T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

65 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE ÖLÜM KORKUSU İLE DÜŞME KORKUSU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Arş. Gör. Dr. Hakan PEKER

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR

ERZURUM-2025

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Adı, Soyadı : Hakan PEKER	**Sınav tarihi:** 17/11/2025
Anabilim Dalı : Aile Hekimliği	
Tez Danışmanı ve Atanma Tarihi: Prof.Dr. Yasemin ÇAYIR-20/11/2024	
Tezin Konusu ve Başlığı : 65 Yaş Üstü Bireylerde Ölüm Korkusu ile Düşme Korkusu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi **Belirlenme Tarihi** : 20/11/2024	
Tezin Niteliği : ☒ Tıpta Uzmanlık Tezi ☒ Klinik Çalışmalar ( ) Prospektif ( ) Retrospektif (X) Kesitsel ☐ Laboratuvar Çalışmaları ( ) Invitro (Cansız) Çalışmaları ( ) Hayvan Çalışmaları	
Tez Sınavının Nasıl Yapıldığı: ☒ Yüz yüze katılım sağlanarak ☐ Online (Jürinin teşkil edilmesinde kurum dışından belirlenecek olan jüri üyesi, aynı il sınırları içerisinde bulunmadığından, tez sınavı dijital ortamda yapılmıştır.)	

II. KARAR

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunma sınavının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezinin, jüri üyelerince "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak;

☒ Kabulüne

1.Tez Sınavı ☐ Reddine (Eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine, TUEY'nin 19. Maddesinin 6. fıkrası gereğince altı aylık ek bir süre verilmesine)

2.Tez Sınavı ☐ Reddine (TUEY'nin 19. Maddesinin 7. fıkrası gereğince, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişiğinin kesilmesine)

☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

III. AÇIKLAMALAR

IV. JÜRİ ÜYELERİ

	Unvanı Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurum Bilgisi	İmza
Jüri Başkanı	Prof.Dr. Yasemin ÇAYIR	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr.Öğr.Üyesi Suat SİNCAN	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr.Öğr.Üyesi Mehmet Akif NAS	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **i**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **iii**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **iv**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **v**
TEŞEKKÜR ..... **vi**
ÖZET ..... **vii**
ABSTRACT ..... **ix**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Yaşlılık Kavramı 3
2.2. Türkiye ve Dünya'da Yaşlılık 3
2.3. Yaşlılıkta Temel Sorunlar 6
2.3.1. Yaşlılıkta Sağlık ve Fiziksel Sorunlar 6
2.3.2. Yaşlılıkta Psikolojik ve Sosyal Sorunlar 7
2.3.3. Yaşlılıkta Ekonomik Sorunlar 7
2.3. Ölüm Kavramı 8
2.4. Ölüm Korkusu 8
2.5.1. Ölüm Korkusunun Felsefik, Psikolojik ve Dini Bakış Açıları 9
2.5.2. Ölüm Korkusu Sebepleri 10
2.5.3. Ölüm Kaygısının Ölçülmesi 12
2.6. Düşme 18
2.6.1. Düşmenin Tanımı 18
2.6.2. Düşme Epidemiyolojisi 19
2.6.3.Düşme Risk Faktörleri 20
2.6.4. Düşme Riskinin Değerlendirilmesi 21
2.6.5. Düşmenin Önlenmesi 23
2.6.6. Düşmenin Komplikasyonları 25
2.7. Düşme Korkusu Tanımı ve Önemi 26
3. GEREÇ VE YÖNTEM **28**
3.1. Araştırma Projesi 28

3.2. Araştırmanın Tipi ve Süresi 28
3.3. Araştırmanın Yeri 28
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 28
3.5. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri 29
3.6. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri 29
3.7. Etik Kurul ve İzinler 30
3.8. Veri Toplama Süreci 30
3.9. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları 31
3.9.1. Veri Toplama Formu 31
3.9.2. Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (TÖAÖ) 31
3.9.3. Uluslararası Düşme Etkinlik Ölçeği (FES-I) 32
3.10. İstatistiksel Analiz 33
4. BULGULAR 35
4.1. Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Bulgular 35
4.2. Katılımcıların Ölüm ve Düşme Korkusu Düzeylerine İlişkin Bulgular 39
4.3. Katılımcıların Ölüm ve Düşme Korkusu Puanlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 41
4.3.1. Ölüm Korkusu 41
4.3.2. Düşme Korkusu 45
4.4. Çeşitli Değişkenlerin Ölüm ve Düşme Korkusu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Lojistik Regresyon Bulguları 50
4.4.1. Ölüm Korkusu 50
4.4.2. Düşme Korkusu 52
4.5. Ölüm ve Düşme Korkusu Arasındaki İlişki 55
5. TARTIŞMA 57
5.1. Çalışmanın Güçlü Yünleri ve Kısıtlılıkları 67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 68
KAYNAKLAR 70
EKLER 79
EK-1. VERİ TOPLAMA FORMU 79
EK-2. TEMPLER ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ 80
EK-3. ULUSLARARASI DÜŞME ETKİNLİK ÖLÇEĞİ (FES-I) 81

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Normal Dağılıma İlişkin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri 34
Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri 36
Tablo 3. Katılımcıların Sosyal Yaşama Katılım Özelliklerine İlişkin Bulgular 37
Tablo 4. Katılımcıların Sağlık Durumlarına İlişkin Bulgular 38
Tablo 5. Katılımcıların Ölüm Korkusu ve Düşme Korkusu Puanları 40
Tablo 6. Katılımcıların Ölüm Korkusu ve Düşme Korkusu Kesme Puanlarına Göre Dağılımı..... 40
Tablo 7. Katılımcıların Ölüm Korkusu Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması 41
Tablo 8. Katılımcıların Ölüm Korkusu Puanlarının Sosyal Hayata Katılım Özellikleri ve Sağlık Durumlarına Göre Karşılaştırılması..... 43
Tablo 9. Katılımcıların Düşme Korkusu Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması 46
Tablo 10. Katılımcıların Düşme Korkusu Puanlarının Sosyal Hayata Katılım Özellikleri ve Sağlık Durumlarına Göre Karşılaştırılması..... 48
Tablo 11. Lojistik Regresyon Modeline Ait Uyum Ölçütleri..... 50
Tablo 12. Cinsiyet, Haftalık Yürüyüş Sıklığı ve Acil Servise Başvurma Sıklığının Ölüm Korkusu Üzerindeki Etkisine İlişkin Lojistik Regresyon Bulguları..... 51
Tablo 13. Lojistik Regresyon Modeline Ait Uyum Ölçütleri..... 52
Tablo 14. Çeşitli Değişkenlerin Düşme Korkusu Üzerindeki Etkisine İlişkin Lojistik Regresyon Bulguları..... 53
Tablo 15. Ölüm ve Düşme Korkusu Arasındaki İlişkiyi Gösteren Pearson Korelasyon Analizi Bulguları..... 55

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Yıllara göre nüfus projeksiyonları 4
Şekil 2. Yaş grubuna göre yaşlı nüfus oranı, 2018, 2023. 4
Şekil 3. Yaşlı nüfus oranının en yüksek ve en düşük olduğu 5 ülke, 2024 4
Şekil 4. İllere göre yaşlı nüfus oranı, 2024 5
Şekil 5. Ülkelere göre 2019-2050 yaşlı popülasyon değişim tahmini 6
Şekil 6. Düşme Taraması 21
Şekil 7. Ölüm korkusu ile düşme korkusu arasındaki ilişki 56

KISALTMALAR DİZİNİ

AMA	: Amerikan Tıp Derneği
Ark.	: Arkadaşları
CDMS-R	: Çin Ölüm Metaforları Ölçeği - Gözden Geçirilmiş
CL-FODS	: Collet-Lester Ölüm Korkusu Ölçeği
DAI-R	: Revize Edilmiş Ölüm Kaygısı Envanteri
DAS	: Ölüm Kaygısı Ölçeği
DAS-E	: Genişletilmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği
DMS	: Ölüm Metaforları Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FES-I	: Uluslararası Düşme Etkinlik Ölçeği
FOF	: Düşme Korkusu
FPDS	: Kişisel Ölüm Korkusu Ölçeği
FPDS-R	: Revize Edilmiş Kişisel Ölüm Korkusu Ölçeği
M.Ö.	: Milattan Önce
RDAS	: Revize Edilmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği
RDFS	: Revize Ölüm Fantezisi Ölçeği
TI	: Tehdit İndeks
TÖAÖ	: Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği
V.D	: Ve Diğerleri

TEŞEKKÜR

Tezimin başından sonuna kadar bütün aşamalarında bana rehberlik eden, her zaman ilgi ve desteğiyle yanımda olan, uzmanlık eğitimime ve kişisel gelişimime katkı sağlayan tez danışmanım değerli hocam Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım değerli hocalarım Doç. Dr. Mustafa Bayraktar, Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN, Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ Kartal, Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Akif NAS'a

Araştırmanın hazırlanmasında yardımcı olan değerli hocam Uzm.Dr. Osman Sertaç ÇAT'a ve anketlerde benimle birlikte canla başla çalışan kardeşim Mehmet Ertek'e, Uzmanlık eğitimim boyunca tanışmaktan ve birlikte çalışmaktan memnuniyet duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde bana destek olan arkadaşlarım Ender BASTEM, Gökhan TURGUT, Ali KARSLI, Ömer KARADEMİR ve aileme yürekten teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Hakan PEKER

ÖZET

65 Yaş Üstü Bireylerde Ölüm Korkusu İle Düşme Korkusu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Giriş ve Amaç: Yaşlanma, insan yaşam döngüsünün doğal bir süreci olup; fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda önemli değişimler meydana getirir. Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de yaşlı nüfus oranı giderek artmakta, bu durum yaşlı bireylerin sağlık ve bakım ihtiyaçlarının yanı sıra psikososyal gereksinimlerini de ön plana çıkarmaktadır. Yaşlılık döneminde sık görülen ölüm korkusu (thanatophobia), bireylerin yaşamın son bulmasına ve yalnız kalmaya dair geliştirdikleri kaygıları ifade ederken; düşme korkusu (ptophobia) ise düşme riskine bağlı yaralanma, bağımlılık ve mortalite endişelerini kapsamakta ve fiziksel aktiviteyi kısıtlayarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Literatürde, ölüm korkusu ve düşme korkusu genellikle ayrı ayrı incelenmiş, birlikte ele alındıkları çalışmalar ise oldukça sınırlı kalmıştır. Oysa her iki korku da yaşlı bireylerin hem fiziksel hem de psikososyal sağlık durumlarını etkileyen önemli faktörlerdir. Bu çalışmada 65 yaş ve üzeri bireylerde ölüm korkusu ve düşme korkusu arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma kesitsel tipte tasarlanmıştır. Araştırma Ocak-Haziran 2025 tarihleri arasında Uzundere ilçesi Uzundere Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 211 birey katılmıştır. Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan katılımcılara yüz yüze anket uygulama tekniği kullanılarak sosyodemografik verileri alındıktan sonra, ölüm korkusunu değerlendirmek amacıyla kullanılan Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (TÖAÖ) ve düşme korkusu düzeyini belirlemeye yönelik olarak uygulanan Uluslararası Düşme Etkinlik Ölçeği' (FES-I) uygulanmıştır. Tüm istatistiksel işlemler IBM SPSS Statistics sürüm 27.0 yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiş; analizlerde %95 güven düzeyi esas alınmış ve $p<0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir. Ölüm korkusu ve düşme korkusu ölçeklerinden elde edilen puanların çeşitli değişkenler açısından karşılaştırılmasında, iki grup karşılaştırmaları için bağımsız örneklemler t-testi kullanılmıştır. Ancak, gruplardan birinde 30'dan az birey bulunması durumunda parametrik test varsayımlarının sağlanmaması nedeniyle nonparametrik karşılığı olan Mann-Whitney U testi tercih edilmiştir. Üç veya daha fazla grup karşılaştırmalarında ise

bağımsız gruplar için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmış, anlamlı fark saptanan durumlarda post-hoc analiz yapılmıştır. Varyansların homojenliği sağlandığı durumlarda gruplar arası karşılaştırmalarda post-hoc analiz olarak Tukey HSD testi uygulanmıştır. Homojenlik varsayımının ihlal edildiği durumlarda ise Games-Howell testi tercih edilmiştir. Gruplar arasındaki farklılıkların etki büyüklükleri Cohen'in d ve Eta-kare (η^2) etki büyüklüğü indeksleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Cohen d değerleri; 0,20 civarında olduğunda "küçük", 0,50 civarında "orta" ve 0,80 ve üzeri "büyük" etki olarak; η^2 değerleri ise sırasıyla 0,01, 0,06 ve 0,14 eşik değerlerine göre küçük, orta ve büyük etki düzeyi olarak yorumlanmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza toplam 211 birey katıldı. Katılımcıların %72'si (n=152) erkek ve %28'i (n=59) kadındı. Katılımcıların yaş ortalaması 74,41±6,64 yıl olup, medyan yaş değeri 74 idi. Katılımcıların TÖAÖ'den aldıkları puanların 3 ile 15 arasında değiştiği, puan ortalamasının 8,06 ± 2,10 olduğu saptandı. Katılımcıların FES-I puan ortalamasının 27,15±7,10 olduğu tespit edildi. Bireylerin ölüm korkusu ile düşme korkusu arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan Pearson korelasyon analizinde ölüm korkusu ve düşme korkusu değişkenleri arasındaki doğrusal ilişkinin yönü, gücü ve anlamlılığı incelenmiştir. Ölüm korkusu ile düşme korkusu arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($r = 0,218$; $p = 0,001$). Ölüm korkusu düzeyi arttıkça düşme korkusu düzeyi de artma eğilimi göstermiştir. Ancak korelasyon katsayısının büyüklüğü değerlendirildiğinde, bu ilişkinin zayıf düzeyde olduğu görülmüştür ($r<0,30$).

Sonuç: Bu çalışma, 65 yaş ve üzeri bireylerde ölüm korkusu ve düşme korkusunun yaygın olduğunu ve özellikle kadın cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, yalnız yaşama ve düşük fiziksel aktivitenin bu korkuları artırdığını göstermiştir. Ölüm korkusu ile düşme korkusu arasında zayıf ama pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Bulgular, yaşlı sağlığı hizmetlerinde fiziksel hastalıkların yanı sıra psikososyal ihtiyaçların da bütüncül şekilde değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda, risk gruplarına yönelik multidisipliner destek ve müdahale programlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: yaşlılık, ölüm, düşme, ölüm korkusu, düşme korkusu Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği

ABSTRACT

Assessment of the Relationship Between Death Anxiety and Fear of Falling in Individuals Over 65 Years of Age

Background and Aim: Aging is a natural process in the human life cycle, accompanied by significant physical, psychological, and social changes. Similar to global trends, the proportion of older adults in Turkey is steadily increasing, highlighting not only their health and care needs but also their psychosocial requirements. In older adults, death anxiety (thanatophobia) refers to concerns regarding the end of life and feelings of loneliness, whereas fear of falling (ptophobia) encompasses worries about injury, dependency, and mortality due to fall risk, potentially limiting physical activity and negatively affecting quality of life. In the literature, death anxiety and fear of falling are often examined separately, with studies addressing both concurrently remaining limited. However, both fears are significant factors influencing the physical and psychosocial well-being of older adults. This study aimed to investigate the relationship between death anxiety and fear of falling among individuals aged 65 and above.

Methods: This research employed a cross-sectional design and was conducted between January and June 2025 at the Uzundere Family Health Center in Uzundere District. A total of 211 individuals meeting the inclusion criteria participated. After collecting sociodemographic data via face-to-face interviews, participants were assessed for death anxiety using the Templer Death Anxiety Scale (TDAS) and for fear of falling using the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). All statistical analyses were performed using IBM SPSS Statistics version 27.0, with a 95% confidence level, and $p<0.05$ was considered statistically significant. Comparisons of death anxiety and fear of falling scores across variables were performed using independent samples t-tests; when one group included fewer than 30 participants, the nonparametric Mann–Whitney U test was applied due to violations of parametric assumptions. For comparisons among three or more groups, one-way analysis of variance (ANOVA) was conducted, with post-hoc analyses performed for significant differences. Tukey HSD tests were used when variance homogeneity was assumed,

and Games-Howell tests were applied when homogeneity was violated. Effect sizes were assessed using Cohen's d and Eta-squared (η^2) indices. Cohen's d values of ~0.20, ~0.50, and ≥0.80 were interpreted as small, medium, and large effects, respectively, whereas η^2 values of 0.01, 0.06, and 0.14 represented small, medium, and large effect sizes.

Results: The study included 211 participants, of whom 72% (n=152) were male and 28% (n=59) were female. The mean age was 74.41 ± 6.64 years, with a median age of 74. TDAS scores ranged from 3 to 15, with a mean score of 8.06 ± 2.10. The mean FES-I score was 27.15 ± 7.10. Pearson correlation analysis was conducted to examine the linear relationship between death anxiety and fear of falling. A positive and statistically significant correlation was found between death anxiety and fear of falling ($r = 0.218$; $p = 0.001$), indicating that higher levels of death anxiety were associated with increased fear of falling. However, the correlation strength was weak ($r<0.30$).

Conclusion: The study revealed that both death anxiety and fear of falling are prevalent among individuals over 65 yeras, particularly among women, those with lower educational levels, individuals living alone, and those with low physical activity. A weak but positive correlation was observed between death anxiety and fear of falling. These findings underscore the importance of addressing not only physical health but also psychosocial needs in geriatric healthcare. Consequently, the development of multidisciplinary support and intervention programs targeting at-risk groups is recommended.

Keywords: aging, death, falls, death anxiety, fear of falling, Templer Death Anxiety Scale

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 yaş ve üzeri kişileri yaşlı, 85 yaş ve üzerini ise çok yaşlı olarak tanımlamaktadır. Gerontolojistler ise yaşlılığı 65–74 yaş arası genç yaşlılık, 75-84 yaş arasını orta yaşlılık ve 85 yaş üzerini ileri yaşlılık (ihtiyarlık) dönemi olarak tanımlamıştırlar (1).

Yaşlılık döneminde fiziksel gücün azalması ve kronik hastalıkların artması, kişilerin kendilerini ölüme daha yakın hissetmelerine yol açar. Bu ölüm korkusu, yalnızlık düşüncesine ve sosyal bağların zayıflamasına neden olur. Yetersiz sosyal etkileşim, içine kapanma ve dış dünyayla iletişimin kopması, yaşlıların ruh özelliklerini ve yaşam koşullarını olumsuz etkiler. Sonuç olarak, bu süreç yaşlılar için hem fiziksel hem de duygusal açıdan zorlu bir dönemdir (2).

İnsan yaşlandıkça, ölümle ilgili düşünceler ve ölüm korkusu artış gösterir. Bu nedenle yaşlı bireyin kendini ölüme hazırlaması; sürekli olarak ölümü beklediğini ve bundan korktuğunu dile getirmesi, aslında ölümü kabullenmekten kaçındığının bir işareti olarak yorumlanabilir. Feifel ve Brancomb'a göre, bu durum ölüme karşı bilinçli bir tepki ve bir tür reddetme davranışıdır. Terminal döneme yaklaşan yaşlılar, genellikle ölüm korkusuyla yüzleşir ve bu süreçte diğer insanlardan uzaklaşıp yalnız kalmayı tercih ederler. Bu yalnızlık, onlara "hiçliği" hatırlatır ve ölüm düşüncesiyle birleşerek sürekli bu konuda düşünen yaşlı bireyin kaygısını artırır (3).

Yaşlılarda düşme riski, yaşlanma sürecinin doğal bir parçası olarak önemli bir sağlık problemi haline gelir. Düşme riski, yaşlı bireylerin hem fiziksel hem de zihinsel sağlığını ciddişekilde etkileyebilir ve düşmeler sonucu meydana gelen yaralanmalar, hastaneye yatışlar ve hatta ölümlerle sonuçlanabilir. Denge bozukluğu, kas zayıflığı, görme ve işitme sorunları, ilaç kullanımı, hareketsizlik ve kronik rahatsızlıklar, yaşlılarda düşme riskini artıran başlıca faktörlerdir. Bu nedenle, yaşlılarda düşme riskini değerlendirmek ve önlemek için çok yönlü bir yaklaşım gerekmektedir (4).

Düşme, yaşlı bireylerde önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturur. Yaşlılarda bağımsızlık kaybına, yaşlı bakım evlerine yerleştirilme gereksinimine ve erken ölüm riskine neden olabilir (5).

Açık alanlarda gerçekleşen düşmelerin genellikle yabancı bir ortamda yürürken veya karşıdan karşıya geçerken meydana geldiği gözlemlenmiştir. Ev içi düşmeler ise açık alandakidüşmelerden farklı paternler ve sonuçlar göstermektedir. Ev içindeki düşmeler, genellikle engellilik, ciddi sağlık sorunları ve hareketsiz bir yaşam tarzıyla bağlantılıdır. Buna karşılık, açık alandaki düşmeler, daha aktif bir yaşamın sonucu olarak ortaya çıkar ve bu kişilerin sağlıkdurumu, sürekli evde kalanlara kıyasla genellikle daha iyidir (6). Yaşlı bireylerde düşme korkusunun, düşenlerde %90'a, düşmeyenlerde ise %65'e ulaştığı tahmin edilmektedir (7).

Yaşlı bireylerde düşme durumu dikkate alındığında, düşme korkusunun önemsenmesi gerekmektedir. Düşme korkusu yaşayan kişiler, düşme, denge kaybı, güven kaybı ve aktivitelerden kaçınma konularında kaygı duymaktadırlar (8).

Bu çalışmadaki amaç 65 yaş üstü bireylerde ölüm korkusu ile düşme korkusu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Bu çalışma, yaşlı bireylerin sağlık ve yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla daha etkili önlemler ve müdahaleler geliştirmek için önemli veriler sunabilir.

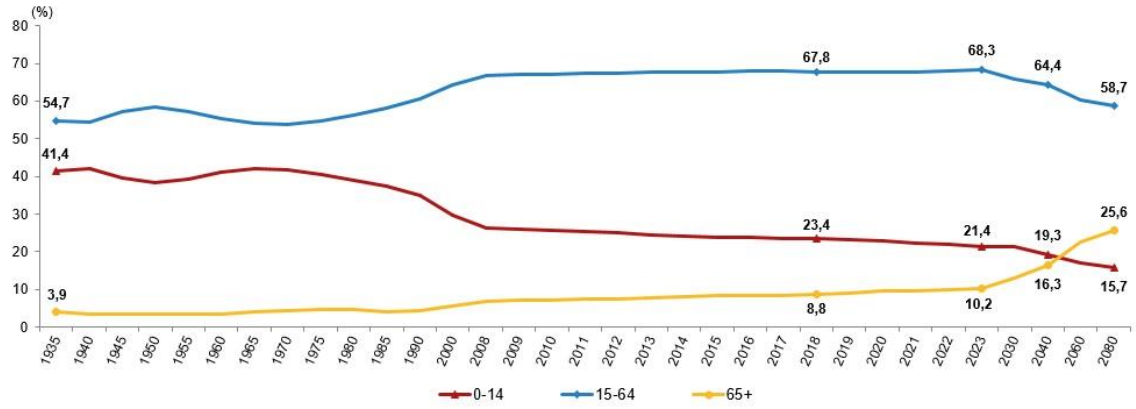
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık Kavramı

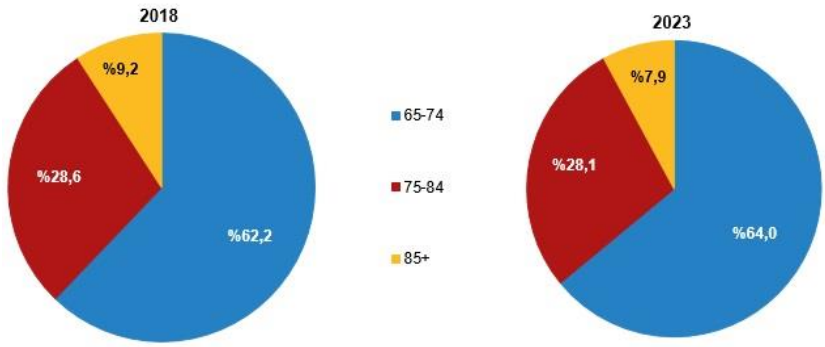
Yaşlılık kavramı, toplumdan topluma farklılık göstermekle birlikte genellikle yaşamın ileri evresi olarak kabul edilir. Ancak, bir bireyin yaşlı olarak tanımlanacağı yaş sınırı, kültürel değerler, sosyoekonomik koşullar ve ortalama yaşam süresine bağlı olarak değişkenlik gösterir. Örneğin, bazı toplumlarda 60 yaş ve üzeri bireyler yaşlı olarak kabul edilirken, diğer toplumlarda bu sınır 70 veya 80 yaşa kadar çıkabilmektedir. Bu durum, yaşlılık tanımının evrensel bir yaş sınırından ziyade, içinde bulunulan sosyal ve kültürel bağlama bağlı olduğunu göstermektedir (9). Toplumda yaşlılık çoğunlukla fiziksel ve bilişsel yeteneklerde azalma ile bağlantılı olarak düşünülse de bu değişimlerin derecesi ve ortaya çıkış zamanı bireyler arasında önemli ölçüde farklılık gösterebilir. Bazı kişiler 60 yaşını geçmelerine rağmen, genç yetişkinlerle karşılaştırılabilecek düzeyde fiziksel ve zihinsel fonksiyonlarını sürdürebilmektedir (9).

2.2. Türkiye ve Dünya'da Yaşlılık

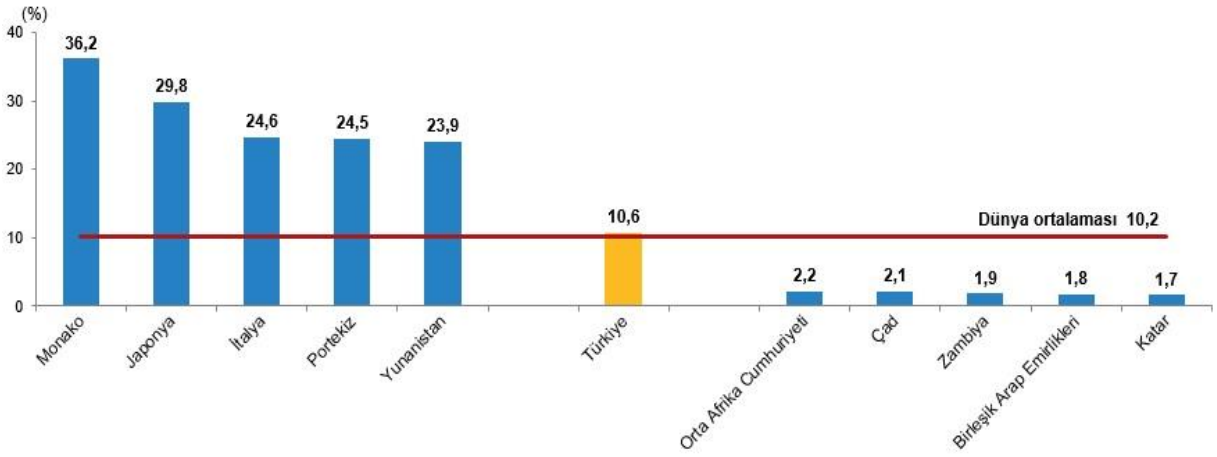
2018 yılında 65 yaş ve üzeri birey sayısı 7 milyon 186 bin 204 olarak kaydedilmişken, bu sayı 2023 yılına gelindiğinde %21,4'lük bir artışla 8 milyon 722 bin 806'ya ulaşmıştır. Toplam nüfus içerisindeki yaşlı oranı da aynı dönemde %8,8'den %10,2'ye yükselmiştir. 2023 verilerine göre yaşlı nüfusun %44,5'ini erkekler, %55,5'ini ise kadınlar oluşturmaktadır (10). Yapılan demografik projeksiyonlar, bu artış eğiliminin gelecekte de süreceğini göstermektedir. Öngörülere göre yaşlı nüfus oranı 2025'te %11'e, 2030'da %12,9'a, 2040'ta %16,3'e, 2060'ta %22,6'ya ve 2080 yılına gelindiğinde %25,6'ya çıkacaktır. Türkiye'de 2020 yılı verileri incelendiğinde, yaşlı nüfusun büyük bir kısmının 65-69 ve 70-74 yaş aralığında yoğunlaştığı dikkat çekmektedir. Bu iki yaş grubunun, toplam yaşlı nüfus içerisindeki payı yaklaşık %63,8 olarak belirlenmiştir. Öte yandan, genellikle "ileri yaşlılık" kategorisine giren 85 yaş ve üzeri bireylerin oranı ise %8,4 düzeyindedir. Bu durum, yaşlı nüfusun önemli bir bölümünün erken yaşlılık döneminde yer aldığını göstermektedir (11).



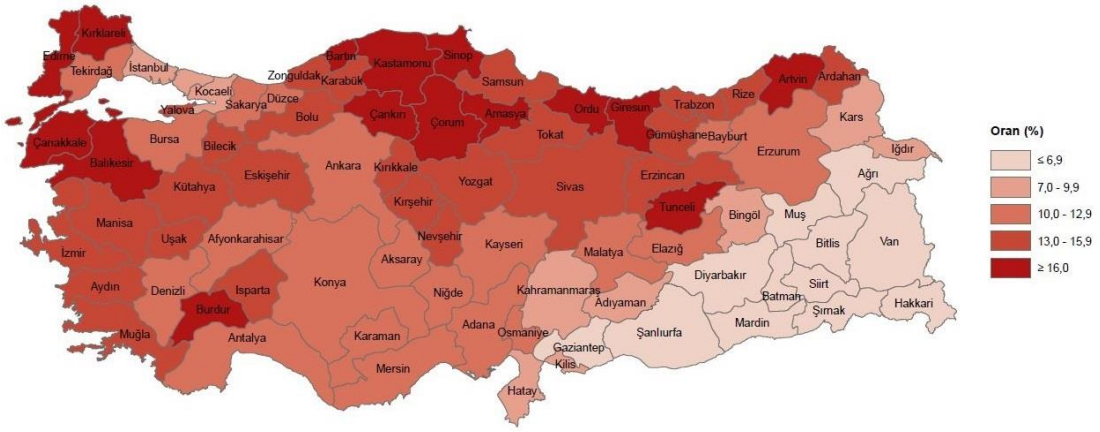
Şekil 1. Yıllara göre nüfus projeksiyonları (10).



Şekil 2. Yaş grubuna göre yaşlı nüfus oranı, 2018, 2023 (10).



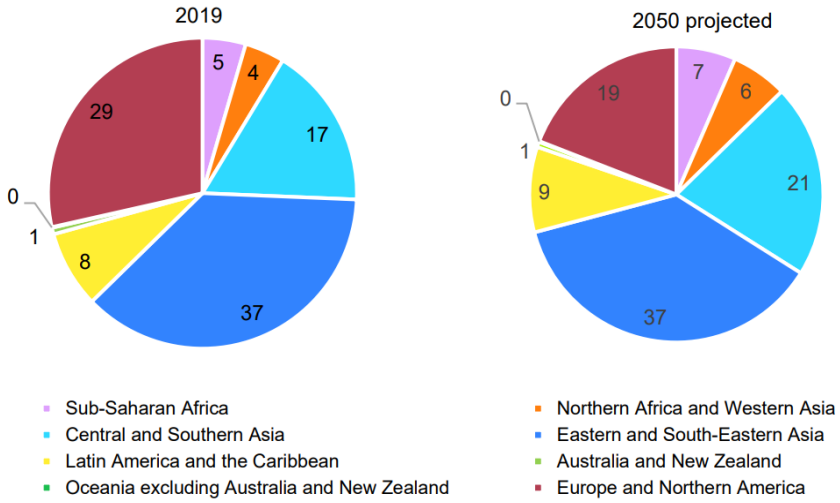
Şekil 3. Yaşlı nüfus oranının en yüksek ve en düşük olduğu 5 ülke, 2024 (10) .



Şekil 4. İllere göre yaşlı nüfus oranı, 2024 (10).

2019 yılında çalışma çağındaki her 100 kişiye karşılık gelen yaşlı birey sayısı %13,4 düzeyindeyken, bu oran 2024 yılı itibarıyla %15,5'e yükselmiştir. Bu artış, yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki payının giderek büyüdüğünü ve yaşlı bağımlılık oranının zamanla arttığını ortaya koymaktadır. Birleşmiş Milletler dünya nüfus tahminlerine göre 2024 yılı için dünya nüfusunun 8 milyar 161 milyon 972 bin 573 kişi, yaşlı nüfusun ise 833 milyon 480 bin 764 kişi olduğu tahmin edildi. Bu tahminlere göre dünya nüfusunun %10,2'sini yaşlı nüfus oluşturdu. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %36,2 ile Monako, %29,8 ile Japonya ve %24,6 ile İtalya oldu. Türkiye, 194 ülke arasında 75. sırada yer aldı (12).

2019 yılı itibarıyla, 80 yaş ve üzerindeki bireylerin en yoğun şekilde yaşadığı bölgeler arasında Avrupa ile Kuzey Amerika yaklaşık 53,9 milyon kişiyle başı çekerken, Doğu ve Güneydoğu Asya'da bu sayı yaklaşık 48,6 milyon olarak kaydedilmiştir. Yapılan projeksiyonlara göre 2050 yılına gelindiğinde, bu yaş grubunun yarısından fazlası Doğu ve Güneydoğu Asya'da yaşayacak ve bu sayı 177 milyona ulaşacaktır. Aynı dönemde, Avrupa ve Kuzey Amerika'da 80 yaş üzeri nüfusun 109 milyona çıkması beklenmektedir. Bu yaş grubundaki en yüksek artış oranlarının ise %250'yi aşarak Kuzey Afrika ve Batı Asya, Okyanusya ve Doğu ile Güneydoğu Asya'da görüleceği tahmin edilmektedir (13).



Şekil 5. Ülkelere göre 2019-2050 yaşlı popülasyon değişim tahmini (14).

2.3. Yaşlılıkta Temel Sorunlar

2.3.1. Yaşlılıkta Sağlık ve Fiziksel Sorunlar

2.3.1.1. Kronik Hastalıklar ve Engellilik

Yaşlı bireylerde kalp-damar hastalıkları, osteoporoz, diyabet, demans ve osteoartrit gibi kronik rahatsızlıklar sık görülmektedir. Bu tür hastalıklar, hareket kabiliyetinde azalmaya, düşme riskinde artışa, çeşitli yaralanmalara ve günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı hale gelmeye neden olabilir (15).

2.3.1.2. Duyusal Kayıplar

Yaşlanmayla birlikte işitme kaybı (presbiakuzi) ve artan kulak kiri üretimi, işitme güçlüğüne yol açmaktadır. İşitme kaybının görülme sıklığı yaşla birlikte ve biriken risk faktörlerinin etkisiyle artmakta, bu durum yaşam kalitesinde belirgin bir azalma ile yakından ilişkilidir (16). Yaşlanma sürecinde görme keskinliği azalır (presbiyopi) ve parlamaya karşı duyarlılık artar; bu da özellikle gece araç kullanımı gibi durumları daha tehlikeli hale getirir (17). Yaşlı bireylerde baş dönmesi sık karşılaşılan bir durumdur ve düşme riskini artırabilir. Zamanla dengeyi sağlayan vestibüler sistemin işlevi azalır (18).

2.3.1.3. Kırılganlık (Frailty)

İleri yaşlarda kas gücünde azalma, hareketlerde yavaşlama ve genel fiziksel kapasitede düşüş sıkça gözlemlenen durumlardır (19). Kırılganlık, çoğunlukla yaşa bağlı olarak birden fazla organ sisteminde meydana gelen işlev kayıplarının bir sonucudur ve kronik inflamasyonun yanı sıra kas-iskelet sistemi, endokrin ve hematolojik yapılardaki değişiklikleri de içerebilir (19). Kırılganlığın gelişiminde rol oynayan diğer etkenler arasında obezite, çeşitli kronik hastalıklar ile yetersiz beslenme ve fiziksel aktivite eksikliği gibi yaşam tarzına bağlı faktörler de bulunmaktadır (19).

2.3.2. Yaşlılıkta Psikolojik ve Sosyal Sorunlar

2.3.2.1. Yalnızlık ve İzolasyon

Yaşlılarda sosyal bağların zayıflaması ve yakın çevredeki kayıplar, yalnızlık ve sosyal izolasyon duygularını artırır. Bu durum, depresyon, anksiyete ve bilişsel fonksiyonlarda gerileme gibi olumsuz psikolojik ve bilişsel etkilerle ilişkilendirilmektedir (20).

2.3.2.2. Bağımsızlık Kaybı

Yaş ilerledikçe, yaşlı bireylerin işlevsel yeteneklerinde sürekli bir azalma meydana gelir. Bu durum, güçsüzlük düzeylerini artırarak bağımlılıklarını derinleştirebilir ve bireysel özerkliklerini kaybetmelerine yol açabilir (21).

2.3.2.3. Anlam Arayışı

Yaşlılık döneminde, yaşamın anlamı üzerine düşünme ve geçmiş yaşantıların değerlendirilmesi gibi süreçler sıkça ortaya çıkar (22).

2.3.3. Yaşlılıkta Ekonomik Sorunlar

Yaşlılıkla birlikte işsizlik oranı yükseldiği için, yaşlı bireylerin gelirlerinde düşüş yaşanır. Çalışmaya devam edenler ise genellikle düşük ücretlerle istihdam

edilmektedir. Ayrıca, yaşlanmayla artan sağlık problemleri ve tedavi masrafları ekonomik yükü artırırken, maddi zorluk yaşayan yaşlıların bu giderleri karşılaması zorlaşmaktadır (23).

2.3. Ölüm Kavramı

Ölüm, "bir canlının yaşam fonksiyonlarının tamamen ve geri dönüşümsüz olarak son ermesi'' durumudur (24). Tıbbi açıdan ölüm, organizmanın yaşamsal işlevlerinin geri dönüşümsüz olarak sona ermesidir. Bu durum, genellikle beyin, kalp ve akciğer düzeyinde tüm hayati fonksiyonların tamamen ve kalıcı biçimde durması şeklinde tanımlanır (25). Amerikan Tıp Derneği'ne (American Medical Association - AMA) göre ise ölüm; ya tüm dolaşım ve solunum işlevlerinin kalıcı olarak durması ya da beyin fonksiyonlarının geri döndürülemez şekilde sona ermesi anlamına gelir (26).

Antik çağlarda Stoacı Filozoflara göre ölüm aslında ruhun bedeni terketmesi veya ruhun bedenden koparılmasından ibaret olarak görülmüştür (27). Dinî ve manevi perspektiften bakıldığında ölüm, ruhun bedenden ayrılarak geçici dünya hayatından sonsuz bir âleme intikal etmesi olarak tanımlanır. Bu bağlamda ölüm, yalnızca biyolojik bir sonlanma değil; aynı zamanda insanın varoluşsal yolculuğunda yeni bir aşamaya geçiştir. Ölüm kavramı, bireyler ve toplumlar tarafından farklı anlam katmanlarıyla yorumlanmaktadır. Bazı yaklaşımlarda ölüm; korku, belirsizlik ve kaçınılması gereken bir durum olarak ele alınırken, diğerlerinde ise hayatın doğal bir uzantısı, hatta ona anlam kazandıran ve tamamlayan bir gerçeklik olarak değerlendirilir. Bu farklı bakış açıları, ölümün yalnızca bireysel değil, aynı zamanda kültürel ve toplumsal bir boyutu olduğunu da ortaya koyar (28).

2.4. Ölüm Korkusu

Korku, bireyin tehdit olarak değerlendirdiği durumlar karşısında yaşadığı, savaş-kaç tepkisi ya da katatoni gibi fizyolojik yanıtlarla birlikte görülen, hoş olmayan bir duygusal gerilim durumudur (29). Ölüm kaygısı, özellikle son yıllarda akademik çevrelerin dikkatini çeken ve üzerine giderek daha fazla araştırma yapılan bir konu hâline gelmiştir (30). Ancak, bu alandaki artan ilgiye rağmen, literatürde ölüm

kaygısına ilişkin ortak ve kapsamlı bir tanıma henüz ulaşılamamıştır (31). Lonetto ve Templer göre, ölüm kaygısını bireyin kendi ölümüne ilişkin sahip olduğu hoş olmayan düşünce ve duygular olarak tanımlamışlardır (32). Öte yandan Abdel-Khalek ve Tomás-Sábado, bu kaygıyı ölüm farkındalığından kaynaklanan bir durum olarak ele almışlardır (33). Nyatanga ve Vocht'a göre ise ölüm kaygısı, bireyin kendi ölümü ya da başkalarının ölümü fikrinden kaynaklanan çok yönlü endişelerin yol açtığı, varoluşsal temelli rahatsız edici bir histir (34). Varoluşçu kuramcılar ise ölüm kaygısını, insanın yaşantısı boyunca deneyimlediği temel kaygılardan biri olarak kabul etmektedirler (35).

2.5.1. Ölüm Korkusunun Felsefik, Psikolojik ve Dini Bakış Açıları

Ölüm korkusunun doğası, ölüm olgusunu kabullenmeyi ve onunla yüzleşmeyi kolaylaştırmak amacıyla literatürde dört temel felsefi yaklaşım öne çıkmaktadır. Bunlardan en çok bilinen ve tartışılanı Epikür'ün ileri sürdüğü görüştür (M.Ö.300 civarı) (36). Epikürcü düşünceye göre, ölüm korkusu temelsizdir; çünkü zarar görebilmek için bir deneyim yaşanması gerekir. Oysa ölüm, varlıkla deneyimin kesişimini olmamasına istinaden, birey açısından herhangi bir zarar oluşturmaz (37). Scheffler ise bu ihtimale karşı çıkarak; Benliğin bir tür kayba uğradığı durumlarda ortaya çıkan üzüntü, keder, öfke ve kaygı gibi duygusal tepkiler, genellikle dışsal nesnelere yöneltilir. Ancak bu duygular ölüm olasılığı karşısında bireyin kendisine yöneldiğinde, alışıldık anlamlarını yitirir ve bağlamdan koparlar. Bu bağlamsızlık, bireyde yoğun bir huzursuzluk ya da panik duygusunu tetikleyebilir, ifadesinde bulunmuştur (38). Çağdaş düşünürler, Epikürcü görüşün aksine, bireyin kendi ölümünün onun açısından olumsuz bir anlam taşıyabileceğini savunabilecek makul gerekçeler ortaya koymuşlardır (37). Epikorus'un düşüncelerine göre ilişkin değerlendirmelerde bilim insanları arasında görüş birliği bulunmamaktadır; bazıları onun yaklaşımını katı bir şekilde yargılayıcı olarak görürken, diğerleri daha esnek ve bağlamsal bir yorum benimsemektedir (39). Örneğin Emily Austin'e göre, Epikuros'un duygu anlayışı üzerine yapılan yaygın yorumlardan biri, onun duyguları bilişsel temelli değerlendirdiği yönündedir. Bu bakış açısına göre, Epikuros için korku, yalnızca belirli bir inanç ya da inançlar bütününden ibarettir (39).

Freud'un psikonalitik kuramında insan, hem yaşamı sürdürmeye yönelik yapıcı bir içgüdü (Eros) hem de yıkıma ve ölüme yönelen yıkıcı bir içgüdü (Thanatos) ile donatılmıştır. Ona göre, bireylerin tanrı inancı geliştirmeleri veya metafizik varlıklara yönelmeleri, ölüm dürtüsüne karşı bilinçdışı bir savunma mekanizması işlevi görür. Bu durum, ölümle yüzleşmenin yarattığı kaygıyla baş etme çabasının bir yansıması olarak değerlendirilebilir (40).

Pek çok din, özellikle Orta Doğu kökenli olanlar, insan yaşamının ölümle son bulmadığını, aksine ölümden sonra farklı bir varoluş biçiminin başladığını ileri sürer. Bu anlayış, bireylere ölümün yalnızca biyolojik bir sona işaret etmediğini, bir tür geçiş olduğunu telkin eder. Ölüm Kaygısı Tamponlama Teorisi (Terror Management Theory) çerçevesinde değerlendirildiğinde, böyle bir inanç sistemi, bireyin ölümle ilgili kaygılarını azaltmada önemli bir işlev görür. Zira ahirete olan inanç, bireyin ölümden sonra da bir varlık sürdüreceği düşüncesini destekleyerek, ölümün bilinçli deneyimlerin sonu olmadığına dair bir güven duygusu yaratabilir. Bu güven, bireyin ölüm olgusuna karşı daha dayanıklı hale gelmesine katkıda bulunur. Sonuç olarak, dini inançlar sadece metafizik bir boyut sunmakla kalmaz, aynı zamanda psikolojik düzeyde koruyucu bir işlev de görebilir (41). Ahiret inancını temel alan dinî öğretiler, bireylere bu dünyadaki davranışlarının ölüm sonrası yaşantıyı belirleyeceğini telkin eder. Bu çerçevede, inanç sistemine uygun şekilde yaşayan bireylerin ölümden sonra huzurlu ve olumlu bir deneyimle karşılaşacaklarına dair bir güven duygusu oluşturulur (42).

2.5.2. Ölüm Korkusu Sebepleri

Kanser, genellikle ölüm kavramıyla ilişkilendirilen hastalıkların başında gelmektedir. Yaşamı tehdit eden bir durum olarak kanser tanısı, bireyin ölüm ve ölme olasılığı üzerine düşünmesine, kendi faniliğiyle karşı karşıya kalmasına ve yaşamın geçiciliğini sorgulamasına neden olabilen varoluşsal kaygılarla bağlantılıdır (43). Dikkat çekici biçimde, kanserin tekrarlama korkusu çerçevesinde ölümle ilişkili kaygılar üzerine yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır ve bu çalışmaların çoğu hasta bireyler üzerinde yoğunlaşırken, bakım verenleri kapsamamaktadır. Kanserden sağ kalanlarla yürütülen bazı nitel araştırmalar, tekrarlama endişesinin sıklıkla ölüm

korkusuyla iç içe geçtiğini ortaya koymuştur (44). Ebola ve domuz gribi gibi bulaşıcı hastalık salgınlarının zihinsel olarak ölümle ilişkilendirilmesinin, ölüm farkındalığını artırdığı ve bunun sonucunda bireylerde savunma mekanizmalarının daha belirgin hale geldiğini ortaya koymuştur. Bu etki, standart ölüm oranı uyarılarıyla benzerlik göstermektedir (45). Sevilen birinin ölümü yalnızca bir yakın kaybı değil, aynı zamanda kişinin kendi ölümlülüğünü fark etmesini sağlayan güçlü bir uyarıcıdır. Yakın çevrede yaşanan ölümler, benlik bütünlüğünü tehdit eden bir unsur olarak değerlendirilebilir. Bu durum, bireyde ölüm düşüncelerinin erişilebilirliğini artırarak, kişisel ölüm kaygısının ortaya çıkmasına zemin hazırlar(46). Jacques Choron (1974), ölüm korkusunu üç temel nedene dayandırarak; Ölüm sürecine dair endişeler, Ölümden sonraki bilinmezliğe dair kaygılar, Yaşamın sona ermesine yönelik korkular 3 başlık altında işlemiştir (47). Raphael (1984) ölüm kaygısını nedenini ise şöyle açıklamıştır: Ölüm korkusu; acı çekme, fiziksel yıkım veya sakatlanma endişesi şeklinde tezahür edebilir. Bu korku, bilinmeyene karşı duyulan kaygının yanı sıra benliğin yok olması, işlev kaybıyla birlikte ölme süreci, başkalarına bağımlı hale gelme, dayanılmaz fiziksel ya da ruhsal acılar yaşama, yalnız kalma ve sevdiklerini kaybetme gibi bir dizi varoluşsal korkuyu da içermektedir (48). Ölüm kaygısını etkileyen pek çok değişkenden söz edilmektedir. Bu değişkenler arasında bireyin dini inanç düzeyi, cinsiyeti, yaşı ve ruhsal durumu yer almaktadır. Özellikle yaygın anksiyete bozukluğu gibi psikolojik rahatsızlıkları olan bireylerde ölüm kaygısının daha yoğun yaşandığı bilinmektedir (49, 50). Dini inancın ölüm kaygısı üzerindeki azaltıcı etkisi konusunda literatürde görüş birliği bulunmamaktadır (51). Bazı araştırmalarda, bireyin yaşam sonrası Yüce bir varlıkla karşılaşacağına ve dünyevi yaşamında yaptığı davranışların ödüllendirileceğine olan inancının, ölüm kaygısını azaltıcı bir unsur olarak rol oynayabileceği ifade edilmektedir (52). Öte yandan, bazı bireylerde dini inançların ölüm kaygısını artırabildiği de görülmektedir. Bu durum, kişinin yaşamı boyunca yaptığı davranışlardan dolayı ahiret inancı çerçevesinde ilahi bir yargılanma süreciyle karşılaşacağına dair düşüncelerinden kaynaklanabilir. Söz konusu yaklaşım, farklı kültürlerde benzer şekilde gözlemlenebilen bir olgudur (53-55). Bazı çalışmalar, erkek bireylerde ölüm kaygısının daha belirgin düzeyde görülebileceğine dair bulgular ortaya koymuştur (56). Buna karşılık, bazı araştırmalar ise kadın bireylerde ölüm kaygısının daha yüksek düzeyde görüldüğünü bildirmektedir

(57). Bazı kaynaklarda, ölüm kaygısının en yoğun biçimde orta yaş döneminde görüldüğü ve ileri yaşlarda belirgin şekilde azaldığı bildirilmektedir (56, 58). İnsanın psikososyal bir varlık olması nedeniyle, sosyal ilişkiler kurma ve yaşamın güçlükleriyle başa çıkma sürecinde aile üyeleri ile eşin desteğinin yapıcı ve destekleyici bir rol oynayabileceği düşünülmektedir (59).

2.5.3. Ölüm Kaygısının Ölçülmesi

Ölüm kaygısına ilişkin değerlendirme araçlarının zaman içinde çeşitlenmesi, bu kavramın başlangıçta tek boyutlu bir olgu olarak ele alınmasına karşın, giderek daha karmaşık ve çok boyutlu bir yapı şeklinde tanımlandığını göstermektedir (50). Ölüm kaygısı, bireylerin ortaklaşa deneyimleyebileceği, öznel ve rahatsız edici bir durum olarak değerlendirilmiş ve bu kavramı ölçmek amacıyla 15 maddelik bir özbildirim ölçeği olan Ölüm Kaygısı Ölçeği (DAS) oluşturulmuştur. Zaman içinde bu ölçek, ölüm kaygısını ölçmeye yönelik çalışmalarda sıkça kullanılan temel araçlardan biri olmuştur (60). Ancak Templer ve çalışma arkadaşlarının yanı sıra diğer bazı araştırmacıların yürüttüğü çalışmalar, DAS'ın zamanla farklı faktörlerden oluşan çok boyutlu bir yapı sergilediğini ortaya koymuştur (32, 61-63). Çalışmalarda elde edilen faktör yapılarının, kullanılan örneklemin niteliği ve büyüklüğüne göre farklılık gösterebildiği ortaya konmuştur (64). Ölümle ilgili kaygı hissetmeyen bireylerin de olduğu yönündeki kanıtlar doğrultusunda, araştırmacılar ölüm kaygısını giderek çok boyutlu bir yapı olarak tanımlamaya başlamışlardır (65).

2.5.3.1. Boyar Ölüm Korkusu Ölçeği

Boyar tarafından 1964 yılında geliştirilen Ölüm Korkusu Ölçeği, bireylerin ölümle ilgili korkularının şiddet düzeyini ölçmek amacıyla tasarlanmış, tek boyutlu bir ölçme aracıdır. Ölçek geliştirme süreci, bireylerle yapılan görüşmelerle başlamış ve bu doğrultuda başlangıçta 30 madde oluşturulmuştur. Uzman görüşleri doğrultusunda yapılan değerlendirmeler sonucunda, bu maddelerden 22'si ölçeğe dâhil edilmiştir. Ölçeğin güvenirliği, testi yarılama yöntemiyle .83; test-tekrar test yöntemiyle ise .79 olarak raporlanmıştır. Boyar, ölçeğin iç tutarlılığını yeterli bulmakla birlikte, faktör

yapısının ve yapı geçerliliğinin daha ileri çalışmalarla incelenmesi gerektiğini ifade etmiştir (66).

2.5.3.2. Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

Literatürde ölüm kaygısını ölçmek amacıyla çeşitli ölçekler bulunmakla birlikte, bunlar arasında en yaygın kullanılanlardan biri, Templer'in 1970 yılında geliştirdiği Ölüm Kaygısı Ölçeği'dir (60). İlk yayınlandığında DAS Ölçeği, 15 madde içeren bir ölçüm aracı şeklinde tasarlanmıştır (50). Ancak zamanla daha ayrıntılı bir değerlendirme amacıyla geliştirilen 51 maddelik genişletilmiş formu, 2006 yılında literatürde yerini almıştır (61). Ölüm Kaygısı Ölçeği, birey tarafından yanıtlanan ve doğru/yanlış şeklinde ikili yanıt formatına sahip 15 maddeden oluşan bir ölçektir. Bu maddelerden dokuzu 'doğru', altısı ise 'yanlış' seçeneği üzerinden puanlanmaktadır (50). Testin maksimum puanı 15'tir ve puan aralıkları ölüm kaygısının şiddetini belirtmek için kullanılır. 0 ile 4 puan arası hafif, 5 ile 9 puan arası orta, 10 ile 14 puan arası ağır düzeyde ölüm kaygısını gösterirken, 15 puan ise panik seviyesinde ölüm kaygısını ifade eder (67). Genişletilmiş DAS formu, her biri 1'den (tamamen katılmıyorum) 5'e (tamamen katılıyorum) kadar puanlanan beşli Likert tipi ifadelerden oluşur; bu formda yüksek puanlar, daha yoğun ölüm kaygısını yansıtır (68). Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışması, 1989 yılında Şenol tarafından gerçekleştirilmiştir (69).

2.5.3.3. Revize Edilmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği

Revised Death Anxiety Scale (RDAS), ölüm kaygısını daha detaylı incelemek için geliştirilmiş 25 maddelik bir ölçektir ve yanıtları doğru/yanlış ya da Likert tipi seçeneklerle değerlendirilmektedir (70). Ölçek, ölüm kaygısını dört ana boyutta ölçmeyi amaçlamaktadır: belirsizlik korkusu, acı çekme korkusu, ölüm süreciyle ilgili korku ve bedenin çürümesiyle ilgili endişeler. Bu kapsamlı yapı, orijinal Death Anxiety Scale (DAS)'in sunduğu ölçümün sınırlarını aşarak, ölüm kaygısının çeşitli boyutlarını daha ayrıntılı şekilde değerlendirmeyi mümkün kılmaktadır (71). Çok boyutlu özelliği sayesinde RDAS, ölüm kaygısının hem araştırma hem de klinik bağlamlarda daha doğru ve kapsamlı bir şekilde ölçülmesini mümkün kılmaktadır

(72). Farklı kültürel ortamlarda yapılan uyarlama ve psikometrik değerlendirme çalışmaları, RDAS'ın kültürler arası geçerliliğini ve güvenilirliğini destekleyerek uluslararası alanda kullanılabilirliğini güçlendirmiştir (73).

2.5.3.4. Corriveau-Kelly Ölüm Kaygısı Ölçeği

Corriveau ve Kelly, ölüm kaygısını ölçmede daha yüksek duyarlılık ve güvenilirlik sağlayacak bir araç geliştirmek amacıyla Corriveau-Kelly Ölüm Kaygısı Ölçeği'ni tasarlamışlardır. Ölçek geliştirme sürecinde, Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin maddeleri ayrıntılı biçimde incelenmiş ve araştırmacıların ölüm kaygısı yaşayan bireylerle yürüttükleri klinik çalışmalardan elde ettikleri deneyimler doğrultusunda yeni maddeler eklenmiştir. Bu doğrultuda, 7'li Likert tipi derecelendirmeye sahip, toplam 48 maddeden oluşan bir ölçek ortaya konmuştur. Ölçeğin güvenirliği, iki hafta arayla uygulanan test-tekrar test yöntemiyle .95 olarak saptanmış; iç tutarlılık düzeyi ise Cronbach alfa katsayısı ile .95 olarak belirlenmiştir (74).

2.5.3.5. Arap Ölüm Kaygısı Ölçeği

Toplam 20 ifadeden oluşmakta ve her bir madde, 1 (hayır) ile 5 (çok fazla) arasında derecelendirilen 5'li Likert tipi bir yanıt formatı ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin iç tutarlılığına ilişkin Cronbach alfa katsayıları, farklı Arap ülkelerinde yapılan uygulamalarda 0,88 ile 0,93 arasında değişmektedir. Madde-toplam puan korelasyonları ise 0,27 ile 0,74 arasında bulunmuştur. Ayrıca, bir haftalık test-tekrar test uygulaması sonucunda elde edilen güvenirlik katsayısı 0,90 olarak belirlenmiş olup, bu sonuç ölçeğin yüksek düzeyde iç tutarlılığa ve zamana karşı istikrarlı ölçümler yapabildiğine işaret etmektedir (33).

2.5.3.6. Genişletilmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği (DAS-E: Death Anxiety Scale – Extended)

DAS-E bireylerin ölüm kaygısı düzeylerini değerlendirmek amacıyla hazırlanmış, toplam 51 maddeden oluşan bir ölçme aracıdır. Ölçekteki maddeler,

“kesinlikle katılmıyorum”dan “kesinlikle katılıyorum”a uzanan 5 dereceli Likert tipi bir yanıt formatı ile değerlendirilir. Ölçekte yer alan 2, 3, 6, 7 ve 15. maddeler ters puanlanmakta olup, bu maddeler bireyin yanıt eğilimlerini dengelemeye yönelik olarak yapılandırılmıştır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 51 ile 255 arasında değişmektedir ve elde edilen yüksek puanlar, bireyin daha yüksek düzeyde ölüm kaygısı yaşadığını göstermektedir (75).

2.5.3.7. Revize Edilmiş Ölüm Kaygısı Envanteri (Death Anxiety Inventory-Revised: DAI-R)

Bireylerin ölümle ilgili duydukları kaygıları çok boyutlu bir bakış açısıyla değerlendirmek amacıyla Tomás-Sábado ve Gómez-Benito (2005) tarafından geliştirilmiş bir ölçme aracıdır. Bu envanter, klasik Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği’nin sınırlı yapısına alternatif olarak, ölüm kaygısının çeşitli boyutlarını ayrı ayrı ele alabilecek şekilde tasarlanmıştır.

Ölçek, toplam 17 maddeden oluşmakta olup, katılımcıların her ifadeye yönelik değerlendirmeleri 5 dereceli Likert tipi (1 = "Kesinlikle katılmıyorum" ile 5 = "Kesinlikle katılıyorum") ölçeklendirme ile yapılmaktadır. Katılımcılardan, ölüm ve onunla ilgili düşünceler karşısındaki duygusal tepkilerini bu derecelendirme yoluyla belirtmeleri istenir.

DAI-R, dört temel alt boyuttan meydana gelir:

- Belirsizlik Kaygısı: Ölümün ne zaman ve nasıl gerçekleşeceğine dair bilinmezlik karşısında hissedilen endişe,
- Benlik Yokluğu Kaygısı: Ölüm sonrası bireysel varlığın sona ereceğine dair korkular,
- Ölüm Süreci Kaygısı: Ölüm anının acı verici, yalnız veya kontrol kaybı yaşatarak gerçekleşeceği düşüncesine yönelik kaygılar,
- Ölümle İlişkili Nesne ve Simgelere Yönelik Kaygı: Mezarlıklar, tabutlar, cenaze törenleri gibi sembollere karşı duyulan korkular.

Ölçeğin geliştirildiği orijinal çalışmada iç tutarlılık katsayısı oldukça yüksek (Cronbach's alpha = .90) bulunmuştur. Ölçek, zamanla farklı kültür ve dillere (örneğin Türkçe, İngilizce ve Arapça) uyarlanmış ve benzer psikometrik özellikleri koruduğu belirlenmiştir (76).

2.5.3.8. Çok Boyutlu Ölüm Kaygısı Ölçeği

Ölüm kaygısının tek bir boyutta ele alınamayacak kadar karmaşık bir yapıya sahip olduğu, yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur. Bu kaygı, yalnızca ölüm korkusu ile sınırlı kalmayıp; ölüm düşüncesinden uzak durma eğilimi, ölümle ilgili gerçekleri reddetme (inkâr), ve ölüm sürecinde olan bireylerle iletişim kurmaktan kaçınma gibi farklı yönlerden oluşmaktadır. Bu çok boyutlu yapı, ölümle yüzleşmenin bireyler üzerindeki psikolojik etkilerinin oldukça çeşitli olduğunu göstermektedir (77). MODDI-F ölçeği, hem Türk hem de Amerikan örneklemlerinde uygulandığında, yüksek iç tutarlılık katsayıları ve güçlü test-tekrar test güvenilirliği ile istikrarlı psikometrik özellikler sergilemiştir (78).

2.5.3.9. Üç Faktör Ölüm Kaygısı Ölçeği

Ölüm kaygısını ölçmeye yönelik geliştirilen ölçeklerde sıklıkla karşılaşılan temel yapılar; ölümün ne zaman ve nasıl gerçekleşeceğine dair bilinmezlik (ölümün belirsizliği), bireyin ölümle doğrudan ya da dolaylı karşı karşıya kalması (ölüme maruz kalma), ve ölümün fiziksel ya da duygusal olarak yaratacağı acı ve rahatsızlıkla ilgili endişelerdir (ölüm acısı) (74). Bazı çalışmalarda ise ölüm kaygısıyla ilişkili öğeler; bireyin ölüm karşısında hissettiği duygusal tepkiler (duygulanımlar), ölüm hakkındaki düşünsel değerlendirmeleri ve kabulleri (inançlar) ile ölümle ilişkili tutum ve kaçınma davranışları (davranışlar) olmak üzere üç temel kategoride ele alınmıştır (79). Geliştirilen ölçeklerin çoğunda iç tutarlılık katsayıları (Cronbach's alpha) genellikle .70'in üzerinde bulunmuş, ayrıca test-tekrar test yöntemine dayalı ölçümler sonucunda yüksek düzeyde zamanla tutarlılık sergiledikleri bildirilmiştir (74).

2.5.3.10. Collet-Lester Ölüm Korkusu Ölçeği

Collett-Lester Ölüm Korkusu Ölçeği (CL-FODS), bireylerin ölümle ilgili kaygılarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olup, dört alt boyuttan oluşmaktadır: kişinin kendi ölümüne dair korkuları (kendinin ölümü), ölüm sürecini yaşarken duyulan kaygılar (kendinin ölüm süreci), yakın çevredeki bireylerin ölümüne ilişkin korkular (başkalarının ölümü) ve bu kişilerin ölüm sürecinde yaşadıkları acılara tanıklık etme endişesi (başkalarının ölüm süreci) (80). Bazı araştırmalar, ölçeğin dört faktörlü yapısının yalnızca kısmen desteklendiğini ortaya koymuştur. Özellikle, kendine ve başkalarına yönelik maddelerin beklenenin aksine ayrı alt boyutlar yerine benzer içeriklerde kümelenerek tek bir yapı oluşturduğu durumlar bildirilmiştir (81).

2.5.3.11. Tehdit İndeks (TI)

George Kelly'nin Kişisel Yapı Teorisi'nden esinlenerek geliştirilen Tehdit Endeksi (TI), 1972 yılında ölüm yönelimine yönelik bir değerlendirme aracı olarak ortaya konmuştur. Ölçeğin geliştirilmesinden bu yana yapılan çalışmalar, TI'nin hem güvenirliğini hem de ölüm tehdidini ölçme konusundaki geçerliliğini incelemiştir. Şimdiye dek gerçekleştirilen yaklaşık on iki araştırma, ölçeğin psikometrik açıdan yeterli olduğunu göstermektedir. Zaman içinde araştırma bulgularına paralel olarak, TI'nin hem formunda hem de puanlama yöntemlerinde çeşitli değişiklikler yapılmıştır (82). Tehdit Endeksi'nde, katılımcılar kendilerini ve ölümü 30 adet karşıt sıfat çifti kullanarak derecelendirir; bu yanıtlar arasındaki tutarsızlıklar ise ölümün birey tarafından tehdit olarak algılandığını gösterir (83).

2.5.3.12. Ölüm Metaforları Ölçeği

Orijinal Ölüm Metaforları Ölçeği (DMS), Revize Ölüm Fantezisi Ölçeği (RDFS) ve yerel pilot çalışmalardan alınan maddeler temel alınarak Hong Kong'daki Çinli katılımcılar için geliştirilmiştir. Başlangıçta 30 metafor ifadesi içeren ölçek, daha sonra iki alt boyuttan oluşan 18 maddelik bir yapıya indirgenmiş; bu alt ölçekler olumlu ve olumsuz metaforları kapsamakta ve her ikisi de yüksek iç tutarlılık göstermektedir (84). Çin Ölüm Metaforları Ölçeği - Gözden Geçirilmiş (CDMS-R),

yapısını dört faktöre genişleterek 24 maddeden oluşan bir ölçek haline getirilmiştir: Rahatlık, Acı, Keder ve Boşluk. Yapılan bu güncelleme, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik düzeylerini artırmış ve Çin toplumları için daha uygun bir araç olmasını sağlamıştır (84). Bu tür ölçekler, deneysel çalışmalar ve kültürler arası araştırmalarda kullanılarak, ölümle ilgili temel tutum ve kaygıların anlaşılmasına katkı sağlar; ayrıca sağlık, danışmanlık ve yaşam sonu bakım alanlarında bireylerin desteklenmesinde önemli bir rol oynar (85).

2.5.3.13. Kişisel Ölüm Korkusu Ölçeği (FPDS: Fear of Personal Death Scale)

Ölüm kaygısını çeşitli yönleriyle inceleyen kuramsal bir modele dayanan FPDS, Florian ve Kravetz tarafından öznel değerlendirmeye dayalı olarak geliştirilmiştir (83). Ölüm korkusunun açık şekilde ifade edilmesi, üç temel bileşen ve bu bileşenlere karşılık gelen altı faktör çerçevesinde ele alınmaktadır. Bu kuramsal yapı, ölümün bireyin iç dünyasıyla (intrapersonal), sosyal ilişkileriyle (interpersonal) ve varoluşun ötesine dair düşüncelerle (transpersonal) bağlantılı etkilerini temel alır. Bireysel boyutta yer alan yoksunluk ve benlik kaybı faktörleri, kişinin kendi içsel deneyimlerine ilişkin kaygılarını yansıtır. Kişilerarası boyut ise, bağlanma ilişkileriyle ilgili endişeleri içerir ve unutulma ya da başkalarıyla ilgili kimlik tehditleriyle ilişkilendirilir. Transpersonal boyut ise, ölümün bilinmezliğine dair korkularla ilgilidir ve bu durum gizem ile cezaya yönelik korkular aracılığıyla temsil edilir (86). Burris ve Bailey'nin revize ettiği Kişisel Ölüm Korkusu Ölçeği'nin (FPDS-R) kullanıma uygun hâle getirilip dilimize kazandırılması için çeşitli ikna edici nedenler söz konusudur (87).

2.6. Düşme

2.6.1. Düşmenin Tanımı

Düşme, kişinin istemi dışında gerçekleşen ve genellikle kontrol kaybı sonucu yere ya da bulunduğu seviyeden daha aşağı bir düzeye inmesiyle sonuçlanan bir olaydır (88). Güncel literatür ışığında, tekrarlayan düşmelerin tanımı da zamanla

değişiklik göstermiştir. Daha önceki çalışmalarda, altı aylık süre içinde iki ya da daha fazla düşme yaşanması "tekrarlayan düşme" olarak değerlendirilirken, yakın tarihli bir meta-analiz, bir yıl içinde birden fazla düşme yaşayan yaşlı bireyleri bu kategoriye dahil etmektedir. Bu durum, tekrarlayan düşme kavramının kapsamının genişlediğini ve değerlendirme kriterlerinde güncellemeye gidildiğini göstermektedir (89).

2.6.2. Düşme Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü'nün (2024) verilerine göre, her yıl yaklaşık 684.000 kişi düşme nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu ölümlerin büyük çoğunluğu, yani %80'den fazlası, düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Her yıl yaklaşık 684.000 kişinin düşmeye bağlı olarak yaşamını yitirdiği tahmin edilmektedir. Düşmeler, trafik kazalarının ardından, istem dışı yaralanmaya bağlı ölümler arasında ikinci sırada yer almaktadır (88). Düşme nedeniyle acil servise başvurma oranları, özellikle beş yaş altı çocuklar ile 65 yaş ve üzerindeki bireylerde daha yüksek görülmektedir. Ancak yaşlı bireyler için düşmelerin sonuçları çok daha ciddidir. Aynı durumla karşılaşan çocuklara kıyasla, yaşlı bireylerin hastaneye yatırılma olasılığı yaklaşık on kat, düşmeye bağlı yaşam kaybı riski ise sekiz kat daha fazladır (90). Yapılan araştırmalara göre, 65 yaş üzerindeki bireylerin yaklaşık üçte birinin ve 80 yaş üzerindekilerin ise neredeyse yarısının her yıl en az bir kez düşme yaşadığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, düşme yaşayan bu bireylerin yaklaşık yarısının takip eden yıl içinde yeniden düşme riski taşıdığı bildirilmektedir. Bu durum, yaş ilerledikçe düşme sıklığının ve tekrarlama olasılığının belirgin şekilde arttığını göstermektedir (91). 65 yaş üstü bireylerde düşme sıklığının ülkeden ülkeye değişiklik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Örneğin, Hindistan'da bu yaş grubunda düşme prevalansı %53 gibi oldukça yüksek bir orana ulaşırken, Amerika Birleşik Devletleri'nde %30, Çin'de %26,4 ve Japonya'da ise %13,7 olarak bildirilmiştir (92). her yaş grubunda kadınların düşme oranlarının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir (93). Yaşlı bireylerde düşmeye bağlı meydana gelen yaralanmalar – özellikle kalça kırıkları ve baş travmaları – sağlık hizmeti giderlerinin artmasına önemli ölçüde katkı sağlamaktadır. Bu durum, toplum sağlığını koruma amacıyla yürütülen pek çok programın düşme riskini azaltmaya yönelik olarak fonlanmasına neden olmuştur. Ancak bu tür müdahalelerin etkili olabilmesi, öncelikle risk altındaki bireylerin doğru

biçimde tanımlanmasını gerektirir. Bu da sağlık profesyonelleri için önemli bir güçlük oluşturmaktadır (94).

2.6.3.Düşme Risk Faktörleri

Denge ve Yürüme Bozuklukları: Bireyin denge ve fiziksel hareketliliğinde yaşanan azalmalar, düşme tehlikesini ciddi oranda artıran faktörlerdendir (94) .

Polifarmasi ve İlaçlar: Bilişsel fonksiyonlarda bozulmaya neden olabilecek reçeteli ilaçların kullanımı ile birlikte çok sayıda ilacın eş zamanlı kullanımı, düşmeye yönelik riski artırmaktadır (95).

Kronik Hastalıklar: Düşme olasılığı, inme, Parkinson hastalığı, demans, anemi ve glokom gibi rahatsızlıkların varlığında belirgin şekilde yükselmektedir (96).

Duyusal Kayıplar: Duyusal kayıplar, özellikle görme ve işitme bozuklukları, düşme ihtimalini artıran önemli risk unsurlarıdır (97).

Psikolojik Faktörler: Anksiyete ve düşme korkusu, düşme riskini hem doğrudan hem de dolaylı yollarla artırabilen psikolojik etkenlerdir (97).

Çevresel Faktörler: Yaşlı bireylerde düşmelerin çok çeşitli nedenlere bağlı olarak gerçekleştiği kabul edilmekle birlikte, çevresel risk faktörlerinin özellikle önemli olduğu ve tüm düşmelerin yaklaşık üçte birinde bu faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir (98). Ev ve çevresinde uygun olmayan ayakkabılar, kaygan zeminler, gevşek halılar, takılma riski yaratan nesneler, merdiven korkulukları veya tutunma çubuklarının eksikliği, dengesiz mobilyalar ve yetersiz ışıklandırma gibi etmenler düşme tehlikesini artırmaktadır (99).

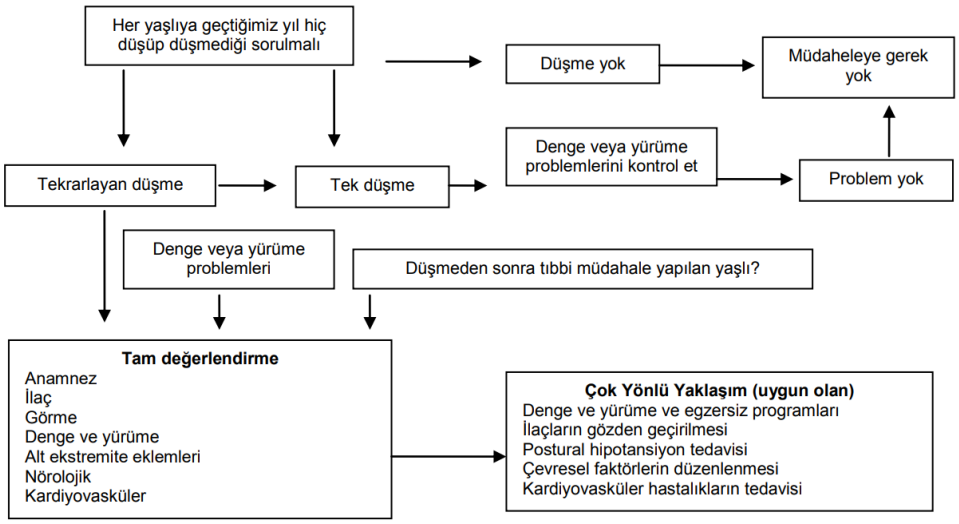
Yaş ve Cinsiyet: Düşme riskinin artmasında ileri yaş ve kadın olmak belirgin demografik unsurlardır (100).

Genel Sağlık Durumu: Genel sağlık sorunları, yardımcı cihazlara bağımlılık, uyku problemi ve alkol kullanımı, düşme riskini önemli ölçüde artırabilir (100).

Önceki Düşme Öyküsü: Daha önce düşmüş olmak, tekrar düşme riskini belirgin şekilde yükseltir (96).

2.6.4. Düşme Riskinin Değerlendirilmesi

Krauss ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre, düşmelerin %81,6'sı hasta odasında, %45,9'u ayağa kalkma esnasında, %18,4'ü ise tuvalet ihtiyacını karşılama sırasında gerçekleşmiştir. Düşmelerin primer nedenleri arasında %35,7 oranıyla kas güçsüzlüğü, %12,2 oranıyla baş dönmesi ve bayılma yer almaktadır. Ayrıca, düşen bireylerin %93,9'unda yürüme ve denge bozuklukları veya alt ekstremite problemleri tespit edilmiş; %35,7'sinde görme bozuklukları görülmüş ve yarısı son altı ay içinde düşme yaşamıştır (101).



Şekil 6. Düşme Taraması (102)

Tüm yaşlı bireyler düşme riski açısından değerlendirilmeli ve taranmalıdır. Bu amaçla yöneltilecek aşağıdaki sorular, temel bir ön değerlendirme için yeterli olacaktır.

1- Son bir yıl içinde hiç düştünüz mü? Cevabınız EVET ise;
a- Kaç kez düştünüz? b- Yaralandınız mı?
2- Yürürken veya ayakta dururken dengesizlik hissediyor musunuz?
3- Düşme korkunuz var mı (103)?

Düşme öyküsü tekrarlayan, denge ve yürüme ile ilgili güçlük yaşayan ya da düşme sonucu acil servise başvurarak medikal destek ihtiyacı duyan yaşlı bireylerde, çoklu faktörleri içeren kapsamlı bir düşme değerlendirmesi uygulanmalıdır (103).

Hastanın reçeteli ya da reçetesiz tüm ilaç kullanımı ayrıntılı olarak sorgulanmalı, toplam ilaç sayısı belirlenmeli ve çoklu ilaç kullanımının (polifarmasi) düşme riskini artırabileceği unutulmamalıdır. Özellikle serotonin geri alım inhibitörleri, antidepresanlar, benzodiazepinler, antiaritmikler, nöroleptikler, antikonvülzanlar, digoksin ve diüretikler gibi yüksek riskli ilaç gruplarına karşı dikkatli olunmalıdır (104).

Görme muayenesi kapsamında görme keskinliği, derinlik algısı ve kontrast duyarlılığı mutlaka değerlendirilmelidir. Ayrıca, özellikle katarakt gibi görme bozukluklarının varlığı açısından detaylı bir inceleme yapılması önem taşımaktadır (105).

Senkop, aritmi ve koroner arter hastalığı gibi kardiyovasküler durumlar dikkatlice sorgulanmalıdır. Ayrıca, prekardiyal ve boyun bölgelerinde oskültasyon yapılarak üfürüm varlığı değerlendirilmelidir. Postüral kan basıncı ölçümü gerçekleştirilerek, sırtüstü pozisyona göre ayakta ölçülen sistolik kan basıncında 20 mmHg veya daha fazla bir düşüş gözlenirse; bu durum semptomlu ya da asemptomlu olsun postüral hipotansiyon olarak tanımlanır (106).

Hastaların kas gücü ve tonusu, serebellar koordinasyon, bilişsel fonksiyonlar, derin tendon refleksleri, periferik duyusal algı ile depresyon durumu kapsamlı biçimde değerlendirilmelidir (105).

Eklem hareket açıklığının yanı sıra postüral bozuklukların da değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (107).

Yetersiz aydınlatma, kaygan zeminler ve banyoda güvenliği tehlikeye atan eşyaların varlığı gibi düşme riskini artıran çevresel faktörler dikkatlice incelenmelidir (105).

Dengenin kapsamlı değerlendirilmesi, yaşlı bireylerde düşme riskinin etkin bir şekilde saptanmasını sağlar ve böylece bu risklerin önlenmesine yönelik tedavi ve müdahale stratejilerinin geliştirilmesine önemli ölçüde katkıda bulunur. Yaşlılarda denge değerlendirmesi; klinik, laboratuvar ve fonksiyonel olmak üzere üç temel yaklaşımla gerçekleştirilmektedir. Klinik yaklaşım kapsamında, zamanlı topuk-parmak duruşu ve tek ayak üzerinde durma gibi statik denge testleri sıklıkla kullanılmaktadır. Laboratuvar yaklaşımında, çeşitli cihazlar ve kuvvet platformları kullanılarak dinamik postüral salınımların ölçümü amaçlayan denge testleri gerçekleştirilir. Bu değerlendirmeler genellikle statik ve dinamik denge testlerinin bir kombinasyonunu içerir (108).

2.6.5. Düşmenin Önlenmesi

2.6.5.1. Çok Faktörlü ve Çok Bileşenli Müdahaleler

Kapsamlı Yaklaşımlar: Bireysel risk faktörlerinin değerlendirilmesine dayanan ve müdahaleleri bu doğrultuda şekillendiren çok bileşenli yaklaşımlar, yaşlı yetişkinlerde düşmeye bağlı yaralanmaların azaltılmasında etkili bir yöntem olarak öne çıkmaktadır (109).

Çok Bileşenli Programlar: Hastane ortamında uygulanan ve hareketlilik, ilaç kullanımı ile çevresel faktörler gibi çeşitli risk alanlarını hedef alan çok bileşenli

müdahale programları, hem düşme sıklığında hem de düşmeye bağlı olumsuz sonuçlarda belirgin azalmalar sağlamıştır. Bazı çalışmalarda, bu tür programların uygulanmasını takiben düşme oranlarında %47'ye varan azalma bildirilmektedir (110).

2.6.5.2. Egzersiz ve Fiziksel Müdahaleler

Denge ve Güç Antrenmanı: Orta ila yüksek yoğunlukta uygulanan denge ve kas gücünü geliştirmeye yönelik egzersizler, yaşlı bireylerde düşmeleri önlemede en etkili tek başına müdahale yöntemlerinden biri olarak kabul edilmektedir (110).

Yenilikçi Egzersiz Yöntemleri: Yeni geliştirilen yaklaşımlar arasında, hareket kabiliyetini artırma ve düşme sıklığını azaltma potansiyeli taşıyan ikili görev eğitimi, egzersiz temelli oyunlarla yapılan bilişsel-motor çalışmalar ve reaktif adım eğitimi dikkat çekmektedir (111).

2.6.5.3. Eğitim ve Sağlık Okuryazarlığı

Hasta Eğitimi: Yüz yüze yapılan seanslar, eğitim materyalleri ve etkileşimli araçların kullanımı gibi doğrudan hasta eğitimi yöntemleri, bireylerin düşme risklerini fark etmelerine ve bu riskleri azaltmalarına yardımcı olmaktadır. Ancak, eğitimin etkinliği büyük ölçüde içeriğin kalitesi ve sunum biçimine bağlıdır (112).

Personel ve Aile Eğitimi: Hastanelerde genellikle sağlık personeline düşmeyi önleme eğitimi sunulmakla birlikte, tüm çalışanlar ve hasta yakınları için bu tür eğitimlerin verilme sıklığı daha sınırlı kalmaktadır (113).

2.6.5.4. Teknoloji ve Çevresel Değişiklikler

İzleme ve Sensörler: Video izleme sistemleri, giyilebilir sensörler ve benzeri teknolojiler, kesintisiz izleme ve anlık uyarılar sağlayarak sağlık personelinin iş yükünü hafifletmekte ve hasta güvenliğinin artırılmasına katkıda bulunmaktadır (111).

Çevresel Ayarlamalar: Ev ortamında yapılan güvenlik düzenlemeleri, uygun zemin kaplamaları ve iyileştirilmiş ayak bakımı uygulamaları, özellikle diğer müdahalelerle birlikte uygulandığında düşmelerin önlenmesinde etkili olmaktadır (114).

Ortaya Çıkan Teknolojiler: Denge ve yürüyüş eğitimi alanında sanal gerçeklik ve robotik teknolojilerin kullanımı araştırılmakta olup, bu yöntemlerin etkinliğini tam olarak değerlendirebilmek için ilave çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (111).

2.6.6. Düşmenin Komplikasyonları

2.6.6.1. Fiziksel ve Fonksiyonel Komplikasyonlar

Yaralanmalar: Kırıklar, düşmelerin sık karşılaşılan sonuçlarından biridir ve özellikle kadınlar ile yaşlı yetişkinlerde daha yüksek sıklıkla görülmektedir. Düşmeye bağlı diğer yaralanmalar arasında morluklar, kafa travmaları ve kesikler yer almakta olup, bazı durumlarda hastaneye yatış veya cerrahi müdahale gerektirebilir (115).

İşlevsel Gerileme: Düşmeler, hareket kabiliyetinde azalmaya, sakatlıklara ve bağımsızlığın kaybına neden olabilmekte; bu durumlar ise sıklıkla rehabilitasyon sürecini veya uzun dönemli bakım gereksinimini beraberinde getirmektedir (116).

Düşme Sonrası Sendromu: Bazı bireylerde, düşme sonrası duruş, yürüyüş ve psikolojik bozuklukların bir arada görüldüğü, işlev kaybını derinleştirebilen ve mortalite riskini artırabilen bir sendrom gelişmektedir (117).

2.6.6.2. Psikolojik ve Sosyal Komplikasyonlar

Düşme Korkusu: Düşme deneyimi yaşayan birçok bireyde yeniden düşme korkusu ortaya çıkmakta; bu durum günlük yaşam aktivitelerinin ve sosyal katılımın kısıtlanmasına, dolayısıyla izolasyon ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olabilmektedir (115).

Kaygı ve Depresyon: Düşme sonrasında, hareketle ilgili kaygı ve depresyon gibi psikolojik sorunlar sıkça görülmekte olup, bu durum işlevselliğin daha da kötüleşmesine katkıda bulunabilir (116).

2.6.6.3. Hastaneye Yatış ve Uzun Vadeli Bakım

Düşmeler, özellikle zayıf ya da yaşlı bireylerde, yaralanmaların tedavisi veya rehabilitasyonu amacıyla hastanede kalış gerektiren durumlara sıklıkla yol açmaktadır (118). Ağır yaralanmalar veya bağımsızlıkta kayıp durumları, bireylerin bakım evleri ya da diğer uzun dönem bakım tesislerine yerleştirilmesini gerektirebilir (115).

2.7. Düşme Korkusu Tanımı ve Önemi

1980'li yılların başında "düşme sonrası sendrom" ve "ptofobi" (yürüme ya da ayakta durma eylemlerine karşı gelişen fobik tepki) kavramlarının tanımlanmasıyla birlikte, düşme korkusu (FOF) yaşlı bireylerde önemli bir sağlık sorunu olarak dikkat çekmeye başlamıştır. Bu kavramı tanımlamaya yönelik farklı yaklaşımlar geliştirilmiştir. Tinetti ve Powell, düşme korkusunu, bireyin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayacak düzeyde süregelen bir düşme endişesi olarak tanımlamışlardır. Bazı araştırmacılar ise bunu, bireyin denge yetilerine olan güveninin azalması şeklinde ifade etmişlerdir. Diğer bir görüşe göre ise düşme korkusu hem düşmeye karşı duyulan korkuyu hem de düşmekten kaçınma konusunda düşük öz yeterliliği içeren geniş kapsamlı bir durumdur. Nitel bir çalışmada ise bazı katılımcılar, doğrudan "korku" değil, "endişe" duyduklarını belirtmişlerdir (119).

Toplumda bağımsız olarak yaşayan yaşlı bireyler arasında düşme korkusunun (FOF) prevalansı çalışmalara göre değişmekle birlikte, %21 ile %85 arasında bildirilmiştir (120). Düşme korkusu (FOF), yalnızca bedensel bir tehdit algısıyla sınırlı kalmayıp; bireyin psikolojik durumu, bilişsel süreçleri, davranış kalıpları ve çevresel etmenlerle etkileşim halinde ortaya çıkan çok yönlü ve karmaşık bir olgudur (120). FOF'un ortaya çıkmasında çeşitli risk faktörleri rol oynamaktadır; bunlar arasında kadın olmak, daha önce düşme yaşamış olmak ve yaşın ilerlemiş olması en sık vurgulanan etmenlerdir (120). Başlangıçta, düşme korkusunun (FOF) genellikle

önceki bir düşme deneyiminin psikolojik bir sonucu olduğu kabul edilmekteydi. Bu görüşe göre, FOF düşmenin yarattığı zihinsel travmaya bağlı olarak gelişmekte ve bu durum fiziksel aktivite düzeyinde azalma ile sonuçlanarak zamanla fiziksel yeteneklerde düşüşe yol açmaktadır. Ancak son dönemde yapılan çalışmalar, FOF'un geçmişte düşme yaşamamış bireylerde de görülebileceğini ortaya koymuştur (119).

Türkiye'de yapılan araştırmalarda, yaşlı bireylerin büyük bir çoğunluğunun kronik hastalık taşıdığı (%85,3) ve sürekli ilaç kullandığı (%88,8) görülmüştür. Ayrıca, yaşlıların yaklaşık üçte biri (%29,7) yürürken destekleyici araçlara ihtiyaç duymakta, bunların önemli bir kısmı (%91,3) baston kullanmaktadır. Düşme geçmişi incelendiğinde, yaşlıların yaklaşık yarısı (%48,7) daha önce en az bir kez düşme deneyimi yaşamış olup, bu düşmelerin sıklığını %53,9'u birden fazla olarak belirtmiştir. Düşmelerin çoğunlukla (%42,6) açık alanlarda, özellikle caddelerde meydana geldiği, en yaygın düşme nedeninin ise baş dönmesi (%36,2) olduğu raporlanmıştır. Düşmeler sonucunda yaşlıların %31,8'inde kırık oluştuğu ve yaklaşık yarısının (%51,1) düşme korkusu yaşadığı bildirilmiştir (121).

Düşme korkusunu azaltmak ve yaşlı bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek için, bu korkuyla bağlantılı olan etmenlerin belirlenmesi ve anlaşılması büyük önem taşımaktadır (122). Araştırmalar, düşmeye bağlı yaralanmaların azaltılmasında kas gücünü artırıcı ve dengeyi geliştirici egzersiz programlarının önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Bununla birlikte, düzenli fiziksel aktivitenin bireylerin düşme korkusunu hafiflettiği ve bu sayede genel yaşam kalitesine olumlu etkiler sağladığı da literatürde sıkça belirtilmektedir. Öte yandan, düşme ile aerobik dayanıklılık, esneklik ve beden kitle indeksi gibi fiziksel uygunluk bileşenleri arasındaki ilişkileri ele alan çalışmaların sayısı sınırlı düzeydedir (122).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Projesi

Bu çalışma, 65 yaş ve üzeri bireylerde yaşlanma sürecine eşlik eden psikososyal risk faktörlerinden biri olan ölüm korkusu (*thanatophobia*) ile yaşlı bireylerde sık karşılaşılan ve düşmeye bağlı morbidite ile mortalite riskini artıran düşme korkusu (*ptophobia*) arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yürütülmüştür. Araştırmanın birincil hedefi, 65 yaş ve üzeri bireylerde ölüm korkusu ile düşme korkusu arasındaki potansiyel ilişkiyi değerlendirmektir. İkincil amaç olarak ise, bu iki değişkenin bireylerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi), sosyal destek düzeyi, yaşam alışkanlıkları ve mevcut sağlık durumu gibi faktörler ile ilişkisinin değerlendirilmesidir.

3.2. Araştırmanın Tipi ve Süresi

Araştırma, tanımlayıcı ve analitik yönleri bulunan kesitsel (*cross-sectional*) bir çalışma olarak tasarlanmıştır. Veri toplama süreci Ocak 2025 ile Haziran 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Erzurum ilinin Uzundere ilçesindeki birinci basamak sağlık kuruluşu olan Uzundere Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) yürütülmüştür. Bölge, demografik açıdan yaşlı nüfus yoğunluğunun görece yüksek olduğu kırsal bir yerleşim yeri olması nedeniyle çalışmanın hedef evreni açısından uygun görülmüştür.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Erzurum Uzundere Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı, 65 yaş ve üzerindeki toplam 568 birey oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü, daha önce yapılmış bir meta-analiz çalışmasında yaşlı bireylerde ölüm korkusu prevalansının %68 olarak bildirilmiş olması temel alınarak, %95 güven düzeyinde ve %5 mutlak

hata payı ile hesaplanmıştır. Bu doğrultuda, en az 211 bireyin çalışmaya dahil edilmesi gerekliliği belirlenmiştir. Buna bağlı olarak, araştırmanın örneklemi, belirlenen dahil edilme ölçütlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 211 bireyden oluşmaktadır.

3.5. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

Çalışmaya dâhil edilecek bireylerin belirlenmesinde, araştırmanın hedef kitlesine uygunluk ve veri güvenilirliğini sağlayacak ölçütler esas alınmıştır. Bu kapsamda, aşağıdaki kriterleri karşılayan bireyler örnekleme dahil edilmiştir:

- 65 yaş ve üzerinde olmak,
- Erzurum Uzundere Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı bulunmak,
- Sözlü iletişim kurabilecek düzeyde bilişsel yeterliliğe sahip olmak,
- Fiziksel ve ruhsal durumunun anket sorularına yanıt verebilmesine imkân tanıması,
- Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra gönüllü olarak katılım sağlamak ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalamak.

3.6. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmanın geçerliliğini ve güvenilirliğini koruyabilmek amacıyla, veri kalitesini olumsuz etkileyebilecek bireyler çalışmadan dışlanmıştır. Aşağıda sıralanan durumları taşıyan bireyler örnekleme alınmamıştır:

- Gelişmiş düzeyde bilişsel bozukluk (örneğin demans tanısı) nedeniyle sağlıklı iletişim kuramayanlar,
- Aktif psikotik bozukluk veya majör psikiyatrik hastalığı bulunanlar,
- Malign hastalıklara bağlı terminal dönem sürecinde olan bireyler,
- Görme, işitme veya konuşma engeli nedeniyle anket sorularına sağlıklı biçimde yanıt veremeyenler,
- Anket uygulaması sırasında iletişim kurulamayan ya da çalışmaya katılmak istemeyen bireyler.

3.7. Etik Kurul ve İzinler

Bu çalışma, etik ilkelere uygun olarak yürütülmüş olup, araştırmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli etik onay alınmıştır (sayı: B.30.2ATA.0.01.00/682) 29.11.2024 tarihinde izin alınmıştır. Çalışmaya katılan tüm bireylerden, araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra, gönüllü olduklarını beyan eden yazılı onam formları alınmıştır. Ayrıca araştırma, Helsinki Bildirgesi'nin güncel ilkelerine uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

3.8. Veri Toplama Süreci

Araştırmanın veri toplama süreci Ocak-Haziran 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veri toplama sürecinde, öncelikle Uzundere Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireyler belirlenmiş, ardından bu bireylerle doğrudan iletişim kurularak çalışmanın amacı, kapsamı, süresi ve katılım koşulları hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir.

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireylerden, etik kurul onayı doğrultusunda yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Dahil edilme ve dışlanma kriterlerine göre uygun bulunan bireylerle yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiş ve anket formları bire bir uygulayıcı eşliğinde doldurulmuştur. Görüşmeler katılımcıların evlerinde veya Aile Sağlığı Merkezi'nde, bireyin tercihine ve fiziksel durumuna göre uygun bir ortamda gerçekleştirilmiştir. Uygulama süresince araştırmacı, bireylerin bilişsel ve fiziksel durumlarına duyarlı davranmış; gerektiğinde anket maddeleri açıklanmış ancak yönlendirici olunmamıştır.

Araştırma kapsamında kullanılan veri toplama araçları, her bir katılımcıya ortalama 20–30 dakika süren görüşmelerle uygulanmıştır. Tüm veriler, gizlilik ve mahremiyet ilkeleri çerçevesinde, yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılmak üzere anonimleştirilerek kaydedilmiştir.

3.9. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, yapılandırılmış özellik gösteren üç temel veri toplama aracı aracılığıyla toplanmıştır. Bunlar sırasıyla; araştırmacı tarafından hazırlanan Veri Toplama Formu, ölüm korkusunu değerlendirmek amacıyla kullanılan Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (TÖAÖ) ve düşme korkusu düzeyini belirlemeye yönelik olarak uygulanan Uluslararası Düşme Etkinlik Ölçeği'dir (FES-I).

3.9.1. Veri Toplama Formu

Bu form, katılımcıların demografik, sosyal ve sağlıkla ilgili genel özelliklerini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda yer alan sorular toplam 19 maddeden oluşmakta ve çoğunlukla kapalı uçlu, bazıları ise sayısal ya da açık uçlu yanıtlar içermektedir (Ek-1). Formda katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, sigara kullanımı, çalışma durumu, yaşadığı ortam, yürüyüş sıklığı, ev işleri ve sosyal etkinliklerdeki bağımsızlık düzeyi gibi demografik ve yaşam tarzı değişkenlerine yer verilmiştir. Ayrıca, kronik hastalık öyküsü, akut hastalık durumu, aktif kanser varlığı, düzenli ilaç kullanımı, torun bakım sorumluluğu ve son bir yıl içindeki sağlık hizmeti başvuruları gibi sağlıkla ilgili bilgiler de bu form aracılığıyla toplanmıştır.

3.9.2. Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (TÖAÖ)

Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (TÖAÖ), bireylerin ölüm olgusuna yönelik kaygı düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, bireysel beyanlara dayalı bir özbildirim aracıdır (Ek-2). İlk kez 1970 yılında Templer tarafından geliştirilen bu ölçek, ölüm anksiyetesi konusundaki birçok ampirik çalışmada yaygın olarak kullanılmıştır. Türkçe'ye ilk olarak Şenol (1989) tarafından çevrilmiştir. Akça ve Köse (2008) ölçeğin Türkçe formunu gözden geçirerek geçerlik ve güvenirliğini tekrar tespit etmişlerdir.

TÖAÖ, Evet/Hayır şeklinde yanıtlanabilen 15 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerden 10'u pozitif yönde, 5'i negatif yönde (10, 11, 13, 14, 15. maddeler)

puanlanmaktadır. Dolayısıyla bu 5 madde, puanlama aşamasında ters kodlanmakta ve ölçekten elde edilen toplam puan 0 ile 15 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar bireyin daha yoğun bir ölüm anksiyetesi (korkusu) yaşadığını göstermektedir. Araştırmamızda ölçekten alınan 10 ve üzeri puanlar ölüm korkusunun varlığı olarak kabul edilmiştir.

Ölçeğin orijinal formuna ilişkin iç tutarlılık katsayısı Kuder-Richardson 20 (KR-20) yöntemiyle hesaplanmış ve 0,76 olarak raporlanmıştır (50). Şenol'un (1989) yürüttüğü çalışmada ölçeğin test-tekrar test güvenirliği 0,86 olarak belirlenmiştir(123). Benzer şekilde, Akça ve Köse (2008) tarafından gerçekleştirilen araştırmada test-tekrar test güvenirliği 0,79, KR-20 iç tutarlılık katsayısı ise 0,75 olarak hesaplanmıştır(124). Araştırmamızda uygulanan Cronbach's Alpha güvenirlik analizi sonucunda ise ölçeğin iç tutarlılık katsayısı α=0,735 olarak bulunmuştur. Bu bulgular, ölçeğin zaman içindeki kararlılığını ve iç tutarlılığını desteklemektedir.

3.9.3. Uluslararası Düşme Etkinlik Ölçeği (FES-I)

Uluslararası Düşme Etkinlik Ölçeği (Falls Efficacy Scale-International, FES-I), bireylerin düşme korkusu düzeyini değerlendiren özbildirim esaslı bir ölçektir (Ek-3). Ölçek, ilk olarak Tinetti ve ark. (1990) tarafından geliştirilmiş olup, yaşlı bireylerin günlük yaşamsal aktivitelerde kendilerini ne ölçüde güvende hissettiklerini ve düşme kaygısının bu aktiviteleri nasıl etkilediğini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır(125). Türkçe'ye uyarlaması Ulus vd. (2012) tarafından yapılmıştır (126).

FES-I, 16 maddeden oluşmakta ve her madde, bireyin belirli bir günlük aktivite sırasında düşme konusunda ne düzeyde endişe duyduğunu değerlendirmektedir. Cevap seçenekleri; "Hiç endişe duymam" (1 puan) ile "Çok fazla endişe duyarım" (4 puan) arasında derecelendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 16 ile 64 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar daha yoğun düşme korkusu ve düşük fiziksel güven düzeyine işaret etmektedir. Bu araştırmada, ölçekten alınan 28 puan ve üzeri yüksek düzeyde düşme korkusu olarak kabul edilmiştir.

FES-I'nın Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulus ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiş ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,94 olarak bildirilmiştir. Araştırmamızda uygulanan Cronbach's Alpha güvenirlik analizi sonucunda ise ölçeğin iç tutarlılık katsayısı α=0,913 olarak bulunmuştur. Bu yüksek güvenilirlik değeri, ölçeğin yaşlı bireylerde düşme korkusunu değerlendirmede etkin bir araç olduğunu göstermektedir.

3.10. İstatistiksel Analiz

Araştırma kapsamında elde edilen veriler, nicel veri analiz yöntemleri doğrultusunda değerlendirilmiştir. Tüm istatistiksel işlemler IBM SPSS Statistics sürüm 27.0 yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiş; analizlerde %95 güven düzeyi esas alınmış ve $p<0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

Katılımcılara ilişkin demografik, sosyoekonomik ve sağlıkla ilişkili özellikleri tanımlamak amacıyla betimsel istatistiksel yöntemler kullanılmış; frekans (n), yüzde (%), aritmetik ortalama ($\bar{x}$) ve standart sapma (SD) değerleri raporlanmıştır. Ölüm ve düşme korkusu ölçeklerinden elde edilen puanların çeşitli değişkenler açısından karşılaştırılmasında; iki grup karşılaştırmalarında, temelde bağımsız örneklemler için t-testi ancak bir grupta 30'dan az birey olması halinde ise nonparametrik karşılığı olan Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Üç veya daha fazla gruba ait karşılaştırmalarda ise bağımsız gruplar için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) tercih edilmiştir.

ANOVA sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanması durumunda, farkın hangi gruplar arasında oluştuğunu belirlemek üzere çoklu karşılaştırma (post-hoc) testleri gerçekleştirilmiştir. Varyansların homojenliği sağlandığında Tukey HSD testi, homojenlik varsayımının ihlali durumunda ise Games-Howell testi kullanılmıştır (127). Ayrıca, gruplar arası farklılıkların etki büyüklükleri Cohen d ve Eta-kare (η^2) etki büyüklüğü indeksleri ile değerlendirilmiştir. Cohen d değeri 0,20 civarında ise "küçük", 0,50 civarında ise "orta", 0,80 ve üzeri ise "büyük" etki olarak; η^2 değeri ise sırasıyla 0,01, 0,06 ve 0,14 eşik değerlerine göre küçük, orta ve büyük etki düzeyleri olarak yorumlanmıştır (128, 129).

Ayrıca ölüm korkusu ve düşme korkusu üzerinde etkili olabilecek değişkenleri belirlemek amacıyla, anlamlı fark saptanan değişkenler dahil edilerek ikili (binary) lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Buna ek olarak, bu iki değişken arasındaki ilişkinin yönü ve gücünü ortaya koymak üzere Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır.

Analizlerde parametrik testlerin geçerliliğinin sağlanabilmesi için normal dağılım varsayımı ayrıca incelenmiştir. Bu amaçla, her bir ölçek ve alt boyut için çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) katsayıları hesaplanmış ve elde edilen değerlerin ±2,00 sınırları içinde olup olmadığı değerlendirilmiştir (130)(Tablo 1).

Tablo 1. Normal Dağılıma İlişkin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Puanlar	**n**	**Çarpıklık**		**Basıklık**	
		İstatistik	**S. H.**	**İstatistik**	**S. H.**
Ölüm Korkusu	211	0,018	0,167	-0,370	0,333
Düşme Korkusu	211	0,861	0,167	0,429	0,333

Tablo 1'de sunulan çarpıklık ve basıklık katsayıları incelendiğinde, her iki ölçeğe ait dağılımların istatistiksel olarak normal dağılıma uygunluk gösterdiği görülmektedir. Ölüm korkusu (TÖAÖ) puanlarının çarpıklık değeri 0,018 ve basıklık değeri -0,370; düşme korkusu (FES-I) puanlarının ise çarpıklık değeri 0,861 ve basıklık değeri 0,429 olarak hesaplanmıştır. Tüm değerler ±2,00 aralığında yer aldığından, dağılımların normal kabul edilebileceği değerlendirilmiştir (130).

4. BULGULAR

4.1. Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Bulgular

Bu çalışma toplam 211 bireyin katılımı ile gerçekleştirildi. Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, istihdam durumu ve yaşam ortamına ilişkin tanıtıcı veriler Tablo 2'de ayrıntılı olarak sunulmuştur. Tablo 2'de görüldüğü üzere, çalışmaya katılan toplam 211 bireyin %72'si (n=152) erkek ve %28'i (n=59) kadın idi. Katılımcıların yaş ortalaması 74,41±6,64 yıl olup, yaş aralığı 65 ile 95 arasında değişmekteydi. Medyan yaş değeri 74 idi. Yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde, bireylerin %54,5'inin (n=115) 65–74 yaş aralığında, %45,5'inin (n=96) ise 75 yaş ve üzerinde olduğu görüldü.

Medeni durum açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %81'inin (n=171) evli olduğu, %18'inin (n=38) dul ve yalnızca %0,9'unun (n=2) bekar olduğu saptandı. Eğitim düzeyi verileri incelendiğinde; bireylerin %19'unun (n=40) okur yazar olmadığı, %69,2'sinin (n=146) 8 yıl ve altı eğitim aldığı, %10,9'unun (n=23) 9–12 yıl arası eğitim aldığı ve yalnızca %0,9'unun (n=2) 12 yılın üzerinde eğitim aldığı belirlendi. Ayrıca, aktif olarak çalışma durumu incelendiğinde, katılımcıların %99,1'inin (n=209) aktif olarak çalışmadığı, sadece %0,9'unun (n=2) çalışmakta olduğu görüldü.

Katılımcıların yaşadıkları ortamlar değerlendirildiğinde, %79,1'inin (n=167) ilk eşi ile, %11,4'ünün (n=24) yalnız, %6,6'sının (n=14) çocuğu ile, %1,4'ünün (n=3) sonraki eşiyle ve yine %1,4'ünün (n=3) bir akrabasıyla birlikte yaşadığı saptandı.

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Değişken	n	%
Cinsiyet		
Kadın	59	28,0
Erkek	152	72,0
Yaş		
$\bar{x} \pm s$ [Min.-Maks.] Medyan	74,41 ± 6,64 [65 – 95] 74	
Yaş grubu		
65-74 yaş	115	54,5
75 yaş ve üzeri	96	45,5
Medeni durum		
Evli	171	81,0
Dul	38	18,0
Bekar	2	0,9
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	40	19,0
8 yıl ve altı eğitim almış	146	69,2
9-12 yıl arası eğitim almış	23	10,9
12 yıl üstü eğitim almış	2	0,9
Aktif olarak çalışma durumu		
Çalışıyor	2	0,9
Çalışmıyor	209	99,1
Yasadığı ortam		
İlk eşi ile	167	79,1
Yalnız	24	11,4
Çocuğu ile	14	6,6
Sonraki eşi ile	3	1,4
Akraba ile	3	1,4
Toplam	**211**	**100**

Tablo 3'te ise katılımcıların sosyal yaşama katılım durumlarına ilişkin veriler sunulmuştur. Tablo 3'te görüldüğü üzere; ev işlerini ve alışverişi yapabilme durumları değerlendirildiğinde, katılımcıların %25,6'sının (n=54) bu işleri her zaman kendi başına yaptığı, %28'inin (n=59) çoğunlukla kendisinin yaptığı, %35,1'inin (n=74) ara sıra yaptığı, %11,4'ünün ise (n=24) bu işleri hiç yapmadığı belirlendi. Sosyal etkinliklere katılım sıklığı açısından, "markete gitme, pazara çıkma ya da arkadaşlarla

zaman geçirme" gibi dış mekânlı sosyal faaliyetlere ilişkin bulgular incelendiğinde, katılımcıların yalnızca %12,8'inin (n=27) bu etkinlikleri her gün gerçekleştirdiği, %17,1'inin (n=36) haftada 2–3 gün katılım sağladığı, %52,1'inin (n=110) haftada bir gün dışarı çıktığı, %18'inin (n=38) ise hiçbir şekilde katılım göstermediği saptandı. Torun bakımına ilişkin olarak, bireylerin yalnızca %14,2'sinin (n=30) evde anne ve baba olmadan torun baktığı, %85,8'inin (n=181) ise bu tür bir sorumluluk üstlenmediği görüldü. Katılımcıların haftalık yürüyüş sıklıkları da fiziksel aktivite düzeylerini yansıtması açısından önemli bir gösterge olup, %39,3'ü (n=83) her gün yürüyüş yaptığını, %16,6'sı (n=35) haftada 2–3 gün, %19,9'u (n=42) haftada bir gün yürüyüş yaptığını belirtti. Öte yandan, %24,2'si (n=51) hiç yürüyüş yapmadığını ifade etti.

Tablo 3. Katılımcıların Sosyal Yaşama Katılım Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişken	**n**	**%**
Ev işlerini/alışverişi tek başınıza yapabilir misiniz?		
Her zaman kendim yaparım	54	25,6
Çoğunlukla ben yaparım	59	28,0
Ara sıra ben yaparım	74	35,1
Hiç yapmam	24	11,4
Markete, pazara, arkadaşlar ile vakit geçirmeye ne kadar sıklık ile gidersiniz?		
Her gün	27	12,8
Haftada 2-3 gün	36	17,1
Haftada bir gün	110	52,1
Hiç gitmem	38	18,0
Evde annesi ve babası olmadan torun bakıyor musunuz?		
Evet	30	14,2
Hayır	181	85,8
Haftalık yürüyüş sıklığı		
Her gün	83	39,3
Haftada 2-3 gün	35	16,6
Haftada bir gün	42	19,9
Hiç yapmam	51	24,2

Sosyal yaşama katılım düzeyleriyle ilgili elde edilen verilerin ardından, katılımcıların mevcut sağlık durumları da değerlendirilmiş ve sağlıkla ilgili risk faktörlerine dair kapsamlı veriler elde edilmiştir. Tablo 4'te görüldüğü üzere, katılımcıların sigara kullanım durumları incelendiğinde, %14,7'sinin (n=31) hâlen aktif sigara kullandığı, %44,5'inin (n=94) sigarayı bıraktığı, %40,8'inin ise (n=86) hiç sigara kullanmadığı görüldü. Akut hastalık varlığı yönünden değerlendirildiğinde, yalnızca %0,9'luk (n=2) bir kesimin böyle bir rahatsızlık yaşadığı, %99,1'inin (n=209) ise akut hastalık bildirmediği saptandı. Aktif kanser hastalığı olan birey oranı %0,5 (n=1) idi. Son bir yıl içerisinde yatarak tedavi görenlerin oranı %10,4 (n=22) iken, %89,6'sı (n=189) böyle bir tedavi süreci geçirmemişti. Katılımcıların günlük kullandığı ilaç sayısı ise ortalama 2,39 ± 2,01 olup, medyan 2 idi. Bireylerin %21,3'ü (n=45) hiç ilaç kullanmadığını belirtirken, %49,8'i (n=105) 1–3 ilaç, %28,9'u (n=61) ise 4–8 ilaç kullanmaydı. Ayrıca acil servise başvuru sıklığına bakıldığında, katılımcıların ortalama başvuru sayısı 0,63 ± 1,05 olarak saptandı. Medyan değer ise 0 idi. Katılımcıların %61,1'i (n=129) son bir yılda hiç acil servise gitmemişti. %24,6'sı (n=52) bir kez başvurmuş, %14,2'si (n=30) ise iki veya daha fazla kez başvuru

Tablo 4. Katılımcıların Sağlık Durumlarına İlişkin Bulgular

Değişken	n	%
Sigara kullanımı		
Aktif kullanıyor	31	14,7
Bırakmış	94	44,5
Hiç kullanmamış	86	40,8
Akut bir hastalığınız var mı?		
Evet	2	0,9
Hayır	209	99,1
Aktif kanser hastalığınız var mı?		
Evet	1	0,5
Hayır	210	99,5
Son bir yılda hastanede yatarak tedavi gördünüz mü?		
Evet	22	10,4
Hayır	189	89,6

Tablo 4. (Devamı)

Günlük kullanılan ilaç sayısı		
$\bar{x} \pm s$ [Min.-Maks.] Medyan	2,39 ± 2,01 [0 – 8] 2	
Yok	45	21,3
1-3 adet	105	49,8
4-8 adet	61	28,9
Son bir yılda acil servise kaç defa başvurdunuz?		
$\bar{x} \pm s$ [Min.-Maks.] Medyan	0,63 ± 1,05 [0 – 8] 0	
Hiç	129	61,1
1 defa	52	24,6
2-8 defa	30	14,2
Son bir yılda psikiyatri polikliniğine kaç defa başvurdunuz?		
$\bar{x} \pm s$ [Min.-Maks.] Medyan	0,04 ± 0,27 [0 – 3] 0	
Hiç	206	97,6
1-3 defa	5	2,4
Son bir yılda aile hekiminize kaç defa başvurdunuz?		
$\bar{x} \pm s$ [Min.-Maks.] Medyan	4,15 ± 1,59 [0 – 10] 4	
Hiç	4	1,9
1-5 defa	171	81,0
6-10 defa	36	17,1

Ayrıca psikiyatri polikliniği başvuruları oldukça sınırlı düzeydeydi. Katılımcıların %97,6'sı (n=206) son bir yılda psikiyatrik destek almadığını belirtmiş, yalnızca %2,4'ü (n=5) bir ile üç kez başvuruda bulunmuştu. Aile hekimine başvuru sıklığı ortalama 4,15 ± 1,59 olup, medyan 4'tü. Katılımcıların %81'i (n=171) yılda 1–5 kez, %17,1'i (n=36) ise 6–10 kez başvuru yapmıştı. Sadece %1,9'u (n=4) hiç başvurmamıştı.

4.2. Katılımcıların Ölüm ve Düşme Korkusu Düzeylerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, katılımcıların ölüm korkusu ve düşme korkusu düzeylerine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Katılımcıların, bunları tespite yönelik olarak başvurulan her iki ölçekten (TÖAÖ ve FES-I) elde ettikleri puanlara ilişkin tanımlayıcı istatistiksel veriler Tablo 5'te sunulmuştur. Katılımcıların TÖAÖ'den aldıkları puanların 3 ile 15

arasında değiştiği, puan ortalamasının 8,06 ± 2,10 olduğu saptandı. FES-I puanlarına bakıldığında ise katılımcıların aldıkları puanların 16 ile 51 arasında dağıldığı ve ortalama puanın 27,15 ± 7,10 olduğu tespit edildi.

Tablo 5. Katılımcıların Ölüm Korkusu ve Düşme Korkusu Puanları

Puan	n	Min.	Maks.	$\bar{x}$	s
Ölüm Korkusu	211	3	15	8,06	2,10
Düşme Korkusu	211	16	51	27,15	7,10

Ayrıca, katılımcıların ölüm ve düşme korkusu düzeylerine ilişkin daha ayrıntılı değerlendirme yapılabilmesi için, her iki ölçeğe ait puanlar belirli kesme noktalarına göre sınıflandırılmıştır. Ölüm korkusuna ilişkin değerlendirmede, TÖAÖ'den 10 puan ve üzeri alan bireyler "ölüm korkusu var" şeklinde, 10 puanın altında kalan bireyler ise "ölüm korkusu yok" şeklinde sınıflandırılmıştır. Benzer şekilde, düşme korkusuna yönelik değerlendirmede FES-I'dan 28 puan ve üzeri alan bireyler "yüksek düşme korkusu", 28 puanın altında kalanlar ise "düşük düşme korkusu" grubunda yer almıştır. Bu sınıflandırmaya ilişkin dağılımlar Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6 incelendiğinde, katılımcıların %28'inin (n=59) ölüm korkusu yaşadığı, %72'sinin (n=152) ise bu kategoride yer almadığı görüldü. Düşme korkusu açısından değerlendirildiğinde ise katılımcıların %40,8'inin (n=86) yüksek düzeyde bir düşme korkusu yaşadığı, %59,2'sinde (n=125) ise bu korkunun daha düşük düzeyde olduğu tespit edildi.

Tablo 6. Katılımcıların Ölüm Korkusu ve Düşme Korkusu Kesme Puanlarına Göre Dağılımı

	n	%
Ölüm Korkusu		
Yok	152	72,0
Var	59	28,0
Düşme Korkusu		
Düşük	125	59,2
Yüksek	86	40,8

4.3. Katılımcıların Ölüm ve Düşme Korkusu Puanlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

4.3.1. Ölüm Korkusu

Katılımcıların ölüm korkusu (TÖAÖ) puanlarının çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılması kapsamında öncelikle sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırmalar yapılmıştır. Bunun için bağımsız gruplar t-testi kullanılmış ve bulunan anlamlı farklılığın büyüklüğünü değerlendirmek için Cohen d etki büyüklüğü indeksine başvurulmuştur. Elde edilen bulgular Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7'de görüldüğü üzere, cinsiyete göre TÖAÖ puanları karşılaştırıldığında, kadın katılımcıların ortalama puanı 8,97 ± 1,97, erkek katılımcıların ortalama puanı ise 7,71 ± 2,04 olarak hesaplandı. Bağımsız gruplar t-testi sonucunda, cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($t(209) = 4,042$, $p < 0,001$). Hesaplanan Cohen d etki büyüklüğü değeri ($d = 0,62$), bu farkın orta düzeyde olduğunu gösterdi.

Tablo 7. Katılımcıların Ölüm Korkusu Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Değişken	Grup	$\bar{x}$	s	t	Sd	p	d
Cinsiyet	Kadın	8,97	1,97	4,042	209	***<0,001***	0,62
	Erkek	7,71	2,04				
Yaş grubu	65-74 yaş	8,25	2,00	1,448	209	0,149	-
	75 yaş ve üzeri	7,83	2,20				
Medeni durum	Evli	8,11	2,06	0,708	209	0,480	-
	Bekar / Dul	7,85	2,28				
Eğitim durumu	Okur yazar değil	8,53	2,22	1,557	209	0,121	-
	Örgün eğitim almış	7,95	2,06				
Yaşadığı ortam	İlk eşi ile	8,05	1,96	-0,158	56,865	0,875	-
	Diğer	8,11	2,57				

Yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmada, 65–74 yaş aralığındaki bireylerin ortalama TÖAÖ puanı 8,25 ± 2,00, 75 yaş ve üzeri bireylerin puanı ise 7,83 ± 2,20 olarak belirlendi. Ancak iki yaş grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı ($t(209) = 1,448$, $p = 0,149$).

Medeni durum açısından değerlendirildiğinde, evli bireylerin ortalama ölüm korkusu puanı 8,11 ± 2,06, bekar ya da dul bireylerin puanı ise 7,85 ± 2,28 olarak saptandı. Yapılan t-testi sonucunda, medeni duruma göre gruplar arasında anlamlı bir farkın bulunmadığı belirlendi ($t(209) = 0,708$, $p = 0,480$).

Eğitim durumuna göre yapılan analizde, okur-yazar olmayan katılımcıların ortalama puanı 8,53 ± 2,22, örgün eğitim almış bireylerin ortalama puanı ise 7,95 ± 2,06 olarak hesaplandı. Elde edilen t-testi sonucu, gruplar arasında anlamlı bir farkın bulunmadığını gösterdi ($t(209) = 1,557$, $p = 0,121$).

Son olarak katılımcıların yaşadıkları ortam dikkate alındığında, ilk eşiyle birlikte yaşayan bireylerin ortalama puanı 8,05 ± 1,96, diğer yaşam düzenlerine sahip bireylerin ise 8,11 ± 2,57 olarak belirlendi. Yapılan analiz sonucunda, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($t(56,865) = -0,158$, $p = 0,875$).

Öte yandan, katılımcıların ölüm korkusu puanlarının sosyal yaşama katılım durumları ve sağlıkla ilişkili değişkenler bağlamında farklılaşıp farklılaşmadığını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen analizlere ilişkin bulgular Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8'e göre, ev işlerini ve alışverişi tek başına yapma durumuna göre TÖAÖ puanları karşılaştırıldığında, bu işleri her zaman ya da çoğunlukla kendisi yapan bireylerin ortalama puanı 8,19 ± 2,36, ara sıra yapan ya da hiç yapmayan bireylerin puanı ise 7,91 ± 1,74 olarak belirlendi. Yapılan t-testi sonucunda bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($t(203,865) = 1,011$, $p = 0,313$).

Markete, pazara ya da arkadaşlarıyla vakit geçirmeye gitme sıklığına göre yapılan analizde, haftada iki-üç gün ya da daha sık dışarı çıkan bireylerin ortalama puanı 7,90 ± 2,39, haftada bir gün ya da daha az sıklıkla çıkan bireylerin puanı ise 8,13 ± 1,96 olarak saptandı. Bu fark da istatistiksel açıdan anlamlı değildi ($t(99,140) = -0,654$, $p = 0,515$).

Evde anne ve babası olmadan torun bakan bireylerde ortalama TÖAÖ puanı 8,43 ± 2,50, torun bakmayanlarda ise 8,00 ± 2,02 olarak hesaplandı. Analiz sonucunda bu fark anlamlı bulunmadı ($t(209) = 1,048$, $p = 0,296$).

Tablo 8. Katılımcıların Ölüm Korkusu Puanlarının Sosyal Hayata Katılım Özellikleri ve Sağlık Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Soru	Cevap	$\bar{x}$	s	Test İstatistiği	Sd	p
Ev işlerini / alışverişi tek başınıza yapabilir misiniz?	Her zaman / çoğunlukla kendim yaparım	8,19	2,36	1,011	203,865	0,313
	Ara sıra ben yaparım / Hiç yapmam	7,91	1,74			
Markete, pazara, arkadaşlar ile vakit geçirmeye ne kadar sıklık ile gidersiniz?	Haftada 2-3 gün ya da daha fazla	7,90	2,39	-0,654	99,140	0,515
	Haftada bir gün ya da hiç	8,13	1,96			
Evde annesi ve babası olmadan torun bakıyor musunuz?	Evet	8,43	2,50	1,048	209	0,296
	Hayır	8,00	2,02			
Haftalık yürüyüş sıklığı	Haftada 2-3 gün ya da daha fazla	7,65	2,31	-3,387	207,598	***0,001***
	Haftada bir gün ya da hiç	8,58	1,67			
Sigara kullanımı	Hiç kullanmamış / Bırakmış	8,11	2,09	0,825	209	0,410
	Aktif kullanıyor	7,77	2,14			
Son bir yılda hastanede yatarak tedavi gördünüz mü?	Evet	8,50	2,56	U=1900,500; z=-0,666		0,505
	Hayır	8,01	2,04			
Günlük kullanılan ilaç sayısı	Yok	8,29	2,35	1,189	2-208	0,307
	1-3 adet	8,16	1,99			
	4-8 adet	7,72	2,07			
Son bir yılda acil servise kaç defa başvurdunuz?	Hiç (a)	7,75	2,17	4,550	2-208	***0,012***
	1 defa (b)	8,77	1,92	η^2=0,04		
	2-8 defa (c)	8,17	1,84	Tukey: b>a		
Son bir yılda psikiyatri polikliniğine kaç defa başvurdunuz?	Hiç	8,03	2,06	U=417,500; z=-0,731		0,465
	1-3 defa	9,40	3,51			
Son bir yılda aile hekiminize kaç defa başvurdunuz?	Hiç	8,25	2,99	1,414	2-208	0,246
	1-5 defa	8,17	2,10			
	6-10 defa	7,53	1,95			

Haftalık yürüyüş sıklığı açısından değerlendirildiğinde, haftada iki-üç gün ya da daha sık yürüyüş yapan bireylerin ölüm korkusu puanı 7,65 ± 2,31, haftada bir gün ya da daha az yürüyüş yapan bireylerin puanı ise 8,58 ± 1,67 olarak bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (t(207,598) = -3,387, p = 0,001).

Sigara kullanım durumuna göre elde edilen bulgulara göre, hiç sigara kullanmamış ya da bırakmış bireylerin ortalama puanı 8,11 ± 2,09, aktif içicilerin puanı ise 7,77 ± 2,14 olarak bulundu. Ancak fark anlamlı değildi (t(209) = 0,825, p = 0,410).

Son bir yıl içerisinde hastanede yatarak tedavi görme durumuna göre yapılan Mann-Whitney U testi (hastanede yatan sayısı 30'un altında olduğu için tercih edilmiştir) sonucunda, yatarak tedavi gören bireylerin ortalama TÖAÖ puanı 8,50 ± 2,56, görmeyenlerin ise 8,01 ± 2,04 olarak tespit edildi. Bu fark da anlamlı bulunmadı (U = 1900,500; z = -0,666; p = 0,505).

Günlük kullanılan ilaç sayısı ile ölüm korkusu arasındaki ilişkiye bakıldığında, hiç ilaç kullanmayan bireylerin ortalama puanı 8,29 ± 2,35, 1-3 ilaç kullananların 8,16 ± 1,99 ve 4-8 ilaç kullananların ise 7,72 ± 2,07 olarak hesaplandı. Yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı (F(2,208) = 1,189, p = 0,307).

Son bir yıl içinde acil servise başvuru sıklığı açısından ise anlamlı bir fark saptandı (F(2,208) = 4,550, p = 0,012, η^2 = 0,04). Ortalama puanlar; hiç başvurmayanlarda 7,75 ± 2,17, bir kez başvuranlarda 8,77 ± 1,92 ve iki-sekiz kez başvuranlarda 8,17 ± 1,84 olarak hesaplandı. Varyansların homojen dağılması nedeniyle tercih edilen Tukey HSD çoklu karşılaştırma (post-hoc) testi sonucunda, bir kez başvuran bireylerin ölüm korkusu puanlarının, hiç başvurmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü (b > a).

Son bir yıl içinde psikiyatri polikliniğine başvuru durumuna göre yapılan Mann-Whitney U testi (1-3 defa başvuranları sayısı 5 olduğu için tercih edilmiştir) sonucunda, hiç başvurmayan bireylerin ortalama puanı 8,03 ± 2,06, 1–3 defa

başvuranların puanı ise 9,40 ± 3,51 olarak bulundu. Ancak fark anlamlı bulunmadı (U = 417,500; z = -0,731; p = 0,465).

Son olarak, aile hekimine başvuru sıklığına göre yapılan analizde; hiç başvurmayanların ortalama puanı 8,25 ± 2,99, 1–5 kez başvuranların 8,17 ± 2,10 ve 6–10 kez başvuranların ise 7,53 ± 1,95 olarak hesaplandı. Varyans analizi sonucunda bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (F(2,208) = 1,414, p = 0,246).

4.3.2. Düşme Korkusu

Katılımcıların düşme korkusu (FES-I) puanlarının çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılması kapsamında öncelikle sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırmalar yapılmıştır. Bunun için bağımsız gruplar t-testi kullanılmış ve bulunan anlamlı farklılığın büyüklüğünü değerlendirmek için Cohen d etki büyüklüğü indeksine başvurulmuştur. Elde edilen bulgular Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9'da görüldüğü üzere, cinsiyet değişkenine göre yapılan karşılaştırmada, kadın katılımcıların düşme korkusu puan ortalaması 31,75 ± 6,99, erkeklerin ise 25,37 ± 6,31 olarak tespit edildi. Aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (t(209) = 6,388, p < 0,001). Hesaplanan Cohen d değeri (d = 0,98), farkın büyük düzeyde olduğunu gösterdi.

Yaş grubuna göre; 75 yaş ve üzeri bireylerin puan ortalaması 29,00 ± 7,73, 65–74 yaş grubundakilerin ise 25,61 ± 6,15 olarak belirlendi. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (t(180,066) = -3,479, p < 0,001) ve orta düzeyde etki büyüklüğü olduğu görüldü (d = 0,49).

Tablo 9. Katılımcıların Düşme Korkusu Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Değişken	Grup	$\bar{x}$	s	t	Sd	p	d/η^2
Cinsiyet	Kadın	31,75	6,99	6,388	209	***<0,001***	0,98
	Erkek	25,37	6,31				
Yaş grubu	65-74 yaş	25,61	6,15	-3,479	180,066	***<0,001***	0,49
	75 yaş ve üzeri	29,00	7,73				
Medeni durum	Evli	26,50	6,82	-2,789	209	***0,006***	0,49
	Bekar / Dul	29,93	7,66				
Eğitim durumu	Okur yazar değil	31,63	8,54	3,848	49,364	***<0,001***	0,81
	Örgün eğitim almış	26,11	6,30				
Yaşadığı ortam	İlk eşi ile	26,56	6,81	-2,373	209	***0,019***	0,40
	Diğer	29,39	7,79				

Medeni durum açısından yapılan değerlendirmede ise bekar veya dul bireylerin ortalama puanı 29,93 ± 7,66, evli bireylerin ise 26,50 ± 6,82 olarak tespit edildi. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($t(209) = -2,789$, $p = 0,006$) ve Cohen d değeri ($d = 0,49$) orta düzeyde etki büyüklüğüne işaret etti.

Eğitim durumu değişkenine göre, okur-yazar olmayan bireylerin ortalama düşme korkusu puanı 31,63 ± 8,54, örgün eğitim almış bireylerin puanı ise 26,11 ± 6,30 olarak belirlendi. Aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($t(49,364) = 3,848$, $p < 0,001$). Cohen d değeri ($d = 0,81$), bu farkın yüksek düzeyde olduğunu gösterdi.

Son olarak, yaşanılan ortam değişkeni açısından yapılan karşılaştırmada ise ilk eşiyle yaşayan bireylerin ortalama puanı 26,56 ± 6,81, diğer bireylerin puanı ise 29,39 ± 7,79 olarak tespit edildi. Yapılan karşılaştırma sonucunda farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($t(209) = -2,373$, $p = 0,019$) ve Cohen d değeri ($d = 0,40$) orta düzeyde etki büyüklüğüne işaret etti.

Tablo 10'da ise katılımcıların düşme korkusu puanlarının sosyal hayata katılım özellikleri ve sağlık durumlarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunulmuştur. Buna göre, ev işlerini / alışverişi tek başına yapabilme durumu açısından yapılan değerlendirmede, ev işlerini her zaman ya da çoğunlukla kendi yapan bireylerin düşme korkusu puanı ortalaması 26,64 ± 6,69, ara sıra yapan ya da hiç yapmayan bireylerin ortalaması ise 27,74 ± 7,53 olarak tespit edildi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı belirlendi ($t(209) = -1,131$, $p = 0,259$).

Sosyal dışa dönüklük düzeyi olarak kabul edilen market, pazar ya da arkadaşlarla görüşme sıklığı değişkenine göre, haftada 2–3 gün veya daha sık dışarı çıkan bireylerin düşme korkusu puanı ortalaması 22,79 ± 4,45, haftada bir gün ya da daha seyrek çıkanların ise 29,01 ± 7,21 olarak tespit edildi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($t(182,227) = -7,616$, $p < 0,001$). Cohen d değeri ($d = 0,95$), bu farkın büyük düzeyde olduğunu gösterdi.

Evde torun bakma durumu açısından yapılan karşılaştırmada ise torun bakan bireylerin düşme korkusu puanı 25,23 ± 6,07, torun bakmayan bireylerin ise 27,47 ± 7,22 olarak belirlendi. Ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($t(209) = -1,604$, $p = 0,110$).

Ayrıca haftalık yürüyüş sıklığı değişkenine göre, haftada 2–3 gün veya daha sık yürüyüş yapan bireylerin ortalama puanı 23,95 ± 5,15, haftada bir gün veya daha az yürüyüş yapanların ortalama puanı ise 31,22 ± 7,17 olarak belirlendi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($t(161,011) = -8,238$, $p < 0,001$) ve Cohen d değeri ($d = 1,19$) oldukça büyük bir etki büyüklüğüne işaret etti.

Tablo 10. Katılımcıların Düşme Korkusu Puanlarının Sosyal Hayata Katılım Özellikleri ve Sağlık Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Soru	Cevap	$\bar{x}$	s	Test İst.	Sd	p	d/η^2
Ev işlerini / alışverişi tek başınıza yapabilir misiniz?	Her zaman / çoğunlukla kendim yaparım	26,64	6,69	-1,131	209	0,259	-
	Ara sıra ben yaparım / Hiç yapmam	27,74	7,53				
Markete, pazara, arkadaşlar ile vakit geçirmeye ne kadar sıklık ile gidersiniz?	Haftada 2-3 gün ya da daha fazla	22,79	4,45	-7,616	182,227	***<0,001***	0,95
	Haftada bir gün ya da hiç	29,01	7,21				
Evde annesi ve babası olmadan torun bakıyor musunuz?	Evet	25,23	6,07	-1,604	209	0,110	-
	Hayır	27,47	7,22				
Haftalık yürüyüş sıklığı	Haftada 2-3 gün ya da daha fazla	23,95	5,15	-8,238	161,011	***<0,001***	1,19
	Haftada bir gün ya da hiç	31,22	7,17				
Sigara kullanımı	Hiç kullanmamış / Bırakmış	27,77	7,23	3,978	53,987	***<0,001***	0,60
	Aktif kullanıyor	23,58	5,03				
Son bir yılda hastanede yatarak tedavi gördünüz mü?	Evet	26,32	5,70	U=2025,500; z=-0,198		0,843	-
	Hayır	27,25	7,25				
Günlük kullanılan ilaç sayısı	Yok (a)	24,18	5,01	5,290	2-208	***0,006***	0,05
	1-3 adet (b)	27,81	7,47	Games-Howell: b,c>a			
	4-8 adet (c)	28,21	7,26				
Son bir yılda acil servise kaç defa başvurdunuz?	Hiç (a)	26,16	6,87	5,462	2-208	***0,005***	0,05
	1 defa (b)	27,54	7,06	Tukey: c>a			
	2-8 defa (c)	30,77	7,11				
Son bir yılda psikiyatri polikliniğine kaç defa başvurdunuz?	Hiç	27,16	7,08	U=506,500; z=-0,063		0,950	-
	1-3 defa	26,80	8,58				
Son bir yılda aile hekiminize kaç defa başvurdunuz?	Hiç (a)	23,00	4,76	4,572	2-208	***0,011***	0,04
	1-5 defa (b)	26,61	6,83	Tukey: c>b			
	6-10 defa (c)	30,17	7,80				

Öte yandan sigara kullanım durumu açısından yapılan karşılaştırmada, hiç sigara kullanmamış veya sigarayı bırakmış bireylerin puanı 27,77 ± 7,23, aktif sigara kullanıcılarının puanı ise 23,58 ± 5,03 olarak tespit edildi. Aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($t(53,987) = 3,978$, $p < 0,001$) ve Cohen d değeri ($d = 0,60$) orta düzeyde bir farka işaret etti.

Son bir yılda hastanede yatarak tedavi görme durumu açısından yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre, hastanede yatışı olan bireylerin ortalama puanı 26,32 ± 5,70, olmayanların ise 27,25 ± 7,25 olarak belirlendi. Ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($U = 2025,500$; $z = -0,198$, $p = 0,843$).

Günlük kullanılan ilaç sayısı değişkenine göre, ilaç kullanmayan bireylerin düşme korkusu puanı 24,18 ± 5,01, 1–3 ilaç kullananların 27,81 ± 7,47 ve 4–8 ilaç kullananların puanı 28,21 ± 7,26 olarak tespit edildi. Yapılan ANOVA sonuçlarına göre gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($F(2,208) = 5,290$, $p = 0,006$, $\eta^2 = 0,05$). Ayrıca etki büyüklüğü, farkın küçük düzeyde olduğunu göstermekteydi. Grupların puanlarının homojen dağılmaması nedeniyle tercih edilen Games-Howell çoklu karşılaştırma (post-hoc) testi sonuçlarına göre ise, 1–3 ve 4–8 ilaç kullanan bireylerin düşme korkusu düzeyleri, ilaç kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Ayrıca son bir yılda acil servise başvuru sayısı değişkenine göre, hiç başvurmayan bireylerin ortalama puanı 26,16 ± 6,87, 1 kez başvuranların 27,54 ± 7,06 ve 2–8 kez başvuranların 30,77 ± 7,11 olarak belirlendi. Yapılan ANOVA sonucunda, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($F(2,208) = 5,462$, $p = 0,005$, $\eta^2 = 0,05$). Eta-kare etki büyüklüğü sonucu, farkın küçük düzeyde olduğunu göstermekteydi. Tukey HSD testi sonuçlarına göre ise, 2–8 defa başvuran bireylerin puanları, hiç başvurmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Buna karşın son bir yılda psikiyatri polikliniğine başvuru durumu açısından, hiç başvurmayan bireylerin puanı 27,16 ± 7,08, 1–3 kez başvuranların ise 26,80 ± 8,58 olarak tespit edildi ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($U = 506,500$; $z = -0,063$, $p = 0,950$).

Son olarak, son bir yılda aile hekimine başvuru sayısına göre ise, hiç başvurmayan bireylerin puanı 23,00 ± 4,76, 1–5 kez başvuranların 26,61 ± 6,83 ve 6–10 kez başvuranların puanı ise 30,17 ± 7,80 olarak belirlendi. ANOVA sonucuna göre, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($F(2,208) = 4,572$, $p = 0,011$, $\eta^2 = 0,04$). Eta-kare etki büyüklüğü sonucu, farkın küçük düzeyde olduğunu göstermekteydi. Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre, 6–10 kez başvuranların düşme korkusu puanı, 1–5 kez başvuranlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksekti.

4.4. Çeşitli Değişkenlerin Ölüm ve Düşme Korkusu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Lojistik Regresyon Bulguları

4.4.1. Ölüm Korkusu

Bu bölümde, bireylerin ölüm korkusu yaşayıp yaşamadığını etkileyen olası belirleyicilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analize, daha önce yapılan ikili karşılaştırmalarda anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilen değişkenler dahil edilmiştir. Bu kapsamda; cinsiyet, haftalık yürüyüş sıklığı ve son bir yıl içerisinde acil servise başvuru sayısı bağımsız değişkenler olarak modele dâhil edilmiştir. Bağımlı değişken olarak ise, katılımcının ölüm korkusu yaşayıp yaşamadığı (0=Yok, 1=Var) ikili biçimde kodlanmıştır.

Lojistik regresyon modelinin genel geçerliliğini ve açıklayıcılığını değerlendirmek üzere, -2 Log Likelihood değerleri, modelin açıkladığı varyans miktarı (Cox & Snell R^2, Nagelkerke R^2) ve modelin uyum yeterliliğini belirlemeye yönelik Hosmer-Lemeshow uyum testi sonuçları Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11. Lojistik Regresyon Modeline Ait Uyum Ölçütleri

-2 Log Olasılığı			Açıklanan Varyans		Hosmer & Lemeshow		
Başlangıç	Model Sonrası	Modelin Katkısı	Cox & Snell R^2	Nagelkerke R^2	X^2	Sd	p
250,075	238,243	11,832	0,055	0,079	9,780	5	0,082

Elde edilen bulgulara göre, modelin başlangıçta 250,075 olan -2 Log Likelihood değeri model kurulduktan sonra 238,243'e düştü ve bu düşüş 11,832 birimlik bir iyileşmeyi gösterdi. Bu durum, modele dâhil edilen değişkenlerin ölüm korkusunu anlamlı ölçüde yordayabileceğine işaret etmekteydi. Ayrıca modelin bağımlı değişken üzerinde açıkladığı varyans ile ilgili olarak Cox & Snell R^2 oranı %5,5; Nagelkerke R^2 oranı ise %7,9 olarak hesaplanmış olup, bu değerler modelin bağımlı değişkendeki varyansın sınırlı bir kısmını açıklayabildiğini göstermekteydi. Modelin genel olarak uyumu ise Hosmer-Lemeshow testi ile değerlendirildi ve test sonucu istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p = 0,082 > 0,05$). Bu bulgu, modelin gözlenen ve beklenen değerleri arasında anlamlı bir fark olmadığını ve modelin veri ile iyi bir uyum gösterdiğini göstermekteydi (128).

Modelde yer alan bağımsız değişkenlerin ölüm korkusu üzerindeki özgül etkileri ise Tablo 12'de ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 12. Cinsiyet, Haftalık Yürüyüş Sıklığı ve Acil Servise Başvurma Sıklığının Ölüm Korkusu Üzerindeki Etkisine İlişkin Lojistik Regresyon Bulguları

Değişken	B	S. Hata	Wald	Sd	p	Odds Oranı (B)	%95 Güven Aralığı	
							Min.	Maks.
Cinsiyet	1,028	0,385	7,139	1	***0,008***	2,795	1,315	5,942
Haftalık yürüyüş sıklığı	0,055	0,369	0,022	1	0,881	1,057	0,512	2,180
Son bir yılda acil servise kaç defa başvurdunuz?	0,370	0,370	1,001	1	0,317	1,448	0,701	2,992

* ***Bağımlı Değişken:*** Ölüm Korkusu (0=Yok; 1=Var)
* ***Referans Kategorileri:*** Cinsiyet (0=Erkek, 1=Kadın), Haftalık yürüyüş sıklığı (0=Haftada 2-3 gün ya da daha fazla yürüme, 1=Haftada bir gün yürüme ya da hiç yürümeme), Acil servise başvurma sayısı (0=hiç ya da 2-8 defa, 1=Sadece 1 defa).

Tablo 12'de sunulan lojistik regresyon analizinden elde edilen bulgulara göre, modelde yer alan üç bağımsız değişkenden yalnızca cinsiyetin, ölüm korkusu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edildi (p=0,008). Kadın katılımcıların, erkek katılımcılara kıyasla ölüm korkusu yaşama olasılıklarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Olasılık oranı (OR) = 2,795 olarak hesaplanmış olup, bu değer kadınların ölüm korkusu yaşama olasılığının, erkeklerin 2,795 katı (%95 güven aralığında 1,315 ile 5,942 kat aralığında) olduğunu göstermekteydi. Diğer bir ifade ile kadınların ölüm korkusu yaşama olasılığı, erkeklerden yaklaşık %180 daha fazla idi.

Buna karşılık, haftalık yürüyüş sıklığı değişkeninin ölüm korkusu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı belirlendi (p=0,881).

Aynı şekilde, cinsiyet değişkeni dikkate alındığında son bir yıl içerisinde acil servise başvuru sayısı da anlamlı bir yordayıcı olarak öne çıkmadı (p=0,317).

4.4.2. Düşme Korkusu

Bu bölümde, bireylerin düşme korkularının düşük ya da yüksek olmasını etkileyen olası belirleyicilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analize, daha önce yapılan ikili karşılaştırmalarda anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilen değişkenler dahil edilmiştir. Bu kapsamda; cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı ortam, markete, pazara ya da arkadaşlarla vakit geçirme sıklığı, haftalık yürüyüş sıklığı, sigara kullanımı, günlük kullanılan ilaç sayısı, son bir yıl içerisinde acil servise ve aile hekimine başvuru sayısı bağımsız değişkenler olarak modele dâhil edilmiştir. Bağımlı değişken olarak ise, katılımcının düşme korkusu düzeyi (0=Düşük, 1=Yüksek) ikili biçimde kodlanmıştır.

Lojistik regresyon modelinin genel geçerliliğini ve açıklayıcılığını değerlendirmek üzere, -2 Log Likelihood değerleri, modelin açıkladığı varyans miktarı (Cox & Snell R^2, Nagelkerke R^2) ve modelin uyum yeterliliğini belirlemeye yönelik Hosmer-Lemeshow uyum testi sonuçları Tablo 13'te sunulmuştur.

Tablo 13. Lojistik Regresyon Modeline Ait Uyum Ölçütleri

-2 Log Olasılığı			Açıklanan Varyans		Hosmer & Lemeshow		
Başlangıç	Model Sonrası	Modelin Katkısı	Cox & Snell R^2	Nagelkerke R^2	X^2	Sd	p
285,259	201,214	84,044	0,329	0,443	11,915	8	0,155

Elde edilen analiz sonuçlarına göre, modelin başlangıçta 258,259 olan -2 Log Likelihood değeri, modelin kurulmasının ardından 201,214'e düştü ve bu durum, modele dâhil edilen değişkenlerin toplamda 84,044 birimlik bir iyileştirme sağladığını ortaya koydu. Bu azalma, modelin düşme korkusunu yordama gücünün istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu göstermektedir.

Ayrıca modelin bağımlı değişken üzerinde açıklayıcı gücünü belirlemek amacıyla hesaplanan Cox & Snell R^2 değeri %32,9, Nagelkerke R^2 değeri ise %44,3 olarak bulundu. Bu oranlar, modelin düşme korkusuna ilişkin varyansın önemli bir bölümünü açıklayabildiğine işaret etmekteydi. Modelin genel uyum düzeyi ise Hosmer-Lemeshow uyum testi ile incelendi ve elde edilen sonuç anlamlı bulunmadı ($p=0,155 > 0,05$). Bu durum, modelin öngördüğü değerler ile gözlemlenen veriler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını ve modelin veri setine uygun biçimde yapılandığını göstermekteydi (128).

Modelde yer alan bağımsız değişkenlerin düşme korkusu üzerindeki özgül etkileri ise Tablo 14'te ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 14. Çeşitli Değişkenlerin Düşme Korkusu Üzerindeki Etkisine İlişkin Lojistik Regresyon Bulguları

Değişken	B	S. Hata	Wald	Sd	p	Odds Oranı (B)	%95 Güven Aralığı	
							Min.	Maks.
Cinsiyet	1,303	0,464	7,875	1	***0,005***	3,680	1,481	9,144
Yaş grubu	0,565	0,401	1,981	1	0,159	1,759	0,801	3,864
Medeni durum	-0,911	1,141	0,639	1	0,424	0,402	0,043	3,758
Eğitim durumu	0,483	0,473	1,044	1	0,307	1,622	0,641	4,099
Yaşadığı ortam	1,354	1,084	1,560	1	0,212	3,872	0,463	32,400
Markete, pazara, arkadaşlar ile vakit geçirmeye ne kadar sıklık ile gidersiniz?	1,121	0,475	5,560	1	***0,018***	3,067	1,208	7,785
Haftalık yürüyüş sıklığı	1,225	0,405	9,137	1	***0,003***	3,405	1,538	7,537
Sigara kullanımı	-0,411	0,562	0,534	1	0,465	0,663	0,220	1,996
Günlük kullanılan ilaç sayısı	0,358	0,584	0,375	1	0,541	1,430	0,455	4,494
Son bir yılda acil servise kaç defa başvurdunuz?	1,363	0,549	6,170	1	***0,013***	3,908	1,333	11,454
Son bir yılda aile hekiminize kaç defa başvurdunuz?	-1,117	1,394	0,642	1	0,423	0,327	0,021	5,027

* ***Bağımlı Değişken:*** Düşme Korkusu (0=Düşük; 1=Yüksek)

* ***Referans Kategorileri:*** Cinsiyet (0=Erkek, 1=Kadın), Yaş grubu (0=65-74 yaş, 1=75 yaş ve üzeri), Medeni durum (0=Evli, 1=Bekar ya da dul), Yaşadığı ortam (0=İlk eşi ile, 1=Diğer), Markete, pazara, arkadaşlar ile vakit geçirmeye gitme sıklığı (0=Haftada 2-3 gün ya da daha fazla, 1=Haftada bir gün ya da hiç), Haftalık yürüyüş sıklığı (0=Haftada 2-3 gün ya da daha fazla, 1=Haftada bir gün yürüme ya da hiç yürümeme), Sigara kullanımı (0=Aktif kullanıyor, 1=Hiç kullanmamış ya da bırakmış), Günlük kullanılan ilaç sayısı (0=Yok, 1=Diğer), Acil servise başvurma sayısı (0=hiç, 1=2-8 defa), Aile hekimine başvuru sayısı (0=1-5 defa, 2=6-10 defa)

Tablo 14'te sunulan lojistik regresyon analizinden elde edilen bulgulara göre, modelde yer alan bağımsız değişkenlerden cinsiyet, markete/pazara/arkadaşlarla vakit geçirmeye gitme sıklığı, haftalık yürüyüş sıklığı ve son bir yıl içinde acil servise başvuru sayısı değişkenlerinin, düşme korkusu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkilerinin olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Diğer değişkenlerin ise model içerisinde anlamlı katkı sağlamadığı görüldü ($p>0,05$).

Öncelikle cinsiyet değişkeni açısından, kadınların erkeklere kıyasla yüksek düzeyde düşme korkusu yaşama olasılıklarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi (B=1,303; p=0,005). Olasılık oranı (OR) 3,680 olarak hesaplanmış olup, bu durum kadın katılımcıların yüksek düzeyde düşme korkusu yaşama olasılığının, erkeklerin yaklaşık 3,68 katı yani %268 daha fazla olduğunu göstermekteydi. Bu tahmine ilişkin %95 güven aralığı 1,481 ile 9,144 kat arasında yer almaktaydı.

Markete, pazara gitme ya da sosyal etkileşim düzeyi değişkeni de düşme korkusu ile anlamlı ilişkili bulundu (B=1,121; p=0,018; OR=3,067). Buna göre, sosyal etkileşim sıklığı düşük olan bireylerin, düzenli olarak sosyalleşen bireylere göre düşme yüksek düzeyde korkusu yaşama olasılıklarının 3,07 kat daha yüksek olduğu belirlendi (%95 GA: 1,208–7,785).

Haftalık yürüyüş sıklığı da anlamlı bir başka yordayıcı değişken olarak öne çıktı (B=1,225; p=0,003; OR=3,405). Haftada bir gün ya da hiç yürümeyen bireylerin, yüksek düzeyde düşme korkusu yaşama olasılıkları, haftada 2-3 gün ya da daha sık yürüyen bireylerin 3,4 katı idi (%95 GA: 1,538–7,537).

Son olarak, son bir yıl içerisinde acil servise başvuru sayısı da yüksek düzeyde düşme korkusunun güçlü bir yordayıcısı olarak ortaya çıktı (B=1,363; p=0,013; OR=3,908). Buna göre, son bir yıl içinde iki ila sekiz kez acil servise başvuran bireylerin, hiç başvurmayanlara kıyasla düşme korkusu yaşama olasılıklarının yaklaşık 3,9 kat (%290 daha fazla) olduğu hesaplandı (%95 GA: 1,333–11,454).

4.5. Ölüm ve Düşme Korkusu Arasındaki İlişki

Bu bölümde, bireylerin ölüm korkusu ile düşme korkusu arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla Pearson korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz kapsamında, ölüm korkusu ve düşme korkusu değişkenleri arasındaki doğrusal ilişkinin yönü, gücü ve anlamlılığı incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 15'te sunulmuştur.

Tablo 15. Ölüm ve Düşme Korkusu Arasındaki İlişkiyi Gösteren Pearson Korelasyon Analizi Bulguları

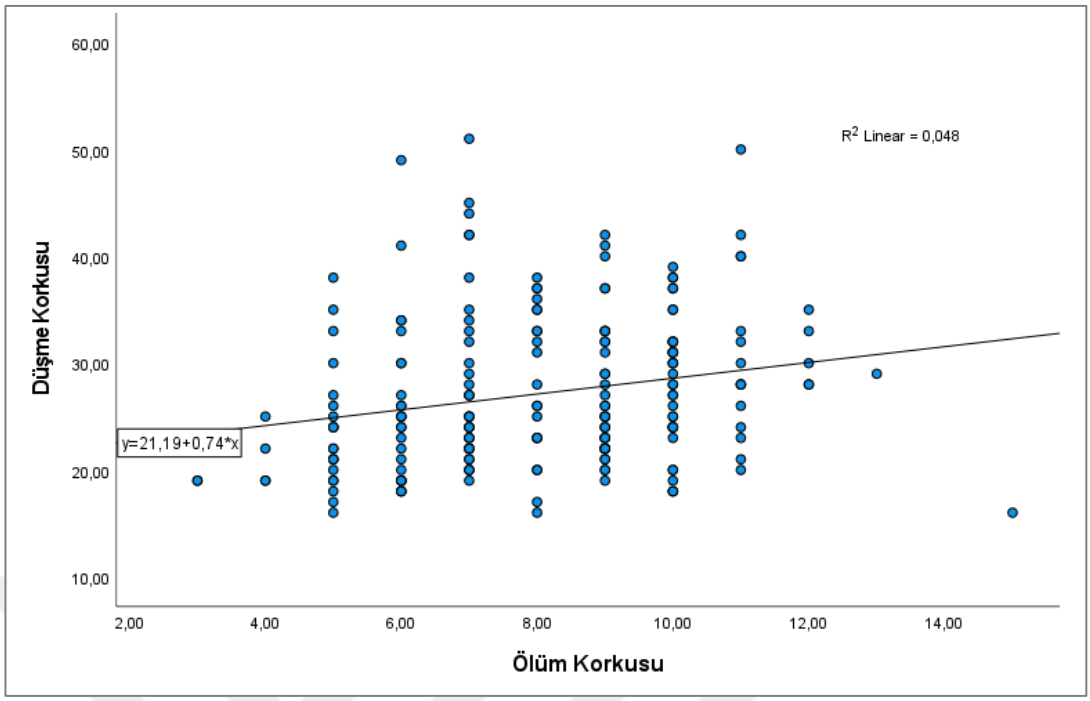
		Düşme Korkusu
Ölüm Korkusu	R	0,218**
	P	***0,001***
	N	211

** p<0,01.

Tablo 15'te görüldüğü üzere, ölüm korkusu ile düşme korkusu arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (r = 0,218; p = 0,001). Bu sonuç, ölüm korkusu düzeyi arttıkça düşme korkusu düzeyinin de artma eğilimi gösterdiğini ortaya koymaktaydı. Ancak korelasyon katsayısının büyüklüğü değerlendirildiğinde, bu ilişkinin zayıf düzeyde olduğu görüldü (r<0,30).

Ayrıca determinasyon katsayısı hesaplanarak değişkenlerin birbirlerini ne ölçüde açıkladığı hesaplandığında ($r^2 = 0,218^2 \approx 0,048$), bu iki değişkenin toplam varyanslarının yalnızca yaklaşık %4,8'inin ortak olduğu anlaşıldı.

Ayrıca, ölüm korkusu ile düşme korkusu arasındaki ilişki, Şekil 1'de sunulan dağılım grafiği ile görsel olarak da desteklenmiştir.



Şekil 7. Ölüm korkusu ile düşme korkusu arasındaki ilişki

Dağılım incelendiğinde, her iki değişken arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu gözlemlendi. Grafik üzerine çizilen regresyon doğrusu, düşme korkusu düzeyinin ölüm korkusu arttıkça genel olarak artma eğiliminde olduğunu görsel olarak ortaya koymaktaydı. Bununla birlikte, veri noktalarının regresyon doğrusu etrafında geniş bir dağılım göstermesi, bu ilişkinin zayıf düzeyde olduğunu doğrulamaktaydı.

5. TARTIŞMA

65 yaş ve üzeri bireylerde, yaşlanma sürecine eşlik eden psikososyal risk faktörlerinden biri olan ölüm korkusu (*thanatophobia*) ile yaşlı bireylerde sık karşılaşılan ve düşmeye bağlı morbidite ile mortalite riskini artıran düşme korkusu (*ptophobia*) arasındaki ilişkinin ve bu iki değişkenin bireylerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi), sosyal destek düzeyi, yaşam alışkanlıkları ve mevcut sağlık durumu gibi faktörler ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yürütülmüş olan bu çalışmada elde edilen bulgular hem bireysel düzeyde hem de yaşlı sağlığı hizmetleri açısından dikkate değer sonuçlar ortaya koymuştur.

İlk olarak, çalışmada yer alan katılımcıların büyük bir kısmının yaşlarına rağmen günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlıklarını büyük ölçüde korudukları belirlenmiştir. Katılımcıların yarısından çoğu ev işleri ve alışveriş gibi temel yaşam aktivitelerini her zaman veya çoğunlukla gerçekleştirdiklerini belirtmiştir. Ara sıra bu aktiviteleri yaptığını ifade edenlerle birlikte toplam oran yaklaşık %90'lara ulaşmaktadır. Bu durum, çalışmaya katılan yaşlı bireylerin fonksiyonel bağımsızlıklarını büyük oranda sürdürebildiklerini ve yaşamlarını aktif bir şekilde devam ettirdiklerini göstermektedir. Çivi ve ark, 60 yaş ve üzerindeki bireylerde günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyleri ile fiziksel yeterlilik durumlarını incelemişlerdir. Çalışmalarında, yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde tamamen bağımsız olma oranını %71,2 olarak belirlemişlerdir. Cinsiyetlere göre değerlendirildiğinde, kadınların %36'sının, erkeklerin ise %35'inin tam bağımsız olduğu görülmüştür. Ayrıca fiziksel yetersizlik açısından; görme, işitme, konuşma, çiğneme ve yürüme gibi işlevlerde yaş ilerledikçe yetersizlik oranlarının arttığı tespit edilmiştir (131).

Ayrıca, bireylerin %82'si en az haftada bir kez markete, pazara gitmekte veya sosyal amaçlı dışarı çıkmaktadır. Bununla birlikte %75,8'i düzenli olarak yürüyüş yaptığını ifade etmiştir. Bu veriler, katılımcıların sosyal yaşama katılım düzeylerinin oldukça yüksek olduğunu ve fiziksel aktivite alışkanlıklarını koruduklarını göstermektedir. Düzenli fiziksel aktivite ve sosyal etkileşim, yaşlı bireylerde bilişsel işlevlerin korunması, depresyon riskinin azaltılması ve genel sağlık durumunun

iyileştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Yapılan bir başka çalışma da yaşlı bireylerin çeşitli aktivitelere katılması, hem sağlıklarını korumalarına hem de bilişsel becerilerini devam ettirmelerine yardımcı olabilir; ayrıca sosyal etkinlikler sayesinde kendilerini daha genç hissetmelerine de katkıda bulunabilir (132).

Ancak, aile içi roller ve kuşaklar arası ilişkiler açısından dikkat çeken bir bulgu, katılımcıların %85,8'inin torun bakımında aktif rol almadığını ifade etmeleridir. Bu durum, bireylerin torunlarına fiziksel yakınlıklarının olmaması, ebeveynlerin bakım sorumluluğunu üstlenmesi veya bireysel tercihler gibi çeşitli faktörlerle açıklanabilir. Ayrıca, yaşlı bireylerin fiziksel yüklenmeden kaçınma eğilimleri veya aile dinamiklerindeki değişim de bu duruma neden oluyor olabilir.

Öte yandan katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin elde edilen veriler, genel olarak iyi bir sağlık profiline sahip olunduğunu göstermiştir. Katılımcıların %99,1'inde akut bir hastalığın bulunmaması, örneklem grubunun büyük ölçüde kronik hastalık yönetimini sürdürebildiğini ortaya koymuştur. Ayrıca, yalnızca %10'unun son bir yıl içinde hastanede yatarak tedavi görmüş olması, ciddi sağlık komplikasyonlarının sınırlı olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte, katılımcıların yarısından çoğunun acil servise hiç başvurmamış olması da yaşlı bireylerin sağlık durumlarının kontrol altında olduğunu ve sağlık hizmetlerine başvurma davranışlarının gereksinim odaklı, rasyonel bir düzeyde seyrettiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca bu bulgular, yaşlı bireylerin birinci basamak sağlık hizmetleriyle yeterince izlendiklerini ve hastalık yönetiminde koruyucu sağlık hizmetlerinden etkin şekilde yararlandıklarını da göstermektedir. Bununla birlikte, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve öz bakım becerilerinin de tatmin edici düzeyde olabileceği yönünde dolaylı bir kanıt da sunmaktadır. Bu konuda yapılacak yeni araştırmalar konuya ışık tutacaktır.

Ayrıca, katılımcıların günlük kullandıkları ilaç sayısının ortalama ikiden fazla olması, çoklu ilaç kullanımı (polifarmasi) açısından dikkat çekicidir. Bu değer, yaşlı bireylerde farmakolojik tedavinin genel olarak sade tutulduğunu ve ilaç yönetiminin kontrollü bir şekilde sürdürüldüğünü düşündürmektedir. Bilindiği üzere, yaşlılık döneminde polifarmasi; advers ilaç reaksiyonları, ilaca bağlı düşmeler ve tedaviye

uyumsuzluk gibi riskleri beraberinde getirmektedir. Elkin'in yaptığı çalışmada ileri yaştaki bireylerin ilaçların yan etkilerine karşı daha duyarlı olup bu etkilerden daha kolay etkilenebildiklerini göstermiştir (133). Dolayısıyla, bu düzeyde sınırlı ilaç kullanımı, klinik yönetim açısından olumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Öte yandan, katılımcıların yalnızca %2,4'ünün son bir yıl içerisinde psikiyatri polikliniğine başvurduğunu belirtmiş olması, ruh sağlığı hizmetlerine başvuru oranının oldukça düşük olduğunu göstermektedir. Savrun'nun yaptığı çalışma da depresyonun, kırsal bölgelerde yaşayan kişilerde daha yaygın olduğu ifade edilmektedir (134). Bu durum, ilk bakışta psikiyatrik semptomların yeterince fark edilmemesi, damgalanma korkusu ya da hizmete erişimdeki güçlükler gibi olumsuz etkenlerle ilişkilendirilebilir. Ancak bu düşük başvuru oranı, tek başına bir yetersizlik göstergesi olarak değerlendirilmemelidir. Nitekim çalışmada yer alan bireylerin genel sağlık durumlarının iyi olması, günlük yaşamlarında bağımsızlıklarını koruyabilmeleri ve kronik hastalıkların çoğunlukla kontrol altında olması, ruh sağlıklarının da görece iyi düzeyde olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca, katılımcıların kırsal ve doğal bir çevrede yaşamaları, sosyal ilişkilerinin sürüyor olması ve düzenli fiziksel aktivite gibi yaşam tarzı özellikleri, ruhsal iyilik hallerini destekleyen önemli koruyucu faktörler arasında yer almaktadır. Dolayısıyla, ruh sağlığına yönelik düşük hizmet başvuru oranı, büyük ölçüde bireylerin genel iyilik hali ile de ilişkili olabilir.

Tüm bu bulgular ışığında, çalışmanın temel odak noktası olan ölüm korkusu ve düşme korkusu düzeylerine ilişkin veriler, yaşlı bireylerin psikososyal durumlarını daha kapsamlı bir şekilde değerlendirme olanağı sunmuştur. Katılımcıların TÖAÖ'den aldıkları puan ortalaması, genel olarak orta düzeyde bir ölüm korkusunu ortaya koymuştur. Ölçeğin kesme puanına göre değerlendirildiğinde ise, katılımcıların %28'inin ölüm korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Bu oran, ileri yaş grubundaki bireylerde ölüm korkusunun yaygın ancak tüm gruba genellenemeyecek düzeyde olduğunu göstermektedir. Yaşlılık döneminde ölüm korkusu, yalnızca ölüm düşüncesine ilişkin kaygılarla değil; aynı zamanda yalnız kalma, kontrolü kaybetme, bağımlılık ve sevdiklerinden ayrılma gibi duygusal bileşenlerle de ilişkili olabilmektedir. Ancak çalışmaya katılan bireylerin genel sağlık durumlarının iyi olması, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlıklarını sürdürmeleri ve sosyal hayata

aktif katılımları, bu korkunun daha sınırlı düzeyde yaşanmasına katkı sağlıyor olabilir. Ayrıca yapılan başka bir çalışmada yaş ve yaş gruplarına göre ölüm kaygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonuç, ölüm kaygısını farklı değişkenlerle birlikte inceleyen 49 çalışmayı içeren bir meta-analizde yaş ile ölüm kaygısı arasında ilişki olmadığı yönündeki bulgularla örtüşmektedir (135).

Düşme korkusuna ilişkin bulgular ise daha dikkatle değerlendirilmesi gereken bir durumu ortaya koymaktadır. Katılımcıların FES-I'dan aldıkları ortalama puan genel olarak düşük düzeyde bir düşme korkusuna işaret etse de ölçeğin kesme puanına göre değerlendirildiğinde katılımcıların yarısına yakın bir oranda yani yüksek düzeyde düşme korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Bu bulgu, bazı bireylerin düşmeye dair belirgin bir kaygı taşıdığını, ancak bu korkunun genelleşmiş düzeyde olmadığını göstermektedir. İlginç olan nokta, katılımcıların büyük çoğunluğunun haftalık yürüyüşlerine devam ettiklerini, alışveriş, pazar gibi dış mekân aktivitelerine katıldıklarını ve sosyal hayata entegre olduklarını belirtmiş olmalarıdır. Bu durum, yüksek düzeyde düşme korkusu bildiren bireylerin önemli bir kısmının, bu korkuya rağmen fiziksel aktiviteden tamamen kaçınmadıklarını, aksine hareketliliği sürdürebildiklerini düşündürmektedir. Başka bir ifadeyle, bu bireylerde düşme korkusu mevcuttur ancak bu korku henüz davranışsal kaçınmaya ya da fonksiyonel kısıtlılığa dönüşmemiştir. Bu durum, sağlıklı yaşlanma sürecinde psikososyal uyumun bir göstergesi olabilir. Yine de düşme korkusunun ilerleyen süreçte fiziksel aktivite düzeyini olumsuz etkileme potansiyeli göz önüne alındığında, bu bireylerin erken dönemde desteklenmeleri ve koruyucu yaklaşımlarla izlenmeleri önem arz etmektedir.

FES-I Brezilya Ölçeği ile yapılan değerlendirmede, yaşlı bireylerin düşme korkusu puanlarının ortalaması 29,5 olarak bulunmuştur. Bu çalışmaya göre, yaşlı yetişkinlerin %66,5'i 23 ile 64 arasında puan alarak yüksek düzeyde düşme kaygısı yaşarken, %33,5'i ise 16 ile 22 arasında puan alarak düşük düzeyde düşme endişesine sahip olarak belirlenmiştir (136).

Öte yandan, katılımcıların ölüm ve düşme korkusu puanlarının çeşitli sosyodemografik ve sağlıkla ilişkili değişkenler açısından incelenmesi, çalışmanın diğer önemli bulgularını oluşturmuştur. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, ölüm

korkusunun cinsiyet, haftalık yürüyüş sıklığı ve son bir yılda acil servise başvuru sayısına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Bu doğrultuda, kadın katılımcıların erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde ölüm korkusu yaşadıkları saptanmıştır. Bu bulgu, önceki araştırmalarla da örtüşmektedir; zira kadınlar, hem duygusal farkındalıklarının daha yüksek olması hem de kaygı ve korku gibi duyguları daha açık şekilde ifade etme eğilimleri nedeniyle ölüm korkusu gibi psikososyal yaşantılara daha duyarlı olabilmektedirler. Ayrıca, toplumda kadınların ölüm ve hastalık gibi konularda daha fazla bakım verici rol üstlenmeleri, bu tür endişelerin daha yoğun yaşanmasına zemin hazırlıyor olabilir. Yapılan bir başka bir çalışmada kadınların ölüm kaygısı düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup, bu durum cinsiyetin ölümle ilişkili psikopatolojik süreçleri etkileyebileceğini düşündürmektedir (137).

Haftalık yürüyüş sıklığına göre yapılan değerlendirmelerde ise, düzenli yürüyüş yapmayan veya düşük düzeyde fiziksel aktiviteye sahip olan bireylerin, daha sık yürüyüş yapanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek ölüm korkusu yaşadıkları görülmüştür. Bu durum, fiziksel aktivitenin yalnızca bedensel sağlık üzerinde değil, ruhsal iyilik hali üzerinde de olumlu etkiler yarattığını desteklemektedir. Düzenli yürüyüş, yaşlı bireylerde özerklik hissini artırmakta, yaşam kontrolünü pekiştirmekte ve dolayısıyla ölüm korkusunu azaltıcı bir tampon işlevi görebilmektedir. Kodama ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalar da fiziksel aktivitenin psikolojik açıdan faydalar sağladığı ve sosyal yaşam üzerinde de olumlu etkiler oluşturduğu belirtilmektedir (138).

Bununla birlikte, son bir yıl içinde acil servise başvuru durumu ile ölüm korkusu arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Özellikle yalnızca bir kez acil servise başvuran bireylerde ölüm korkusunun daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, tekil bir sağlık krizinin, bireyde ölümle yüzleşme ve sonluluğa dair farkındalığı tetikleyebileceğini göstermektedir. Yani acil servise yapılan ani bir başvuru, bireyin kırılganlığını fark etmesine ve ölüm olasılığını daha somut biçimde hissetmesine neden olabilir. Ancak bu farkındalık, daha sık acil servise

başvuran bireylerde zamanla alışkanlık hâline gelmiş olabileceğinden, ölüm korkusu düzeyinin düşebileceği ya da daha az ifade edilebileceği düşünülmektedir.

Tüm bu bulgular, ölüm korkusunun yalnızca yaşla ya da sağlık durumu ile değil; bireyin fiziksel aktivite düzeyi, sağlıkla ilgili yaşantıları ve cinsiyet gibi çok boyutlu faktörlerle şekillendiğini göstermektedir. Bu nedenle, yaşlı bireylerle ölüm korkusunu etkileyebilecek psikososyal değişkenlerin bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

Öte yandan, düşme korkusuna ilişkin analizler, bu değişkenin birçok sosyodemografik ve sağlıkla ilişkili faktöre göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Cinsiyet değişkeni açısından, kadın katılımcıların erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek düşme korkusu yaşadıkları saptanmıştır. Bu bulgu, kadınların fizyolojik olarak daha kırılgan kabul edilmesi, osteoporoz gibi düşme riskini artıran durumlara daha yatkın olmaları ve benlik farkındalıklarının daha yüksek olmasıyla açıklanabilir. Yaş gruplarına göre değerlendirmede, 75 yaş ve üzerindeki bireylerin düşme korkusunun belirgin biçimde daha yüksek olduğu görülmüştür. Yaşlanma ile birlikte kas gücünde azalma, denge sorunları ve önceki düşme deneyimlerinin artışı bu sonucu destekleyen olası nedenler arasındadır.

Birçok araştırmada, sosyodemografik, fiziksel ve sosyal etkenlerin düşme korkusuyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Düşme korkusunun risk faktörleri arasında; ilaç kullanımı, bilişsel bozukluklar, görme problemleri, postural hipotansiyon, alt ekstremite kas güçsüzlüğü, yürüme ve denge bozuklukları, daha önce düşme öyküsüne sahip olmak, depresyon, kişinin sağlık algısı, yaşam kalitesi, kadın cinsiyet ve ileri yaş yer almaktadır (139).

Medeni durum açısından, bekar veya dul bireylerin evli bireylere kıyasla daha yüksek düzeyde düşme korkusu yaşadıkları belirlenmiştir. Bu durum, eş desteğinden yoksun olmanın fiziksel güvenlik algısını azaltmasıyla ilişkili olabilir. Curcio ve çalışma arkadaşlarının (2020) araştırmasına göre, medeni durumun düşme korkusu üzerinde etkili olduğu, özellikle yalnız yaşayan yaşlı bireylerin düşme korkusu düzeylerinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (140).

Eğitim düzeyi açısından yapılan analizlerde ise okur-yazar olmayan bireylerin, örgün eğitim almış bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek düşme korkusu yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu sonuç, sağlık okuryazarlığı düşüklüğünün, bireylerin düşme riskini doğru değerlendirememe ve başa çıkma stratejilerini geliştirememe gibi durumlara neden olabileceğini düşündürmektedir. Avrupa'da yapılan bazı araştırmalarda, yaşlı bireylerde düşük eğitim seviyesinin düşme korkusu için önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuş, ayrıca fonksiyonel becerilerin artmasıyla birlikte düşme korkusunun azaldığı ifade edilmiştir (140).

Sosyal hayata katılım düzeyi ile düşme korkusu arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur; dış sosyal etkileşimi sınırlı olan bireylerde düşme korkusu daha yüksektir. Bu durum, düşük sosyal katılımın hem psikolojik dayanıklılığı hem de fiziksel hareketliliği olumsuz etkilemesiyle açıklanabilir. Benzer şekilde, fiziksel aktivite düzeyi, düşme korkusuyla ters orantılı bulunmuş; daha az yürüyüş yapan bireylerde düşme korkusunun anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu da hareketin hem fiziksel dengeyi geliştirmesi hem de özgüveni artırması açısından önemini ortaya koymaktadır. Şen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Düşme Davranışları Ölçeği'ne göre, fiziksel fonksiyonlarında azalma görülen yaşlı bireyler, koruyucu davranışları uygulamadıkları takdirde düşme açısından riskli grupta yer almaktadır (141).

İlginç bir şekilde, sigara kullanmayan bireylerin düşme korkusu düzeyleri, sigara kullananlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bir başka çalışmada sigara kullananların kullanmayanlara göre düşme korkusu anlamlı değerlendirilmiştir (141). Bu sonuç, sigara kullanmayan bireylerin genellikle daha sağlık odaklı olmaları ve bedensel farkındalıklarının daha yüksek olması nedeniyle düşme riskine karşı daha duyarlı olmalarıyla açıklanabilir. Günlük ilaç kullanımı açısından yapılan değerlendirmede ise 1–3 ve 4–8 arası ilaç kullanan bireylerin, hiç ilaç kullanmayanlara göre anlamlı ölçüde daha yüksek düşme korkusu yaşadıkları saptanmıştır. Bu bulgu, polifarmasinin düşme riskini artıran yan etkiler (örneğin baş dönmesi, hipotansiyon) yaratabilme potansiyeline işaret etmektedir. Beyazay'ın (2011) 65 yaş ve üzerindeki hastanede yatan bireyler üzerinde yaptığı araştırmada, yaşlıların son bir yıl içinde düşme oranının %32,8 olduğu ve bu düşmelerin çoğunlukla (%70) ev içinde meydana

geldiği belirlenmiştir. Ayrıca, yaşlılarda düşme ve düşme riskini artıran etmenler arasında en az bir kronik hastalığa sahip olma, kullanılan ilaçların sayıca ve tür olarak fazla olması, yardımcı cihaz kullanımı ile fonksiyonel bağımlılığın yer aldığı ifade edilmiştir (142).

Ayrıca, sağlık hizmeti başvuru sıklığı da düşme korkusu ile ilişkili bulunmuştur. Son bir yıl içinde acil servise 2–8 kez başvuran bireylerin düşme korkusu puanları, hiç başvurmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Benzer biçimde, aile hekimine 6–10 kez başvuran bireylerdeki düşme korkusu düzeyi, 1–5 kez başvuranlara göre daha yüksek saptanmıştır. Bu bulgular, sağlık hizmetlerine daha sık başvuran bireylerin ya mevcut sağlık sorunlarının farkında olduklarını ya da yaşadıkları semptomların düşme ile ilgili kaygıları artırdığını düşündürmektedir. Brezilya ve Portekiz'de yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, günlük olarak ilaç kullanan yaşlıların düşme korkusunun daha fazla olduğu ortaya konulmuştur (143). Özetle, düşme korkusu; yaşlı bireylerde yalnızca fiziksel sağlık durumu ile değil, aynı zamanda psikososyal çevre, yaşam tarzı, sağlık davranışları ve destek sistemleriyle şekillenen çok boyutlu bir olgudur. Bu nedenle, düşme korkusunu azaltmaya yönelik müdahalelerin bireyin tüm yaşam alanlarını kapsayan bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir. İleri yaş, denge problemleri, eşlik eden hastalıklar, depresyon, anksiyete, bilişsel fonksiyon bozuklukları, kullanılan ilaçlar, görme bozuklukları ve düşme öyküsü gibi değiştirilebilir ya da değiştirilemeyen etmenler; düşme korkusunun fiziksel, psikolojik ve fonksiyonel bileşenler olarak birçok etken vardır (144).

Elde edilen anlamlı farklılıklar doğrultusunda, ölüm ve düşme korkusunu yordayan değişkenlerin birlikte etkisini değerlendirmek amacıyla lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Bu analiz, ilgili korku türlerinin olasılıkla ortaya çıkmasında hangi değişkenlerin daha güçlü rol oynadığını belirlemeye yönelik ileri düzey istatistiksel bir yaklaşımdır.

Ölüm korkusuna ilişkin modelde, cinsiyet, haftalık yürüyüş sıklığı ve son bir yıl içinde acil servise başvuru sayısı bağımsız değişken olarak dahil edilmiştir. Bu modelin toplam varyansı açıklama oranı yalnızca %7,9 olarak bulunmuştur. Ancak modelde yer alan üç bağımsız değişkenden yalnızca cinsiyetin ölüm korkusu üzerinde

istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır. Buna göre, kadın katılımcıların ölüm korkusu yaşama olasılıkları erkeklerin yaklaşık 2,8 katı olarak bulunmuştur. Başka bir ifadeyle, kadınların ölüm korkusu yaşama ihtimali, erkeklere göre yaklaşık %180 daha fazladır. Bu sonuç, daha önceki karşılaştırmalı analizlerle de örtüşmekte ve kadınların yaşlılık döneminde ölümle ilgili kaygılara karşı daha duyarlı olduklarını desteklemektedir. Bir başka çalışmada da Maglio'nun ölüm eğitimi programlarının ölüm kaygısı üzerindeki etkilerini inceleyen ve 62 çalışmayı kapsayan meta-analizinde, kadınların erkeklere kıyasla ölüm kaygısı düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bu kaygıya daha fazla eğilim gösterdikleri rapor edilmiştir (145).

Düşme korkusuna ilişkin regresyon modeli ise oldukça güçlü bir açıklayıcılığa sahiptir. Modelin toplam varyansı açıklama oranı %44,3 olarak hesaplanmıştır. Bu durum, düşme korkusunun çok boyutlu yapısının daha belirgin biçimde ölçülebildiğini ve seçilen değişkenlerin bu korkunun oluşumunda güçlü belirleyiciler olduğunu göstermektedir. Analize dahil edilen değişkenlerden cinsiyet, sosyal etkileşim sıklığı (markete/pazara/arkadaşlarla vakit geçirme), haftalık yürüyüş sıklığı ve acil servise başvuru sayısı, düşme korkusu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiler göstermiştir.

Bu doğrultuda, kadın katılımcıların düşme korkusu yaşama olasılıkları erkeklerin yaklaşık 3,68 katı olarak bulunmuştur. Bu da kadınların düşmeye ilişkin risk algılarının ve kaygılarının erkeklere göre anlamlı biçimde daha yoğun olduğunu ortaya koymaktadır. Sosyal etkileşim düzeyi düşük olan bireylerin, düzenli olarak sosyalleşen bireylere kıyasla 2,07 katı düşme korkusu yaşama olasılığı taşıdığı belirlenmiştir. Bu bulgu, sosyal izolasyonun yalnızca psikolojik değil, aynı zamanda düşmeye yönelik algılarda da önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Fiziksel aktivite düzeyi açısından, haftada yalnızca bir gün veya hiç yürümeyen bireylerin, haftada 2–3 gün ya da daha sık yürüyüş yapanlara kıyasla 3,4 kat düşme korkusu yaşama olasılığı olduğu saptanmıştır. Son olarak, son bir yıl içerisinde 2–8 kez acil servise başvuran bireylerin, hiç başvurmayanlara göre 3,9 kat (%290 daha fazla) düşme korkusu yaşama olasılığı taşıdığı görülmüştür. Bu durum, daha sık sağlık hizmeti kullanımı olan bireylerin düşme ile ilişkili kaygılarının daha yüksek düzeyde olduğunu düşündürmektedir.

Genel olarak, bu sonuçlar hem ölüm hem de düşme korkusunun çok boyutlu yapısını doğrulamakta ve özellikle düşme korkusunda sosyal, davranışsal ve sağlık hizmeti kullanımına dair faktörlerin belirleyici olduğunu göstermektedir. Ayrıca sonuçlar, yaşlı bireylerin hem fiziksel hem de ruhsal açıdan daha kapsamlı bir değerlendirmeye tabi tutulmasının ve bireyselleştirilmiş koruyucu müdahalelerin geliştirilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Son olarak, araştırmamızda ölüm korkusu ile düşme korkusu arasındaki ilişki incelendiğinde, iki değişken arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu, ölüm korkusu düzeyi arttıkça düşme korkusunun da artma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Ancak korelasyon katsayısının büyüklüğü değerlendirildiğinde, ilişkinin zayıf düzeyde olduğu görülmektedir. Ayrıca hesaplanan determinasyon katsayısı bu iki değişkenin toplam varyanslarının yalnızca yaklaşık %4,8'lik bir kısmının ortak olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, ölüm korkusu ve düşme korkusunun her ne kadar ilişkili olsalar da temelde farklı psikolojik süreçler tarafından belirlendiğini ve bağımsız yapılar taşıdıklarını göstermektedir.

Sonuç olarak, bu çalışma, yaşlı bireylerin ölüm korkusu ve düşme korkusu düzeylerini bütüncül bir bakış açısıyla ele alarak, bu iki önemli psikososyal değişkenin çeşitli bireysel, sosyal ve sağlıkla ilişkili faktörlerle nasıl ilişkilendiğini kapsamlı biçimde ortaya koymuştur. Katılımcıların genel sağlık durumlarının iyi, fiziksel ve sosyal yönden aktif olmaları, yaşlılık döneminde koruyucu bir profil sergilediklerini göstermiştir. Bununla birlikte, belirli bir oranda ölüm ve düşme korkusunun varlığı, yaşlanma sürecine eşlik eden içsel kırılganlıkların da göz ardı edilemeyeceğini ortaya koymaktadır. Özellikle kadın cinsiyet, düşük fiziksel aktivite, sosyal izolasyon ve sık sağlık hizmeti kullanımı gibi faktörlerin bu korkular üzerinde anlamlı etkilerinin bulunması, yaşlı bireylerin yalnızca fizyolojik değil, psikososyal yönleriyle de desteklenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca ölüm korkusu ile düşme korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf bir ilişki saptanması, bu iki korkunun büyük ölçüde birbirinden bağımsız psikolojik süreçler tarafından şekillendiğine işaret etmektedir.

5.1. Çalışmanın Güçlü Yünleri ve Kısıtlılıkları

Bu çalışma, birinci basamak sağlık kuruluşuna kayıtlı yaşlı bireylerde ölüm ve düşme korkusunu aynı çerçevede değerlendiren nadir çalışmalardan biri olarak literatüre önemli bir katkı sunmaktadır. Geniş değişken yelpazesi, literatüre dayalı güçlü analizleri ve bütüncül yaklaşımıyla çalışma, yaşlılık döneminde ruh sağlığına yönelik risk değerlendirmelerinde yol gösterici niteliktedir. Elde edilen bulgular, yaşlı bireylerde sadece fiziksel sağlık göstergelerine değil, duygusal güvenlik algılarına ve yaşam kalitesine odaklanan müdahale modellerinin geliştirilmesi gerekliliğine dikkat çekmektedir. Bu bağlamda, çalışmamız hem klinik uygulamalara hem de birinci basamak temelli yaşlılık politikalarına yön verebilecek potansiyele sahiptir.

Öte yandan bu araştırma bazı metodolojik ve uygulamaya ilişkin sınırlılıklar içermektedir. İlk olarak, çalışma yalnızca belirli bir coğrafi bölgede ve bir adet sağlık kuruluşunda yürütülmüştür. Bu durum, elde edilen bulguların genellenebilirliğini sınırlayabilir. İkinci olarak, araştırmada kullanılan veriler, bireylerin öz bildirimine dayalı olarak toplanmıştır. Bu durum, katılımcıların yanıtlarında sosyal beğenirlik ya da hatırlama yanlılığı gibi öznel faktörlerin etkili olabileceği anlamına gelmektedir. Ayrıca, çalışmada kullanılan ölçme araçları geçerli ve güvenilir ölçekler olmakla birlikte, psikososyal yapıların karmaşıklığı göz önüne alındığında, bu değişkenlerin tamamını kapsayıcı nitelikte olmayabilir. Üçüncü olarak, çalışma kesitsel bir tasarıma sahiptir. Bu nedenle, değişkenler arasındaki ilişkiler ortaya konabilse de ölüm korkusu ve düşme korkusu gibi dinamik psikolojik süreçlerin zaman içindeki değişimini değerlendirebilmek için boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.

Son olarak, örneklem grubunun gönüllülük esasına göre belirlenmiş olması, belirli bir seçilme yanlılığı riski taşımaktadır. Gönüllü katılımcılar, araştırmaya katılma motivasyonu taşımayan bireylerden farklı psikososyal özellikler gösterebilirler; bu durum da bulguların genellenebilirliğini kısıtlayabilir.

Ancak tüm bu sınırlılıklara rağmen çalışma, ele alınan konuyu açıklayıcı yönde katkı sunmakta ve literatürdeki önemli bir boşluğu doldurma potansiyeline sahiptir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, 65 yaş ve üzeri bireylerde ölüm korkusu ve düşme korkusunun düzeylerini, bu iki önemli psikososyal değişken arasındaki ilişkiyi ve sosyodemografik, sağlıkla ilişkili faktörlerle bağlantılarını kapsamlı bir şekilde ortaya koymuştur. Elde edilen bulgular, yaşlı bireylerin genel olarak iyi bir sağlık durumuna, yüksek fiziksel aktivite düzeyine ve sosyal yaşama katılım oranına sahip olduklarını göstermektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olmaları, yaşlanma sürecinde aktif ve üretken rollerini koruduklarına işaret etmektedir.

Bununla birlikte, katılımcıların yaklaşık üçte birinde orta düzeyde ölüm korkusu, yaklaşık yarısında ise yüksek düzeyde düşme korkusu saptanması, yaşlılık döneminde fizyolojik yıpranmanın yanı sıra psikososyal kırılganlıkların da önemli bir gerçeklik olduğunu göstermektedir. Ölüm korkusunun kadınlarda daha yüksek bulunması, cinsiyetin psikolojik yaşantılar üzerindeki etkisini ortaya koyarken; düzenli fiziksel aktivite yapanlarda ölüm korkusunun daha düşük olması, hareketin sadece fiziksel sağlık değil, ruhsal iyilik hali açısından da koruyucu bir faktör olduğunu desteklemektedir. Ayrıca, acil servise başvuru öyküsünün ölüm korkusunu artırması, sağlıkla ilgili ani krizlerin bireylerde sonluluk farkındalığını tetiklediğine işaret etmektedir.

Düşme korkusuna ilişkin bulgular ise, yaşlı bireylerin önemli bir kısmında bu korkunun mevcut olduğunu, ancak her zaman davranışsal kaçınmaya dönüşmediğini göstermektedir. Kadın cinsiyet, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, yalnız yaşama, düşük fiziksel aktivite düzeyi ve sağlık hizmetlerine sık başvuru, düşme korkusunu artıran başlıca etkenler olarak belirlenmiştir. Sosyal etkileşimin düşük olması da düşme korkusuyla ilişkili bulunmuş, bu durum sosyal izolasyonun hem psikolojik hem de fiziksel riskleri artırabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmada ölüm korkusu ile düşme korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı, ancak zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç, her iki korkunun benzer risk faktörleri tarafından etkilense de temelde farklı psikolojik süreçlerle şekillendiğini

göstermektedir. Ölüm korkusu daha çok varoluşsal kaygılar, bağımlılık korkusu ve yalnız kalma endişesi ile ilişkili iken; düşme korkusu fiziksel yetersizlik, denge kaybı, yaralanma ve bakım gereksinimi gibi somut endişelerden kaynaklanmaktadır.

Sonuç olarak, bu çalışma yaşlı bireylerde ölüm korkusu ve düşme korkusunun yaygınlığını ve belirleyicilerini bütüncül bir bakış açısıyla ele alan nadir araştırmalardan biri olarak literatüre katkı sunmuştur. Bulgular, yaşlı sağlığı hizmetlerinde sadece fiziksel hastalıkların tedavisine odaklanmanın yetersiz olduğunu, bireylerin psikososyal ihtiyaçlarının da kapsamlı şekilde değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Özellikle kadın bireyler, düşük eğitim düzeyine sahip olanlar, yalnız yaşayanlar ve fiziksel aktivite düzeyi düşük olanlar, ölüm ve düşme korkusu açısından risk grubu olarak değerlendirilmeli; bu kişilere yönelik multidisipliner yaklaşımlar geliştirilmelidir.

Gelecekte yapılacak araştırmaların, ölüm korkusu ve düşme korkusu arasındaki ilişkiyi daha derinlemesine incelemesi, müdahale programlarının etkinliğini değerlendirmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruhsal destek modellerini test etmesi önerilmektedir. Bu bağlamda, çalışmamız, yaşlı bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarını birlikte ele alan politika ve uygulamalar geliştirilmesine yönelik önemli bir temel oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Arslan M, Keskin Arslan E, Koç EM, Sözmen MK, Kaplan YC. Altmış beş yaş ve üzeri kişilerde kırılganlık ile ilaç kullanımı ve polifarmasi arasındaki ilişki. Med Bull Haseki. 2020;58(1):33-41.
2. Bernard SM, editor Loneliness and social isolation among older people in North Yorkshire. Invited. North Yorkshire Older People's Partnership Board Meeting; 2013.
3. Köstek G. Huzur ve bakımevinde yaşayan yaşlıların ölüm kaygısı ve benlik saygısının incelenmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
4. Alkan H, Yıldız N, Sarsan A, Akkaya N, Fındıkoğlu G, Sevinç Ö, et al. The relationship between posturographic fall risk and clinical balance tests among community-dwelling older adults. Turk Geriatri Dergisi. 2014.
5. Rosen T, Mack KA, Noonan RK. Slipping and tripping: fall injuries in adults associated with rugs and carpets. Journal of injury and violence research. 2013;5(1):61.
6. Kelsey JL, Procter-Gray E, Hannan MT, Li W. Heterogeneity of falls among older adults: implications for public health prevention. American journal of public health. 2012;102(11):2149-56.
7. Jørstad EC, Hauer K, Becker C, Lamb SE, Group P. Measuring the psychological outcomes of falling: a systematic review. Journal of the American geriatrics society. 2005;53(3):501-10.
8. Yardley L, Smith H. A prospective study of the relationship between feared consequences of falling and avoidance of activity in community-living older people. The Gerontologist. 2002;42(1):17-23.
9. Venkatapuram S, Ehni H-J, Saxena A. Equity and healthy ageing. Bulletin of the World Health Organization. 2017;95(11):791.
10. Yılmaz A. 2018-2023 döneminde yaşlı nüfusun artışı ve demografik dağılımı 2023 [Available from: https://www.tuik.gov.tr/.
11. Bakanlığı TCAvSH. Yaşlı nüfus istatistik bülteni 2020 Ankara2021 [Available from: https://www.aile.gov.tr/media/89041/yasli_nufus_istatistik_bulteni.pdf.
12. Kurumu Tİ. İstatistiklerle Yaşlılar, 2024 13 Mart 2025 [updated 2024. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2024-54079.
13. United Nations Department of Economic and Social Affairs PD. World Population Ageing 2019: Highlights. New York: United Nations; 11.02.2020 21:26:22.
14. Nations U. World urbanization prospects: The 2018 revision (st/esa/ser. a/420). United Nations, New York. 2019.
15. Jaul E, Barron J. Age-related diseases and clinical and public health implications for the 85 years old and over population. Frontiers in public health. 2017;5:335.
16. Davis A, McMahon CM, Pichora-Fuller KM, Russ S, Lin F, Olusanya BO, et al. Aging and hearing health: the life-course approach. The Gerontologist. 2016;56(Suppl_2):S256-S67.

17. Evans J, Fletcher A, Wormald R, Ng ES-W, Stirling S, Smeeth L, et al. Prevalence of visual impairment in people aged 75 years and older in Britain: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. British Journal of Ophthalmology. 2002;86(7):795-800.
18. Zalewski CK, editor Aging of the human vestibular system. Seminars in hearing; 2015: Thieme Medical Publishers.
19. Guinan P. Frailty and old age. The Linacre Quarterly. 2016;83(2):131-3.
20. Leung AY, Molassiotis A, Carino DA. A challenge to healthy aging: Limited social participation in old age. Aging and disease. 2021;12(7):1536.
21. Maresova P, Javanmardi E, Barakovic S, Barakovic Husic J, Tomsone S, Krejcar O, et al. Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age–a scoping review. BMC public health. 2019;19:1-17.
22. Baghdasaryan J, Sedrakyan S, Suiunalieva B, Vladimirova O. Socio-Philosophical and Socio-Psychological Problems of Old Age. Wisdom. 2022(3 (23)):20-6.
23. Tereci D, Turan G, Kasa N, Öncel T, Arslansoyu N. Yaşlılık kavramına bir bakış. Ufkun Ötesi Bilim Dergisi. 2016;16(1):84-116.
24. Sözlük T. Türk Dil Kurumu Yayınları. Ankara; 2005.
25. Thomas L. Ölüm,(Çev.: Işın Gürbüz), İstanbul: İletişim Yayınları. 1991.
26. Karadakovan A, Aslan FE. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2022.
27. Cevizci A. İlkçağ felsefesi tarihi: Asa Kitabevi; 2001.
28. Tomer A, Grafton E, Wong P. Death attitudes: Existential & spiritual issues. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2008.
29. Dağ İ. Psikolojinin ışığında kaygı. Doğu Batı Düşünce Dergisi. 1999;6:181-9.
30. Ebadi A, Lehto R, Peyrovi H. The experience of death anxiety in Iranian war veterans: a phenomenology study. Death Studies. 2015;39(1-5):281-7.
31. Lehto R, Stein KF. Death anxiety: An analysis of an evolving concept. 2009.
32. Lonetto R, Templer DI. Death anxiety: Hemisphere Publishing Corp; 1986.
33. Abdel-Khalek AM, Tomás-Sábado J. Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. Death studies. 2005;29(2):157-69.
34. Nyatanga B, de Vocht H. Towards a definition of death anxiety. International journal of palliative nursing. 2006;12(9):410-3.
35. Yalom I. Varoluşçu psikoterapi [Existential psychotherapy](Z. İyidoğan Babayiğit, Trans.). Kabalcı; 2001.
36. Cochrane T. Fear of Death and the Will to Live. Australasian Journal of Philosophy. 2024:1-17.
37. Nagel T. Death. Noûs. 1970:73-80.
38. Scheffler S. Death and the Afterlife: Oxford University Press; 2013.
39. Austin EA. Epicurus and the politics of fearing death. apeiron. 2012;45(2):109-29.

40. Burger JM. Kişilik: Psikoloji biliminin insan doğasına dair söyledikleri. İstanbul: Kaknüs Yayınları. 2006;1.

41. Vail KE, Rothschild ZK, Weise DR, Solomon S, Pyszczynski T, Greenberg J. A terror management analysis of the psychological functions of religion. Personality and Social Psychology Review. 2010;14(1):84-94.

42. Ducasse CJ. A critical examination of the belief in a life after death. British Journal for the Philosophy of Science. 1962;13(51).

43. Sharpe L, Curran L, Butow P, Thewes B. Fear of cancer recurrence and death anxiety. Psycho-oncology. 2018;27(11):2559-65.

44. Cesario SK. Sword of Damocles cutting through the life stages of women with ovarian cancer. Number 5/September 2010. 2010;37(5):609-17.

45. Arrowood RB, Cox CR, Kersten M, Routledge C, Shelton JT, Hood Jr RW. Ebola salience, death-thought accessibility, and worldview defense: A terror management theory perspective. Death Studies. 2017;41(9):585-91.

46. Pyszczynski T, Greenberg J, Solomon S, Maxfield M. On the unique psychological import of the human awareness of mortality: Theme and variations. Psychological Inquiry. 2006;17(4):328-56.

47. Choron J. Death and Western thought. 1963.

48. Raphael B. The anatomy of bereavement: A handbook for the caring professions: Routledge; 2003.

49. Gonen G, Kaymak SU, Cankurtaran ES, Karslioglu EH, Ozalp E, Soygur H. The factors contributing to death anxiety in cancer patients. Journal of psychosocial oncology. 2012;30(3):347-58.

50. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. The Journal of general psychology. 1970;82(2):165-77.

51. Carmen Abengozar BB, Jose Luis Vega, Ma. Intervention on attitudes toward death along the life span. Educational Gerontology. 1999;25(5):435-47.

52. Krause N, Hayward RD. Religious involvement and death anxiety. OMEGA-Journal of Death and Dying. 2014;69(1):59-78.

53. Cicirelli VG. Fear of death in older adults: Predictions from terror management theory. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2002;57(4):P358-P66.

54. Azaiza F, Ron P, Shoham M, Gigini I. Death and dying anxiety among elderly Arab Muslims in Israel. Death studies. 2010;34(4):351-64.

55. Kraft WA, Litwin WJ, Barber SE. Religious orientation and assertiveness: Relationship to death anxiety. The Journal of Social Psychology. 1987;127(1):93-5.

56. V. Fortner RAN, Barry. Death anxiety in older adults: A quantitative review. Death studies. 1999;23(5):387-411.

57. Beshai JA. Are cross-cultural comparisons of norms on death anxiety valid? OMEGA-Journal of Death and Dying. 2008;57(3):299-313.

58. Twelker PA. The relationship between death anxiety, sex, and age. Internet resource available at URL: http://www tiu edu/psychology/deathanxiety htm (Last updated April, 2006). 2006.

59. Ertufan H. Hekimlik uygulamalarında ölümle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerine etkisi. 2008.

60. Nia HS, Lehto RH, Ebadi A, Peyrovi H. Death anxiety among nurses and health care professionals: A review article. International journal of community based nursing and midwifery. 2016;4(1):2.

61. Templer DI, Awadalla A, Al-Fayez G, Frazee J, Bassman L, Connelly HJ, et al. Construction of a death anxiety scale–extended. OMEGA-Journal of death and dying. 2006;53(3):209-26.

62. Martin TO. Death anxiety and social desirability among nurses. OMEGA-journal of Death and Dying. 1983;13(1):51-8.

63. Schell BH, Zinger JT. Death anxiety scale means and standard deviations for Ontario undergraduates and funeral directors. Psychological Reports. 1984;54(2):439-46.

64. Lonetto R, Fleming S, Mercer GW. The structure of death anxiety: A factor analytic study. Journal of Personality Assessment. 1979;43(4):388-92.

65. Neimeyer R, Van Brunt D. Death anxiety. In. Wass H, Neimeyer RA, editors. Dying: Facing the Facts. Washington, DC: Taylor and Francis; 1995.

66. Sarıkaya Y. Ölüm kaygısı ölçeği geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Tokat. 2013.

67. Kulu M, Özsoy F. Hemşirelerin ölüm kaygıları, üst bilişsel süreçleri ve zihin kuramları. Cukurova Medical Journal. 2018;43(Ek 1):187-93.

68. Nia HS, Ebadi A, Lehto RH, Mousavi B, Peyrovi H, Chan YH. Reliability and validity of the persian version of templer death anxiety scale-extended in veterans of Iran–Iraq warfare. Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences. 2014;8(4):29.

69. Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. Ölüm ve ölüm kaygısı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2012;21(1):42-79.

70. Thorson JA, Powell FC. A revised death anxiety scale. Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application: Taylor & Francis; 2015. p. 31-43.

71. Riddle RE. The relationship between burnout, death anxiety and aggression in police officers: United States International University; 1999.

72. Kastenbaum R. The psychology of death: Springer Publishing Company; 2000.

73. Wong PT. Meaning management theory and death acceptance. Existential and spiritual issues in death attitudes: Psychology Press; 2007. p. 91-114.

74. Sarıkaya Y, Baloğlu M. The development and psychometric properties of the Turkish death anxiety scale (TDAS). Death studies. 2016;40(7):419-31.

75. Sharif Nia H, Pahlevan Sharif S, Koocher GP, Yaghoobzadeh A, Haghdoost AA, Mar Win MT, et al. Psychometric properties of the death anxiety scale-extended among

patients with end-stage renal disease. OMEGA-Journal of Death and Dying. 2020;80(3):380-96.

76. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J, Limonero JT. The death anxiety inventory: A revision. Psychological reports. 2005;97(3):793-6.

77. Nelson L, Nelson C. A factor analytic inquiry into the multidimensionality of death anxiety. OMEGA-Journal of Death and Dying. 1975;6(2):171-8.

78. Zorlu F, Unubol H. The multidimensional orientation toward dying and death inventory: Validity and reliability in a Turkey sample. Alpha Psychiatry. 2018;19(Supplement 2):39-46.

79. Mazidi M, Zarei M, Ahmadi Bouyaghchi Z, Ranjbar S, Menzies RE. Evaluation of the death anxiety beliefs and behaviors scale in Iranian adolescents. Death Studies. 2024:1-9.

80. Tomás-Sábado J, Limonero JT, Abdel-Khalek AM. Spanish adaptation of the Collett-Lester fear of death scale. Death Studies. 2007;31(3):249-60.

81. Mooney DC, O'Gorman J. Construct validity of the revised Collett-Lester fear of death and dying scale. OMEGA-Journal of Death and Dying. 2001;43(2):157-73.

82. Rigdon MA, Epting FR, Neimeyer RA, Krieger SR. The threat index: A research report. Death Studies. 1979;3(3):245-70.

83. Neimeyer RA. Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application: Taylor & Francis; 2015.

84. Cheung W-S, Ho SM. The use of death metaphors to understand personal meaning of death among Hong Kong Chinese undergraduates. Death Studies. 2004;28(1):47-62.

85. Yin* F, Fang* J, Zhou N, Shen H, He Y. Development and validation of the Chinese death metaphors scale-revised. Death studies. 2017;41(2):87-92.

86. Saffarzadeh A, Rahiminezhad A, Ehsan HB, Noferesti A, Shahmansouri N, Salehi K. Psychometric Characteristics of the Persian Version of the Revised Fear of Personal Death Scale. Iranian Journal of Psychiatry & Behavioral Sciences/Progress in Psychiatry & Behavioral Sciences. 2023;17(1).

87. Burris CT, Bailey K. What lies beyond: Theory and measurement of afterdeath beliefs. The International Journal for the Psychology of Religion. 2009;19(3):173-86.

88. Organization WH. Falls 26 Nisan 2021 [Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls/.

89. Manorenj S, Shaik RS. A neurologist's perspective of approach to falls in the elderly. Annals of Movement Disorders. 2024;7(1):3-12.

90. Fuller GF. Falls in the elderly. American family physician. 2000;61(7):2159-68.

91. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. New England journal of medicine. 1988;319(26):1701-7.

92. Dsouza S, Rajashekar B, Dsouza H, Kumar K. Falls in Indian older adults: a barrier to active ageing. Asian J Gerontol Geriatr. 2014;9(1):1-8.

93. Johansson J, Nordström A, Nordström P. Greater fall risk in elderly women than in men is associated with increased gait variability during multitasking. Journal of the American Medical Directors Association. 2016;17(6):535-40.

94. Lusardi MM, Fritz S, Middleton A, Allison L, Wingood M, Phillips E, et al. Determining risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis using posttest probability. Journal of geriatric physical therapy. 2017;40(1):1-36.

95. Her L, Gao J, Jacobson LE, Saxe JM, Leslie KL, Jensen C, editors. Predicting falls in older adults aged 65 and up based on fall risk dataset. Intelligent Systems and Applications: Proceedings of the 2021 Intelligent Systems Conference (IntelliSys) Volume 3; 2022: Springer.

96. Ambrose AF, Paul G, Hausdorff JM. Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. Maturitas. 2013;75(1):51-61.

97. Chen X, He L, Shi K, Yang J, Du X, Shi K, et al. Age-stratified modifiable fall risk factors in Chinese community-dwelling older adults. Archives of gerontology and geriatrics. 2023;108:104922.

98. Blanchet R, Edwards N. A need to improve the assessment of environmental hazards for falls on stairs and in bathrooms: results of a scoping review. BMC geriatrics. 2018;18:1-16.

99. Axer H, Axer M, Sauer H, Witte OW, Hagemann G. Falls and gait disorders in geriatric neurology. Clinical neurology and neurosurgery. 2010;112(4):265-74.

100. Grundstrom AC, Guse CE, Layde PM. Risk factors for falls and fall-related injuries in adults 85 years of age and older. Archives of gerontology and geriatrics. 2012;54(3):421-8.

101. Krauss MJ, Evanoff B, Hitcho E, Ngugi KE, Dunagan WC, Fischer I, et al. A case-control study of patient, medication, and care-related risk factors for inpatient falls. Journal of general internal medicine. 2005;20:116-22.

102. Eyigör S. Düşmelere yaklaşım. Ege Tıp Dergisi. 2012;51.

103. Karan MA. YAŞLILARDA DÜŞME, ÖNEMİ ve RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ. Ege Tıp Bilimleri Dergisi. 2018;1(4):129-32.

104. Tinetti ME, McAvay G, Claus E. Does multiple risk factor reduction explain the reduction in fall rate in the Yale FICSIT trial? American journal of epidemiology. 1996;144(4):389-99.

105. Nnodim JO, Alexander NB. Assessing falls in older adults: a comprehensive fall evaluation to reduce fall risk in older adults. Geriatrics. 2005;60(10):24-8.

106. Society CCotAA, Neurology tAAo. Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, pure autonomic failure, and multiple system atrophy. Neurology. 1996;46(5):1470-.

107. Society AG, Society G, Of AA, On Falls Prevention OSP. Guideline for the prevention of falls in older persons. Journal of the American Geriatrics Society. 2001;49(5):664-72.

108. Bulut Doğan Z. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda düşme ile ilişkili risk faktörleri. 2014.

109. Bhasin S, Gill TM, Reuben DB, Latham NK, Gurwitz JH, Dykes P, et al. Strategies to Reduce Injuries and Develop Confidence in Elders (STRIDE): a cluster-randomized pragmatic trial of a multifactorial fall injury prevention strategy: design and methods. The Journals of Gerontology: Series A. 2018;73(8):1053-61.

110. France D, Slayton J, Moore S, Domenico H, Matthews J, Steaban RL, et al. A multicomponent fall prevention strategy reduces falls at an academic medical center. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2017;43(9):460-70.

111. Lord SR, Close JC. New horizons in falls prevention. Age and ageing. 2018;47(4):492-8.

112. Heng H, Jazayeri D, Shaw L, Kiegaldie D, Hill A-M, Morris ME. Hospital falls prevention with patient education: a scoping review. BMC geriatrics. 2020;20:1-12.

113. Turner K, Staggs V, Potter C, Cramer E, Shorr R, Mion LC. Fall prevention implementation strategies in use at 60 United States hospitals: a descriptive study. BMJ quality & safety. 2020;29(12):1000-7.

114. Montero-Odasso MM, Kamkar N, Pieruccini-Faria F, Osman A, Sarquis-Adamson Y, Close J, et al. Evaluation of clinical practice guidelines on fall prevention and management for older adults: a systematic review. JAMA network open. 2021;4(12):e2138911-e.

115. Batchelor FA, Mackintosh SF, Said CM, Hill KD. Falls after stroke. International Journal of Stroke. 2012;7(6):482-90.

116. Giovannini S, Brau F, Galluzzo V, Santagada DA, Loreti C, Biscotti L, et al. Falls among older adults: screening, identification, rehabilitation, and management. Applied Sciences. 2022;12(15):7934.

117. Mathon C, Beaucamp F, Roca F, Chassagne P, Thevenon A, Puisieux F. Post-fall syndrome: Profile and outcomes. Annals of physical and rehabilitation medicine. 2017;60:e50-e1.

118. Hitcho EB, Krauss MJ, Birge S, Claiborne Dunagan W, Fischer I, Johnson S, et al. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. Journal of general internal medicine. 2004;19(7):732-9.

119. Legters K. Fear of Falling. Physical Therapy. 2002;82(3):264-72.

120. Scheffer AC, Schuurmans MJ, Van Dijk N, Van Der Hooft T, De Rooij SE. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. Age and ageing. 2008;37(1):19-24.

121. USTA YEŞİLBALKAN Ö, KARADAKOVAN A. Narlıdere Dinlenme ve Bakımevinde yaşayan yaşlı bireylerdeki düşme sıklığı ve düşmeyi etkileyen faktörler. Türk Geriatri Dergisi. 2005;8(2):72-7.

122. Uz S, Özdinçler A, Erdinçler D. Geriatrik hastalarda düşme risk faktörlerinin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisi. Turkish Journal of Geriatrics. 2011;14(3):245-52.

123. Şenol C. Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölüme ilişkin Kaygı ve Korkular Yayınlamamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara, AÜ Sosyal Bilimler Enst. 1989;100.

124. Akça F, Köse İA. Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2008;11(1).

125. ME T. Falls efficacy as a measure of fear of falling. Psychol Sci. 1997;45(6):310.

126. Ulus Y, Durmus D, Akyol Y, Terzi Y, Bilgici A, Kuru O. Reliability and validity of the Turkish version of the Falls Efficacy Scale International (FES-I) in community-dwelling older persons. Archives of gerontology and geriatrics. 2012;54(3):429-33.

127. Field A. Multivariate analysis of variance (MANOVA). 3rd, ed Discovering Statistics Using SPSS London: SAGE. 2009:584-626.

128. Field A. Discovering statistics using SPSS: Introducing statistical method. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2009.

129. Shavelson RJ. Sosyal bilimler için istatistik: Pegem Akademi; 2016.

130. George D, Mallery P. IBM SPSS statistics 29 step by step: A simple guide and reference: Routledge; 2024.

131. Çivi S, Tanrıkulu MZ. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. 2000.

132. Dionigi R. Competitive sport as leisure in later life: Negotiations, discourse, and aging. Leisure sciences. 2006;28(2):181-96.

133. Elkin N. Yaşlılarda polifarmasi ve akılcı ilaç kullanımına aile hekimliği yaklaşımı. Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences. 2020(11):279-90.

134. Savrun B. Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. Depresyon, somatizasyon ve psikiyatrik aciller sempozyumunda sunuldu, İstanbul. 1999:11-7.

135. Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2011;12(1):37-43.

136. Vitorino LM, Teixeira CAB, Boas ELV, Pereira RL, Santos NOd, Rozendo CA. Fear of falling in older adults living at home: associated factors. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2017;51:e03215.

137. Tanhan F. ÖLüm Kaygısıyla Baş Etme Eğitiminin ÖLüm Kaygısı ve Psikolojik Iyi Olma Düzeyine Etkisi [Ph.D.]. Turkey: Ankara Universitesi (Turkey); 2022.

138. Kodama S, Tanaka S, Heianza Y, Fujihara K, Horikawa C, Shimano H, et al. Association between physical activity and risk of all-cause mortality and cardiovascular disease in patients with diabetes: a meta-analysis. Diabetes care. 2013;36(2):471-9.

139. Yörük S. Balıkesir Devlet Hastanesi dahiliye kliniğinde yatan yaşlılarda düşme korkusu ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2012;13(2):25-9.

140. Curcio C-L, Wu YY, Vafaei A, Barbosa JFdS, Guerra R, Guralnik J, et al. A regression tree for identifying risk factors for fear of falling: the International Mobility in Aging Study (IMIAS). The Journals of Gerontology: Series A. 2020;75(1):181-8.

141. Şen G, Erol S. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Düşme Korkusunu Azaltmada Güvenli Hareket ve Yürüme Programının Etkisi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2018;5(3):387-96.
142. Beyazay S. Yaşlı hastalarda tedavi süreçlerindeki düşme riskinin ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
143. Vitorino LM, Marques-Vieira C, Low G, Sousa L, Cruz JP. Fear of falling among Brazilian and Portuguese older adults. International journal of older people nursing. 2019;14(2):e12230.
144. KAYA T, KARATEPE AG, AVCI A, GÜNAYDIN R. YAŞLILARDA DÜŞME KORKUSU VE DÜŞMEYE KARŞI YETKİNLİK. Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi. 2012;15(3).
145. Maglio CJ. Meta-analysis of the effects of death education on death anxiety: Arizona State University; 1992.

EKLER

EK-1. VERİ TOPLAMA FORMU

NO	SORULAR	CEVAPLAR
1	Hasta no	
2	Yaş	
3	Cinsiyet	Kadın ( ) Erkek ( )
4	Medeni durum	Evli ( ) Bekar ( ) Dul ( )
5	Eğitim durumu	Okur yazar değil ( )8 yıl altı ( ) 8-12 yıl arası ( ) 12 yıl üstü ( )
6	Sigara	Hiç kullanmamış ( )Bırakmış ( ) Aktif kullanıyor ( )
7	Şu an aktif olarak bir yerde çalışıyor musunuz?	Evet ( ) Hayır ( )
8	Yaşadığı ortam	Yalnız ( ) İlk eşi ile ( ) Sonraki eşi ile ( ) Çocuğu ile ( ) Akraba ile ( ) Bakıcı ile ( ) Huzur evi ( )
9	Şu an günlük kullandığınız ilaç sayısı ne kadar?	
10	Haftada ne kadar yürüyüş yaparsınız?	Her gün ( ) Haftada 2-3 gün ( ) Haftada bir gün ( ) Hiç yapmam ( )
11	Ev işlerini/ alışverişi tek başınıza yapabilir misiniz?	Her zaman kendim yaparım ( ) çoğunlukla ben yaparım ( ) Ara sıra ben yaparım ( ) Hiç yapmam ( )
12	Markete, pazara, arkadaşlar ile vakit geçirmeye ne kadar sıklık ile gidersiniz?	Her gün ( ) Haftada 2-3 gün ( ) Haftada bir gün ( ) Hiç gitmem ( )
13	Evde annesi ve babası olmadan torun bakıyor musunuz?	Evet bakıyorum ( ) Hayır bakmıyorum ( )
14	Son bir yılda hastanede yatarak tedavi gördünüz mü?	Evet ( ) Hayır ( )
15	Son bir yılda acil servise kaç defa başvurdunuz?	
16	Son bir yılda psikiyatri polikliniğine kaç defa başvurdunuz?	
17	Son bir yılda Aile Hekiminize kaç defa başvurdunuz?	
18	Akut bir hastalığınız var mı?(enfeksiyon, miyokardenfarktüsü, KOAH atağı, dekompanse kalp yetmezliği)	
19	Aktif kanser hastalığınız var mı	

EK-2. TEMPLER ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

NO	SORULAR	EVET		HAYIR
1	Ölmekten çok korkuyorum.			
2	Zamanın böyle hızlı geçmesi bana çoğu zaman sıkıntı verir.			
3	Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım.			
4	Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kısa olduğunu düşünüyorum.			
5	Ölümden sonraki hayat beni büyük ölçüde kaygılandırır.			
6	Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkarım.			
7	Bir cesedin görüntüsü bana dehşet verir.			
8	Çıkacak bir dünya savaşından söz edilmesi beni korkutur.			
9	Acı çekerek ölmekten korkarım.			
10	Ölmekten hiç korkmuyorum.			
11	Gelecekte benim için korkulacak hiçbir şey olmadığını hissediyorum.			
12	Kansere yakalanmaktan özel bir korku duyuyorum.			
13	İnsanların ölüm hakkındaki konuşmaları beni tedirgen etmez.			
14	Ölüm düşüncesi beni hiçbir zaman kaygılandırmaz.			
15	Ölüm düşüncesi ara sıra aklıma gelir.			

EK-3. ULUSLARARASI DÜŞME ETKİNLİK ÖLÇEĞİ (FES-I)

Uluslararası Düşme Etkinlik Ölçeği (FES-I)

Falls Efficacy Scale International (FES-I)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/_____

Size düşme ihtimali ile ilgili endişelerinize yönelik bazı sorular soracağım. Her bir aktivite için lütfen sizi en iyi ifade eden şıkkı işaretleyin. Her bir aktiviteyi nasıl yaptığınızı hatırlayarak yapmıyorsanız da yapsaydınız nasıl olacağını düşünerek cevaplayınız.

		Hiç endişe duymam	Biraz endişe duyarım	Oldukça endişe duyarım	Çok endişe duyarım
1	Evi temizlemek (ör: silme, süpürme, toz alma)	❑1	❑2	❑3	❑4
2	Giyinmek veya soyunmak	❑1	❑2	❑3	❑4
3	Kolay yemekler yapmak	❑1	❑2	❑3	❑4
4	Banyo yapmak veya duş almak	❑1	❑2	❑3	❑4
5	Alışverişe çıkmak	❑1	❑2	❑3	❑4
6	Sandalyeye oturmak veya sandalyeden kalkmak	❑1	❑2	❑3	❑4
7	Merdiven inmek veya çıkmak	❑1	❑2	❑3	❑4
8	Evin çevresinde yürümek (aynı sokak içinde)	❑1	❑2	❑3	❑4
9	Başınızın üstündeki bir nesneye uzanmak ya da yerden bir nesne almak	❑1	❑2	❑3	❑4
10	Arayan vazgeçmeden önce sabit telefona cevap vermek	❑1	❑2	❑3	❑4
11	Islak veya buzlu gibi kaygan bir zeminde yürümek	❑1	❑2	❑3	❑4
12	Bir arkadaşı veya akrabayı ziyaret etmek	❑1	❑2	❑3	❑4
13	Kalabalık bir yerde yürümek	❑1	❑2	❑3	❑4
14	Taşlı zemin, bozuk kaldırım gibi engebeli bir zeminde yürümek	❑1	❑2	❑3	❑4
15	Yokuş aşağı veya yukarı yürümek	❑1	❑2	❑3	❑4
16	Dini toplantı, aile toplantısı veya kulüp-dernek buluşması gibi sosyal bir etkinlik için dışarı çıkmak	❑1	❑2	❑3	❑4

Yardley, L., Beyer, N (2005) Age and Ageing, 34(6), 614-619. doi:10.1093/ageing/afi196

Toplam Puan (16-64): _____

ftronline

www.ftronline.com

Tasarım ve düzenleme: Dr. Ender Salbaş 2016