

T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

Berfin ÖZVAROL

YAŞLILARIN ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK VE PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK İLE ÖLÜM KAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MUŞ-2024

T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

Berfin ÖZVAROL

YAŞLILARIN ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK VE PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK İLE ÖLÜM KAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Ayşin ÇETİNKAYA BÜYÜKBODUR

MUŞ-2024

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Muş Alparslan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğine göre hazırlamış olduğum “Yaşlıların Algıladıkları Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı tezimin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

.../.../...

Berfin ÖZVAROL

TEZ KABUL TUTANAĐI
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Doç. Dr. Ayşin ÇETİNKAYA BÜYÜKBODUR danışmanlığında, Berfin ÖZVAROL tarafından hazırlanan bu çalışma 24/01/2024 tarihinde başarıyla gerçekleştirilmiş olup, aşağıdaki jüri tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Zilan
UĞURLU **İmza** :

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Ümmet
ERKAN **İmza** :

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Ayşin
ÇETİNKAYA **İmza** :
BÜYÜKBODUR

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
ÖZET.....	IV
ABSTRACT	V
ÖN SÖZ.....	VI
KISALTMALAR DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

YAŞLILIK VE YAŞLANMA

1.1. YAŞLILIK VE YAŞLANMA KAVRAMLARI	5
1.2. YAŞLILIK DÖNEMİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ.....	8
1.3. YAŞLILIK KURAMLARI.....	10
1.3.1. Yaşamdan Geri Çekilme/Kopma Kuramı	10
1.3.2. Aktivite/Etkinlik Kuramı	11
1.3.3. Rol Bırakma Kuramı	11
1.3.4. Süreklilik Kuramı.....	12
1.3.5. Modernleşme Kuramı.....	13
1.3.6. Eksiklik Kuramı	14
1.4. YAŞLILIK DÖNEMİNDE GÖRÜLEN SAĞLIK SORUNLARI	14
1.4.1. Obezite	15
1.4.2. Diyabet	16
1.4.3. Kanser	16
1.4.4. Depresyon	17
1.4.5. Demans (Bunama).....	17
1.4.6. Alzheimer Hastalığı	18
1.4.7. Parkinson Hastalığı	18
1.5. YAŞLILIK DÖNEMİNE ÖZGÜ SOSYAL SORUNLAR	18
1.5.1. Yoksulluk ve Gelir Azlığı	19
1.5.2. Yetersiz Sosyal Koruma.....	20
1.5.3. Aile Yanında Bakımın Azalması	21
1.5.4. Bakım Hizmetlerinin Yetersizliği	22

1.5.5. Yaşa Dayalı Ayrımcılık ve Kalıp Yargılar.....	23
1.5.6. Sosyal İzolasyon ve Yalnızlık.....	24

İKİNCİ BÖLÜM

YAŞLILARDA ÖLÜM KAYGISI

2.1. YAŞLILARDA ÖLÜM KAYGISI	27
2.1.1. Ölüm Kaygısı	27
2.1.2. Ölüm Kaygısının Bileşenleri.....	28
2.1.3. Ölüm Korkusu.....	28
2.1.4. Ölüm Kaygısı ve Korkusu Arasındaki Farklar.....	30
2.1.5. Ölüm Kaygısını Etkileyen Faktörler	31
2.1.5.1. Cinsiyet ve Ölüm Kaygısı	31
2.1.5.2. Yaş ve Ölüm Kaygısı	32
2.1.5.3. Dindarlık ve Ölüm Kaygısı	32
2.1.5.4. Kişisel Yaşantılar (Ölüme Yakın Deneyimler).....	33
2.1.6. Yaşlılarda Ölüm Kaygısını Etkileyen Faktörler.....	33
2.1.7. Yaşlılık Döneminde Ölüm Kaygısına Teorik Yaklaşımlar.....	34

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SOSYAL DESTEK VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

3.1. SOSYAL DESTEK KAVRAMI	37
3.1.1. Sosyal Destek Sistemi	39
3.1.2. Sosyal Destek ve Sağlık	40
3.1.3. Yaşlılıkta Sosyal Destek Sistemlerinin Önemi.....	41
3.1.4. Yaşlılarda Sosyal Destek	41
3.2. YAŞLILARA YÖNELİK SOSYAL DESTEK POLİTİKALARI	41
3.3. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK KAVRAMI	42
3.3.1. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Risk Faktörleri	45
3.3.2. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Korumucu Faktörler	46
3.3.3. Yaşlılık Döneminde Psikolojik Dayanıklılık.....	47

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

YAŞLILIK VE SOSYAL HİZMET

4.1. YAŞLI REFAHI VE SOSYAL HİZMET	49
4.1.1. Yaşlı Refahına Yönelik Sosyal Hizmet Uygulamaları	51

4.1.2. Sosyal Hizmet Uzmanlarının Yaşlı Müracaatçılara Yönelik Müdahaleleri	54
4.1.3. Sosyal Hizmet Uzmanlarının Etik Sorumlulukları ve Rollerini	55

BEŞİNCİ BÖLÜM

SAHA ÇALIŞMASI

5.1. ARAŞTIRMANIN SORUNU	59
5.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	59
5.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	60
5.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	60
5.5. ARAŞTIRMANIN MODELİ	61
5.6. ARAŞTIRMNIN EVRENİ VE ÇALIŞMA GRUBU	61
5.7. ARAŞTIRMANIN ETİK ONAYI	63
5.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	64
5.8.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu	64
5.8.2. Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA)	64
5.8.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	65
5.8.4. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)	65
5.9. VERİLERİN TOPLANMA SÜRECİ	65
5.10. VERİLERİN ANALİZİ	66
5.11. BULGULAR VE YORUM	67
TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	78
KAYNAKÇA	86
EKLER	99

ÖZET
YÜKSEK LİSANS TEZİ
YAŞLILARIN ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK VE PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK İLE ÖLÜM KAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ
Berfin ÖZVAROL
Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ayşin ÇETİNKAYA BÜYÜKBODUR
2024, 101 sayfa

Bebeklik, çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik gibi insan gelişim dönemlerinden sadece biri olup çöküşlerin ve kayıpların yoğun olarak yaşandığı yaşamın son aşaması olarak tanımlanan yaşlılık döneminde bireylerin yaşamında ölüm, ölüm kaygısı, algılanan sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık gibi unsurlar etkili olmaktadır. Bu bağlamda araştırmanın amacı, yaşlıların algıladıkları sosyal destek ve psikolojik dayanıklılıkları ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin ortaya konulması ve yaşlı bireylerin bu dönemde karşılaşmış olduğu problemlerin çözülmesinde etkili olan sosyal hizmet uygulamalarına değinmektir.

Araştırmanın evrenini Muş ilinde yaşayan 60 yaş üzeri yaşlı bireyler oluştururken araştırmanın çalışma grubunu Muş ilinin Bulanık ilçesinde yaşayan araştırmaya katılmaya gönüllü 60 yaş ve üzeri 302 yaşlı birey oluşturmuştur. Araştırmanın çalışma grubu olasılık dışı örnekleme yöntemlerinden kartopu örnekleme modeline göre oluşturulmuştur.

Araştırmada sonucunda yaşlı bireylerde ölüm kaygısı ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki saptanmıştır. Buna göre yaşlı bireylerde ölüm anksiyetesi arttıkça çok boyutlu algılanan sosyal destek ve psikolojik dayanıklılığın artabileceği saptanmıştır. Yaşlı bireylerin ölüm kaygısının azaltılmasında sosyal hizmet uygulamalarına gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık ve yaşlı, Ölüm Kaygısı, Algılanan Sosyal Destek, Psikolojik Dayanıklılık ve Sosyal Hizmet

ABSTRACT
MASTER’S THESIS
INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE PERCEIVED
SOCIAL SUPPORT AND PSYCHOLOGICAL RESILIENCE AND DEATH
ANXIETY OF THE ELDERLY

Berfin ÖZVAROL

Advison: Assoc. Dr. Ayşin ÇETİNKAYA BÜYÜKBODUR

2024, Page: 101

Infancy is only one of the periods of human development such as childhood, adolescence and adulthood, and elements such as death, death anxiety, perceived social support and psychological endurance are effective in the life of individuals during old age, which is defined as the last stage of life in which collapses and losses are experienced. In this context, the aim of the research is to reveal the relationship between social support and psychological resilience perceived by the elderly and death anxiety, and to Decipher the social work practices that are effective in solving the problems faced by elderly individuals during this period.

While the universe of the research was composed of elderly individuals over the age of 60 living in the province of Muş, the working group of the research was composed of 302 elderly individuals aged 60 and over who volunteered to participate in the research living in the Bulanık district of the province of Muş. The working group of the research was formed according to the snowball sampling model, one of the non-probability sampling methods.

As a result of the research, the relationship between death anxiety and multidimensional perceived social support and psychological endurance in elderly individuals has been determined Decently. Accordingly, it has been found that multidimensional perceived social support and psychological resilience may increase as death anxiety increases in elderly individuals. Social work practices are needed to reduce the death anxiety of elderly people.

Key Words: Old age and the elderly, Death Anxiety, Perceived Social Support, Psychological Resilience and Social Work

ÖN SÖZ

Çalışmada her yaş grubunun yaşamında etkili olan ölüm kaygısının yaşlılık sürecindeki bireylerin yaşamını nasıl ve ne düzeyde etkilediği belirlenmeye, yaşlıların algıladıkları sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık ile olan ilişkisi incelenmeye çalışılmıştır.

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim boyunca beni bilgi ve tecrübeleri ile destekleyen, çalışmamın her aşamasında bilimsel bilgiye ulaşmamı her daim kolaylaştıran, umutsuzluğa kapılıp duraksadığım anlarda beni tekrardan yüreklendirerek çalışmama devam etmemi sağlayan ve çalışmamın tamamlanması için en az benim kadar emek harcayan, kendisi ile çalışmaktan mutluluk ve gurur duyduğum danışman hocam Sayın Doç. Dr. Ayşin ÇETİNKAYA BÜYÜKBODUR'a, savunmamda yer alan ve bilgi birikimleriyle tezime katkıda bulunan değerli hocalarım Doç. Dr. Zilan UĞURLU ve Doç. Dr. Ümmet ERKAN'a sonsuz saygı ve teşekkürlerimi borç bilirim.

Yüksek lisans programına başlamamda etkili olan, her koşulda destek ve katkılarını esirgemeyen değerli arkadaşım Öğr. Gör. Hüseyin DOĞAN'a ve her daim yanımda olan, yoksunluklarını hissettirmeyen, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen sevgili aileme minnet duygularım ile teşekkürlerimi sunarım. Son olarak da verileri toplama sürecinde kıymetli zamanlarını ayırarak çalışmama katılan yaşlı katılımcılara teşekkür ederim.

Muş-2024

Berfin ÖZVAROL

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
APA	:	Amerikan Psychological Association
ASDA	:	Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği
ÇBASDÖ	:	Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek Ölçeği
DMH	:	Dinlenme Metabolizma Hızı
KOAH	:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
SGD	:	Sosyal Güvenlik Dergisi
T.C.	:	Türkiye Cumhuriyeti
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
vb.	:	Ve benzeri
vd.	:	Ve diğerleri
WHO	:	Dünya Sağlık Örgütü
YPDÖ	:	Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 5.1. Katılımcıların Tanımlayıcı İstatistiksel Bulguları	61
Tablo 5.2. Normallik Testi Sonuçları.....	67
Tablo 5.3. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Ölüm Anksiyetesi, Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılıklarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları	68
Tablo 5.4. Katılımcıların Yaşlarına Göre Ölüm Anksiyetesi, Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılıklarına İlişkin Kruskal Wallis Testi Sonuçları	69
Tablo 5.5. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Ölüm Anksiyetesi, Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılıklarına İlişkin Kruskal Wallis Testi Sonuçları	70
Tablo 5.6. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Ölüm Anksiyetesi, Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılıklarına İlişkin Kruskal Wallis Testi Sonuçları	73
Tablo 5.7. Katılımcıların Çocuklarının Bulunma Durumuna Göre Ölüm Anksiyetesi, Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılıklarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	74
Tablo 5.8. Katılımcıların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Ölüm Anksiyetesi, Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılıklarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	75
Tablo 5.9. Ölüm Anksiyetesi, Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişki Sonuçlarını Gösterir Spearman Korelasyon Tablosu	77

GİRİŞ

Yaşlanma ile beraber bireylerin, fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda gerileme, günlük aktivitelerinde ve işlevselliklerinde azalma, sağlıkta, üretkenlikte, sosyal alanlarda değişme, eş, akraba ve yakınlar ile ilişkilerin, sosyal yaşantının, sosyal desteklerin azalması, eşin ölümü ya da çocukların evden ayrılması, kronik hastalıkların artması gibi pek çok problem görülebilmektedir. Yaşlanmayla ortaya çıkan bu değişimler ruhsal sorunlara ve yalnızlığa neden olabileceğinden bireyin depresyona girmesine sebep olabilmektedir. Depresyon ve yalnızlık, yaşlı bireylerde yaşam kalitesini bozan majör faktörler arasındadır (Kılavuz, 2005: 30).

Bir başka deyişle biyolojik, psikolojik ve sosyolojik boyutlarda meydana gelen farklılıklar ve değişimler yaşlı bireylerin yaşam standartlarını ve kalitesini etkileyen faktörlerin gün yüzüne çıkmasına etki etmektedir. Yaşamın çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde olduğu gibi yaşlılık döneminde de kişilerin mutlu ve huzurlu olmalarına etki eden etmenler olduğu gibi mutsuz ve huzursuz olmalarına da etki eden etmenler de bulunmaktadır. Yapısal özellikler, aile ve sosyal çevre, hayattan alınan haz bu etmenlerden bazıları olabilmektedir. Yaşlı bireylerin mutsuz olmalarına sebep olan ve hayattan aldıkları hazzı azaltan etmenlerden birinin yalnızlık olabileceği söylenebilir (Bal ve Gülcan, 2014: 43).

Toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfus hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde artış göstermektedir. Yaşlı nüfusunun sürekli olarak artıyor olması yaşlı bireylerin daha fazla yalnızlık duygusu yaşamasına ve daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duymasına neden olmaktadır. Sanayileşmenin etkisiyle modern toplumlarda geleneksel aile yapısının çekirdek aile yapısına dönüşmesi, kadınların çalışma hayatına katılması, çocukların aileden uzak yerlerde yaşıyor olması ve bireyselleşmenin artması gibi nedenlerden dolayı yaşlı bireyler çok daha fazla yalnızlaşmakta ve kendilerine sağlanan sosyal destek azalmaktadır. Bu da yaşlılık döneminde sosyal desteğin araştırılması ve müdahale edilmesi gereken bir sorun haline gelmesine neden olmuştur (Akgül ve Yeşilyaprak, 2018: 37).

Sosyal destek kavramı; bireyin ailesi ve çevresi tarafından gördüğü ilgi, sevgi ve saygı, takdir ve güvenin yanı sıra, bilgi edinme ve maddi yardım gibi ruhsal, sosyal ve ekonomik nitelikli destek olarak tanımlanmaktadır (Budak, 1999: 5). Yaşlı bireylerin

ailesi ve çevresinden algıladıkları sosyal destek özellikle kendilerinin iyilik hali için önemli olmaktadır. Yaşlılık sürecinde sosyal desteği, yoğun bir şekilde hissetmeyen yaşlı bireylerin olumsuz fikirlere kapılması olumlu fikirlere kapılmasına göre daha kolaydır (Eryılmaz ve Atak, 2011: 49). Aynı zamanda sosyal destek, günlük yaşam stresinin azaltılması, sağlığa olumsuz etki eden unsurların etkisinin önlenmesi, çok fazla ilaç alınmasının azaltılması ve tıbbi tedavi yöntemlerine uyum sağlama gibi sağlıkla alakalı birçok etmenle de ilişkilidir (İçli, 2004: 13). Aile, akraba, komşu ve benzeri sosyal destek kaynakların varlığı ve bu kaynaklarla etkili bir şekilde yakın ilişkiler içerisinde olmak her dönemde önemli bir konuma sahip olmakla beraber yaşlı bireylerin psikolojilerinin iyilik hali için de önemli bir noktadır.

Yaşlı bireylerin nitelikli bir yaşam sürmeleri için önemli görülen diğer kavramlardan biri ölüm ve ölüm kaygısıdır. Ölümün kaçınılmaz olması, nerede ve ne zaman gerçekleşeceğinin belli olmaması, her kültürde ve inançtaki insanlarda geçmiş zamanlardan beri şarkılarla, şiirlerle, hikâyelerle vb. yöntemlerle tarif edilmeye çalışılan “korkuların en büyüğüne” neden olmuştur. Bu korku, her inanç, kültür ve toplumda ölümden sonra da bir hayatın var olduğunu ve bundan dolayı ölümden önceki hayatta bireyin yaşamını yönlendirmede etkili olmuştur (Demirsoy, 1998: 2). Bir başka deyişle insan yaşamının tamamlayıcısı olan ölüm ve buna bağlı olarak ölüm kaygısı insanın hayatta olduğu her dönemde geçerliliğini yitirmeyen bir kavramdır. Ölüm kaygısının nedenlerini belirlemek için literatürde birçok araştırma olmakla beraber bu araştırmaların ortak bir karara varamadıkları görülmektedir. Bundan dolayı hâlâ ölüm kaygısı ve ölüm kaygısı üzerinde etkili olma ihtimali bulunan değişkenlerin belirlenmesi için araştırmalar yapılmaktadır (Karakuş, Öztürk ve Tamam, 2012: 42). Yaşlı bireylerde ölüm kaygısının ortaya çıkmasına neden olan veya ölüm kaygısını etkileyen etmenlere bakıldığında zaman yaştan ilerlemesiyle birlikte eş, çocuk, akraba, komşu ve yakın arkadaş gibi kayıpların çoğalması ve bu kayıplar sonucu üzüntü, mutsuzluk, anlamsızlık ve yalnızlık gibi duyguların yoğun bir şekilde yaşandığı görülmektedir.

Yapılan alan yazın incelemesinde ölüm kaygısıyla bağlantılı bir diğer değişkenin psikolojik dayanıklılık olduğu görülmüştür. Ölüm düşüncesinin karşısında yaşlı bireylerin ruhsal olarak dengesi bozulabilmekte ve kaygı düzeyi artabilmektedir. Dolayısıyla yaşlı bireylerin ölüm kaygısıyla baş etmeleri ve çevreye uyum göstermeleri

zorlaşabilmektedir. Bu noktada psikolojik dayanıklılık kavramı önem kazanmaktadır. Psikolojik dayanıklılık, insanın yaşamında maruz kaldığı kaygıya ve bu kaygının oluşmasında etkili olan koşullara uyum sağlaması olarak açıklanmaktadır (Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000: 546). Bir diğer tanımda ise; bireylerin herhangi bir tehdit, travma, felaket, ciddi hastalıklar ve parasal sorunlar gibi güçlüklerle başarılı bir şekilde mücadele edebilmesi ve bu süreçte uyum sağlayarak ortaya çıkan stresi kontrol edebilmesi psikolojik dayanıklılık olarak tanımlanmaktadır (Basım ve Çetin, 2011: 104). Psikolojik sağlığı yerinde olan kişiler stresli ve olumlu olmayan olaylar karşısında ne şekilde bir yol izleyeceğini farkında olarak çözüm odaklı, zorlukların üstesinden daha kolay gelebilen ve uyum sağlamada daha az zorlanan kişiler olmaktadır. Böylece tüm insan gruplarında olduğu gibi yaşlı bireylerde de psikolojik dayanıklılığın, ölüm kaygısıyla baş edebilmede fark yaratan bir değişken olduğu söylenebilir.

Psikolojik dayanıklılık, yaşam stresinin negatif etkilerini azaltan ve huzursuz duygu durumlarını engelleyen kişilik özelliklerinden biridir. Buna bağlı olarak psikolojik dayanıklılıkları yüksek olan yaşlı bireylerin rol ve görevlerine daha bağlı olduğu, içsel kontrolünü sağlamada yetkin olduğu, var olan sorunların üstesinden başarılı bir şekilde geldiği, ailesi ve yakınları ile sağlıklı iletişim kurabildiği, öz saygınlıkların yüksek olduğu, empati yeteneklerinin gelişmiş olduğu ve zorluklar karşısında yılmadan stresin neden olduğu olumsuz etkilerini en aza indirgeyebildiği belirtilmektedir. Ancak dayanıklılık seviyesi daha düşük olan yaşlı bireylerde ise tam tersi bir yönde tavır sergilenmektedir (Gürkan, 2006: 52).

Çalışmanın amacı; çalışma grubunda yer alan yaşlı katılımcılarda Ölüm Anksiyetesi, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin bulunup bulunmadığının incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda çeşitli sosyo-demografik değişkenlere (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, sosyal güvence) göre ölüm anksiyetesi, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve psikolojik dayanıklılığın farklılık gösterip göstermediğinin incelenmiştir.

Çalışma, nicel bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Veri toplama aracı olarak kullanılan soru formunda Sosyo-demografik Bilgi Formu, Abdel-Khalek Ölüm

Anksiyetesi Ölçeği (ASDA), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) kullanılmıştır. Her bir yaşlı katılımcı için önceden hazırlanan soruların aynı şekilde ve sırada sorulduğu soru formu, Muş ili Bulanık ilçesinde yaşayan araştırmaya katılmaya gönüllü 60 yaş ve üzeri 302 yaşlı birey ile yüz yüze görüşmeler sonucunda doldurulmuştur.

Çalışma beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, yaşlılık ve yaşlanma kavramları, ikinci bölümde, yaşlılarda ölüm kaygısı, üçüncü bölümde, sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık kavramları, dördüncü bölümde, yaşlı refahı ve sosyal hizmet ele alınırken, son bölüm olan beşinci bölümde ise saha çalışması ele alınarak, tartışma, sonuç ve öneriler kısmına yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

YAŞLILIK VE YAŞLANMA

Çalışmanın birinci bölümde; alan yazında yer alan çalışmalar ve kuramlar çerçevesinde ilk olarak yaşlılık ve yaşlanma kavramları, sonrasında yaşlılık döneminin genel özellikleri, yaşlılık kuramları, yaşlılık döneminde görülen sağlık sorunları ve yaşlılık dönemine özgü sosyal sorunlar konulu başlıklar ele alınarak bu alana dair literatür taramasına değinilmiştir.

1.1. YAŞLILIK VE YAŞLANMA KAVRAMLARI

Yaşlı kavramı tarih boyunca belli bir yaştan üzerinde bulunan kişiler için kullanılmış fakat zamanla toplumda yaşlı olma sınırı da farklılaşmıştır. Örneğin; günümüz toplumunda 25-30 yaş aralığı evlenme için uygun yaşken, geçmiş dönemlerde evlenme yaşı için geç kalındığı kabul edilirdi. Değişen toplumsal yapıyla birlikte yaşlı ve yaşlılığı algılama biçimi de değişmektedir. Her toplumun farklı ve çeşitli sebeplerden dolayı üzerinde uzlaştığı yaş farklılaşmıştır. Hangi yaştan yaşlı olarak tanımlandığı toplumlar ve dönemler arasında değişebilmektedir. Bu da yaştan niceliksel sıralamanın yanında kültürel bir olgu olduğuna da göstermektedir (Görgün Baran, 2005: 24).

Yaşlılık insan hayatında birçok değişik faktörün bağlantılı olduğu zaman aralığını oluşturmaktadır. Toplumların değişen özellikleri ve kendilerine has yaşamsal değerleri ile yaşlılık ve yaşlanma kavramları farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Bazı toplumlarda olumlu bir süreç olarak atfedilen yaşlılık kimi toplumlarda sorun olarak algılanmaktadır. Yaşlılığa atfedilen değer kültürel yaşanmışlıklarla da bağlantılıdır (İçli, 2004: 5-6). Modernite öncesinde bilginin yüz yüze aktarılması, deneyimin ancak yaşantı sonucu elde edilmesi nedeniyle yaşlı bireyler daha yüksek konum ve güce sahiplerdi. Yaşlılığın bilgelik getirdiğine, yaşanmışlıklarının değerli olduğuna inanılmaktaydı. Bu sebeple bir toplulukta söz sahibi olan kişiler yaşlılardı. Fakat günümüzde bilginin dinamik yapısı, bilgiye ulaşmanın kolaylaşması, genç bireylerin daha tüketici olması ve kolayca manipüle edilebilmesi, sağlık ve reklam için genç vücudun daha önemli olması ve yaşlı birey sayısındaki artışla birlikte değişen toplum anlayışı sonucunda yaşlı bireylerin bilgi birikimlerinin yararı olmayan ve zamanın gerisinde kalan bir yığın olarak görüldüğünü ifade eden görüşler de bulunmaktadır.

Yaşlılık, insan vücudunun hayatsal ve işlevsel özellikleri yönünden erişkin konuma gelmesiyle birlikte ölüme kadar geçen zaman sürecindeki dönüşümü ifade etmektedir. Bu süreçteki en önemli dönüşüm ise biyolojik işlevlerin giderek aksamasıyla ölüm haline yaklaşma içerisinde olunmasıdır. Yaşın niceliksel olarak artması şeklinde ifade edilen yaşlanmayla, hayatın bir kısmını ifade etmekte olan yaşlılık terimleri içerisinde ayırım yapılması tanımı daha da net hale getirecektir. Şu örnek iki kavram arasındaki farkı özetlemektedir: On yaşına basan bir çocuk bir miktar yaşlanmıştır fakat daha yaşlılık dönemindeki sürece girmemiştir.

Yaşlılık, insanın hayat akışının belli bir sürecinden sonra, hayatını gençlik ve yetişkinlik dönemindeki kadar sağlıklı sürdürememesi olarak ifade edilebilir. Bu sürecin ne zamandan itibaren başlayacağı çeşitli nedenlere bağlı olabilmekle beraber kaçınılmaz olabildiği kesindir (Erol, 2014: 44). Kaçınılmaz olan bu evrede bazı insanlar diğerlerine göre daha yavaş yaşlanabilmektedir.

Yaşlılık; bebeklik, çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik gibi insan gelişim dönemlerinden sadece biri olup çöküşlerin ve kayıpların yoğun olarak yaşandığı son dönemdir. Yaşlanma ise; bireyin henüz dünyaya gelmeden önce anne rahminde başlayan ve bireyin ölümüne kadar süren doğal ve kaçınılmaz bir süreçtir. Bu süreçte fiziksel ve ruhsal özellikler geri dönülmez bir biçimde kaybolmaktadır. Birey, doğumuyla birlikte ilk yirmi yılda devamlı bir gelişme gösterirken daha sonrasında ise durağanlaşarak yıpranma evresine geçmektedir. İlk olarak fiziksel yıpranma başlamakta, zamanla psikolojik gerilemeler sonucunda sosyal alanda da kopmalar görülmektedir (Gökdoğan, 2021: 5). Yaşanan bu süreçlerle birlikte bağımsızlıklarında azalmalar görülen bireyin tekrardan bağımlı hale geçtiği dönem, yaşlılık olarak ifade edilebilir.

Yaşlanma önüne geçilmesi mümkün olmayan, kronolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları bulunan bir süreçtir (Elbaş ve Arpacı, 2004: 118). Yaşlanma olgusunun kavranması psikolojik, kültürel ve sosyal unsurların bir bütün olarak değerlendirilmesiyle olanaklıdır. Bu yönden bakıldığında yaşlanma süreci boyunca fizyolojik, psikolojik, kronolojik, sosyal ve ekonomik gibi birçok noktada değişiklikler meydana gelmektedir (Bacanlı ve Terzi, 2016: 13). Sosyolojik açıdan yaşlanma, toplumda belirli bir yaş aralığından beklenen davranışlar ile ilgilidir. Yaşlanma ile beraber insanların fiziksel ve ruhsal durumlarının artık eski hale gelmeyecek derecede

kademeli şekilde zayıfladığı görülür. Yaşlanmanın fizyolojik boyutu yaş ile paralel olarak görülen değişimleri belirtirken; psikolojik boyutu ise yaşlılık ile birlikte problem çözme, öğrenme ve bireysel özellikler açısından bireyin uyum sağlama kapasitesinin yaşla beraber değişimi ifade etmektedir (Bacanlı ve Terzi, 2016: 13). Tüm bu kriterler çerçevesinde yaşlanmanın olduğu alanları belirleyebilmek için bazı sınıflandırmalar yapılmıştır. Bunlar; kronolojik yaşlanma, fizyolojik yaşlanma, psikolojik yaşlanma ve sosyal yaşlanmadır (Elbaş ve Arpacı, 2004: 119).

1. Kronolojik Yaşlanma: Yaşlı tanımında sınıflandırma ve konumlandırma olarak temel alınan ölçüt kronolojik yaşlanmadır. Kronolojik yaş bireyin doğum anından içinde bulunduğu yıla kadar geçirdiği yaşlanma sürecini ifade eder. Bireylerin yaşlarını tanımlamanın ilk yolu olarak bilinmektedir. Bu bağlamda genler aracılığıyla aktarılan gelen ve zaman geçişine bağlı olarak gelişen yaşlanmaya kronolojik veya içsel yaşlanma denir (Akçay ve Kurt, 2020: 33).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO); yaşlılığın başlangıcı olarak kabul gördüğü 60 yaş ile 74 yaş aralığını yaşlılık, 75 ile 89 yaş aralığını ihtiyarlık ve son olarak da 90 yaş ve üstünü ileri yaşlılık olarak sınırlandırmıştır (Tereci, Turan, Nergis, Öncel ve Arslansoyu, 2016: 86). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) kronolojik anlamda yaşlılığın başlangıcı olarak 60 yaşını kabul görmüşken, geriatri ve uluslararası alanda yaşlılığın başlangıcı olarak 65 yaş kabul görmektedir. Ancak bu tanımlama her insanın aynı yaşta aynı olgunluğa sahip olamayacağından dolayı insanların bu dönemdeki fiziksel, zihinsel ve ruhsal kapasiteleri gibi fonksiyonları tanımlamada yetersiz kalmaktadır (Kalınkara, 2011: 253-254).

2. Fizyolojik Yaşlanma: İnsanın ömründe yaşanan gün sayısına paralel olarak, organlar düzeyinde fonksiyon azalması, dokularda yıpranma ve tahribatın artması, yenilenmenin azalması ve vücuttaki zararlı ürünleri dışı atmadaki yetersizlik fizyolojik yaşlanma olarak tanımlanmaktadır (Birol, Nuran ve Bedük, 1990: 9; Turan, 1990: 13). Fizyolojik yaşlanma kısaca vücut yaşı olarak ifade edilebilir. Fizyolojik yaşlanma; bireyin sağlık durumuna, çevreye, yaşanan zaman ve mekâna göre farklılık göstermektedir (Doğan, 1995: 4).

3. Psikolojik Yaşlanma: Bireyin kendisini hissettiği yaş psikolojik yaş olarak değerlendirilir (Kaya, 1999: 79). Bireyin kendisini yaşlı hissetmesine sebep olan

hayatında meydana gelen değişimlerin bütününe psikolojik yaşılanma denilmektedir (Kalınkara, 2011:104). Hafıza, duygu ve zekâ gibi alanlara işlevsel kayıp olarak yansıyan bu yaşılanma türü gelecek için endişelenme, geçmiş yaşantılara özlem duyma, hayaller ve geçmişte yaşanılmış başarısızlıklar adına üzülmeye biçiminde kendisini göstermektedir (Kaptan, 2013: 2).

Psikolojik yaşılanma hafıza, duygu ve zekâ gibi alanlarda fonksiyonların yitirilmesi şeklinde ortaya çıkarken bunlara geçmişe duyulan özlem, geleceğe duyulan güvensizlik duygusu, kimi zaman da gerçekleştirilemeyen hayaller, ulaşılamayan hedefler ve başarısızlıklar için üzülmeye eşlik edebilir. Bu çerçevede, psikolojik yaşılanma bireyin kendini yaşlı hissetmesi ve bunu kabul etmesiyle yakından ilişkili olduğu söylenebilir (Kalınkara, 2011: 104). Yaşlılık döneminde belirgin olarak görülen geçmişe takılma ve geçmişten kopamama, geleceğe olan güvensizlikten dolayı duyulan korku, üzüntü ve kaygı gibi duyguların tamamı yaşlı bireyde psikolojik bir çöküntüye neden olmaktadır (Giddens, 2008: 2010).

4. Sosyal Yaşılanma: Sosyal yaşılanma, bireyin yaşının ilerlemesi ile toplumdaki rolünün değişmesidir. Bireyin yaşılanması, ailedeki rollerin ve toplumsal yaşamdaki statüsünün değişimini beraberinde getirerek sosyal yönden yaşılanmayı etkilemektedir (Akın, 2006: 96). Yaşlılığın sosyal yönünü inceleme çalışmalarını sistemli bir hale getirmek adına bilim dünyasında “Toplumsal Gerontoloji” adı altında bir bilim yerini almıştır (Kaptan, 2013: 3).

Yaşlılık döneminde birey, ailesi ve çevresi yaşlılık döneminin getirdiğı sorunlarla ve değişen rollerle baş başa kalmaktadır. Bu karşı karşıya kalınan rol ve statü değişimi, aile içi sorunlar, otorite kaybı, arkadaş bulmadaki zorluk, çoğı zaman başkalarının yardımına ihtiyaç duyma sosyolojik yaşılanmanın özellikleri arasında sıralanabilir (Sevil, 2005: 54).

1.2. YAŞLILIK DÖNEMİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ

Yaşlılık; çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik gibi yaşamın gelişimsel dönemlerinden biri olarak anılmaktadır. Bireyin doğduğu andan itibaren geçirmiş olduğu bu evrelerde vücut fonksiyonları ve metabolizmasında yaşanan fizyolojik değişimin yanı sıra psikolojik iyi oluş hali ve sosyal ilişki düzeyinde de değişim yaşanmaktadır. Bu nedenle yaşlılığı bir hastalık olarak değil de kendine özgü fizyolojik ve psikolojik süreçleri

kapsayan bir dönem olarak tanımlamak daha doğru olacaktır. Bu çerçevede çocukluk ve gençlik dönemine geçiş sürecinde olduğu gibi yaşlılık döneminde de kişilerin fiziksel ve psikolojik durumlarında değişiklikler meydana gelmektedir (Yertutan, 1991: 1).

Yaşlı, gençlik ve olgunluk dönemlerinde kazanmış olduğu özelliklere birebir sahip olan kişinin yaşlanmış şekli değildir. Birey yaşlılık ile birlikte hayatının önceki dönemlerinde sahip olduğu özelliklerinden farklı bir hale gelmiştir. Bu sürece bağlı olarak kişinin morfolojisi, fonksiyonları ve psikolojisinde de birtakım farklılıklar meydana gelmektedir. Yaşlılık dönemiyle birlikte kişilerin duygusal ve entelektüel olgunluğunda da değişimler başlamaktadır (Akın, 2006: 12). Emeklilikle birlikte aile yapılarında değişimler meydana gelmesi, yeni sosyal rollere uyum sağlama, ilgi alanlarını geliştirme, aile bireylerine destek sağlama, tecrübelerini bir sonraki nesillere aktarma, kayıpların yarattığı hislerle başa çıkma, yas sürecini zamanla atlatma, kuşaklararası bağları tekrar düzenleme gibi roller yaşlılık döneminde kişiden beklenen görevlerdendir. İlerleyen yaşa bağlı olarak gençlerin yardımına ihtiyaç duyma, ölümün varlığını hatırlama, kabullenme ve ölüm sürecine hazırlık da bu vazifeler arasındadır (Sıdika, 2022: 30).

Bireyin organlarındaki işleyişte, yaşla birlikte görülen değişiklikler bireyin ruhsal halini, çevresine karşı olan tutum ve davranışlarını, fiziksel durum ve sosyal aktivite düzeyini etkileyerek yaşlı bireylerin, aile ve toplumsal alandaki konumunu belirleyen önemli bir faktör haline gelmektedir (Dzlechlaz ve Filip, 2014: 837). Kişi kronolojik yaşa bağlı olarak gelişen yaşlılık dönemine ulaştığını kabul ederse yaşam doyumuna olumlu katkıda bulunur eğer bu dönemin varlığını reddederse üzüntü ve yalnızlık duygusuna karşı savunmasız kalabilmektedir.

Bireyin yaşlanma sürecini nasıl algıladığını ve yaşadığı toplumla ne derece ilişkili olduğunu ifade eden sosyal yaşlanmaya göre her birey toplum içerisinde tanımlanmış rollere sahiptir. Bu rollerin bazıları yaşlılıkla birlikte kaybolurken yerini yeni rollere bırakmaktadır. Uzun yıllar sonucu edinilmiş bir rol ve statünün kaybı veya değiştirilmesi yaşlı bireyler için önemli bir sorun haline gelmektedir. Sorunun çözümü noktası ise büyük ölçüde bireyin, sosyal çevresinde oluşturduğu aktif rollere bağlıdır (İlgar, 2008: 79).

Yaşlılık dönemi, öznel ve kendine has değişim süreçlerini bünyesinde barındırmaktadır. Yaşlılıkta birey, arkadaş ve akrabalarının kaybını yaşayabilir, yetişkin çocukları çeşitli nedenlerle ev ortamından ayrılabilir tüm bunlara ek olarak sağlık sorunlarının da artmasıyla yaşam doyumunun azalması sonucunda yalnızlık duygusuna karşı savunmasız kalabilmektedir (Zakowska Wachelko, 2000: 12).

1.3. YAŞLILIK KURAMLARI

Yaşlılık dönemi çok yönlü olup bu dönemin fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik alanlarının daha iyi anlaşılmasını sağlayan, bu döneme özgü değerlendirmelerin ve çözümlerin doğru bir şekilde yapılmasında etkili olan birçok kuram bulunmaktadır. Bir başka deyişle yaşlılık dönemi tek bir disiplinle açıklanamaz, disiplinler arası yaklaşımı gerektirmektedir. Birden çok kuram olmasının sebebi her disiplinin kendi açısından yaşlılığı açıklamaya çalışmasıdır (Kaygusuz, 2008: 216-219). Bu kuramların en çok bilinenleri ile alakalı aşağıda genel hatlarıyla bilgilere yer verilmiştir.

1.3.1. Yaşamdan Geri Çekilme/Kopma Kuramı

1961 yılında Elaine Cumming ve William E. Henry tarafından geliştirilen yaşamdan kopma kuramına göre yaşlılık; fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan bireylerin geçmişteki rollerinden kopup iç dünyasına yavaş yavaş geri çekilmesi süreci olarak değerlendirilmektedir. Bu geri çekilme yaşlı bireyler için doğal ve kaçınılmaz olarak kabul edilmekte ve buna uyum sağlayan bireylerin ise yaşlılığını huzurlu ve mutlu şekilde geçirdiği savunulmaktadır (Ceylan, 2016: 42).

Yaşamdan geri çekilme kuramına göre; yaşamdan çekilme, aktivitelerde ve ilişkilerdeki gerilemelerin asıl kaynağı sosyal çevre olmayıp bu alanlarda meydana gelen gerilemelerin ve düşüşlerin asıl sebebi yaşlı bireyin kendisinden kaynaklanmaktadır. Bu gerilemelerin nedenleri arasında biyolojik ve ruhsal değişimler yer almaktadır (Tufan, 2016: 149-152).

Bu kurama göre asıl mutluluk bireylerin toplumsal rollerden uzaklaşmasında yattığı düşünülmüştür. Yaşlı bireyler, fizyolojik ve biyolojik olarak güç kaybettiğinden artık yaşamlarını oturarak rahat şekilde geçirmesi gerektiği savunulmuştur. Fakat bu kuram yaşlı bireylerin, toplum tarafından izole olmasına neden olduğundan tartışılmıştır (Ceylan, 2016: 43).

Yaşlılıkla beraber fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlar da artmaktadır. Yaşlı bireyler, bu dönemin özelliklerine uyum sağlamakta zorlanırken bir de toplum tarafından dışlanması yaşlı bireylerin daha fazla çöküntüye uğramasına neden olacaktır. Bundan dolayı bir geri çekilme söz konusu olmamalı sadece rol ve görevlerinde değişimler meydana gelmelidir (Yeşiltepe, 2021: 25).

1.3.2. Aktivite/Etkinlik Kuramı

Yaşamdan kopma kuramına karşıt olarak Robert J. Havighurst, Bernice L. Neugarten ve Sheldon S. Tobin tarafından geliştirilen aktivite kuramının temel düşüncesi toplumsal entegrasyonu ve etkinlik düzeyi yüksek olan bireyler daha mutlu bir yaşam sürmektedir (Şentürk, 2018: 124-125). Bu kurama göre bireyler yaşamını aktif olarak sürdürmelidirler. Kronolojik yaşın artmasına bağlı olarak bireyler pasif hayata geçmemelidirler. Yaşın artmasıyla beraber fizyolojik gerilemeler sadece rollerin ve etkinliklerin değişiminde etkili olmalıdır. Yaşlı bireyler, sadece biyolojik ve sağlık noktasında gerilemeler yaşamalıdır, sosyal ve psikolojik olarak orta yaş etkinliğini sürdürmelidir.

Aktivite kuramı, insanları birbirinden ayıran temel yapının yaş farkı olmadığını, bu farkın etkinlikler ve yararlılıklar olduğunu öne sürmüştür. Yaşlı bireyin mutlu ve başarılı bir yaşam sürmesi için kendisini toplumdan uzaklaştıran, işe yaramazlık düşüncesini körükleyen pasiflik arzusunun ortadan kaldırılması gerektiğini savunmaktadır (Tufan, 2016: 147).

Aktivite kuramının en çok eleştirilen yönü, insanı yansıtmı biçimidir. Kuram sürekli aktif yaşlı insan tipini ortaya koymaya çalışmaktadır ve yaşlı bireylerin aktiflik açısından eşit şansa sahip olmadığı gerçeğini gözden kaçırmaktadır (Tufan, 2016: 147). Ayrıca kuram yaşlı bireylerin önceki yaşamını, sosyo-ekonomik durumunu ve sağlık durumunu göz ardı ettiği için eleştirilmiştir (Cengiz, 2018: 23).

1.3.3. Rol Bırakma Kuramı

Bu kuram Z. S. Blau tarafından geliştirilmiş olup, her bireyin toplumsal bir canlı olabilmesinden kaynaklı, toplumsal temaslar neticesinde kendisi için kimlikler oluşturabildiğini, birey açısından ortaya konulan bu kimliklerin bireyin benlik algısını kendilik halini ortaya koyduğu düşüncesinden yola çıkmaktadır. Birey hayatında ortaya çıkan çok sayıda rol ve statülerden emeklilikle beraber, istemeden

de olsa vazgeçmek vaziyetinde kalmaktadırlar. Eşlerin vefat etmesi, çocukların büyüüp çeşitli nedenlerle evden uzak kalması gibi durumlar da süreç içinde kişinin sosyal ilişkilerine engel koymasına negatif bir ortam hazırlamaktadır (Ersanlı ve Kalkan, 2008: 23).

Rol bırakma kuramına göre, kişiler erişkinlik zamanlarında kazanmış oldukları alışkanlıklardan ve rollerden vazgeçmek yerine öncesinde sahip olmuş oldukları alışkanlıkları ve rollerini sürdürmeyi istemektedirler. Bu bağlamda yaşlı birey, anne-babalık, evlilik ve meslek sahibi olma rollerinden vazgeçmeden rollerini devam ettirmek isteyebilir. Ayrıca bunun yanı sıra emeklilik ve dulluk gibi rollerini kabul etmezler (Işık, 2016: 70).

Fakat yaşlılıkla beraber bireyin emekli olması ve/veya eşlerini kaybetmesi gibi vaziyetler bireyin toplumsal statüsünün farklılaşmasına ve rollerinin değişmesine sebep olmaktadır, netice itibarıyla de yeni yaşama uymakta olan yeni görevleri içselleştirmesini gerekli kılmaktadır (Onur, 1995: 125). Yaşam doyumlarıyla alakalı gerçekleştirilen boylamsal çalışma sonuçlarına göre, yaşlılık dönemindeki insanların çok az sayıda bir bölümünün sosyal yitim duygusu yaşayabildiği veya hiç yitim duygusu yaşamadıkları şeklindedir. Yaşlı bireylerin, ana-babalık veya işlerinden vazgeçmek zorunda kalmaları nedeniyle kaybetmiş oldukları rollerinin yerine uzun zamandır gerçekleştirmek istedikleri şeyleri gerçekleştirmeyi ve özgür kalmayı koydukları görülmektedir.

1.3.4. Süreklilik Kuramı

Süreklilik kuramı R.C. Atchley tarafından geliştirilmiş olup yaşamdan geri çekilme ve aktivite kuramlarının açıklığa kavuşturamadığı özelliklere daha geniş açıdan bakmıştır. Süreklilik kuramı; yaşlılık sürecinde bireylerin geçmişteki rollerinin bazılarını bırakması gerektiğini, bazı rollerinin ise başarılı bir şekilde sürdürülmesi gerektiğini savunmaktadır (Onur, 1995: 126).

Süreklilik kuramı, orta yaş ve yaşlılıkta meydana gelen davranışları gözlemlemekte olup geçmiş ve gelecek arasında bir bağ kurup hangi rollerin devam ettiğine ya da devam edeceğine üzerine odaklanmıştır. Genel çerçevede bu kuram ile yaşamın çocukluktan yetişkinliğe, yetişkinlikten de yaşlılığa bir bütünlük olarak süreklilik arz ettiği savunulmuştur (Kurtkapan, 2019: 41-42).

Bu kuram özellikle önceki rollerinin sürdürülmesi gerektiğini savunmuştur. Fakat yaşa bağlı olarak kişiler istemese de bazı rollere toplum tarafından son verilmektedir. Yaşlı bireylerin bazı rolleri mecburi olarak kaybolmaktadır. Emeklilik yaşıyla beraber yaşlı bireyin çalışma hayatındaki rolleri sona ermektedir. Fakat yaşlı birey bu rolle beraber başka roller geliştirebilir. Buna verilebilecek en güzel örnek büyükanne ve büyükbaba rolüne bu dönemde sahip olmaktır (Şentürk, 2018: 131). Evlilik yaşının yükselmesine bağlı olarak bu dönemde torun sahibi olunmaktadır. Bu da yaşlı birey için tekrar hayata bağlanmasını sağlayan önemli bir durumdur. Böylece yaşlı bireylerin hayatlarında rol ve statüler zamana bağlı olarak değişmekte ya da var olan roller sürdürülmektedir (Ceylan, 2016: 48).

1.3.5. Modernleşme Kuramı

1972 senesinde Cowgil ve Holmes tarafından ortaya konulan bu kurama göre, toplumsal yapıda meydana gelen endüstrileşme ve kentleşmeye bağlı yaşanan değişimle yaşlı bireye bakış açısı değişmiş ve yaşlı bireyin konumu daralmıştır (Akçay, 2015: 34).

Dönemsel olarak meydana gelen değişimler ve dönüşümler yaşlı bireyin hayatını hem olumlu hem de olumsuz yönde etkilemiştir. Yaşlı bireyin pozisyonu sanayi öncesi dönemde saygıdeğer, otoriter olarak tanımlanırken sanayi sonrası dönemde işe yaramaz, yük ve bakıma muhtaç olarak tanımlanmaktadır. Tarihsel çağlarda, çoğunlukla her bir toplum kendi dönemini “altın çağ” olarak anımsatırken sanayi öncesi dönem yaşlı bireyler için “altın çağ” olarak betimlenir.

Modernleşme teorisinin temel tezi,

“...toplum kırsaldan sanayiye doğru hareket ettikçe yaşlıların durumu kötüleşir, kentleşme ve endüstrileşmenin birleşmesi geniş aileye zarar verir ve toplumun temel birimi olarak çekirdek aile geniş ailenin yerini değiştirir ve yaşlı insanları hem aile hem toplumdaki soyutlar” (Şentürk, 2018: 135).

Modernleşmeyle beraber toplumsal yapıda gelişmeler ve dönüşümler yaşanmıştır. Sağlık, eğitim, teknolojik vb. gelişimler yaşanmış aile kurumu ise dönüşüme uğramıştır. Sağlıkta meydana gelen gelişimler sonucu ortalama yaşam

süresi uzamıştır. Aile kurumu ise geniş aile yapısından çekirdek aileye yapısına dönüşmüştür (Kurtkapan, 2019: 41-42).

1.3.6. Eksiklik Kuramı

Eksiklik kuramı; Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ordusuna Birinci Dünya Savaşında yeni subaylar alınması amacıyla yapılan bir çalışma neticesinde ortaya çıkmıştır. Zekâ seviyesinin tespit edilmesinin hedeflendiği bu çalışmada 30 yaş ve üstü bireylerin zekâ seviyesinde yetersizliklerin olduğu tespit edilmiştir (Özgür ve Sabbağ, 2014: 22-23).

1920 yılında Foster ve Taylor tarafından 10-19, 20-30 ve 59-84 yaş aralığındaki bireylerin zekâ düzeyleri incelenmiş ve şu neticeler alınmıştır (Artan, 2018: 52):

- Yaşlı bireylerin hareket yeteneklerinin gençlere oranla yavaş olduğu,
- Yaşlı bireylerin ilgi seviyelerinin gençlere oranla daha az seviyede bulunduğu,
- Yaşlı bireylerin gençlere oranla, uygulamaya daha kapalı olduklarıdır.

Sonuç olarak eksiklik kuramına göre yaşlanmakta olan bireylerde “zihinsel”, “psikolojik”, “toplumsal” ve “iktisadi” yönlerden yitirmeler meydana gelebilmekte ve yaşlanmakta olan birey giderek “eksilmekte olan” bir canlı olarak idrak edilebilmektedir.

Eksiklik kuramı; "yaş ile zekâ", “öğrenme ve tepki” kabiliyetlerini esas alması sebebiyle ruhsal çalışmaların asıl ilgi kaynağı şekline gelmiştir. Fakat yapılan birçok çalışmada eksiklik kuramı; bireylerin yaşlandıkça zekâ gerilemesinin mevzu bahis olmadığı, yaşlandıkça zekâda verimlilik kayıplarının meydana gelmediği yönünden eleştirilmiştir (Artan, 2018: 52).

1.4. YAŞLILIK DÖNEMİNDE GÖRÜLEN SAĞLIK SORUNLARI

Yaşlılık döneminde bireyin yaşına bağlı olarak vücudunda birtakım fizyolojik değişimler ortaya çıkmakta olup ve bu değişimlerin yol açtığı yıpranma ve deformasyon sonucunda bazı sağlık sorunları meydana gelmektedir (Beğer ve Yavuzer, 2012: 1). Ayrıca yaşlı bireylerin bu dönemde rollerinin değişmesi, eş kaybı yaşaması, aile ve toplum tarafından dışlanması, ekonomik yetersizlik, bağımlı ve muhtaç olma gibi

nedenler de yaşı bireylerin psikolojik olarak iyilik halini olumsuz yönden etkilemektedir (Karakaş ve Durmaz, 2017: 34). Gençlik ve yetişkinlik gelişim dönemlerine kıyasla yaşlılık döneminde çok daha fazla sağlıkla alakalı sorunlar ve hastalıkların görülmesi bu dönemin “gerileme veya kayıplar dönemi” olarak nitelendirilmesine, yaşı bireylerin dezavantajlı kılınmasına neden olarak sosyal yaşama ve topluma katılımlarını olumsuz yönde etkilemektedir. İnsanlar yaşlandıkça birtakım fizyolojik, biyolojik ve psikolojik değişimlerle karşılaşsa da insan gelişimi sürekli bir şekilde yani ömür boyu devam etmektedir. Bu nedenle yaşlılık döneminde yaratma becerisinin, bağımsızlığın ve yeterliliğin korunması, geliştirilmesi önem arz etmektedir (Tufan vd., 2018: 51).

Ortalama yaşam süresinin uzun sürmesi yalnızca morbitide (hastalık oranı) ve mortalite (ölüm oranı) açısından değil kişilerin hayat kalitesi yönünden de önemli birtakım sorunlara neden olmaktadır. Yaşlılık döneminde en sık görülen hastalıklar genel olarak fiziksel ve ruhsal sağlıkla alakalı rahatsızlıklar olarak nitelendirilmiş olup hipertansiyon en sık görülen fiziksel rahatsızlık; depresyon, bunama ve intihar ise en sık görülen ruhsal rahatsızlık olmuştur (Ağar, 2020: 42). Bu bağlamda yaşlılık döneminde bireyin yaşamı için tehdit oluşturabilecek hastalıklar arasında; obezite, hipertansiyon, diyabet, inme, kanser, böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), anemi, görme ve işitme bozuklukları, depresyon, demans (bunama), parkinson ve alzheimer gibi hastalıklar yer almaktadır (Brownie, 2006: 110). Yaşlılıkta görülen fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarından bazıları şu şekildedir:

1.4.1. Obezite

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından obezite, insan sağlığını tehlikeye atacak ölçüde vücutta aşırı yağın toplanması olarak tanımlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Vücut kompozisyonunda önemli değişikliklerle ilişkili olan yaşlanma; dinlenme metabolizma hızı (DMH), yiyeceklerin sindirilmesi ve depolanması için gerekli olan enerjinin azalması, fiziksel aktivitelerde azalma görünmesiyle de ilişkilidir (Akbulut, 2008: 13).

Yaşam kalitesinin bozulmasına ve erken ölümlerin görülmesine neden olabilen obezite; diyabet, hipertansiyon ve kanser türlerinin birçoğu için risk etmenidir ve bu tarz tıbbi komplikasyonun prevalansının yaşla birlikte arttığı bilinmektedir (Helvacı vd.,

2014: 5). Obeziteye neden olan hareket eksikliği, aşırı yeme ve fazla vücut ağırlığı gibi risk faktörleri stres ve üzüntüyü azaltmayla, yeterli ve dengeli beslenmeyle kontrol altına alınabilir (Akbulut, 2008: 13).

Türkiye sağlık araştırması sonuçları kapsamında bireyin yaşı, cinsiyeti, boyu ve kilosunu içeren bir formül kullanılarak hesaplanan vücut kitle endeksi incelendiğinde, 2010 yılında 65 yaş ve üstü nüfus grubunda obezite görülme oranının %22.9 iken, bu oran artarak 2019 yılında %29.0 olduğu görülmüştür. Ve obezite oranını yaşlı bireylerin cinsiyetlerine göre olan durumuna baktığımızda yaşlı kadınlarda 2010 yılında %30.5 iken artış göstererek 2019 yılında %36.2 olduğu, yaşlı erkeklerde ise 2010 yılında %15.2 olan oranın 2019 yılında %19.9 olduğu görülmüştür (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2021).

1.4.2. Diyabet

Günümüzde önemli sağlık hastalıklarından biri olarak kabul gören diyabet, vücutta insülin eksikliğinin olması veya kullanımındaki problemlerden dolayı organizmanın karbonhidrat, protein ve yağdan yeterli ölçüde faydalanamadığı, sürekli olarak tıbbi müdahale gerektiren, kronikleşmiş bir metabolizma rahatsızlığıdır. Kronik yaşlanmayla beraber yaşlı bireylerde görülen biyolojik ve fizyolojik değişimler, fiziksel harekette azalma, kalıtsal faktörler, kronik hastalıklar ve hastalıkların tedavisi için kullanılan ilaçlar diyabet hastalığına sebep olmaktadır. Tüm dünyada olduğu gibi diyabet ülkemizde de yaşlı bireyler için önemli bir hastalık olarak görülmektedir. Bu konu hakkında yapılan araştırmalar ülkemizde diyabet rahatsızlığı bulunan yaşlı bireylerin sayısının tüm diyabetli hastaların yaklaşık olarak yarısını oluşturduğu belirlenmiştir (Mercanlıgil, 2019: 60).

Uluslararası Diyabet federasyonunu tarafından yapılan tahminlere göre ülkemizde 2045 yılına kadar olan süre zarfında 20 ile 79 yaş diyabetli birey sayısının yükselerek 11.2 milyona ulaşacağı ve Türkiye'nin diyabetli yaşlı nüfus sıralamasında 8. ülke olacağını tahmin etmektedir (Satman, 2018: 35).

1.4.3. Kanser

Kanser hastalarının yarısından fazlasını yaşlı bireylerin oluşturduğu ve yaşlı bireylerde ikinci sırada ölüm nedeni olarak kanserin görüldüğü bilinmektedir (Karadağ,

2018: 328). Kanser hastalığında erken tanının konulması için gerekli taramaların yapılması gerekmektedir.

Diğer nüfus gruplarında olduğu gibi yaşlı bireylerde de kanser hastalığına bağlı olarak beslenme şeklini ve sıklığını etkileyen birtakım farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Bu farklılıklar alınan besinin yetersiz olması veya çok fazla beslenilme sonucu meydana gelen malnütrisyon rahatsızlığına sebep olabilmektedir. Kanser hastalarının tedavisi için kullanılan kemoterapi ve ışın tedavisinden önce, tedavi esnasında ve sonrasında kanser hastalarının yeterli miktarda beslenememesi, tat ve koku gibi hissiyatlarında azalmanın olması sık görülen şikayetlerdendir (Brownie, 2006: 110).

1.4.4. Depresyon

Depresyon yaşlılık döneminde sık sık karşılaşılabilecek psikiyatrik rahatsızlıklardan biridir. Yaşlılık döneminde artma riski bulunan depresyonun nedenleri arasında; çocukların yetişkin olmaları ve kendi ailelerini kurmaları nedeniyle yaşlı bireylerin yalnız kalması, özellikle eşin hayatta olmaması, emeklilik (statü ve ekonomik kayıp), bağımsızlığın kaybedilip bağımlı hale gelinmesi, kronik hastalık nedeniyle kurum bakımına veya başka bir kişinin yardımına ihtiyaç duyulması, ani şekilde ortaya çıkan sağlık sorunları ve günlük yaşam etkinliklerinde bozulma sayılabilir (Kaptan, 2013: 3).

1.4.5. Demans (Bunama)

Demans dünya genelinde 6 milyondan fazla kişiyi etkilemiş olup demansın etkilemiş olduğu kişi sayısının 2050 yılında 131,5 milyon olması öngörülmektedir. Önemli bir sağlık problemi olan demans; insanların daha duygusal, daha az ilgili ve davranışsal problemlere eğilimli olduğu, kötü fiziksel sağlığa sebep olan ilerleyici bir rahatsızlık olarak kabul edilmektedir (Kalınkara, 2011: 105). Diğer bir deyişle demans; düşünme, anlama, öğrenme, yönelim, karar verme ve dil dâhil olmak üzere bilişsel işlevin birden fazla alanını etkileyen bir bozukluktur (Kaptan, 2013: 3). Kognitif bozukluklar arttıkça rahatsızlığın belirtileri şiddetlenir, bu da hastaneye yatışları ve mortaliteyi artırır. Yaşla birlikte demans riski artmaktadır (Kaptan, 2013: 4).

Demans hastalığı; yaşlı bireylerde kendini gösteren, yaşlı bireyin tutum ve davranışını, düşünme yetisini, hafızasını ve günlük yaşam faaliyetlerin negatif açıdan etkileyen nörodejeneratif bir sağlık sorunudur.

Bireyin depresyonda olması, beslenme alışkanlığının düzensiz olması, yüksek tansiyonun bulunması, aşırı sigara kullanımı, yetersiz ve düzensiz uyku durumları demans için risk etmenleri arasında iken; günlük hayatta fiziksel aktiviteler yapması, sağlıklı bir şekilde beslenmesi ve devamlılığını sağlaması, vücut için gerekli vitaminleri alması ve sosyal faaliyetlere katılması demans için olumlu etmenler arasındadır. Ayrıca alzheimer ve parkinson hastalıkları demans hastalığının görülmesine etki edebilmektedir (Alkan ve Rakıcıoğlu, 2020: 14).

1.4.6. Alzheimer Hastalığı

Yaşlılık döneminde yaygın olarak görülen demansın en sık görülen tipi olan Alzheimer hastalığı; sinsi bir şekilde başlayıp ilerlemenin yavaş olduğu, kişilik ve davranışlarda bozukluğa neden olan, algılama, düşünme ve yargılama gibi bilişsel işlevlerde yetersizliklerin olduğu bir nörodejeneratif hastalığı olarak tanımlanmaktadır (Kalınkara, 2011: 115). Alzheimer hastalığında bireyin yaşı önemli bir risk etmenidir. Yapılan araştırmalara göre Türkiye'deki Alzheimer hastalarının sayısının azımsanamayacak kadar çok olduğu belirtilmektedir (Saka ve Köşeler, 2021: 118).

1.4.7. Parkinson Hastalığı

Dünya genelinde ikinci sırada görülen parkinson hastalığı; hareketlerde azalmanın görüldüğü, titremenin başladığı, dengenin sağlanamadığı, tat ve koku duyularında azalma ya da kayıpların yaşandığı, kabızlık ve uyku bozukluklarının görüldüğü beyin hastalığıdır (Mercanlıgil, 2019: 61).

Yağ oranının fazla olduğu besinlerin tüketilmesi parkinson hastalığı için risk oluştururken B6, B12, D, E, C gibi vitaminlerin yeterli miktarda alınması bu hastalığın görülmesinde önleyici olmaktadır (Saka ve Köşeler, 2021: 119).

1.5. YAŞLILIK DÖNEMİNE ÖZGÜ SOSYAL SORUNLAR

Geçmişten günümüze teknolojinin sürekli olarak gelişmesi ve gelişen teknolojinin sağlık alanına katkı sunması ile birlikte insanların ortalama yaşam süresi uzamıştır. İnsanların yaşam süresinin uzamasının doğal bir sonucu olarak yaşlılık dönemi de uzamıştır. Bireyin emekliliği ile başlayan ve devam eden yaşlılık evresinin uzaması, aile ve çevreden görülen desteğin azalması ve neo-liberal anlayışın sosyal politikalar üstündeki etkileri, kişileri yaşlılık evresinde çıkan zorluklara karşı savunmasız bırakmış

ve kırılganlıklarını artırmıştır (Acar ve Kitapçı, 2008: 81). Bu durum yaşlı bireylerin olağan yaşamlarında; sağlığını yitirme, yalnız kalma, eş veya yakınların ölümü, fiziksel ve ruhsal becerilerini yitirme, ekonomik anlamda yetersiz kalma ve başkalarının yardımı olmadan yaşamını sürdürmede zorlanma gibi bazı sorunlarla karşı karşıya gelmelerine ayrıca çok sayıda disiplinin yaşlı ve yaşlılık dönemini incelemesine neden olmuştur (Sevil, 2005: 123).

Yaşlılık döneminde bireylerin karşılaştıkları sorunları genel anlamda; düşük hayat standartları, geliriz az olmasıyla yoksulluğun yaşanması, sosyal korumanın yetersiz kalması, tek başına yaşamını sürdüren yaşlı birey sayısının artmış olması, elverişli olmayan barınma koşulları, ailenin yaşlı bireye olan bakım ve desteğinin azalması, yaşlı bireylerin ayrımcılığa ve dışlanmaya maruz kalmaları gibi sıralanabilir (Karacan, 2017: 639).

1.5.1. Yoksulluk ve Gelir Azlığı

Yaşlı bireylerin emeklilik dönemiyle birlikte gelirinde düşüş meydana gelmekte ve bu dönemde bireyler yoksulluk ile karşılaşabilmektedirler. Yaşlılık döneminde görülen biyolojik ve fizyolojik farklılıklarla birlikte bedenin kendini yenileme hızı düştüğünden yaşın etkisiyle birçok hastalık ortaya çıkmaktadır. Yaşlılık döneminde görülen hastalıklar, bireylerin azalan gelirlerine rağmen hastalıklarının tedavi edilebilmesi için çok fazla harcama yapmalarına sebep olmaktadır (Kurtkapan, 2019: 39). Ve bu durum bireylerin yaşlılık döneminde ekonomik açıdan zorlanmalarına ve yaşam kalitesinin düşürülmesine neden olmuştur (Ak ve Közleme, 2017: 198).

Her konuda olduğu gibi yaşlı bireyler işe başlama süreçlerinde de ayrımcılığa maruz kalmaktadır. İşe girmeyi başaran yaşlı bireyler ise kaydı olmayan işlerde ya da gelirin daha düşük olduğu tarım gibi alanlarda çalışmak zorunda kalmaktadır. Bu da yaşlı bireylerin yaşamlarını sürdürmelerine yeterli olmayacak gelir elde etmelerine ve ekonomik açıdan yoksulluk yaşamalarına sebep olmaktadır. Aynı şekilde emeklilik ve 65 yaş aylığının yani yaşlılık aylığının yetersiz kalması yaşlı bireyin yoksullaşmasında etkili olan önemli olgulardandır (Danış, 2009: 71).

Ak ve Közleme (2017: 199) tarafından yaşlı bireylerin yoksulluğunun ele alındığı bir çalışmada yaşlı katılımcıların %40'ının borcunun olduğu, %20'sinin ekonomik destek alarak yaşamını devam ettirebildiği, %60'ının birikim yapmakta zorlandığı ve

yaklaşık olarak %80'inin ise maddi açıdan zorlanmaları sebebiyle birçok şeyden kendilerini kısıtladıklarını belirterek emekli aylığını yeterli bulmadığı ortaya konulmuştur.

Yaşlılık evresinde görülen yoksulluk bireyin sadece emekli olunmasından gelirinin azalmasıyla veya çalışma hayatına devam edilememesiyle değil, gençlik ve yetişkinlik dönemlerinde kazanılan gelir ve istihdam gibi olgularla da ilişkilidir. Yaşlılık döneminden önce herhangi bir işte çalışmamış ya da kayıt dışı çalışma alanlarında çalışmış olup herhangi bir sosyal güvencesi bulunmayan bireylerin bu dönemde yoksulluk yaşama ihtimali çok daha yüksektir. Ve bu yoksulluk yaşlı bireylerin sadece yaşam kalitelerini etkilememekte olup aynı zamanda hastalık durumunda yaşlı bireylerin tıbbi hizmetlerden yeterli düzeyde yararlanmamalarına sebebiyet vermekte, yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam şartlarında yaşamalarına maruz kalmaları ve sosyal hayatta aktifliğini azaltmaktadır (Karadeniz ve Öztepe, 2013: 92).

1.5.2. Yetersiz Sosyal Koruma

Emeklilik sistemleri; yasal prosedürler çerçevesinde belirlenmiş yaşı tamamlamış olan ve içerisinde bulunan dönemde istihdama katılmayan ya da katılamayan bireylere yaşamlarını sürdürmeleri için belirli bir miktarda ödeme yapan sistemler olarak tanımlanmaktadır. Yapılan bu tanımlamadan anlaşılacağı gibi emeklilik sistemlerinin yaşlı bireylere sosyal güvence sağlamak, yoksulluğun önüne geçmek ve gelirin adil bir şekilde dağıtılmasına katkı sunma hedefleri bulunmaktadır (Acar ve Kitapçı, 2008: 78). Yaşlı bireylerin yoksullaşmasını engellemek ve istihdamda yer alamayan yaşlı bireylere yeterli miktarda gelir sağlanması için emeklilik sistemleri Almanya'da ilk defa ortaya çıkmıştır (Werbrouck, 2019: 328).

Ülkemizde ise 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu'nun kurulmasıyla modern anlamda emeklilik sistemi oluşturulmuştur. İlk zamanlarda meslek hastalıkları, bireylerin başına gelen iş kazaları ve doğumun gerçekleşmesiyle doğum izni sigorta kapsamındayken zamanla diğer sağlık hastalıkları ve yaşlı aylıkları da sigorta kapsamına alınmıştır. Ancak yaşlı nüfusunun tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artış göstermesiyle sosyal güvenlik sisteminde ekonomik anlamda sorunlar görülmüş ve bu sebepten ötürü 1999 ve 2008 yıllarında çeşitli yenilikler yapılarak emeklilik yaşı

kademeli olarak artırılmış ve emekli aylığının hesaplanma şeklinde değişiklikler yapılmıştır (Sarica, 2019: 478-482).

Ülkemizde yaşlı bireylerin yaşamış olduğu yoksulluk Avrupa Birliği (AB) ülkeleri ile karşılaştırıldığı zaman daha ciddi boyutta olduğu görülmektedir. Buradan hareketle ülkemizdeki emeklilik sisteminin yeteri kadar kapsamlı olmadığı ve yaşlı kesimin almakta olduğu emekli aylıklarının kendilerine yetersiz sosyal koruma sunduğu iddialarını güçlendirmektedir (Sarica, 2019: 479).

Gelişmiş ve temel sosyal problemlerini refah sistemleri ile çözüme kavuşturan ülkelere baktığımız zaman onlarda bile yaşlı bireyler üretici konumunda olmadıklarından ötürü dışlanırken, genç bireylere dâhil hizmetlerin sağlanması noktasında yetersiz kalan gelişmekte olan ülkelere sahip olunan kaynakların yeterli olmamasından dolayı yaşlı bireyler tamamen göz ardı edilmekte, sosyal yaşam içerisinde yalnız bırakılmakta ya da aile, akraba ve komşu gibi destek sağlayabilecek kişilere bırakılmaktadır. Ülkeler, kendi geçimini sağlama noktasında yetersiz kalmayan yaşlı bireylere ve ailelerine herhangi bir destekte bulunmayıp sadece ekonomik açıdan zorluk yaşayan yaşlı bireylerin yoksulluklarının etkisini azaltabilecek sınırlı şekilde kaynak aktarımında bulunmaktadır (Kalaycıoğlu, Tul, Küçükural ve Cengiz, 2003: 20-22).

1.5.3. Aile Yanında Bakımın Azalması

Sanayileşmenin bir sonucu olarak görülen modernleşme ile beraber bilim, teknoloji ve idari alanlarda değişimlerin görülmesiyle ekonomi, hukuk ve din alanlarında başta olmak üzere aile hayatında da geçmiş zamana göre farklılıklar olmuştur (Kongar, 2000: 24).

Sanayileşme ve modernleşmeye bağlı olarak sosyal ve ekonomik alanlarda gelişmelerin yaşanması ile toplumun var olan yapısının değişmesi, eğitim, sağlık gibi kamu hizmetlerinin ve iş olanaklarının yetersiz olduğu kırsal alanlardan kente doğru göçün yaşanması, geleneksel aile yapısından çekirdek aile yapısına geçilmesi ve kadının iş hayatına katılması ve benzeri etmenlerden dolayı yaşlı bireyin bakım ve ihtiyaçlarının kim tarafından karşılanacağı belirsizliği yaşlı bireyin bakımının bir “sorun” olarak gündeme gelmesine neden olmuştur (Karacan, 2017: 637).

Tarım ve hayvancılık gibi üretime dayalı yaşam şeklinin yerini tüketici temelli yaşam şeklinin alt yapısını oluşturan sanayileşme ve teknolojik gelişmelerin almasıyla toplumun en küçük yapı taşı olarak nitelendirilen aile kurumunun parçalanmasına ve küçülmesine neden olmuştur. Bu değişiklikler doğrultusunda geleneksel aile ve toplum yapısında saygın, bilgi ve tecrübeleri önemsenen, yol gösterici olarak görülen yaşlı bireylerin konumu modernleşme sonucunda pasif, işe yaramaz ve yük olarak görünmeye başlanmıştır (Görgün Baran, 2005: 50).

Ülkemizde toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfusunun sürekli olarak artmasına ve toplumsal dayanışmanın yetersiz olduğu şehirlerde yaşamayı sürdüren yaşlı sayısının fazla olmasına rağmen devletin yaşlı bireyin bakım ve barınmasının sağlanması noktasında sorumluluğunu artırmayarak yaşlı bireyin ailesinin yanında bakımının sağlanmasını ön plana çıkarmaktadır (Ağcasulu, 2021: 175).

1.5.4. Bakım Hizmetlerinin Yetersizliği

Modernleşme kuramına baktığımız vakit bu kuram toplumun gittikçe modernleşmesiyle birinci dereceden akrabalar ile özellikle de anne, baba ile yakın ve samimi ilişkilerin mevcut olduğu geleneksel aile yapısının parçalanarak çekirdek ile yapısına dönüşeceğini ve kendi ayakları üzerinde durmakta zorlanmayan çocukların yaşlı ebeveynlerinin bakımını üstlenmeyeceğini ileri sürmektedir (Sılaydın, 2008: 99). Bununla beraber yaşlı nüfus içerisinde bakıma en çok ihtiyaç duyan ve riskli yaş grubu olarak değerlendirebileceğimiz 80 yaş ve üzeri yaşlı nüfus artış gösterirken, bu yaşlı nüfusun bakımı sağlayan ve ihtiyaçlarını karşılayan aile üyelerinin sayısı gittikçe düşüş göstermektedir (Kalaycıoğlu vd., 2003: 22). Netice olarak sosyal ve nüfussal yapıda görülen farklılaşmalar yaşlı bireyin bakımını bir problem alanına dönüştürmektedir.

Bakım ihtiyacı olan ancak kendisine bakabilecek hiç kimsesi bulunmayan ve ekonomik durumu kendisinin bakımından sorumlu bir bakıcı tutmaya yeterli olmayan yaşlı bireylerin onurunu koruyan ve Birleşmiş Milletler tarafından belirlenen yaşlı prensiplerinden bağımsızlık ilkesine uygun bir şekilde hayatlarına devam etmeleri için yeterli desteğin sağlanması sosyal devletin yerine getirmek zorunda olduğu bir vazifedir (Genç ve Barış, 2015: 39-40).

Bağımsızlık ilkesi yaşlı bireylerin; aile, akraba ve sosyal çevre tarafından desteklenmelerini, yaşlı bireylerin gereksinimlerine uygun bakımdan faydalanmalarını,

hayatlarını kimseye bağı kalmadan sürdürebilecek ancak ihtiyaç duyulması halinde faydalanabilecekleri uygun sosyal hizmet modellerini ve kanuni düzenlemeleri desteklemektedir. Birleşmiş Milletler Yaşlı Prensipleri; yaşlı bireylerin bakım ihtiyaçlarının karşılanması noktasında öncelikli olarak aile yanında bakımın desteklenmesini, kurum bakımını ikinci seçenek olarak değerlendirilmesini ve kurumda yaşamlarını sürdüren yaşlı bireylerin gereksinimlerine, inanç ve görüşlerine, mahremiyet alanlarına ve kararlarına saygı duyulması gerektiğini vurgulamaktadır (Genç ve Barış, 2015: 39-40). Yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına uygun konut ve yaşam alanlarının inşa edilmesi ve yahut yaşlı bireylerin ikametlerinin bulunduğu yerde desteklenmeleri yaşlı bireylerin hem yaşamını idame ettiği yerde yaşlanmasını hem de bakım ve sağlık alanlarında giderlerin azaltılması için önemlidir.

1.5.5. Yaş Dayalı Ayrımcılık ve Kalıp Yargılar

Bir kimseye yaşından dolayı diğer kişilere davranıldığı gibi davranılmama ve ayrımcı tutumda bulunma olarak tanımlanan yaşa dayalı ayrımcılığın altında yatan sebep yaş ile alakalı negatif düşünceler eğilimidir. Bu yönden genç ve yaşlı bireyler yaş ayrımcılığına en çok maruz kalan popülasyon gruplarıdır (Çayır, 2012: 3-8). Toplum açısından gençler yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olmayan, rasyonel şekilde düşünemeyen ve davranamayan kişiler olarak görüldüğünden fikirleri dikkate alınmamaktadır. Yaşlı bireyler ise; günümüz olaylarını geçmiş yaşantıları ile bağdaştırıp yetersiz bakış açısıyla anlamlandırdıkları, unutkanlıkları, mantıksal olarak düşünemedikleri ve karşılaştıkları olaylara daha duygusal bakmaları sebebiyle alıngan olmaları gibi nedenlerle düşüncelerinin yeterince önemsenmemesine ve ayrımcılığa maruz kalmalarına neden olmaktadır (Çayır, 2012: 3-8).

Yaşlı bireylerin maruz kaldığı yaşa dayalı ayrımcılığın bir diğer nedenleri arasında ölüm korkusu da bulunmaktadır. Yaşlı bireylerin içinde bulundukları dönemin ölümden önceki son dönem olduğunu bilmeleri ve bu evrede başka sağlık sorunlarının görülmesi ve artması nedeni ile yaşlı bireylerde zihinsel ve bedensel yetersizlikler ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle yaşlılar ölüm ile bağdaştırılmaktadır. Bir başka yönden dış güzelliğin ve cazipliğin öne çıkmasında etkili olan medya aracılığıyla bu özellikleri yitirdiği savunulan yaşlıların dışlanmasına sebebiyet vermiştir (Demez, 2012: 516).

Yaşlı bireylerin karşılaştıkları ayrımcılık; hasta, vasıfsız, bağımlı, yük ve muhtaç olarak damgalanma, kendileri ile alakalı konularda kara verme ve seçim yapma yetkinliğinin olmadığını düşünme, dikkate alınmama, sosyal hayattan dışlanma, ihmal ve istismara maruz kalma ve benzeri şekillerde görülebilmektedir (Buz, 2015: 270).

Fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarının görülme olasılığının yüksek olduğu yaşlılık döneminde her bireyin sağlık açısından sorun yaşayacağı, başka birinin bakım ve desteğine ihtiyaç duyacağı anlamına gelmemektedir. Hatta yaşlılık döneminde çocukları ve yakınlarına maddi ve manevi sosyal desteğini esirgemeyen, bir başkasına ihtiyaç duymadan yaşamını sürdüren ve toplumsal yaşamda aktif rol alan yaşlı sayısı da hayli fazla bulunmaktadır.

Yaşlı bireylerin ailesi ve sosyal çevresi tarafından ötekileştirilmesi durumunda fiziksel, ekonomik ve sosyal anlamlarda ihmal ve istismara maruz kalma olasılıklarını artırmaktadır. Örneğin; aile yaşlı bireyin ekonomik olarak kendini yönetme konusunda eksik kalacağını düşünerek maaşına, menkul veya gayrimenkul mallarına el koyabilmektedir ya da yaşlı bireyin kendisini ilgilendiren konular hakkında düşüncesi önemsemediğinden fikrini almayabilmektedirler.

Yaşlı bireyler günlük ve sosyal yaşamları haricinde istihdam alanında da ayrımcılığa maruz kalabilmektedirler. Yaşlı bireylerin çevik olmadıkları, kendilerini artık geliştiremeyecekleri, takım şeklinde çalışamayacaklarını, sürekli hastalanıp izin kullanacakları şeklindeki önyargılarla karşılaşma durumları olduğundan, bu önyargılar yaşlı bireylerin istihdama girmelerini, çalışmış olduğu alanda yükselmelerine engel olmaktadır (Baybora, 2010: 19).

1.5.6. Sosyal İzolasyon ve Yalnızlık

Sosyal izolasyon kavramı bireyin sosyal yönden kendini bir yere ait olma hissini kaybetmesi ve toplumun başka üyeleriyle bağlantısının olmaması olarak tanımlamak mümkündür. Sosyal izolasyon kavramı acizlik, uzaklaşma, manasızlık, soğukluk ve hiçlik duygularını içinde barındırmaktadır. Yalnızlık kavramı ise, bireyin sosyal açıdan ilişki kurabileceği ağların yetersiz olmasından ya da olmamasından ortaya çıkan rahatsızlık veren, olumlu olmayan ve subjektif bir durum olarak açıklanabilir (Görgün Baran, 2008: 80). Yalnızlık bireyin arzu ettiği ve yaşadığı ilişki ile uyum

sağlayamaması sonucunda ortaya çıkan olumsuz bir histir (Akbaş, Yiğitoğlu ve Cunkuş, 2020: 4543).

Yaşlı bireyin ailesiyle, arkadaşlarıyla, yakınlarıyla ve sosyal çevresiyle olan ilişkileri, kendisinin hastalık durumu, bağımlı ve muhtaç olmama, moral durumu, ekonomik koşulları, dini inanç ve düşünceleri, ruh hali, yaşamını idame ettirdiği çevre ve çevrenin sunmuş olduğu aktiviteler yaşlı bireylerin sosyal izolasyon ve yalnızlık duygularını yaşamalarına ve hayat kalitelerinin etkilenmesine sebep olabilmektedir.

Ayrıca yaşlılık döneminde bireyin fizyolojik yapısında birtakım değişikliklerin görülmesi, sürekli bir hastalık hali, emeklilik durumu, eşin yaşamını yitirmiş olması, çocukların evlenerek evden ayrılması, toplumsal rol ve sorumlulukların azalması ve ekonomik açıdan kayıpların yaşanması gibi durumlar yaşlı bireylerin sosyal ilişkiler kurma imkân ve motivasyonunu azalttığından sosyal izolasyona maruz kalmalarına sebebiyet vermektedir. Tüm bu durumlara ek olarak toplumsal yapıda hızlı bir şekilde sürekli olarak değişimlerin yaşanması yaşlı bireylerin yaşlılık döneminde görülen değişimlere uyum sağlamasını güçleştirdiğinden yalnızlık ve sosyal izolasyon duygusunu çok daha fazla yaşamalarına neden olmaktadır (Akbaş vd., 2020: 4542).

Bireylerin cinsiyet durumları, çocuk sahibi olup olmamaları, hastalık durumları ve benzeri sosyo-demografik nitelikler yaşlılık döneminde yaşanması muhtemel sosyal izolasyonu ve yalnızlığı etkilemektedir. Eş kaybı yaşayan ve sonraki yaşamına tek başına devam etmek zorunda kalan kadın bireylerin erkeklere oranla daha fazla olması kadın bireylerin çok daha fazla sosyal izolasyon ve yalnızlığa maruz kalmalarına sebep olmaktadır. Ayrıca sosyal izolasyonu ve yalnızlığı önlemede çocuk, arkadaş ve yakınlar da önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle arkadaşları ve yakınları ile bağı kopmayan, çocukları ile iletişim halinde olan yaşlı bireylerin tersi durumu içerisinde olan yaşlı bireylere göre daha avantajlı konumdadır. Bağımsız bir şekilde karar alıp uygulayamayan veya birtakım hastalıkları olan yaşlı bireylerin bağımsız ve sağlıklı olan yaşlı bireylere göre kendilerini daha çok yalnız ve kısıtlanmış olarak hissetmektedir. Bir diğer yandan sosyal izolasyona maruz kalan ve yalnızlık duygusunu daha yoğun yaşayan yaşlı bireylerin psikolojik hastalıklar ilk sırada olmak üzere sağlık rahatsızlıklara karşı çok hassas oldukları ifade edilmektedir (Görgün Baran, 2008: 85).

Yaşlı bireylerin alışık olduğu sosyal çevrenden ve yaşamlarının çoğunluğunu geçirdiği evlerinden ayrılarak çocuklarının yanında veya huzurevinde yaşamak zorunda kalmaları onların komşularından, arkadaşlarından uzaklaşmalarına böylelikle sosyal izolasyon ve yalnızlık yaşamalarına sebep olabilmektedir (Akça ve Şahin, 2008: 191). Diğer yandan huzurevinde yaşamlarını sürdüren yaşlı bireylerle yapılan bazı çalışmalarda yaşlı katılımcıların tek başına kalmayıp yalnızlık duygusunu yaşamamak için huzurevinde kalma istediği ortaya konulmuştur (Kahraman, Zincir, Erten ve Özkan, 2011: 10).



İKİNCİ BÖLÜM

YAŞLILARDA ÖLÜM KAYGISI

Çalışmanın ikinci bölümünde; yaşlılarda ölüm kaygısı kavramından yola çıkarak ölüm kaygısı ve korkusu, ölüm kaygısı ve korkusu arasındaki fark, ölüm kaygısını etkileyen faktörler, yaşlılarda ölüm kaygısını etkileyen faktörler ve yaşlılık döneminde ölüm kaygısına teorik yaklaşımlar başlıkları ele alınmıştır.

2.1. YAŞLILARDA ÖLÜM KAYGISI

Yaşlı bireylerin biyo-psiko-sosyal işlevselliğini etkileyen unsurlar arasında ölüm kaygısı yer almaktadır. Kaygıya sebep olan ölüm her zaman ve her yerde başımıza gelebilecekken yaşlılık döneminde kaçınılmazdır. Bir başka anlamıyla ölüm hayatın kaçınılmaz bir yönü olup yaşlı bireyler ona yaklaştıkça, kolayca endişe, azalan güvenlik duygusu ve hatta güçlü korku yaşayabilirler (Karakuş vd., 2012: 43). Ruh sağlığı alanında bu zihinsel duruma ölüm kaygısı denir. Ölüm kaygısı, insanların ölümle tehdit edildiğini hissettiklerinde tetiklenebilen bir savunma mekanizmasından kaynaklanan bilinçli ya da bilinçsiz bir psikolojik durumdur (Kesebir, 2014: 18). Bu açıdan yaşlı bireylerde ölüm kaygısını daha iyi anlayabilmemiz için ölüm kaygısı ve korkusu ele alınarak ikisi arasındaki fark ortaya konulmuştur.

2.1.1. Ölüm Kaygısı

Ölüm kaygısının birçok tanımı mevcuttur. Bu tanımlamalardan birine göre ölüm kaygısı, insan ömrünün sonlanacağına dair olumsuz duygu, tutum ve davranışlarıdır. Başka bir tanıma göre ise bireyin ölüm gerçeği ile yüzleşmesi neticesinde görülen kaygı durumudur. Yapılan tanımlamalar doğrultusunda ölüm kaygısı; her bireyde kendisini hissettiren, yaşanan bütün korkuların kaynağı olarak ifade edilen, insanın bir daha var olamayacağını, kendini ve dünyayı yitireceğini, bir hiç olacağını düşünmesi sonucunda ortaya çıkan bir duygudur (Esen, 2015: 70).

Günlük hayatta ölüm korkusu olarak tezahür edilen şey aslında ölüm kaygısıdır. Ölüm kaygısının en görünür psikolojik boyutu ölüm korkusu olarak tanımlanmaktadır (Karakuş vd., 2012: 43). Yok olma riskiyle karşı karşıya kalan insan, durumu doğal bir süreç olarak görmek yerine, ne olacağını ve sonunu bilmediği bu doğal süreçten korkar ve ölüm ile korku sözcüklerini birleştirir (Karakuş vd., 2012: 43). "Korkudan öldü"

ifadesi bu görüşü desteklemektedir. Kaygı, var olamama riski ya da sevilen birisinin var olmadığı düşüncesiyle oluşmaktadır (Karaca, 2000: 72).

Ölüm kaygısı genellikle travmatik bir durumdan sonra ortaya çıkabilmektedir. Yas sürecinden sonra yoğun endişe olarak hayatı negatif etkileyebilmekte ve hatta toplumsal hayata devam etmeyi güçleştirebilmektedir.

2.1.2. Ölüm Kaygısının Bileşenleri

Ölüm kaygısının; duygusal, bilişsel ve motivasyonel olmak üzere üç ana bileşeni bulunmaktadır (Nia, Letho, Ebadi ve Peyrovi, 2016: 2):

1. **Duygusal Bileşen:** Kişinin varlığına yönelik bir riskin ortaya çıkması, insan beyninin duygusal hafıza kısımlarının aktivasyonuna sebep olmaktadır (Nia vd., 2016: 2).
2. **Bilişsel Bileşen:** Ölüm endişesinin bilişsel boyutları, ölüm süreciyle ilgili öğretiler ya da görüşler ve düşünceler, ölenle ilgili düşünceler, ölümden sonraki bedenle ilgili düşüncelerdir (Nia vd., 2016: 2).
3. **Motivasyonel Bileşen:** Ölüm korkusu ve ilgili savunma mekanizmalarının kişinin davranışını etkilediği ve hayat için güdülenme oluşturduğu şeklindedir (Nia vd., 2016: 2).

2.1.3. Ölüm Korkusu

Ölüm olgusuyla alakalı yapılan incelemeler, ölüm kaygısının temelinde ölüm korkusunun bulunabileceğini ve ölüm korkusunun çok boyutlu bir terim olduğunu göstermektedir. Araştırmalarda en sık dile getirilen ölüm korkusu boyutları; belirsizlik korkusu, sevdiklerini kaybetme korkusu, kişisel kimliğini kaybetme korkusu, ölüm sonrası ceza (tecziye) korkusu, geride kalanlar için endişe, kontrolü kaybetme korkusu, acı korkusu, korkmak, bedensel kayıp ve yıkımdır (Nia vd., 2016: 2). Bu boyutları özetlemek gerekirse (Karaca, 2000: 72):

1. Belirsizlik Korkusu: Belirsizlik en mühim korkulardan biridir, aslında beklenmedik ve kontrol edilemeyen bir durum sonucunda ortaya çıkmaktadır. Tehlike karşısında dikkatsizce yakalanmak bu sonuca yol açabileceğinden, tehlike karşısında duyulan korku duygusuna karşı uyarıda bulunulması doğal karşılanmaktadır. Bu tür bir korkuyu sağlıklı bulduğumuz için belirsizliğin korku yaratması doğal karşılanabilir

fakat dayanılmaz bir rahatsızlığa neden olduğunda belirsizlik insanın tüm gücünü yitirmesine neden olabilmektedir. Güvensizlik, korku ve halsizliğe karşı pek çok kudretli savunma mekanizmasını işe yaramaz hale getirmektedir. İnsanlar ileriye düşünerek ve olasılıkları planlayarak korkutucu bir duruma hazırlanır; bu süreç korkuyu azaltmaya ve kontrol etmeye yardımcı olmaktadır. Güvensizlik bunun olmasını engeller; plan yapmak durumu kontrol etmek için kullanılamaz (Arpacı, Avdaş, Doğruöz ve Sarıdoğan, 2011: 53).

2. Bedenini Kaybetme ve Yok Olma Korkusu: Herhangi bir nedenle önemli bir vücut parçasını kaybetmek utanç, küçüklük, eksiklik ve özgüven düşüklüğü gibi birçok olumsuz düşünceye neden olmaktadır (Karaca, 2000: 72). Ölümle beraber tüm vücudunun yok olduğuna inanan bir birey için ölüm, pek çok korku ve kaygıya yol açabilecek bir durumdur (Hökelekli, 2008: 58).

3. Acı Duyma Korkusu: Ölüm korkusunun, ölümün acı verici bir olay şeklinde gören ve öyle olduğuna inanan insanlarda ortaya çıkabileceği düşünülmektedir. Genel olarak, ölümün hastalığı takip etmesi, ölüm ve hastalık arasında bağlantıya sebep olmuştur. Hasta, ızdırap çeken ve organlarından birini kullanamayan kişi manasına geldiği için, ölüm olgusu acı verici, rahatsızlık gibi görülmektedir (Karakuş vd., 2012: 44).

4. Yalnızlık Korkusu: Evde ailesi ve sevdikleriyle birlikte ölen insanlar günümüzde genellikle sağlık kuruluşlarında, huzurevlerinde ya da bakımevlerinde ölmektedir. Bu, akrabaların ve arkadaşların, genellikle gözden uzakta ve aile büyüklerine olan ilgisizlikleri onların manevi bakımdan ölmeleri anlamına gelmektedir. Kişi hastalandığında kendisini ve çevresinden soyutlanmış hisseder. Çoğu durumda, bu, kendine yabancılaşma ile pekiştirilir. Bu süreksizlik ölümde belirgindir. Bu nedenle kişi depresyona girmeye başlar. Bu depresyon, sevilen birini kaybettiğinde yaşanan depresyonun aksine, diğer insanlara doğal bir ihtiyaç duymamaktan kaynaklanmaktadır (Hökelekli, 2008: 58). Yani önce ölümle yüzleşmekten, sonra kişiler tarafından itilmekten duyulan yoğun bir korkudur (Kamçı, 2015).

5. Yakınlarını Kaybetme Korkusu: Eşinin, çocuğunun, ebeveyninin, akrabasının veya arkadaşının ölümü, değerli bir eşyayı bile kaybetmekten korkan ve hazırlanmaya çalışmakta olan insanda büyük bir üzüntüye neden olmaktadır. İnsanlar

akrabalarını kaybetmekten ve onlarsız hayat sürmekten korkar ve endişelenirler (Kamçı, 2015).

6. Denetimi Kaybetme Korkusu: Herhangi bir hastalığın veya ölümcül rahatsızlığın ileri aşamalarında ego, beden üzerindeki kontrolünü kaybetme tehlikesi görür ve insanda kaygı ve korku artmaktadır (Hökelekli, 2008: 58).

7. Kimlik Duygusunu Kaybetme Korkusu: İlişkilerin kaybedilmesi, akraba ve arkadaşların kaybedilmesi, bireyin kişiliğinin kontrolünü kaybetmesi gibi durumlar, bireyin kimliği ile ilgili problemler yaşamasına neden olabilir (Karakuş vd., 2012: 44). İnsanlarla ilişkiler, kim olduğumuzu ve bir ailemiz olduğunu sürekli hatırlatırken, beden ve zihinle temas, bir benliğimiz olduğunu devamlı olarak hatırlatmaktadır (Kamçı, 2015).

8. Gerileme Korkusu: Ölümün yaklaştığı fikrine kapılan insan, gerileme çağına girdiğini düşünmekte ve korkmaktadır (Karakuş vd., 2012: 44).

9. Ölüm Sonrası Cezalandırılma Korkusu: Kimi dini öğretilerde insanın öldükten sonra cezalandırıldığına ve işkence gördüğüne inanılmaktadır (Kamçı, 2015).

2.1.4. Ölüm Kaygısı ve Korkusu Arasındaki Farklar

Ölüm kaygısı ve ölüm korkusu kavramları genel olarak birbirlerinin yerine kullanılan kavramlar olmakla birlikte yapılan literatür taramasında ölüm kaygısı ve ölüm korkusu kavramlarının aslında birbirinden farklı anlamlara geldiği çalışmalar da görülmüştür (Erdoğan ve Özkan, 2007: 173).

Ölüm kaygısı ve korkusunu ayıran esas nokta ölüm kaygısı bireye tamamen hiçlik düşüncesini hatırlatırken, ölüm korkusunda birey ölümün korkunç olduğu inancındadır. Bu iki kavramı birbirinden ayıran ve temel hatlarını belirleyen öğeler ölüm kaygısında hiçlik var iken ölüm korkusunda gerçek bir tehlike söz konusudur. Korkuda gerçek ve net bir nesne var iken kaygıda bu durum tam tersidir. Bu açıdan ölüm kaygısında öngörülme bir hiçlik hali olduğu için ölüm kaygısı insanın güvensizlik duygusunu tetikleyecektir (Okutan ve Akbaş, 2019: 36). Yani korku, kaynağı veya nesnesi belli olan bir şeye karşı hissedilen duygu olarak açıklanırken; kaygı, kaynağı veya nesnesi belli olmayan şeye yani “yok” olana karşı hissedilen duygu olarak açıklamıştır. “Var”

olan bir şeye karşı hissedilen korku ile “yok” olan bir şeye karşı hissedilen korku birbirinden farklıdır (Yalom, 2014: 13).

Korkuyu akılcı veya akıldışı, gerçekçi veya gerçekdışı şekilde tanımlamak mümkündür. Eğer bir korku, mantık çerçevesinde açıklanabiliyor ve objektif bir gözleme dayandırılabilirse gerçekçi; aksine çıkarımlar hatalı ve temellendirmeler konusunda eksiklikler barındırıyorsa gerçekdışı olarak tanımlanmaktadır. Kaygıya bakıldığında ise korkunun tam aksine gerçekçi veya gerçekdışı şeklinde sınıflamak mümkün değildir (Beck ve Emery, 2015: 35).

2.1.5. Ölüm Kaygısını Etkileyen Faktörler

Her bireyin ölümden ve ölüm kaygısından etkilenme biçimi birbirinden farklılık göstermektedir. Ölüm olgusuna bağlı olarak ölüm kaygısında bazı değişkenler etkili olmaktadır. Bu sebeple bu değişkenlerin bazılarının yapılan araştırmalar çerçevesinde açıklanması, ölüm kaygısının nedenlerini ortaya koymada faydalı olacaktır. Alan yazın incelendiğinde ölüm kaygısıyla ilişkili yaş, cinsiyet, dindarlık, kişisel deneyimler gibi birçok değişken olduğu görülmektedir. Buna karşın, yapılan araştırmaların sonuçları oldukça farklılık gösterebilmektedir. Örneğin bazı araştırmaların sonuçlarına göre cinsiyet değişkeni belirleyici bir faktör değilken bazı araştırmalarda ise belirleyicidir (Tanhan, 2007: 25).

2.1.5.1. Cinsiyet ve Ölüm Kaygısı

Alan yazın taramasında cinsiyet ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi araştıran birçok çalışmanın var olduğu görülmektedir. Bazı çalışmalarda cinsiyetin ölüm kaygısı açısından belirleyici bir etken olmadığı saptanmışken bazı çalışmalar cinsiyetin belirleyici olduğunu ortaya koymuş ve kadınların ölüm kaygısı düzeylerinin erkeklere oranla daha yüksek çıktığını savunmuştur (Erdoğan ve Özkan, 2007: 173). Bazı araştırmalar da erkeklerin ölüm kaygı düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Erdoğan ve Özkan, 2007: 173).

Koç (2003: 12), kadınların ölümü erkeklere göre daha fazla düşündüğünü ortaya koyarken bunun nedenini erkeklerin duygularını daha az belli etmeleri ve toplum içinde daha dışa dönük davranmaları olarak açıklamıştır. Cinsiyete dayalı bu farklılıklarda kadınların ölüm kaygısı düzeylerinin daha yüksek çıkmasının sebebi, kadınların kaygı durumlarını sözel olarak ifade ederken; erkeklerin genellikle sözsüz ifade şekline

eğilimli olmaları olarak açıklanmaktadır. Bir başka deyişle, ölüm kaygısının cinsiyet değişkeni açısından farklılık göstermesi cinsiyetler arasındaki dil kullanım şeklinin farklılığından kaynaklanması olabilir (Assari ve Lankarani, 2016: 8).

2.1.5.2. Yaş ve Ölüm Kaygısı

Ölüm kaygısı ve yaş birlikte ele alındığında alan yazındaki araştırmalarda çeşitli sonuçlara rastlamak mümkündür. Bazı çalışmalar bireyin ölüme yaklaşmasının ölüm kaygısını arttıracaklarını savunurken bazıları ise yaşlı bireylerin ölüme kendilerini daha fazla hazırladıkları için ölümü kabullendiklerini ancak ölüm anında neler olacağı ile ilgili kaygılar yaşadıklarını göstermektedir (Cicirelli, 2002: 359). Analitik psikolojinin en büyük temsilcisi ve kurucusu olan Jung (2006: 15) da ölüm ve ölüm kaygısı kavramları ile yakından ilgilenmiş ve ölüm kaygısının yaş ilerledikçe ilginç şekilde arttığını ve yaşlıların bu sebeple kendilerini ölüme hazırladıklarını vurgulamıştır.

Alan yazında ölüm kaygısı ve yaş değişkeni arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığını ortaya koyan birçok araştırma bulunmakla birlikte sayıca az olsa da bazı çalışmalarda gençlerdeki ölüm kaygısı düzeyinin yaşlılara göre daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (Erdoğan ve Özkan, 2007:173). Yaş farkından ortaya çıkan farklar, genellikle araştırmalardaki çalışma gruplarının çok hasta olması veya çok yaşlı olması ile açıklanmıştır (Chuin ve Choo, 2009: 45).

Ölüm kaygısı ve yaş değişkeni arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yaptıkları çalışmalarında Suhail ve Akram (2002: 28), yaşlı erkek ve kadınların ölüm kaygısı puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken; genç erkeklerin ölüm kaygısı puanlarının genç kadınların puanlarına göre daha düşük olduğunu ortaya koymuşlardır. Bir başka deyişle, ölüm kaygısı ve yaş değişkenini incelenirken cinsiyet değişkeni de ele alındığında, genç katılımcılardan erkeklerin ve kadınların ölüm kaygısı düzeylerinde farklılıklar olduğu görülmektedir.

2.1.5.3. Dindarlık ve Ölüm Kaygısı

Özellikle yaşlı bireyler, hayatlarının son dönemlerinde ölüm ve hastalık gibi durumlarla yüzleşmek zorunda kalmaktadırlar. Artan hastalıkların ve hayatı zorlaştıran çeşitli unsurlarla baş etmenin en önemli yollarından biri dini inançtır (Cicirelli, 2002: 360).

Ölüm kaygısı ve dini inanç arasındaki ilişki değişkenlik gösterse de bireyler dini pozitif ve negatif anlamda bir baş etme yöntemi olarak kullanabilmektedir. Dini pozitif bir baş etme şekli olarak kabul eden bireyler, karşılaştıkları güçlüklerin Tanrının bilgisi dâhilinde ve onun bir planı olduğunu savunmaktadırlar. Ayrıca dini pozitif bir baş etme şekli olarak görmenin bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını da olumlu yönden etkilediği görülmektedir. Bunun aksine dini negatif bir baş etme şekli olarak gören bireyler, yaşadıkları güçlükleri Tanrıdan gelen bir ceza şeklinde algılamaktadırlar (Cicirelli, 2002: 362).

Bazı araştırmalar ölüm kaygısı ve dindarlık düzeyi arasında negatif bir ilişkinin var olduğunu ortaya koymuşsa da aksine bazı araştırmalar da bu iki değişken arasındaki ilişkinin pozitif yönde olduğunu belirlemiştir (Kimter ve Köftegöl, 2017: 56). Diğer taraftan bazı araştırmalar ise bu değişkenlerin arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını belirtmişlerdir (Ertufan, 2008: 18).

2.1.5.4. Kişisel Yaşantılar (Ölüme Yakın Deneyimler)

Bazı bireyler, ölümle yüz yüze gelme deneyimini yaşayıp tekrar hayata döner. Bu deneyime alan yazında ölüme yakın deneyimler veya ölümden dönme yaşantıları adı verilir (Tamam ve Öner, 2001: 53).

Ölüme yakın deneyimler üzerine yapılan araştırmalara bakıldığında buna benzer deneyimler yaşayan bireylerin ölüm kaygısının azaldığı görülmüştür (Meyers ve Elfferich, 2001: 22).

Sutherland (1990), hastalanma, zehirlenme, intihar girişimi gibi ölüme yakın deneyimleri bulunan 50 kişi ile bir araştırma yürütmüştür. 7-76 yaş aralığında bulunan katılımcılar bu deneyimlerden önce ölüm korkusu yaşadıklarını fakat bu deneyimlerden sonra ölüm korkusu yaşamadıklarını ifade etmişlerdir.

2.1.6. Yaşlılarda Ölüm Kaygısını Etkileyen Faktörler

Yaşlı bireylerin kendilerini daha üretken, işe yarayan ve bağımsız hissetmeleri için sosyal hayata katılımları desteklenmelidir. Genç bireyler daha fazla arkadaşlık, toplumsal davranış ve bireysel gelişim gösterirken yaşlı bireyler ise daha çok dini sorunlara odaklanabilirler ve depresyona girebilirler. Yaşlanmaya karşı algı ve tutumda cinsiyetler arasında farklılıklar olup kadınlar daha canlıyken erkeklerde depresyon daha

sık görülmektedir (Tamam ve Öner, 2001: 53). Depresyondan şikâyetçi kimi yaşlı bireyler bir hekimle görüşmeyi önemli görürken kimileri ise bu durumu yaşlılığın vermiş olduğu bir rahatsızlık olarak görmektedir (Sarkisian, Lee Henderson ve Mangione, 2003: 1001).

Yaşlandıkça zaman daha hızlı geçiyor gibi görünebilir ve buna zamanı kullanmanın hatalı yolları eklendiğinde problemler ortaya çıkabilir. Geçtan (1984: 45)'a göre katı kuralları olan ve baskıcı bir ortamda yetişen insanlar için zaman, yaşanan anın değerlendirildiği bir varoluş boyutu olmaktan çok, tüketilen ve arıtılan bir nesne olarak kullanılmıştır. Bu insanlar hayatlarını bir an önce bitirme ve harcama eğiliminde olduklarından anı yaşayamamakta olup ölüm kaygısını daha çok hissedebilecekleri söylenebilir.

Yaşlanan bir kişi, türlü nedenlerle (örneğin, sevdiklerini kaybetmek), gerek zorunluluktan gerekse bilinçsiz olarak toplumsal ilişkilerinden kendini soyutlayabilmektedir. Bu durum toplumsal çekirdeğin kaybına neden olabilmektedir. Toplumsal çekirdeğin kaybından ortaya çıkan sosyal ölüm, yaşlanma durumunu ve fiziksel ölümü hızlandırmaktadır (Sarkisian vd., 2003: 1001). Diğer kişilerden izole olmak ve yalnız kalmak yaşlı bireye boşluğu hatırlatmaktadır. Ölüm boşluğu simgeler ve insanların bunu bilmeleri sürekli ölüm kaygısına sebep olmaktadır (Özbek ve Leutz, 1987: 10).

Moreno, De La Fuente Solana, Rico ve Fernandez (2009: 69) tarafından yapılan bir araştırma, huzurevinde yaşamakta olan yaşlı bireylerin huzurevinde yaşamayanlara göre daha düşük ölüm korkusuna sahip oldukları saptanmıştır. Bu duruma çeşitli faktörlerin neden olabileceği ifade edilmektedir. Bu faktörler arasında kurumlarda ölüm gerçeğine daha fazla maruz kalmaları ve ölüme yabancılaşma bulunmaktadır.

Yaşlılıkla birlikte görülen ciddi sağlık sorunları da yaşlı bireylerde kaygıya neden olabilmektedir. Hastalık ile ölüm korkusu arasındaki ilişkinin belirlenmesinde hastalıkla ilgili basmakalıp düşünceler ve yargılar da önemlidir (Sontag ve Murat, 1988: 23).

2.1.7. Yaşlılık Döneminde Ölüm Kaygısına Teorik Yaklaşımlar

Ölüm kaygısı evrensel ve temel bir olgu olup insanları çeşitli derecelerde etkiler (Sinoff, 2017: 3). Ölüm kaygısı kaybolma korkusuyla ilgili duygu, bilişsel kabul, gelişimsel aşamalarda gelişen kimlik krizleri, hasta ve yaşlıların gizlenmesi ile

biçimlenen ölümün inkârı ve bireyin psikolojik durumu (Lehto, 2009: 23) gibi birçok faktörle ilişkilidir. Klein (1948), ölüm kaygısının insanlığın temel duygularından biri olduğunu ve tüm kaygıların kökünü temsil ettiğini belirtmiştir (Sinoff, 2017: 3). İnsanlar yaşamın ve yaklaşan ölümün sınırlarını farkında olan tek türdür (Sinoff, 2017: 3). Bunun yanı sıra ölüm kaygısı sorununun ölüm kaygısı mı yoksa ölme sürecine ilişkin kaygı mı olduğunun da anlaşılması gerekir (Sinoff, 2017: 3). Farklılık iki farklı ifadeye açıkça görülmektedir. “Ölümden korkuyorum” ve “Ölmekten korkuyorum” (Beshai, 2008: 302).

Tomer ve Eliason (2000: 4), ölüm kaygısının doğrudan ölümden etkilendiğini öne sürmüştür. Ölüm kaygısı; tutumlar, geçmiş ve gelecekle ilgili pişmanlıklar ve başa çıkma süreçlerinden, kişinin kendisi ve dünya hakkındaki inançlarından ve ölümün kişinin nihai ölüm hakkındaki farkındalığını artırma derecesinden etkilenir (Sinoff, 2017: 3).

İnsanların ölüm anlayışına ilişkin gelişimsel özellikleri incelendiğinde; 9-10 yaş civarında ölümün nihai olduğu; ergenlik döneminde, zarar görmezlik ve ölümsüzlük gibi kökleşmiş bir inancın bulunabileceği, orta yaşa gelindiğinde kişi, ebeveynlerinin, arkadaşlarının ve kardeşlerinin ölümüyle hayatın sonuyla karşı karşıya kalır (Sinoff, 2017: 3). Bu dönem ölüm kaygısının en yüksek olduğu dönemdir. Son olarak yaşlılıkta eş ve akranların ölümü karşısında bile ölüm kaygısı düzeyi düşer (Sinoff, 2017: 3). Alan yazında yer alan bazı çalışmalarda genç bireylerde ölüm kaygısının yaşlı bireylere göre daha yüksek düzeyde görülebileceği ölüm kaygısının orta yaşlarda zirve yaptığı ve yaş ilerledikçe azaldığı belirtilmektedir (Fortner ve Neimeyer, 1999: 402). Yaşlı bireyler ölüme daha yakın olduklarını düşünürler ve muhtemelen genç bireylere göre ölümlülüklerine dair hatırlatmalarla daha sık karşılaştıkları göz önüne alındığında, bu kaçınılmaz gerçeği bilinçli şekilde kabullenmiş olabilecekleri (Maxfield vd., 2007) alan yazında belirtilmektedir.

Yaşlı bireylerde ölüm kaygısını açıklayan modeller incelendiğinde bunlar arasında başlıca kendini gerçekleştirme teorileri, benlik tutarsızlığı teorisi, anlam arayışı teorileri, inkâr teorisi (Zhang vd., 2019) ve Erikson’un psikososyal gelişim teorisi yer almaktadır. Kendini gerçekleştirme teorisine göre; kişinin kendisini kabul etmesi ile ölüm kaygısının önüne geçebileceği vurgulanmaktadır. Rogers'a göre kendini gerçekleştirme,

"gerçekleştirme eğiliminin" önemli bir yönüdür. Gerçekleştirme, organizmayı korumaya ve geliştirmeye yönelik doğal bir eğilimdir (Tomer, 1994: 7). Benlik tutarsızlığı teorisinde; ölüm kaygısı benlik tutarsızlığından dolayı ortaya çıkmaktadır. Ölümün gerçek ve ideal benlikleri bütünleştirme veya daha tutarlı hale getirilmesinden önce gelmesinden dolayı kaygının oluşabileceği belirtilmektedir. Anlam arayışı teorileri (Taylor, 1983; Thompson ve Janigian, 1988) sıklıkla algıların, yaşam şemalarının ve yoğun sıkıntı koşullarında meydana gelen tutumların yeniden formüle edilme süreçlerini tanımlar. Kişinin hayattaki amaç duygusunu yeniden kazanmasının önemi vurgulanır. Bu bağlamda ölüm kaygısı ile yaşam amacı arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır (Durlak, 1972: 463), bu da yaşamda algılanan amacın ölüm kaygısını hafifletmeye yardımcı olabileceğini göstermektedir. İnkâr teorisi ise; inkârın egonun içsel veya dışsal uyarıların tetiklediği kaygıya karşı korunmak için kullandığı savunma mekanizması olduğunu vurgulamaktadır (Freud, 1946). Teoriye göre kabul edilemez şekilde ölüme karşı koruma olarak inkâr savunma mekanizması olarak işlemektedir (Tomer, 1994: 11). Söz konusu bu teoriler arasında dört yön ortak olma özelliği taşımaktadır. Söz konusu modellere göre ölüm radikal bir dönüşüm ve ayrılığı, benliğin yok edilmesini, varoluşa ve yaşamın anlamlılığına yönelik bir tehdit olarak görülmektedir (Barnett, Anderson ve Marsden III, 2018: 171). Erikson'un psikososyal gelişim teorisi (E.H. Erikson, J. M. Erikson ve Kivnick, 1986), ölüm kaygısının yetişkin yaşamındaki rolüne değinmekte ve önemli çıkarımlar içermektedir. Teorinin bu bağlamda yaygın olarak bahsedilen kısmı, benlik bütünlüğüne karşı umutsuzluktur. Teoriye göre kişi tüm yaşamını ve zamanını boşa harcamış ise yüksek düzeyde ölüm korkusu gösterecektir. Erikson, benlik bütünlüğüne karşı umutsuzluk psikososyal gelişim aşamasından önceki gelişimsel aşamaların olumlu yönde aşılmasına bağlı olduğunu ileri sürmektedir (Meacham, 1989: 72). Buna uygun olarak, ego bütünlüğünün gelişiminin öncülleri vardır; bunlardan en önemlisi bir önceki gelişimsel aşama olan üretkenlik ve durgunluk aşamasının çözümlenmesidir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SOSYAL DESTEK VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

Çalışmanın bu bölümünde; sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık başlığı adı altında; sosyal destek kavramının tanımı, yaşlılara yönelik sosyal destek politikaları, psikolojik dayanıklılık kavramının tanımı, yaşlılık döneminde psikolojik dayanıklılık konulu başlıklar ele alınmıştır.

3.1. SOSYAL DESTEK KAVRAMI

Sosyal destek kavramı, bireyin başka bir bireyden, ailesinden, akrabalarından veya çevresinden saygı ve sevgi görmesi, almış olduğu kararlardan dolayı takdir edilmesi, gereksinim halinde yeterli bilgi edinebilmesi gibi ruhsal ve sosyal, maddi yardım gibi ekonomik kaynakları içinde barındıran her türlü yardım olarak tanımlanmaktadır (Lin, Simeone, Ensel ve Kuo, 1979: 108).

Sosyal destek sağlanırken maddi ve manevi araçların yanı sıra duygu ve bilgiler de kullanılabilir. Yani sosyal desteğin; duygusal destek, saygı desteği, bilgilendirici destek ve maddi destek şeklinde dört farklı şekilde verilebileceği ifade edilebilir. Duygusal destekte, bireyin ruh hali dikkate alınarak bireye empati ve sevgi ile yaklaşarak destek sağlanırken, saygı desteğinde bireysel başarılarla odaklanarak bireyin saygınlığının artmasına yönelik destek verilir (Ardahan, 2006: 68). Bilgilendirici destek, bireyin ihtiyacı halinde kendisine belli başlı konularda tavsiye verme, neyi ne şekilde yapacağıyla alakalı yönlendirme şeklinde olup maddi destek ise bireye somut olarak sağlanan destek şeklinde tanımlanmaktadır (Ardahan, 2006: 68).

Sorias tarafından, kişinin stresli ve sıkıntılı durumlarında çevresinden yani eş, dost ve akrabalarından gördüğü maddi ve manevi yardım “sosyal destek” olarak tanımlanmıştır (Sorias, 1989: 27). Sosyal destek üzerine yapılan başka bir çalışma da sosyal desteğin iki veya daha fazla kişi arasında görülen ve karşılıklı olarak kişilerin refah seviyelerini, yaşam kalitelerini artırmak amacıyla yapılan kaynak alışverişi şeklinde tanımlanmıştır (Shumaker ve Brownell, 1984: 11).

Karmaşık ve çok boyutlu bir yapıya sahip olan sosyal destek kavramının kaynağını; aile, arkadaş ve özel bir insan oluşturmaktadır. Bu kaynaklar; anne-baba, çocuk, eş, kardeş, sevgili, nişanlı, akraba, komşular ve profesyoneller (sosyal hizmet

uzmanları, psikologlar, doktorlar, hemşeriler vb.) olarak çeşitlendirilebilmektedir (Yıldırım, 2004: 23; Zimet, Powell, Farley, Werkman ve Berkoff, 1990: 614).

Bireyler için önemli olan sosyal destek mekanizmalarının nicel olarak çokluğundansa destek ilişkisinin kalitesi ve kişinin ihtiyaç duyduğu anda ulaşabileceği nitelikli bağlantılardır (Cohen ve Wills, 1985: 332). Buradan hareketle yapılan literatür taramasında sosyal destek “algılanan sosyal destek” ve “alınan sosyal destek” şeklinde iki başlık altında ele alınmıştır. Algılanan sosyal destek, bireyin gereksinim duyması halinde ailesi ve sosyal çevresinden yardım alabileceğine olan inancı şeklinde tanımlanırken, alınan sosyal destek ise gereksinim halinde bireyin anında destek alması olarak tanımlanmıştır (Feeney ve Collins, 2015: 113).

Cobb (1976: 305), çalışmasında kişinin başkası tarafından sevilme, saygın olma ve sosyal çevresinde yer edinebilme arzusunun sosyal destek algısı olarak ifade etmiştir. Bu ifade de "algılanan sosyal destek" şeklinde kabul edilmiştir. Bu kavram kişilerin yakın ilişkiler içerisinde olduğu sosyal çevresinden aldığı desteği algılama biçimiyle değişebilmektedir. Bireyin etkileşim halinde olduğu sosyal çevresinden edindiği desteği algılama ve yorumlama şekli önemli olmaktadır. Bireyin sosyal çevresinde yer edinen başka bireyler tarafından sayılması, sevilmesi ve ihtiyaç duyulması durumunda yardım alabileceğine olan inancı kişinin algıladığı sosyal desteğin fazla olduğunu gösterebilir (Ardahan, 2006: 68). Yapılan araştırmalar algılanan sosyal desteğin bireyin fiziksel ve ruhsal iyilik hali üzerinde pozitif yönde etki sağladığı belirtilmiştir (Bolger ve Amorel, 2007: 458).

Bolger ve Amorel (2007: 459) kişilerin birbirleriyle olan yakın ilişkilerinde içinde bulunduğu sosyal desteğin, kişinin sosyal yaşamında ortaya çıkan değişimler ve sorunlar ile mücadele edebilmesinde etkisinin önemli olduğunu ortaya koymuşlardır. Bir başka açıdan maddi (kişinin günlük yaşamını devam ettirebilmesi için ihtiyacı anında kendisine ailesi ve sosyal çevresi tarafından sağlanan ekonomik destek) ve/veya manevi (kişinin kendisini daha iyi hissedebilmesi için saygı, sevgi ve ilgi görmesi, empati ve güven duyulması gibi ruhsal ve bir gruba ait olduğunu hissetme gibi sosyal gereksinimlerinin karşılandığı destek) sosyal destek alan kişilerin yaşamındaki problemler devam etse de daha özgüvenli, güçlü, umutlu ve mutlu hissedebilecekleri anlaşılmaktadır.

Sosyal desteğin; depresyon, anksiyete, duygu durum bozuklukları gibi ruhsal sağlık sorunları, diyabet, hipertansiyon, verem ve kanser gibi fiziksel sağlık sorunları bulunan bireylerin yaşadıkları stresin olumsuz etkilerini azaltarak görmüş oldukları tıbbi tedaviye uyum sağlamalarında, bu tedavi doğrultusunda ilaç kullanımlarına ve iyileşmeleri için olumlu yönden katkısının olduğu belirtilmektedir (Cobb, 1976: 306).

Sosyal desteğin yapısal boyut ve fonksiyonel boyut olmak üzere iki önemli boyutu bulunmaktadır. Yapısal boyut, sosyal ilişkilerin büyüklüğünü ve sıklığını kapsar. Fonksiyonel boyut ise sevgi, saygı ve empati gibi duygusal; para ve bakım desteği gibi materyal bileşenleri kapsar (Özbay vd., 2007: 35).

Sosyal destek; aileden, akrabalarından, arkadaşlardan ve sosyal çevrede bulunan diğer kişi ve kişilerden informal veya profesyonellerden (sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, hemşireler, doktorlar vb.) formel olarak alınabilir. Yapılan çalışmalarda sağlanan desteğin nicelik yönü yani kişinin iletişim halinde olduğu kişi sayısı “sosyal ağ” ve nitelik yönü ise kişinin iletişim halinde olduğu kişi sayısından ziyade güven duyduğu, samimi bulduğu kişilerle kurduğu bağ “sosyal destek” kavramı şeklinde bildirilmiştir (House, 1981: 82).

3.1.1. Sosyal Destek Sistemi

Sosyal destek sistemi, kişinin sağlığının korunmasına yardımcı olan ve gerektiğinde maddi ve manevi olarak yanında olunacağını hissettiren kişiler tarafından açığa çıkmaktadır. Sosyal destek sistemleri içinde maddi destek, duygusal destek ve bilişsel destek bulunmaktadır. İşsiz kalan bir bireyin bebeğinin bakımının başkaları tarafından üstlenilmesi maddi destek sistemi için bir örnektir (Ardahan, 2006: 68).

Kişinin sevgi, saygı, güven gibi sosyal ihtiyaçlarının karşılanması ve bir topluluğa ait hissetmesinin sağlanması ise duygusal destek sistemiyle ilgilidir. Bu durum kişinin sosyal çevresi tarafından önemsendiğinin ve bu sosyal çevreye ait olduğunun göstergesidir. Duygusal desteğin en önemli özelliklerinden birisi kişiler arası güvendir. Kişinin çevresinde güveneceği yakınının olmaması, stresle baş etme düzeyini ve kendine verdiği değeri negatif yönde etkilemektedir (Banaz ve Yanbastı, 1992: 85).

Bilişsel destek sistemi, kişinin problemlerinin çözümünde ruhsal yardım sağlayan tüm değer yargılarını içermektedir. İşe yeni başlayan kişiye tecrübeli olan iş arkadaşlarının yardımcı olması veya ödevini yapamayan öğrenciye sınıf arkadaşları

tarafından nasıl yapacağını anlatılması bilişsel desteğe örnek verilebilir. Birey çevresindeki kişilerin uyarılarıyla yaşadığı sorunları farkına varabilir. Bu durum olayların çok boyutlu ele alınması gerekliliğini açığa çıkarmaktadır. Örneğin, sınavda başarısız olan bir çocuk işten gelen babasına sebepsiz yere bağırabilir. Bu duruma anlam veremeyen baba, çocuğun sınavda başarısız olduğunu anneden öğrenebilir. Böylece anne eşine olayı aktardığı için babanın stres düzeyini azaltabilir (Yıldırım, 1997: 81).

3.1.2. Sosyal Destek ve Sağlık

Sosyal destek, bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığının korunmasında önemli bir faktördür. Sosyal destek düzeyi yüksek olan bireyler kendilerini sağlıklı olarak ifade edebilmektedir. Yapılan çalışmalarda sosyal desteğe sahip kanser hastalarının daha az anksiyete ve ruhsal sıkıntı yaşadığı ve fiziksel olarak iyileşme sürecinin de olumlu olarak etkilendiği bildirilmektedir (Zakowski vd., 2003: 271).

Bireyin hayatındaki zorluklarla ve bu zorlukların getirmiş olduğu negatif duyguların üstesinden gelebilmede sosyal destek önemli bir faktördür. Kişiler arası ilişkilerden alınan doyum arttıkça stresle baş etmenin de arttığı görülmüştür (Özgür, 1993: 25). Kişinin içinde bulunduğu zor durumlarda aile üyelerine ek olarak çevresindeki diğer insanların da destek sağlamasının kişide hem zihinsel olarak rahatlama sağladığı hem de fiziksel olarak iyileştirici etkiye sahip olduğu saptanmıştır (Terzi, 2008a: 1).

Sosyal destek, insan sağlığıyla ilgili olarak algılanan sosyal bir değişkendir. İnsan sağlığını etkileyen stresörlerin bireyi hangi düzeyde etkileyeceği algılanan sosyal destek düzeyiyle ilgilidir. Sosyal desteğin fiziksel veya ruhsal hastalıkların ortaya çıkışı veya seyrinde belirleyici bir etkisinin olduğu belirtilmiştir (Ardahan, 2006: 70). Bir çalışmada yüksek sosyal desteğin bireyde oluşabilecek stres faktörlerini engellediği veya içinde bulunduğu stresli durumlarla daha kolay baş etmesini sağladığı belirtilmektedir (Sorias, 1992: 33).

Yeni bir hastalık tanısı alma bireyler için istenmeyen, beklenmedik, acı ve zorlayıcı bir durum olarak yaşamlarında aniden yer alabilir. Bu durumlarla karşılaşıldığında profesyonel yardım arayışından önce eş, arkadaş ya da akrabaları gibi sosyal destek kaynaklarına başvurduğu saptanmıştır (Özgür, 1993: 26). Bireylerin

ihtiyaç duyduğu sosyal destekle ilgili olarak kişinin yaşı, cinsiyeti, sosyo-kültürel özellikleri kadar içinde bulunduğu çalışma ortamının ve mesleğinin de etkili olduğu bilinmektedir.

3.1.3. Yaşlılıkta Sosyal Destek Sistemlerinin Önemi

Biyo-psiko-sosyal sağlık, sosyo-ekonomik refah, sağlık durumunu iyileştirme çabaları, sosyal çevre ile etkileşim, gelir durumu gibi faktörler yaşlılıkta yaşam doyumunu etkilemektedir. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini etkileyen bu faktörlerin yanı sıra algıladıkları sosyal destek düzeyleri de yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Boylu ve Günay, 2018: 1352). Sosyal yaşamdan geri çekilmenin ve uzaklaşmanın başladığı evre olan yaşlılıkta, bireyin başka bir birey, grup ya da topluluktan gelebilecek olan sosyal desteğe ihtiyacı artmaktadır. Yaşlandıkça kırılganlığı artan bireyin olumsuz durumlarla karşılaşması, ihmal ve istismara maruz kalma ihtimali sosyal destek aracılığıyla azaltılmaktadır. Çünkü sosyal destek, bireyin sıkıntıya düştüğü durumlarda hayatında önemli konumda olan dostları, aile yakınları ve yakın çevresi ile kurmuş olduğu iletişimin yansımasıdır (Gülaçtı, 2010: 3842).

3.1.4. Yaşlılarda Sosyal Destek

Yaşlı bireylerin ailesi ve çevresi tarafından destek görmesi yaşlıların psikososyal işlevselliklerini olumlu yönde etkileyebilmektedir. Aileden gelmekte olan olumlu destek kişinin yaşadığı sorunları daha hızlı çözmesine ve hayata daha sağlam bağlanmasına katkı sağlayabilmektedir. Zira bu dayanak kişiyi gerek yüreklendirebilir gerekse kişide güven hissi oluşturabilir (Önalgil, 2012: 48).

3.2. YAŞLILARA YÖNELİK SOSYAL DESTEK POLİTİKALARI

Yaşlı bireylere yönelik politikalar, sosyal politika alanında en mühim hususlardan biri olarak bilinmektedir. Dünyada yaşlı insan sayısındaki gözle görülür artış, yaşlı bireylere yönelik sosyal politikalara ağırlık verilmesine sebep olmaktadır. "Yaşlılık" insanlar için kaçınılması mümkün olmayan bir süreç olarak ifade edilmektedir. Bu dönemle birlikte dönemin kendine has özellikleriyle karşılaşmak kaçınılmazdır (Fadıloğlu, 2006: 18).

Bu konuda yaşlı bireylere örneğin; yemek yeme, temel gereksinimlerini karşılama, alışveriş yapma, bireylerle iletişim kurma, dışarı çıkma ve yürüme gibi

hususlarda destek olmak her şeyden önce gelmektedir. Yaşlı bireylere yönelik sosyal politika, bu desteğin spesifik “sosyal” yönü olarak bilinmektedir. Bu kapsamda bakım hizmetleri, sosyal hizmetler, gelir desteği ve türlü emeklilik sistemleri aracılığıyla yaşlı bireylere yönelik sosyal politika geliştirilmekte ve gerçekleştirilmektedir (Akgün, Bakar ve Budakoğlu, 2004: 107).

Yaşlı bakım hizmetleri, sosyal hizmet disiplinin çalışma sahalarından biridir. Birleşmiş Milletler (BM) tarafından hazırlanmış olan yaşlı bireylere ilişkin ilkelerde, yaşlı bireylerin aile üyeleri, akrabaları, arkadaşları, sosyal çevre ve toplum tarafından desteklenmesi, ihtiyaç sahiplerine yeterli bakım hizmetlerinin sağlanması gerektiği ve yaşlı bireylere yönelik çoğu hizmetin yerine getirilmesinin (Fadıloğlu, 2006: 18-20) gerekli olduğu belirtilmektedir.

Türkiye’de yaşlı hizmetleri ilk kez 1963 senesinde Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı bünyesinde Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü’nün kurulmasıyla kamu hizmetlerine devredilmiştir. 1982 Anayasası’nın 61. maddesi: “Devlet yaşlı bireyleri korur şeklindedir. Yaşlı bireylere sağlanan devlet yardımları ve diğer hak ve hizmetler yasalarla düzenlenmektedir.” (Akgün vd., 2004: 107).

3.3. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK KAVRAMI

Latince “resiliens” ya da İngilizce “resilience” sözcüklerinden türetilen psikolojik dayanıklılık kavramı bir objenin orijinal haline geri dönebilmesi ve değişime hızlı bir şekilde uyum sağlaması olarak tanımlanmaktadır. İlgili alan yazını incelendiğinde “resilience” kelimesinin aynı zamanda yılmazlık, psikolojik sağlamlık, stres sonrası kendini toparlama gücü olarak dilimize uyarlandığı görülmektedir (Terzi, 2008b: 297).

Kavramın tarihçesine baktığımız zaman öncelikle Amerika’da tanımlanmış olup Horatio Alger’in yayımlamış olduğu kitaplarında ve hikâyelerinde görülmüştür. Geçmiş dönemlerde psikolojik dayanıklılık kavramının ayakta kalmak ve kurtulmak anlamında kullanıldığı görülmüştür (Altundağ, 2011: 16). Ayrıca 1980’li yıllarda sosyal bilimler tarafından ele alınan psikolojik dayanıklılık terimi psikoloji, sosyoloji vb. alanlarda kullanılmaya başlanmıştır (Batan, 2016: 13). Yurt dışında ve içinde “psychological hardness” veya “psychological resilience” şeklinde ifade edilen kavramın başına getirilen sözcük ile sınırlandırıldığı görülmektedir. Yurt dışında psikolojik dayanıklılık

kavramını ilk kullananlardan biri olarak Norman Garmezy düşünülmektedir (Işık, 2016: 65).

Psikolojik dayanıklılık, bireyin çetin yaşam şartlarında kendini toparlayarak yaşamına devam edebilme ve karşılaştığı zorluklarla baş edebilme becerisi olup stres ve sıkıntının negatif etkisini azaltarak ve bireyin hayata uyumuna katkı sağlayan etmenlerdir (Garmezy, 1991: 128).

Psikolojik dayanıklılık ilk etapta yaşanan felaketlerin üstesinden gelen, olumsuz durumlar sonucunda oluşan stresin etkisini azaltan ve uyumu kolaylaştıran bir kişilik özelliği olarak görüldüğünden bazı çalışmalar genetiğe odaklanarak kimi bireylerin doğdukları andan itibaren dayanıklı olduklarını savunmuşlardır (Jacelon, 1997: 125). Ancak çalışmaların kimi psikolojik yılmazlığın bir başkasından da öğrenilebilecek bir kişilik özelliği olduğu sonucuna ulaşmıştır (Beardslee ve Podorefsky, 1998: 65). Bir başka anlamda psikolojik dayanıklılık, bireylerin yüz yüze geldiği gerçekler karşısında algılayarak fark ettiği, yaşayarak öğrendiği ve gelişimsel süreci içeren bir olgu olarak tanımlanmaktadır (Masten, Best ve Garmezy, 1990: 430).

Yapılan literatür taramasında psikolojik dayanıklılık kavramının herkes tarafından kabul gören net ve kesin bir tanımının olmadığı görülmüştür. Yapılan bir tanımlamaya göre kişinin negatif düşüncelerden sıyrılmasını sağlayan ve pozitif düşünceler kurmasında etkili olan yaklaşıma psikolojik dayanıklılık denilmektedir (Basım ve Çetin, 2011: 82). Bir başka tanımlamaya göre psikolojik dayanıklılık kavramı genel olarak; zorlu ve sıkıntılı yaşam koşullarına karşı güçlü kalabilme, yaşanan olumsuzluklara rağmen fiziksel ve ruhsal sağlığın korunarak yeniden toparlanabilme ve yaşanan felaketlerin üstesinden gelebilme yeteneği olarak ifade edilmektedir (Çetinkaya Büyükbodur, 2018: 28).

Birey değişen dünya düzeni ile birlikte kendisi ve çevresi ile bir bütünlük kurmak istese de bu bütünlük bazen sekteye uğramaktadır. Psikolojik dayanıklılık; birinci olarak mevcut zorlukların üstesinden gelerek bireylerin güçlü kalabilmelerini sağlayan yeteneğe sahip olmaları, ikinci olarak bireyin stres faktörü ile karşılaştığında çabuk uyum sağlayabilme yeteneğinin olması ve üçüncü olarak ise kayıp ve afet gibi travma yaratabilecek durumların aşılmasını ifade etmektedir (Ülker ve Recepoğlu, 2013: 16).

Psikolojik dayanıklılık olgusu ile genel manada her yaş grubundaki bireylerin günlük hayatlarında üstesinden gelmek zorunda kaldıkları sorunlar, güçlükler, stres ve travma yaratabilecek yaşam olayları karşısında dayanıklılık göstermelerini, devam ettirmelerini ve geliştirmelerini aynı şekilde bireylerin kişisel gelişimlerine yardımcı olabilecek kişiselleştirilmiş bir rota belirlenmesi amaçlanmaktadır (Southwick, Litz, Charney ve Friedman, 2011: 11-13). Buradan hareketle psikolojik dayanıklılığın, toparlanabilme kabiliyeti, sağlamlık, mukavemet, istikrarlılık düzeyi, beceri, uyum ve benzeri nosyonlarla bağlantılı olduğu görülmektedir (Ünlü, 2018: 22).

Tüm bu tanımlamalardan yola çıkarak 1997 yılında Stewart vd. psikolojik dayanıklılık ile ilgili yapılan tanımlamalardaki benzer noktaları belirlemiş olup aşağıdaki gibi sıralamışlardır (Ünlü, 2018: 23):

- Gelişimseldir. Başka bir deyişle kişi olumsuz deneyimler ile baş edebilme becerileri ile zorlu yaşam olayların üstesinden gelebildikçe gelişim gösterir.
- Stres yaratabilecek yaşam deneyimleri neticesinde ortaya çıkan risk etmenlerini en aza indirmek ve iyileştirmek amacıyla gerekli olan koruyucu etmenleri ortaya çıkarır.
- Kişinin karakteristik özellikleri ile yaşamını sürdüğü sosyal çevrenin oluşturduğu karmaşık bir yapıdadır.
- Dinamik bir yapıdadır. Yani yaşam standartları doğrultusunda sürekli değişim gösterir
- Bireylerin sorunlarla başa çıkma becerisi ile stres etmenleri arasındaki dengeden ortaya çıkmaktadır.
- Gelişim dönemleri için de önemli bir etmendir.

İnsanlar bazen hayatlarını değiştirmekte olan durumlarla yüzleşmek mecburiyetinde kalırlar. Örneğin; iş kaybı, terör saldırıları, sevilen birinin ölümü, ciddi hastalık ve diğer sarsıntılı olayların tümü üzücü yaşam tecrübelerine örnektir. Bununla birlikte, kişiler çoğunlukla hayatlarını değiştirmek zorunda kaldığı durumlara ya da stresli durumlara uyum sağlayabilir (Southwick vd., 2011: 11-13). Bu uyumu kolaylaştıran psikolojik dayanıklılığın içerisinde sürdürülebilirlik ve direnç yer almaktadır. Sürdürülebilirlik, mücadele ve zaman gerektiren, bireyleri devam etmeye ya da bazı adımlar atmaya motive eden bir süreçtir (Kararımak, 2006: 133). Direnç ise;

sıkıntı, sarsıntı, trajedi, tehdit, aile ve ilişki sorunları, ciddi boyuttaki sağlık sorunları, iş yeri ve finansal stres gibi önemli stres faktörlerine iyi uyum sağlama süreci olarak tanımlanmaktadır (Ünlü, 2018: 23). Zor tecrübelerden “geri dönmek” demektir. Direnç, insanların yaşamında güçlük çekmediği, felaketlerle karşı karşıya gelmediği anlamına gelmemekle birlikte acı ve ızdırap çeken, yaşamlarında stres veya travma bulunan insanlarda yaygındır (Kararımak, 2006: 133). Bir başka ifadeyle direnç, doğuştan gelen ya da gelmeyen bir özellik olmayıp insanların zamanla öğrenerek geliştirebileceği tutum ve davranışları, düşünceleri ve işlemleri kapsamaktadır.

Psikolojik dayanıklılık, bireylerin hayatta karşılaştıkları olumsuzluklar ve stres sebebiyle ortaya çıkan risk faktörleri ile bu risklerin birey üzerindeki olumsuz etkilerini azaltan koruyucu faktörlerin etkileşim içerisinde olmasıyla beraber bireylerin bu süreçte güçlü kalabilmeleri ve duruma uyum sağlayabilmeleri olarak ifade edilmektedir (Garnezy, 1993: 129). Psikolojik dayanıklılığa etki eden risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin bileşimleri dayanıklılığın artırılmasına katkıda bulunmaktadır. Kişinin güven ve sevgi duymasını sağlayan, kişiye birçok konuda teşvik eden veya rol model olan ilişkiler kişinin dayanıklılığını desteklemeye ve artırmaya yardımcı olabilmektedir (Garnezy, 1993: 129).

3.3.1. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Risk Faktörleri

Biyolojik, psikolojik ve sosyolojik açılardan kişinin işlevselliğini sekteye uğratma potansiyelinde bulunan yaşam olayları ve durumları psikolojik dayanıklılığa etki eden risk faktörleri olarak ele alınmaktadır (Kararımak, 2006: 132). Dayanıklılığı gösterme noktasında bir seviyeye kadar riskli yaşam olayları ve durumlarına gereksinim duyulmaktadır. Kişinin başa çıkabilmesi gereken zorlu bir durum olması gerekmektedir. Dayanıklılığın bazı yönleri kültürler ve riskler ile alakalı görünse de, karmaşık riskler karşısında dayanıklılık süreçleri, özellikle yoksunluk, kötüye kullanım durumu veya uzun süren çatışmalar karşısında dayanıklı olmanın ne demek olduğu konuşulmaktadır (Greene, 2015: 8).

Özellikle yetişkinlik veya çocukluk döneminde riskli durumlara maruz kalmak, daha sonraki gelişimde sorunlara neden olabilmektedir (Ünlü, 2018: 23). Aile içinde şiddetin görülmesi, ailenin genel eğitim seviyesinin düşük olması, sosyo-ekonomik

durum, parçalanmış aile, kalıtsal rahatsızlıklar ve aile bireylerinde görülen patolojik rahatsızlıklar risk faktörleridir (Kararımak, 2006: 132).

Rutter (2006), risk faktörlerini birey, aile ve toplum olmak üzere üç farklı kategoride ele almıştır:

- **Birey ile İlgili Risk Faktörleri:** Bireyin davranışlarındaki uyumsuzluk, kendini ifade ederken etkin ve başarılı olamaması, birtakım sağlık sorunların olması, kaygılarının davranışlarına etki etmesi, özsaygının ve güvenin düşük olması, zekânın düşük düzeyde olması, sinirli bir kişiliğin olması, otokontrolün sağlanamaması ve sorunlarla baş edememe durumlarını tanımlamaktadır.
- **Aile ile İlgili Risk Faktörleri:** Aile üyelerinde sağlıksal sorunların görülmesi, aile içi istismar ve şiddetin var olması, ebeveynlerin boşanması, boşanma, eş kaybı vb. durumlar neticesinde tek ebeveynin kalması, aile üyeleri arasında güven duygusunun olmaması, baskıcı ve tutarsız aile tutum ve davranışlarını kapsamaktadır.
- **Toplum ile İlgili Risk Faktörleri:** Sosyal ve ekonomik açıdan yetersizliklerin yaşanması, yoğun bir şekilde göç hareketliliğinin görülmesi, madde kullanımının fazla olması, istihdamın yeterli olmaması, örnek alınabilecek rol ve modellerin yetersizliği, eğitim, sağlık, ulaşım vb. diğer hizmet sunumlarının yeterli düzeyde olmaması ve şiddetin yoğun olarak yaşandığı bir çevreyi ifade etmektedir (Soysal, 2016: 22-23).

3.3.2. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Koruyucu Faktörler

Koruyucu faktörler, zorlu yaşam koşullarının ortadan kalkmasını sağlayan ya da etki etme seviyesini düşürerek bireyin sağlıklı bir şekilde uyum sağlamasına olanak tanıyan aynı zamanda yetkinliğini arttırmasını sağlayan durumları kapsar. Psikolojik dayanıklılığı bir diğer tabiri ile sağlamlığı yüksek olan bireyler karşı karşıya kaldıkları zorlu durumların üstesinden gelebilmek amacıyla olumlu kişilik özellikleri gibi “içsel faktörleri” ve sosyal destek gibi “dışsal faktörleri” kullanırlar (Kararımak, 2006: 132).

İçsel ve dışsal olarak adlandırılan koruyucu faktörler, kişinin yaşamındaki sorunların etki oranını azaltarak kişinin sadece iyi olmasına katkı sağlamaz, aynı zamanda kişide negatif yönde bir davranışın oluşmasını da engelleyici bir etkiye sahiptir. Sorun çözme becerisi, sosyal yeterlilik, kendini farkında olma, bağımsızlık ve

hayata dair amaçların olması içsel koruyucu faktörlere örnek olarak gösterilebilirken, sağlıklı ve düzenli bir ev ortamı, anne ve babaya güven duyma, ebeveynlerle pozitif ilişkiler kurma, ailenin sosyo-ekonomik açıdan iyi olması, çocuk yetiştirme gibi konularda ailenin desteğinin olması, sağlıklı ilişkilerin kurulduğu arkadaş ortamının olması, üretken okul veya iş ortamının olması vb. dışsal koruyucu faktörlere örnek olarak gösterilebilir (Tümlü ve Receptoğlu, 2013: 208).

Gürgen (2006: 85), tarafından yapılan araştırmalarda içsel koruyucu faktörler; öz saygı ve farkındalık, kendi kendine yeterli olma, karakter-huy, otokontrolünü sağlama, özerklik, nikbinlik (iyimserlik), ümitlilik, sosyal beceri ve yetkili sorun çözme yetisinin olması şeklinde sıralanmıştır.

Krovetz (1999: 112) ise dışsal koruyucu faktörleri; olumlu ilişkilerin kurulduğu bir aile ortamının var olması, ebeveynlerin güvenilir olması, anne ve babanın eğitim seviyelerinin yüksek olması, anne, baba ve diğer aile üyeleri ile yakın ilişkilerin olması, ev ortamının tertipli olması, sosyo-ekonomik yönden yeterli kaynakların olması, toplum kuruluşları ile ilişki içerisinde olma, bireyin hayatına etki edebilecek bir okulun varlığı, sorumluluklarını farkında olan ve kurallara dikkat eden bireylerin olması, olumlu hizmetlerin olması şeklinde sıralamıştır.

3.3.3. Yaşlılık Döneminde Psikolojik Dayanıklılık

Yaşlı bireylerin başarılı bir şekilde yaşlanmasını sağlayan başlıca etkenlerden bir tanesi psikolojik dayanıklılıktır. APA (Amerikan Psychological Association) bu kavramı, yaşamımızdaki güçlükler, farklılıklar ve bu durum gibi negatif vaziyetlerden sonra rehabilite olabilmek, doğrulabilmek ve yeni vaziyete adaptasyon sağlayabilmek şeklinde açıklamaktadır. Toplumların ve kültürlerin çoğunda yaşlı bireyler; güçsüz, zayıf, hastalıklı, engelli ve işlevini yitiren birey olarak tanımlanmaktadır (Bowling ve Iliffe, 2011: 5). Fakat 85 yaş ve üstü yaşlı bireylerin yüksek seviyede dayanıklılığa sahip olabilmesi, psikolojik dayanıklılığın uzun bir ömrü beraberinde getirebileceğini göstermektedir (Netuveli, Wiggins, Montgomery, Hildon ve Blane, 2008: 987).

Literatür taramasında, ileri yaş dönemlerinde psikolojik dayanıklılığın pozitif etkilerini ortaya koyan birçok çalışma mevcuttur. Yapılan çalışmalar, psikolojik dayanıklılık seviyesi yüksek olan kişilerin yaşlanmaya dair daha olumlu algıya (Jeste vd., 2013: 192) ve daha iyi hayat standardına sahip olduklarını (Smith ve Holinger

Smith, 2015: 196), ayrıca daha düşük depresyon düzeyine (Bowling ve Iliffe, 2011: 13) ve daha uzun yaşama şansına sahip olduklarını (Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins ve Netuveli, 2010: 40) ortaya koymuştur.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

YAŞLILIK VE SOSYAL HİZMET

Çalışmanın dördüncü bölümünde; yaşlı refahı ve sosyal hizmet, yaşlı refahında sosyal hizmet uygulamaları, sosyal hizmet uzmanlarının yaşlanmaya yönelik müdahaleleri ile sosyal hizmet uzmanlarının etik sorumlulukları ve rolleri konulu başlıklar ele alınmıştır.

4.1. YAŞLI REFAHI VE SOSYAL HİZMET

Sosyal refah; bir milletin, bireylerin ve toplumun sürekliliği için gerekli olan ekonomik, sosyal, sağlık ve eğitim gibi ihtiyaçların karşılanması amacıyla yapılması gereken hizmetler bütünüdür. Sosyal hizmet, sanayileşmeyle birlikte modernleşen toplumda dezavantajlı kişi ya da grupların korunma, bakım ve barınmalarının toplumun görev ve sorumluluklarından biri olduğu görüşünden hareketle kamu tarafından desteklenen, yarı desteklenen ve tamamen gönüllü insanlar tarafından gerçekleştirilen faaliyetlerle bu gibi özel grupların bakım, korunma ve barınmalarını meslek edinmiş, bireylerin herhangi bir yardım almadan çözüme kavuşturamadıkları kişisel ve kamusal problemlerin çözüme kavuşturulabilmesi için sağlanan devamlı, düzenli, tutarlı ve profesyonel yardım faaliyetleridir (Tomambay, 1999: 237).

Sosyal hizmet mesleğinin profesyonel hizmet sunucuları olan sosyal hizmet uzmanları, sosyal hizmet disiplini çerçevesinde özel gereksinim duyan birey, aile ve grupların karşı karşıya kaldıkları ve yardım alamadan çözüme kavuşturamadıkları sorunların çözüme kavuşturulması sürecinde kendilerine katkı sunar. Bu bağlamda bir sorunu çözüme kavuşturmak amacıyla geliştirilen eğitimler, programlar, projeler ve kurumlar gibi tüm hizmet türleri sosyal hizmet disiplini alanına girer. Örneğin; kadın refah alanı, engelli birey refah alanı, yaşlı refah alanı ve benzeri çoğaltılarak sıralanabilir (Koşar, 1992: 10).

Sosyal hizmet mesleğinin hizmet sunmuş olduğu alanlardan biri olan yaşlı refah alanı, yaşlı bireylerin günlük yaşamlarında karşılaşmış oldukları sorunların çözülmesi ve gereksinimleri doğrultusunda çözüm üretmeye ayrıca yaşlı bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halleri için başta mevzuat ve hizmetler olmak üzere gerekli bütün programları ve politikaları kapsayan alan olarak ifade edilebilir (Koşar, 1996: 11).

Sosyal politika, sosyal güvenlik ve sosyal hizmet kavramları refah toplumlarında olması gereken en temel unsurlardır. Belirtilen bu kavramlar ne kadar gelişmiş ise yaşlı bireylerin refahı için o denli önemlidir. Sosyal hizmet ve sosyal politika uygulamaları ile desteklenip sosyal güvenlikle koruma altına alınan yaşlı bireyler şüphesiz yaşlılık döneminde daha güvenli, daha mutlu ve daha sağlıklı bir şekilde yaşamaya devam edeceklerdir (Çağlar, 2014: 152).

Refah kavramı, Avrupa ülkelerinde gündeme gelmiş ve önem kazanmıştır. Sanayileşmeyle birlikte Avrupa'da ortaya çıkmaya başlayan sosyal sorunlar bunun sebebi olarak ele alınabilir. Bu sorunlara çözüm üretebilmek için refah toplumu oluşturma çabası içine girilmiştir. Özgürlük, adalet, eşitlik ve sosyal haklar gibi kavramlar sosyal refah için vazgeçilmez birer olgudur. Sosyal olarak yapılan bütün bu tanımlar kişilerin refahı için yeterince açıklayıcı değildir.

Well-being (iyi oluş), en yaygın anlamıyla o toplumu oluşturan tüm insanların sağlıklı, konforlu ve biyo-psiko-sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak ifade edilir (Oxford Dictionary, 2018). Bu durum toplum tarafından istenilen olmakla birlikte kişilerin duygu, düşünce ve değerlerini, birbiri ile olan ilişkilerini ve ihtiyaç duyulan kaynakların artışı da kapsar. Bireylerin karşılaşacağı olumsuz faktörlerin eksikliğini tecrübe etmek veya zorluklarla mücadele ederken olumlu bir yaklaşım sergilemek gibi yaşamı nasıl yorumladıklarına dikkat çeken well-being (iyi oluş) kavramı bu bağlamda bireylerin yaşamlarından memnun olup olmamaları yaşam şartlarını olumlu veya olumsuz olarak değerlendirme şekilleri ve refahın öznel bir şartı olarak tanımlanabilmektedir (Taylor, 2000: 6). Well-being kavramı, Türkçe'de kullanılan "afiyet" sözcüğüne anlamca oldukça yakındır. Arapça kökenli kelime, "hasta olmama durumu, sağlık ve esenlik" anlamlarındadır (Türk Dil Kurumu [TDK], 2011).

Welfare kavramı ise yine "refah" olarak dilimize çevrilmekte, tanım itibarıyla varlık, bolluk ve rahatlık içinde yaşamak anlamına gelmektedir. Oxford Sözlüğü'nde "ihtiyacı olan kişilerin temel fiziksel ve maddi refahını teşvik etmek için tasarlanmış mevzuat ya da sosyal çaba" olarak tanımlanmıştır (Oxford Dictionary, 2018). Aynı zamanda risk grubundaki kişileri yeterli düzeyde korumak anlamını da içermektedir. Avrupa Birliği'nde refah terimi daha çok sosyal koruma olarak algılanırken Amerika Birleşik Devletleri'nde maddi ihtiyacı olan kişilere ekonomik olarak destek verilmesi

şeklinde algılanmıştır. Ve bundan ziyade refah toplumu (welfare society) kavramı, Amerika Birleşik Devletleri'nde kanun koyucu tarafından yürütülen emeklilik sistemi olarak anlaşılrken, İngiltere'de sağlık, eğitim, koruma, bakım vb. gibi geniş kapsamlı bir anlam taşımaktadır (Dilnot, 2003: 1)

Yaşlılık döneminde yaşlı bireyler için yaşamın anlamı, günlük yaşamlarında yaptıklarından duydukları doyum ve tatminle ilişkilidir. Yaşlı bireyler için yaşamın anlamı, “içsel” ve “dışsal” olarak iki başlıkta ele alınabilir. Yaşlı bireylerin yaşamlarına içsel olarak anlam katabilmeleri değer ve inanç sistemleri ile ilintilidir. Değer ve inanç sistemleri ise yaşlı bireylerin dünyayı doğru bir şekilde benimseyip tanımlamasıyla mümkün hale gelmektedir. Kimi insanlar değer ve inanç sistemlerini doğru bir şekilde tanımlama noktasında eksik kalabilirler. Dışsal yaklaşım ise; felsefe ve psikoloji alanındaki literatürde, yaşlı bireyin ölüme yaklaşması ve hayatını, ölümden sonraki yaşama dair mükâfatlandırılma veya tecziye edilme düşüncesiyle yorumlaması şeklinde izah edilmektedir (Özmete, 2008: 8).

4.1.1. Yaşlı Refahına Yönelik Sosyal Hizmet Uygulamaları

Günümüzde çocukların aileleriyle aynı evde ve yahut şehirde yaşamıyor olması, iş olanaklarından dolayı yurt dışında ikamet ediyor olması, konutların yeteri kadar büyük olmaması nedeniyle çocukların yaşlı ebeveynlerine ayırabilecekleri bir odanın olmaması, geleneksel bilgi ve becerilerine bağlı olan yaşlı bireylerin değişen sosyal hayat sonucu aile bireyleri ile uyum kurmasının zorlaşması, kadınların çalışma hayatına atılmalarıyla beraber yaşlı bireylerin bakım ve ihtiyaçlarının aile içinde kim tarafından üstleneceği konusunda sıkıntıların yaşanması, yaşlı bireyin beklenenden daha uzun süre yaşaması, kendi evinden ve sosyal ortamından kopmak istemiyor olması gibi nedenlerle yaşlı bireyin ailenin yanında bakımı zorlaşmıştır (Şeker ve Kurt, 2018: 12).

Sosyal hizmet disiplini, toplumsal kaynaklara erişme noktasında problem yaşayan dezavantajlı kişilerin veya grupların sunulan kaynaklara erişimini kolaylaştırmak ve yaşanan sosyal sorunların çözümlenebilmesi için uygulama ve müdahalelerini gerçekleştirmektedir. Sosyal hizmet disiplinin uygulamalarının alt yapısında insan onuru ve gururu, kişi hakları, sosyal adalet kavramları bulunmaktadır. Toplum içerisinde dezavantajlı olarak ifade edebileceğimiz kadınlar, çocuklar, engelliler, yoksullar, sığınmacılar, mülteciler ve daha sayılabilecek birçok müracaatçı grubu gibi

yaşlılar da sosyal hizmet disiplinin en önemli hizmet alanlarından biridir. Sosyal hizmet müdahaleleri, yaşlı bireylerin yaşamlarını sürdürmeleri noktasında karşılaştıkları problemlerin giderilmesi ve bu problemlerin yaşlı bireyler üzerinde yarattığı negatif etkilerinin azaltılmasına yönelik gerekli müdahale ve uygulamaları esas alır. Yani yaşlı bireylere yönelik gerçekleştirilen sosyal hizmet uygulamaları, yaşlı bireyin toplumsal hayattan kopmamasını ve toplumsal hayata aktif bir şekilde katılmasını desteklemektedir. Bu açıdan sosyal hizmet müdahalesi, *“yaşlı birey bakıma muhtaçsa sosyal bakım programının geliştirilmesini, yaşlı bireyin sosyal rahatsızlıkları ve sosyal sorunları çok öndeyse ya da kronikleşmişse sosyal tedavi programı uygulanmasını, çevresine ya da topluma uyumu aksıyorsa sosyal uyum sağlanması amacıyla sosyal rehabilitasyon programı uygulanmasını”* içermektedir (Tomambay, 2007: 25).

Yaşlı bireylerin gereksinimlerini belirleme ve gereksinimlerini karşılamaya yönelik sosyal hizmet uygulamaları olmakla birlikte toplumsal bir sorun haline gelen yaşlı bireyin bakımının sağlanması yaşlılık alanına dair en sık karşılaşılan sorun olduğundan sosyal hizmet disiplini daha çok kurumsal bakım olarak şekillenmiştir.

Kurum bakımı yaşlı bireylerin sorun ve ihtiyaçlarını önemseyen en eski sosyal hizmet müdahalelerindendir. Kurum bakımı, yaşamın devam ettirilebilmesi için gerekli temel ve kişisel ihtiyaçlarını bir başkasına bağlı olmadan gideremeyen yaşlı bireylerin ruhsal, sosyal, sağlık, ekonomik vb. konularda sıkıntı yaşadıkları noktada psikososyal destek sağlanmasını ve yaşlı bireylerin bakımını temel alan bir hizmet modelidir. Ülkemizde yaşlı bireylere sunulan kurumsal bakım hizmetleri Kamu Kurum ve Kuruluşları ve özel sektöre bağlı Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi tarafından sağlanmaktadır. Yatılı hizmetlerin yanı sıra gündüzlü hizmet veren Yaşlı Hizmet Merkezleri, Evde Bakım Hizmetleri ve Gündüzlü Bakım Merkezleri de mevcuttur.

Huzurevleri; 60 yaş ve üstü yaşlı bireylerin huzurlu bir ortamda yaşamlarını sürdürmelerini sağlamak, oluşabilecek her türlü tehlikeden korumak, kendilerine bakmak ve yaşlı bireylerin ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını gidermek amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır (Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği, 2001).

Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri; yaşlı bireylerin hayatlarını sağlıklı, huzurlu ve güvenli bir ortamda sürdürmeleri amacıyla, asgari düzeyde de olsa kendi kendilerini idare edebilecekleri bir şekilde rehabilitasyonlarının sağlandığı ve tedavisinin sağlanması mümkün olmayanların ise sürekli özel bakım ve gözetim altına tutulduğu yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır (Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği, 2001).

Yaşlı Hizmet Merkezleri; yatılı bir şekilde kurum bakımına gereksinim duymayan, sosyo-ekonomik durumu fark etmeksizin ev ortamında yaşamlarını sürdüren yaşlı bireylerin psikolojik ve sosyolojik ihtiyaçlarını karşılamak, ayrıca yaşlı bireylerin sosyal çevresinden izole edilmeden yaşamlarını idame ettirmeleri amacıyla açılması planlanan merkezlerdir.

Yaşamını evde tek başına, ailesi ve yahut akrabaları ile sürdüren hasta olmayan sağlıklı yaşlı bireyler ile parkinson, demans ve alzheimer gibi hastalıkları olan yaşlı bireylerin yaşadıkları ortamları daha iyi bir hale getirmek, boş zamanlarını değerlendirmek, ruhsal, sosyal ve sağlık gibi ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlamak, kendilerine rehber olup mesleki danışmalık yapmak, tek başlarına üstesinden gelemedikleri konulara ve günlük hayatlarında destek olmak, ilgi duydukları alanlar dikkate alınarak etkinlik grupları kurarak sosyal etkinlikler düzenlemek ve böylece yalnız kalmalarına engel olarak sosyal ilişki kurmalarını sağlamak, gerek görülmesi durumunda yaşlı bireylerin aileleri ile iletişime geçilerek yaşlı bireyin yaşam kalitesinin artırılması ve standartlarının iyileştirilmesi amacıyla hizmet sunan birim olarak tanımlanmaktadır.

Yaşlı hizmet merkezleri ve gündüzlü bakım hizmet merkezi yaşlı bireyleri sosyal çevresinden uzaklaştırmadan yaşam standartlarını iyileştirme ve kalitesini artırma amacı ile hizmet sunmaktadır. Bu merkezler yaşlı bireyin bütüncül sağlık süreci ile birlikte özellikle bilişsel ve sosyal alanda kayıp yaşayan yaşlı bireylerin işlevsellik düzeylerini güçlendirmek ve korumak için de planlı değişim programı oluşturarak psikososyal uygulama yapmaktadır.

Evde Bakım Hizmet Birimi; ise akli dengesi yerinde olan, tıbbi bakım gereksinimi duymayan ve herhangi bir özür durumu bulunmayan yaşlı bireylerin bakımı ile ilgili olarak aile üyelerinin tek başına ya da komşu, eş-dost gibi destek sağlayan

unsurlara rağmen eksik kaldığı durumlarda yaşlı bireylerin evde yaşamlarını sürdürebilmeleri için yaşadıkları ortamların daha iyi bir hale getirilmesi, günlük yaşam aktivitelerine destek olunması amacıyla sunulan fiziksel, ruhsal ve sosyal destek hizmetlerini sunan birim olarak tanımlanmıştır (Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik, 2008).

Sosyal hizmet disiplinin müracaatçı gruplarından olan yaşlı bireylere karşı uygulamalarda bulunan sosyal hizmet uzmanı, yaşlı birey ve bakımını sağlayan aile üyeleri ile takipli bir şekilde çalışma yapmaktadır.

4.1.2. Sosyal Hizmet Uzmanlarının Yaşlı Müracaatçılara Yönelik Müdahaleleri

Sosyal hizmet uzmanları almış oldukları eğitimler gereği yaşlı bireylerin yaşlılık döneminde yaşamış oldukları sorunların tespitinde öncü rol alırlar. Yaşlı bireylere yönelik hizmet veren kurum ve kuruluşların personelleri arasında sosyal hizmet uzmanları önemli bir konuma sahiptirler. Bu doğrultuda sosyal hizmet uzmanları, yaşlı bireylere ve ailelerine sunulan hizmetlerin etkili olmasında ve hizmet alan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin iyileştirilmesi açısından çalışmalar yürütürler. Sosyal hizmet uzmanlarının amacı; yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına uygun politika ve programlar geliştirmek ve uygulamaya geçirmek, toplum içerisinde yaşlı bireyin aktif bir şekilde yaşamını sürdürmesine katkıda bulunmak, değişen yaşam koşullarıyla birlikte meydana gelen yeni problemlerin çözüme kavuşturulmasına, yaşlı birey ve ailesinin refahına yönelik etkin destek hizmetlerinin geliştirilmesine öncülük etmektir (Danış, 2004: 81-82).

Sosyal hizmet uzmanları, genelci sosyal hizmet yaklaşımıyla yaşlı bireylerin hayat standartlarının iyileştirilmesi amacıyla sosyal sorunları ve bu sorunların yaşlı birey ve ailesi üzerindeki etkilerini bütüncül ve sistematik bir bakış açısı ve müdahale süreci doğrultusunda ele alır. Sosyal hizmet uzmanları; bireyle, grupla ve toplumla alakalı sorunların karşılıklı etkileşim halinde olduğu bilincinden hareketle yaşanan sorunlara mikro, mezzo ve makro düzeyde müdahale edilerek çözüme kavuşturulabileceği görüşü ile mesleki çalışmalarda bulunurlar (Kirst-Ashman ve Hull, 1999: 6-12). Yaşlılık döneminde yaşlı bireylerin ihtiyaç ve beklentileri göz önüne alındığında sosyal, sağlık, ekonomik ve psikolojik gibi çeşitli sorunlarla karşılaşabilecekleri görülmektedir. Bu

sebeple yaşı bireylere yönelik sosyal hizmet uygulamalarının etkililiğinin sağlanılmasında disiplinlerarası ekip çalışmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Yaşı bireylerin tek başlarına karşı karşıya kaldıkları sorunların üstesinden gelmeleri ve sorunlardan kurtulmaları güç olduğundan bu sorunların çözümü noktasında profesyonel yardıma gereksinim duyulmaktadır. Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanları, sosyal hizmet disiplininin yaklaşım ve müdahale yöntemlerini kullanarak, diğer meslek elemanlarıyla iş birliği içerisinde olarak yaşı bireylerin yaşamlarını idame ettirebilmeleri için profesyonel yardım ve çözümler sunarlar (Hamilton, 1951: 13).

Sosyal hizmet uzmanları, yaşı bireylere yönelik sosyal hizmet uygulamaların sunumunda; yaşı bireyin gururunu ve onurunu korumak, kendi kendine karar almasını sağlamak, hayat standartlarını iyileştirmek ve kalitesini artırmak, en üst seviyede işlevselliğini sağlamak, mümkün oldukça içinde bulunduğu yaşam şartlarını iyileştirmek, yaşlanmayı takip eden değişimleri anlamak, sosyo-ekonomik destek sağlamak, işlevselliğini ölçmek, bağımlılık ve bağımsızlık durumunu belirlemek, hobilerini, dini ve manevi ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla çalışmalarda bulunurlar (Mellor ve Lindeman, 1998:3).

4.1.3. Sosyal Hizmet Uzmanlarının Etik Sorumlulukları ve Roller

İnsanlık yaşamında kayıplar dönemi olarak adlandırdığımız yaşlılık döneminde eskisi gibi çevik olunmaması, hareket becerisinin kısıtlanması ve hareket etmede daha fazla zorlanması, dış görünüşte değişikliklerin olması, alınan yaşla birlikte görme duyma ve dokunma gibi duyu hissiyatlarının azalması, düşünsel işlevlerin ortaya çıkardığı mevcut fikirlerin çoğu zaman eksik ya da hatalı oluşu, bulunduğu ortamı değerlendirme, doğru karar verme ve davranma için daha çok vakit harcanması nedeni ile yaşı bireylerin psiko-motor becerilerinde gerileme yaşanmaktadır (Zastrow ve Kirst-Ashman, 2015: 110).

Yaşı refahı alanında görev alan sosyal hizmet uzmanı yaşı birey ve ailesini geneli yaklaşım çerçevesinde ele alır. Ayrıca sosyal hizmet uzmanı sadece müracaatçı sistemine karşı sorumlu olmayıp aynı zamanda unvanına, mesleğine, çalışmakta olduğu kurumuna ve topluma karşı etik sorumlulukları bulunmaktadır (Parrott, 2010: 11).

Sosyal hizmet uzmanının mesleğine ve unvanına karşı sorumluluğu, her meslekte olduğu gibi sosyal hizmet mesleğinin temelinde de bulunan etik kurallara bağlı kalmak

ve mevcut kaynakları kullanarak ahlaki ve etkili müdahaleler planlaması ve gerçekleştirmesidir. Aynı zamanda sosyal hizmet mesleğinin değerini korumaktır. Sosyal hizmet uzmanının çalıştığı kuruma karşı sorumluluğu, kurumun iş tanımını ve işleyiş prosedürünü göz önünde bulundurarak kurumun saygınlığını ve itibarını koruyacak uygun mesleki müdahaleleri uygulamasıdır. Sosyal hizmet uzmanının topluma karşı sorumluluğu, toplumsal düzenin korunmasını ve sürdürülmesini sağlamak için ihtiyaç sahibi insanların ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik profesyonel hizmetler sunmasıdır. Son olarak sosyal hizmet uzmanının yaşlı bireylere karşı sorumluluğu ise, yaşlı bireyin gizliliği önemsemek ve kendi kaderini tayin etme (self-determinasyon) hakkına saygı duymak, müdahale süreci boyunca yaşlı bireyle alakalı gerekli kayıtlara ulaşmak ve bu kayıtları düzenli not almak, yaşlı bireyin refahına yönelik müdahalelerde bulunmaktır (Banks, 1995: 122).

Yaşlılık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanının yaşlı bireylere karşı diğer etik sorumlulukları arasında; yaşlı bireyin gereksinimini ilk sırada tutma, yaşlı bireyler arasında herhangi bir fark gözetmeksizin, tarafsız olarak sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyan her yaşlı bireye destek olma, akli melekelerinin yerinde olması durumunda yaşlı bireyin kendisiyle alakalı kararlarda söz sahibi olmasına saygı duyma ve önemseme, aksi durumlarda yaşlı bireyin ailesiyle iletişime geçerek aile üyelerini sürece dâhil etme, yaşlı bireyle alakalı bilgileri bir başkasıyla paylaşmama, yaşlı bireyin ihtiyacına yönelik sunulan hizmetlerin devamının sağlanmasını engelleyecek engelleri ortadan kaldırmak, şahsi konularda yaşlı birey ve ailesi ile herhangi bir çıkar çatışmasına girmekten uzak durma, müracaatçıdan ve ailesinden hediye ya da para talep etmeme ve sunulması durumunda kabul etmeme, yaşlı bireyin ihmal ve istismarını engellemeye yönelik önlemleri alma vb. yer almaktadır.

Yaşlı bireylere yönelik sosyal hizmet müdahalelerinde sosyal hizmet uzmanının amacı yaşlı bireyin ve ailesinin refah seviyesini korumak ve artırmaktır. Sosyal hizmet disiplini çerçevesinde sosyal hizmet uzmanının mikro düzeyde yaptığı ve/veya yapmak istediği müdahalelerin amacı yaşlı bireyin başka bir bireye olan bağlılığını azaltmak yani daha bağımsız olmasını sağlamak, sosyal desteğini devam etmesini sağlamak, yaşamış olduğu stres ve sıkıntıyı en aza indirmek, içinde olduğu dönemin özelliklerine yönelik yaşlı bireyi bilgilendirmeyi sağlamaktır. Makro düzeydeki müdahaleler ise, yaşlılığın ve yaşlanmanın anlamını ve önemini farkında olarak yaşlı

bireylerin kişisel ve kültürel farklılıklarını göz önünde bulundurarak yaşlı bireylere yönelik sosyal politikaya katkıda bulunmak, disiplinler arası koordinasyon ile mesleki katkıda bulunmak, yapılan hizmetlerin yaşlı birey ve ailelerinin lehine olup olmadığı konusunda eleştirel bilgi birikimin olmasıdır.

Sosyal hizmet uzmanlarının yaşlılık alanında var olan sorunların tespit edilmesi ve çözülmesinde yaşlı bireylerin hayatlarına olumlu bir şekilde dokunabilme konusunda rolleri bulunmaktadır. Zatröws (2013: 100-103), sosyal hizmet mesleğinin müdahaleleri doğrultusunda sosyal hizmet uzmanının rollerini; destekleyici rolü, aracı rolü, savunucu rolü, aktivist rolü, arabulucu rolü, görüşmecî rolü, eğitimci rolü, öncü rolü, güçlendirici rolü, koordinatör rolü, araştırmacı rolü ve sözcü rolü başlıkları altında ele almakta ve şu şekilde açıklamaktadır:

Destekleyici rolü; sosyal hizmet uzmanları yaşlı bireyler için yapılan hizmetlerde aktif destek sunar. Yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını net bir şekilde ifade etmelerinde, sorunlarını belirleyebilme ve üstesinden gelebilmeleri gibi konularda yaşlı bireylere yardımcı olur.

Aracı rolü; sosyal hizmet uzmanları yaşlı bireylerin sosyal devlet tarafından kendilerine sağlanan hizmetlere ulaşabilme ve bu hizmetlerden faydalanabilmeleri konusunda yardımcı olur. Ve kurum bakımına ihtiyaç duyan yaşlı bireylerin bu kurumsal hizmetlerden faydalanmaları için ilgili kurumlara yönlendirir.

Savunucu rolü; sosyal hizmet uzmanları yaşlı refahı alanında mevcut kurumsal hizmetler noktasında hizmet politikasını değiştirme ve iyileştirme sürecine dâhil olur. Yaşlı bireylerin ihtiyaç duydukları konu doğrultusunda destekleyici hizmetlere odaklanır.

Aktivist rolü; sosyal hizmet uzmanlarının, yaşlı bireylerin toplum tarafından yaş ayrımcılığına maruz kalmaları, eşitsizlik veya mahrumiyete uğraması durumunda sosyal çevrede gerekli değişimleri yapmasıdır

Arabulucu rolü; sosyal hizmet uzmanı tarafsız kalarak yaşlı bireyin; ailesi, akrabası ve kurum bakımı ile alakalı olan karşılıklı anlaşmazlıkları en aza indirerek veya ortadan kaldırarak ortak bir noktada buluşmalarını sağlamasıdır.

Görüşmeci rolü; sosyal hizmet uzmanlarının yaşlı bireylerin sıkıntı yaşadığı kişilerle ortak bir karara varmaları konusunda desteklemesidir.

Eğitici rolü; sosyal hizmet uzmanı yaşlı birey ile etkili bir şekilde iletişimde bulunarak yaşlı bireyi bilgilendirmesi ve kendileri tarafından uygulanacak becerileri öğretmesidir.

Öncü rolü; sosyal hizmet uzmanının yaşlı bireyler için sorun ve tehlike yaratabilecek konulara dikkat çekmesidir.

Güçlendirici rolü; sosyal hizmet uzmanının yaşlı bireyleri sorunlarının üstesinden gelebilmeleri için yüreklendirmesi, yaşlı bireyleri yaşam şartlarını geliştirme noktasında etkili olmalarını sağlamasıdır.

Koordinatör rolü; sosyal hizmet uzmanı yaşlı bireylerin psikolojik, ekonomik ve hukuki alanlarında ve boş vakitlerinin değerlendirilmesi gibi konularda ilgili kurumların beraber çalışmasını sağlar.

Araştırmacı rolü; sosyal hizmet uzmanının yaşlılık alanıyla ilgili kaynakları araştırması, bilgilere ulaşması ve uygulamaya geçirmesi rolüdür.

Sözcü rolü; sosyal hizmet uzmanının yaşlı bireylere yönelik bakım hizmetlerinin geliştirilmesi veya var olan hizmetlerle alakalı bilgilendirme sorumluluğunu kapsar (Zastrow, 2013: 100-103).

BEŞİNCİ BÖLÜM

SAHA ÇALIŞMASI

Çalışmanın beşinci bölümünde saha çalışmasına yer verilmiştir. Bu bölümde; araştırmanın sorunu, amacı, önemi, sınırlılıkları ile araştırmanın modeli, evren ve çalışma grubu, etik onayı, veri toplama araçları, verilerin toplanma süreci, analizleri, bulgular ve yorum ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

5.1. ARAŞTIRMANIN SORUNU

İnsanlık tarihinde kayıplar dönemi olarak nitelendirilebilecek yaşlılık döneminde yaşlı bireyler psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik açıdan birçok değişim ve kayıplar yaşamaktadır. Yaşlılık döneminde yaşanan bu değişim ve kayıplar yaşlı bireylerin tek başına kalmalarına, ihmal ve istismar edilmelerine, kendilerini yetersiz ve faydasız görmeleri sonucunda öz güven ve öz saygılarını kaybetmelerine neden olmuştur. Yaşlı bireyler yaşlılık döneminde ölümü daha yoğun bir şekilde hissedip kaygılanmaktadır. Yalnızlığın artması ve sosyal desteğin azalması zaten kaygılı bir döneme giren yaşlı bireylerin kaygılarını daha da arttırmaktadır. Öte yandan bireylerin karşılaştığı zorluklarla baş edebilme becerisi olarak tanımlanan psikolojik dayanıklılık ailesi ve sosyal çevresi tarafından ikinci plana atılan yaşlı bireyler için büyük bir öneme sahiptir. Bu bağlamda çalışmanın sorununu toplumda dezavantajlı yani risk altında bulunan gruplardan birini oluşturan yaşlı bireylerin yaşlılık döneminde algıladıkları sosyal destek ve psikolojik dayanıklılıklarının, ölüm kaygıları üzerindeki etkisi ile sosyal hizmet disiplini ile ilgili etkileşimi oluşturmaktadır.

5.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Çalışma grubunda yer alan yaşlı katılımcılarda Ölüm Anksiyetesi, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olup olmadığının incelenmesi amacıyla aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Cinsiyete göre katılımcıların ölüm anksiyetesi, çok boyutlu algıladıkları sosyal destek ve psikolojik dayanıklılıkları farklılık göstermekte midir?
- Yaşa göre katılımcıların ölüm anksiyetesi, çok boyutlu algıladıkları sosyal destek ve psikolojik dayanıklılıkları farklılık göstermekte midir?

- Eğitim düzeyine göre katılımcıların ölüm anksiyetesi, çok boyutlu algıladıkları sosyal destek ve psikolojik dayanıklılıkları farklılık göstermekte midir?
- Medeni duruma göre katılımcıların ölüm anksiyetesi, çok boyutlu algıladıkları sosyal destek ve psikolojik dayanıklılıkları farklılık göstermekte midir?
- Çocuk sahibi olma durumuna göre katılımcıların ölüm anksiyetesi, çok boyutlu algıladıkları sosyal destek ve psikolojik dayanıklılıkları farklılık göstermekte midir?
- Sosyal güvence bulunma durumuna göre katılımcıların ölüm anksiyetesi, çok boyutlu algıladıkları sosyal destek ve psikolojik dayanıklılıkları farklılık göstermekte midir?
- Ölüm anksiyetesi, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

5.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Çalışma ile ele alınacak olan yaşlı bireylerin algıladıkları sosyal destek ve psikolojik dayanıklılıkları ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin incelenmesiyle yaşlılık sürecindeki bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının artırılması, ölüm kaygısının azaltılması, yaşlı refahı ve buna yönelik sosyal hizmet uygulamalarının yapılandırılmasına dönük önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu çalışma ülkemizde ve uluslararası alan yazında yer alan yaşlı bireylerde ölüm kaygısı ile sosyal destek ve psikolojik dayanıklılığı birlikte ele alan sınırlı sayıdaki çalışmadan birini oluşturmaktadır. Bu bağlamda da çalışma, alan yazına sağlayabileceği katkılar açısından önemli görülmektedir.

5.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışma, 1 Haziran 2022 ile 1 Eylül 2022 tarihleri arasında Muş ilinin Bulanık ilçesinde yaşayan araştırmaya katılmaya gönüllü 60 yaş ve üzeri 302 yaşlı birey ile sınırlıdır. Ayrıca çalışma; araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyo-demografik Bilgi Formu, Sarıççek Aydoğan, Gülseren, Öztürk Sarıkaya ve Özen (2015) tarafından Türkçe'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA), Eker, Arkar ve Yaldız (2001) tarafından Türkçe'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Basım ve Çetin (2011) tarafından Türkçe'ye uyarlama,

geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ile sınırlıdır.

5.5. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırma nicel araştırma yönteminde genel tarama modellerinden ilişkisel tarama modelinde tanımlayıcı araştırma olacak şekilde tasarlanmıştır. Genel tarama modelleri, çok sayıda elemandan oluşan evren hakkında genel bir yargıya varmak amacıyla evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup, örnek ya da örneklem üzerinden yapılan tarama modelleridir (Karasar, 2002: 111). İlişkisel tarama modeli ise; iki ve daha çok değişken arasındaki birlikte değişimin varlığını veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modeli (Karasar, 2022: 111) olarak tanımlanmaktadır.

5.6. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÇALIŞMA GRUBU

Araştırmanın evrenini, Muş ilinde yaşayan 60 yaş ve üzeri yaşlı bireyler oluştururken araştırmanın çalışma grubunu, Muş ilinin Bulanık ilçesinde yaşayan araştırmaya katılmaya gönüllü 60 yaş ve üzeri 302 yaşlı birey oluşturmuştur. Araştırmanın çalışma grubunu oluşturan, geleneksel toplum yapısının hâkim olduğu Muş ilinin Bulanık ilçesinde yaşayan yaşlı bireylerin büyük çoğunluğu eşi ve/veya çocukları ile birlikte aynı çatı altında yaşamlarını idame ettirmekteyken çok az bir kısmı ise aile üyelerine yakın alanlarda tek başına yaşamlarını sürdürmekte olup aile üyeleriyle iletişim halindedir. Kartopu örnekleme modeli; bilimsel araştırmalarda küçükten başlayan yuvarlandıkça büyüyerek genelleme yapmayı sağlayan bir kitleyi tanımlamak (Corbetta, 2003: 15; Neuman, 2007: 35) için kullanılmaktadır. Başlangıçta tek bir birimden oluşan örneklem büyüklüğünün kartopuna benzer şekilde büyütülmesi amaçlanmaktadır (Ural ve Kılıç, 2011: 46). Çalışma grubunda yer alan katılımcıların betimsel istatistiklerine ilişkin bulgular aşağıdaki tablo 5.1’de gösterilmiştir.

Tablo 5.1. Katılımcıların Tanımlayıcı İstatistiksel Bulguları

	N	%		N	%
Cinsiyet			Çocuk durumu		
Kadın	163	51,6	Var	232	73,4
Erkek	139	44,0	Yok	70	22,2
Yaş			Çocuk Sayısı		
60-65 Yaş arası	92	29,1	1- 3 Çocuk	92	29,1
66-70 Yaş arası	95	30,1	4-6 Çocuk	65	20,6
71-75 Yaş arası	83	26,3	7-9 Çocuk	60	19,0
76 Yaş ve üstü	32	10,1	10 ve üzeri	16	5,1

Tablo 5.2. Katılımcıların Tanımlayıcı İstatistiksel Bulguları (devamı)

	N	%		N	%
Medeni Durum			Eğitim Durumu		
Evli	98	31,0	Okuryazar	13	4,1
Bekâr	24	7,6	İlkokul	78	24,7
Boşanmış	33	10,4	Ortaokul	63	19,9
Eşi Vefat Eden	147	46,5	Lise	57	18,0
			Ön Lisans	46	14,6
			Lisans	30	9,5
			Yüksek Lisans ve Üstü	15	4,7
Sosyal güvence durumu			Çalışılan Sektör		
Var	118	37,3	Kamu	42	13,3
Yok	184	58,2	Özel Sektör	100	31,6
			Diğer	160	50,6
Emekli Olunan Kurum			Aylık Ortalama Gelir		
SSK	27	8,5	1000-2500	56	17,7
BAĞKUR	30	9,5	2600-3600	55	17,4
EMEKLİ SANDIĞI	32	10,1	3700-4500	59	18,7
DİĞER	29	9,2	4600-6000	52	16,5
			6100 ve üzeri	80	25,3
Konut Durumu			Kronik Rahatsızlığın Bulunma Durumu		
Kira	106	33,5	Var	291	92,1
Kendisine ait	97	30,7	Yok	11	3,5
Kendi ailesine ait	41	13,0			
Eşine ait	53	16,8			
Eşinin ailesine ait	5	1,6			

Tablo 5.1 incelendiğinde araştırmaya katılan gönüllü 302 yaşlı katılımcının 163'ü (%51,6) kadın, 139'u (%44,0) ise erkektir. Katılımcılardan yarısından fazlasının kadın katılımcı olduğu gözlemlenmiştir.

Katılımcıların 92'si (%29,1) yaşlılığın başlangıcı olarak kabul gören 60-65 yaş aralığında, 95'i (%30,1) 66-70 yaş aralığında, 83'ü (%26,3) 71-75 yaş aralığında, 32'si (%10,1) ise 76 yaş ve üstüdür.

Katılımcılar arasında 98 (%31,0) katılımcının hâlen evli olduğu, 24 (%7,6) katılımcının bekâr olduğu, 33 (%10,4) katılımcının boşanmış olduğu ve 147 (%46,5) katılımcının ise eşinin vefat ettiği bilgilerine ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan katılımcıların 70'inin (%22,2) hiç çocuk sahibi olmadığı, 232'sinin (%73,4) ise çocuk sahibi olduğu bilgilerine ulaşılmış olup çocuk sahibi olan katılımcıların 92'sinin (%29,1) çocuk sayısının 1-3 aralığında olduğu, 65'inin (%20,6) çocuk sayısının 4-6 aralığında olduğu, 60'ının (%19,0) çocuk sayısının 7-9 aralığında olduğu ve son olarak 16'sının (%5,1) ise 10 ve üzeri çocuk sahibi olduğu görülmüştür.

Araştırmada yer alan katılımcılar arasında 13 (%4,1) katılımcı okuryazar olup 78 (%24,7) katılımcı ilkokul, 63 (%19,9) katılımcı ortaokul, 57 (%18,0) katılımcı lise, 46 (%14,6) katılımcı ön lisans, 30 (%9,5) katılımcı lisans ve 15 (%4,7) katılımcı ise yüksek lisans ve üstü mezunudur.

Kamu sektöründe bulunan katılımcı sayısı 42 (%13,3), özel sektörde bulunan katılımcı sayısı 100 (%31,6) ve diğer sektörde çalışan katılımcı sayısı ise 160 (%50,6)'tır. Katılımcılardan 27 (%8,5) katılımcının emekli olduğu kurum SSK iken, 30 (%9,5) katılımcının emekli olduğu kurum Bağkur, 32 (%10,1) katılımcının emekli olduğu kurum Emekli Sandığı ve 29 (%9,2) katılımcının emekli olduğu kurum ise diğeridir.

Katılımcılar arasında 56 (%17,7) katılımcının aylık ortalama gelirinin 1.000-2.500 aralığında olduğu, 55 (%17,4) katılımcının aylık ortalama gelirinin 2.600-3.600 aralığında olduğu, 59 (%18,7) katılımcının ortalama aylık gelirinin 3.700-4.500 aralığında olduğu, 52 (%16,5) katılımcının ortalama aylık gelirinin 4.600-6.000 aralığında olduğu, 80 (%25,3) katılımcının ortalama aylık gelirinin 6.100 ve üzeri olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcılardan 106 (%33,5) katılımcının ikamet ettikleri konutun kendilerine ait olmayıp kira olduğu, 97 (%30,7) katılımcının ikamet ettikleri konut kendisine ait olduğu, 41 (%13,0) katılımcının ikamet ettikleri konutun kendi ailesine ait olduğu, 53 (%16,8) katılımcının ikamet ettikleri konutun eşine ait olduğu ve son olarak 5 (%1,6) katılımcının ikamet ettikleri konutun eşinin ailesine ait olduğu bilgileri edinilmiştir.

11 (%3,5) katılımcının herhangi bir kronik rahatsızlığı bulunmayıp sağlıklı iken 291 (%92,1) katılımcının ise kronik rahatsızlığının bulunduğu görülmüştür.

5.7. ARAŞTIRMANIN ETİK ONAYI

Araştırmaya başlamadan önce soru formunda yer alan Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)'ni Türkçe'ye uyarlayarak, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan elektronik posta ile izin alınmıştır. Sonrasında araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılacak soru formunun araştırma etiği açısından uygunluğuna ilişkin olarak Muş Alparslan Üniversitesi Bilimsel Araştırma Yayın Etiği Kurulundan 01.04.2022 tarih ve 44 sayılı karar ile etik

kurul onayı alınmış olup soru formu araştırmaya katılmaya gönüllü yaşlı katılımcılara aydınlatılmış onam formu sunulmuş ve uygulanmıştır.

5.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada verilerin toplanması için kullanılan soru formunda katılımcıların tanımlayıcı özelliklerini belirleyebilmek için 10 (on) sorudan oluşan Sosyo-demografik Bilgi Formu, Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) yer almaktadır.

5.8.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Sosyo-demografik bilgi formu, araştırmaya katılmaya gönüllü yaşlı katılımcıların sosyo-demografik durumunu belirleyebilmek için araştırmacı tarafından hazırlanan cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk durumu, çalışılan sektör, emekli olunan kurum, aylık ortalama gelir, konut durumu, öğrenim durumu ve kronik rahatsızlığın bulunma durumu olmak üzere 10 (on) sorudan oluşan bir formdur.

5.8.2. Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA)

Araştırmaya katılmaya gönüllü yaşlı katılımcılarda ölüm anksiyetesini belirleyebilmek için kullanılan Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA) Sarıççek Aydoğan, Gülseren, Öztürk Sarıkaya ve Özen tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Sarıççek Aydoğan vd., 2015). Ölçek ölüm ve ölümden sonrası ile ilişkili kavramların Müslüman topluluklara özgü nitelikleri olduğu düşüncesinden yola çıkılarak geliştirilmiştir (Sarıççek Aydoğan vd., 2015: 371). Ölçek 5'li likert tipi bir ölçümü sağlayan 20 maddeden oluşmaktadır (1=hiç ve 5=çok fazla) (Sarıççek Aydoğan vd., 2015: 372). Ölçek ölümle ilişkili görsel uyaranların uyandırdığı korku, ölümün beraberindeki fiziksel ve ruhsal acıya ilişkin korku, ölümü hatırlatan diğer durumlarla ilişkili korku, ölümden sonrasına ilişkin korku, ölme işinin kendisine yönelik korku olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır (Sarıççek Aydoğan vd., 2015: 372). Sarıççek Aydoğan vd. (2015: 371) yaptıkları çalışmada Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği'nin Cronbach Alfa değerini 0,86 olarak bulmuş iken bu araştırmada Cronbach Alfa değeri 0,83 olarak bulunmuştur.

5.8.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Araştırmaya katılmaya gönüllü yaşlı katılımcılarda algılanan sosyal destek düzeylerini belirleyebilmek için kullanılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Zimet, Powell, Farley, Werkman ve Berkoff (1990) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eker vd., (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçek 7'li likert tipinde 12 maddeden oluşmaktadır (Eker vd., 1995). Ölçek aile, arkadaşlar ve özel bir insan olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır (Eker vd., 1995: 47). Ölçeğin Cronbach Alfa değerleri örneklem gruplarının karşılaştırılmasına göre 0,85 ile 0,88 arasında değişmektedir (Eker vd., 1995: 48). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,79 olarak saptanmıştır.

5.8.4. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)

Araştırmaya katılmaya gönüllü yaşlı katılımcıların psikolojik dayanıklılıklarını ölçmek amacıyla kullanılan Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) 5'li likert skalasında 33 maddeden oluşmaktadır (Basım ve Çetin, 2011). Ölçek; Fribog, Hjemdal, Rosenvinge ve Martinussen tarafından geliştirilmiş olup Basım ve Çetin tarafından ise Türkçeye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Basım ve Çetin, 2011). Friborg vd. (2003) tarafından geliştirilen sonrasında Basım ve Çetin (2011) tarafından Türkçeye uyarlanan Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Fribog ve arkadaşlarının 2005 yılında gerçekleştirdikleri çalışmada “kişisel güç” alt boyutunun içerisinde “gelecek algısı ” ve “kendilik algısı” yer almasıyla 6 boyutlu olacak biçimde şekillendirilmiştir (Friborg vd., 2005; Basım ve Çetin, 2011: 107). Ölçeğin orijinal versiyonunu içeren altı boyutlu yapısıyla psikolojik dayanıklılığı güçlü bir biçimde açıkladığı Basım ve Çetin tarafından ifade edilmektedir (Basım ve Çetin, 2011: 113). Ölçek “kendilik algısı”, “gelecek algısı”, “yapısal stil”, “sosyal yeterlilik”, “aile uyumu” ve “sosyal kaynaklar” boyutlarını (Basım ve Çetin, 2011: 113) içermektedir. Basım ve Çetin (2011) tarafından ölçeğin Cronbach Alfa değerlerinin 0,68 ile 0,81 arasında değişim gösterebileceği belirtilmişken bu çalışmada YPDÖ Cronbach Alfa değeri 0,82 olarak saptanmıştır.

5.9. VERİLERİN TOPLANMA SÜRECİ

Araştırma verilerinin toplanılmasından önce Muş Alparslan Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan 01.04.2022 tarih ve 44 sayılı karar ile etik kurul

onayı alınmıştır. Etik kurul onayı alındıktan sonra ise araştırmadaki veriler, 1 Haziran 2022 ile 1 Eylül 2022 tarihleri arasında araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyo-demografik Bilgi Formu, Sarıçiçek Aydoğan vd. (2015) tarafından Türkçe'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA), Eker vd. (2001) tarafından Türkçe'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Basım ve Çetin (2011) tarafından Türkçe'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ile Muş ilinin Bulanık ilçesinde yaşayan araştırmaya katılmaya gönüllü 60 yaş ve üzeri 302 yaşlı bireyle yüz yüze görüşmeler yapılarak katılımcıların sorulara verdikleri cevapların soru formuna işlenmesi ile toplanılmıştır.

Araştırmaya gönüllü olarak katılan yaşlı bireylerin tanıdıkları diğer yaşlı yetişkinlerin bilgilerini paylaşması ile 302 gönüllü yaşlı yetişkine ulaşılmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılan yaşlı bireyler ile yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Görüşmelerde yaşlı bireylere çalışmayla alakalı bilgiler verilerek aydınlatılmış onam formu ile izinleri alındıktan sonra formlar doldurulmaya başlanılmıştır. Çalışmaya katılan bazı yaşlı bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları ve benzeri diğer sorunlarından dolayı çalışmada kullanılan ölçeklerde bulunan soruları anlamakta güçlük yaşamalarına neden olmuş olsa da bu problem araştırmacı tarafından sorular tekrar edilerek ve açıklanarak sorulması ile giderilmiştir. Yapılan görüşmeler çoğunlukla her bir yaşlı birey için yaklaşık olarak 45-60 dakika sürmüştür. Ancak kimi yaşlı bireylerin yaşından ve yaşın vermiş olduğu sağlık sorunlarından dolayı yapılan görüşmeye zaman zaman ara verilip yaşlı bireylerin kendilerini daha iyi hissedip toparladıktan sonra devam edilmesinden dolayı daha uzun sürmesine neden olabilmektedir. Ayrıca görüşmelerde yaşlı bireylerin sorulan soruları daha net işitebilmesi, algılayabilmesi, söyleyeceklerini ifade edebilmesi ve dikkatlerinin dağılmaması için görüşmenin yapıldığı ortamın daha sessiz ve sakin olmasına özen gösterilmiştir. Bu sayede görüşmeler herhangi bir sorun çıkmadan tamamlanmıştır.

5.10. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma verilerinin analizi SPSS Static Version 24 Paket Programında yapılmıştır. Öncelikli olarak katılımcılardan elde edilen verilerin betimsel istatistiksel

analizleri yapılmış olup sıklık ve yüzde değerleri belirlenmiştir. Sonrasında ölçeklerden elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediği normallik testi ile belirlenmiştir. Kolmogorov-Smirnova ve Shapiro-Wilk Testine göre katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların normal dağılım göstermediği belirlenmiştir ($p<0,01$).

Tablo 5.2’de normallik test sonucu gösterilmiştir.

Tablo 5.3. Normallik Testi Sonuçları

	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	Df	P	İstatistik	Df	P
YPDÖ Toplamı	,113	302	,000	,965	302	,000
ÇBASDÖ Toplamı	,106	302	,000	,949	302	,000
ASDA Toplamı	,117	302	,000	,921	302	,000

Araştırma kapsamında katılımcılardan elde edilen verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle verilerin analizlerinde non-parametrik testlerden yararlanılmıştır. Öncelikli olarak araştırmaya katılan katılımcıların Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamlarından aldıkları puanların cinsiyetlerine, çocuklarının olup olmama ve sosyal güvencelerinin bulunup bulunmama durumuna göre anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığını belirleyebilmek için Mann Whitney U Testi yapılmıştır. Katılımcıların Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamlarından aldıkları puanların katılımcıların yaşına, eğitim düzeyine, medeni durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirleyebilmek için Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır. Katılımcıların Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamından aldıkları puanlar arasında ilişkinin bulunup bulunmadığını ölçmek amacıyla Non-parametrik Testlerde kullanılan Spearman Korelasyon Analizi uygulanmıştır.

5.11. BULGULAR VE YORUM

Verilerin analizlerinden elde edilen bulgular tablo şeklinde gösterilmiştir.

Tablo 5.4. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Ölüm Anksiyetesi, Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılıklarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Cinsiyet	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	Z	P
ASDA	Kadın	163	143.62	23410,50	10044,500	-1,699	0.08
	Erkek	139	160.74	22342,50			
ÇBASDÖ	Kadın	163	169.08	27560,50	8462,500	-3,793	0.00
	Erkek	139	130.88	18192,50			
YPDÖ	Kadın	163	138.37	22555,00	9189,000	-2,842	0.004
	Erkek	139	166.89	23198,00			

p= Önemlilik, * p<0,05, ** p <0,01, U=Mann Whitney U Testi

Tablo 5.3 incelendiğinde araştırmaya katılan katılımcıların Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamlarından aldıkları puanların cinsiyete göre anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığını belirlemek için yapılan Mann Whitney U Testi sonucunda cinsiyete göre katılımcıların Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA) toplamından aldıkları puanların istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmadığı ($p>0,05$) belirlenmişken, Mann Whitney U Test sonuçları incelendiğinde katılımcıların cinsiyetlerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) toplamından aldıkları puanların ($U= 85$, $p<0,01$) istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır. Sıra ortalamaları incelendiğinde kadınların sıra ortalaması (sıra ort.=169.08), erkeklerin sıra ortalamasından (sıra ort.=130.88) daha yüksek düzeyde belirlenmiştir. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamından aldıkları puanların da istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($U= 92$, $p<0,01$). Sıra ortalamaları incelendiğinde erkeklerin sıra ortalamasının (sıra ort.=166.89), kadınların sıra ortalamasından (sıra ort.=138.37) daha yüksek düzeyde belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen bu bulgular değerlendirildiğinde; cinsiyete göre ölüm anksiyetesinin farklılık göstermeyebileceği, çok boyutlu algılanan sosyal destek ile psikolojik dayanıklılığın cinsiyete göre farklılık gösterebileceği, çok boyutlu algılanan sosyal desteğin kadınları erkeklerden daha fazla etkileyebileceği, psikolojik dayanıklılığın ise erkekleri kadınlardan daha fazla etkileyebileceği ifade edilebilir.

Tablo 5.5. Katılımcıların Yaşlarına Göre Ölüm Anksiyetesi, Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılıklarına İlişkin Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Değişkenler	Yaş Grupları	N	Sıra Ortalaması	Sd	X ²	P
ASDA	60-65 Yaş arası	92	99,14	3	66,254	0.000
	66-70 Yaş arası	95	178,57			
	71-75 Yaş arası	83	192,58			
	76 Yaş ve üstü	32	115,13			
ÇBASDÖ	60-65 Yaş arası	92	99,76	3	82,383	0.000
	66-70 Yaş arası	95	138,76			
	71-75 Yaş arası	83	189,84			
	76 Yaş ve üstü	32	238,66			
YPDÖ	60-65 Yaş arası	92	148,35	3	17,473	0.001
	66-70 Yaş arası	95	180,15			
	71-75 Yaş arası	83	132,76			
	76 Yaş ve üstü	32	124,13			

p= Önemlilik, * p<0,05, ** p <0,01, KW=Kruskal Wallis Testi

Tablo 5.4 incelendiğinde araştırmaya katılan katılımcıların Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamlarından aldıkları puanların yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığını belirlemek için yapılan Kruskal Wallis Testi sonucunda katılımcıların yaşlarına göre Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA)'nden alınan toplam puanların (KW=66,254, p<0,01), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (KW=82,383, p<0,01) ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamından (KW=17, 473, p<0,01) aldıkları puanların istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar oluşturduğu belirlenmişken, Kruskal Wallis Testi sonuçları incelendiğinde katılımcıların yaşlarına göre Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA) toplamından aldıkları puanların sıra ortalamaları karşılaştırıldığında; 71-75 yaş arası katılımcıların Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA) toplamından aldıkları puanların sıra ortalaması (sıra ort.=192,58), sırasıyla 66-70 yaş arası (sıra ort.=178,57), 76 yaş ve üstü (sıra ort.=115,13), 60-65 yaş arası (sıra ort.=99,14) katılımcıların sıra ortalamalarına göre yüksek olarak belirlenmiştir. Araştırmanın bu bulgusu değerlendirildiğinde yaşlı bireyler arasında yaş arttıkça 76 yaş ve üstü yaşa kadar ölüm anksiyetesinin artabileceği, 76 yaş ve üstünde ise azalabileceği söylenebilir.

Kruskal Wallis Testi sonuçları değerlendirildiğinde katılımcıların yaşlarına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) toplamından aldıkları puanların sıra ortalamaları karşılaştırıldığında; 76 yaş ve üstü katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) toplamından aldıkları puanların sıra ortalamasının (sıra ort.=238,66), sırasıyla 71-75 yaş arası (sıra ort.=189,84), 66-70 yaş arası (sıra ort.=138,76), 60-65 yaş arası (sıra ort.=99,76) katılımcıların sıra ortalamasından yüksek olarak belirlenmiştir. Araştırmanın bu bulgusu değerlendirildiğinde yaş arttıkça yaşlı bireyler arasında çok boyutlu algılanan sosyal desteğin artabileceği ifade edilebilir.

Tablo 5.4 Kruskal Wallis Testi sonuçları incelendiğinde katılımcıların yaşlarına göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamından aldıkları puanların sıra ortalamaları karşılaştırıldığında; 66-70 yaş arası katılımcıların Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamından aldıkları puanların sıra ortalaması (sıra ort.=180,15) en yüksek düzeyde belirlenmişken bu sıra ortalamasından daha az sıra ortalamaları sırasıyla 60-65 yaş arası (sıra ort.=148,35), 71-75 yaş arası (sıra ort.= 132,76) katılımcılarda olduğu görülürken en düşük sıra ortalaması ise 76 yaş ve üstü (sıra ort.=124,13) katılımcılarda olduğu saptanmıştır. Araştırmanın bu bulgusu değerlendirildiğinde yaşlı bireyler arasında 60-65 yaş arasında psikolojik dayanıklılığın 66-70 yaş arası yaşlı bireylere göre daha az düzeyde görülebileceği, 66-70 yaş arasından sonra katılımcıların yaşlarında artış oldukça psikolojik dayanıklılığın azalabileceği söylenebilir.

Tablo 5.6. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Ölüm Anksiyetesi, Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılıklarına İlişkin Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Değişkenler	Eğitim Düzeyi	N	Sıra Ortalaması	Sd	X^2	P
ASDA	Okuryazar	13	150,04	6	23,168	0,001
	İlkokul	78	175,53			
	Ortaokul	63	127,74			
	Lise	57	122,22			
	Ön Lisans	46	157,04			
	Lisans	30	190,12			
	Yüksek Lisans ve üstü	15	144,67			

Tablo 5.7. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Ölüm Anksiyetesi, Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılıklarına İlişkin Kruskal Wallis Testi Sonuçları (devamı)

Değişkenler	Eğitim Düzeyi	N	Sıra Ortalaması	Sd	X ²	P
ÇBASDÖ	Okuryazar	13	156,19	6	119,021	0.000
	İlkokul	78	149,97			
	Ortaokul	63	61,13			
	Lise	57	158,36			
	Ön Lisans	46	188,79			
	Lisans	30	214,58			
	Yüksek Lisans ve üstü	15	268,30			
YPDÖ	Okuryazar	13	138,73	6	45,390	0,000
	İlkokul	78	188,21			
	Ortaokul	63	147,52			
	Lise	57	113,88			
	Ön Lisans	46	154,74			
	Lisans	30	182,17			
	Yüksek Lisans ve üstü	15	60,10			

p= Önemlilik, * p<0,05, ** p <0,01, KW=Kruskal Wallis Testi

Tablo 5.5 incelendiğinde araştırmaya katılan yaşlı katılımcıların Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamlarından aldıkları puanların eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığını belirlemek için yapılan Kruskal Wallis Testi sonucunda katılımcıların eğitim düzeylerine göre Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA)’nden aldıkları toplam puanların (KW=23,168, p<0,01), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (KW=119,021, p<0,01) ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamından (KW=45,390, p<0,01) aldıkları puanların istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar oluşturduğu belirlenmiştir. Kruskal Wallis Testi sonuçları incelendiğinde katılımcıların eğitim düzeylerine göre Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA) toplamından aldıkları puanların sıra ortalamaları karşılaştırıldığında; yaşlı bireyler arasında lisans mezunu olanların en yüksek sıra ortalamasına sahip olduğu (sıra ort.=190,12), sonrasında sırasıyla ilkokul mezunu olanların (sıra ort.=175,53), ön lisans mezunlarının (sıra ort.=157,04), okuryazar olanların (sıra ort.=150,04), eğitim düzeyi yüksek lisans ve üstü (sıra ort.=144,67) olanların ve ortaokul mezunu olanların sıra ortalamasının (sıra

ort.=127,74) düşük düzeyde olduğu, en düşük sıra ortalamasının ise lise mezunu olan katılımcılarda (sıra ort.=122,22) olduğu görülmektedir. Araştırmanın bu bulgusu değerlendirildiğinde yaşlı katılımcılar arasında ölüm anksiyetesinin en çok lisans mezunu olan katılımcılarda, en az ise lise mezunlarında görülebileceği ifade edilebilir.

Kruskal Wallis Testi sonuçları değerlendirildiğinde katılımcıların eğitim düzeylerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) toplamından aldıkları puanların sıra ortalamaları karşılaştırıldığında; yaşlı bireyler arasında yüksek lisans ve üstü eğitimi olanların en yüksek sıra ortalamasına sahip olduğu (sıra ort.=268,30) sonrasında sırasıyla lisans mezunları (sıra ort.=214,58), ön lisans mezunları (sıra ort.=188,79), lise mezunları (sıra ort.=158,36), okuryazar (sıra ort.=156,19), ilkokul mezunlarında (sıra ort.=149,97), en düşük ise ortaokul mezunu olan katılımcılarda (sıra ort.=61,13) olduğu görülmektedir. Araştırmanın bu bulgusu değerlendirildiğinde yaşlı katılımcılar arasında çok boyutlu algılanan sosyal desteğin en çok yüksek lisans ve üstü eğitimi olanlarda görülebileceği en az ise ortaokul mezunlarında görülebileceği ifade edilebilir.

Kruskal Wallis Testi sonuçları değerlendirildiğinde katılımcıların eğitim düzeylerine göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamından aldıkları puanların sıra ortalamaları karşılaştırıldığında; yaşlı bireyler arasında ilkokul mezunu olanların en yüksek sıra ortalamasına sahip olduğu (sıra ort.=188,21) sonrasında sırasıyla lisans mezunu olanların (sıra ort.=182,17), ön lisans mezunlarının (sıra ort.=154,74) ve ortaokul mezunlarının (sıra ort.=147,52), okuryazar olanların (sıra ort.=138,73) ve lise mezunu olanların sıra ortalamasının (sıra ort.=113,88) düşük düzeyde olduğu, en düşük sıra ortalamasının ise yüksek lisans ve üstü (sıra ort.=60,10) yaşlı katılımcılarda görüldüğü belirlenmiştir. Araştırmanın bu bulgusu değerlendirildiğinde yaşlı katılımcılar arasında psikolojik dayanıklılık en çok ilkokul mezunlarında görülürken en az ise yüksek lisans ve üstü mezuniyeti olan yaşlı katılımcılarda görülebileceği belirlenmiştir.

Tablo 5.8. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Ölüm Anksiyetesi, Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılıklarına İlişkin Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Değişkenler	Medeni Durum	N	Sıra Ortalaması	Sd	X ²	P
ASDA	Evli	98	104,11	3	81,738	0.000
	Bekâr	24	176,85			
	Boşanmış	33	88,32			
	Eşi Vefat Eden	147	193,14			
ÇBASDÖ	Evli	98	155,49	3	4,546	0.208
	Bekâr	24	158,40			
	Boşanmış	33	175,73			
	Eşi Vefat Eden	147	142,27			
YPDÖ	Evli	98	114,82	3	31,300	0.000
	Bekâr	24	148,85			
	Boşanmış	33	144,52			
	Eşi Vefat Eden	147	177,95			

p= Önemlilik, * p<0,05, ** p <0,01, KW=Kruskal Wallis Testi

Tablo 5.6 incelendiğinde araştırmaya katılan yaşlı katılımcıların Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamlarından aldıkları puanların medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığını belirleyebilmek için yapılan Kruskal Wallis Testi sonucunda katılımcıların medeni durumlarına göre Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA)’nden alınan toplam puanlar (KW=81,738, p<0,01) ile Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamından (KW=31,300, p<0,01) aldıkları puanların istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar oluşturduğu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) toplamından aldıkları puanların ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır (KW=4,546, p>0,05). Kruskal Wallis Testi sonuçları incelendiğinde katılımcıların medeni durumlarına göre Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA) toplamından aldıkları puanların sıra ortalamaları karşılaştırıldığında; yaşlılar arasında eşi vefat etmiş yaşlı katılımcıların en yüksek sıra ortalamasına sahip olduğu (sıra ort.=193,14) bu sıra ortalamasını sırasıyla bekâr olanların (sıra ort.=176,85), evli olanların (sıra ort.=104,11) sıra ortalamalarının izlediği ve en az sıra ortalamasının (sıra ort.=88,32) boşanmış olan yaşlı katılımcılarda olduğu saptanmıştır. Araştırmanın bu bulgusu değerlendirildiğinde yaşlı katılımcılar arasında

ölüm anksiyetesinin medeni duruma göre en çok eşi vefat etmiş yaşlı bireylerde en az ise boşanmış yaşlı bireylerde görülebileceği söylenebilir.

Kruskal Wallis Testi sonuçları değerlendirildiğinde katılımcıların medeni durumlarına göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamından aldıkları puanların sıra ortalamaları karşılaştırıldığında ise; yaşlı bireyler arasında eşi vefat edenlerin en yüksek sıra ortalamasına sahip olduğu (sıra ort.=177,95) sonrasında sırasıyla bekâr olanların (sıra ort.=148,85), boşanmış olan yaşlı katılımcıların sıra ortalamasının (sıra ort.=144,52) bekâr katılımcılara göre daha düşük olduğu, en az sıra ortalaması (sıra ort.=114,82) ise evli olan yaşlı katılımcılarda saptanmıştır. Araştırmanın bu bulgusu değerlendirildiğinde yaşlı katılımcılar arasında psikolojik dayanıklılığın en çok eşi vefat eden katılımcılarda en az ise evli olan katılımcılarda görülebileceği ifade edilebilir.

Tablo 5.9. Katılımcıların Çocuklarının Bulunma Durumuna Göre Ölüm Anksiyetesi, Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılıklarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Çocuk Durumu	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	Z	P
ASDA	Var	232	134,46	31194,00	4166,000	-6,180	0.000
	Yok	70	207,99	14559,00			
ÇBASDÖ	Var	232	150,97	35024,50	7996,500	-0,193	0.847
	Yok	70	153,26	10728,50			
YPDÖ	Var	232	139,27	32309,50	5281,500	-4,453	0.000
	Yok	70	192,05	13443,50			

p= Önemlilik, * p<0,05, ** p <0,01, U=Mann Whitney U Testi

Tablo 5.7 incelendiğinde araştırmaya katılan yaşlı katılımcıların Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamlarından aldıkları puanların katılımcıların çocuklarının bulunma durumuna göre anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığını belirlemek için yapılan Mann Whitney U Testi sonucunda yaşlı katılımcıların çocuklarını bulunup bulunmama durumuna göre Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) toplamından alınan toplam puanların istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmadığı (p>0,05) belirlenmişken, Mann Whitney U Test sonuçları incelendiğinde yaşlı katılımcıların Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA) ölçeği toplamından aldıkları puanların çocuk durumuna göre anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır (U=42, p<0,01).

Sıra ortalamaları incelendiğinde çocukları olmayan yaşlı katılımcıların sıra ortalaması (sıra ort.=207,99) çocukları olan yaşlı katılımcıların sıra ortalamasından (sıra ort.=134,46) daha yüksek düzeyde belirlenmiştir. Benzer şekilde çocukların bulunup bulunmama durumuna göre yaşlı katılımcıların Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamından aldıkları puanların istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturduğu belirlenmiştir (U=53, p<0,01). Sıra ortalamaları incelendiğinde çocukları olmayan yaşlı katılımcıların sıra ortalamasının (sıra ort.=192,05) çocukları olan yaşlı katılımcıların sıra ortalamasına (sıra ort.=139,27) göre daha yüksek düzeyde belirlenmiştir. Araştırmanın bu bulguları değerlendirildiğinde; çocukların bulunup bulunmama durumuna göre yaşlı katılımcıların çok boyutlu algıladıkları sosyal desteğin farklılık göstermediği ancak çocukların bulunup bulunmama durumunun yaşlı katılımcıların ölüm anksiyetesi üzerinde etkisinin bulunabileceği çocuğu olmayan katılımcılarda çocuğu olan katılımcılara göre daha fazla ölüm anksiyetesinin görülebileceği ifade edilebilir. Bunun yanı sıra yaşlı katılımcıların çocuklarının bulunup bulunmama durumuna göre psikolojik dayanıklılıklarının farklılaşabileceği, çocuğu olmayan katılımcıların psikolojik dayanıklılıklarının çocuğu olan katılımcılara göre daha yüksek olabileceği söylenebilir.

Tablo 5.10. Katılımcıların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Ölüm Anksiyetesi, Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılıklarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Sosyal Güvence Durumu	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	Z	P
ASDA	Var	118	105,86	12491,50	5470,500	-7,280	0.000
	Yok	184	180,77	33261,50			
ÇBASDÖ	Var	118	186,97	22063,00	6670,000	-5,660	0.000
	Yok	184	128,75	23690,00			
YPDÖ	Var	118	96,54	11391,50	4370,500	-8,800	0.000
	Yok	184	186,75	34361,50			

p= Önemlilik, * p<0,05, ** p <0,01, U=Mann Whitney U Testi

Tablo 5.8 incelendiğinde araştırmaya katılan yaşlı katılımcıların Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamlarından aldıkları puanların sosyal güvencenin bulunup bulunmama durumuna göre anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığını belirlemek için yapılan Mann Whitney U Testi

sonucunda yaşı katılımcıların sosyal güvencelerinin bulunup bulunmama durumuna göre Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ile Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamından alınan toplam puanların istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturduğu ($p<0,01$) saptanmıştır. Mann Whitney U test sonuçları incelendiğinde yaşı katılımcıların Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA) toplamından aldıkları puanların sosyal güvencenin bulunup bulunmama durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($U=55$, $p<0,01$). Sıra ortalamaları incelendiğinde sosyal güvencesi bulunmayan yaşı katılımcıların sıra ortalamasının (sıra ort.=180,77) sosyal güvencesi olan yaşı katılımcıların sıra ortalamasından (sıra ort.=105,86) daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Yaşı katılımcıların sosyal güvencelerinin bulunup bulunmama durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) toplamından aldıkları puanların istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturduğu belirlenmiştir ($U=67$, $p<0,01$). Sıra ortalamaları incelendiğinde sosyal güvencesi olmayan yaşı katılımcıların sıra ortalaması (sıra ort.=128,75) sosyal güvencesi olan yaşı katılımcıların sıra ortalamasına (sıra ort.=186,97) daha düşük düzeyde belirlenmiştir.

Mann Whitney U Test sonuçları incelendiğinde yaşı katılımcıların Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamından aldıkları puanların sosyal güvencenin bulunup bulunmama durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($U=44$, $p<0,01$). Sıra ortalamaları incelendiğinde sosyal güvencesi bulunmayan yaşı katılımcıların sıra ortalamasının (sıra ort.= 186,75) sosyal güvencesi olan yaşı katılımcıların sıra ortalamasından (sıra ort.=96,54) daha yüksek düzeyde saptanmıştır.

Araştırmanın bu bulguları değerlendirildiğinde yaşı katılımcıların sosyal güvencelerinin bulunup bulunmama durumuna göre ölüm anksiyetesinin farklılık gösterebileceği, sosyal güvencesi bulunmayan yaşı katılımcılarda ölüm anksiyetesinin sosyal güvencesi bulunan yaşlılara göre daha fazla ortaya çıkabileceği söylenebilir. Sosyal güvencenin bulunup bulunmama durumuna göre yaşı katılımcıların çok boyutlu algıladıkları sosyal desteğin farklılık gösterebileceği, sosyal güvencesi bulunan yaşlıların çok boyutlu sosyal destek algısının sosyal güvencesi bulunmayan yaşlılara göre daha yüksek olabileceği ifade edilebilir. Son olarak yaşı katılımcıların sosyal

güvencelerinin bulunup bulunmama durumuna göre psikolojik dayanıklılıklarının farklılık gösterebileceği, sosyal güvencesi bulunmayan yaşlı katılımcıların psikolojik dayanıklılıklarının sosyal güvencesi bulunan yaşlı katılımcılara göre daha yüksek olabileceği söylenebilir.

Tablo 5.11. Ölüm Anksiyetesi, Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişki Sonuçlarını Gösterir Spearman Korelasyon Tablosu

		ASDA	ÇBASDÖ	YPDÖ
Spearman'srho	ASDA	1,000	,425**	,557**
	ÇBASDÖ		1,000	,040
	YPDÖ			1,000

**p<0.01 anlamlılık seviyesinde ilişki anlamlı

Tablo 5.9 incelendiğinde araştırmaya katılan yaşlı katılımcıların Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA) toplamından aldıkları puanlar ile Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü düşük düzeyde ilişki belirlenmiştir. Buna göre yaşlı yetişkinlerde ölüm anksiyetesi arttıkça çok boyutlu algılanan sosyal destekte de artışın oluşabileceği söylenebilir. Yaşlı katılımcıların Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA) toplamından aldıkları puanlar ile Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü orta düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır. Buna göre yaşlı yetişkinlerde ölüm anksiyetesi arttıkça riskler ve olumsuz durumlar karşısında ortaya çıkan psikolojik dayanıklılıkta da artışın görülebileceği söylenebilir.

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlı bireylerin algıladıkları sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmanın bu bölümünde araştırma sonuçları ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Katılımcıları yaş durumu incelendiğinde katılımcıların 163'ü (%51.6) kadın, 139'u (%44.0) ise erkektir. Katılımcıların yarısından fazlası kadındır. Sayılar birbirine yakın olmakla beraber kadın yaşlı birey 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.

Araştırmaya katılan yaşlı katılımcıların yaş dağılımı incelendiğinde, katılımcıların büyük bir kısmının belirli yaş aralıklarında dağıldığı görülmektedir. Katılımcıların %29,1'i (92 kişi) 60-65 yaş aralığında bulunurken, %30,1'i (95 kişi) 66-70 yaş aralığına denk gelmektedir. Ayrıca katılımcıların %26,3'ü (83 kişi) 71-75 yaş aralığında yer almaktadır. Araştırmaya katılanların %10,1'i (32 kişi) ise 76 yaş ve üstü yaş grubuna dâhildir. Bu verilere göre, yaşlı katılımcılar farklı yaş gruplarına dağılmıştır.

Katılımcıların medeni durumlarına ilişkin veriler incelendiğinde, katılımcıların farklı medeni durumlarda bulundukları gözlemlenmiştir. Katılımcıların %31,0'i (98 kişi) hâlâ evli iken, %7,6'sı (24 kişi) bekâr olarak kaydedilmiştir. Ayrıca, katılımcıların %10,4'ü (33 kişi) boşanmış ve %46,5'i (147 kişi) ise eşini kaybetmiştir. Bu verilere göre, araştırmaya katılan yaşlı katılımcılar arasında çeşitli medeni durumlar mevcuttur.

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu ve eğitim düzeylerine dair veriler değerlendirildiğinde, farklı çocuk sahibi olma durumları ve eğitim seviyeleri görülmüştür. Araştırmaya katılan yaşlı katılımcıların %22,2'si (70 kişi) çocuk sahibi olmazken, %73,4'ü (232 kişi) çocuk sahibidir. Çocuk sahibi olan katılımcılar arasında %29,1'i (92 kişi) 1-3 çocuk, %20,6'sı (65 kişi) 4-6 çocuk, %19,0'ı (60 kişi) 7-9 çocuk ve %5,1'i (16 kişi) ise 10 ve üzeri çocuk sahibidir.

Katılımcıların eğitim düzeylerine bakıldığında ise farklı eğitim seviyelerine sahip oldukları gözlemlenmiştir. Katılımcıların %4,1'i (13 kişi) okuryazar, %24,7'si (78 kişi)

ilkokul, %19,9'u (63 kişi) ortaokul, %18,0'i (57 kişi) lise, %14,6'sı (46 kişi) ön lisans, %9,5'i (30 kişi) lisans ve %4,7'si (15 kişi) yüksek lisans ve üzeri mezunudur. Bu verilere göre, yaşlı katılımcılar arasında farklı eğitim seviyeleri bulunmaktadır.

Katılımcıların istihdam durumu, emeklilik durumu, gelir durumu, konut durumu ve sağlık durumu gibi önemli faktörlere dair veriler incelendiğinde, çeşitlilik gözlemlenmiştir. İstihdam durumu açısından, katılımcıların %13,3'ü (42 kişi) kamu sektöründe, %31,6'sı (100 kişi) özel sektörde ve %50,6'sı (160 kişi) diğer sektörlerde çalışmaktadır. Emeklilik durumuna göre, katılımcıların %8,5'i (27 kişi) SSK, %9,5'i (30 kişi) Bağkur, %10,1'i (32 kişi) Emekli Sandığı ve %9,2'si (29 kişi) diğer kurumlardan emekli olmuştur.

Gelir durumu açısından, katılımcıların %17,7'si (56 kişi) aylık ortalama 1.000-2.500 aralığında gelire sahipken, %17,4'ü (55 kişi) 2.600-3.600 aralığında, %18,7'si (59 kişi) 3.700-4.500 aralığında, %16,5'i (52 kişi) 4.600-6.000 aralığında ve %25,3'ü (80 kişi) 6.100 ve üzeri gelir düzeyindedir.

Konut durumu açısından, katılımcıların %33,5'i (106 kişi) kiralık konutta yaşarken, %30,7'si (97 kişi) kendi mülkünde, %13,0'u (41 kişi) aile mülkünde, %16,8'i (53 kişi) eşinin mülkünde ve %1,6'sı (5 kişi) eşinin ailesinin mülkünde ikamet etmektedir.

Sağlık durumu verilerine göre, katılımcıların %3,5'i (11 kişi) herhangi bir kronik rahatsızlığı bulunmayıp sağlıklı iken, %92,1'i (291 kişi) kronik rahatsızlığı olan kişilerdir. Bu veriler, katılımcıların sosyo-ekonomik ve sağlık açısından çeşitlilik gösterdiğini göstermektedir.

Sosyo-demografik özelliklere göre yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyleri incelendiğinde ölüm kaygısıyla ilişkilendirilebilecek sosyo-demografik özellikler arasında cinsiyet değişkeni ilk sırada yer almaktadır. Araştırma sonuçlarına göre, yaşlı bireyler arasında ölüm kaygısının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Ancak alan yazında cinsiyete göre ölüm kaygısının farklılaştığını gösterir araştırma sonuçları bulunmaktadır. Bazı araştırma sonuçları çalışmamızın sonuçlarını desteklemektedir. Abdel-Khalek (2005: 254) Arap Ölüm Kaygısı Ölçeği (ASDA)'ni kullanarak yedi Arap ve Batı ülkesinde cinsiyet farklılıklarını incelediği çalışmada cinsiyet farklılıklarının tüm ülkelerde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu

bulmuş; kadınların ortalamalarının erkekler göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Farklı bir ölüm kaygısı ölçeği kullanılarak yapılan araştırmada erkeklerde ölüm kaygısının kadınlara göre daha düşük düzeyde olduğu söylenmiştir (Arslan, 2019: 40). KOAH hastalarında yapılan bir çalışmada ölüm kaygısı skorları kadınlarda erkekler göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (İnce, 2011: 76). Karaca'nın (2000: 53) Erzurum merkezde 573 kişiyle yaptığı araştırmada erkeklerin kadınlara göre daha düşük düzeyde ölüm kaygısı yaşadıkları bulunmuştur. Bu bağlamda bu araştırma sonucu alan yazında bulunan bazı araştırma sonuçları ile örtüşmemektedir. Araştırmadan elde edilen bir başka bulguya göre ise; çok boyutlu algılanan sosyal destek ve psikolojik dayanıklılığın cinsiyete göre farklılaştığı saptanmıştır ($p<0,01$). Buna göre; kadınların sosyal destek algısı daha yüksekken, erkeklerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu bulgu değerlendirildiğinde, kadınların ailelerinden yakın sosyal çevrelerinden daha çok sosyal destek gördükleri söylenebilirken erkeklerin ise zorluklar ve güçlükler karşısında yılmamayı temsil eden psikolojik dayanıklılıklarının yüksek olabileceği söylenebilir.

Bu çalışmada ölüm kaygısının yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,01$). Bu sonuca paralel şekilde Sinoff (2017: 5) ve Cicirelli (2006: 352) yaptıkları çalışmada yaş değişkenine göre ölüm kaygısı düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Özen (2008: 68)'in bir huzurevinde yaptığı çalışmada ise ölüm kaygısı düzeyleri ile yaş sınıflandırması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Karadelioğlu (2011: 48) hem evde hem de huzurevinde yaşayan yaşlı yetişkinlerin ölüm kaygısı puanlarını incelediği çalışmasında yaş grubu ile ölüm kaygısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını tespit etmiştir. Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde yaş arttıkça 76 yaş ve üstü yaşa kadar ölüm anksiyetesinin artabileceği, 76 yaş ve üstünde ise azalabileceği belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu ise yaşa göre yaşlı bireylerin algıladıkları çok boyutlu sosyal desteğin farklılaştığı yönündedir ($p<0,01$). Yaşlı bireyler arasında yaş arttıkça çok boyutlu algılanan sosyal destek de artmaktadır. Bu araştırma bulgusu ile birlikte yaşa göre psikolojik dayanıklılık anlamlı şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,01$). Yaşlı bireyler arasında 60-65 yaş arasında psikolojik dayanıklılığın 66-70 yaş arası yaşlı bireylere göre daha az düzeyde görülebileceği, 66-70 yaş arasından sonra yaşlı bireylerin yaşlarında artış oldukça psikolojik dayanıklılığın

azalabileceği söylenebilir. Bu araştırma sonucu değerlendirildiğinde, yaşlılar arasında 66-70 yaş sonrasında psikolojik dayanıklılığın azalabileceği bu bağlamda 66-70 yaş sonrası yaşlı bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının arttırılmasına yönelik psiko-sosyal müdahalelere gereksinim duyulabileceği söylenebilir.

Araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu ise; medeni duruma göre ölüm anksiyetisi ile psikolojik dayanıklılık farklılık gösterirken ($p<0,01$) yaşlı katılımcıların medeni durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek puanları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık oluşturmamaktadır ($p>0,05$). Katılımcıların medeni durumlarına göre ölüm anksiyetisi en çok eşi vefat etmiş yaşlı katılımcılarda olduğu en az ise boşanmış olan yaşlı katılımcılarda olduğu görülmektedir. Araştırmanın bu bulgusu değerlendirildiğinde yaşlı katılımcılar arasında ölüm anksiyetesinin medeni duruma göre en çok eşi vefat etmiş yaşlı bireylerde en az ise boşanmış yaşlı bireylerde görülebileceği söylenebilir. Alan yazında yer alan bazı çalışmalarda medeni duruma göre ölüm anksiyetesi farklılık göstermemektedir. Dağlı (2010: 72)'nın yaşlı bireylerde ölüm kaygısını incelediği çalışmasında ölüm kaygısı ile medeni durum değişkeni arasında herhangi bir ilişki olmadığı sonucuna varmıştır. Özen (2008: 65), kurumda kalan yaşlı bireylerde ölüm kaygısını incelediği çalışmasında medeni duruma göre Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir. Bu bağlamda bu araştırma sonucu alan yazında yer alan bazı araştırma sonuçları ile örtüşmemektedir. Araştırmadan elde edilen bu sonuca göre; eşi vefat etmiş yaşlı bireylerin ruh sağlığı profesyonellerince ölüm anksiyetesi karşısında daha fazla psikososyal açıdan desteklenmelerinin gerekli olduğu ifade edilebilir. Araştırmadan elde edilen bir başka bulgu incelendiğinde medeni duruma göre psikolojik dayanıklılığın farklılık gösterdiği yaşlı katılımcılar arasında psikolojik dayanıklılığın en çok eşi vefat eden katılımcılarda en az ise evli olan katılımcılarda görülebileceği saptanmıştır. Buna göre; yaşlılık döneminde eş vefatı psikolojik açıdan dirençli olunmasını gerektiren önemli bir durumsal krizdir. Psikolojik dayanıklılık zorluklar karşısında bir direnci, dayanma gücünü temsil etmesinden dolayı eşi vefat eden yaşlı bireylerde psikolojik dayanıklılığın daha fazla görülebileceği, eş desteğinin olduğu evli katılımcılarda ise en az düzeyde görülebileceği söylenebilir.

Araştırmadan elde edilen bir başka bulguya göre; eğitim düzeyine göre ölüm anksiyetesi, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık istatistiksel

açından anlamlı şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,01$). Araştırmanın bu bulgusu değerlendirildiğinde, yaşlı katılımcılar arasında ölüm anksiyetesinin en çok lisans sonrasında ilkokul mezunu olan katılımcılarda, en az ise lise mezunlarında görülebileceği, çok boyutlu algılanan sosyal desteğin en çok yüksek lisans ve üstü eğitimi olanlarda görülebileceği en az ise ortaokul mezunlarında görülebileceği, yaşlı katılımcılar arasında psikolojik dayanıklılığın en çok ilkokul mezunlarında görülürken en az ise yüksek lisans ve üstü mezuniyeti olan yaşlı katılımcılarda görülebileceği belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen bir başka bulguya göre; yaşlı katılımcıların çocuklarının bulunup bulunmama durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal desteğin farklılık göstermediği ($p>0,05$) ancak yaşlı katılımcıların ölüm anksiyetesi üzerinde etkisinin bulunabileceği çocuğu olmayan katılımcılarda çocuğu olan katılımcılara göre daha fazla ölüm anksiyetesinin görülebileceği belirlenmiştir ($p<0,01$). Bunun yanı sıra yaşlı katılımcıların çocuklarının bulunup bulunmama durumuna göre psikolojik dayanıklılıklarının farklılaşabileceği, çocuğu olmayan katılımcıların psikolojik dayanıklılıklarının çocuğu olan katılımcılara göre daha yüksek olabileceği saptanmıştır ($p<0,01$). Araştırmadan elde edilen bu bulguya göre; çocukların yokluğunun yaşlı bireylerde ölüm anksiyetesi üzerinde etkili olabileceğini, psikolojik dayanıklılığı artırabileceği ifade edilebilir.

Araştırmadan elde edilen bir başka bulgu ise yaşlı katılımcıların sosyal güvencelerinin bulunup bulunmama durumuna göre ölüm anksiyetesi istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,01$). Araştırma sonucunda sosyal güvencesi bulunmayan yaşlı katılımcılarda ölüm anksiyetesinin sosyal güvencesi bulunan yaşlılara göre daha fazla ortaya çıkabileceği saptanmıştır. Araştırma sonucunda sosyal güvencenin bulunup bulunmama durumuna göre yaşlı katılımcıların çok boyutlu algıladıkları sosyal desteğin istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,01$), sosyal güvencesi bulunan yaşlı katılımcıların çok boyutlu sosyal destek algısının sosyal güvencesi bulunmayan yaşlı katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Son olarak yaşlı katılımcıların sosyal güvencelerinin bulunup bulunmama durumuna göre psikolojik dayanıklılıklarının farklılık gösterdiği ($p<0,01$), sosyal güvencesi bulunmayan yaşlı katılımcıların psikolojik dayanıklılıklarının sosyal güvencesi bulunan yaşlı katılımcılara göre daha yüksek olabileceği belirlenmiştir. Sosyal güvencesiz yaşlı

katılımcılar daha yüksek ölüm anksiyetesi ve psikolojik dayanıklılık puanlarına sahip olabilirken, sosyal güvencesi olanlar daha yüksek algılanan sosyal destek puanlarına sahiptir. Araştırmanın bu bulgusu değerlendirildiğinde sosyal güvence yaşlı bireyleri ölüm anksiyetesinden korurken, algılanan çok boyutlu sosyal desteği arttırabileceği düşünülmektedir. Yaşamda var olan çeşitli zorluklar ve risk faktörlerine dayanma gücü olarak ortaya çıkan psikolojik dayanıklılığın bir sosyal risk faktörü olan sosyal güvencesizlik karşısında da ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir.

Yaşlı katılımcıların Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA) toplamından aldıkları puanlar ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü düşük düzeyde ilişki saptanmıştır. Buna göre yaşlı bireylerde ölüm anksiyetesi arttıkça yaşlı bireylerin önemli bir gereksinimleri haline gelen çok boyutlu algılanan sosyal destekte de artışın oluşabileceği söylenebilir. Bir başka deyişle ölüm anksiyetesi yüksek olan yaşlı bireylere sosyal desteğin sunulmasıyla birlikte yaşlı bireyler sosyal desteği daha fazla algılamaya meyilli olabilirler. Yaşlı katılımcıların Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA) toplamından aldıkları puanlar ile Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplamından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü orta düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır. Ölüm anksiyetesi yaşayan yaşlı bireyler, aynı zamanda daha yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip olabilirler. Bu, yaşlı bireylerin yaşadıkları ölüm kaygısı ve zorlayıcı yaşam koşulları karşısında daha iyi başa çıkma kapasitesine sahip olabileceklerini göstermektedir. Bu durum, yaşlı bireylerde ölüm anksiyetesi arttıkça, riskler ve olumsuz durumlar karşısında gösterilen psikolojik dayanıklılığın da artabileceğini düşündürülebilir. Ölüm anksiyetesi arttıkça, sosyal destek algısı ve psikolojik dayanıklılık seviyelerinde de artışlar görülebilir. Alan yazında yer alan çalışmalar incelendiğinde bazı araştırma sonuçlarının bu bulgular ile örtüştüğü bazıları ile de örtüşmediği görülmektedir. Tagaya ve arkadaşlarının (2000: 134) çalışmasında ise algılanan sosyal desteğin artmasının ölüm kaygısını azaltmadığı, ancak ölüm imajı ve ölüm kaygısı ile başa çıkma tarzıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Örsal ve arkadaşlarının (2012: 334) çalışmasında, kendi evinde ve huzurevinde kalan yaşlı bireylerde aile desteğinden alınan puanlar arttıkça ölüm anksiyetesinin de arttığı gözlemlenmiştir. Bu durum, yaşlı bireylerin ölümüyle aile üyelerini yalnız bırakma korkusu veya eşlerinin ölümü sonrası yalnız kalma endişesi olarak yorumlanabilir.

Vatan ve Gençöz'ün (2007: 55), huzurevinde yaptıkları çalışmada ise özel bir kişiden algılanan destek ile ölüm kaygısı arasındaki ilişki pozitif olarak bulunmuştur, yani özel bir insan desteği arttıkça ölüm kaygısı da artmıştır. Ron'un (2004: 100) çalışmasında ise sosyal destek eksikliğinin ölüm kaygısını artırdığı belirlenmiştir. Sosyal destek algısı ile ölüm kaygısı arasındaki ilişki karmaşık olup, bu ilişki bireysel farklılıklar ve çeşitli sosyal faktörler tarafından etkilenebilir.

Araştırma sonucunda, yaşlı bireylerde ölüm kaygısının azaltılmasında etkili olabilecek, yaşlı bireylerin yaşamdan daha fazla haz ve mutluluk duymalarını sağlayabilecek, yaşlı bireyin ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltebilecek ve yaşlı bireyin toplum içerisinde aktif olmasını sağlayarak uyumunu kolaylaştırabilecek sosyal hizmet uygulamalarına gereksinim duyulmaktadır. Sosyal hizmet mesleğinin profesyonel hizmet sunucuları olan sosyal hizmet uzmanları, yaşlı bireyin saygınlığını ve konumunu korumak, tek başına karar almasında yardımcı olmak, en üst seviyede işlevselliğini sağlamak ve mümkün olduğu ölçüde içinde bulunduğu yaşam koşullarını iyileştirmekle ilgilenir. Bu bağlamda;

- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde yaşlı bireyler için özel olarak tasarlanmış psikososyal destek programları geliştirilmelidir. Bu programlar, ölüm kaygısını yönetmek, sosyal desteği artırmak ve psikolojik dayanıklılığı geliştirmek üzerine odaklanmalıdır. Grup terapileri, sosyal etkinlikler ve psiko-eğitim programları bu bağlamda etkili olabilir.
- Yaşlı bireylerle ve gruplarla doğrudan çalışmanın haricinde sosyal hizmet uzmanları yaşlı bireyleri etkileyebilecek politika ve programları geliştirmede ve daha fazla kaynak yaratmaya yönelik çalışmalarda aktif rol almalıdır.
- Yaşlı bireylere yönelik ölüm ve yaşamın son evreleri hakkında eğitim ve bilinçlendirme programları düzenlenmelidir. Bu programlar, ölümle ilgili yanlış inançları ve korkuları azaltmaya yardımcı olabilir.
- Sosyal hizmet disiplinin çevresi içerisinde bireyi ele alan bakış açısıyla yaşlı bireylere yönelik hizmetler çeşitlendirilip çoğaltılarak bireye has bir hale getirilmelidir.
- Sosyal hizmet uzmanları aile üyeleri arasında iletişimi düzenleyici olarak yaşamı kolaylaştırıcı önlemleri almalı ve aile üyelerinin diğer sosyal destek ağı bağlantılarını sağlamalıdır.

- Sosyal hizmet uzmanları, yaşlılara hizmet verecek kurum ve kuruluşların etkin ve verimli hizmet sunumundan da sorumlu olmalıdır.
- Yaşlı bireylerin aileleri ve toplum, onların sosyal desteğini artırmak için teşvik edilmelidir. Aile üyelerinin yaşlı bireylerle daha fazla vakit geçirmesi, onların sosyal faaliyetlere katılımını desteklemesi önerilir.
- Sağlık hizmetleri, yaşlı bireylerin fiziksel sağlıklarının yanı sıra psikolojik ihtiyaçlarını da kapsayacak şekilde entegre edilmelidir. Bu, yaşlı bireylerin hem fiziksel hem de zihinsel sağlıklarının daha iyi yönetilmesine yardımcı olacaktır.
- Medeni durumun ölüm kaygısına etkilerini dikkate alarak, eşi vefat etmiş veya yalnız yaşayan yaşlı bireyler için özel destek grupları ve sosyal aktiviteler düzenlenmelidir.
- Sosyal güvence sistemlerinin yaşlı bireyler için daha erişilebilir ve kapsayıcı hale getirilmesi gerekmektedir. Sosyal hizmetlerin genişletilmesi, özellikle güvencesiz yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını karşılamada önemlidir.
- Yaşlı bireylerin toplum içindeki entegrasyonunu teşvik edecek toplum temelli yaklaşımlar geliştirilmelidir. Böylece yaşlı bireyler, toplumun aktif ve değerli üyeleri olarak hissedebilirler.
- Çocukların varlığının ölüm kaygısı üzerindeki etkisini dikkate alarak, yaşlı bireylerin çocukları, torunları ve genç aile üyeleriyle etkileşimlerini artırıcı programlar oluşturulmalıdır.

KAYNAKÇA

- Abdel-Khalek, A. M. (2005). "Death Anxiety in Clinical and Non-Clinical Groups". *Death Studies*, Vol. 29, No.3, 251-259.
- Acar, İ. A. ve İ. Kitapçı (2008). "Sosyal Güvenliğin Demografik Boyutu: Türkiye'deki Emeklilik Sistemindeki Değişim". *Maliye Dergisi*, Cilt 15, Sayı 4, 77-98.
- Ağcasulu, H. (2021). "Sosyal Politika Olarak Evde Bakım Hizmetleri: Ülke Örnekleri ve Türkiye". *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 26, Sayı 2, 167-183.
- Ak, M. ve O. Közleme (2017). "Yaşlı Yoksulluğu". *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 3, Sayı 2, 197-208.
- Akbaş, E. ve G. T. Yiğitoğlu (2020). "Yaşlılıkta Sosyal İzolasyon ve Yalnızlık". *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, Cilt 15, Sayı 26, 4540- 4562.
- Akça, F. ve G. Şahin (2008). "Huzurevinde Yaşayan Yaşlılar ile Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Psikolojik Belirtilerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi". *Türk Geriatri Dergisi*, Cilt 11, Sayı 4, 190-199.
- Akçay, C. (2015). Yaşlılık ve Emeklilik: Kavramlar, Kuramlar, Sorunlar. Ankara: Pegem Akademi Yayınevi.
- Akçay, S. ve M. T. Kurt (2020). "Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Ölüm Kaygısı ve Ölüme İlişkin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi". *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 19, Sayı 76, 2100-2118.
- Akgül, H., ve B. Yeşilyaprak (2015). "Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlaması: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması". *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, Cilt 8, Sayı 1, 34-45.
- Akgün, S. ve C. Bakar (2004). "Dünya'da ve Türkiye'de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları ve İyileştirme Önerileri". *Türk Geriatri Dergisi*, Cilt 7, Sayı 2, 105-110.
- Akın, G. (2006). *Gerontoloji: Her Yönüyle Yaşlılık*. Ankara: Palme Yayınevi.
- Alkan, Ş. B. ve N. Rakıcıoğlu (2020). "Demans ve Polifenoller". *Sağlık ve Toplum*, Cilt 30, Sayı 3, 11-20.
- Altundağ, G. (2011). *Üniversite Öğrencilerinde Bağlanma Stilleri, Stresle Başa Çıkma Tutumları ve Stresi Algılama Düzeyinin İncelenmesi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Haliç Üniversitesi SBE.

- Ardahan, M. (2006). "Sosyal Destek ve Hemşirelik". *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt 9, Sayı 2, 68-75.
- Arpacı, F., E. Avdaş vd. (2011). "Yaşlılarda Ölüm Kaygısının İncelenmesi". *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, Cilt 4, Sayı 1-2, 53-66.
- Arpacı, F. (2005). *Farklı Boyutları İle Yaşlılık*. Ankara: Eğitim ve Kültür Yayınları.
- Artan, T. (2018). *Yaşlılarla Sosyal Hizmet*. Ankara: SABEV Yayınları.
- Bal, P. N., ve A. Gülcan (2014). "Genç Yetişkinlerde İyimserliğin Mutluluk ve Yaşam Doyumu Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi". *Asya Öğretim Dergisi*, Cilt 2, Sayı 1, 41-52.
- Bacanlı, H. ve Ş. I. Terzi (ed.) (2016). *Yetişkinlik ve Yaşlılık: Gelişimi ve Psikolojisi*. İstanbul: Açılım Kitap.
- Banaz, M. ve G. Yanbastı (1992). *Lise Öğrencilerinde Sosyal Destek Kaynakları ve Stres ile Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki*. (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi SBE.
- Banks, S. (2020). *Ethics and Values in Social Work*. Bloomsburg Publishing.
- Barnett, M. D. ve E.A. Anderson (2018). "Is Death Anxiety More Closely Linked With Optimism or Pessimism Among Older Adults?". *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Vol. 77, 169-173.
- Basım, H. N. ve F. Çetin (2011). "Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması". *Türk Psikiyatri Dergisi*, Cilt 22, Sayı 2, 104-114.
- Baybora, D. (2010). "Çalışma Yaşamında Yaş Ayrımcılığı ve Amerika Birleşik Devletleri'nde Yaş Ayrımcılığı Düzenlemesi Üzerine". *Çalışma ve Toplum Dergisi*, Cilt 1, Sayı 24, 1-30.
- Beardslee, W. R. ve D. Podorefsky (1988). "Resilient Adolescents Whose Parents Have Serious Affective and Other Psychiatric Disorders: Importance of Self-Understanding and Relationships". *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 145 No. 1, 63-69.
- Beğer, T. ve H. Yavuzer (2012). "Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi". *Klinik Gelişim*, Cilt 25, Sayı 3, 1-3.
- Beshai, J. A. (2008). "Are Cross-Cultural Comparisons of Norms on Death Anxiety Valid?". *OMEGA-Journal of Death and Dying*, Vol. 57, No. 3, 299-313.

- Birol, L, N. Akdemir ve T. Bedük (1990). *İç Hastalıkları Hemşireliği*. Ankara: Vehbi Koç Vakfı Yayınları.
- Bolger, N. ve D. Amarel (2007). “Effects of Social Support Visibility on Adjustment to Stress: Experimental Evidence”. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 92, Sayı. 3, 458-475.
- Bowling, A. ve S. Iliffe (2011). “Psychological Approach to Successful Ageing Predicts Future Quality of Life in Older Adults”. *Health and Quality of Life Outcomes*, Vol. 9, No. 1, 1-10.
- Boylu, A. ve G. Günay (2018). “Yaşlı Bireylerde Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Doyumu Üzerine Etkisi”. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, Cilt 7, Sayı 2, 1351-1363.
- Brownie, S. (2006). “Why are Elderly Individuals at Risk of Nutritional Deficiency?”. *International journal of nursing practice*, Vol. 12, No. 2, 110-118.
- Budak, B. (1999). *Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi SBE.
- Buluş, E. S. (2022). *İleri Yaşlarda Sosyal Yaşam ve Yaşlı Refahı: Ebeveyn Olmayan Yaşlıların Deneyimi*. (Yüksek Lisans Tezi). Karabük Üniversitesi Lisansüstü EBE.
- Cengiz, İ. (2018). “ Türk Sosyal Güvenlik Sistemi İçerisinde Yaşlılara Yönelik Sosyal Yardım ve Sosyal Hizmetler”. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt 8, Sayı 2, 23-40.
- Ceylan, H. (2016). *Yaşlılık Sosyolojisi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Cicirelli, V. G. (2002). “Fear of Death in Alder Adults: Predictions From Terror Management Theory”. *Journal of Gerontology*, Vol. 57, No. 4, 358–366.
- Cobb, S. (1976). “Social Support as A Moderator of Life Stress”. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 38, No. 5, 300-314.
- Cohen S. ve T. A. Wills (1985). “Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis”. *Psychological Bulletin*, Cilt 98, Sayı 2, 310-357.
- Corbetta, P. (2003). *Social Research : Theory, methods and Techniques*. London: Sage Publications.
- Çağlar, T. (2014). “Yaşlılık ve Sosyal Hizmet: Yaşam Destek Merkezi Örneği”. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, Cilt 25, Sayı 2, 145-162.

- Çetinkaya Büyükbodur, A. (2018). *Sosyal Hizmet Uzmanlarında Psikolojik Dayanıklılık ile İkincil Travmatik Stresin İncelenmesi*. (Doktora Tezi). Yıldırım Beyazıt Üniversitesi SBE.
- Dağlı, E. N. (2010). *Yaşlılarda Ölüm Kaygısı ve Dindarlık*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Danış, M. Z. (2004). *Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri: Başarılı Yaşlanma ve Yaşlı Bakım Modelleri*. Ankara: Güç-Vak Yayınları, Sosyal Hizmet Dizisi I.
- Danış, M. Z. (2009). "Türkiye’de Yaşlı Nüfusun Yalnızlık ve Yoksulluk Durumları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları Açısından Bazı Çıkarımlar". *Toplum ve Sosyal Hizmet*, Cilt 20, Sayı 1, 67-84.
- Demirsoy, A. (1998). "Yaşlanmanın ve Ölümün Evrimsel Öyküsü". *Turkish Journal of Geriatrics*. Cilt 1, Sayı 1, 1-12.
- Doğan, M. C. (1995). *Türkiye’de Yaşlılık Sorunları ve Huzurevlerinin Kurumlaşması*. (Yayınlanmamış Doçentlik Tezi). Marmara Üniversitesi SBE.
- Durlak, J. (1972). "Relationship Between Individual Attitudes Toward Life and Death". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 38, No. 3, 463.
- Dzlechlaz, M. ve R. Filip (2014). "Biological Psychological and Social Determinants of Old Age: Bio-Psycho-Social Aspects of Human Aging". *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, Vol. 21, No. 4, 835-838.
- Eker, D. ve H. Arkar (1995). "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği". *Türk Psikoloji Dergisi*, Cilt 10, Sayı 34, 45-55.
- Elbaş, N. Ö. ve F. Arpacı (2004). *Yaşlı Bireyin Evde Sağlık Bakımı. Yaşlılık: Disiplinlerarası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler*. Denizli: Odak Yayınevi.
- Erdoğan, M. Y. ve M. Özkan (2007). "Farklı Dini İnanışlardaki Bireylerin Ölüm Kaygıları ile Ruhsal Belirtiler ve Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler". *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Cilt 14, Sayı 3, 171-179.
- Erikson, E. H. ve J. M. Erikson (1986). *Vital Involvement in Old Age*. New York: Norton.
- Ersanlı, K. ve M. Kalkan (2008). *Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açısından Yaşlılık*. Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

- Ertufan, H. (2008). *Hekimlik Uygulamalarında Ölümle Sık Karşılaşmanın Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ege Üniversitesi SBE.
- Eryılmaz, A. ve H. Atak (2011). “Ailesiyle Yaşayan Yaşlılarda Mutluluk Modeli”. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, Cilt 48, No 4, 48-50.
- Esen, D. (2015). “Yaşlılarda Ölüm Kaygısı Düzeyini Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi”. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, Cilt 1, Sayı 2, 67-79.
- Fadıloğlu, Ç. (2006). *Yaşlılığın Toplumsal Boyutu, İleri Geriatri Hemşireliği*. İzmir: Meta Basım.
- Feeney, B. C. ve N. L. Collins (2015). “A New Look at Social Support: A Theoretical Perspective on Thriving Through Relationships”. *Personality and Social Psychology Review*, Vol. 19, No. 2, 113-147.
- Fortner, B. V. ve R. A. Neimeyer(1999). “Death Anxiety in Older Adults: A Quantitative Review”. *Death studies*, Vol. 23, No. 5, 387-411.
- Friborg, O., O. Hjemdal vd. (2003). “A New Rating Scale For Adult Resilience: What are the Central Protective Resources Behind Healthy Adjustment?”. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, Vol.12, No.2, 65-76.
- Garmezy, N. (1993). “Children in Poverty: Resilience Despite Risk”. *Psychiatry*, Vol. 56, No.1, 127-136.
- Genç, Y. ve İ. Barış (2015). “Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Çağdaş Yaklaşım: Kurumsal Bakım Yerine Evde Bakım Hizmetlerinin Güçlendirilmesi”. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Cilt 3, Sayı 10, 36-57.
- Geçtan, E. (1984). *İnsan Olmak: Varoluşun Bireysel ve Toplumsal Anlamı*. İstanbul: Adam Yayıncılık.
- Giddens, A. (2008). *Toplumsallaşma, Yaşam Akışı ve Yaşlanma*. İstanbul: Kırmızı Yayınları.
- Greene, R. R. (2002). “Holocaust Survivors: A Study in Resilience”. *Journal of Gerontological Social Work*, Vol. 37, No. 1, 3-18.
- Gökdoğan, Y. (2021). *Sosyal Belediyecilik Bağlamında Yaşlılık Politikaları: Yaşlı Destek Programı Uygulaması*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi SBE.
- Görgün Baran, A. (2005). *Yaşlı ve Aile İlişkileri: Ankara Örneği*. Ankara: T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları.

- Görgün Baran, A. (2008). “Yaşlılıkta Sosyalleşim ve Yaşam Kalitesi”. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, Cilt 1, Sayı 2, 86-97.
- Gülaçtı, F. (2010). “The Effect of Perceived Social Support on Subjective Well-being”. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, Vol. 2, No. 2, 3844-3849.
- Gürkan, U. (2006). “Yılmazlık Ölçeği (YÖ): Ölçek Geliştirme, Güvenirlik ve Geçerlik çalışması”. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Cilt 39, Sayı 2, 47-62.
- Hamilton, G. (1951). *Theory and Practice of Social Case Work*. New York: Columbia University Press.
- Hildon, Z., S. M. Montgomery vd. (2010). “Examining Resilience of Quality of Life in the Face of Health-Related and Psychosocial Adversity at Older Ages: What is “Right” About the Way We Age?”. *The gerontologist*, Vol. 50, No. 1, 36-47.
- House, W. C. (1981). “Outpatients' Attributions of the Causes of Their Psychological Problems”. *Journal of Psychology*, Vol. 108, No. 1, 81-84.
- Hökelekli, H. (2008), *Ölüm, Ölüm Ötesi Psikolojisi ve Din*. İstanbul: Dem Yayınları.
- Işık, Ş. (2016). “Türkiye’de Kendini Toparlama Gücü Konusunda Yapılmış Araştırmaların İncelenmesi”. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, Cilt 6, Sayı 45, 65-76.
- İçli, G. (2004). “Huzurevinde Kalan Yaşlılar Üzerine Bir Araştırma”. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, Cilt 1, Sayı 1, 5-24.
- Jacelon, C. S. (1997). “The Trait and Process of Resilience”. *Journal of advanced nursing*, Vol. 25, No.1, 123-129.
- Jeste, D. V., G. N. Savla vd. (2013). “Association Between Older Age and More Successful Aging: Critical Role of Resilience and Depression”. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 170, No. 2, 188-196.
- Kahraman, S., H. Erten vd. (2011). “Bir Huzurevinde Yaşlı Kadın ve Erkeğin Ayrı Yaşamalarının Onların Yalnızlık ve Yaşam Doyumuna Etkisi”. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, Cilt 14, Sayı 2, 1-16.
- Kalaycıoğlu, S., U. U. Tol vd. (2003). *Yaşlılar ve Yaşlı Yakınları Açısından Yaşam Biçimi Tercihleri*. Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi.
- Kalınkara, V. (2011). *Temel Gerontoloji: Yaşlılık Bilimi*. Ankara: Nobel Yayınevi.

- Kamçı, R. (2015). *Ölüm ve Ölüm Korkusunun İnsan Psikolojisine Etkisi*. Ölüm ve Ölüm Korkusunun İnsan Psikolojisi Üzerine Etkisi - Psk.Ramazan KAMÇI (tavsiyeediyorum.com) (Erişim Tarihi: 27.01.2023).
- Kaptan, G. (2013). *Yaşlanma ve Yaşlılıkla İlgili Tanımlamalar*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Karaca, F. (2000). *Ölüm Psikolojisi*. İstanbul: Beyan Yayınları.
- Karacan, E. (2017). “Sosyal Politika Kapsamında Türkiye’de Yaşlı Nüfus: Sorunlar ve Çözüm Önerileri”. *Journal of International Social Research*, Cilt 10, Sayı 49, 637- 644.
- Karadağ, E. (2018). “Yaşlı Kanser Hastalarında Yorgunluk”. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, Cilt 11, Sayı 4, 328-333.
- Karadeniz, O. ve N. D. Öztepe (2013). “Türkiye’de Yaşlı Yoksulluğu”. *Çalışma ve Toplum*, Cilt 3, Sayı 38, 77-102.
- Kararımak, Ö. (2006). “Psikolojik Sağlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler”. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, Cilt 3, Sayı 26, 129-142.
- Karakaş, S. A. ve H. Durmaz (2017). “Yaşlılık Dönemi Psikolojik Özellikleri ve Moral”. *Kocatepe Tıp Dergisi*, Cilt 18, Sayı 1, 32-36.
- Karakuş, G. ve Z. Öztürk (2012). “Ölüm ve Ölüm kaygısı”. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, Cilt 21, Sayı 1, 42-79.
- Karasar, N. (2022). *Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar–İlkeler-Teknikler*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kaya, B. (1999). “Yaşlılık ve Depresyon-I Tanı ve Değerlendirme”. *Türk Geriatri Dergisi*, Cilt 2, Sayı 2, 76-82.
- Kaygusuz, C. (2008). *Yaşlılık Kuramları*. Ankara: Pagem Yayıncılık.
- Kılavuz, M. A. (2005). “Batı Kültüründe Yaşlanma Dönemi Yalnızlık Duygusunu Azaltma ve Arkadaş İlişkilerini Geliştirme Açısından Dinî Etkilerin Önemi”. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, Cilt 14, Sayı), 25-39.
- Kızılkaya, M. ve N. Koştu (2010). “Yaşlılıkta Ölüm Kavramı ve Hemşirelik Yaklaşımı”. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt 9, Sayı 4, 69-74.
- Kimter, N. ve Ö. Köftegül (2017). “Yetişkinlerde Ölüm Kaygısı ile Dindarlık Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme”. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, Cilt 19, Sayı 36, 55-82.

- Kirst-Ashman, K. K. ve G. H. Hull (1999). *Understanding Generalist Practice*, Chicago: Nelson Hall Publishers.
- Koç, M. (2002). “Gelişim Psikolojisi Açısından Yaşlılık Döneminde Ruhsal Gelişim”. *Erciyes Üniversitesi SBE. Dergisi*, Cilt 1, Sayı 12, 287-304.
- Kongar, E. (2000). *Toplumsal Değişme Kuramları ve Türkiye Gerçeği*. Ankara: Remzi Kitabevi.
- Koşar, N. (1992). *Sosyal Hizmetlerde Aile ve Çocuk Refahı Alanı*, Ankara: MN Ofset.
- Koşar, N. (1996). *Sosyal Hizmetlerde Yaşlı Refahı Alanı*, Ankara: Şafak Matbaacılık.
- Krovetz, M. L. (2007). *Fostering Resilience: Expecting All Students to Use Their Minds and Hearts Well*. California: Corwin Press.
- Kurtkapan, H. (2019). “ Türkiye’de Demografik Dönüşümün Sosyal Yansımaları ve Yaşlılık”. *Sosyal Güvence Dergisi*, Cilt 1, Sayı 15, 27-46.
- Lehto R. ve K. F. Stein (2009). “Death Anxiety: An Analysis of an Evolving Concept”. *Res Theory Nurs Pract*, Vol. 23, No. 1, 23–41.
- Lin, N., R. S. Ensel vd. (1979). “Social Support, Stressful Life Events, and İllness: A Model and An Empirical Test”. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 20, No. 2, 108-119.
- Luthar, S. S. ve D. Cicchetti (2000). “The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines For Future Work”. *Child Ddevelopment*, Vol. 71, No. 3, 543-562.
- Masten, A. S. ve K. M. Best (1990).” Resilience and Development: Contributions From the Study of Children Who Overcome Adversity”. *Dev Psychopathol*, Vol. 2, No. 4, 425-444.
- Maxfield, M. ve T. Pyszczynski vd. (2007). “Age-Related Differences in Responses to Thoughts of One's Qwn Death: Mortality Salience and Judgments of Moral Transgressions”. *Psychology and Aging*, Vol. 22, No. 2, 341-353.
- Meacham, J. A. (1989). Autonomy, Despair and Enerativity in Erikson's Theory”. *Psychological Perspectives of Hhelplessness and Control in the Elderly*, 63-98.
- Mellor, J. ve D. Lindeman (1998). “The Role of the Social Worker in İnterdisciplinary Geriatric Teams”. *Journal of Gerontological Social Work*, Vol. 30, No. 3-4: 3-7.

- Mercanlıgil, M. (2019). “Yaşlı Diyabetli Bireylerde Beslenme Tedavisi”. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, Cilt 47, 60-66.
- Moreno, R. P., E. I. De La Fuente Solana vd. (2009). “Death Anxiety in Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly People in Spain”. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, Vol. 58, No.1, 61-76.
- Netuveli, G., R. D. Wiggins vd. (2008). “Mental Health and Resilience at Older Ages: Bouncing Back After Adversity in the British Household Panel Survey”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 62, No. 11, 987-991.
- Neuman, L. W. (2007). *Basics of Social research*. Boston: Pearson Education.
- Nia, H. M., R. H. Letho vd. (2016). “Death Anxiety Among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article”. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, Vol. 4, No. 1, 2-10.
- Okutan, E. ve M. G. Akbaş (2019). “15-24 Yaş Arası Öğrencilerin Kariyer Kaygılarını İncelemeye Yönelik Literatür Araştırması”. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, Cilt 7, Sayı 1, 33-41.
- Onur, B. (1995). *Gelişim Psikolojisi: Yetişkinlik-Yaşlılık-Ölüm*. Ankara: İmge Kitapevi.
- Önalgil, S. (2012). *55 Yaş ve Üzeri Bireylerdeki Fiziksel Aktivitenin, Algılanan Sosyal Destek ve İyi Olma Durumuna Etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Akdeniz Üniversitesi SBE.
- Örsal Ö., Ç. Yenilmez vd. (2012). “Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Anksiyetesi ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki”. *Turkish Journal of Geriatrics*, Cilt 15, Sayı 3, 332-338.
- Özbay, F., E. Dimoulas vd. (2007). “Social Support and Resilience to Stress: From Neurobiology to Clinical Practice”. *Psychiatry*, Vol. 4, No. 5, 35-40.
- Özbek, A. ve G. Leutz (1987). *Psikodrama: Grup Psikoterapisinde Sahnesel Etkileşim*. Ankara: Grup Psikoterapileri Derneği.
- Özen, D. (2008). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi SBE.
- Özgür, G. (1993). “Sosyal Destek ve Sağlık”. *Türk Hemşireler Dergisi*, Cilt 43, Sayı 2, 25-26.

- Özgür, Ö. ve Ç. Sabbağ (2014). Kırsal Alanda Yaşlılık: Adıyaman Samsat Örneği. Ankara: SABEV Yayınları.
- Özmete, D. (2008). “Yaşlılıkta Yaşamın Anlamının Refah Göstergeleri ile Yordanması”. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, Cilt 15, Sayı 15, 7-20.
- Ron, P. (2004). “Depression, Homelessness and Suicidal Ideation Among the Elderly: A Comparison Between Men and Women Living in Nursing Homes and in the Community”. *Journal of Gerontological Social Work*, Vol. 43, No. 2-3, 97-116.
- Saka, M. ve B. E. Köşeler (2021). *Nörodegeneratif Hastalıklar*. Ankara: Hedef Yayıncılık ve Mühendislik.
- Sarıca, A. O. (2019). “Türkiye’de Emeklilik Sistemlerinin Yaşlı Yoksulluğu ve Emekli Yoksulluğu Üzerine Etkisi”. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt 9, Sayı 2, 477-498.
- Sarıççek Aydoğan, A., Ş. Gülseren vd. (2015). “Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Türkçe Formunun Üniversite Öğrencilerinde Geçerlilik ve Güvenilirliği”. *Nöropsikiyatri Arşivi*, Cilt 52, Sayı 4, 371-375.
- Sarkisian, C. A. ve M. H. Lee Henderson (2003).” Do Depressed Older Adults Who Attribute Depression to “Old Age” Believe it is Important to Seek Care?”. *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 18, No. 12, 1001-1005.
- Satman, İ. (2018). *Türkiye’de Diyabetin Toplumsal ve Ekonomik Yükü*. İstanbul: İstanbul Pelikan Tıp Teknik Kitapçılık.
- Sevil, H. T. (2005). *Yaşlılığın Sosyal Anatomisi*. Ankara: Sabev Yayınları.
- Shumaker, S. A. ve A. Brownell (1984). “Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps”. *Journal of Social Issues*, Vol. 40, No. 4, 11-36.
- Sılaydın, B. M. (2008). “Şehir Planlamada Yaşlıya ve Yaşlının Barınma Sorununa Yeniden Bakmak”. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, Cilt 1, Sayı 2, 98-106.
- Sinoff, G. (2017). “Thanatophobia (Death Anxiety) in the Elderly: The Problem of the Child’s Inability to Assess Their Own Parent’s Death Anxiety State”. *Frontiers in Medicine*, Vol. 4, No. 11, 1-10.
- Sjerobabski Masnec, I. ve Situm, M. (2010). “Skin Aging”. *Acta Clin Croat*, Vol. 49, No. 4, 515-519.
- Smith, J. L., ve L. Hollinger Smith (2015). “Savoring, Resilience and Psychological Well-being in Older Adults”. *Aging and Mental Health*, Vol. 19, No. 3, 192-200.

- Sorias, O. (1989). "Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi II: Toplumdan Seçilmiş Örneklerde, Sosyal Ağın Yapısal Özellikleri İle Algılanan Destek". *Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Seminer Dergisi*, Cilt 6, Sayı 7, 27-40.
- Sorias, O. (1992). "Hasta ve Sağlıklı Öğrencilerde Yaşam Stresi, Sosyal Destek ve Ruhsal Hastalık İlişkisinin İncelenmesi". *Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Seminer Dergisi*, Cilt 9, 33-49.
- Southwick, S. M., B.T. Litz (ed.) vd. (2011). *Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan*. Cambridge University Press.
- Soysal, M. N. (2016). *Facebook Bağımlılığı ve Psikolojik Dayanıklılık*. (Yüksek Lisans Tezi). Gelişim Üniversitesi SBE.
- Şeker, A. ve G. Kurt (2018). "Bir Sosyal Politika Alanı Olarak Yaşlılık ve Sosyal Hizmet Uygulamaları". *Nüfusbilim Dergisi*, Cilt 40, 7-30.
- Şentürk, Ü. (2018). *Yaşlılık Sosyolojisi: Yaşlılığın Toplumsal Yörüngeleri*. Bursa: Dora Yayıncılık.
- Tagaya, A., S. Okuno (2000). "Social Support and End-of-Life Issues For Small Town Japanese Elderly". *Nursing and Health Sciences*, Vol.2, No. 3, 131-137.
- Tamam, L. ve S. Öner (2001). "Yaşlılık Çağı Depresyonları". *Demans Dergisi*, Cilt 1, Sayı 2, 50-60.
- Taylor, S. E. (1983). "Adjustment to Threatening Events: A Theory of Cognitive Adaptation". *American Psychologist*, Vol. 38, No. 11, 1161-1173.
- Taylor, J. R. (2000). *Mattering and Psychological Well-being*. University of Miami.
- Tereci, D., G. Turan vd. (2016). "Yaşlılık Kavramına Bir Bakış". *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, Cilt 16, Sayı 1, 84-116.
- Terzi, Ş. (2008a). "Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Dayanıklılıkları ve Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki". *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, Cilt 3, Sayı 29, 1-11.
- Terzi, Ş. (2008b). "Üniversite Öğrencilerinde Kendini Toparlama Gücünün İçsel Koruyucu Faktörlerle İlişkisi". *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt 35, Sayı 35, 297-306.
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2008). *Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik*. <https://www.aile.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 24.12.2023).

- T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi (2001). *Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği*. <https://www.aile.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 24.12.2023).
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2019). *Obezite* <https://www.saglik.gov.tr/TR,11692/obezite.html> (Erişim: 07.01.2023).
- Toğluk, S. (2017). *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Ölüm Anksiyetesinin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi SBE.
- Thompson, S. C. ve A. S. Janigian (1988). “Life Schemes: A Framework for Understanding the Search for Meaning”. *Journal of Social and Clinical Psychology*. Vol. 7, No. 2-3, 260-280.
- Tomanbay, İ. (1999). *Sosyal Çalışma Sözlüğü*. Ankara: Selvi Yayınevi.
- Tomambay, İ. (2007). *Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi GEBAM.
- Tomer, A. (1994). Death Anxiety in Adult Life: Theoretical Perspectives. Neimeyer, Robert A. (ed.), *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application*. (1-26). Washington: Taylor and Francis.
- Tomer, A. ve G. Eliason, G. (2000). Chapter 1: Attitudes about Life and Death: Towards a Comprehensive Model of Death anxiety. Tomer, Adrian (ed.), *Death Attitudes and the Older Adult: Theories Concepts and Applications*. (3-22). Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Tufan, İ. (2016). *Antik Çağ'dan Günümüze Yaşlılık ve Yaşlanma*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Turan, N. (1990). “Yaşlılık, Toplumun Yaşlılığa Bakış Açısı ve Yaşlının Psikososyal Uyum”. *Sosyal Hizmet Dergisi*, Cilt 1, Sayı 1, 13-16.
- Tümlü, G. ve E. Receptoğlu (2013). “Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki”. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, Cilt 3, Sayı 3, 205-213.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2021). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2020*. TÜİK Kurumsal (tuik.gov.tr) (Erişim Tarihi: 07.12.2022).
- Ural, A. ve İ. Kılıç (2011). *Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi*. Ankara: Detay Yayıncılık.

- Ünlü, Z. R. (2018). *Sosyal Medya Bağımlılığı ve Psikolojik Dayanıklılık*. (Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi SBE.
- Vatan, S. ve T. Gençöz (2007). “Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Depresif Yakınmaları, Umutsuzluk Düzeyleri ve Ölüm Kaygıları ile İlişkili Özellikleri”. *Kriz Dergisi*, Cilt 15, Sayı 2, 49-61.
- Yertutan, C. (1991). “Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Fiziksel Değişiklikler”. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, Cilt 2, Sayı 2, 1-4.
- Yeşiltepe, S. (2021). *Yaşlılıkta Sosyal Dışlanma*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Adıyaman Üniversitesi LÜEE.
- Yıldırım, İ. (1997). “Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirliği ve Geçerliği”. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt 13, Sayı 13, 81-87.
- Yıldırım İ. (2004). “Eş Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi”. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, Cilt 3, Sayı 22, 19-25.
- Zastrow, C. (2013). *Sosyal Hizmete Giriş II*. Ankara: Nika Yayınevi.
- Zastrow, C. ve K. K. Krist-Ashman (2015). *İnsan Davranışı ve Sosyal Çevre II: Yetişkinlik-Yaşlılık*. S. Erdem Türközü ve Büşra Alparslan (çev.). Ankara: Nika Yayınevi.
- Zakowska Wachelko, B. (2000). *Zarys Medycyny Geriatrycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Zakowski, S. G., N. Krueger vd. (2003). “Social Barriers to Emotional Expression and Their Relations to Distress in Male and Female Cancer Patients”. *British Journal of Health Psychology*, Vol. 8, No. 3, 271-286.
- Zhang, J., J. Peng vd. (2019). “Relationship Between Meaning in Life and Death Anxiety in the Elderly: Self-Esteem as a Mediator”. *BMC Geriatrics*, Vol. 19, No.308, 1-8.
- Zimet, G. D., S. S. Powell vd. (1990). “Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support”. *Journal of personality assessment*, Vol. 55, No. 3-4, 610-617.

EKLER

Ek-1 Araştırma için Aydınlatılmış Onam Formu

ARAŞTIRMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırmanın amacını, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olduğunu, ad, soyad, okul numarası gibi kişiyi tanıttıcı bilgilerin yazılamaması gerektiğini ve anketin doldurulma şeklini açıklayan bir metin, onam metni olarak araştırma verilerinin toplanması için geliştirilen anket formunun başına konulmuştur.

YAŞLILARIN ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK İLE ÖLÜM KAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Sevgili Katılımcı,

“Yaşlıların Algıladıkları Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı bu araştırma, **Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Berfin ÖZVAROL ve Dr. Öğr. Üyesi Aysin ÇETİNKAYA BÜYÜKBODUR** tarafından yapılmaktadır. Araştırma yaşlıların algıladıkları sosyal destek ve psikolojik dayanıklılıkları ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin ortaya konulması amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla yaşlıların algıladıkları ölüm kaygısı ile psikolojik dayanıklılıkları ve sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi, yaşlılık sürecindeki bireylerin psikolojik dayanıklılıklarını arttırabilecek, ölüm kaygısını azaltabilecek, yaşlı refahına yönelik sosyal hizmet uygulamalarının yapılandırılmasına önemli katkılar sağlayabilecek olup alan yazına önemli katkılar sağlayabileceği planlanmaktadır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız!

Sorular 4 bölümden oluşmaktadır. Sizden beklenen bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan içtenlikle cevaplamanızdır.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi ile iletişim kurabilirsiniz:

Berfin ÖZVAROL

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu “X” ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐

Kabul ediyorum.

Tarih

Ek-2 Sosyo-Demografik Bilgi Formu

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz: Kadın() Erkek ()

2. Yaşınız: 60-65 () 66-70 () 71-75 () 76 ve üstü ()

3. Medeni durumunuz: Evli () Bekâr () Boşanmış () Eş Vefatı ()

4. Çocuk durumunuz: Var () Yok ()

Var ise çocuk sayısı:.....

5. Mesleğiniz: Kamu Sektörü () Özel Sektör () Diğer ()

6. Sosyal güvenceniz var mı? Evet () Hayır ()

Var ise hangi kurumdan: SSK () Bağ-Kur () Emekli Sandığı ()
Diğer.....

7. Aylık ortalama geliriniz? 1000- 2500 () 2600-3600 () 3700-4500 () 4600-6000 () 6100 TL ve yukarısı ()

8. Konut Durumunuz: Kira () Kendimize ait () Kendi Aileme Ait () Eşime Ait () Eşimin Ailesine Ait ()

9. Öğrenim durumunuz nedir?

Okuryazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Ön Lisans () Lisans ()

Yüksek Lisans ve Üstü ()

10. Kronik hastalığınız var mı?

Evet () Hayır ()

Ek-3 Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ASDA)

ABDEL-KHALEK ÖLÜM ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ (ASDA)

Aşağıdaki ifadeleri okuyunuz. Her birinin sizin duygularınızı, düşüncelerinizi, davranışlarınızı ne ölçüde tanımladığına karar veriniz.

“Hiç, Biraz, Orta, Fazla, Çok Fazla” seçeneklerinden birinin altına (X) işareti koyunuz.

	Hiç	Biraz	Orta	Fazla	Çok Fazla
1. Ne zaman hasta olsam ölümden korkarım.					
2. Ölüye bakmaktan korkarım.					
3. Mezarlık ziyaret etmekten korkarım.					
4. Bir ameliyat olma olasılığı beni dehşete düşürür.					
5. Kalp krizi geçirmekten korkarım.					
6. Ölümün beni sevdiğim birinden mahrum bırakmasından kaygı duyarım					
7. Ölümünden sonraki bilinmeyen şeylerle ilgili endişeliyim.					
8. Bir cesede bakmaktan korkarım.					
9. Kabir azabından korkarım.					
10. Ciddi bir hastalığa yakalanmaktan korkarım.					
11. Defin işlemine tanık olmak beni dehşettedüşürür.					
12. Mezarlıkta yürümek beni dehşete düşürür.					
13. Ölümünden sonra ne olacağı ile ilgili düşünceler kafamı sürekli meşgul eder.					
14. Uyumaktan ve sonrasında tekrar uyanmamaktan korkarım.					
15. Ölümün beraberindeki acı beni çok korkutur.					
16. Bir cenaze törenine tanık olmak beni altüst eder.					
17. Ölmekte olan bir insanın görünümü beni korkutur.					
18. Ölüm hakkında konuşmak beni altüst eder.					
19. Kansere yakalanmaktan korkarım.					
20. Ölümünden korkarım.					

Referans: Sarıççek Aydoğan, A., Ş. Gülseren vd. (2015). “Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Türkçe Formunun Üniversite Öğrencilerinde Geçerlilik ve Güvenilirliği”. *Nöropsikiyatri Arşivi*, Cilt 52, 371-375.

Ek-4 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

ÇBASDÖ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 12 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

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

Ek-5 Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)

YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

Bu kısımda psikolojik dayanıklılığa ilişkin sorular bulunmak olup aşağıdaki soruların yanında yer alan kutucuklardan size en yakın olan kutucuğa 1, 2, 3, 4, 5 sayılarından biri ile işaretleyiniz.

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...	Her zaman bir çözüm bulurum						Coğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...	Basarılması zordur						Basarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...	Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda						Tam bir günlük bos bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum	Diğer kişilerle birlikte						Kendi basıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...	Benimkinden farklıdır						Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...	Hic kimseyle tartışmam						Arkadaşlarımla/Aile-üvelerimle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...	Cözemem						Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...	Nasıl basaracağımı bilirim						Nasıl basaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda ...	İleride dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım						Avrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak	Önemli değildir						Cok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissederim	Cok mutlu						Cok mutsuz
12. Beni ...	Bazı yakın arkadaşlarım/aile üvelerim cesaretlendirebilir						Hic kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...	Olduğuna çok inanırım						Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum	Ümit verici						Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...	Zamanımı planlama						Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir	Kolayca yapabildiğim						Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	Birbirinden bağımsız						Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...	Zayıftır						Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...	Cok fazla güvenmem						Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...	Belirsizdir						İvi düşünölmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	Günlük yaşamımda yoktur						Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	Benim için zordur						Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...	Geleceğe pozitif bakar						Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	Bana hemen haber verilir						Bana sövlenmesi bir havli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken	Kolayca gülerim						Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	Birbirlerini desteklemez biçimde						Birbirlerine bağıli biçimde
27. Destek alırım	Arkadaşlarımdan/aile üvelerinden						Hic kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	Her sevi umutsuzca gören bir						Beni basarıya götürebilecek iyi bir sev bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünölmesi, benim için ...	Zordur						Kolavdır
30. İhtiyacım olduğunda ...	Bana vardım edebilecek kimse yoktur						Her zaman bana vardım edebilen birisi vardır
31. Havatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	Basa çıkmaya çalışırım						Sürekli bir endise/kaygı kavnağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	İşleri bağımsız olarak yapmayı						İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üveleri ...	Yeteneklerimi beğenirler						Yeteneklerimi beğenmezler

Referans: Basım, H. N. ve F. Çetin (2011). "Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması". *Türk Psikiyatri Dergisi*, Cilt 22, Sayı 2, 104-114.

EK-6 Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 11.04.2022-46711



T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu

Sayı : E-10879717-050.01.04-46711
Konu : Kurul Kararı 6-15

11.04.2022

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 21.03.2022 tarihli ve 44566 sayılı yazınız.

Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulumun 01.04.2022 tarihli ve 6 sayılı toplantısında alınan 15 numaralı kararı ve değerlendirme formu yazımız ekinde sunulmuştur.
Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Ekrem ALMAZ
Kurul Başkanı

Ek:
1- Kurul Kararı (1 sayfa)
2- Değerlendirme Formu (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: BSM487LA03
Adres: Muş Alparslan Üniversitesi Kampüsü 49250- MUŞ
Telefon: (0436) 249 49 49 Faks: (0436) 249 10 22
E-Posta: genel sekreterlik@alparslan.edu.tr İnternet Adresi: www.alparslan.edu.tr
Kep Adres: alparslanuniversitesi@b01.kep.tr

Belge Doğrulama: <https://www.turkiye.gov.tr/mus-alparslan-universitesi-elektronik-belge-yazdirim-sistemi-evrak-dogrulama>

Belgi için: Yusuf ERBAY
Uzman, Bilgisayar İşletmeni
Tel No: (436) 249 49 49



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU

Toplantı Tarihi: 01.04.2022	Toplantı Sayısı: 6	Karar Sayısı: 44
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu, Kurul Başkanı Prof. Dr. Ekrem ALMAZ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır. KARAR-15: Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığının 21.03.2022 tarihli ve 44566 sayılı yazısı okundu ve ekleri incelendi. Yapılan incelemeler sonucunda; Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümünde görev yapmakta olan Dr. Öğr. Üyesi Aysin ÇETİNKAYA BÜYÜKBODUR'un danışmanı olduğu Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet tezli yüksek lisans öğrencisi Berfin ÖZVAROL'un yüksek lisans tez konusu olan "Yaşlıların Algıladıkları Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı çalışması Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından uygun görülmüş olup, durumun Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına bildirilmesine, Oy birliği ile karar verildi.		
BAŞKAN (e-imzalıdır) Prof. Dr. Ekrem ALMAZ Kurul Başkanı		
ÜYE (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Bolat GÜNDÜZ Başkan Yardımcısı	ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Mehmet SALMAZZEM İslami İlimler Fakültesi Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Bünyamin SARIKAYA Eğitim Fakültesi Öğr. Üyesi
ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Zekeriya ÇAM Eğitim Fakültesi Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Fuat KORKMAZER SBF Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Necmettin ÇİFTÇİ Sağlık Hizmetleri MYO Öğr. Üyesi
ÜYE (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Demet DENİZ YILMAZ Eğitim Fakültesi Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Atike YILMAZ Spor Bilimleri Fakültesi Öğr. Üyesi	

MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULU DEĞERLENDİRME FORMU

Araştırmanın Başlığı:	"Yaşlıların Algıladıkları Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı çalışma.
Başvuru Formunun Etik Kurula geldiği tarih:	21.03.2022
Başvuru Formunun Etik Kurulda incelendiği tarih:	01.04.2022
Karar tarihi	01.04.2022

SONUÇ

1.	☒ Kabul
2.	☐ Düzeltme gereklidir: Etik sorun olabilecek sorular/maddeler, süreçler ya da unsurlar bulunmaktadır. Açıklama:
3.	☐ Red Gerekçe, Görüş, Tavsiye ve Açıklamalar:

Başvuru dosyasının incelenmesinde hazır bulunan ve araştırmayla doğrudan veya dolaylı olarak ilişkisi bulunmayan Etik Kurul başkan ve üyelerinin ad soyad ve imzaları.

Başkan
(e-imzalıdır)
Prof. Dr. Ekrem ALMAZ

Başkan Yrd.
(e-imzalıdır)
Dr. Öğr. Üyesi Bolat GÜNDÜZ

Üye
(e-imzalıdır)
Doç. Dr. Mehmet SALMAZZEM

Üye
(e-imzalıdır)
Doç. Dr. Bünyamin SARIKAYA

Üye
(e-imzalıdır)
Doç. Dr. Zekeriya ÇAM

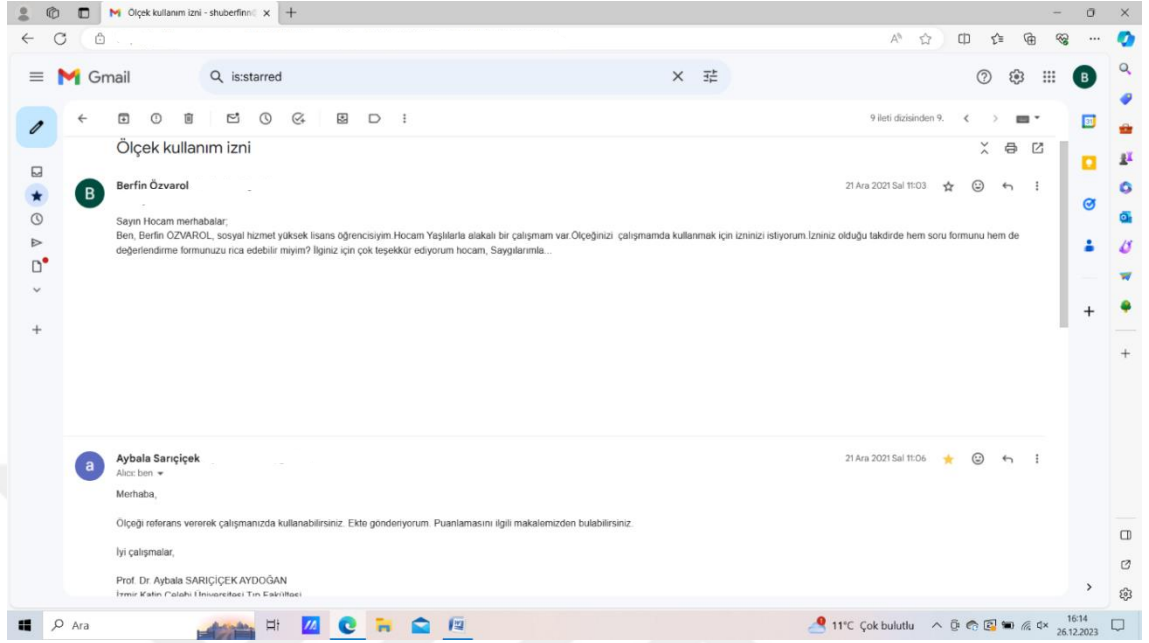
Üye
(e-imzalıdır)
Doç. Dr. Fuat KORKMAZER

Üye
(e-imzalıdır)
Dr. Öğr. Üyesi Necmettin ÇİFTÇİ

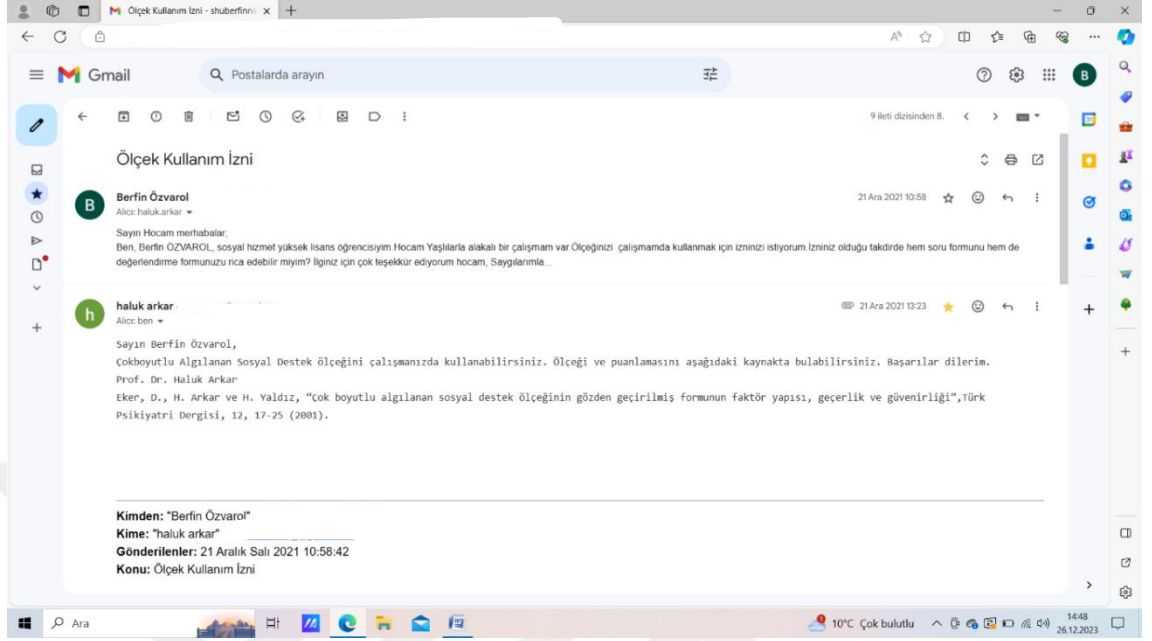
Üye
(e-imzalıdır)
Dr. Öğr. Üyesi Demet DENİZ YILMAZ

Üye
(e-imzalıdır)
Dr. Öğr. Üyesi Atike YILMAZ

Ek-7 Abdel-Khalek Ölüm Anksiyitesi Ölçeği (ASDA) Kullanım İzni



Ek-8 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Kullanım İzni



Ek-9 Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Kullanım İzni

