygu-durum bozukluklarından yaşlılık depresyonu sıklığı 70 yaş üstü grupta %18 olarak bulunmuştur (Kulaksızoğlu ve ark., 2005). Bu sonuçlar çalışmamızın sonucunu destekler niteliktedir.

### 5.3. Yaşlıların Günlük Yaşam İşlevlerini Yapabilme Durumları (Tablo.4)

Yaşlılarda görülen biyolojik, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler nedeniyle hastaların günlük yaşam işlevlerinin az ya da çok derecede etkilenmiş olması beklenebilir (Ünsal ve Yetkin, 2005). Bu çalışma da ise çalışmaya katılan 170 yaşlıdan %79,41'i günlük yaşam işlevlerinde desteğe ihtiyaç duymadığını söylemiş, kalan %20,59'u ise bir ya da daha fazla işlevde desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Günlük yaşam işlevlerinde desteğe ihtiyaç duyduğunu belirten yaşlıların %12,94'ü banyo yaparken, %5,88'i giyinirken ve %7,06'si hepsinde (banyo, giyinme, yeme-içme vb.) desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Ünsal ve Yetkin'in (2005) çalışmasına katılan yaşlıların % 60.0'mın yeme-içme işlevinin etkilendiği, kişisel temizlik ve giyim işlevi belirli derecede etkilenmiş olan hastalardan (% 66.0), banyo yapma sırasında yardıma gereksinin duyduğunu söyleyenler %96,9, giyinirken yardım ihtiyacı hissettiğini belirtenler %18,7, bütün hijyenik ihtiyaçlarını gidermek üzere yardım aldığını belirtenler ise %15,1'dir. Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerindeki desteğe ihtiyaç duyma durumlarına bakıldığı zaman tuvalet ihtiyacını giderirken %28,4'ünün, banyo yaparken %26,5'inin tamamen bağımlı, %28,4'ünün ise kişisel bakımda yarı bağımlı olduğunu belirlemiştir (Yazıcı ve Kalaycı, 2015). Yaşlı bireylerde yapılmış başka bir araştırma sonucunda günlük yaşam aktivitelerinin tamamına bakıldığında bağımlılık durumlarına göre araştırmaya katılan yaşlıların genelde yarıdan fazlasının bu aktiviteleri bağımsız olarak yürüttüğü, diğer yarısının ise kısmen bağımlı ve bağımlı olarak sürdürdükleri görülmüştür (Mutlu,2012).

### 5.4.Yaşlıların Ölüm Kaygısı Düzeyleri (Tablo.5)

Ölüm kaygısı, yok olabileceğinin bilincinde olmanın, yaşamını ve sahip olduklarını kaybedebilecek olmanın farkında olunması sonucu gelişen, bireyin kişilik yapısının oluşumunda rolü olan ve ömür boyu devam eden bir duygu olarak tanımlanabilir(Karakuş ve ark., 2012). Çalışmanın sonucunda, yaşlıların %60,06'sinin ölüm kaygısı düşük bulunurken, %39,04'ünün ölüm kaygısı yüksek bulunmuştur. Köftegül'ün (2018) çalışmasında ise ölüm kaygısı yüksek olan yetişkin bireyler örneklemin %38,8'ini oluştururken, orta ve düşük seviyede ölüm kaygısı hissedenler örneklemin % 61,2'sini oluşturmaktadır. Çınar da (2015) çalışmasında yetişkin ve yaşlılarda genel ölüm kaygısı puan ortalamalarını 48,86 olarak belirlemiş ve örneklemini

oluşturan grubun orta seviyede ölüm kaygısı hissettiğini belirtmiştir. Ölüm kaygı düzeylerine bakıldığında %6.2'si hafif seviyede, %51.9'u orta seviyede, %42'si ağır seviyede ölüm kaygısı yaşamaktadır diyen bir çalışma Üstüner-Top ve ark.,'ın (2010) huzurevinde kalan yaşlılarla yaptıkları çalışmadır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan çoğunluğu 60 yaşından büyük 150 birey ile yapılmış bir başka çalışma da katılımcıların ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması  $6.96 \pm 3.45$  şeklinde belirlenmiştir ve hastalarının ölüm kaygılarının orta düzeyde olduğu belirtilmiştir (Toğluk, 2017). Literatürdeki sonuçlar genel olarak bu çalışmanın sonuçları ile benzer şekildedir. Çalışmaya katılan yaşlıların büyük çoğunluğunun eşi ile yaşıyor olması yani yaşlıların çoğunun yalnızlık yaşamaması ve yalnızlık ile ölüm kaygısı arasında da pozitif korelasyon bulunması sonucu, ölüm kaygısı düşük olanlar oransal olarak daha yüksek çıkmıştır yorumu yapılabilir.

### **5.5. Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Düzeyleri (Tablo.6)**

Literatüre bakıldığında ölüm kaygısı ile alakalı olabilecek sosyodemografik özelliklerin başında yaş değişkeni gelmektedir. Bu çalışmada yaş değişkenine göre ölüm kaygısının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Özen (2008) huzurevinde yaptığı çalışmasında ölüm kaygısı düzeyleri ile yaş sınıflaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığını söylemiştir.

Benzer şekilde Karadelioğlu (2011) hem evde hem de huzurevinde yaşayan yaşlıların ölüm kaygı puanlarına baktığı araştırmasında, yaş grubu ile ölüm kaygısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığını saptamıştır. Bu bulguya zıt olan araştırma sonuçları da mevcuttur (Sinoff, 2017; Rasmussen, 1996; Çiçirelli, 2006).

Beklenenin aksine yaşlılarda ölüm kaygısı yaşa bağlı olarak değişmemektedir. Bu durum yaşlıların belirli bir olgunluk seviyesine gelmiş olmaları ile ölümlü kabul edişleri, yaşları sebebi ile pek çoğunun yakınlarını kaybetmiş olmalarından ölüm ile karşılaşmış olmaları ve ölümlü sevdiklerine kavuşma olarak nitelendirmelerinden kaynaklanabilir.

Ölüm kaygısı ile alakalı olabilecek bir diğer değişken cinsiyet değişkenidir. Bu çalışmada cinsiyet değişkenine göre ölüm kaygısının nasıl değiştiğine bakılacak olduğunda, kadınların erkeklere göre daha çok ölüm kaygısı yaşadığı belirlenmiştir. Bazı araştırma sonuçları çalışmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir. Abdel-Khalek (2009), yedi Arap ve Batı ülkesinde Arap Ölüm Kaygısı Ölçeği (ASDA) ile cinsiyete bağlı farklılıkları incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, cinsiyete bağlı farklılıkların tüm ülkelerde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu; kadınların erkeklerden daha yüksek ortalama puana sahip olduğunu belirtmiştir. Farklı bir ölüm kaygısı ölçeği kullanılarak yapılmış bir çalışmada ölüm kaygısının erkeklerde kadınlara göre daha düşük seviyede olduğu söylenmiştir (Arslan, 2019). KOAH'lılarda yapılan bir çalışma da kadın hastaların ölüm kaygısı puanı erkek hastalardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir (İnce, 2011). Karaca'nın (2000) Erzurum il merkezinde 573 kişiyi dahil ettiği çalışmasında, erkeklerin kadınlara göre daha düşük seviyede ölüm kaygısı hissettiklerini belirlemiştir. Bu durum, kadınların erkeklere göre duygularını daha rahat ifade edebiliyor olmaları sonucu, korkularını söylemekten çekinmemiş olmaları ile ilişkili olabilir. Kadınlarda pek çok kaygı bozukluğu (sosyal fobi hariç) erkeklerden daha fazladır. Cinsiyetin kaygı bozukluğu üzerinde ki etkisini araştıran çalışmaların sonucu kadınlarda daha önemli belirtilerin olduğunu yönündedir (Bal, 2010). Ölüm kaygısının kadınlarda daha fazla olması, kadınlarda kaygı bozukluğunun daha yaygın olması ile ilişkili olabilir.

Medeni duruma göre ölüm kaygısı düzeyleri incelendiğinde, bu araştırmanın sonuçlarına göre, medeni duruma göre ölüm kaygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatüre bakıldığında benzer sonuçların olduğu görülmektedir. Dağlı (2010) ölüm kaygısını yaşlılar üzerinde araştırdığı çalışmasında, ölüm kaygısı ile medeni durum değişkeni arasında ilişki yoktur sonucuna ulaşmıştır. Özen (2008) kurumda kalan yaşlılarda ölüm kaygısını araştırdığı çalışmasında, medeni duruma göre ölüm kaygısı ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığını belirtmiştir.

Bir diğer değişken olarak eğitim durumuna göre ölüm kaygısı düzeylerine bakıldığında, bu çalışmanın sonucunda okur-yazar olmayanların okur-yazar olanlara kıyasla ölüm kaygısı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında, eğitim durumuna göre ölüm kaygısını inceleyen bazı çalışma sonuçları

mevcuttur. Çınar (2016), çalışmasında ilkokul mezunu olanlar, lisansüstü eğitim alanlara oranla daha yüksek düzeyde ölüm kaygısı hissetmektedir sonucuna ulaşmıştır. Benzer şekilde Kaloğlu (2010), eğitim süresi ile ölüm kaygısı ölçeği puanları arasındaki pozitif korelasyon belirlemiş buna benzer şekilde eğitim seviyesi lise ve üzeri olanların ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanların, ilköğretim düzeyindeki ve daha alt düzeydeki kişilere kıyasla anlamlı düzeyde düşük olduğunu saptamıştır. Yaşlıların eğitim seviyesi arttıkça ölüm kaygısı ortalamalarının düştüğünü belirten başka çalışmalar da mevcuttur (Arpacı ve ark, 2011). Araştırmalardan çıkan genel bir sonuç eğitim düzeyi yükseldikçe ölüm kaygısının azaldığı yönündedir. Ölüm kavramının ne olduğuna dair fikir sahibi olmak, eğitim seviyesi daha yüksek olan insanların ölüm kaygısının azalma nedenlerinden sayılabilir. Bir tıp adamı ve filozof olan İbn-i Sina ölümün ne anlama geldiğini bilmemenin ya da bu konuda yanlış bilginin ölüm korkusunun nedenlerinden olduğunu belirtmiştir (Çınar, 2015). Alan yazındaki araştırmalar ölüm kaygısını azaltan etmenlerden biri olarak ölüm eğitimini göstermiştir. Tanhan (2013), çalışmasında öğrencilere uyguladığı ölüm kaygısıyla baş etme psiko-eğitim programının artmış olan ölüm kaygısını azalttığını ve bu etkinin uzun süre devam ettiğini belirlemiştir. Bu bilgilere göre eğitimin ölüm kaygısını azalttığı çıkarımı yapılabilir. Okuma yazması olmayan yaşlı kadınların sayısının yaşlı erkeklerin sayısından 4,3 kat fazla olduğu görülmüştür (Hayat Tabloları, 2017).

Kadınların ölüm kaygı düzeylerinin erkeklere oranla daha yüksek çıkması sonucu, okuryazar olmayanların çoğunluk olarak kadınlardan oluşuyor olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmanın sonucuna göre gelir durumuna göre ölüm kaygısının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Köftegül'ün (2018) çalışmasında ise, gelir düzeyi iyi olan bireylerin çoğunlukla yüksek ölüm kaygısı hissettiklerini belirtmiştir. Literatüre bakıldığında ekonomik duruma göre ölüm kaygısının değişmediğini belirleyen, bu araştırma ile benzerlik gösteren çalışmalar olduğu görülmektedir. Ertufan (2008) çalışmasında ölüm kaygısı ve ölüm korkusu ile ekonomik düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını söylemiştir. Yılmaz (2011) da çalışmasında ekonomik duruma göre ölüm anksiyetesi özellikleri karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirtmiştir. Benzer şekilde Dağlı

(2010)'nın çalışmasında ekonomik durum değişkeni ile ölüm kaygısı arasında istatistiksel olarak herhangi bir ilişki belirlenmemiştir.

Sevdikleri aile bireyleri ile beraber yaşlanabilmek ve bu süreci devam ettirebilmek insan için en başlıca haklardanır (Yelboğa, 2017). Bu çalışmaya katılan yaşlıların evde birlikte yaşadığı kişilere göre ölüm kaygısı düzeylerinin anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Literatürde bu sonucu destekleyen bir çalışma Nal'ın (2015) çalışmasıdır. Nal'ın (2015) araştırmasında evde birlikte yaşama durumu ile ölüm kaygısı ölçeği puanı arasında ilişki saptanmamıştır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda ölüm kaygısı düzeylerini incelemek için yapılan bir çalışmada, ölüm kaygısı düzeyleri ile evde birlikte yaşadığı kişiler arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır (Güçlü, 2018). Karadelioğlu (2011) araştırmasının sonucunda evde tek başına yaşayan yaşlı bireylerin ölüm kaygısı puan ortalamasının hem eşi ile yaşayanlarından hem de çocukları ve diğer aile üyeleri ile yaşayanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlemiştir. İnce (2011) ise çalışmasında ailesi ile yaşayan hastaların ölüm kaygısı puanlarını yalnız yaşayan hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulmuş ve bu durumu ailesi ile yaşayan hastaların ölüm kaygısı puanlarının yüksek olmasının sebebi aileye karşı duyulan sorumluluk duygusundan kaynaklanıyor olabilir şeklinde yorumlamıştır.

Bu araştırma sonucunda çalışma durumuna göre yaşlıların ölüm kaygısı düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Öztürk ve ark. (2011) araştırmalarında çalışma durumu bakımından ölüm kaygısı puanlarında anlamlı fark saptamamıştır. Bu sonuç bizim çalışmamızın sonucunu desteklemektedir. Bu sonucu desteklemeyen, ölüm kaygısının çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiğini bildiren araştırma sonuçları mevcuttur (Yüksel ve ark., 2017).

## **5.6. Yaşlıların Hastaneye Yatış Durumlarına ve Yatış Sayılarına Göre Ölüm Kaygısı Düzeyleri (Tablo.7)**

Yaşlılar, çeşitli derecelerde fonksiyonel ve bilişsel sorunlar ve eşlik eden hastalıklar nedeniyle farklı olup, özellikle dikkat ve daha fazla araştırma gerektiren bir popülyasyondur. Yaşlıların en sık hastaneye yatış nedenleri kronik hastalıklar veya kronik hastalıkların akut alevlenmeleridir (Yalçın, 2019). Bu çalışmada yaşlıların

hastaneye yatış durumuna ve yatış sayısına göre ölüm kaygısı düzeylerine bakıldığında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

### **5.7. Yaşlıların Günlük Yaşam İşlevlerine Göre Ölüm Kaygısı Düzeyleri (Tablo.8)**

Bu araştırma sonucuna göre günlük yaşam işlevlerinde desteğe ihtiyaç duyma durumuna ve destek duyulan işleve göre ölüm kaygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatür de bu çalışmanın sonucunu destekleyen benzer bir sonuç Yazıcı'nın (1994) çalışmasının sonucudur ve bu çalışmada da ölüm kaygısı ile günlük yaşam işlevleri arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde günlük yaşam aktivitelerinde başkasından destek alıp almama durumunun ölüm kaygısı ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamış başka çalışmalar da mevcuttur (Magrebi, 2019; Üstüner-Top ve ark., 2010). Toğluk (2017) ise, araştırmasına katılan hastaların hastalığın günlük yaşam işlevlerini engelleme durumuna göre aldıkları ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamaları incelediğinde, hastalığının günlük yaşam işlevlerini engellediğini ifade eden kişilerde ölüm kaygısı puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Bu sonuç bizim araştırma grubumuzu oluşturan yaşlıların çoğunun yalnız yaşamaması ve aile desteklerinin olması ile ilgili olabilir.

### **5.8. Yaşlıların Fiziksel Hastalık Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Düzeyleri (Tablo.9)**

Fiziksel hastalık varlığının ölüm kaygısını olumsuz etkileyebileceği belirtilse bile yapılan çalışmalara bakıldığında fiziksel hastalık bulunmasının mutlaka ölüm kaygısını artırmadığı görülmektedir (Kasar ve ark., 2016, Karakuş ve ark., 2012). Bu çalışmada fiziksel hastalığı olmayan yaşlı bulunmadığından ölüm kaygısı düzeylerinin bu değişkene göre nasıl değiştiğine bakılamamıştır. Literatüre bakıldığı zaman, Gürel (2018) çalışmasında fiziksel hastalık ve ölüm kaygısı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı çıktığını belirtmiştir. Benzer şekilde Gibbs ve ark. (1978) ölüm kaygısı ile fiziksel hastalık varlığı arasında ki ilişkiyi araştırmak amacıyla kanserli hastaları ve ölümcül hastalığı olmayanları karşılaştıran çalışmaları sonucuna göre kanser hastalığı olan grubun ölüm kaygısının daha yüksek olmadığını bulmuştur. Öztürk ve ark. (2011) araştırmalarının sonucunda, fiziksel hastalık ve ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı sonucuna varmışlardır. Benzer şekilde

Akın (2018) da fiziksel hastalıkların varlığı ve yokluğunda ölüm kaygısı skoru bakımından anlamlı bir fark görülmediğini bildirmiştir.

Çalışma sonucunda fiziksel hastalık süresine göre ölüm kaygısı düzeyleri arasında bir fark bulunamamıştır. Toğluk'da (2017) araştırmasının sonucunda, araştırmaya katılan katılımcıların hastalığın süresine göre ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanların ortalamalarına bakıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını bildirmiştir.

Fiziksel hastalık türlerine göre ölüm kaygısı ölçeği puanları karşılaştırıldığında endokrin sistem hastalıkları, kardiyovasküler sistem hastalıkları, sindirim ve boşaltım sistemi hastalıkları ve diğer sistem hastalıklarının varlığı ile ölüm kaygısı ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmamıştır. Buna karşılık solunum sistemi hastalıkları hastalığı olmayan hastaların solunum sistemi hastalığı olanlara göre ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puan daha yüksek bulunmuştur. Kaloğlu (2010) yaşlılarda fiziksel hastalık türüne göre ölüm kaygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak herhangi bir fark saptamamış, çalışmada şeker hastalığı olan ve olmayan grupta, kalp hastalığı olan ve olmayan grupta ve kolesterol yüksekliği olan ve olmayan grupta ölüm kaygısı skorunun anlamlı farklılık göstermediğini belirlemiştir. Bu bulgularıyla çalışmamızın sonuçlarını desteklerken, çalışmamızın sonucuna ters olarak hipertansiyonu olan ve olmayan grupta ölüm kaygısı skorunun anlamlı farklılık gösterdiğini, hipertansiyonu olan hastaların ölüm kaygısı skorunun daha yüksek olduğunu bildirmiştir, Softa ve ark., (2011) ise çalışmalarında ölüm kaygı puanlarını kardiyak hastalıklar da uyumlu bulurken diğer fiziksel hastalık grubunda anlamlı bir farklılık göstermediğini belirlemişlerdir. Bu veriler doğrultusunda bu çalışmanın sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir denebilir.

### **5.9. Yaşlıların Ruhsal Hastalık Durumlarına Göre Ölüm Kaygısı Düzeyleri (Tablo. 10)**

Ölüm kaygısı seviyesinin fazla olma halinin genel anlamda strese ve bazı ruhsal sıkıntılarda artışa işaret ettiği düşünülür (Erdoğan ve Özkan, 2007). Fakat bu çalışmanın sonucuna göre ruhsal hastalık varlığı ile ölüm kaygısı ölçeğinden alınan puan arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık bulunamamıştır. Literatüre bakıldığında çalışmamızın sonucunu destekleyen bir sonuç Kaloğlu'nun (2010)



çalışmasıdır. 60 yaş ve üzeri grupta yaptığı çalışmasında ruhsal hastalık varlığına göre ölüm kaygısının değişmediğini belirlemiştir. Ruhsal bir hastalık geçirenlerin ruhsal bir hastalık geçirmeyenlere göre ölüm kaygısı ölçeği puanı daha yüksektir sonucunu bulan çalışma sonuçları da mevcuttur (Eke, 2013; Fortner ve Neimeyer, 1999).

Bireyin ölüm kaygısı yaşamadığı ağır depresyon durumlarında bazen ölmeyi bile isteyebildiği belirtilmiştir (Karakuş ve ark., 2012). Ruhsal hastalık türüne göre karşılaştırma yapıldığında duygu-durum bozukluğu olanların olmayanlara göre ölüm kaygısı düzeyleri istatistiksel olarak daha yüksek bulunurken, anksiyete bozukluğuna göre ölüm kaygısı değişmemiştir. Literatür de ruhsal hastalık türüne göre ölüm kaygısı düzeyleri karşılaştırmalarında genel kaygı seviyesi ile ölüm kaygısı arasında pozitif bir ilişki gösterilmiştir (Neimeyer, 2004). Arapça Ölüm Kaygısı Ölçeği (ASDA) ölçeği uygulanarak yaş, meslek ve eğitime göre ölüm kaygısını karşılaştıran bir çalışmada, anksiyete bozukluğu olan yaşlıların ölüm kaygı düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Abdel-Khalek, 2005).

#### **5.10. Yaşlıların Yalnızlık Düzeyleri (Tablo.11)**

Bu araştırmanın sonucuna göre yaşlıların, Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeğinden aldıkları genel puan ortalaması  $9,97 \pm 7,69$ 'dur.

Sosyal yalnızlık, algılanan sosyal etkileşimdeki yetersizlik ve kişinin çevresiyle ortak ilgiye dayalı etkinlikleri paylaşmada kendisini grubun, durumun ya da etkinliğin bir parçası olarak hissetmemesi olarak tanımlanabilir (Çam ve ark., 2018). Bizim çalışmamızın sonucuna göre yaşlıların sosyal yalnızlık alt boyutundan aldıkları puan ortalaması  $4,83 \pm 4,21$  olarak belirlenmiştir ve bu sonuca göre yaşlıların orta düzeyde sosyal yalnızlık hissettiği söylenebilir.

Duygusal yalnızlık ise, özellikle bireysel bazda başka bir kişiye karşı kendini uzak görmesi, yakınlık bağlarını yetersiz olarak algılaması ve kabul görmediğini hissetmesidir (Çam ve ark., 2018). Araştırmaya katılan yaşlıların duygusal yalnızlık alt boyutundan aldıkları puan ortalaması  $5,14 \pm 4,09$ 'dur ve aynı şekilde orta düzeyde duygusal yalnızlık hissettikleri söylenebilir.

Yaşlılarla yapılan başka bir çalışma da aynı ölçek kullanılmış ve Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği (YİYÖ) alt boyutlarından duygusal yalnızlık alt boyut puanı

(4,8±2,8) , sosyal yalnızlık alt boyut puanı ise (3,7±3,0) olarak belirlenmiştir. YİYÖ toplam puan ortalaması ise 8,5±4,6 olarak saptanmıştır (Çelik ve ark. 2017). Erzurum’da Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan 200 hasta ile yapılmış bir çalışma da hastaların çoğunun orta düzeyde yalnızlık hissettikleri belirlenmiştir (Kılıçkaya, 2013).

Araştırmanın sonuçları literatürdeki diğer sonuçlar ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamıza katılan yaşlıların sayıca daha az kısmının yalnız yaşaması sebebiyle hissettikleri duygusal yalnızlık seviyesi de orta düzeyde kalmıştır denebilir. Ayrıca yaşları itibariyle akrabalarını, arkadaş ve yakınlarını kaybetmiş olabilecekleri için orta düzeyde sosyal yalnızlık yaşadıkları söylenebilir.

### **5.11. Yaşlıların Ölüm Kaygısı ile Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişkiler (Tablo.12)**

İnsan, yalnız kaldığı veya yalnızlık duygusuna kapıldığı zamanlarda ölümü daha çok hatırlar (Dağlı,2010). Bu çalışmanın sonucuna göre ölüm kaygısı ile genel yalnızlık arasında pozitif yönde zayıf korelasyon bulunmuştur. Aynı şekilde ölüm kaygısı ile sosyal yalnızlık arasında da pozitif yönde zayıf korelasyon bulunmuştur. Ölüm kaygısı ile duygusal yalnızlık arasında pozitif yönde zayıf korelasyon bulunmuştur. Pinson (2010) ise farklı yalnızlık türlerini ve bunların ölüm kaygısı üzerindeki potansiyel etkilerini incelemek üzere yaptığı çalışmasının sonucunda, yaşlı erişkinlerde bir bütün olarak yalnızlığın ölüm kaygısı ile anlamlı ve pozitif olarak ilişkili olduğunu, duygusal yalnızlığın sosyal yalnızlıktan daha güçlü bir ölüm kaygısı göstergesi olduğunu söylemiştir.

Yalom (2008) “yalnızlık ölüm acısını büyük ölçüde artırır” diyor. Yelboğa (2017) ise “özellikle yaşlıların yalnızlık acısı, ölüm düşüncesinin kaynaklarından biridir, yalnızlık ölümü ve yok olmayı düşündürür” demektedir. 65 yaş ve üzeri grupta yapılmış bir çalışmada yalnızlık ve ölüm kaygısı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Shima and Hassan, 2018). Bir diğer çalışmada evde yalnız kalan yaşlıların huzurevinde kalanlara kıyasla daha çok ölüm kaygısı hissettiği saptanmıştır (Arpacı ve ark., 2011). Davis ve ark. (1992) çalışmalarında ölüm kaygısı ve yalnızlık arasında bir ilişki belirlememiştir. Genel beklenti yalnızlık arttıkça ölüm kaygısının artması yönündedir. Bizim çalışmamızın sonucu da bu yöndedir.

## 5.12. Yaşlıların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri (Tablo. 13)

Hayatta meydana gelen psikolojik zorluklara karşı sosyal destek bir koruyucu gibi görev yapmaktadır (Arslantaş ve ark., 2010). Bu araştırmanın sonucuna göre yaşlıların Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması  $55,15 \pm 23,16$ 'dır. Ölçek genelinden alabilecekleri en çok puan 84'tür ve buna göre yaşlıların orta düzeyin üzerinde sosyal destek algıladıkları söylenebilir. Korkmaz (2008), araştırmasının sonucunda büyük bir çoğunluğu 65 yaş ve üzeri olan katılımcıların toplam sosyal destek puanını  $53,26 \pm 18,62$  olarak hesaplamıştır.

Bu çalışmada yaşlıların özel bir insan desteği alt boyutundan aldıkları puan ortalaması  $19,59 \pm 10,07$ 'dir. Alt boyuttan alınabilecek en fazla puan 28 olduğundan yaşlıların algıladıkları özel bir insan desteği orta puanın üstündedir. Başka bir çalışmada 65 yaş üstü 369 yaşlı ile yapılmış bir araştırma da yaşlıların aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalaması 17,41 olarak bulunmuştur (Yuvakgil, 2017). Bizim çalışmamızda yaşlıların orta puanın üstünde bir puan almış olmaları büyük çoğunluğunun eşi ile yaşıyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada yaşlıların aile desteği alt boyutundan aldıkları puan ortalaması  $21,08 \pm 8,22$  bulunmuştur. Bu sonuca göre yaşlıların algıladıkları aile desteği yükseğe yakındır. Literatürde yaşlılarda yapılmış başka bir çalışmada ise yaşlıların algıladıkları aile desteği puan ortalamaları  $22,37 \pm 5,37$  olarak bulunmuştur (Polat, 2013). Bu sonuç çalışmamızın sonucuna yakındır.

Yaşlıların arkadaş desteği alt boyutundan aldıkları puan ortalaması ise  $14,48 \pm 9,38$ 'dir. Yaşlı insanların yalnızlık seviyeleri ve sosyal destek algılarını saptamak için yapılan bir çalışmada yaşlıların arkadaş alt boyutu puan ortalaması  $20,96 \pm 6,49$  olarak belirlenmiştir (Özvurmaz, 2018).

Yaşlı bireylerin çevresindeki akraba, aile, arkadaşlar, komşuların varlığı sosyal destek sisteminin varlığı, kişinin sosyal hayatın sıkıntılarıyla daha rahat başa çıkmasını sağlayabilir (Özvurmaz, 2018). Bu sonuçlara göre yaşlıların algıladıkları aile desteği oldukça yüksek iken, algıladıkları özel bir insan desteği nispeten daha düşüktür. Algıladıkları arkadaş desteği ise bu iki alt boyuttan daha düşük bir değerdedir. Algılanan arkadaş desteğinin diğer alt boyutlara göre daha düşük olması çalışmanın

örneklemini oluşturan yaşlıların yaş grubu itibari ile akranlarını kaybetmiş olmaları ile ilişkili olabilir.

### **5.13. Yaşlıların Ölüm Kaygısı ile Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkiler (Tablo. 14)**

Bu çalışmanın sonuçlarına göre ölüm kaygısı ile algılanan çok boyutlu sosyal destek arasında negatif yönde zayıf korelasyon bulunmuştur. Ölüm kaygısı ile algılanan özel bir insan desteği arasında da negatif yönde zayıf korelasyon bulunmuştur.

Ölüm kaygısı ile algılanan aile desteği arasında negatif yönde zayıf korelasyon bulunmuştur. Benzer şekilde ölüm kaygısı ile arkadaş desteği arasında da negatif yönde zayıf korelasyon bulunmuştur. Başka bir ifadeyle yaşlıların algıladıkları sosyal destek düzeyi azaldıkça ölüm kaygısı artmaktadır denebilir. Yaşlı erkekler ve kadınlar arasındaki depresyon, umutsuzluk ve intihar düşüncelerini araştıran bir çalışmada sosyal destek azlığı ölüm kaygısını artırmaktadır sonucuna ulaşılmıştır (Ron, 2004). Japon yaşlılar için sosyal destek varlığını araştıran bir çalışmada ise algılanan sosyal desteğin artmasının, ölüm kaygısının azalmasını sağlamadığı, ancak ölüm imajı ve ölüm kaygısı ile başa çıkma tarzıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Tagaya ve ark., 2000).

Kendi evinde ve huzurevinde kalan yaşlılarda ölüm kaygısı ve sosyal destek ilişkisini araştıran bir çalışmada sosyal destek ölçeğinden ve aile desteği haricinde alt ölçeklerinden alınan puanlar ile Ölüm Anksiyetesi Ölçeğinden alınan puanlar arasında bir ilişki saptanmamış, aile desteğinden alınan puanlar arttıkça ölüm anksiyetesinin de arttığı belirlenmiştir. Bu durum yaşlıların ölümü ile arkada aile üyelerini tek başına bırakmaktan veya eşinin ölümü ile yalnız kalmaktan korkmanın ve aileleri ile daha uzun yıllar birlikte olabilme isteğinin yansımaları olabileceği şeklinde açıklanmıştır (Örsal ve ark., 2012). Huzurevinde yapılmış bir başka çalışma da yaşlıların kendileri için özel bir kişiden algıladıkları destek ile ölüm kaygısı arasındaki ilişki pozitif olarak bulunmuş, özel bir insan desteği arttıkça ölüm kaygısı da artmaktadır denmiştir (Vatan ve Gençöz, 2007).

Literatürde sosyal destek ile ölüm kaygısı arasında hem pozitif hem de negatif ilişki bulan araştırmalar mevcuttur. Bizim çalışmamızın sonucu için, ölüm kaygısı yaşayan yaşlının çevreden gelecek herhangi bir sosyal destek kaynağı ile kendisinin yalnız olmadığını hissetmesi sonucu rahatlama, sevenleri olduğunu bilmenin verdiği huzur ile kaygısının azaldığı söylenebilir.

#### **5.14. Yaşlıların Yalnızlık ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkiler (Tablo. 15)**

Yaşlılarda, algılanan sosyal destek sistemlerinin yalnızlık ile güçlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Sosyal desteğin var olması, yaşlıların olumlu sağlık çıktıları ve yalnızlık ile başa çıkmaalarında önemli bir unsurdur (Özvurmaz, 2018).

Bu araştırmanın sonucuna göre yaşlılar için yalnızlık ölçeği puan ortalaması ile çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması, aile desteği, arkadaş desteği ve özel bir insan desteği alt boyutları arasında negatif yönde güçlü korelasyon bulunmuştur. Sosyal yalnızlık ve duygusal yalnızlık alt boyutu ile çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması arasında negatif yönde güçlü korelasyon bulunmuştur. Benzer şekilde sosyal yalnızlık alt boyutu ile aile desteği, arkadaş desteği ve özel bir insan desteği alt boyutları arasında negatif yönde güçlü korelasyon bulunmuştur. Duygusal yalnızlık alt boyutu ile aile desteği, arkadaş desteği ve özel bir insan desteği alt boyutları arasında negatif yönde güçlü korelasyon bulunmuştur. Çalışmamızın sonucunu destekler bir sonuç Jirka ve ark.'larının (1996) sonucudur. Benzer şekilde sosyal destek ve yalnızlık düzeyi arasında negatif bir ilişki belirlemiştir.

Kalıcı arkadaşlık bağlarının her yaş grubunda önemi fazla olsa da bilhassa, tüm hane halkının evden ayrıldığı yaşlılık döneminde daha fazla öneme sahip olduğu söylenebilir (Yaşar, 2007). Literatüre bakıldığında, yalnızlık durumu ile arkadaş varlığı, devamlı arkadaş ve aile ile ilişkiler arasında ters bir ilişki vardır (Çorapçioğlu, 1998). 206 yaşlı birey ile yapılmış bir çalışmanın sonucunda ziyaret edilen ve akrabalarına giden yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyi daha düşük denmiştir (Khorsid ve ark., 2004). 65 yaş ve üstü 361 yaşlı ile yapılmış bir diğer araştırmada ise; yaşlıların yalnızlık çekme durumlarının algıladıkları sosyal destek düzeyi üzerinde aktif rol oynadığı, özel bir insan desteği ve yalnızlık arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki

bulunduğu belirtilmiştir (Özvurmaz, 2018). Günaydın'ın (1998) huzurevinde kalan yaşlılarda yaptığı çalışmasında ziyaretçi gelen ve gelmeyen yaşlıların yalnızlık durumlarının direk olarak etkilendiği belirlenmiştir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1 Sonuçlar

- Çalışmaya katılan yaşlıların yaş ortalaması 73.80 bulunmuştur. Katılımcıların %52,40'ı kadın %59,40'ının medeni durumu evli, %65,30'unun eğitim durumu ilkokul, %72,90'ı bir işte çalışmamaktadır. Katılımcıların %52,40'ı eşiyile birlikte yaşadığını, %53,50'si gelir durumunun orta olduğunu belirtmiştir.
- Yaşlıların Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $6.65 \pm 3,56$  olarak belirlenmiştir. Yaşlıların %60,06'sinin ölüm kaygısı düşük, %39,04'ünün ölüm kaygısı yüksek düzeyde bulunmuştur. Yaşlıların yaş aralığına, medeni duruma, çalışma durumuna, evde kiminle yaşadığına ve gelir düzeyine göre ölüm kaygısı düzeyleri değişmemektedir. Kadınların ölüm kaygısı düzeyleri erkeklerinkinden anlamlı düzeyde daha yüksekken, okuryazar olmayanların ölüm kaygısı düzeyleri okuryazar olanlardan anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Yaşlıların Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeğinden aldıkları genel puan ortalaması  $9,97 \pm 7,69$ , sosyal yalnızlık alt boyutundan aldıkları puan ortalaması  $4,83 \pm 4,21$  ve duygusal yalnızlık alt boyutundan aldıkları puan ortalaması  $5,14 \pm 4,09$  olarak belirlenmiştir. Ölüm kaygısı ile genel yalnızlık, sosyal ve duygusal yalnızlık arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır.
- Yaşlıların Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması  $55,15 \pm 23,16$ , özel bir insan desteği alt boyutundan aldıkları puan ortalaması  $19,59 \pm 10,07$ , aile desteği alt boyutundan aldıkları puan ortalaması  $21,08 \pm 8,22$  ve arkadaş desteği alt boyutundan aldıkları puan ortalaması  $14,48 \pm 9,38$  olarak belirlenmiştir. Ölüm kaygısı ile genel algılanan çok boyutlu sosyal destek, özel bir insan desteği, aile desteği ve arkadaş desteği arasında negatif yönlü zayıf korelasyon bulunmuştur.
- Yaşlılar için yalnızlık ölçeği puan ortalaması ile çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması, aile desteği, arkadaş desteği ve özel bir insan desteği alt boyutları arasında negatif yönde güçlü korelasyon olduğu belirlenmiştir.

- Sosyal ve duygusal yalnızlık alt boyutu ile çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması arasında negatif yönde güçlü korelasyon bulunmuştur. Sosyal yalnızlık alt boyutu ile aile desteği, arkadaş desteği ve özel bir insan desteği alt boyutları arasında negatif yönde güçlü korelasyon mevcuttur. Benzer şekilde duygusal yalnızlık alt boyutu ile aile desteği, arkadaş desteği ve özel bir insan desteği alt boyutları arasında da negatif yönde güçlü korelasyon olduğu saptanmıştır.

## 6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda:

- Yaşlı bireylerle çalışan hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin yaşlılara biyopsikososyal yönden bütüncül bir yaklaşım doğrultusunda tedavi ve bakım sunmaları,
- Kadın ve eğitim durumu düşük olan yaşlıların ölüm kaygısı düzeylerinin daha yüksek bulunması nedeniyle bu özelliklere sahip yaşlıların risk grubu olarak değerlendirilmesi ve hemşireler ve diğer sağlık profesyonellerinin bu özelliklere sahip yaşlılarda ölüm kaygısını azaltmaya yönelik destekleyici girişimlerde bulunmaları,
- Ölüm kaygısı ile sosyal ve duygusal yalnızlık arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunması nedeniyle yaşlılarda sosyal ve duygusal yalnızlığı azaltacak girişimlerde bulunulması,
- Ölüm kaygısı ile algılanan aile, arkadaş ve özel bir insan desteği arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunması nedeniyle yaşlıların sosyalleşme olanaklarının artırılması ve sosyal yönden desteklenmesi,
- Sosyal destek varlığı yetersiz, yalnızlık yaşayan veya yalnızlık riski olan yaşlılara ölüm kaygısını azaltmaya yönelik psiko-eğitim programlarının uygulanması ve danışmanlık verilmesi,
- Yaşlılarda ölüm kaygısı ile ilgili bundan sonra yapılacak olan çalışmaların hastaneye başvurmayan, evde, huzurevinde ve bakım evlerinde yaşayan yaşlı grupları da içine alan daha geniş örneklemelerde yapılması önerilmektedir.



## 7. KAYNAKÇA

- Abdel-Khalek MA, Kuwait A. Death anxiety in clinical and non-clinical group. *Death Stud.* 2005;29:251-259.
- Abdel-Khalek AM, Lester D, Maltby J, Tomás-Sábado J. The Arabic Scale of death anxiety: Some results from east and west. *Omega (Westport).* 2009;59:39-50.
- Acar B, Yaman ÖM. 21. yüzyılda yeni bir dezavantajlı grup: Yaşlı hükümlüler. *Turkish Studies.* 2019;14(4):1179-1199.
- Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. <https://ailevecalisma.gov.tr/eyhgm/kuruluslar/yasli/> Erişim tarihi: 27.09.2019
- Ak B. Yaşlılık psikolojisi. *Aile ve Toplum Dergisi.* 1991;1(2).
- Akça F, Köse İA. Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri.* 2008;11:7-16.
- Akdemir N, Akyar İ. Geriatri hemşireliği, *Akad Geriatri.* 2009;1(2):73-81.
- Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Özer-Canlı Z. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi.* 2011;38(1):57- 65.
- Akgül H, Yeşilyaprak, B. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi.* 2015;8(1):34-45.
- Akgül H, Yeşilyaprak B. Yalnızlığı azaltma psiko-eğitim programının yaşlıların yalnızlık düzeyine etkisi. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi.* 2018;8(14):11-52.
- Akın B, Seviğ Ü, Karataş N. Türkiye'de gerontoloji hemşireliği eğitimi (I): Bir sertifika eğitim programı geliştirme çalışması programın dayandığı temeller, deneyimler ve eğitim programı önerisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2001;5(1):33-9.
- Akın E. Yaşlılarda ölüm kaygısının sosyal yaşam ve mutlulukla ilişkisi. 2018, Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 86 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR).
- Aksoydan, E. Yaşlılık ve Beslenme. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Sinem Matbaacılık, Ankara, 2006:s.7-8.
- Altıparmak S. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *F.Ü. Sağ. Bil. Tıp Dergisi.* 2009;23(3):159-164.
- Alwahhabi F. Anxiety symptoms and generalized anxiety disorder in the elderly: A review. *Harv Rev Psychiatry.* 2003;11(4):180-93.
- Aras A, Tel H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Türk Toraks Dergisi.* 2009;10:63-80.

- Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;9(2):68-75.
- Arı A. 65 yaş ve üstü bireylerin karşılanmamış sağlık sorunları ve konsültasyon nedenleri. 2016, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 93 sayfa, Antalya, (Prof. Dr. Hakan Yaman).
- Arpacı F, Avdaş E, Doğruöz Ö, Sarıdoğan T. Yaşlılarda ölüm kaygısının incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2011;1(2):53-66.
- Arslan A. Üniversite öğrencilerinde yaşam doyumu ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. Eğitim ve Toplum Araştırmaları Dergisi. 2019;6(1):113-129.
- Arsıntaş H, Adana F, Kaya F, Turan D. Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi. (2010);18(2):87-97.
- Babacan Gümüş A, Duman M. (2017). Ülkemizde yaşlı bireylerde yalnızlık: SistematiK derleme. 10. İleri Yaş Sempozyumu , (s. 114). İzmir.
- Bal F. Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. 2010, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 107 Sayfa, Adana, (Doç. Dr. Şükrü Uğuz).
- Bayındır-Korkut S, Ünsal A. Kronik hastalıkları olan bireylerde en sık ele alınan hemşirelik tanıları ve girişimleri. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2015;3(1):31-39.
- Bekaroğlu M. Yaşlılık döneminin ruhsal sorunları. Aile ve Toplum Dergisi. 1991;1(1).
- Bilge A, Elbay G, Curgül M, Kuru T, Şahin S. Huzurevinde yaşayan yaşlıların bedensel ve ruhsal sağlık durumları ile beslenme durumları arasındaki ilişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6(1):40-45.
- Bilir N. Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni. 2006; 25(3):1-6.
- Burcu E, Akalın E. Ölüm olgusu üzerine sosyolojik tartışmalar. Türkiyat Araştırmaları Dergisi. 2008;(8):29-54.
- Boyacıoğlu, NE. Yaşlıya bakım veren bireylerde bakıcı yükünü azaltmada MC Gill Modeline temellenen hemşirelik bakımının etkinliği. 2015, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği, Doktora Tezi, 104 sayfa, İstanbul, ( Doç. Dr. Yasemin Kutlu).

- Büyüköztürk, Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. Pegem Yayıncılık, Ankara, 2011:s:105-107.
- Cangöz B. 2009. Yaşlılıkta bilişsel ve psikolojik değişim. [http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri\\_2009/19.pdf](http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/19.pdf), Erişim Tarihi: 25.07.2019)
- Cronbach, L. J, Schonemann, P, McKie D. Alpha coefficients for stratified-parallel tests. Educational and Psychological Measurement, 1965;25:291-312.
- Çam C, Atay E, Işıklı B. Yaşlılarda yalnızlık ve yaşam kalitesi. Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 2018;3(2):50-67.
- Çam, O, Bilge, A., & Keskin, G. Çocukta Ölüm ve Yas Kavramı. Gidenler ve Geride Kalanlar. Egetan Basın Yayın Tan. Ltd. Şti, İzmir, 2010:s:57-70.
- Çatak B, Binali AS, Badıllıoğlu O, Sofuoğlu AE, Aslan D. Burdur’da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2012;10(1):13-21.
- Çelik A, Kardeş-Kin Ö, Karadakovan A. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yalnızlık durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.2017; 2(3):17-23.
- Çetin YS, Gökalan Kİ, Kitiş A. Evde yaşayan yaşlılarda sosyal katılımı etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi. 2014;2(1):11–20.
- Çevik A. R, Adıbelli D, Erdem N, Kırağ N, Aktaş B, Karadakovan A. Huzurevinde kalan yaşlılarda yalnızlık ve algılanan sosyal destek ile mutluluk düzeyleri arasındaki ilişki. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;21(1):33-41.
- Çınar M. Tanrı’ya bağlanma tarzı ve ölüm kaygısı ilişkisi üzerine bir araştırma. İlahiyat Tetkikleri Dergisi. 2016;1(45):313-338.
- Çınar, M. (2015). Yetişkin ve yaşlılarda tanrıya bağlanma tarzı ve ölüm kaygısı ilişkisi üzerine bir araştırma. 2015, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 104 sayfa, Erzurum, (Prof. Dr. Faruk KARACA).
- Çıkrıklar, H. Ölümün Tesellisi. İstanbul, 1. Baskı, Beyaz Yayınları, 2010: s-27-29.
- Cicirelli VG. Fear of death in older adults: Predictions from terror management theory. Journal of Gerontology. 2002;4:358–366.

- Çorapçıoğlu Ö. A. Cezaevinde yalnızlık ve yalnızlığın depresyonla ilişkisi. *Kriz Dergisi*. 1998;6(1):21-31.
- Dağlı EN. Yaşlılarda ölüm kaygısı ve dindarlık. 2010, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 168 sayfa, Konya, ( Doç. Dr. Adem ŞAHİN).
- Davis S. F, Miller K. M, Johnson D, McAuley K. The relationship between optimism-pessimism, loneliness, and death anxiety. *Bulletin of the Psychonomic Society*. 1992;30(2):135-136
- Doğru B, Karaman E, Aykar F. (2017) Yaşlılık ve sosyal yaşam. Uluslararası 10. Ulusal İzmir ileri yaş sempozyumu bildiri kitabı, (s.13) İzmir.
- DPT,2007. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylemplan.pdf>. YAYIN NO DPT: 2741.Erişim tarihi:05.02.2019.
- Eke S. Farklı mesleklerde çalışanların ölüm kaygılarının karşılaştırılması. 2003, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 93 sayfa, İstanbul. (Prof. Dr. Adnan Kulaksızoğlu).
- Eker D. ve Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1995;10(34):45-55.
- Engin E, Uğuryol M, Kaçmaz E. D. Yalnızlık kavramı ve sağlıklı yaşam üzerine etkileri: gözden geçirme. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2016;9 (42):1101-1105.
- Erciş A, Kotan G, Türk B. Ölüm kaygısının tüketici tutumları üzerindeki etkileri . *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*.2016;1(23):117-134.
- Erdil F, Bayraktar N. Yaşlı bireylerde kas-iskelet sorunlarına yönelik hemşirelik yaklaşımları İ.Ü.F.N. *Hemşirelik Dergisi*. 2010;18(2):106-113.
- Erdoğdu 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):171-179.
- Eren G. 60 yaş ve üzeri bireylerin yaşlı hizmet merkezi tercihleri, yaşam kaliteleri ve sosyo-kültürel demografik özelliklerinin ilişkisi: Bir sraştırma. 2014, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 66 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. CENK ARSUN YÜKSEL).

- Ergin K. Yaşlanma ile ilgili fizyolojik değişiklikler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1992;8(2):75- 81.
- Erol S, Sezer A, Şişman FN, Öztürk S. Yaşlılarda yalnızlık algısı ve yaşam doyumu.. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5(3):60-69.
- Ertufan H. Hekimlik uygulamalarında ölümlerle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerine etkisi. 2008, Ege üniversitesi sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 95 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Benal İnceer).
- Eyüboğlu E. Şişli Z. Kartal M. Yaşam döngüsünde yaşlılığın psikolojik boyutu. Turkish Family Physician. 2012;3(1):18-22.
- Fortner BV, Neimeyer RA. Death anxiety in older adults: A quantitative review. Death Studies.1999;23:387-411.
- Gibbs HW, Lawles AJ. Spiritual value and death anxiety: implications for counseling with terminal cancer patients. J Couns Psychol. 1978;25:563-569.
- Gorman J, Vellinga A, Gilmartin J. J, O'Keeffe S. T. Frequency and risk factors associated with emergency medical readmissions in Galway University Hospitals. Irish Journal of Medical Science.2010;179(2):255-258.
- Gönen G, Ulusoy-Kaymak S, Şahin-Cankurtaran E, Karşlıoğlu EH, Özalp E, Soygur H. The factors contributing to death anxiety in cancer patients. Journal of Psychosocial Oncology.2012;30(3):347-358.
- Güçlü H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin öz-etkililik ve ölüm kaygısı düzeyleri. 2018, Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Yozgat, (Doç. Dr. Nazan Kılıç Akça).
- Güler G, Güler N, Kocataş S, Akgül N. Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2009;31:367-373.
- Günaydın N. Yaşlı bireylerde yalnızlığın incelenmesi. GATA Hemşirelik Yüksek Okulu. Yüksek lisans tezi, 52 sayfa, Ankara (Prof. Dr. Sevgi Hatipoğlu).
- Gürel S. Lobektomi ve pnömonektomi olacak hastalarda ölüm kaygısı. 2018, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 64 sayfa, İstanbul, (Dr. Öğr. Üyesi Şenay ÖZTÜRK).

- Hablemitoğlu Ő, Őzmete E, Bayoğlu AS, Yıldırım F. Evde yaşlı bakımı hizmetinde gŐnŐllũ olmanın gençlerin yaŐamlarına katkısı. C.B.Ŭ. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2011;12(1):147-163.
- Hacettepe Őniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi (HŬ GEBAM), (2002). Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı, Ankara.
- Hayat tabloları, [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr). Erişim tarihi 04.03.2019.
- HÖbek-Akarsu ŐR, KuŐ B, Doğan A, Rathfisch G. Yaşlı kadınlarda sık gŐrũlen sağlık sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. Bũyũkkayacı Duman N, editör. Yaşlılık ve Kadın Sağlığı. 1. Baskı. Ankara. 2019: s.1-7.
- İstanbul BũyũkŐehir Belediyesi. Yaşlıya Psikolojik Destek Kitabı. İstanbul. İBB Basımevi. 2012:s-17-20.
- İnce Z. Kronik obstrũktif akciğer hastalığı olan bireylerin Őlũm kaygısının değerlendirilmesi. 2011, Haliç Őniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitũsũ, Yũksek Lisans Tezi, 69 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Özlem IŞıl)
- İnci F. HemŐirelere uygulanan Őlũme ilişkin eğitimin hemşirelerin kaygı, depresyon ve tutumlarına etkisi. 2008, Hacettepe Őniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitũsũ Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 109 sayfa, Ankara, ( Prof. Dr. Fatma Öz).
- Jirka J, Schuatt S, Foxall JM. Loneliness and social support in infertile couples. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing. 1996;25(1): 55-59.
- Kaloğlu, Ő. Yaşlı bireylerde Őlũm kaygısı. 2010, Çukurova Őniversitesi Tıp Fakũltesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 75 sayfa, Adana,(Doç. Dr. Lut TAMAM).
- Kapıkıran Ő. Yaşlılarda yalnızlık ile yaşam doyumunu arasındaki ilişki: Sosyal desteğin aracılık rolũnũn sınanması. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2016;9:13-25.
- Karaca, F. Őlũm Psikolojisi. Beyan Yayınları. İstanbul. 2000:s.53-57.
- Karaca S, Mert H. Kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye tekrar yatış sıklığı ve nedenlerinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.2011; 14:3-1.

- Karadelioğlu P. Huzurevinde ve ev ortamında yaşayan yaşlıların yaşam doyumlarının ölüm kaygısı düzeyine etkisi. 2011, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 116 sayfa, İstanbul, ( Prof. Dr. Sevim Buzlu).
- Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. Ölüm ve ölüm kaygısı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2012;21(1):42-79.
- Karaman H. Kurum bakımından faydalanan yaşlı bireylerde demans ve depresyon yaygınlığı ile ilişkili faktörlerin incelenmesi. 2017, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 101 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Ayşegül Yetkin).
- Kasar-Sayın K, Karaman E, şahin SD, Yıldırım F, Aykar řF. Yaşlı bireylerin yaşadıkları ölüm kaygısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 5(2):48-55.
- Kasar-Sayın K, Yıldırım Y. (2017). Yaşlılık ve cinsellik. 10. İleri Yaş Sempozyumu, (s. 97). İzmir.
- Kaya S, Güven GS, Aydan S. Hastanelere yeniden yatış hızlarının değerlendirilmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.2018;21(1):127-150.
- Keser Özcan, N. Ölüm ve Ölümü Yaklaşan Bireyin Bakımı. F. Akça Ay (Ed., Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar içinde. İstanbul Medikal Yayıncılık. İstanbul. 2008:s.119-125
- Keskin G, Yıldırım GÖ, Aktekin E, Gümüşsoy S. (2017). Yaşlılarda yoğun yalnızlık hissi ve kognitif yıkım: Demans göstergesi olabilir mi?. 10. İleri Yaş Sempozyumu, (s. 79). İzmir.
- Keskinoğlu P, Pıçakçıefe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. Genel Tıp Dergisi.2006;16(1):21-26.
- Khorshid L, Eşer İ, Zaybak A, Yapucu Ü, Arslan G.G, Çınar ř. The evaluation of loneliness level of elderly individuals residing in rest homes. Turkish Journal of Geriatrics. 2004;7(1):45-50.
- Kılıçkaya C. KOAH'lı hastalarda hastalık algısının yalnızlık ve stresle başetme üzerine etkisi. 2013, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 61 sayfa, Erzurum, (Yrd. Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ).
- Kırmızıoğlu Y, Doğan O, Kuğu N, Akyüz G. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. Int J Geriatr Psychiatry. 2009;24(9):1026-33.

- Kızılkaya M, Koştu N. Yaşlılıkta ölüm kavramı ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2006;9(4):69-74.
- Kim KB, Choi YJ. Effects of family support, ageism experience, loneliness and powerlessness on death anxiety in elders. Korean J Adult Nursing. 2014;26(5):584-591.
- Koç M. Ölüm korkusu üzerine kuramsal açıdan psikolojik bir değerlendirme. Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi.2002;4(6):7-20.
- Koç M. Ölüm psikolojisi. Tasavvuf Dergisi.2002:117-146.
- Koç M. Yaşlılık döneminde ölüm psikolojisi üzerine bir alan araştırması. KSÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi, 2003(2) s. 117-143.
- Korkmaz T. Konya numune hastanesi göğüs hastalıkları servisinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yatan hastaların anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi. 2008, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 71 sayfa, Konya, (Yard. Doç. Dr. Havva TEL).
- Köftegül Ö. Yetişkin bireylerde ölüm kaygısı ve dindarlık. 2018, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 230 sayfa, Çanakkale, (Doç. Dr. Nurten Kımtır).
- Kurt G, Beyaztaş FY, Erkol Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. Journal Agent. 2010;24(2):32-39.
- Krishnamurti, J. Sevgi ve Yalnızlık Üzerine. Çev: Elif Özbaş. Ayna Yayınevi.1. Baskı. İstanbul. 2001.
- Krishnamurti, J. Yaşamak ve Ölmek Üzerine. Çev:Sinan Öner. Ayna Yayınevi. 4. Baskı. İstanbul. 2009.
- Kulaksızoğlu IB, Gürvit H, Polat A. Unrecognized depression in community-dwelling elderly persons in Istanbul. Int Psycho geriatr. 2005;17: 303-312.
- Kuru N, Zorba B.P, Emiroğlu O.N. The preliminary effects of laughter therapy on loneliness and death anxiety among older adults living in nursing homes: A pilot study . international congress on multidisciplinary approach to elderly health and care.2018.
- Magrebi TK. Huzurevinde kalan yaşlıların ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin incelenmesi.2019, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 126 sayfa, Konya (Dr. Öğr. Üyesi Sinan Akçay).



- Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye’de yaşlıların demografik  zellikleri. Ege Tıp Dergisi.2010;49(3):39-45.
- Mermer G, Bilge A, Yücel U,  eber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.2010;1(2) :71-76.
- Mezey M, Linda J, Stierle G,Huba J, Esterson J. Ensuring competence of specialty nurses in care of older adults. Geriatric Nursing.2007;28(6):9-14.
- Mutlu Z. Yaşlı bireylerde yaşam tatmini ve sosyal destek ilişkisinin incelenmesi. 2012, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 117 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Fatma ARPACI).
- Nal B. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan yaşlılarda ölüm kaygısı ve anksiyete durumu arasındaki ilişki. 2015, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 77 sayfa, Samsun, (Doç. Dr. İlknur AYDIN AVCI).
- Nalbant S. Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler. Nobel Medicus Dergi. 2008;4(2):04-11.
- Nazlıer-Keser E.N. Türkiye’de yaşlı yoksulluğu sorununa yönelik bir değerlendirme. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi. 2019;30(2):739-764.
- Neimeyer RA, Wittkowski J, Moser  RP. Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. Death Studies. 2004;28:309-340.
- Okan A. Bolu valiliğine kayıtlı 65 yaş ve üstü kişilerin hipertansiyon farkındalığı ve evde bakım uygulamaları. 2010, Abant İzzet Baysal Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 135 sayfa, Bolu (Prof. Dr. Feray Gökdoğan).
- Oktan V. Yalnızlık ve algılanan sosyal destek düzeyinin ergenlerdeki öfkenin gelişimine etkisi. M. . Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi. 2005;21:183-192.
- Ökten M. Yaşlı bakım hizmetleri konusunda bir araştırma. 2015, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 115 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Metin Ateş).
-  nalgil S. 55 yaş ve üzeri bireylerdeki fiziksel aktivitenin, algılanan sosyal destek ve iyi olma durumuna etkisi. 2012, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 58 sayfa. Antalya,(Yrd. Doç. Dr. Suzan YAZICI)

- Örsal Ö, Yenilmez Ç, Çelik N, Işıklı B. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm anksiyetesi ve sosyal destek arasındaki ilişki. Turkish Journal of Geriatrics. 2012;15(3):s.332-338.
- Öz, F. Yaşamın son evresi: Yaşlılık, psikososyal açıdan gözden geçirme. Kriz Dergisi.2002;10(2):s.17-28.
- Özbek Z, Öner P. Geriatrik fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler. Türk Klinik Biyokimya Dergisi. 2008;6(2):73-80.
- Özen D. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının günlük yaşam işlevlerine etkisi. 2008, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 77 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. ÖZLEM İŞİL).
- Özdemir H. Yaşlıların belediyelerce verilen hizmetlere bakış açısı: Etimesgut örneği. 2017, Başkent üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 64 Sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Arzu İçağasıoğlu).
- Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapları. İstanbul. 2011:s.103-107.
- Özvurmaz S. Yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri ve sosyal destek algıları arasındaki ilişki. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2018;2(3):118-125.
- Pehlivan S, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.2013;2(3):385-395.
- Pinson MW. Effect of loneliness on older adult's death anxiety. 2010, Dissertation Prepared for the Degree of Doctor of Philosophy University of North Texas.
- Pituch, K. A.,and Stevens, J. P. (2016). Applied multivariate statistics for the social sciences: Analysis with SAS and IBM's SPSS (Sixth Edition). New York: Taylor and Francis.s.228.
- Polat Ü, Kahraman B. Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. Fırat Tıp Dergisi.2013;18(4):213-218.
- Rasmussen CA, Brems C. The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. J Psychol.1996;130(2):141- 144.
- Robitzsch A. (2017). Package 'sirt' .<http://r.meteo.uni.wroc.pl/web/packages/sirt/sirt.pdf>. (Erişim Tarihi:05.10.2019).

- Ron P. Depression, homelessness, and suicidal ideation among the elderly: A comparison between men and women living in nursing homes and in the community. *J Gerontol Social Work*. 2004;2(3):97-116.
- Samancı Tekin Ç, Kara F. Dünyada ve Türkiye'de yaşlılık. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi*. 2018;3(1):219-229.
- Sarımehmet D. Rize ili Ardeşen ilçesi 10 numaralı aile hekimliği birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerde kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımı, 2014, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Trabzon, (Doç. Dr. Sevilay Hintistan).
- Saygılı, S. Yaşlılık Psikolojisi. Türdav Basım ve Yayın. İstanbul. 2011:s.55-59.
- Schopenhauer A. Ölümün anlamı. Çev: Ahmet Aydoğdu. Say Yayınları. 1. Baskı. İstanbul. 2012:s.77-79.
- Shimai T, Hassan T. A Survey on Efficacy of group logotherapy on loneliness and anxiety of death in elderly people. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 2016;5(7):73-77.
- Sinoff, G. Thanatophobia (death anxiety) in the elderly: The problem of the child's in ability to assess their own parent's. *Death Anxiety State*. 2017;4(11).
- Softa K. H, Uçukoğlu H, Karahmetoğlu U. G, Esen D. Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2011;(1-2):67-79.
- Softa K. H, Bayraktar T, Uğuz C. Yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2016;9:1-12.
- Şener A. 2016. Yaşlılık, yaşam doyumu ve boş zaman faaliyetleri. <http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/yasamdoyumu.pdf> (Erişim Tarihi:03.04.2019).
- Şahin B. Yaşlı bireylerde internet kullanımının yaşam doyumu, algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri ile ilişkisinin incelenmesi. 2019, İstanbul T.C. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 92 sayfa, İstanbul, ( Dr. Öğr. Üyesi Asiye Yıldırım).

- Şahin MA. Yaşlı bireylerde sosyal destek algısının yalnızlık ve umutsuzluk üzerine etkisi. 2018, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 91 sayfa, Erzincan ( Prof. Dr. Rabia Hacıhasanoğlu AŞILAR).
- Şahin, S. Geçmiş, Günümüz ve Gelecekte Nüfus Gerçeği. Pegem Akademi Yayınları. 4 Baskı. Ankara. 2018:s.47-53.
- Şatır Güleç D, Düzgün G. (2017). Yaşlılık ve Yalnızlık. 10. İleri Yaş Sempozyumu, (s. 88). İzmir.
- Taka F. Hemşirelerde ölüm kaygısının belirlenmesi. 2010, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 85 sayfa, İstanbul, (Yard. Doç. Dr. Yasemin Kutlu).
- Tanhan F. Ölüm eğitiminin üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olmaya etkisi. YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi. 2013;1:184-200.
- Tanhan F, İnci Arı F. Ölüm Eğitimi. Pegem Akademi Yayınları. Ankara. 2009:s.19-22.
- Tagaya A, Okuno S, Tamura M, Davis AJ. Social support and end-of-life issues for small town Japanese elderly. Nursing and Health Sciences. 2000;2(3):131-7.
- TC. Sağlık Bakanlığı,(2013), Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Ankara. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>, (Erişim Tarihi: 05.06.2019).
- Terakye G, Güner P. Kriz potansiyeli taşıyan bir dönem: Yaşlılık. Kriz Dergisi.1997;5(2):95-101.
- Terzi Ş. Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2016; 3(29) :1-11.
- TDK Güncel Türkçe Sözlük. [www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr) Erişim Tarihi: 05.03.2019.
- Toğluk S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde ölüm anksiyetesinin psikososyal uyum üzerine etkisi. 2017, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 96 sayfa, Gaziantep (Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR).
- Tufan İ, Kılavuz A, Özgür Ö, Ayan S, Yaşar-Gürdal F, Engin B. Türkiye'de gerontoloji atlası: Yaşlı yoksulluğu ve yalnızlık üzerine bulgular. Geriatrik Bilimler Dergisi. 2019;2(1):1-7.

- TÜİK İstatistiklerle yaşlılar. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?i d=18620>. (Erişim tarihi: 01.04.2019).
- TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması,2018. [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) Erişim Tarihi: 27.02.2019.
- Türkan M, Sezer S. Yaşlı yoksulluğunun yarattığı sosyal ve psikolojik sorunlar: Muğla örneği. Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017;4(4):35-57.
- Türkiye’de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Yayın No Dpt: 2741 (<http://Ekutup.Dpt.Gov.Tr/Nufus/Yaslilik/Eylempla.pdf>) 2007. (Erişim tarihi: 01.03.2019).
- Ünal PC. Aktif yaşlanma: Bilişsel ve sosyal boyut. The Journal Of Turkish Family Physician. 2012; 3(1):13-17.
- Ünsal A, Yetkin A. Kronik obstruktif akciğer hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;8(1):42-53.
- Üstüner-Top F, Saraç A, Yaşar G. Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. Klinik Psikiyatri. 2010;13:14-22.
- Vatan S, Gençöz T. Huzurevinde yaşayan yaşlıların depresif yakınmaları, umutsuzluk düzeyleri ve ölüm kaygıları ile ilişkili özellikler. Kriz Dergisi. 2007;15(2):49-61.
- WHO. (2015), World Health Organization, World report on ageing and health, <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/> (Erişim Tarihi: 14/07/2019).
- Yalçın A. Yaşlıda Hastaneye Yatışların Epidemiyolojisi ve Maliyeti. Naharcı Mİ, editör. Yaşlının Hastanedeki Serüveni. 1. Baskı. Ankara. 2019:s.1-6.
- Yalom, İrvin. D. Güneşe Bakmak Ölümle Yüzleşmek. Çev: Zeliha İyidoğan Babayiğit. Kabalıcı yayınları. İstanbul. 2008:s.
- Yalom, İrvin D. Ölüm Korkusunu Yenmek. Kabalıcı Yayınevi. İstanbul. 2009:s.
- Yalom ID. Varoluşçu Psikoterapi. Çev: Zeliha İyidoğan Babayiğit. Kabalıcı Yayıncılık. İstanbul. 2011:s.756.
- Yaşar MH. Yalnızlık. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2007;17(1):237-260.

- Yazıcı ÖS, Kalaycı I. Yaşlı hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi. 2015;3(3):385-390.
- Yazıcı, R. Yaşlı bireylerin ölüm kaygısı ve bunun günlük yaşam aktivitelerine olan etkisinin araştırılması. 1994, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 99 sayfa, İstanbul (Prof. Dr. Çaylan Pektekin).
- Yelboğa N. Death anxiety in the old age. Journal of Current Researches on Health Sector. 2017;7(2):53-68.
- Yerli G. Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2010;10(52):1-10.
- Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2012;2:19-23
- Yıldız, M. Ölüm Kaygısı ve Dindarlık. İzmir İlahiyat Vakfı Yayınları, 2. Baskı. İzmir. 2006:s.33-37.
- Yılmaz E, Altınok V. Okul yöneticilerinin yalnızlık ve yaşam doyum düzeylerinin incelenmesi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi. 2009;15(59):451-469.
- Yılmaz EZ. Kalp ve hemodiyaliz hastalarının ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi. 2011, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 149 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Hatice Yorulmaz).
- Yılmaz T. Bir devlet hastanesi çalışanlarının ölüme tepkilerinin değerlendirilmesi. 2008, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 117 sayfa, (Yard. Doç. Dr. Özlem IŞIL).
- Yukay Yüksel M, Güneş F, Akdağ C. Investigation of the death anxiety and meaning in life levels among middle-age adults. Spiritual Psychology and Counseling. 2017;2:165–181.
- Yuvakgil Z. Yaşlılarda algılanan sosyal destek düzeyleri, sosyal ağ büyüklükleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. 2017, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,Yüksek lisans tezi, 114 sayfa, Aydın, (Doç. Dr. Rahşan Çevik Akyıl).

## 8. EKLER

### 8.1. Ek 1. Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Bu soru formu, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programında Yürütülen tez çalışmasında kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Soru formundaki ifadelerin yanında bulunan seçeneklerden, sizin için en uygun olanı işaretleyiniz. Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak, araştırma ve bilimsel çalışmalar dışında hiçbir şekilde kullanılmayacaktır. Ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz.

1.Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz?

1. Kadın 2. Erkek

3. Medeni durumunuz?

1.Evli 2. Bekâr 3.Boşanmış/dul

4.Eğitim Durumunuz?

1. okur-yazar değil 2. İlkokul 3. Orta-okul 4. lise 5.üniversite

5. Çalışma durumu:

1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor

6. Evde kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

1- Yalnız 2- Eşim ile 3- Çocuklarım ile 4- Eşim ve çocuklarım ile  
5- Eş-çocuklar-gelinler-torunlar gibi bireylerin bir arada bulunduğu kalabalık bir aile

7. Size göre gelir durumunuz nasıldır?

1- Düşük (Gelir giderden az) 2- Orta (Gelir gider eşit) 3- Yüksek (Gelir giderden fazla)

8. Düzenli ilaç kullanmanızı gerektiren fiziksel bir hastalığınız var mı?

1. Evet (.....) 2. Hayır

9. Düzenli ilaç kullanmanızı gerektiren ruhsal bir hastalığınız var mı?

1. evet (.....)

2. Hayır

10. Ne kadar süredir fiziksel bir hastalığınız var? .....ay/yıl

11. Ne kadar süredir ruhsal bir hastalığınız var ?.....ay/yıl

12. Son bir yıldaki hastaneye yatış sayınız nedir? (.....)

13. Günlük yaşam işlevlerini (beslenme, banyo, giyinme vs.) yerine getirmede desteğe gereksinim duyuyor musunuz?

1. Evet (hangi işlevlerde.....)

2.Hayır





## 8.2. Ek 2. Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ)

Lütfen aşağıdaki 15 ifadeyi okunuz. Sizin için uygun olan ifadeyi doğru ise D, yanlış ise Y şeklinde belirtiniz.

(D)Doğru (Y) Yanlış

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 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.                               | ( ) | ( ) |

### 8.3. Ek 3. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği (YİYÖ)

Açıklama: Lütfen aşağıdaki 11 ifadeyi okuyunuz ve o duruma ilişkin olarak şu anda ne hissettiğinizi değerlendiriniz. Şu an hissettiğiniz duruma uygun olan cevabın karşısındaki parantezin içine çarpı işareti koyunuz.

	<b>Evet</b>	<b>Olabilir</b>	<b>Hayır</b>
1- Her zaman günlük sorunlarımı konuşabileceğim birisi var.	( )	( )	( )
2- Gerçekten yakın bir arkadaşına sahip olmayı özlüyorum.	( )	( )	( )
3- Hayatımda genel bir boşluk duygusu hissediyorum.	( )	( )	( )
4- Bir problemim olduğunda destek alabileceğim birçok kişi var.	( )	( )	( )
5- Başkalarıyla birlikte hoş vakit geçirmeyi özlüyorum.	( )	( )	( )
6- Çevremdeki tanıdık ve dostlarımla çok az sayıda olduğunu düşünüyorum.	( )	( )	( )
7- Tam anlamıyla güvenebileceğim birçok kişi var.	( )	( )	( )
8- Kendimi yakın hissettiğim yeterince kişi var.	( )	( )	( )
9- Etrafımda çok sayıda insan olduğu durumları özlüyorum.	( )	( )	( )
10- Sık sık reddedildiğimi hissediyorum.	( )	( )	( )
11- Ne zaman ihtiyaç hissetsem arkadaşlarımı arayabilir ve görüşebilirim.	( )	( )	( )

#### 8.4. Ek 4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Lütfen aşağıdaki 12 ifadeyi okuyunuz ve sizin için uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

1-İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2-Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3-Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4-İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5-Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6-Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olamaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7-İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8-Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9-Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10-Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11-Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12-Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8.5.Ek 5. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik  
Kurul İzni



T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 18920478-050.01.04-E.1900042566  
Konu : Başvuru İncelemesi(Doç. Dr.  
Aysun BABACAN GÜMÜŞ)

15/03/2019

Sayın Doç. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ

Yürütücülüğünü yapmış olduğunuz "Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Yalnızlık ve Sosyal Destek ile İlişkisi" başlıklı 2011-KAEK-27/2019-E.1900028811 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 13.03.2019 tarih ve 06-11 nolu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

**Karar Tarihi:** 13.03.2019  
**Karar No :** 2019-06

**Karar 11)** 2011-KAEK-27/2019-E.1900028811 no'lu araştırma Etik Kurul üyeleri tarafından değerlendirilmiştir; Proje araştırmacılarından Serpil GÜNDOĞAN'ın sunumunun dinlenmesinin ve raportörün hazırladığı değerlendirilmenin okunması sonrasında yapılan oylamada "ETİK KURUL ONAYINI ALIR." kararı verilmiştir.

*e-İmza*

Prof. Dr. Öztürk ÖZDEMİR  
Kurul Başkanı

## 8.6. Ek 6. Ayvacık Devlet Hastanesi Kurum İzni



T.C.  
ÇANAKKALE VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Ayvacık Devlet Hastanesi

ÇANAKKALE AYVACIK DEVLET HASTANESİ  
ÇANAKKALE AYVACIK DEVLET HASTANESİ  
25.10.2019 14.39 - 41146030 - 929 - E.1299



Sayı : 41146030-929  
Konu : Araştırma Çalışması (Serpil  
GÜNDOĞAN)

Sayın SERPİL GÜNDOĞAN

İlgi : 01/02/2019 tarihli ve 87120069 barkod numaralı dilekçeniz;

"Yaşlılarda ölüm kaygısının yalnızlık ve sosyal destek ile ilişkisi" konulu anket çalışmanızın 01.05.2019-31.09.2019 tarihleri arasında hastanemiz Acil Servis, Palyatif Bakım Merkezi, Genel Servis ve Polikliniklerinde hasta hakları ve mahremiyetiyle gönüllülük ilkeleri çerçevesinde yapılması tarafımızca uygun görülmüştür.

e-imzalıdır.  
Op. Dr. Necmettin Berkant  
AKALIN  
Başhekim

Güvenli Elektronik İmza  
Aslı ile Aynıdır  
Hale ONARAN  
20.10.2019

Ümmühan Mah. Hastane Mevkii Cad.No:1 Ayvacık/Çanakkale  
Telefon: 02867121050 Faks No: 02867124266  
e-Posta: elein.demir@saglik.gov.tr İnternet Adresi:  
<http://www.ayvacikdh.saglik.gov.tr/>

Bilgi için: Elçin DEMİR  
Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.  
Telefon No: (0 286) 712 10 50

## 8.7. Ek 7. Ölçek İzinleri

Sil Arşivle Gereksiz Taşı Kategorilere Ayır

ölçek hk. 3

izleme bayrağı.

hanife akgul <hanifeakgul38@gmail.com>  
20.10.2019 Paz 17:58  
Siz

puanlama.docx 11 KB  
KÜLTÜRÜNE UYARLAMASI G... 218 KB

3 ekin (269 KB) tümünü göster Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Sayın Serpil Hanım,  
Tez çalışmanızda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığım YİYÖ Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeğini kullanmanızda hiç bir sakınca yoktur. Ekte ölçek ve puanlamasını gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

serpil tunc <tnc\_srpl@hotmail.com>, 18 Eki 2019 Cum, 14:03 tarihinde şunu yazdı:  
Hanife hocam merhabalar. ben Çanakkale onsekizmart üniversitesi hemşirelik bölümü yüksek lisans öğrencisiyim. tez çalışmamda kullanmak üzere, geliştirdiğiniz yaşlılar için yalnızlık ölçeğini kullanmak için izninizi istiyorum. şimdiden teşekkürler. iyi çalışmalar.

Windows'u Etkinleştirin  
Windows'u etkinleştirin

Sil Arşivle Gereksiz Taşı Kategorilere Ayır

merhaba

izleme bayrağı.

Figen Akça <figen\_akca@hotmail.com>  
29.10.2019 Sal 12:17  
Siz

Ölüm Kaygısı Ölçeği Templer... 4 MB

Serpil merhaba  
Ölçeği kullanabilirsin  
ekte ölçek ve puanlaması ile ilgili bilgilere ulaşabilirsin  
kolaylıklar  
F.Akça

Windows'u Etkinleştirin  
Windows'u etkinleştirmek

Sil Arşivle Gereksiz Taşı Kategorilere Ayır

ölçek hk 1

izleme bayrağı.

İletiyi şu dile çevir: Türkçe | Şu dilden hiçbir zaman çevirme: İngilizce

haluk arkar <haluk.arkar@ege.edu.tr>  
21.10.2019 Pzt 00:37  
Siz

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal ...  
15 KB

Sayın Serpil Tunc,  
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.  
Prof. Dr. Haluk Arkar  
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Windows'u Etkinleştir  
Windows'u etkinleştirin

Kimden: "serpil tunc" <tnc\_srpl@hotmail.com>  
Kime: "haluk arkar" <haluk.arkar@ege.edu.tr>

### 8.8. Ek 8. Özgeçmiş

<b>Adı</b>	Serpil	<b>Soyadı</b>	Gündoğan
<b>Doğum Yeri</b>	Nevşehir	<b>Doğum Tarihi</b>	08.08.1991
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>T.C. Kimlik No</b>	43375332314
<b>E-Mail</b>	tnc_srpl@hotmail.com	<b>Tel</b>	5078582326

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurum</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Doktora/Uzmanlık</b>		
<b>Yüksek Lisans</b>		
<b>Lisans</b>	İstanbul Üniversitesi FlorenceNightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2013

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl)</b>
<b>Hemşire</b>	Dünya Göz Hastanesi/Ameliyathane	2013-2014
<b>Hemşire</b>	Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi/Acil	2014-2017
<b>Hemşire</b>	Ayvacık Devlet Hastanesi/Acil	2017-Halen



**A. Katıldığı Uluslararası ve ulusal konferans ve kongreler:**

1. Inovasyon Ana Temalı II. Sağlık Bilişim Zirvesi, İstanbul, Mart, 2013
2. Omaha Günleri-1: Hemşirelik Biliminde Bir Öncü: Karen S. Martin, İstanbul, Mart, 2013
3. Uluslararası 5. Ulusal Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi 2018
4. 17. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi

**B. Sertifikalar:**

Pedagojik Formasyon Eğitimi 2015 (İstanbul)

Temel Modül Eğitimi 2018 (ÇANAKKALE)



## SPİRALLİ TEZ KONTROL FORMU

	Evet	Hayır
1) Amblem renkli ve 2x2 cm boyutunda olmalıdır.	X	
2) Kapakta sadece başlık bold ve 14 punto, diğer yazılar normal renkte ve 12 punto yazılmalıdır.	X	
3) Tez savunma sınavında kabul edilmiş tezler için, tezin sırtı tez yazım kılavuzuna uygun olarak düzenlenmiş olmalıdır.	X	
4) Kabul edilmiş tez konusu ile tezin baş sayfasındaki tez konusu aynı olmalıdır.	X	
5) Beyan eksiksiz ve imzalı olarak Tez Yazım Kılavuzundaki gibi konmalıdır.	X	
6) Özet ve Summary 250'şer kelimeyi aşmamalıdır. (1 sayfa)	X	
7) Anahtar kelimeler (en fazla) 5 adet olmalıdır.	X	
8) İngilizce özetin başında konu başlığı yazılmalıdır.	X	
9) Metin ve kaynakların tümü 1,5 aralıklı olmalıdır.	X	
10) Tezde yazım karakteri olarak "Times New Roman" kullanılmalıdır.	X	
11) Web sayfa kaynakları metin içinde de geçmelidir (parantez içinde güncelleme tarihi ile birlikte). Kaynaklar bölümünde de cümlelerin en sonunda Erişim adresi ve Erişim tarihi sırasıyla verilmelidir.	X	
12) Çalışmanın Etik Kurul onayı, varsa kurum onayı tezin en arkasına konmalıdır.	X	

Tarih: 11 / 03 / 2020

Serpil GÜNDOĞAN

İmza

Tarih: 11 / 03 / 2020

Prof. Dr. Aysun  
BABACAN GÜMÜŞ

İmza

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ  
ENSTİTÜSÜ SİRALLI/CİTLİ TEZ YAZIM KONTROL LİSTESİ**

KONTROL BAŞLIĞI	ÖĞRENCİ	DANIŞMAN
Tez yazımında kullanılan yazı tipi	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Sayfa kenar boşlukları	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Kapak sayfası düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
İç kapak sayfası düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Onay sayfası düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Beyan sayfası içeriği ve düzeni	<input type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
İçindekiler sayfası düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Teşekkür sayfası	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Türkçe özet	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
İngilizce özet	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Simgeler ve kısaltmalar dizini	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Şekiller dizini	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Tablolar dizini	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Tezin ön sayfalarının sıralaması	<input type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Ön sayfaların numaralandırılması	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Sayfalarının numaralandırılması	<input type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Başlıklarının numaralandırılması	<input type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Şekil, resim ve tablo numaralandırması	<input type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Yöntem ve Gereç	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Bulgular	<input type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Tartışma	<input type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Sonuç ve Öneriler	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Atıflar (alıntı ve göndermeler)	<input type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Ekler (etik kurul onayı, vs)	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Tez planı	<input type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Dil (anlatım, yazım –imla)	<input type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Kâğıt ve baskı özelliği	<input type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Tezin son şeklinin elektronik kopyası	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Tarih: 11. / 03 / 2020 Serpil GÜNDOĞAN İmza		Tarih: 11.03/ 2020 Prof. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ İmza