

Geriatrik Olgularda Kronik Hastalıkların ve Polifarmasinin Ölüm Kaygısı ve Anksiyete Üzerine Etkisi

The Effect of Chronic Diseases and Polypharmacy on Anxiety and Death Anxiety in Geriatric Patients

Faika Şanal Karahan¹ , Erdal Hamarta² 

1 Uşak Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı Uşak/Türkiye

2 Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Bölümü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı Konya/Türkiye

ÖZET

AMAÇ: Bu çalışmada geriatrik yaş grubunda kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin ölüm kaygısı ve geriatrik anksiyete düzeyleri açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca kronik hastalık ve kullanılan ilaç sayısı ile ölüm kaygısı ve geriatrik anksiyete puanları arasındaki ilişki incelenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma evreni 65 yaş ve üzerinde olan hastalardan oluşmaktadır. Araştırmaya günlük yaşam aktivitelerinde başkasına bağımlı olmayan, hipertansiyon, diyabetes mellitus, tiroit hastalıkları, osteoporoz, osteodejeneratif eklem hastalıkları, romatolojik hastalıklar, Alzheimer, Parkinson, astım, gastrointestinal sistem hastalıkları ve kronik böbrek yetmezliği gibi hastalıklardan en az üç kronik hastalığı bulunan 30 kişi alınmıştır. Ayrıca kronik hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan 30 geriatrik birey kontrol grubu olarak alınmıştır. Her iki gruptaki katılımcılar; Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ), Geriatrik Anksiyete Ölçeği (GAÖ) ve Nottingham Sağlık Profili (NSP) ile değerlendirildi.

BULGULAR: Kronik hastalığı olan olguların ortalama yaşı $70,34 \pm 4,92$ iken kontrol grubunda ortalama yaş $71,42 \pm 5,08$ idi. Kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan geriatrik bireylerde ÖKÖ ve GAÖ puanları istatistiksel olarak kronik hastalığı olmayan ve ilaç kullanmayan geriatrik bireylerin ÖKÖ ve GAÖ puanlarından daha yüksek düzeyde bulundu (sırasıyla $p=0,021$, $p=0,017$). Ayrıca kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan geriatrik bireylerde kronik hastalık sayısı ve kullanılan ilaç sayısı ile ÖKÖ ve GAÖ puanları arasında doğrusal bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla $r = 0,87$, $r = 0,81$).

SONUÇ: Bu çalışmada kronik hastalık varlığı ve çoklu ilaç kullanımı yaşlı olgularda anksiyete ve ölüm kaygısını arttıran etkenler olarak göze çarpmaktadır. Ayrıca kullanılan ilaç sayısındaki artış ile incelenen sağlık parametrelerinin olumsuz etkilenmesi sıklıkla gözden kaçan "polifarmasi" ye dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: geriatri, kaygı, ölüm kaygısı, polifarmasi, kronik hastalık

ABSTRACT

OBJECTIVE: In this study, the aim is to examine the comparison between the death anxiety and geriatric anxiety levels among the older people who have a chronic disease and not. Also, the relationship between chronic disease, the number of used drugs and the scores of death anxiety and geriatric anxiety.

MATERIALS AND METHODS: The study sample is consisting of the patients who are 65 and above. The 30 participants can live without anyone else's help and have at least 3 chronic diseases such as hypertension, diabetes mellitus, thyroid diseases, osteoporosis, osteodegenerative joint diseases, rheumatic diseases, Alzheimer's, Parkinson's, asthma, gastrointestinal system diseases and chronic renal failure. Additionally, 30 older people joined in the control group and they have no chronic disease and they use no drug. These two groups were evaluated via Death Anxiety Scale (DAS), Geriatric Anxiety Scale (GAS) and Nottingham Health Profile (NHP).

RESULTS: The average age of the participants with chronic diseases was $70,34 \pm 4,92$ when the average age of the control group was $71,42 \pm 5,08$. The DAS and GAS scores of the test group were higher than the control group's scores (respectively p values: $p=0,021$, $p=0,017$). Moreover, it was found out that there was a linear relationship between the number of chronic disease and used drugs and the scores of DAS and GAS (respectively; $r = 0,87$, $r = 0,81$).

CONCLUSION: This research shows that chronic diseases and polypharmacy can increase the geriatric anxiety and death anxiety. On the other hand, the number of used drugs may negatively affect some health parameters and these points out the polypharmacy.

Key Words: geriatrics, anxiety, death anxiety, polypharmacy, chronic disease

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Faika Şanal Karahan, Uşak Üniversitesi, Eğitim Fakültesi PDR Bölümü, İzmir Yolu 8. Km. Atatürk Bulvarı Merkez/Uşak Merkez, 64000 Uşak/Türkiye

E-Posta/E-Mail: faika.karahan@usak.edu.tr || Tel: +90 536 244 7565

Received/Geliş Tarihi: 25.09.2018 || **Accepted/Kabul Tarihi:** 27. 12. 2018

Bu Eser Creative Commons Atıf-Gayriticari 4.0 Uluslararası Lisansı İle Lisanslanmıştır. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0).



GİRİŞ

Dünyada yaşlı nüfusun arttığı gibi Türkiye’de de TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) verilerine göre yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) 2012 yılında 5 milyon 682 bin 3 kişi iken son beş yılda %17.1 artarak 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi oldu. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2012 yılında %7.5 iken, 2016 yılında %8.3’e yükseldi. Yaşlı nüfusun 2012 yılında %60.3’ü 65-74 yaş grubunda, %32.5’i 75-84 yaş grubunda ve %7.1’i 85 ve daha yukarı yaş grubunda iken; 2016 yılında %61.5’i 65-74 yaş grubunda, %30.2’si 75-84 yaş grubunda ve %8.2’si 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer aldı (1). Ölüm nedeni istatistiklerine göre, 2015 yılında ölen yaşlıların %46.3’ü dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle hayatını kaybetti. Bu hastalığı ikinci sırada %16.5 ile iyi huylu ve kötü huylu tümörler, üçüncü sırada ise %13 ile solunum sistemi hastalıkları takip etti (1). Görüldüğü üzere, günümüzde ölümlerin başlıca nedenleri arasında genelde kalp-damar hastalıkları ve kanser gibi kronik hastalıklar vardır. Kronik hastalık ifadesinden hemen daima uzun süren bir hastalık anlaşılır. Ancak kronik hastalıkların uzun süreli olmaktan başka nitelikleri de vardır. Kronik hastalık tanımı; ABD’de kronik hastalıklar komisyonu tarafından günümüzden 50 yıl kadar önce yapılmıştır. Komisyon tarafından kronik hastalık “genellikle tam iyileşmesi mümkün olmayan, sürekli, yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlığa yol açan, oluşmasında sosyo-ekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol oynadığı, çoğunlukla non-enfeksiyöz karakterde hastalıklar” olarak tanımlanmaktadır (2; 3; 4). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Avrupa’da 2005 yılındaki hastalık yükünün %77’sini kronik hastalıklar oluşturmuştur. Kronik hastalıkların zaman içinde artması toplumda yaşlı nüfusun artması ile paralel gitmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalara göre yaşlı bireylerin %70-90’ında en az bir kronik hastalık yaşanmaktadır (5; 6). Kronik hastalıkların görülme sıklığının artması sonucu yaşlı bireyler sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duymakta ve daha fazla ilaç kullanmaktadır (7; 8).

“Polifarmasi” yaşlı bireylerde birden fazla komorbid hastalığın tedavisinde sık görülen bir durumdur. Genel anlamda çok sayıda ve farklı ilacın aynı anda kullanımı olarak tanımlanabilir. Bu tanım kapsamında, “polifarmasi”, çok sayıda klinik olarak gerekli olmayan ya da çok sayıda kullanımı uygun olmayan ilacın aynı anda kullanımını da ifade etmektedir. Ayrıca, polifarmasi kavramında reçeteli

ve/veya reçetesiz olarak satılan tüm ilaçlar, tamamlayıcı ve alternatif ürünler ve besin takviyelerinin de birlikte değerlendirilmesi gerektiği unutulmamalıdır (9; 10). Polifarmasi tanımında, ilkesel olarak iki ya da daha çok; üç ya da daha çok; dört ya da daha çok; beş ya da daha çok gibi değişik sınırlamalar önemli olabilmektedir (11). Genel bir kavram olarak bu alandaki araştırmaların büyük çoğunluğunda beş ya da daha fazla ilacın kullanılması polifarmasi olarak değerlendirilmekte ve bu kapsamda eşik rakam olarak 5 ilaç olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda, 75 ve üzeri yaş bireylerin büyük çoğunluğunda, dört, beş veya daha fazla sayıda ilaç kullanıldığına ilişkin veriler söz konusudur (6; 12; 10; 13). Polifarmasi kullanımının yaşlılarda ilaç-ilaç, ilaç-hastalık etkileşimlerine ve advers ilaç reaksiyonlarına neden olduğu bilinmektedir. Diğer yandan çok sayıda ilaç kullanımının yol açtığı karışık tedavi şemasının yaşlı bireyin tedaviye uyumunu güçleştirdiği düşünülmektedir. Genel anlamda, ülkemizde yapılan araştırmaların sonuçları yaşlı bireylerin tedavisinde polifarmasinin bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır (6; 10). Çok sayıda ilaç kullanımı da ilaç yan etkilerinin artmasına ve istenmeyen ilaç etkileşimlerine neden olur (14). İlaçların yan etki ve toksik etkileri yaşlılarda daha fazla görülmektedir. Özellikle antikoagülan, antibiyotik ve kardiyovasküler sistem ilaçlarına ilişkin komplikasyonlar, yaşlılarda ölüme yol açabilmektedir (15; 4;16). Dolayısıyla; hem polifarmasisi hem de kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde ruhsal bozukluklar daha sıktır. Anksiyete ve ölüm kaygısı gibi ruhsal durum değişikliklerinin, kronik hastalıklar ve polifarmasi ile ilişkisi güncel araştırma konularından birisidir. Ölüm düşüncesinin insan hayatına etkisi kaçınılmazdır. Ancak aşırı, ölçsüz, patolojik şekilde ortaya çıkan ölüm düşüncesi insanın psikolojisini olumsuz etkileyebilir. İnsanın dengesini koruması açısından ölüm düşüncesinin sınırlarını belirlemek önemlidir. Bu denge ve uyum bozuldukça insandaki kaygı düzeyi artmakta ve yaşadığı çevreye uyum sağlaması güçleşebilmektedir (17).

Ölüm kaygısı; doğumdan itibaren var olan, hayat boyu devam eden, bütün korkuların temelinde yatan, karakter yapısının gelişiminde önem taşıyan, insanın artık var olmayacağını, kendisini ve dünyayı kaybedebileceğinin, bir hiç olabileceğinin farkındalığı sonrası gelişen bir duygudur (18). Yaşlı bir birey, kendini ölüme daha yakın hisseder. Fiziki gücünde azalma olan, üretkenlikten yoksun ve çeşitli

hastalıklarla mücadele eden, ölümün farkında olan bu yaşlı birey kendini daha zayıf görür. Her gün, her saat, onu ölüme biraz daha yaklaştırmaktadır (19). Literatürdeki araştırmalar ölüm kaygısının çok boyutlu bir kavram olduğunu ortaya koymuştur. Bu boyutlardan bazıları (20):

Bedeni kaybetme ve yok olma korkusu: Ölümle birlikte bütün bir beden yok olacağını düşünen birey için, ölüm kaygı yaratan bir durumdur.

Acı duyma korkusu: Bazı kronik hastalıkların ölümle sonuçlanması insanlarda hastalık ve ölüm arasında sıkı bir ilişki olduğunu düşündürür.

Yalnızlık korkusu: Ölümcül olan ve hastanede bakımı gereken hastalıklarda, birey ailesinden uzaklaştığı için kendini soyutlanmış ve yalnız bırakılmış hissedebilir.

Denetimi kaybetme korkusu: Bazı hastalıklarda veya ölümcül bir hastalığın ileri evrelerinde kişinin beden denetiminin azalması ego tarafından tehdit olarak algılandığından kişide kaygı ve korkuya neden olur.

Kimlik duygusunu kaybetme korkusu: Yakınlarını ve dostlarını kaybetmek, onlarla ilişkilerinden yoksun kalmak insanın kimlik duygusunu sarsabilir.

Anksiyete ise 'tetikte olunması' için gelen bir uyarıdır. Bilinmeyen, içten gelen, belirsiz ya da kökeni iç çatışmaya dayalı olan bir tehdide karşı gösterilen bir tepkidir. Anksiyete tanımlanması zor bir korku ve endişe duygusudur. Bu duyguya vücutta bir takım duyumlar eşlik edebilir. Göğüste sıkışma hissi, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, midede boşluk duygusu ve hemen tuvalete gitme gereksiniminin doğması gibi duyumlar örnek olarak verilebilir. Huzursuzluk, dolanıp durma isteği de anksiyetenin sık görülen belirtileridir. Anksiyetenin ortada somut bir tehlike olmaksızın yaşanması, sık ve şiddetli bir biçimde ortaya çıkması ve kişinin olağan yaşamını etkilemeye başlaması bireyde bir anksiyete bozukluğu olduğunu düşündürür (21; 22)

Bu çalışmada kronik hastalığı olan geriatrik bireylerle kronik hastalığı olmayan geriatrik bireylerin ölüm kaygısı, geriatrik anksiyeteleri arasında anlamlı düzeyde fark olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca kronik hastalık ve kullanılan ilaç sayısı ile ölüm kaygısı ve geriatrik anksiyete puanları arasında anlamlı düzeyde ilişki olup olmadığı incelenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma Evreni

Araştırmanın çalışma evreni Konya ili Beyhekim Devlet Hastanesine 2013 yılı Nisan ila Eylül ayları içerisinde çeşitli şikâyetler ile başvuran 65 yaş ve üzerinde olan hastalardan oluşmaktadır. Çalışmanın öncesinde gerekli kurum izini ve bölgesel etik kurul onayı alındı. Çalışmaya katılan olgulardan yazılı gönüllü onam formu alındı. Çalışma grubu çalışma evreninden tesadüfi olarak seçilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireylerden seçilmiştir. Araştırmaya 65 yaş ve üzeri olan günlük yaşam aktivitelerinde başkasına bağımlı olmayan, hipertansiyon, diyabetes mellitus, tiroit hastalıkları, osteoporoz, osteodejeneratif eklem hastalıkları, romatolojik hastalıklar, Alzheimer, Parkinson, astım, gastrointestinal sistem hastalıkları ve kronik böbrek yetmezliği gibi hastalıklardan en az üç kronik hastalığı bulunan 30 kişi alınmıştır. Ayrıca kronik hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan 30 geriatrik birey kontrol grubu olarak alınmıştır.

• Çalışmadan dışlama kriterleri

- Kanser,
- Terminal dönemde kronik hastalık,
- Ciddi düzeyde kalp yetmezliği,
- Ciddi depresyon,
- İleri düzey Parkinson ve Alzheimer hastalığı

gibi günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı kılan bir hastalığa sahip bireyler çalışmaya alınmadı.

Ölçme Araçları

Her iki gruptaki katılımcılar

- Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ),
- Geriatrik Anksiyete Ölçeği (GAÖ) ve
- Nottingham Sağlık Profili (NSP) ile değerlendirildi.

Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ)

Sarıkaya ve Baloğlu tarafından geliştirilmiş 20 maddelik bir ölçek (23). Üç alt boyutu vardır: Ölümün belirsizliği, ölümü düşünme ve tanıklık, acı çekme. ÖKÖ maddeleri 5'li Likert formda hazırlanmıştır. Her bir maddeye verilen 'hiçbir zaman' cevabı için sıfır puan, 'nadiren' cevabı için bir puan, 'ara sıra' cevabı için iki puan, 'sık sık' cevabı için üç puan ve 'her zaman' cevabı için dört puan verilmektedir. Ölçek, 0-80 arasında puanlanırken yüksek puanlar yüksek ölüm kaygısına işaret etmektedir. 0-29 arası puanların düşük seviyede ölüm kaygısına, 30-59 arası puanların orta seviyede ölüm kaygısına ve 60-80 arası puanların yüksek seviyede ölüm kaygısına işaret eder.

Geriatrik Anksiyete Ölçeği (GAÖ)

Yaşlılar için geliştirilmiş, anksiyete semptomlarını gözlemleyen, somatik, bilişsel ve duygulanım alt ölçekleri bulunan, bireyin kendisinin doldurduğu otuz maddelik bir ölçektir. Ölçeğin orijinalinde toplam puanı ilk 25 maddeye dayanır. İlave 5 madde (26.-30. Maddeler arası) klinisyenlerin kaygının alanını belirlemek için kullandığı maddelerdir. Bu maddeler bu ölçeğin ve alt ölçeklerin toplam puanına dâhil edilemez (24). Türkçe forma Segal, Şanal-Karahan, Hamarta ve Karahan (25) ve Şanal-Karahan, Hamarta, Karahan (26, 27) tarafından çevrilen ölçek toplam 28 madde oluşmaktadır. İlk 23 madde puanlanabilir maddelerdir. Her bir madde 0 ile 3 arası bir puan almaktadır. 24.-28. Maddeler arası klinisyenlerin kaygının alanını belirlemek için kullandığı maddelerdir. Bu maddeler bu ölçeğin ve alt ölçeklerin toplam puanına dâhil edilemez. Ters puanlama yoktur. 4'lü likert tipi ölçektir. Asla -0, Bazen-1, çoğu zaman-2, her zaman-3; toplam puan:1-23 maddelerin toplamıdır. Maddelere verilen cevapların puanların toplamıdır. Somatik (fiziksel) alt ölçeği-1,6,7,15,19,20,21 (9 madde); bilişsel alt ölçeği-2,3,10,14,16,17,22,23 (8 madde); duygu durum alt ölçeği-4,5,8,9,11,12,13,18 (8 madde). Katılımcılara geçen hafta boyunca her bir semptomu ne kadar sıklıkta yaşadıkları sorulur. Toplam puan 0-75 arasında değişmektedir. Yüksek puan yüksek düzeyde anksiyeteye işaret eder.

Nottingham Sağlık Profili

Kişinin algıladığı sağlık problemlerini ve bu problemlerin normal günlük aktiviteleri etkileme düzeyini ölçen bir genel yaşam kalitesi anketidir. Türkçe formu Durademir-Badır tarafından uyarlanan anket, 38 maddeden oluşur ve sağlık statüsü ile ilgili altı boyutu değerlendirir (28): Enerji (3 madde), ağrı (8 madde), emosyonel reaksiyonlar (9 madde), uyku (5 madde), sosyal izolasyon (5 madde) ve fiziksel aktivite (8 madde). Sorulara evet veya hayır şeklinde cevap verilir. Her bir bölüme 0-100 arası puanlama yapılır. 0 en iyi sağlık durumunu, 100 en kötü sağlık durumunu gösterir.

Verilerin Analizleri

Kronik hastalığı ve kronik ilaç kullanımı olan geriatrik bireyler ile kronik hastalığı olmayan geriatrik bireylerin ölüm kaygısı ve geriatrik anksiyeteleri arasında anlamlı düzeyde farkın olup olmadığı t testi ile test edilmiştir. Ölüm kaygısı ve geriatrik anksiyete puanları arasında anlamlı düzeyde ilişki olup olmadığına Pearson momentler çarpım

korelasyon katsayısı tekniği ile bakılmıştır. Veriler analiz edilirken SPSS for Windows 11.0 programı kullanılmıştır.

BULGULAR

Kronik hastalığı olan olguların ortalama yaşı 70,34±4.92 iken kontrol grubunda ortalama yaş 71,42±5,08 idi. Her iki grupta da olguların %30 (n=9)'u kadın idi. Grupların demografik bilgileri Tablo 1' de verilmiştir. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, eğitim düzeyi ve medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (Tablo 1).

Tablo 1. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların özellikleri

	Çalışma grubu n:30	Kontrol grubu n:30	p
Cinsiyet n(%)			0.451
Kadın	9	9	
Erkek	21	21	
Yaş Ort±SS	70.34±4.92	71.42±5.08	0.219
VKI(kg/m ²) Ort±SS	29.47±6.87	27.84±7.59	0.761
Eğitim (%)			0.278
Okuryazar değil	5(%)	6(%)	
Okuryazar	21(%)	21(%)	
Lise ve üzeri eğitim	4(%)	3(%)	
Medeni durum			
Evlü	22 (%)	21 (%)	
Bekâr/Dul	8 (%)	9 (%)	
Yardımcı cihaz (görme)	20 (%)	19(%)	0.309
Yardımcı cihaz (duyma)	4 (%)	4 (%)	0.547
Yardımcı cihaz (yürüme)	6 (%)	7 (%)	0.254

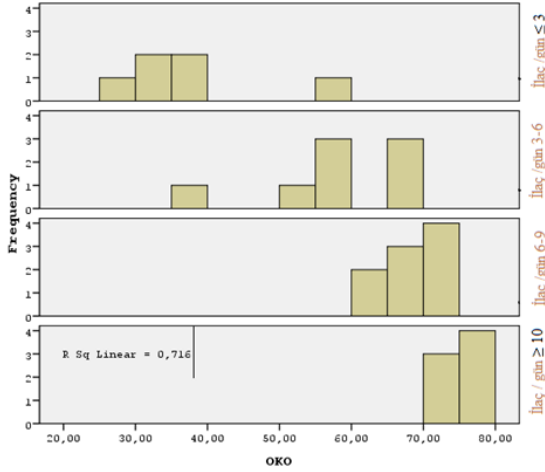
Kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan geriatrik bireylerde ÖKÖ ve GAÖ puanları istatistiksel olarak kronik hastalığı olmayan ve ilaç kullanmayan geriatrik bireylerin ÖKÖ ve GAÖ puanlarından daha yüksek düzeyde bulundu (sırasıyla p değerleri: p=0.021, p=0.017). Toplam NSP puanı kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan geriatrik bireylerde 187,45±114,51 iken kronik hastalığı olmayan ve ilaç kullanmayan geriatrik bireylerde ise 111,59±81,74 olarak belirlenmiştir (p=0.001) (Tablo 2). Ayrıca kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan geriatrik bireylerde kronik hastalık sayısı ve kullanılan ilaç sayısı ile ÖKÖ ve GAÖ puanları arasında doğrusal bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla r = 0.87, r = 0.81) (Grafik 1).

Tablo 2. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların ölüm kaygısı, anksiyete ve sağlık profili verileri

	Çalışma grubu (n:30)	Kontrol grubu (n:30)	p
Ölüm Kaygısı Ölçeği Ort±SS	62.03±17.2	17.05±5.31	0.021
Geriatrik Anksiyete Ölçeği Ort±SS	48.54±15.34	10.74±6.57	0.017
Nottingham Sağlık Profili Ort±SS			
Enerji	54.52±16.34	39.11±13.90	0.001
Ağrı	31.64±11.02	12.91±6.05	0.001

Emosyonel reaksiyonlar	19.33±9.71	10.17±4.21	0.001
Uyku	34.95±10.22	22.37±8.76	0.027
Sosyal izolasyon	25.47±9.00	16.01±6.51	0.029
Fiziksel aktivite	21.54±8.98	11.02±4.01	0.012
Toplam	187.45±114.51	111.59±81.74	0.001

Grafik 1. Çalışma grubundaki hastalar için kullanılan ilaç sayısı ile ölüm korkusu düzeyleri arasındaki ilişki. ($r=0.87$)



TARTIŞMA

Yaşla birlikte, Kardiyovasküler, solunum, gastrointestinal, üriner, hematopoetik, endokrin, kas-iskelet, sinir sisteminde ve deride değişiklikler, görme ve işitme duyularında azalma olur (29). Bu değişiklikler ve kronik hastalıklar psikolojik sorunları da beraberinde getirir. Yaşlı bireylerin çoğu ölmeye hazır değilken aynı zamanda "ölümün kaçınılmaz olması" gerçeği ile de yüzleşmek durumundadır (29). Ölüm kaygısına neden olan ölümden çok, ölümlle ilgili duygular, ölüme verilen anlamdır. Ölümün deneyimlenemez olmasından kaynaklanan bilgisizlik, varlığını varlığına bağladığı her şeyden kopuş, öldükten sonra ne olacağına dair belirsizlik, ölüm anında acı çekme, mezarda çürüme, bedensel dağılma, bozulma ve yok olma gibi korkular ölüm kaygısının temelinde yatan asıl korkular olarak tanımlayabiliriz (30; 29). Yaşlılarda ölüm kaygısının sağlık durumu (31) ile yakından ilişkili oldukları görülmektedir. Sayın- Kasar ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ölüm kaygısı ile kronik hastalık arasında anlamlı bir fark bulunamamışken bizim çalışmamızda sonuç tam tersini göstermiştir (32). Kronik hastalığı ve çoklu ilaç kullanımı olan yaşlı bireyler ile kronik hastalığı olmayan yaşlı bireylerin ÖKÖ, GAÖ ve NSP değerlendirmelerinde anlamlı farkların bulunduğunu gösterilmiştir. Yapılan çalışmalarda hastalarda kronik hastalıkların bulunmasının her zaman ölüm kaygısını attırmadığı öngörülmektedir (32). Ancak çalışmamızın sonuçları farklı bir tablo göstermektedir.

Çalışmamızda en az üç kronik hastalığı olan hastalarda artmış ÖKÖ ve GAÖ puanları, yaşlılarda çok sayıda kronik hastalık varlığının sağlıklı yaşam kalitesini azaltacak düzeyde ölüm kaygısı ve anksiyete ile birlikteliğini göstermektedir.

Yaşlı bireylerin ilaç tedavisine uyumunu sağlamak için kognitif durumun değerlendirilmesi, tedavinin yararına ikna edilmesi ve ilaçlar konusunda eğitim verilmesi gerekmektedir (33; 34). Sağlıklı bir yaşam tarzının oluşturulması, hareket ve denge bozukluklarının önlenmesi, sık görülen hastalıkların erken saptanıp ilaçla önlenmesi ve de çoklu ilaç tedavilerinden mümkün olduğunca kaçınılması gibi müdahaleler ile yaşlıların yaşam kaliteleri artırılabilir (35). Yaşlıların ölüm süreciyle ilgili ne kadar çok bilgisi olursa ölümü, o kadar kolay anlarlar. Anlamak yaşlının hem korkuyu yenmesini ve kaygının önlenmesini, hem de ölümü kabullenmesini sağlar. Yaşlılık döneminin en önemli sorunlarından olan ve yaşlının yaşamını olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini azaltan ölüm kaygısı konusunda yaşlılar eğitilmelidir. Yaşlılık dönemi sorunları ile baş edebilmenin yolları ve yaşlılıkta genel sağlık sorunları ile ilgili bilgilendirilmelidir. Ayrıca yaşlıların boş zamanlarını değerlendirebilmeleri için farklı uğraşlar geliştirilmeli ve aktif katılımları sağlanmalıdır. Yaşlıları yaşama bağlayacak gezilerin düzenlenmesi, yakınları ile iletişimlerini sağlayacak şekilde ziyaretlerin sıklaştırılması ve onlara yönelik eğlence programlarının veya el sanatları ile ilgili aktivitelerin gerçekleştirilmesi gerekmektedir. En önemlisi de yaşamın her şeye değer olduğu ve her döneminin gerektirdiği şekilde en güzel biçimde yaşanması gerektiği ifade edilmelidir. Tüm bunlar yaşlılıkta ölüm kaygısının azalmasına ve bireyin daha aktif bir yaşlılık dönemi geçirmesine katkı sağlayacaktır (36).

Bu yazı 8. Akademik Geriatri Kongresi, 16-19 Nisan 2015, Antalya Türkiye, Sözlü Bildiri olarak sunulmuştur.

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

The author declares no conflict of interest.

Finansal Destek: yoktur / Funding : none

doi: <https://dx.doi.org/10.33713/egtbtd.463608>

KAYNAKLAR

1. www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24644 (indirilme ve alıntı yapılan tarih: 25.01.2018)
2. Arslan GG, Eşer İ. Yaşlıların kendi kendine ilaç kullanımına

uyumu ve hemşirenin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 21:147-57.

3. Bilir N, Paksoy NS. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları, içinde Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayını, 2006 s1019-1044.

4. Ünsal A, Demir G, Çoban-Özkan A, Gürol Arslan G 2011. Huzurevindeki yaşlılarda kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımları. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2011; 12(3): 5-10.

5. Gülbayrak C, Açık Y, Oğuzöncül AF, Devenci SE, Ozan AT. Yenimahalle eğitim araştırma sağlık ocağına başvuran yaşlılardaki kronik hastalıkların sıklığı ve maliyeti. Eurasian J Medicine, 2003; 35:7-12.

6. Kutsal YG. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı. Türk J Geriatr 2006; 9: 37-44.

7. Dolu İÇ, Bilgili N: Ankara'da yaşayan bir grup yaşlı bireyde ilaç kullanım uygulamaları ve ilaç bilgi düzeylerinin belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010; 9:37-44.

8. Arslan Ş, Atalay A, Kutsal YG. Yaşlılarda ilaç tüketimi, Türk J. Geriatr 2000; 3: 56-60.

9. Hovstadius B, Petersson G. Factors leading to excessive polypharmacy. Clin Geriatr Med 2012;28(2):59-72.

10. Kerry, Z. Yaşlılarda Doğru İlaç Kullanımı. Ege tıp dergisi, 2015, 54: eksayı:62-73.

11. Karahan YA, Başaran A, Ordahan B, ve ark. Osteoporoz hastalarında çoklu ilaç kullanımı. Turk J Osteoporos 2015;21(1):5-9.

12. Akıcı A. Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda yaşlılarda reçete yazma ve Türkiye'de yaşlılarda ilaç kullanımının boyutları. Turkish J Geriatrics 2006;9(Supplement):19-27.

13. Onar E, Kapucu S. Yaşlılarda Çoklu İlaç Kullanımı: Polifarmasi. Akat Geriatri 2011;3:22-28.

14. Esengen Ş, Seçkin Ü, Borman P, Bodur H, Kutsal YG, Yücel M. Huzur evinde yaşayan bir grup yaşlı da fonksiyonel- kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. Turk J Geriatr 2000;3:6-10.

15. Barre E, Bisseux I, Chiadmi F, Toledano A, Cisternino S, Schlatter J, Champault G, Ratiney R, Fontan JE. Drug interactions in an elderly population. Prospective assessment of thier frequency and seriousness among 56 patients. Presse Med 2005; 34:837-41.

16. Göçer S, Günay O, Polat T, Ulutabanca RÖ, İncedal-Sonkaya Z. Polypharmacy and associated factors in people living in a nursing home in Kayseri Turkey. Medicine Science 2017; 6(4): 646-52.

17. Bilir N. Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. TOPLUM HEKİMLİĞİ BÜLTENİ, 2006;25(3):1-6.

18. Ayten A. Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı: Türk ve Ürdünlü Öğrenciler Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma. Din bilimleri Akademik Araştırma Dergisi, IX, 2009, sayı: 4 85-108.

19. Üstüner Top F, Saraç A, Yaşar G. Huzurevinde Yaşayan Bireylerde Depresyon Düzeyi, Ölüm Kaygısı ve Günlük Yaşam İşlevlerinin Belirlenmesi Klinik Psikiyatri; 2010,13:14-22

20. Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. Ölüm ve Ölüm Kaygısı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi (Archives Medical Review Journal); 2012, 21(1):42-79.

21. Türkçapar H. Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal ilişkileri. Klinik Psikiyatri; 2004; Ek 4:12-16.

22. Şanal- Karahan F. Üniversite öğrencilerinde çözüm odaklı düşünmenin depresyon, anksiyete, stres ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Eğitim Bilimleri ABD, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, 2016, Konya.

23. Sarıkaya Y, Baloğlu M. The development and psychometric properties of the Turkish Death Anxiety Scale (TDAS). Death Studies, 2016, 40(7), 419-431.

24. Segal DL, June A, Payne M, Coolidge, FL, Yochim B. Development and initial validation of a self-report assessment tool for anxiety among older adults: The geriatric anxiety scale. Journal of anxiety disorders, 2010, 24, 709-714.

25. Segal DL, Şanal-Karahan F, Hamarta E, Karahan AY. The Turkish Adaptation and Psychometric Properties of the Geriatric Anxiety Scale. 67. Annual Meeting of The Gerontological Society of America, The Gerontologist 2014; 54(52): P167.

26. Şanal-Karahan F, Hamarta E, Karahan AY. Geriatrik Anksiyete Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması ve Psikometrik Özellikleri. 7. Akademik Geriatri Kongresi, Antalya, 28-31 Mayıs 2014, Bildiri Özet Kitapçığı s. 170, P-06.

27. Şanal-Karahan F, Hamarta E, Karahan AY. The Turkish Adaptation and Psychometric Properties of the Geriatric Anxiety Scale. Mental Illness, 2018: 10:1-5.

28. Durademir- Badır A. Kronik kalp yetmezlikli hastaların yaşam kaliteleri ve öz-bakım davranışları (Doktora tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1998.

29. Kaçan-Softa H, Uçukoğlu H, Ulaş-Karaahmetoğlu G, Esen D. Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araş. dergisi,2013;(1-2): 67-79.

30. Öztürk, ZK. Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana, 2010.

31. Bilir N. Yaşlanan Toplum İçinde. (Ed: Gökçe-Kutsal Y.) Sağlıklı ve başarılı yaşlanma. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara, 2004, s:1-9.

32. Sayın-Kasar K, Karaman E, Şahin DS, Yıldırım Y, Aykar FŞ. Yaşlı Bireylerin Yaşadıkları Ölüm Kaygısı ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki, 2016;5 (2); 48-55.

33. Özer UHE, Özdemir ÖGD. Yaşlı Bireyde Akılcı İlaç Kullanımı ve Hemşirenin Sorumlulukları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2009, 16(2), 042-051.

34. Dedeli Ö, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi. Spatula DD, 2011, 1(1), 23-32.

35. Yeşil Y, Cankurtaran M, Kuyumcu ME. Polifarmasi. Klinik Gelişim, 2012, 25(3), 18-23.

36. Arpacı F, Avdaş E, Doğruöz Ö, Sarıdoğan T. Yaşlılarda ölüm kaygısının incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2011, 4(1-2), 53-66..