

YAŞLILARDA ÜSTBİLİŞİN PSİKOPATOLOJİ VE BAŞ
ETME BECERİLERİ YÖNÜNDEN
DEĞERLENDİRİLMESİ

GÜLŞAH BALTACI

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2018

YAŞLILARDA ÜSTBİLİŞİN PSİKOPATOLOJİ VE BAŞ
ETME BECERİLERİ YÖNÜNDEN
DEĞERLENDİRİLMESİ

GÜLŞAH BALTACI

Işık Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, 2016
Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans
Programı, 2018

Bu tez, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne Yüksek Lisans (MA)
derecesi ile sunulmuştur.

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2018

IŞIK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YAŞLILARDA ÜSTBİLİŞİN PSİKOPATOLOJİ VE BAŞ ETME BECERİLERİ
YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

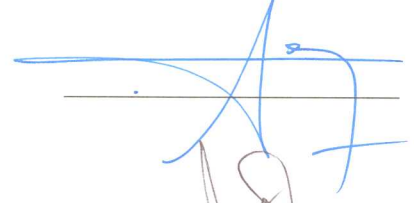
GÜLŞAH BALTACI

ONAYLAYANLAR:

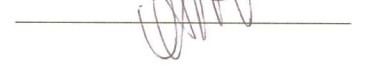
Dr. Öğr. Üyesi Nazlı Balkır İşıık Üniversitesi
Neftçi (Tez Danışmanı)



Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel İşıık Üniversitesi



Prof.Dr. Aytül Hariri Maltepe Üniversitesi



ONAY TARİHİ: 04.06.2018

EVALUATION OF METACOGNITION IN TERMS OF PSYCHOPATHOLOGY AND COPING SKILLS IN THE ELDERLY

Abstract

Objective: The purpose of this study is to assess the metacognition in terms of psychopathology and coping skills in the elderly.

Method: A total of 103 elderly individuals (50 females, 53 males) were included in the study between the ages of 65-87 participants living in Yalova-Istanbul. A Socio-Demographic Form, Mini-Mental Test (MMT), The Metacognitions Questionnaire-30 (MCQ-30), Symptom Check List (SCL-90-R), COPE and Geriatric Depression Scale (GDS) were conducted to the all participants.

Results: The average age of the participants was 69.34 ± 4.83 . 74% of participants were married and 49% of participants were primary school graduates. One of the MCQ-30 subscale which is the need to control thoughts was a significant positive correlation with all subscales of SCL-90-R. MCQ-30's cognitive confidence subscale, which assesses confidence in attention and memory was a significant positive correlation with SCL 90-R's subscales (obsessive-compulsive, depression, anxiety, anger-hostility, paranoid thought, additional scales) and the total score of SCL 90-R. There was a significant positive correlation between total score of the MCQ-30 with subscales of SCL-90-R (interpersonal sensitivity, anxiety, phobic anxiety, psychotic, additional scales). In addition, there was a significant positive correlation between total scores of the MCQ-30 and subscale of COPE the problem, emotion focus cope and nonfunctional cope.

Conclusion: Along with the increase of the elderly population, this population-specific mental disorder is increasing. This study found that the increase in metacognition activities in a pathological way correlates with the increase of psychopathology symptom and it changes the cope strategies in elderly. Findings of the study will contribute to understanding of healthy ageing and cognitive processes.

Key words: Elderly, Metacognition, Psychopathology, Coping, Depression.

YAŞLILARDA ÜSTBİLİŞİN PSİKOPATOLOJİ VE BAŞ ETME BECERİLERİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı, yaşlılarda üstbilişi, psikopatoloji ve baş etme becerileri yönünden değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya Yalova- İstanbul illerinde yaşayan 65-87 yaş aralığında toplam 103 yaşlı birey (50 kadın, 53 erkek) alınmıştır. Katılımcılara Mini Mental Test (MMT), Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Formu, Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ-30), Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) ve Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) verilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $69,34 \pm 4,83$ olup, %74'ü evli, %49'u ilkokul mezunudur. ÜBÖ-30 alt ölçeklerinden düşünceleri kontrol ihtiyacı; SCL 90-R'nın tüm alt ölçekleriyle pozitif yönde anlamlı ilişkilidir. Kişinin kendi bellek ve dikkat yeteneklerine güveninin olmamasına ilişkin ÜBÖ-30 alt ölçeklerinden biri olan bilişsel güven ile SCL 90-R alt ölçekleri obsesif- kompulsif, kaygı, depresyon, öfke-düşmanlık, paranoid düşünce, ek maddeler, genel belirti puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur. ÜBÖ-30 toplam puanı ile SCL 90-R alt ölçekleri kişilerarası duyarlılık, kaygı, fobik anksiyete, psikotizm, ek maddeler, genel belirti puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Ayrıca ÜBÖ-30 toplam puanı ile COPE alt ölçekleri sorun odaklı, duygusal odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Yaşlı nüfusun artmasıyla bu popülasyona özgü ruhsal bozukluklarda artmaktadır. Yaşlıların patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetleri arttıkça psikopatoloji belirtileri de artmakta ve başa çıkma tutumlarının da değiştiği saptanmıştır. Bulgularımız, sağlıklı yaşlanma ve bilişsel süreçleri anlama yönünden alanyazına katkısı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Üstbiliş, Psikopatoloji, Başa çıkma tutumları, Depresyon.

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimim sırasında yıllarımı en iyi şekilde değerlendirmemi ve onları değerli kılmama yardımcı olan birçok insan var. İlk olarak, tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nazlı Balkır Neftçi'ye teşekkür ederim. Yıllar boyunca kendisinin deneyimlerinden yararlanma şansı yakalamış olmak gelişmemde büyük rol oynadı. Ayrıca bu araştırmanın geliştirilmesinde çok büyük katkıda bulunan Prof. Dr. Ömer Saatçioğlu'na çok teşekkür ederim. Yüksek Lisans eğitimim süresince süpervizörüm olan Dr. Öğr. Üyesi Vicdan Yücel' e ve Dr. Öğr. Üyesi Ferhat Yazar'a alanda uzmanlaşmama destek oldukları ve yol gösterici oldukları için teşekkür ederim.

Yüksek Lisans eğitimim sürecinde manevi desteklerini hiç esirgemeyen, bu yol da birlikte ilerlediğim canım arkadaşlarım Psikolog Nazlı Hazal Aydöner 'e desteği için çok teşekkür ederim. Yüksek Lisans tezim boyunca desteklerini hiç esirgemeyen Psikolog Zeynep Şahin'e de ayrıca teşekkür ederim.

Son olarak aileme teşekkürlerimi sunarım. Anne-babama, kardeşlerime ve amcalarıma gösterdikleri sabır ve cesaretlendirmeleri için teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Onay Sayfası.....	i
Abstract.....	ii
Özet.....	iii
Teşekkür.....	iv
İçindekiler.....	vii
Tablolar Listesi.....	ix
Kısaltmalar.....	
BÖLÜM 1	
1. GİRİŞ.....	1
1. Çalışmanın Amacı.....	1
1. 2. Çalışmanın Önemi.....	1
1. 2. 1. Çalışmanın Hipotezleri.....	3
1. 3. Yaşlılık.....	3
1. 3. 1. Yaşlılık Epidemiyolojisi.....	3
1. 3. 2. Yaşlılıkta Meydana Gelen Değişiklikler.....	4
1. 3. 2. 1. Yaşlılıkta Fiziksel Değişiklikler.....	4
1. 3. 2. 2. Yaşlılıkta Psikolojik Değişiklikler.....	5
1. 3. 2. 3. Yaşlılıkta Sosyal Değişiklikler.....	5
1.4. Psikopatoloji.....	6
1.4.1. Yaşlılık sürecinde psikopatoloji.....	6
1.4.2. Yaşlılarda depresyon.....	7
1.4.2.1. Depresyonun tanımı.....	7
1.4.2.2. Depresyonun epidemiyolojisi.....	8
1.4.2.3. Depresyonun etiyolojisi.....	9
1.4.2.4. Depresyonun ayırıcı tanısı.....	9
1.5. Üstbilmiş.....	11
1.5.1. Üstbilmiş tanımı.....	11
1.5.2. Yaşlılıkta bilişsel değişim.....	12

1.5.3. Yaşlılıkta üstbilişin psikopatoloji ile ilişkisi	13
1.5.4. Yaşlılıkta üstbiliş ile ilgili yapılan çalışmalar	15
1.6. Başa Çıkma Tutumları.....	17
1.6.1. Yaşlılıkta başa çıkma tutumları.....	17
BÖLÜM 2	
2.YÖNTEM.....	20
2.1. Örneklem.....	20
2.2. Veri Toplama Araçları.....	20
2.2.1. Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Formu.....	20
2.2.2. Mini Mental Test (MMT).....	21
2.2.3. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBO-30).....	21
2.2.4. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R).....	21
2.2.5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE).....	22
2.2.6. Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ).....	22
2.3. İstatistiksel Analiz.....	22
BÖLÜM 3	
3.BULGULAR.....	23
3. 1. Sosyodemografik Özellikler.....	23
3. 1. 2. Sosyal Desteğe Yönelik Özellikler.....	24
3. 2. Ölçeklerin Değerlendirilmesi.....	25
3. 2. 1. Yaşlıların ÜBÖ-30 Puanları.....	25
3. 2. 2. Yaşlıların SCL-90-R Puanları.....	25
3. 2. 3. Yaşlıların COPE Puanları.....	26
3. 2. 4. Yaşlıların GDÖ Puanları.....	27
3. 3. Ölçeklerin Karşılaştırılması.....	28
3. 3. 1. ÜBÖ-30 ve Alt Ölçek Puanları İle SCL-90-R ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	28
3. 3. 2. ÜBÖ-30 ve Alt Ölçek Puanları İle COPE ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	29
3. 3. 3. ÜBÖ-30 ve Alt Ölçek Puanları İle GDÖ Puanı Arasındaki İlişki.....	32
3. 3. 4. SCL-90-R ve Alt Ölçek Puanları ile COPE ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	32
3. 3. 5. COPE ve Alt Ölçek Puanları ile GDÖ Puanı Arasındaki İlişki.....	35

3. 4. ÜBÖ-30 ve Alt Ölçekleri ile İlişki Saptanan Değişkenlerin Yordayıcılarının Değerlendirilmesi.....	36
3. 4. 1. SCL-90-R ve Alt Ölçeklerinin ÜBÖ-30 ve Alt Ölçekleri Üzerindeki Yordayıcıları.....	36
3. 4. 2. COPE) ve Alt Ölçeklerinin ÜBÖ-30 ve Alt Ölçekleri Üzerindeki Yordayıcıları.....	41
BÖLÜM 4	
4. TARTIŞMA.....	48
4.1. Çalışmanın Sınırlılıkları.....	57
BÖLÜM 5	
5. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	59
Kaynaklar	
Ekler	
Ek A: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	
Ek B: Sosyo-Demografik Bilgi Formu	
Ek C: Mini Mental Test	
Ek D: Üstbilis Ölçeği	
Ek E: Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)	
Ek F: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	
Ek G: Geriatrik Depresyon Ölçeği	
Özgeçmiş	

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Yaşlıların Sosyodemografik Özellikleri (n=103)

Tablo 2. Yaşlıların Sosyal Destek Değişkenleri (n=103)

Tablo 3. Yaşlıların ÜBÖ-30 Puanları (n=103)

Tablo 4. Yaşlıların SCL-90-R Puanları (n=103)

Tablo 5. Yaşlıların COPE Puanları (n=103)

Tablo 6. Yaşlıların GDÖ Puanları (n=103)

Tablo 7. ÜBÖ-30 İle SCL-90-R Arasındaki İlişki (n=103)

Tablo 8. ÜBÖ-30 İle COPE Arasındaki İlişki (n=103)

Tablo 9. ÜBÖ-30 İle GDÖ Arasındaki İlişki (n=103)

Tablo 10. SCL-90-R İle COPE Arasındaki İlişki (n=103)

Tablo 11. COPE ile GDÖ Arasındaki İlişki (n=103)

Tablo 12. Olumlu İnanç Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

Tablo 13. Bilişsel Güven Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

Tablo 14. Düşünceleri Kontrol İhtiyaç Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

Tablo 15. Bilişsel Farkındalık Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

Tablo 16. Üstbilis Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

Tablo 17. Olumlu İnanç Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

Tablo 18. Kontrol Edilemezlik Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

Tablo 19. Bilişsel Güven Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

Tablo 20. Düşünceleri Kontrol İhtiyaç Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

Tablo 21. Bilişsel Farkındalık Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

Tablo 22. Üstbiliş Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

KISALTMALAR

COPE: Başa ıkma Tutumlarını Değerlendirme leği

GD: Geriatrik Depresyon leği

MCQ-30: The Metacognitions Questionnaire-30

MMT: Mini Mental Test

SCL-90-R: Belirti Tarama Listesi

SPSS: Statistical Package for Social Sciences for Windows

B-30: Üstbiliş leği-30

BÖLÜM 1

GİRİŞ

1. 1. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı yaşlılarda üstbilişi, psikopatoloji ve baş etme becerileri yönünden değerlendirmektir. Ayrıca, yaşlıların sosyodemografik özellikleri ve bazı psikososyal değişkenler incelenmiştir.

1. 2. Çalışmanın Önemi

Tüm dünyada yaşlı popülasyonun giderek artması sağlık alanındaki olumlu gelişmeler, sosyoekonomik düzeyin artması ve doğum oranlarının azalması ile ilişkilidir. Ülkemiz de diğer birçok dünya ülkesi gibi yaşlanma sürecinin hızlı olduğu ülkelerden biridir (Karakaş ve Durmaz, 2017). Yaşlı popülasyonun çoğalması ile birlikte yaşlılara özgü psikolojik rahatsızlıklar da öne çıkmaktadır. Özellikle depresyon bu dönemde sık rastlanan ruhsal bozukluklardandır (Kılıçoğlu, 2006).

Yaşlılık, sevilen kişilerin kayıplarının ve çöküşün olduğu bir dönemdir. Bu süreçte yaşlıların hayatlarında oluşan emeklilik, ailenin küçülmesi, eş kaybı, bedensel hastalıkların artması ve bağımlı hale gelmeleri gibi birtakım değişiklikler onları bu süreçte psikolojik olarak olumsuz etkilemektedir. Yaşlılık süreci üretkenlikten uzak, bilişsel işlevleri azalan, yakın bellek zayıflığı olan, benmerkezci, kuşkucu, başkasının yardımına muhtaç hale gelen yaşlıların yalnız kalması ve çevreden uzaklaşması psikolojik hastalıkların yaşamasına sebep olmaktadır (Bahar ve ark., 2005).

Yaşlanmayla birlikte meydana gelen fiziksel rahatsızlıklar ve bilişsel gerilemenin olması yaşlılarda depresyonun sağaltımını zorlaştırmaktadır (Tamam ve Öner, 2001). Depresyon tedavi edilmediği sürece ciddi kayıplara, ek medikal hastalıklara, gereksiz sağlık harcamaları ve ilaç tüketimine sebep olur. Dolayısıyla ilaç yan etkilerinde artışa, hayat standardında düşmeye, sosyal hayattan uzaklaşma ve huzurevine gidişin hızlanmasına sebep olur. Ancak depresyon tanısı konulduğunda tedavi oranı yüksektir (Aki, 2010).

Üstbilişsel işlevler, bireylerin kendi düşünce süreçleri ve işleyişlerinin farkında olması şeklinde ifade edilebilir (Tosun ve Irak, 2008). Bireylerin bilişsel süreçlerinin amaca ve düzene yönelik işleminde üstbiliş sistemi önemli yere sahiptir. Bu nedenle sistemde oluşabilecek herhangi bir hata birçok davranış sorununun oluşmasını ve devam etmesinde önemli bir unsur olduğu belirtilmektedir (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). Ayrıca, ruhsal bozukluklardaki birtakım uyumsuz tarzdaki düşünce ve başa çıkma yöntemleri bazı üstbilişsel işlevlere neden olmaktadır. Dolayısıyla, yaşın ilerlemesine bağlı olarak bazı bilişsel işleyişlerde değişimin olması kişilerin üstbilişsel süreçlerinin işleyişini ve yaşa bağlı nasıl değiştiğinin araştırılması önemlidir (Irak ve ark., 2015).

Yaşlı bireylerin önceki yaşamları karşılaştırıldığında yaklaşan ölümün farkında olma, beden imajında değişiklikler, sosyal çevrenin daralması, maddi kaynakların ve geleceğe olan beklentinin değişmesi sonucunda yaşlıların bu değişkenlerle baş etme becerilerinde değişikliğe uğrayacağı öne sürülmüştür (Aysan ve Özben, 2004). Bireylerin stresli bir durumla karşılaştığında hangi başa çıkma tutumlarını kullandığını anlamak; sağaltım hedeflerin belirlenmesinde ve izlenmesinde kolaylık gösterecektir (Ağargün ve ark., 2006).

Bu çalışmada Belirti Tarama Listesi kişilerdeki olabilecek psikolojik rahatsızlıkları ve seviyelerini belirlemek için kullanılmıştır. Bunun yanı sıra bu çalışmada özellikle Geriatrik Depresyon Ölçeğinin ayrı kullanılmasının sebebi depresyonun yaşlı popülasyonda sık görülen ruhsal bozukluk olması, soruların yanıtlarının kolay olması ve daha spesifik olan yaşlı popülasyona yönelik olmasıdır. Bu çalışmada yaşlıların baş etme becerileri, başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği (COPE) ile bakılmıştır.

Ülkemizden ulaşılabilen kaynaklar çerçevesinde, yaşlılık, üstbiliş, depresyon ve baş etme becerileri gibi değişkenlerin ayrı ayrı ele alındığı çeşitli çalışmalar alanyazında yer alsada, bu değişkenlerin bir arada değerlendirildiği çalışmaların sayısının oldukça az olduğu görülmüştür.

Bu çalışma yaşlılarda bilişsel süreçleri incelemek, depresyon ve psikopatoloji düzeylerinin anlaşılmasını sağlamak yönünden önemlidir. Sonuçlarımızın sağlıklı yaşlanma ve bilişsel süreçleri anlama yönünden de alanyazına katkısı olacaktır. Yapılacak bu çalışma söz konusu popülasyonun ihtiyaçlarına ve psikolojik destek programlarının geliştirilmesine yardımcı olabilecektir.

1.2.1. Çalışmanın Hipotezleri

H1: Yaşlıların üstbiliş düzeyi ile belirti tarama listesinin (SCL 90- R) alt ölçekleri arasında pozitif ilişki vardır.

H2: Yaşlıların üstbiliş düzeyi ile başa çıkma tutumları arasında negatif ilişki vardır.

H3: Yaşlıların üstbiliş düzeyi ile depresyon seviyesi arasında pozitif ilişki vardır.

H4: Yaşlıların belirti tarama listesi (SCL 90- R) alt ölçekleri ile başa çıkma tutumları arasında negatif ilişki vardır.

H5: Yaşlıların başa çıkma tutumları ile depresyon seviyesi arasında negatif ilişki vardır.

H6: Yaşlılarda üstbilişin psikopatoloji ve başa çıkma tutumlarına sosyodemografik özelliklerin (yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu) yordayıcı etkisi vardır.

1.3. Yaşlılık

Dünya Sağlık Örgütü teknik raporuna göre, kronolojik olarak yaşlılık 65 yaş ve üstü olarak belirlenmiştir (WHO, 1984). Yaşlılık önüne geçilmesi mümkün olmayan ve yaşlıların bedensel ve ruhsal özelliklerini zamanla yitirme durumu olarak tanımlayabildiğimiz süreçtir (Bahar ve Parlar, 2006). Bu dönemde yaşlı bireylerde açığa çıkan fiziksel ve fizyolojik değişimler sebebiyle yaşlılar gündelik işlerini sürdürürken daha yardıma muhtaç hale gelirler. Bilişsel aktivitelerin yavaşlamasıyla kişiler arası ilişkilerde başarısızlığın olduğu daha izole bir yaşam devam ettirirler (Kitiş ve ark., 2012).

1.3.1. Yaşlılık Epidemiyolojisi

Dünyamız gün geçtikçe yaşlanmaktayken yeni doğan insan sayısının azalmasına rağmen hayat şartlarındaki olumlu gelişmeler sayesinde yaşam süresinin uzaması ile yaşlı popülasyonu artmaktadır (Beğer ve Yavuzer, 2012). Teknolojik yeniliklerin yaşam standartları üzerine olumlu etkileri ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeler ile birlikte genel popülasyon içinde yaşlı popülasyonunun oranı artmaktadır (Diker ve ark., 2001).

Dünya nüfusunun 2050 yılında 8.9 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. 1950 yılında 60 yaş ve üstü bireylerin sayısı bütün dünyada 200 milyon kişi, 1970 yılında 291 milyon kişi, 2000 yılında 400 milyon kişiye ulaşmıştır. 2025 yılında ise bu rakamın 1.100 milyona, 2050 de ise 2 milyara çıkacağı beklenmektedir. Bu

rakamlar incelendiğinde; yaşlı nüfustaki artış oranının, tüm nüfusun artış oranının iki katı olduğu ve 2025 yılında 60 yaş ve üzerindeki nüfusun oranının tüm dünya nüfusunun %14'ünü oluşturması ön görülmektedir. Ancak günümüzde nüfus yaşlanması ile demografik değişimin tüm dünyada ekonomik, sosyal ve sağlık alanlarındaki problemleri de beraberinde getireceği düşünülmektedir (Çilingiroğlu ve Demirel, 2004).

Ülkemizde de yaşlı nüfusu giderek artmaktadır. Nüfus projeksiyonlarının öngörülmesi ise ülkemizde yaşlı popülasyonunun oranı 2023'te %10,2 'ye ve 2050'de ise %20,8'e yükseleceği ve "çok yaşlı nüfuslu" ülkeler arasında yer alacağını ifade etmişlerdir (TÜİK, 2014).

1. 3. 2. Yaşlılıkta Meydana Gelen Değişiklikler

Yaşlandıkça yetilerinin kaybı ve ölüme yaklaştıkça yaşlılar çaresizlik duygusu ile karşı karşıya kalmaktadır. Yaşlılık bedensel ve fiziksel değişimlerin hızlı olduğu ve birçok rahatsızlığın ortaya çıktığı, fiziksel, psikolojik ve sosyal özelliklerin azaldığı süreçtir (Kaya, 1999).

1. 3. 2. 1. Yaşlılıkta Fiziksel Değişiklikler

Yaşın ilerlemesiyle birlikte doku ve organlarında yaşlanması olasıdır. Yaşla birlikte iç organlarda, kas-iskelet, solunum, sinir, sindirim, üreme ve bağışıklık sisteminde ve deride işlevsel değişimler ve bozulmalar olmaktadır. Beyindeki hücre sayısı azalır, kısa süreli hafıza kayıpları olur, üreme yetisi yok olur. Cilt ise kuru ve kırışık görünüm alır, saçlar kırılır ve bakım azalır. Romatizma ile birlikte kas-iskelet sistemi bozulur, ayak ve bacak sızmaları artar. Yaşın ilerlemesine bağlı olarak Parkinson hastalığı ile birlikte organlarda istem dışı titremeler meydana gelir. Duyu organlarının işlevlerinde bozulmalar olur. Yaşlanma süreci ile birlikte pek çok rahatsızlığa karşı direnç azalır, yaşlılar daha çabuk ve sık rahatsızlanırlar (Yertutan, 1991).

İlerleyen yaşla birlikte fiziksel aktivitede azalmaya bağlı olarak bazı hastalıkların artması arasında doğrudan bir ilişki gözlenmektedir. Yaşlılıkta inaktivite ile kardiyovasküler rahatsızlıklar, kemik hastalıkları ve bağırsak kanseri gibi hastalıkların meydana gelmesi arasında doğrudan bir ilişki ifade edilir (Soyuer ve Soyuer, 2008). Yaşlılık sürecinde sıklıkla rastlanan Alzheimer ve Parkinson yaşlıların bilişsel yeteneklerinin kaybına sebep olmaktadır. Bu hastalıklar yaşam süresinin artmasıyla ileride daha fazla görülür olacağı belirtilmektedir (Özer, 2013).

1. 3. 2. 2. Yaşlılıkta Psikolojik Değişiklikler

Bilişsel ve ruhsal değişimler yaşlılık sürecinin psikolojik yönü ile alakalıdır. Bilişsel becerilerin yaşa bağlı değişimi en çok zeka, öğrenme, dikkat ve bellek ile ilgilidir. Ruhsal davranışların yaşa bağlı değişimi ise daha çok duygudurum ve başa çıkma tutumları ile ilgilidir. Yaşlılıkta ortaya çıkan eş ya da çocuk ölümü, üretkenlikten uzaklaşma, çeşitli fiziksel ve kronik rahatsızlıkların artması ve hayat standardının değişmesi yaşlıların psikolojik sağlığını olumsuz etkilemektedir. (Eyüpoğlu ve ark., 2012). Yaşlılıkta görülen ruhsal sorunlar birçok sebepten kaynaklanmaktadır. Yaşlı bireylerin ruhsal problemleri gençlik çağındaki deneyimlerinden kaynaklı gelişebileceği gibi, yaşlanmayla birlikte sevilen kişinin ölümü, emeklilik, toplumdaki geri çekilme, bedensel rahatsızlıklar, muhtaç olma ve yaşamlarının sonlanacağı düşünceleri gibi başka sorunlarla da oluşabilir (Cangöz, 2009). Sonuç olarak psikolojik değişiklikler yaşlılarda uyum sorunu yaşamalarına sebep olabilir (Eyüpoğlu ve ark., 2012).

1. 3. 2. 3. Yaşlılıkta Sosyal Değişiklikler

Yaşlılık kişinin geçmişi ile daha çok uğraştığı bir süreçtir. Eğer birey geçmişinde mutlu bir yaşam sürmüştü amaçlarına, arzularına ve ideallerine ulaşabilmişse yaşlılığa daha çabuk uyum sağlar, gençliğinde yapamadığı kitap okumak, seyahat etmek, genişlemiş ailesiyle zaman geçirmek gibi etkinliklerde bulunabilir. Yaşlılığı benimseme kişiden kişiye farklılık gösterir. Yaşlı bireylerin ekonomik düzeyinin yüksek ya da düşük olması, sevdiği kişileri kaybetmiş olması, kendini yük gibi görmesi ya da yakınlarına fazlalık olduğunu düşünmesi bireyleri olumsuz etkiler ve böylelikle yaşlılar sıkıntılı bir süreç içine girebilir (Bölükbaş ve Arslan, 2003).

Yaşlı bireylerin sosyal hayattaki rolü ve itibarı, yakın ilişkileri, cinsel aktivitesi, sosyal yaşamı ve desteklerinin azalmasıyla birlikte aktif rolü kaybolurken daha pasif bir konuma geçmektedir ve yaşlılar etrafındaki sevdiği insanları bu süreçte giderek kaybetmektedir. Bu süreç içinde yaşlılar çocuklarından ayrılmış, sevdiği insanları kaybetmiş, yaşamın getirdiği değişikliklere uyum sağlayamamış, yaşam tarzı değişmiş veya değiştirilmiş, ölüme yaklaştığının farkına varmış, maddi özgürlükleri ortadan kalkmış olabilir. Bu nedenlerden dolayı yaşlılar gerekli sosyal desteği alamazlarsa, duygularını ifade etmekte zorlanabilirler ve daha içine kapanık hayat sürdürebilirler (Şahin ve Yalçın, 2003).

1. 4. Psikopatoloji

1. 4. 1. Yaşlılık sürecinde psikopatoloji

Yaşlılık sürecinde yaşlılar birçok ruhsal sorunla karşılaşmaktadır. Yaşlıların fiziksel olarak güçsüzleşmesi ile ağrıların ön planda olduğu somatizasyon ve ileri yaşta başlayan nörolojik problemler sıklıkla görülmektedir. Depresyon ve depresyonun neden olduğu unutkanlık olarak bilinen psödodemans da görülmektedir. Yaşlıların yeni konumlarından dolayı yaşa bağlı bazı kişilik değişiklikleri de görülmektedir. Bu dönemde yalnız kalan yaşlılar kendilerine zarar verme davranışları da artabilir. Örneğin yaşlılar yemek-içmek gibi temel ihtiyaçlarını ve öz bakım ihtiyaçlarını karşılamak istemeyebilirler (Cankurtaran ve Cankurtaran, 2007).

Yaşlıların psikotik bozukluklarında katatonik veya uygunsuz davranışlar gözlenebilir. Gerçeği değerlendirmede sorun bu dönemde hezeyanlar ve halüsinasyonlar ile gözlenebilir. Bilişsel yetilerin azalması ile yaşlılarda şüphecilik artmaktadır. Şüpheciliği artan yaşlıların bilişsel becerilerinin azalmasıyla çevreyi düşmanca ve güvensiz algılaması nedeniyle kendilerini sosyal ortamlardan soyutlayabilirler (Cankurtaran ve Cankurtaran, 2007).

Yaşlılıkta şizofreni tanı ölçütlerinin yetersizliği ve tedaviyi güçlendiren bir hastalık olması birçok çalışmada belirtilmiştir (Jenike, 1996; Adamis ve Ball, 2000). Ancak yaşlı nüfusunun artması ileri yaşta geç başlangıçlı şizofreni hastalığının artması tanı ölçütlerin iyi değerlendirilmesi ve ayırıcı tanının yapılması önemlidir (Hocaoğlu, 2001).

Yaşlılık sürecinde en sık görülen psikiyatrik bozukluklar bilişsel bozukluklardır (Yaluğ ve ark., 2006). Yaşlılıkta sıklıkla rastlanılan, bilişsel süreçlerde ve işlevsellikte bozulma ile seyreden ve yıkımla sonuçlanan sendroma demans adı verilir. En çok Alzheimer olarak adlandırılan vasküler demans, Lewy cisimcikli demans ve frontotemporal demans gibi pek çok sınıflandırılması bulunmaktadır (Aki, 2010). Ayrıca psödodemans ise, klinik görünümün organik demansı düşündürmesine karşılık, fiziksel bir nedene bağlanamayan demanslarda kullanılan isimdir (Yaluğ ve ark., 2006).

Yaşlı bireylerde sık rastlanan problemlerden biri de uyku bozukluklarıdır. Yaş aldıkça insanların yaşamlarında eş kaybı, yalnız yaşama, huzurevi-bakımevinde kalma, emeklilik, bedensel hastalıkların artması gibi pek çok değişiklikler yaşanmaktadır. Yaşlılık sürecinde yaşlı bireyler yavaşlanmış bir hayat sürmektedirler. Bütün bu değişiklikler yaşlıların uyku ve yaşam kalitesinde

bozulmalara sebep olur. Kişinin dikkat ve anlama-kavrama yetenekleri uyku düzenin bozulması ile olumsuz olarak etkilenmektedir. Hatırlama güçlüğü, günlük işlevlerde bozulma, yorgunluk gibi etmenlerin ortaya çıkması ile kişinin yaşam kalitesi bozulur. Böylelikle sağlık bakım arayışının artmasına sebep olmaktadır. (Göktaş ve Özkan, 2006). Gece solunum bozukluğu, REM uyku davranışı bozukluğu (parasomnia) ve hareket bozuklukları yaşlılık döneminde sık görülen uyku bozukluklarıdır. Depresyon ve uykusuzluğun birbiriyle yakından ilişkili olduğunu kabul edilmiştir. Tedavi edilmemiş insomnia depresyona sebep olabilir ve depresif ruh hali insomnia'yı öngörebilir. Uyku bozuklukları tedavi edilmezse, önemli morbidite ve mortaliteye sebep olur (Kulaksızoğlu, 2009).

Yaşlılık sürecinde görülen anksiyete işlevsellikte belirgin olarak bozulmaya neden olmakla birlikte yaşam kalitesini azaltmaktadır (Kızıl ve Turan, 2007). Depresif yaşlı erişkinlerde genel anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk yaygın olarak görülmektedir (DeLuca ve ark., 2005). Yaşlı bireylerin genç bireylere kıyasla panik atak belirtileri daha az sayıda ve hafif düzeydedir. Ayrıca, eşlik eden depresif belirtiler de hafif düzeydedir ve yaşlıların işlevsellikleri gençlere kıyasla daha iyidir.

Yaşlı bireylerde anksiyete bozukluklarından birisi olan fobik bozukluk sık görülmektedir. Araştırmalarda yaşlılık döneminde agorafobi görülme sıklığının yaygın olduğu ve 60 yaşından sonra başladığı ifade edilmiştir (Kızıl ve Turan, 2007). Bir başka anksiyete bozukluklarından biri olan yaygın anksiyete bozukluğu yaşlılarda sıklıkla kronik seyirli olarak görülmektedir. Diğer anksiyete bozuklukları gibi yaşlı bireylerde işlevsellikte kayıp ve yaşam kalitesinde bozulmayla sonuçlanmaktadır (Eroğlu ve ark., 2012).

Bu çalışmada yaşlılarda depresyonun daha sık görülmesi ve semptom taramanın dışında ayrıca değerlendirilmesi dikkate alınarak ayrı bir başlıkta açıklanmıştır.

1.4.2. Yaşlılarda depresyon

1.4.2.1. Depresyonun tanımı

Major depresyon en az 15 gün süren depresif ruh hali ya da ilginin kaybı, gündelik aktivitelerde motivasyon kaybı, enerji kaybı, insomnia veya uykuda artış, suçluluk duygusu ya da değersiz hissetme, dikkatin azalması, ölüm düşünceleri, psikomotor yavaşlama veya ajitasyon gibi belirtilerin en az beşinin eşlik ettiği klinik bir tablodur (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994).

Depresyon, yaşlılarda en sık gözlenen ruhsal bozuklukların başında gelmektedir (Tamam ve Öner, 2001). Birçok araştırmada yaş ile depresyon arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Ancak yaşlılık tek başına depresyon riskini artırmamakta, fiziksel yetilerde zorluk, bilişsel süreçlerde ve yaşamsal aktivitelerde gerileme, sosyal ilişkilerde zayıflama, gelir düzeyinde azalma, yalnızlık ve sosyal desteğin az olması gibi etkenler de depresyon görülme sıklığını artırmaktadır (Maral ve ark., 2001). Yaşlılıkta görülen fiziksel rahatsızlıklarda artış ve bilişsel gerilemenin hızlanması depresyon tanısı konulmasını zorlaştırmaktadır. Depresyonun diğer hastalıklarla karışması tedaviyi güçleştirmektedir (Tamam ve Öner, 2001).

1. 4. 2. 2. Depresyonun epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü, yaşlılar arasında genel depresif bozukluk yaygınlık oranının, kültürel durumlara bağlı olarak %10 ila %20 arasında değiştiğini tahmin etmiştir. Hindistan'da yapılan çalışmalarda, yaşlı Hint nüfusundaki depresif bozuklukların yaygınlığının %13 ila %25 arasında değiştiğini ortaya koymuştur. Yapılan çalışmalarda depresyondan etkilenen yaşlı bireylerin oranı Asya'da %4,2, Avrupa'da %10.9 ve Amerika'da %8.4 olarak bulunmuştur (Barua ve ark., 2011).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda Hamilton Depresyon ölçeği ile Weisman ölçeği kullanarak depresif belirti prevalansı ölçülmüştür. Hamilton Depresyon ölçeği ile yaşlılarda depresif belirti prevalansı %29, Weismann ölçeği ile bu prevalansı %11 bulmuşlardır (Bekaroğlu ve ark., 1991; Uçku ve Küey, 1992). Maral ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlıların depresyon prevalansı %48.1, kendi evinde yaşayanların ise %24.3 olarak bulmuşlardır. Bir diğer araştırmaya göre, bakımevinde yaşayan yaşlı bireylerin depresif belirtileri %68.9 olarak saptanmışken kendi evinde yaşayan yaşlıların depresif belirtileri %27.8 olarak belirtilmiştir (Aksüllü ve Doğan, 2004).

Sonuç olarak depresyonun yaygınlığı; çalışmanın amacı, örneklem grubu ve kullanılan yönteme göre farklılık göstermektedir. Ayrıca yaşlılıkta nörolojik vakaların ayırt edilmemesi de depresyon sıklığının sağlıklı bir şekilde değerlendirilmesinde problem oluşturabilmektedir. Bunun yanında yaşlanma süreciyle sıklıkla karşılaşılan eş veya akran kaybı nedeniyle, yaşlı bireyin içine girdiği yas süreci ile depresyonun ayırt edilmesi oldukça güçleşmektedir. Klinik değerlendirmeyle belirlenen depresyon oranlarının, değerlendirme ölçekleriyle saptanan depresyon oranlarından daha düşük olduğu da ifade edilmektedir (Altuk, 2011).

1. 4. 2. 3. Depresyonun etiyojisi

Yaşlılık çağı depresyonunun etiyojisi incelendiğinde çok farklı etkenlerden kaynaklandığı görülmektedir. Etiyojik faktörler; psikososyal sebepler, yaşlılık sürecinde sıklıkla çoğalan bedensel rahatsızlıklar ve kullanılan ilaçlar ve yaşlılığa bağlı bedensel değişiklikler olmak üzere iki ana başlık altında ele alınacaktır (Tamam ve Öner, 2001).

Yaşlı bireylerin hayatında önemli yere sahip olan sevilen birinin ölümü özellikle eşin yitilmesi depresyona eğilimi çoğaltmaktadır. Değer verilen bireyin ölümü, kişinin kendi ölümünün gerçekliği ile yüzleşmesine sebep olmaktadır. Yaşlı bireylerin yaşamıyla ilgili sona yaklaştığı düşüncesinin artması yalnızlık ve çaresizlik hislerine kapılmalarını sağlayabilir. Yaşlı bireylerin bu duygu ve düşünceleri depresyon riskini artırabilmektedir. Ayrıca, yaşlı bireylerin emeklilik sürecine girmesiyle birlikte verimliliğin ve üretkenliğinin azalması bireylerin depresyon riskini artırmaktadır. Yaşlı bireyler işini ne derece benimsemişse, kaybettikleri zaman depresyona girme ihtimali de buna bağlı olarak değişmektedir (Kılıçoğlu, 2006).

Depresyonla fiziksel hastalıkların ilişkili olduğu bulunmuştur. Diyabet, kanser, kalp ve akciğer rahatsızlıkları gibi birçok rahatsızlığın yaşlılık sürecinde depresyon riskini yükselttiği ifade edilmiştir (Kılıçoğlu, 2006). Yaşlılık sürecinde oluşabilecek fizyolojik rahatsızlıklar hem rahatsızlığın depresyona doğrudan etkileri yüzünden hem de bireylerde yol açabilecek yeti yitimi, bağımsız işlev görmeyi etkileme gibi sebepler depresyonun görülme ihtimalini arttırmaktadır. Ayrıca kronik rahatsızlıkların meydana getirdiği depresif tablolar, yaşlı bireylerin hayat standardını daha da etkileyerek rahatsızlığın etkilerini arttırmaktadır. Böylelikle yaşlı bireylerin depresyon seviyesi yükselmekte ve yardıma muhtaç duruma gelebilmektedir. Yaşlı hastaların kullandıkları pek çok ilaçlar da bu dönemdeki depresyon şiddetini arttıran unsurlardan biridir. Beta blokerler, digoksin ya da bazı antihipertansifler gibi birçok ilaçların kendilerinin de depresyona sebep olmaları, çoğu zaman yaşlı hastalarda ortaya çıkan ya da ağırlaşan depresyonun en önemli sebebidir (Tamam ve Öner, 2001).

1. 4. 2. 4. Depresyonun ayırıcı tanısı

Depresyonla benzer belirtileri olan veya depresif belirtilerin birlikte görülmesine sebep olan organik hastalıklar tanıyı ve tedaviyi zorlaştırırlar (Kaya, 1999). Depresyonun sürecinde olan bir hastayı değerlendirirken üzerinde durulması

gereken en önemli hususlardan biri hastalık tablosunun bedensel bir hastalığa ya da ilaç kullanımına bağlı ikincil gelişip gelişmediğidir (Uluşahin, 2003).

Demans, yaşlılarda depresyonun ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken hastalıklardan birisidir. Ayırıcı tanısı bilişsel bozukluğun olup olmadığı ile araştırılır. Kısa Akıl Muayene testi, nörolojik muayene ve görüntüleme metotlarıyla demans tanısı dışlanmıştır. Demans ve depresyon ayırımında klinik değerlendirme önemli yer tutar. Depresyondaki bilişsel gerileme çoğunlukla hızlıdır ve affektif belirtiler görülür, psikotik depresyonlarda oluşan sanrılar ile demansiyel süreçte görülen düşünce bozukluklarının ayırımı önemlidir. Depresyondaki sanrılarının duyguduruma uygun olması, demansiyel süreçte ise her çeşit düşünce bozukluğunun bulunması, daha çok paranoya içeren sanrılarının olması ayırıcı tanıda yardımcıdır (Öyekçin ve ark., 2012).

Depresyon dikkat ve hafıza gibi birtakım bilişsel yetileri bozabilir; bu durum "psödodemans" şeklinde ifade edilmektedir. Demansın ilk dönemlerinde, psödodemandan farkı zor anlaşılmaktadır. Psödodemanda hastanın konsantrasyonu dağınık ve fikirleri belli yere takılmıştır. Ayrıca, psikomotor işlevlerde azalma ve kısıtlı duygulanım görülür. Depresyonun tedavisi ile bilişsel belirtilerde iyileşme olmakla birlikte sonrasında demansiyel bir süreç oluşabilmektedir (Kaya, 1999).

Yaşlılarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunun kendine özgü tanı ölçütlerinin bulunmaması ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunun doğası gereği güven duygusunun azalması ya da kaybı, yaşlılarda bazı belirtilerin daha silik geçmesine sebep olmaktadır. Bu yüzden bu bozukluk dışında kalan somatizasyon bozukluğu ve depresyon gibi tanılara neden olmaktadır. Yaşlıların ruhsal şikayetlerini daha çok somatize ederek ifade etmeleri tanı koymada sorun yaratmaktadır (Özgüler ve ark., 2004).

Yaşlılıkta oluşan her türlü duygudurum bozukluklarını özenle taramak önemlidir. Yaşlılıkta depresyon ve distimi, karma atakta eş zamanlı anksiyetin oluşmasına sebep olabilir. Sağlığı tehdit eden her türlü hastalık da kaygıya neden olabilir (Kulaksızoğlu, 2009). Kaygı ve depresyonun eş zamanlı görülme olasılığı daha çok dikkate alınmalıdır. Ayrıca, ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken bir husus da depresyonda uykudan erken uyanma görülürken kaygı da uykuya dalma güçlüğü görülmektedir (Kaya, 1999).

1. 5. Üstbiliş

1. 5. 1. Üstbiliş tanımı

Herkes olumsuz düşüncelere sahiptir ve herkes bazen bu olumsuz düşüncelerine inanır. Ancak herkes sürekli kaygı, depresyon ya da duygusal acı geliştirmez. Düşünceleri kontrol eden ve birini yok sayıp seçemeyeceğini veya birini uzun süren ve daha derin bir sıkıntıya kapılmasına sebep olan şeyin ne olduğu araştırılmıştır. Wells (2009), üstbilişin zihnin sağlıklı ve sağlıksız kontrolü için sorumlu olduğunu ileri sürmektedir. Üstelik, üstbiliş yalnızca bir insanın düşüncelerinin değil, duyguların ve onun üzerindeki kontrolün nasıl belirlendiği hakkında düşündüğüdür diye tanımlanmıştır (Wells, 2009).

Üstbiliş kavramı bilişsel süreçleri içeren bilişleri kontrol eden ve değerlendiren bir sisteme karşılık gelmektedir. Ayrıca üstbiliş bireylerin düşünce ve bilişsel işlevlerini bilinçli olarak yapmasını kapsayan sistemdir (Akt., Irak ve ark., 2015). Özetle, üstbiliş bireyin kendi düşünce ve bilişsel faaliyetleri hakkında bilgisinin ve farkındalığının olduğu bir sistemdir (Tosun ve Irak, 2008).

Son zamanlarda üzerinde fazla sayıda çalışma yapılan üstbiliş kavramı, biliş kavramına göre alanda yeni bir konudur (Irak ve ark., 2015). Üstbiliş çalışmaları, gelişimsel psikoloji alanında ortaya çıkmıştır. Sonrasında hafıza, yaşlılık ve nöropsikoloji alanlarında çalışmalara devam edilmiştir (Wells, 2009). Üstbilişsel inanışların ani olaylarda daha az stratejik olan yaşlılarda yok olduğu bulunmuştur. Çünkü yaşlılar muhtemelen denemeye değer olduğuna inanmamaktadırlar. Yaşlı bireylerde düşük ustalık deneyimleri öz yeterlik oranını düşürmekte ve bağımlılık yaratmaktadır. Yaşlı bireyler bilişsel gerilemenin kaçınılmaz olduğunu düşünürlerse, artık bilişsel becerilerini kullanmazlar ve sorumluluk almaktan kaçınırlar. Böylelikle yaşlı bireyler giderek dış yardımlara ve başkalarının desteğine güvenmeye başlarlar. Devam etmekte olan çaba ve strateji kullanımı yaşlılıkta sürdürülen bilişsel performans ve otonomi için gereklidir. Bu yüzden üstbiliş, hareket ve düşünceyi önemli ölçüde etkiler ve gündelik hayatta karşılaşılan zorluklarla baş edebilecek uyuma yönelik başa çıkmayı belirler (Klusmann ve ark., 2011).

Üstbiliş, bilişsel psikoloji alanında yapılan araştırmaların birçoğunda, bir biliş türü olan belleği kapsamaktadır ve bu araştırmalarda bellek üstü işlemler incelenmektedir. Belleğin üstünde yapılan işlemleri belirtmek amacıyla ifade edilen terim üst-bellektir. Üst-bellek, bellekteki olası bütün işleyişin farkında olmak ve bu

işlemi gerektiğinde amaçlı olarak yönlendirmek olarak tanımlanmaktadır (Irak, 2005).

Psikolojik bozukluklara dair var olan yaklaşımların zenginleşmesini sağlayan üstbilişsel yaklaşım, düşünce süreçlerinin kavranması ve uyuma yönelik üstbilişlerin farkındalığının artırılmasıyla ilgilidir (Papageorgiou ve Wells, 1999). Kişilerin düşüncelerini takip etmesi, farkında olması ve amaca yönelik uygulaması ile ilgili bilişsel faaliyetlerini gerçekleştirirken üstbilişlerin önemi büyüktür (Akt., Yılmaz, 2016). Bireylerin bilişsel süreçlerinin amaca ve düzene yönelik işleminde üstbiliş sistemi önemli yere sahiptir. Bu sebeple sistemde oluşabilecek herhangi bir hata birçok davranış sorununun oluşmasını ve devam etmesinde önemli bir unsur olduğu belirtilmektedir (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004).

1. 5. 2. Yaşlılıkta bilişsel değişim

Bilişsel terimi idrak etmek, hatırlamak, yorumlamak, aklından geçirmek, hafızaya almak gibi zihinsel yetileri içermektedir (Çuhadar ve ark.,2006). Biliş kavramı birçok çeşitli zihinsel yapı, süreç ve işlevin beraber meydana getirdiği sistemdir (Irak ve ark., 2015).

Yaşlılıkta birtakım bilişsel işlevlerde azalma görülürken, bazı işlevler devam etmekte (sözel beceriler gibi) bazı işlevlerde ise hafif bozulmalar görülebilmektedir. Yaşlılık süreciyle bilgi işleme hızı azalır. Böylelikle yaşlı bireylerin yeni bilgiyi kavrama süresi uzar ve öğrenmek için daha çok bilişsel çaba göstermeleri gerekmektedir. Ayrıca yaşlılık dikkatin farklı boyutlarını olumsuz olarak etkilenmektedir. Örneğin, yaşlılar bölünmüş dikkat gerektiren görevleri gerçekleştirirken eskiye göre yavaşlama görülebilir. Yaşlı bireyler dikkatin sürdürülmesi (konsantrasyon) gerektiren görevlerde başarısız olabilirler. Aynı zamanda yaşlılar seçici dikkat gerektiren görevlerde güçlüklerle karşılaşabilir. Yaşlılar karşılaştıkları bu güç durumlar karşısında yanlış yapma ihtimalleri de artabilmektedir (Cangöz, 2009).

Yaşlılıkta hem kısa süreli bellekte hem de uzun süreli bellekte gerileme gözlenmektedir. Ancak kısa süreli bellek, uzun süreli belleğe göre daha az gerilemektedir. Yaşlılıkta birtakım bellek işlevleri gerilerken (episodik ve flaş bellek) bazıları ise korunmaktadır (semantik ve işlemsel bellek). Yaşlıların dile ait konuşma, anlatım, anlamlı cümleler üretme, dilbilgisi gibi bazı becerileri korunurken, amaca uygun sözcük bulma veya adlandırma (sözel akıcılık) gibi bazı dil becerinde ise gerileme gözlenmektedir (Cangöz, 2009).

Bilişsel işlev yaşla birlikte azalmaktadır ve bilişsel işlevin azalması, özellikle demansın en yaygın olduğu yaşlı nüfustaki bağımsızlık kaybıyla ilişkilidir. İleri yaş gelecekteki yetersizliğin ve güçsüzlüğün öngörücüsüdür. Bununla birlikte, ileri yaş gruplarındaki bazı yetişkinler fiziksel işlevlerini yerine getirirler. Yüksek öğrenim, daha iyi fiziksel performans ve daha düşük yeterlilik riski ile bağlantılıdır. Yaş ve eğitim, yaşlı bireylerde bilişsel işlev ile ilişkilendirilmiştir (Greiner ve ark., 1996).

Kişilik örüntüsü özellikle çok stresli durumlarda bilişsel işlevleri etkilemektedir; çünkü stres bellekten sorumlu bölümlerden biri olan hipokampüsta hasar oluşturduğu bilinmektedir. Devamlı huzursuz, endişeli, kaygılı, stresli bireylerin %40'ından fazlasında Alzheimer hastalığının bir ön tablosu olarak bilinen Hafif Bilişsel Bozukluk (HBB) görüldüğü bulunmuştur (Akt., Altuk, 2011).

Sonuç olarak, yapılan çalışmalar da insanlarla sürekli ilişki halinde olan ve öğrenmeye meraklı bireylerin, yalıtılmış yaşam süren kişilere göre zihnen daha aktif ve dinç oldukları bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle bedensel olarak aktif, okuyan, öğrenen ve insanlarla ilişkilerini devam ettiren kişilerin yaşlanması, bilişsel işlevlerinde önemli değişikliklere yol açmaz. Ayrıca, insan zihninin çevresel koşullardaki değişime uyum sağlayabilen ve esnekliği olan bir sistem olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (Akt., Altuk, 2011).

1. 5. 3. Yaşlılıkta üstbilişin psikopatoloji ile ilişkisi

Üstbiliş ile ilgili bazı çalışmalar bir biliş türü olan üst belleğe odaklanmıştır. Birçok yaşlı birey, zamanın geçmesi ile bellek işlevleri üzerinde gençlere göre daha az kontrol ve gerileme olacağına inanmışlardır. Psikiyatrik bozuklukların üstbilişsel modeline ilişkin artan kanıtlara rağmen, çalışmalardan gelen birçok kanıt psikiyatrik bozukluklarda yaşlanma ve üstbiliş arasındaki etkileşimden bahsedilmemektedir. Bu nedenle, ileri yaşlarda anksiyeteye yol açabilecek yaşlanmanın bir sonucu olması gereken farklı üstbilişsel yapılar olabilir. Çünkü, eğer yaşlı bireyler yaşlanma ile bilişsel gerilemenin kaçınılmaz olduğuna inanıyorlarsa, daha sonra bilişsel becerilerini uygulamıyor ve ileride bazı psikolojik problemleri beraberinde getirebilecek sorumluluklarından geri çekilebiliyorlar (Varkal ve ark., 2013).

Üstbiliş, farklı bilişsel becerilerdeki yaşa bağlı değişiklikleri ve normalden patolojik bilişsel gerileme biçimlerine potansiyel geçisi açıklamaktadır. Üstbilişte bozulma öz farkındalığın azalması ve anosognozi (kişinin hasta olduğunu idrak yeteneğini kaybetmesi) olarak bilinen pek çok nörolojik ve ruhsal bozuklukta

görülmektedir ve bu bozuklukların kötü sonuçlarla ilişkili olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir (Volz-Sidiropoulou ve Gauggel, 2012).

Duygusal bozukluk bağlamında üstbilişsel bilginin iki türünü açık ve kapalı olarak düşünmek yararlı olacaktır. Açık üstbilişsel bilgi, bilinçli ve sözlü olarak ifade edilebilen bilgidir. Örneğin, genelleşmiş kaygı bozukluğu olan bireyler, endişe verici şeylerin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna inanmaktadır ve daha çoğunlukla insanlar, endişenin avantajlı olabileceği inancını taşımaktadır. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalar, belirli düşünce türlerinin olumsuz olaylara veya istenmeyen eylemlere neden olacağına ve depresyon hastalarının ruminasyon hakkında olumlu inançlara sahip olduklarına inanmaktadır. Örtük üstbilişsel bilgi normalde bilinçlenmeye müsait değildir ve sözlü biçimde ifade edilemez. Bunlar yargıların oluşmasında dikkat dağıtımı, hafıza araştırması ve ön yargılar gibi sürece eşlik eden kurallar ve planlardır. Üstbilişsel deneyimler, duygusal bozukluğa çeşitli şekillerde bağlanabilir. Bir takım çeşitli bozukluklar, olumsuz üstbiliş değerlendirme ve yargılarla ilişkilidir. Örneğin, obsesif kompulsif hastalar düşünce ve hafıza fenomenini olumsuz tarzda değerlendirmektedir. Birtakım farklı psikolojik bozukluklar genel anksiyete, post-travmatik stres bozukluğu (TSSB), depresyon, panik, obsesyonel bozukluk gibi, olumsuz düşünce müdahalelerinin felaket gibi değerlendirmeleriyle ilişkilidir (Wells, 2008).

Alzheimer hastalığının üstbiliş sistemini bozduğu ifade edilmiştir. Alzheimer hastalığının erken veya hafif aşamalarının temel bilişsel becerilere zarar verdiği iyi bilinir; ancak Alzheimer hastalığının üstbiliş üzerine etkileri hakkında bilgiler daha az bilinmektedir. Üstbiliş, kişinin kendi temel bilişsel becerilerini (epizodik bellek veya yürütme işlevleri gibi) düşünme yeteneği de dahil olmak üzere, biliş hakkındaki bilgisidir. Üst bilişin farklı yönlerinin Alzheimer hastalığından nasıl etkileneceğini anlamak önemlidir. Çünkü kişinin kişisel hedeflerini gerçekçi bir şekilde ayarlamak ve riskli davranışlardan kaçınmak için kişinin kendi bilişsel gerilemesine ilişkin doğru anlamaya ihtiyaç duyulmaktadır (Gallo ve ark., 2012).

Papageorgiou ve Wells (2003) üstbilişin depresyon modelini meydana getirmiştir. Bu model depresif semptomların devam etmesi ve yoğunluğunun artmasının sebebini açıklamaktadır. Kişisel bir tetikleyici uyaran algılandığında, bunun anlamı ve nedenleri üzerinde yineleyici düşüncelerinin olması ve bu olumsuzluğu yok etmek için bir takım baş etme stratejileri kullanmak gerekmektedir. Özetle, birey olumsuz bir düşünceye kapıldığı zaman kafasında yineleyici olarak

düşünmesinin olumsuz etkisini olumlu üstbilişsel inanç ile baş etmeye çalışmaktadır (Akt., Yılmaz, 2016).

Kendiliğinden algılanan iyi-oluşun, insanların bilişsel süreçleri hakkında sahip oldukları deneyim ve bilgi ile ilgili olan depresyon ve üstbilişsel yeterlilik ile sıkı bir şekilde bağlantılı olduğuna dair kanıtlar vardır (Fastame ve Penna, 2014). Metamnestik sürecin algılanan etkinliği, geç yetişkinlik dönemindeki sağlıklı bireylerin ölçülen psikolojik iyi-oluş ve olumsuz duygu durum düzeyleriyle açıkça ilişkilidir. Bu göstermektedir ki, daha depresif belirtiler gösteren yaşlı bireyler daha olumsuz metamnestik öz değerlendirme yapma eğilimindedirler. Dolayısıyla, üst-hafıza süreçlerine daha az güvenmek, ileri yaştaki yetişkinlerin mnestik (hatırlama) performanslarını olumsuz etkilemektedir çünkü mnestik süreçlere dönük olumsuz inançlar bir beklenti kaygısı oluşturmakta ve hafıza işlemlerine yönelik motivasyonu (güdülenmeyi) azaltmaktadır. Bu bağlamda, üstbilişsel ve duygusal (emosyonel) etkenlerin Çalışma Belleği performans riskleri üzerindeki etkisi, geç yetişkinlik döneminde belirginleşen yaşlanma etkisi sebebiyle daha büyük olmaktadır (Fastame ve ark., 2014).

1. 5. 4. Yaşlılıkta üstbiliş ile ilgili yapılan çalışmalar

Palmer ve arkadaşları (2014), yaşın üstbilişsel yeterlilik üzerine etkilerini araştırmışlardır. Üstbilişsel yeterlilik, öznel raporlar ile objektif davranış arasındaki ilişkiyi ifade eder. Yaşımız değiştirirken bu yeterliliğin nasıl değiştiğini anlamak önemlidir. Çünkü zayıf üstbiliş, olumsuz sonuçlara yol açabilir. Yapmış oldukları çalışmada yaşın ilerlemesiyle algısal üstbilişsel yeterlilikte azalma olduğu ve bellek üstbilişsel yeterliliğinde ise anlamlı olmayan azalma olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca, üstbilişsel yeterlilikteki düşüş yaşlandıkça davranışlar ve inançlar arasındaki ayrışmanın daha fazla belirginleşmesinin nedenini açıklayabilir (Palmer ve ark., 2014).

Tullis ve Benjamin (2012), yaşlı yetişkinlerin becerilerini, tanıma üzerindeki kelime frekansının etkileri hakkında güncellenen üstbilişsel bilgiyi değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Doğru üstbilişsel bilgi, kendini düzenleyen öğrenmede en uygun performans için hayati önem taşımaktadır. Bununla birlikte, yaşlı bireylerin etkili öğrenme stratejileri ve bilgi güncelleme uygulamalarında eksiklikleri vardır. Bu nedenle, yaşlı bireyler, genç yetişkinler gibi yeni görevleri etkili bir şekilde öğrenemeyebilirler. Genç yetişkinlerin görevle ilgili deneyim yoluyla yanlış anlamalarını düzeltebildiği gösterilmiştir ancak yaşlı yetişkinlerin güncellenen bilgi

kavramalarıyla ilgili daha büyük zorlukları vardır. Görev deneyiminin yaşlı yetişkinler için yeterli olup olmayacağı belirsizdir. Çalışma genç ve yaşlı yetişkin katılımcılardan oluşmaktadır. Her iki grubun üstbilişsel bilgisini görev deneyimiyle düzeltbildiğini gösterilmektedir. Yaşlı yetişkinlerin, bazen önerilenlerden daha etkili ve esnek bir üstbiliş bilgisine sahip olduğu belirtilmiştir (Tullis ve Benjamin, 2012).

Buckley ve arkadaşları (2010) yaşlılara yönelik kısa üstbiliş anketi, bilişsel performans ve bilgilendirici derecelendirme ile karşılaştırmayı araştırmışlardır. Yaptıkları çalışmada kısa üstbiliş anketinin geçerliliği için kanıtlar ve uygun iç tutarlılık araştırılmıştır. Anket, yaşlı popülasyonlarda anosognoziyi değerlendirmek için hafızaya ve fonksiyonel değerlendirmelere yararlı bir yardımcı olabileceğini ifade etmişlerdir (Buckley ve ark., 2009).

Volz-Sidiropoulou ve Gauggel (2012) sağlıklı gündelik hayatta katılımcıların kadın/erkek ve onların eşlerinin hafıza ve dikkat zorluklarının derecelendirmelerini değerlendirdiler. Bilişsel güçlüklerini tanıyan daha yaşlı bireylerin, bilhassa yeteneklerini doğru bir şekilde tahmin edebildikleri zaman gündelik yaşamlarını gerçek bilişsel işlevlerine göre ayarlama olasılıkları daha yüksektir. Yapılan çalışmanın sonucu, objektif ve subjektif puanlar arasında sadece erkekler için epizodik hafıza ölçümlerinde anlamlı ilişki bulunmuştur. Hafıza zorluğu çeken erkekler daha kötü performans gösterdi ve hafıza zorluklarının üstesinden geldiğini bildiren erkekler daha iyi performans gösterdiği bulunmuştur. Bu çalışma üstbilişsel doğrulukta öznel değerlendirmenin tahmini geçerliliği ve cinsiyete özgü farklılıkları göstermektedir (Volz-Sidiropoulou ve Gauggel, 2012).

Fastame ve arkadaşları (2013) yaşlı yetişkinlerde psikolojik iyi oluş ve üstbilişsel yeterlilik üzerine kültürler arası etkileşimi ve yaşla ilgili faktörleri araştırmışlardır. Yapılan çalışmanın sonucu, çalışma belleği üstbiliş ve sosyal arzu edilebilirlik ölçümleri, genel psikolojik iyiliğin öngörücüleri olarak kullanılmıştır; sosyo-kültürel bağlam, sosyal arzu edilebilirlik, görsel-mekansal çalışma belleği ve üst-bellek ölçümleri, algılanan iyi oluşu öngörmektedir. Yaşlıların pozitif sosyal rolünü vurgulayan sosyokültürel bağlamlar psikolojik refahı, yani erişkin yetişkinlikte yaşam kalitesini artırabileceğini ifade etmişlerdir (Fastame ve ark., 2014).

Fastame ve Penna (2014) duygusal yetkinlik, depresyon, hafıza ve bilişsel ölçümler üzerinde medeni durum, bilişsel verimlilik, cinsiyet, fiziksel sağlık ve sosyokültürel bağlamın etkisini araştırmışlardır. Katılımcılar kolektivist bir kültürün

hakim olduğu Sardunya Ogliastra vilayetinde ve bireysel kültürün hakim olduğu kuzey İtalya'dan toplanmıştır. Çalışmanın sonucu olarak Sardunyalı yaşlılar, depresyon ve bilişsel bozuklukları daha düşük seviyede ve daha fazla duygusal yetkinlik seviyesine sahip oldukları bulunmuştur. Bu nedenle, algılanan psikolojik iyilik hali, stbilişsel etkinlik ve depresyon sosyokültürel bağlamından etkilendiği görülmektedir (Fasteme ve Penna, 2014).

1.6. Başa ıkma Tutumları

"Başa ıkma stratejileri" terimi Lazarus ve Folkman (1984) tarafından tanımlandı. Bireyler yařadđı stresli olaylar karşısında bir takım başa çıkma tutumlarını kullanarak yaşanılan stresin etkilerini azaltmak ya da yok etmek isterler. "Başa ıkma", bireylerin stres karşısında meydana gelen durumlara katlanma maksadıyla uyguladđı bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerdir (Ağargün ve ark., 2005).

Yayınlarda baş etme becerileri ve başa çıkma tutumları şekilde iki farklı kullanım bulunmaktadır. Bu çalışmada birbirinin yerine kullanılan iki farklı tanım haline gelmektedir. Başa ıkma tutumu leği kullanılması sebebiyle bu çalışmada başa çıkma tutumu olarak baş etme becerileri kullanılmıştır.

1.6.1. Yaşlılıkta başa çıkma tutumları

Başa ıkma genellikle dış stresli veya olumsuz olaylar için bilinçli yanıt olarak kavramsallaştırılmıştır (Poderico ve ark., 2006). Yapılan alışmalar başarılı yaşlanmayı, yaşlı insanların aktif olarak yaşlanmanın üstesinden gelmesine yönelik bir süreç olarak betimlemektedir. Başarılı yaşlanma kayıplarla yzleşmeyle alakalı değildir. Ancak negatif değişiklikleri anlayışla karşılamaktır. Başa ıkma, beklenen yaşlanma sürecinde önemli bir araç olabilir. Geleneksel olarak stres durumlarının akabinde başa çıkma süreci, bilinçli olarak başa çıkma stratejisinde harekete geçtikten sonraki stres etkeninin zihinsel değerlendirmesi, algılanan stres etken yoğunluğunu azaltma girişimi ya da kişinin kaynaklarını, yeteneklerini yapılandırma önemli bir durum olarak tanımlanır. Zihinsel değerlendirme iki faktörden oluşur. Kişinin tehlike için ilk yorumu ya da çevrenin kişinin sağlığı için stresli ya da bununla ilişkili olup olmadđıdır. Kişisel (kontrol edilebilme, algılanan yoğunluk) ve durumsal faktörler (stresin kaynağı, durumun öngörülebilirliği ve değişikliği çevreden geribildirim) ortak olarak kişinin stresli durumları değerlendirilmesini etkiler (Nesami ve ark., 2010). Stresli olayların patolojik bir durum yaratma ihtimalinin, bireyin yeni bir koşula bakma veya uygun baş etme

stratejileri düzenleme kapasitesine bağı olduğu ifade edilmiştir. Bu perspektifte, uygun başa çıkma stratejilerini benimseme veya kullanabilmek önemlidir (Poderico ve ark., 2006).

Baş çıkma, bir kişinin iyi geçinmek ya da iyi yaşamak için verdiği mücadelenin uyum sonuçlarını etkileyen önemli bir değişkendir. İnsanlar nadiren kendilerine karşı olanlara karşı pasif olurlar. Bu yüzden onlar mümkünse kendilerine karşı olanları değiştirebilirler ve yapamayacakları zaman, durumun anlamını değiştirebilecekleri başa çıkmanın bilişsel biçimlerini kullanırlar (Lazarus ve DeLongis, 1983).

Problem odaklı başa çıkma kişilerin kendilerine tehdidi olan davranışlara karşı eyleme geçmesi ve tehdidin getirdiği olumsuzluğu azaltmaya yönelik girişimlerde bulunması olarak betimlenirken; duygu odaklı başa çıkma ise bireyin kendisine yönelik tehdit olarak algıladığı durumla savaşmak yerine onun olumsuz etkisini azaltmak yönünde uzak durma, paylaşma, oluşan duyguyla baş etme gibi birtakım etkinliklerde bulunması olarak ifade edilmektedir (Var ve ark., 2016). Folkman ve Lazarus (1980), insanların çok stresli olaylarla mücadele etmek için her iki stratejiyi de kullandıklarını ve bir strateji tipinin diğerlerinden üstün olduğu durumu kişinin kısmen kişisel özellik ve stresli olay türüne göre değişmesiyle açıklamıştır.

Yaşlı bireyler için en yaygın stresli durumlar, sağlığın bozulması, fiziksel güç ve görünüm kaybı, aile üyelerinin kaybı ve sosyal ve ekonomik statü değişikliği, prestij ve yararlılığın kaybı gibi durumların yanı sıra yaklaşan ölümün farkındalığıdır. "Yaş kaybı" olarak da bilinen yaşlılık, yaşlıların çevre koşullarında çok sayıda olumsuz değişiklik ile ilişkilidir (Lembas ve ark., 2017). İnsanlar yaşlandıkça daha pasif başa çıkma stratejileri kullanmaya başlarlar. Başka bir deyişle, daha sorun odaklı bir tarzdan daha duygusal odaklı bir forma taşırlar. Genç yetişkinler, probleme odaklı yöntemleri vurgulayan daha aktif bir başa çıkma örneği sergilerken, yaşlı bireyler ise duygu odaklı yöntemleri vurgulayan başa çıkma modelleri sergiler. Yaşlılık süreciyle birlikte, yaşlı bireyler sevdiklerinin kaybı, sağlıklarının kaybı ve bağılılığın artması gibi birçok olumsuz durumla karşılaşmaktadır. Bu bağlamda, kendilerini etkisiz olarak algılamak, yaşlıları stres ve depresyona karşı daha savunmasız hale getirmektedir. Bu nedenle, farklı başa çıkma stratejilerinin kullanımının analizini vurgulamak önemlidir (Meléndez ve ark., 2012).

Yaşa bağı başa çıkma becerilerinde değişiklik kavramsallaştırmaları üç şekilde değerlendirilmiştir. Gelişimsel yorumlama, insanların yaşlandıkça baş ettikleri

yollarda doğal değişiklikler olduğu fikrini desteklemektedir. Bunun anlamı, bu değişimler çevresel olarak belirlenmesinden ziyade evre ile ilgili olmasıdır. Gelişimsel yorumlama üç farklılık içermektedir. İlk yorumlama, insanlar yaşlandıkça başa çıkma davranışlarında daha ilkelleşirler veya daha ilkel olurlar. Örneğin daha egosantrik, dürtüsel ve düşmanca olabilirler. İkinci yorumlama, insanlar büyüdükçe başa çıkma davranışlarında daha olgunlaşırlar. Örneğin mizah ve akıllı ayrıştırmayı kullanabilirler. Üçüncü yorumlama, erkekler ve kadınlar, yaşamı boyunca farklı yörüngeleri vardır. Bu yüzden erkekler yaşlandıkça ve kadınlar daha aktif ve agresif hale geldikçe başa çıkma süreçlerinde daha pasif ve ılımlı hale gelir (Folkman ve ark., 1987).

Lembas ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre, 60 yaş üstü bireylerin stresle baş etme stratejileri ile cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durum ve maddi durum gibi faktörler arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadırlar. Scott and Melin'in (1998) çalışmasına göre stresli durumlarda kadınlar duygular üzerine odaklanmış stratejiler kullandıklarını belirtmişlerdir. Hayatları boyunca kadınlar birçok rolü aynı anda yerine getirme zorunluluğu ile ilgili daha fazla zorlanıyorlar. Aynı zamanda, kadınlar, insan ilişkilerinin kurulmasında belli bir rahatlığa sahip oldukları için, duygular üzerine odaklanan stratejilere ait sosyal destek arayan stratejiler geliştiriyorlar. Diğer yandan erkekler, stresin etkilerini azaltmak için psikoaktif maddeleri kullanıyorlar (Lembas ve ark., 2017).

BÖLÜM 2

YÖNTEM

2. 1. Örneklem

Çalışma Yalova- İstanbul illerinde yaşayan yaşlı bireylerin bilişsel süreçlerini incelemek amacıyla kesitsel olarak planlanmıştır. Çalışma 09.2017/01.2018 tarihleri içerisinde uygun örneklem kullanarak belirlenmiştir. Veriler araştırmacı tarafından katılımcıların ikamet ettiği kendine ait evlerinde yüz yüze görüşme yapılarak toplanmıştır. Çalışma, iletişim kurulabilen, görme, işitme ve konuşma sorunu olmayan, çalışmaya katılmaya gönüllü 65 yaş ve üzeri 50 kadın 53 erkek olmak üzere toplam 103 yaşlı birey ile yapılmıştır. Uygulama yaklaşık 45 dakika sürmüştür. Yaşlı bireylerin sorulara cevap verme süresinin uzun olması, soruları anlamada zorluklar çekmesi sebebiyle araştırmacının planlanan süre içerisinde daha fazla katılımcıya ulaşmasını kısıtlamıştır. Katılımcılara Mini Mental Test uygulanarak ve 24 puanın altında olan katılımcılar bilişsel yıkım nedeniyle çalışmaya alınmamıştır. Çalışmamızdaki katılımcıların MMT puan ortalaması 26.68 ± 1.66 olarak saptanmıştır. İletişime engel olacak fiziksel veya ruhsal sorunu olanlar, okuma yazması olmayanlar, işitme ve görme sorunu olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmada her katılımcıdan yazılı bilgilendirilmiş onay alınmıştır.

2. 2. Veri Toplama Araçları

2. 2. 1. Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu

Çalışmaya katılan yaşlıların sosyodemografik özellikleri ve diğer verileri çalışmacı tarafından hazırlanan form ile alınacaktır. Formda yaşlıların; yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir ve öğrenim durumu, sosyal güvence durumu gibi özelliklerini belirleyen, kronik hastalığı, fiziksel rahatsızlığı olup olmadığı gibi sağlık durumunu sorgulayan ve yaşlıların yaşam kalitesini, destek durumunu, algılanan sosyal destek durumunu belirleyen sorular bulunmaktadır. Formda ayrıca yaşlı bireylerin evde kalma süresi, daha önce nerede yaşadığı gibi yaşadığı yere yönelik sorular da bulunmaktadır.

2. 2. 2. Standardize Mini Mental Test (MMT)

Katılımcıların çalışmaya alınmasında dışlama kriteri yönünden değerlendirmek üzere kullanılan MMT, Folstein ve arkadaşları (1975) tarafından yaşlıların bilişsel performansını ölçmek amacıyla yapılandırılmıştır. Özellikle deliryumlu ve demanslı yaşlıların muayenesinde uygulaması kısa süren bilişsel düzeyin belirlenmesi için uygun ve kullanışlı yöntemdir. Yönelim, dikkat ve hesaplama, kayıt hafızası, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık, 11 maddeden oluşmaktadır. Toplam puan 30 üzerinden hesaplanır. Testin geçerlilik ve güvenilirliği Güngen ve arkadaşları (2002) tarafından yapılmıştır. Kappa değeri 0,92 olarak saptanmıştır. 23/24 puan eşiği demansın hafif evresi ile normalden ayrımı için kullanılır.

2. 2. 3. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

Ölçek ilk olarak Cartwright-Hatton ve Wells (1997) tarafından geliştirilmiştir. Üstbiliş ölçeği yeniden Wells ve Cartwright-Hatton (2004) tarafından 30 maddelik kısa form olarak düzenlenmiştir. Üstbiliş ölçeği psikopatolojilerle ilgili üstbilişleri değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçekteki her madde 4 birimli likert tipi “1-kesinlikle katılmıyorum” ile “4-kesinlikle katılıyorum” uçları üzerinden cevaplanır. Ölçekten en az 30 puan en çok 120 puan alınabilir. Ölçekten alınan puanın artması patolojik tarzda üstbilişlerin arttığını gösterir. Üstbiliş ölçeğinin 5 tane alt ölçeği vardır; 1-Olumlu inançlar, 2- Kontrol edilemezlik ve tehlike, 3-Bilişsel güven, 4-Düşünceleri kontrol ihtiyacı, 5- Bilişsel farkındalık. Testin geçerlilik güvenilirlik çalışmasını Tosun ve Irak tarafından 2004 yılında yapılmıştır ve cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0,86 saptanmıştır.

2. 2. 4. Belirti Tarama Listesi (SCL 90-R)

SCL90-R, Derogatis ve arkadaşları (1976) yapılandırmıştır. SCL 90-R kişilerdeki olabilecek psikolojik rahatsızlıkları ve seviyesini belirlemek için geliştirilmiştir. SCL 90-R 90 sorudan oluşmaktadır. Doksan soru beşli Likert tipi (0) «Hiç», (1) «Çok az», (2) «Orta derecede», (3) «Oldukça Fazla», (4) «İleri derecede» cevapları üzerinden değerlendirilir. SCL-90-R'nin 10 tane alt ölçekleri vardır. Somatizasyon, Kişilerarası Duyarlık, Obsesif-Kompulsif belirtiler, Psikotizm, Depresyon, Öfke -Düşmanlık, Kaygı, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce ve Ek Skalalardır. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını İhsan Dağ (1991) tarafından yapılmıştır ve iç tutarlılık puanı 0,79 bulunmuştur.

2. 2. 5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

COPE ölçeği Carver ve arkadaşları (1989) tarafından şekillendirilen ve yaygın olarak kullanılan ölçektir. Bu ölçeğin amacı kişilerin stresini azaltmak için hangi başa çıkma tutumlarını kullanarak tepki vereceklerini araştırmaktır. Ölçek altmış sorudan ve 15 tane alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçeklerinden en az 4 puan en çok 16 puan alınır. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Ağargün ve ark. (2005) tarafından yapılmıştır ve iç tutarlılık puanı 0,79 bulunmuştur.

2. 2. 6. Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)

GDÖ, Yesavega ve arkadaşları (1983) tarafından yapılandırılan yaşlı popülasyona yönelik bir depresyon ölçeğidir. Ölçek 30 sorudan oluşmaktadır, cevapları ise evet / hayır şeklindedir. Ölçeğin hazırlanış amacı soruların yanıtlarının kolay olması ve yaşlılara yönelik sorulardan oluşmuş olmasıdır. Ölçek depresif belirtilerin şiddetini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Ölçeğin puanlamasında, her soruya depresyona yönelik verilen cevaplar 1 puan olarak değerlendirilirken, depresyonun aleyhine verilen cevaplar ise 0 olarak değerlendirilir. Depresyon puanı ölçeğin toplam puanıdır. Testten alınabilecek puanlar 0-30 arasında değişmektedir. 13 puan depresyon tanısı için eşik değer olarak alınmaktadır. Bu yüzden ölçek puanının 0-11 arası olması durumunda depresyon olmadığı; 11-14 arası için olası depresyonun olduğunu, 14 ve üzeri için ise kesin depresyon olduğu kabul edilmektedir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Ertan ve Eker (2000) yapmıştır. Buna göre ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,91 ve test tekrar test güvenirliliği 0,74 bulunmuştur.

2. 3. İstatistiksel Analiz

Çalışmadaki veriler SPSS 24.0 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu incelemek için Kolmogorov-Smirnov Testi uygulanmıştır. Değişken dağılımları normal dağılım göstermediğinden parametrik olmayan istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Çalışmada yer alan değişkenler arasındaki ilişkiye Spearman Korelasyon Analizi ile bakılmıştır. Anlamlı bulunan ilişkiler için ise çok değişkenli regresyon analizi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven düzeyinde anlamlılık göstermiştir. Elde edilen verilerin istatistiksel anlamlılık düzeyini değerlendirmek üzere ‘p’ değeri alınmış ve $p < 0,05$ olduğunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

BÖLÜM 3

BULGULAR

3. 1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya alınan katılımcıların yaş ortalaması $69,34 \pm 4,83$ olup 65-87 yaş aralığında 50 kadın 53 erkekten oluşmaktadır. Medeni duruma bakıldığında çoğunluğu evlidir (%74). Eğitim durumuna bakıldığında çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur (% 49). Geliri düzeyine bakıldığında çoğunluğunun 1400 tl ve altında olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Yaşlıların Sosyodemografik Özellikleri (n=103)

Değişkenler		N	%
Cinsiyet	Kadın	50	49
	Erkek	53	51
Yaş	65-72 Yaş	81	79
	73-80 Yaş	18	17
	81 Yaş ve Üzeri	4	4
Medeni Durum	Evli	76	74
	Bekâr	2	2
	Dul	25	24
Eğitim Durumu	Okur Yazar	5	5
	İlkokul Mezunu	50	48
	Ortaokul Mezunu	11	11
	Lise Mezunu	11	11
	Üniversite/Yüksekokul Mezunu	26	25
Gelir Düzeyi	1400 TL ve Altı	46	45
	1401-2000 TL	23	22
	2001 TL ve Üstü	34	33
Yaşadığı yer	Köy	18	17
	Kasaba	4	4
	Şehir	73	71
	Metropol	8	8

Tüm katılımcıların sosyal güvencesi olduğu, katılımcılarından bedensel engeli olan 9 (%9), olmayan 94 (%91), kronik bir hastalığı olan 60 (%58), olmayan 43 (%42) kişi olduğu saptanmıştır.

3. 1. 2. Sosyal Desteğe Yönelik Özellikler

Tablo 2. Yaşlıların Sosyal Destek Değişkenleri (n=103)

Değişkenler		N	%
Yakınları Tarafından Ziyaret Edilme Durumu	Evet	101	98
	Hayır	2	2
Arkadaşları tarafından ziyaret edilme	Evet	96	93
	Hayır	7	7
Ev sakinleriyle ilişkisi	Olumlu	100	97
	Olumsuz	3	3
Bulunduğu evde kalma kararı	Kendisinin	99	96
	Başkasının	4	4

Tablo 2'ye göre yaşlıların çoğunun (%98) yakınları tarafından ziyaret edildiği, arkadaşları (%96) tarafından ziyaret edildiği, ev sakinleriyle (%97) ilişkilerinin olumlu olduğu ve bulunduğu evde kalma kararların (%96) kendilerine ait olduğu saptanmıştır.

3. 2. Ölçeklerin Değerlendirilmesi

3. 2. 1. ÜBÖ-30 Puanları

Yaşlılarda ÜBÖ-30 puan ortalaması $76,97 \pm 13,06$ olduğu saptanmıştır. ÜBÖ-30 ve alt ölçeklerinin değerlendirilmesi Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Yaşlıların ÜBÖ-30 Puanları (n=103)

ÜBÖ-30	Ort.	Ss	En	En
			Düşük	Yüksek
Olumlu İnançlar	15,45	4,18	6	23
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	16,2	3,59	7	24
Bilişsel Güven	13,25	4,6	6	24
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	13,14	4,17	6	24
Bilişsel Farkındalık	18,93	3,32	7	24
Üstbiliş	76,97	13,06	45	103

3. 2. 2. SCL 90-R Puanları

Yaşlılarda SCL-90-R genel belirtiler puan ortalaması $0,61 \pm 0,40$ olarak saptanmıştır. Alt ölçek değerlendirilmesi Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4. Yaşlıların SCL-90-R Puanları (n=103)

SCL-90-R	Ort.	Ss	En düşük	En yüksek
Somatizasyon	0,83	0,71	0	3
Obsesif-Kompulsif	0,74	0,46	0	2
Kişilerarası Duyarlılık	0,64	0,54	0	2
Depresyon	0,7	0,55	0	4
Kaygı	0,44	0,44	0	2
Öfke-Düşmanlık	0,46	0,44	0	2
Fobik Anksiyete	0,31	0,45	0	3
Paranoid Düşünce	0,68	0,59	0	3
Psikotizm	0,35	0,37	0	3
Ek Maddeler	0,83	0,54	0	3
Genel Belirti	0,61	0,4	0	2

3. 2. 3. COPE Puanları

Yaşlılarda COPE alt ölçekleri sorun odaklı başa çıkma puan ortalaması $57,81 \pm 8,75$, duygusal odaklı başa çıkma puan ortalaması $57,58 \pm 9,66$, işlevsel olmayan başa çıkma puan ortalaması $39,34 \pm 8,57$ olduğu saptanmıştır. COPE alt ölçekleri değerlendirilmesi Tablo 5’de gösterilmiştir.

Tablo 5. Yaşlıların COPE Puanları (n=103)

COPE		Ort.	Ss	En Düşük	En yüksek
Sorun	Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	11,01	2,93	4	16
Odaklı	Aktif Başa Çıkma	13,12	2,2	7	16
Baş	Geri Durma	10,13	2,25	4	16
Çıkma	Diğer Meşguliyetleri Bastırma	10,85	2,43	5	15
	Plan Yapma	12,7	2,54	5	16
Sorun Odaklı Başa Çıkma		57,81	8,75	33	74
Duygusal	Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	13,74	2,09	5	16
Odaklı	Dini Olarak Başa Çıkma	14,15	2,92	4	16
Baş	Şakaya Vurma	7,75	3,44	4	16
Çıkma	Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	10,57	2,98	4	16
	Kabullenme	11,38	2,87	4	16
	Duygusal Odaklı Başa Çıkma	57,58	9,66	32	79
İşlevsel	Zihinsel Boş Verme	9,42	2,35	4	16
Olmayan	Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	9,78	2,92	4	16
Baş	İnkâr	8,25	3,17	4	16
Çıkma	Davranışsal Olarak Boş Verme	7,04	3,13	4	16
	Madde Kullanımı	4,85	2,05	4	13
	İşlevsel Olmayan Başa Çıkma	39,34	8,57	26	63

3. 2. 4. GDÖ Puanları

GDÖ puan ortalaması $7,47 \pm 5,63$ olduğu saptanmıştır.

Tablo 6. Yaşlıların GDÖ Puanları (n=103)

GDÖ	Ort.	Ss	En düşük	En yüksek
Geriatrik Depresyon	7,47	5,63	0	24

3. 3. Ölçeklerin Karşılaştırılması

3. 3. 1. ÜBÖ-30 ve Alt Ölçek Puanları İle SCL 90-R ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Yaşlıların ÜBÖ-30 ve alt ölçek puanları ile SCL-90-R ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki düzeyleri değerlendirilmiş olup sonuçlar Tablo 7’de yer almaktadır.

Tablo 7. ÜBÖ-30 İle SCL-90-R Arasındaki İlişki (n=103)

Belirti Tarama Listesi (SCL 90-R)	Üstbiliş Ölçeği-30					
	Olumlu İnançlar	Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	Bilişsel Güven	Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	Bilişsel Farkındalık	Üstbiliş
Somatizasyon	0,02	0,02	0,11	0,26*	-0,1	0,12
Obsesif-Kompulsif	0,04	-0,1	0,28*	0,35*	-0,17	0,18
Kişilerarası Duyarlılık	0,18	0,03	0,16	0,44*	-0,15	0,24**
Depresyon	0,09	-0,06	0,23**	0,36*	-0,15	0,17
Kaygı	0,23**	0,06	0,23**	0,48*	-0,12	0,30*
Öfke-Düşmanlık	0,12	-0,06	0,25**	0,35*	-0,26*	0,17
Fobik Anksiyete	0,20**	0,05	0,17	0,44*	-0,08	0,27*
Paranoid Düşünce	0,09	-0,07	0,20**	0,33*	-0,27*	0,14
Psikotizm	0,19	0,1	0,01	0,42*	-0,14	0,20**
Ek Maddeler	0,24**	0,06	0,24**	0,31*	-0,01	0,28*
Genel Belirti	0,16	0,03	0,25*	0,48*	-0,15	0,28*

* $p < .01$; ** $p < .05$

Tablo 7’ye göre, ÜBÖ-30’un olumlu inançlar alt ölçek puanı ile SCL 90-R alt ölçekleri kaygı, fobik anksiyete, ek maddeler puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

ÜBÖ-30'un bilişsel güven alt ölçek puanı ile SCL 90-R alt ölçekleri obsesif-kompulsif, depresyon, kaygı, öfke-düşmanlık, paranoid düşünce, ek maddeler, genel belirti puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

ÜBÖ-30'un düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçek puanı ile SCL 90-R tüm alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

ÜBÖ-30'un bilişsel farkındalık alt ölçek puanı ile SCL 90-R alt ölçekleri öfke-düşmanlık, paranoid düşünce puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

ÜBÖ-30 toplam puanı ile SCL 90-R alt ölçekleri kişilerarası duyarlılık, kaygı, fobik anksiyete, psikotizm, ek maddeler, genel belirti puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

3. 3. 2. ÜBÖ-30 ve Alt Ölçek Puanları İle COPE ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Yaşlıların ÜBÖ-30 ve alt ölçek puanları ile COPE ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki düzeyleri değerlendirilmiş olup sonuçlar Tablo 8'de yer almaktadır.

Tablo 8. ÜBÖ-30 İle COPE Arasındaki İlişki (n=103)

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)		Üstbiliş Ölçeği-30					
		Olumlu İnançlar	Kontrol Edilemezlik ve tehlike	Bilişsel Güven	Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	Bilişsel Farkındalık	Üst Biliş
Sorun Odaklı Başa Çıkma	Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	0,34*	0,26*	0,08	0,22**	0,16	0,30*
	Aktif Başa Çıkma	0,28*	0,36*	-0,20**	0,04	0,30*	0,17
	Geri Durma	0,29*	0,20**	0,17	0,13	0,18	0,30*
	Diğer Meşguliyetleri Bastırma	0,26*	0,30*	0,13	0,23**	0,12	0,31*
	Plan Yapma	0,24**	0,32*	0,00	0,09	0,26*	0,25**
	Sorun Odaklı Başa Çıkma	0,42*	0,43*	0,07	0,22**	0,30*	0,40*
Duygusal Odaklı Başa Çıkma	Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	0,19	0,32*	0,05	-0,01	0,27*	0,21**
	Dini Olarak Başa Çıkma	0,19	0,25*	-0,03	0,05	0,29*	0,19
	Şakaya Vurma	0,24**	0,28*	0,04	0,10	0,18	0,24**
	Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	0,23**	0,15	0,03	0,24**	0,20**	0,23**
	Kabullenme	0,29*	0,44*	0,02	0,11	0,26*	0,32*
	Duygusal Odaklı Başa Çıkma	0,36*	0,43*	0,02	0,15	0,34*	0,36*
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma	Zihinsel Boş Verme	0,19**	0,13	-0,05	0,22**	0,24**	0,19
	Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	0,15	0,06	0,04	0,30*	-0,02	0,17
	İnkâr	0,17	0,24**	0,11	0,22**	0,18	0,30*
	Davranışsal Olarak Boş Verme	0,23**	0,15	0,15	0,33*	0,05	0,30*
	Madde Kullanımı	0,06	0,03	0,21**	0,26*	-0,18	0,16
	İşlevsel Olmayan Başa Çıkma	0,30*	0,25**	0,13	0,42*	0,16	0,38*

* $p < .01$; ** $p < .05$

Tablo 8' e göre ÜBÖ-30'un olumlu inançlar alt ölçeği ile COPE alt ölçekleri yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma, sorun odaklı başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, duygusal odaklı başa çıkma, zihinsel boş verme, davranışsal olarak boş verme, işlevsel olmayan başa çıkma puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

ÜBÖ-30'un kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçeği ile COPE alt ölçekleri yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma, sorun odaklı başa çıkma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, kabullenme, duygusal odaklı başa çıkma, inkâr, işlevsel olmayan başa çıkma puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

ÜBÖ-30'un bilişsel güven alt ölçeği ile COPE alt ölçekleri aktif başa çıkma puanı arasında negatif yönde, madde kullanım puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

ÜBÖ-30'un düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeği ile COPE alt ölçekleri yararlı sosyal destek kullanımı, diğer meşguliyetleri bastırma, sorun odaklı başa çıkma, duygusal sosyal destek kullanımı, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkâr, davranışsal olarak boş verme, madde kullanımı, işlevsel olmayan başa çıkma puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

ÜBÖ-30'un bilişsel farkındalık alt ölçeği ile COPE alt ölçekleri aktif başa çıkma, plan yapma, sorun odaklı başa çıkma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, duygusal odaklı başa çıkma, zihinsel boş verme puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

ÜBÖ-30 toplam puanı ile COPE alt ölçekleri yararlı sosyal destek kullanımı, geri durma, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma, sorun odaklı başa çıkma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, duygusal odaklı başa çıkma, inkâr, davranışsal olarak boş verme, işlevsel olmayan başa çıkma puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

3. 3. 3. ÜBÖ-30 ve Alt Ölçek Puanları İle GDÖ Puanı Arasındaki İlişki

Yaşlıların ÜBÖ-30 ve alt ölçek puanları ile GDÖ puanları arasındaki ilişki düzeyleri değerlendirilmiş olup sonuçlar Tablo 9’te yer almaktadır.

Tablo 9. ÜBÖ-30 İle GDÖ Arasındaki İlişki (n=103)

Üstbiliş Ölçeği-30	GDÖ
	Geriatrik Depresyon
Olumlu İnançlar	0,25**
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	0,17
Bilişsel Güven	0,41*
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	0,50*
Bilişsel Farkındalık	-0,07
Üstbiliş	0,43*

*p<.01; **p<.05

Tablo 9’a göre, GDÖ puanı ile ÜBÖ-30’un alt ölçekleri olumlu inançlar, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı, üstbiliş toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

3. 3. 4. SCL-90-R ve Alt Ölçek Puanları ile COPE ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Yaşlılarının SCL 90-R ve alt ölçek puanları ile COPE ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki düzeyleri değerlendirilmiş olup sonuçlar Tablo 10’de yer almaktadır.

Tablo 10. SCL-90-R İle COPE Arasındaki İlişki (n=103)

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)										
	Somatizasyon	Obsesif-Kompulsif	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Kaygı	Öfke-Düşmanlık	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm	Ek Maddeler	Genel Belirti
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	-0,06	-0,04	0,05	0,01	0,02	0,12	0,08	0,02	0,01	-0,05	0,01
Aktif Başa Çıkma	-0,16	-0,39*	-0,20**	-0,22**	-0,12	-0,21**	-0,17	-0,34*	-0,08	-0,11	-0,24**
Geri Durma	0,13	-0,05	0,02	0,03	0,10	0,05	0,08	-0,07	0,09	0,13	0,07
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	0,13	0,03	0,01	-0,04	0,05	-0,06	0,14	-0,08	-0,03	-0,01	0,04
Plan Yapma	-0,16	-0,14	-0,13	-0,14	-0,04	-0,11	-0,13	-0,17	-0,09	-0,13	-0,16
Sorun Odaklı Başa Çıkma	-0,02	-0,15**	-0,07	-0,09	-0,01	-0,04	0,01	-0,15	0,00	-0,05	-0,06
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	-0,01	-0,19	-0,11	-0,06	-0,06	-0,12	-0,09	-0,22**	-0,12	0,07	-0,10
Dini Olarak Başa Çıkma	0,21**	-0,29*	-0,04	-0,16	0,00	-0,25**	0,01	-0,45*	-0,12	0,08	-0,07
Şakaya Vurma	-0,07	-0,05	-0,13	-0,13	0,00	-0,07	0,03	-0,08	-0,01	-0,14	-0,07
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	0,10	-0,10	0,03	-0,03	0,03	0,08	0,10	-0,13	0,03	-0,04	0,02
Kabullenme	0,19	-0,23**	-0,04	-0,17	0,04	-0,15	0,05	-0,36*	-0,03	0,10	-0,05
Duygusal Odaklı Başa Çıkma	0,14**	-0,20**	-0,06	-0,15	0,02	-0,12	0,07	-0,31*	-0,04	-0,01	-0,06
Zihinsel Boş Verme	0,00	-0,10	-0,07	-0,12	-0,01	-0,08	-0,01	-0,17	-0,03	-0,11	-0,08
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	0,08	0,08	0,20**	0,22**	0,23**	0,21**	0,26*	0,21**	0,17	0,09	0,22**
İnkar	0,23**	-0,07	0,16	-0,02	0,08	0,13	0,09	-0,14	0,13	0,07	0,11
Davranışsal Olarak Boş Verme	0,26*	-0,04	0,17	0,00	0,15	0,03	0,24**	-0,06	0,20**	0,24**	0,16
Madde Kullanımı	0,07	0,15	0,08	0,10	0,13	0,18	0,13	0,23**	0,17	0,09	0,16
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma	0,22**	-0,01	0,18	0,07	0,20**	0,17	0,23**	-0,01	0,17	0,14	0,19**

*p<0,01; **p<0,05

Tablo 10'a göre, SCL 90-R somatizasyon alt ölçeği ile COPE alt ölçekleri dini olarak başa çıkma, duygusal odaklı başa çıkma, inkar, işlevsel olmayan başa çıkma puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

SCL 90-R obsesif-kompulsif alt ölçeği ile COPE alt ölçekleri aktif başa çıkma, sorun odaklı başa çıkma, dini olarak başa çıkma, kabullenme, duygusal odaklı başa çıkma puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

SCL 90-R kişilerarası duyarlılık alt ölçeği ile COPE alt ölçekleri aktif başa çıkma puanı arasında negatif yönde, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

SCL 90-R depresyon alt ölçeği ile COPE alt ölçekleri aktif başa çıkma puanı arasında negatif yönde, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

SCL 90-R kaygı alt ölçeği ile COPE alt ölçekleri soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, işlevsel olmayan başa çıkma puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

SCL 90-R öfke-düşmanlık alt ölçeği ile COPE alt ölçekleri aktif başa çıkma ve dini olarak başa çıkma puanları arasında negatif yönde, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

SCL 90-R fobik anksiyete alt ölçeği ile COPE alt ölçekleri soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, davranışsal olarak boş verme, işlevsel olmayan başa çıkma puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

SCL 90-R paranoid düşünce alt ölçeği ile COPE alt ölçekleri aktif başa çıkma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, kabullenme ve duygusal odaklı başa çıkma puanları arasında negatif yönde, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ve madde kullanımı puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

SCL 90-R psikotizm alt ölçeği ile COPE alt ölçeği davranışsal olarak boş verme puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

SCL 90-R ek maddeler alt ölçeği ile COPE alt ölçeği davranışsal olarak boş verme puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

SCL 90-R genel belirti puanı ile COPE alt ölçekleri aktif başa çıkma puanları arasında negatif yönde, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma puanları

arasında pozitif yönde, işlevsel olmayan başa çıkma puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

3. 3. 5. COPE ve Alt Ölçek Puanları ile GDÖ Puanı Arasındaki İlişki

Yaşlıların GDÖ puanları ile COPE ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki düzeyleri değerlendirilmiş olup sonuçlar Tablo 11’de yer almaktadır.

Tablo 11. COPE ile GDÖ Arasındaki İlişki (n=103)

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)		GDÖ
		Geriatrik Depresyon
Sorun Odaklı Başa Çıkma	Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	0,13
	Aktif Başa Çıkma	-0,21**
	Geri Durma	0,16
	Diğer Meşguliyetleri Bastırma	0,1
	Plan Yapma	-0,13
	Sorun Odaklı Başa Çıkma	0,06
Duygusal Odaklı Başa Çıkma	Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	0,03
	Dini Olarak Başa Çıkma	-0,09
	Şakaya Vurma	0,01
	Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	0,07
	Kabullenme	0,06
	Duygusal Odaklı Başa Çıkma	0,04
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma	Zihinsel Boş Verme	-0,1
	Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	0,22**
	İnkâr	0,22**
	Davranışsal Olarak Boş Verme	0,23**
	Madde Kullanımı	0,30*
	İşlevsel Olmayan Başa Çıkma	0,29*

* $p < .01$; ** $p < .05$

GDÖ puanı ile COPE alt ölçekleri aktif başa çıkma puanları arasında negatif yönde, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar, davranışsal olarak boş verme, madde kullanımını, işlevsel olmayan başa çıkma puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 12).

3. 4. ÜBÖ-30 ve Alt Ölçekleri ile İlişki Saptanan Değişkenlerin Yordayıcılarının Değerlendirilmesi

3. 4. 1. SCL-90-R ve Alt Ölçeklerinin ÜBÖ-30 Ve Alt Ölçekleri Üzerindeki Yordayıcıları

Tablo 12. Olumlu İnanç Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

	B	B	P	Korelasyon	
				Kısmi	Yarı Kısmi
Sabit Değer	15,93		0,00		
Kaygı	2,09	0,22	0,15	0,15	0,14
Fobik Anksiyete	-0,56	-0,06	0,67	-0,04	-0,04
Ek Maddeler	0,59	0,08	0,57	0,06	0,06
Cinsiyet	-0,74	-0,09	0,52	-0,07	-0,06
Yaş	0,22	0,03	0,79	0,03	0,03
Medeni Durum	-0,30	-0,09	0,46	-0,08	-0,07
Eğitim Durumu	-0,09	-0,03	0,81	-0,02	-0,02
R ² =0,074 R ² Değişim=0,074 F=1,088 p=0,377					
Bağımlı Değişken: Olumlu İnançlar					

Çoklu regresyon analizinden elde edilen verilere göre; kaygı, fobik anksiyete, ek maddeler, cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durum değişkenlerinin olumlu inançlar üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olmadıkları saptanmıştır.

Tablo 13. Bilişsel Güven Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

	B	B	P	Korelasyon	
				Kısmi	Yarı Kısmi
Sabit Değer	4,72		0,09		
Obsesif-Kompulsif	3,02	0,30	0,03*	0,22	0,20
Depresyon	-1,98	-0,24	0,20	-0,13	-0,12
Kaygı	1,45	0,14	0,36	0,10	0,09
Öfke-Düşmanlık	0,84	0,08	0,55	0,06	0,06
Paranoid Düşünce	-0,49	-0,06	0,72	-0,04	-0,03
Ek Maddeler	1,58	0,19	0,19	0,14	0,12
Cinsiyet	0,50	0,05	0,69	0,04	0,04
Yaş	-0,32	-0,04	0,71	-0,04	-0,03
Medeni Durum	1,10	0,31	0,01*	0,25	0,23
Eğitim Durumu	0,85	0,25	0,04*	0,21	0,19
R ² =0,21 R ² Değişim=0,21 F=2,452 p=0,01					
Bağımlı Değişken: Bilişsel Güven *p<.05: Yordanan Değişken					

Çoklu regresyon analizinden elde edilen verilere göre; obsesif-kompulsif, medeni durum ve eğitim durum değişkenlerinin bilişsel güven üzerinde anlamlı yordayıcı etkiye sahip oldukları bulunmuştur. Diğer bir deyişle katılımcıların obsesif-kompulsif puanları arttıkça bilişsel güven puanlarının da arttığı, dul olan ve eğitim düzeyi yüksek olan katılımcıların bilişsel güven puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 14. Düşünceleri Kontrol İhtiyaç Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

	B	B	P	Korelasyon	
				Kısmi	Yarı Kısmi
Sabit Değer	10,54		0,00*		
Somatizasyon	-0,06	-0,01	0,95	-0,01	-0,01
Obsesif-Kompulsif	0,57	0,06	0,66	0,05	0,04
Kişilerarası Duyarlılık	1,56	0,20	0,23	0,13	0,11
Depresyon	-0,40	-0,05	0,77	-0,03	-0,03
Kaygı	3,10	0,33	0,05*	0,21	0,18
Öfke-Düşmanlık	-0,12	-0,01	0,93	-0,01	-0,01
Fobik Anksiyete	1,15	0,12	0,40	0,09	0,07
Paranoid Düşünce	-1,40	-0,20	0,29	-0,11	-0,10
Psikotizm	2,37	0,21	0,21	0,14	0,11
Ek Maddeler	-0,48	-0,06	0,68	-0,05	-0,04
Cinsiyet	0,09	0,01	0,94	0,01	0,01
Yaş	-0,38	-0,05	0,64	-0,05	-0,04
Medeni Durum	-0,01	0,00	0,99	0,00	0,00
Eğitim Durumu	0,18	0,06	0,64	0,05	0,04

R²=0,313 R² Değişim=0,313 F=2,859 p=0,01

Bağımlı Değişken: Düşünceleri Kontrol İhtiyacı *p<.05: Yordanan Değişken

Çoklu regresyon analizinden elde edilen verilere göre; kaygı değişkeninin düşünceleri kontrol ihtiyacı üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Diğer bir deyişle katılımcıların kaygı puanları arttıkça düşünceleri kontrol ihtiyacı puanlarının da arttığı saptanmıştır.

Tablo 15. Bilişsel Farkındalık Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

	B	B	p	Korelasyon	
				Kısmi	Yarı Kısmi
Sabit Değer	21,10		0,00*		
Öfke-Düşmanlık	-2,18	-0,29	0,03*	-0,22	-0,21
Paranoid Düşünce	0,42	0,08	0,59	0,06	0,05
Cinsiyet	-1,22	-0,18	0,16	-0,15	-0,14
Yaş	0,25	0,04	0,69	0,04	0,04
Medeni Durum	0,06	0,02	0,85	0,02	0,02
Eğitim Durumu	-0,01	0,00	0,98	0,00	0,00
R ² =0,116 R ² Değişim=0,116 F=2,093 p=0,06					
Bağımlı Değişken: Bilişsel Farkındalık *p<.05: Yordanan Değişken					

Çoklu regresyon analizinden elde edilen verilere göre; öfke düşmanlık değişkeninin bilişsel farkındalık üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olduğu saptanmaktadır. Diğer bir deyişle katılımcıların öfke-düşmanlık puanları arttıkça bilişsel farkındalık puanlarının azaldığı saptanmıştır. Fakat kurulan regresyon modelinin anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Tablo 16. Üstbiliş Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

	B	B	P	Korelasyon	
				Kısmi	Yarı Kısmi
Sabit Değer	74,15		0,00*		
Kişilerarası Duyarlılık	6,09	0,25	0,21	0,13	0,12
Kaygı	16,81	0,57	0,00*	0,29	0,28
Fobik Anksiyete	6,57	0,22	0,16	0,15	0,13
Psikotizm	2,84	0,08	0,64	0,05	0,04
Ek Maddeler	5,29	0,22	0,18	0,14	0,13
Genel Belirti	-28,12	-0,87	0,02*	-0,23	-0,22
Cinsiyet	-2,22	-0,09	0,53	-0,07	-0,06
Yaş	0,39	0,02	0,88	0,02	0,01
Medeni Durum	0,12	0,01	0,92	0,01	0,01
Eğitim Durumu	0,98	0,10	0,39	0,09	0,08
R ² =0,186 R ² Değişim=0,186 F=2,104 p=0,03					
Bağımlı Değişken: Üst Bilis *p<.05: Yordanan Değişken					

Çoklu regresyon analizinden elde edilen verilere göre; kaygı ve genel belirti değişkenlerinin üstbiliş üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Diğer bir deyişle katılımcıların kaygı puanları arttıkça üstbiliş puanlarının arttığı, genel belirti puanları arttıkça üstbiliş puanlarının azaldığı saptanmıştır.

3. 4. 2. COPE ve Alt Ölçeklerinin ÜBÖ-30 Ve Alt Ölçekleri Üzerindeki Yordayıcıları

Tablo 17. Olumlu İnanç Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

	B	β	P	Korelasyon	
				Kısmi	Yarı Kısmi
Sorum Odaklı Başa Çıkma	Sabit Değer	6,77	0,07		
	Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	0,24	0,17	0,15	0,14
	Aktif Başa Çıkma	0,17	0,09	0,49	0,07
	Geri Durma	0,18	0,10	0,38	0,09
	Diğer Meşguliyetleri Bastırma	0,22	0,13	0,25	0,12
	Plan Yapma	0,11	0,07	0,60	0,05
	Cinsiyet	-1,53	-0,18	0,15	-0,15
	Yaş	0,52	0,06	0,52	0,07
	Medeni Durum	-0,24	-0,08	0,52	-0,07
	Eğitim Durumu	0,05	0,02	0,88	0,02
		R ² =0,174	R ² Değişim=0,174	F=2,181	p=0,03
Duygusal Odaklı Başa Çıkma	Sabit Değer	8,04	0,08		
	Şakaya Vurma	0,03	0,03	0,87	0,02
	Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	0,05	0,04	0,84	0,02
	Kabullenme	0,19	0,13	0,42	0,08
	Duygusal Odaklı Başa Çıkma	0,09	0,22	0,46	0,08
	Cinsiyet	-1,03	-0,12	0,38	-0,09
	Yaş	0,37	0,05	0,63	0,05
	Medeni Durum	-0,33	-0,10	0,39	-0,09
	Eğitim Durumu	0,18	0,06	0,63	0,05
		R ² =0,136	R ² Değişim=0,136	F=1,845	p=0,08
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma	Sabit Değer	11,88	0,00		
	Zihinsel Boş Verme	0,02	0,01	0,94	0,01
	Davranışsal Olarak Boş Verme	0,05	0,04	0,80	0,03
	İşlevsel Olmayan Başa Çıkma	0,14	0,28	0,14	0,15
	Cinsiyet	-1,40	-0,17	0,22	-0,13
	Yaş	0,12	0,02	0,88	0,02
	Medeni Durum	-0,38	-0,12	0,33	-0,10
	Eğitim Durumu	0,06	0,02	0,87	0,02
		R ² =0,118	R ² Değişim=0,118	F=1,817	p=0,09
Bağımlı Değişken: Olumlu İnançlar					

Çoklu regresyon analizinden elde edilen verilere göre; yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma, cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durum değişkenlerinin olumlu inançlar üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanım, kabullenme, duygusal odaklı başa çıkma, cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durum değişkenlerinin olumlu inançlar üzerinde

anlamli bir yordayici etkiye sahip olmadiklari saptanmistir. Zihinsel boş verme, davranışsal olarak boş verme, işlevsel olmayan başa çıkma, cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durum değişkenlerinin olumlu inançlar üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olmadiklari saptanmistir.

Tablo 18. Kontrol Edilemezlik Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

	B	β	P	Korelasyon	
				Kısmi	Yarı Kısmi
Sorum Odaklı Başa Çıkma	Sabit Değer	7,54	0,02*		
	Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	0,02	0,02	0,87	0,02
	Aktif Başa Çıkma	0,30	0,18	0,16	0,15
	Geri Durma	0,10	0,06	0,56	0,06
	Diğer Meşguliyetleri Bastırma	0,32	0,22	0,05*	0,20
	Plan Yapma	0,17	0,12	0,35	0,10
	Cinsiyet	-1,22	-0,17	0,17	-0,14
	Yaş	-0,19	-0,03	0,78	-0,03
	Medeni Durum	-0,03	-0,01	0,92	-0,01
	Eğitim Durumu	0,01	0,01	0,96	0,01
		R ² =0,219	R ² Değişim=0,219	F=2,905	p=0,00
Duygusal Odaklı Başa Çıkma	Sabit Değer	6,04	0,08		
	Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	0,61	0,35	0,02*	0,25
	Dini Olarak Başa Çıkma	0,33	0,27	0,13	0,16
	Şakaya Vurma	0,52	0,49	0,01*	0,26
	Kabullenme	0,56	0,45	0,00*	0,31
	Duygusal Odaklı Başa Çıkma	-0,21	-0,57	0,10	-0,17
	Cinsiyet	-0,66	-0,09	0,47	-0,08
	Yaş	-0,25	-0,04	0,68	-0,04
	Medeni Durum	-0,05	-0,02	0,87	-0,02
	Eğitim Durumu	0,13	0,05	0,65	0,05
		R ² =0,317	R ² Değişim=0,317	F=4,798	p=0,00
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma	Sabit Değer	14,79	0,00*		
	İnkâr	0,17	0,15	0,30	0,11
	İşlevsel Olmayan Başa Çıkma	0,07	0,16	0,25	0,12
	Cinsiyet	-1,30	-0,18	0,17	-0,14
	Yaş	-0,54	-0,08	0,43	-0,08
	Medeni Durum	-0,12	-0,05	0,70	-0,04
	Eğitim Durumu	0,05	0,02	0,89	0,01
			R ² =0,106	R ² Değişim=0,106	F=1,902
Bağımlı değişken: Kontrol Edilemezlik *p<.05: Yordanan Değişken					

Çoklu regresyon analizinden elde edilen verilere göre; diğer meşguliyetleri bastırma değişkeninin kontrol edilemezlik üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Diğer bir deyişle katılımcıların diğer meşguliyetleri bastırma

puanları arttıkça kontrol edilemezlik puanlarının arttığı saptanmıştır. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, şakaya vurma, kabullenme değişkenlerinin kontrol edilemezlik üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip oldukları saptanmıştır. Diğer bir deyişle katılımcıların pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, şakaya vurma, kabullenme puanları arttıkça kontrol edilemezlik puanlarının arttığı saptanmıştır. İnkâr, işlevsel olmayan başa çıkma, cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durum değişkenlerinin kontrol edilemezlik üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olmadığı saptanmıştır.

Tablo 19. Bilişsel Güven Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

	B	B	p	Korelasyon	
				Kısmi	Yarı Kısmi
Sorum Odaklı Başa Çıkma	Sabit Değer	13,70	0,00*		
	Aktif Başa Çıkma	-0,38	-0,18	0,06	-0,19
	Cinsiyet	-0,54	-0,06	0,64	-0,05
	Yaş	-0,18	-0,02	0,83	-0,02
	Medeni Durum	0,87	0,24	0,04*	0,21
	Eğitim Durumu	1,00	0,29	0,01*	0,25
			R ² =0,124	R ² Değişim=0,124	F=2,734
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma	Sabit Değer	7,12	0,01*		
	Madde Kullanımı	0,54	0,24	0,01*	0,25
	Cinsiyet	-1,08	-0,12	0,36	-0,09
	Yaş	-0,31	-0,04	0,72	-0,04
	Medeni Durum	0,69	0,19	0,10	0,17
	Eğitim Durumu	1,08	0,32	0,01*	0,27
			R ² =0,146	R ² Değişim=0,146	F=3,322
Bağımlı değişken: Bilişsel Güven *p<.05: Yordanan Değişken					

Çoklu regresyon analizinden elde edilen verilere göre; medeni durum ve eğitim durum değişkenlerinin bilişsel güven üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Diğer bir deyişle dul olan katılımcıların ve eğitim düzeyi yüksek olan katılımcıların bilişsel güven puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Madde kullanımı ve eğitim durum değişkenlerinin bilişsel güven üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip oldukları saptanmıştır. Diğer bir deyişle katılımcıların madde kullanım puanları arttıkça ve eğitim düzeyi yükseldikçe bilişsel güven puanlarının arttığı saptanmıştır.

Tablo 20. Düşünceleri Kontrol İhtiyaç Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

	B	β	P	Korelasyon	
				Kısmi	Yarı Kısmi
Sorun Odaklı Başa Çıkma	Sabit Değer	11,47	0,00*		
	Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	0,14	0,10	0,53	0,07
	Diğer Meşguliyetleri Bastırma	0,35	0,20	0,15	0,15
	Sorun Odaklı Başa Çıkma	-0,01	-0,02	0,91	-0,01
	Cinsiyet	-1,69	-0,20	0,13	-0,16
	Yaş	-0,23	-0,03	0,78	-0,03
	Medeni Durum	-0,39	-0,12	0,32	-0,10
	Eğitim Durumu	0,11	0,04	0,78	0,03
		R ² =0,082	R ² Değişim=0,082	F=1,207	p=0,31
Duygusal Odaklı Başa Çıkma	Sabit Değer	12,43	0,00*		
	Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	0,35	0,25	0,01*	0,25
	Cinsiyet	-1,66	-0,20	0,13	-0,15
	Yaş	-0,21	-0,03	0,79	-0,03
	Medeni Durum	-0,44	-0,14	0,25	-0,12
	Eğitim Durumu	0,14	0,05	0,70	0,04
		R ² =0,085	R ² Değişim=0,085	F=1,807	p=0,12
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma	Sabit Değer	8,02	0,01*		
	Zihinsel Boş Verme	-0,01	0,00	0,96	-0,01
	Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	0,34	0,24	0,02*	0,25
	İnkâr	0,14	0,11	0,33	0,10
	Davranışsal Olarak Boş Verme	0,29	0,22	0,04*	0,21
	Madde Kullanımı	0,56	0,27	0,00*	0,29
	Cinsiyet	-2,12	-0,26	0,04*	-0,21
	Yaş	-0,51	-0,06	0,48	-0,07
	Medeni Durum	-0,63	-0,20	0,07	-0,19
	Eğitim Durumu	0,24	0,08	0,48	0,07
		R ² =0,304	R ² Değişim=0,304	F=4,519	p=0,00

Bağımlı değişken: Düşünceleri Kontrol İhtiyacı *p<.05: Yordanan Değişken

Çoklu regresyon analizinden elde edilen verilere göre; yararlı sosyal destek kullanım, diğer meşguliyetleri bastırma, sorun odaklı başa çıkma, cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durum değişkenlerinin düşünceleri kontrol ihtiyacı üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olmadığı saptanmıştır. Duygusal sosyal destek kullanım değişkeninin düşünceleri kontrol ihtiyacı üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Diğer bir deyişle katılımcıların duygusal sosyal destek kullanım puanları arttıkça düşünceleri kontrol ihtiyacı puanlarının arttığı saptanmıştır. Fakat kurulan regresyon modelinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, davranışsal olarak boş verme, madde

kullanım ve cinsiyet değişkenlerinin düşünceleri kontrol ihtiyacı üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Diğer bir deyişle soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, davranışsal olarak boş verme, madde kullanım puanları arttıkça ve düşünceleri kontrol ihtiyaç puanlarının arttığı ve erkek katılımcıların düşünceleri kontrol ihtiyaç puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 21. Bilişsel Farkındalık Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

		B	β	P	Korelasyon	
					Kısmi	Yarı Kısmi
Sorun Odaklı Başa Çıkma	Sabit Değer	11,24		0,00*		
	Aktif Başa Çıkma	0,11	0,07	0,60	0,05	0,05
	Plan Yapma	0,19	0,15	0,31	0,11	0,09
	Sorun Odaklı Başa Çıkma	0,09	0,23	0,15	0,15	0,13
	Cinsiyet	-1,60	-0,24	0,05*	-0,20	-0,18
	Yaş	0,52	0,08	0,39	0,09	0,08
	Medeni Durum	0,09	0,03	0,76	0,03	0,03
	Eğitim Durumu	0,10	0,04	0,73	0,04	0,03
				R ² =0,22	R ² Değişim=0,22	F=3,832
Duygusal Odaklı Başa Çıkma	Sabit Değer	11,58		0,00*		
	Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	0,33	0,21	0,11	0,17	0,15
	Dini Olarak Başa Çıkma	-0,21	-0,18	0,25	-0,12	-0,11
	Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	-0,07	-0,06	0,74	-0,04	-0,03
	Kabullenme	-0,08	-0,07	0,68	-0,04	-0,04
	Duygusal Odaklı Başa Çıkma	0,15	0,43	0,18	0,14	0,12
	Cinsiyet	-1,63	-0,25	0,07	-0,19	-0,17
	Yaş	0,42	0,07	0,48	0,07	0,07
	Medeni Durum	0,05	0,02	0,86	0,02	0,02
Eğitim Durumu	0,17	0,07	0,56	0,06	0,05	
			R ² =0,228	R ² Değişim=0,228	F=3,051	p=0,00
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma	Sabit Değer	16,77		0,00*		
	Zihinsel Boş Verme	0,39	0,28	0,00*	0,29	0,28
	Cinsiyet	-1,38	-0,21	0,10	-0,17	-0,16
	Yaş	0,29	0,05	0,63	0,05	0,05
	Medeni Durum	0,07	0,03	0,81	0,03	0,02
	Eğitim Durumu	0,02	0,01	0,95	0,01	0,01
			R ² =0,133	R ² Değişim=0,133	F=2,964	p=0,02
		Bağımlı Değişken: Bilişsel Farkındalık		*p<.05: Yordanan Değişken		

Çoklu regresyon analizinden elde edilen verilere göre; cinsiyet değişkeninin bilişsel farkındalık üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Diğer bir deyişle kadınların bilişsel farkındalık puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, duygusal sosyal destek kullanım, kabullenme, duygusal odaklı başa çıkma, cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim değişkenlerinin bilişsel farkındalık üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkisinin olmadığı saptanmıştır. Zihinsel boş verme değişkeninin bilişsel farkındalık üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkisi olduğu

saptanmıştır. Diğer bir deyişle zihinsel boş verme puanları arttıkça bilişsel farkındalık puanlarının arttığı saptanmıştır.

Tablo 22. Üstbiliş Değişkeninin Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi (n=103)

	B	β	P	Korelasyon	
				Kısmi	Yarı Kısmi
Sorun Odaklı Başa Çıkma	Sabit Değer	45,38	0,00*		
	Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	1,02	0,23	0,32	0,10
	Geri Durma	1,16	0,20	0,25	0,12
	Diğer Meşguliyetleri Bastırma	1,52	0,28	0,10	0,17
	Plan Yapma	1,27	0,25	0,31	0,11
	Sorun Odaklı Başa Çıkma	-0,35	-0,24	0,64	-0,05
	Cinsiyet	-7,09	-0,27	0,03*	-0,23
	Yaş	0,66	0,03	0,78	0,03
	Medeni Durum	0,46	0,05	0,68	0,04
	Eğitim Durumu	1,39	0,14	0,20	0,13
			R ² =0,241	R ² Değişim=0,241	F=3,279
Duygusal Odaklı Başa Çıkma	Sabit Değer	46,76	0,00*		
	Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	1,13	0,18	0,25	0,12
	Şakaya Vurma	0,72	0,19	0,31	0,11
	Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	0,62	0,14	0,47	0,08
	Kabullenme	0,97	0,21	0,21	0,13
	Duygusal Odaklı Başa Çıkma	-0,11	-0,08	0,84	-0,02
	Cinsiyet	-6,00	-0,23	0,09	-0,17
	Yaş	0,29	0,01	0,90	0,01
	Medeni Durum	0,03	0,00	0,98	0,00
	Eğitim Durumu	1,68	0,17	0,14	0,15
		R ² =0,210	R ² Değişim=0,210	F=2,752	p=0,01
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma	Sabit Değer	56,01	0,00*		
	İnkâr	0,14	0,03	0,80	0,03
	Davranışsal Olarak Boş Verme	0,00	0,00	0,99	0,00
	İşlevsel Olmayan Başa Çıkma	0,64	0,42	0,01*	0,25
	Cinsiyet	-6,89	-0,27	0,04*	-0,21
	Yaş	-1,01	-0,04	0,67	-0,04
	Medeni Durum	-0,24	-0,02	0,83	-0,02
	Eğitim Durumu	1,66	0,17	0,14	0,15
		R ² =0,222	R ² Değişim=0,222	F=3,871	p=0,00
Bağımlı Değişken: Üst Biliş *p<.05: Yordanan Değişken					

Çoklu regresyon analizinden elde edilen verilere göre; cinsiyet değişkeninin üstbiliş üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Diğer bir deyişle kadınların üstbiliş puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanım, kabullenme, duygusal odaklı başa çıkma, cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim değişkenlerinin üstbiliş üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olmadığı saptanmıştır. İşlevsel olmayan başa çıkma ve cinsiyet değişkenlerinin üstbiliş üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Diğer bir

deyişle işlevsel olmayan başa çıkma puanları arttıkça üstbiliş puanlarının arttığı ve kadınların üstbiliş puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

Bu çalışmada yaşlılarda üstbilişin, psikopatoloji ve baş etme becerileri yönünden değerlendirilmiş, sosyodemografik özellikleri ve bazı psikososyal değişkenler incelenmiştir.

Üstbiliş kuramına göre psikopatolojilerin oluşması ve sürdürülmesinin temelinde işlevsel olmayan inançlarla ilgili bilişlerin yer aldığı düşünülmektedir. Kuramda, bilişsel işlemlerle birlikte düşüncelerin üstbilişsel boyutlarıyla ilgilenilmektedir (Wells ve Matthews, 1994). Alanyazında (Google akademik, Ulusal Tez Merkezi, PsycInfo, WoS, Pubmed vs.) yurt içi ve yurt dışı çalışmalarında psikiyatrik bozuklukların üstbilişsel modeli için destekleyen kanıtların artmasına rağmen, çalışmaların çoğu psikiyatrik bozukluklarda yaşlılık ile üstbiliş arasındaki ilişkiyi “üstbiliş ölçeği” kullanarak açıklamamıştır (Irak ve ark., 2015; Volz-Sidiropoulou ve Gauggel, 2012; Gallo ve ark., 2012; Fastame ve Penna, 2014; Fastame ve ark., 2014).

Çalışma bulgularımıza göre ÜBÖ-30'un “bilişsel güven” ve “düşünceleri kontrol ihtiyacı” ile SCL 90-R alt ölçeği “obsesif- kompulsif” puanı arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Bilişsel güven puanlarının artması yaşlıların kendi bellek ve dikkat yeteneklerine güvenin olmamasına sebep olur. Yaşın ilerlemesiyle yaşlılarda yetersizlik ve güvensizlik hislerinde artış olabilir (Aktaran Yıldız, 2011); bu inançların, üstbilişsel bilgi ve deneyimleri etkileyebileceğini düşündürmektedir. Yaşlılar, “düşünceleri kontrol ihtiyacına” bağlı olarak cezalandırma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inançları obsesyonla baş edebilmek için kullanıyor olabilir. Ayrıca yaşlılıkta “belleğe olan güvensizliğin” artmasına ilişkin inançlara sahip olma “bilişsel güvensizliğe” sebep olabilir. Bu inançların sonucunda ortaya çıkan duyguları düzenleyebilmek için, rahatlama sağlayabilmek amacıyla kompulsif davranışları artırabilir.

Çalışma bulgularımıza göre ÜBÖ-30'un "olumlu inançlar", "düşünceleri kontrol ihtiyacı", "bilişsel güven" alt ölçekleri ile SCL 90-R alt ölçeği "kaygı" puanı arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Yaşlı bireylerin enerjisinde eskiye göre azalma görülmektedir. Ancak enerjinin azalmasına rağmen yaşlıların bazı sorumlulukları düzenli olarak devam etmektedir (Yertutan, 1991). Çalışmamızdaki yaşlıların kendi evinde yaşamaları bakımevi hizmetinden faydalanmamaları ev işlerini kendilerinin sürdürdüğünü düşündürmektedir. Yaşlıların endişenmeyi sorumluluklarından kaçınma olarak kullanması; endişenin faydalı bir şey olduğuna ilişkin "olumlu inançlarla" ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ancak yaşlı bireyler gerçekten endişelenmesi gereken bir durumla karşılaştığında bununla baş edebileceğine, olumsuz duygular yaşamayacağına inanabilirler. Kişinin "belleğine olan güvensizliği" artabilir, "düşüncelerini kontrol etme ihtiyacı" yaşayabilir. Bu üstbiliş inançları sonucunda yaşlı bireylerin yaşadığı "kaygı" seviyesinin artabileceği düşünülmektedir.

Çalışma bulgularımıza göre ÜBÖ-30'un "olumlu inançlar" alt ölçeği ile SCL 90-R alt ölçekleri "fobik anksiyete" ve "ek maddeler" puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Üstbilişin "olumlu inanç" alt ölçeği; endişe etmenin plan yapma veya problem çözmeye yardımcı olacağına ilişkin inançları içerir. Çalışmamızdaki yaşlılardaki bir nesne ya da durumun tehlikesiyle ilgili, günlük işlevselliğini bozacak şekilde rahatsızlık duyduğu "fobik anksiyete" puanlarının artmasının, yaşlıların rahatsızlık duyduğu nesne ya da duruma karşı endişelenmesinin faydalı bir şey olduğuna ilişkin "olumlu inanç" puanlarının artması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. "Fobik anksiyete" puanları arttıkça yaşlıların endişelenmeyi bir kaçış ya da problemlerden kurtulma yolu olarak gördükleri, yani yaşlıların endişelenmek hakkında "olumlu inanışlarının" geliştiği düşünülmektedir. Uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk belirtilerini kapsayan "ek maddeler" puanları arttıkça yaşlıların endişelenmeyi bir kaçış ya da problemlerden kurtulma yolu olarak gördükleri, yani yaşlıların endişelenmek hakkında "olumlu inanışlarının" geliştiği düşünülmektedir.

Çalışma bulgularımıza göre ÜBÖ-30'un "bilişsel güven" alt ölçeği ile SCL 90-R alt ölçekleri, "depresyon", "öfke-düşmanlık," "paranoid düşünce", "ek maddeler", "genel belirti puanları" arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Çalışmamızdaki yaşlıların kendi bellek ve dikkat yeteneklerine güveninin olmamasına ilişkin "bilişsel güven" inançlarının artması paranoid düşünce belirtilerinin artmasıyla ilişkili olduğu

saptanmıştır. Çalışmamızdaki yaşlıların hafızalarına olan güvensizlikleri beraberinde şüphe duyma ile ilişkili olabileceği, yaşlıların hafıza problemleri arttıkça sanrılarında duydukları şüphelerinin de arttığı düşünülmüştür. Uyku ve yeme bozukluklarına ilişkin “ek maddeler” puanlarının artması yaşlılarda dikkat ve enerji kaybının olabileceğini ve dikkatini sürdürmeyen yaşlıların kendi bellek ve dikkat yeteneklerine güveninin olmamasına ilişkin “bilişsel güven” inançlarının arttırdığını düşündürmektedir.

Çalışma bulgularımıza göre ÜBÖ-30’un “düşünceleri kontrol ihtiyacı” alt ölçek puanı ile SCL 90-R alt ölçekleri “somatizasyon”, “kişilerarası duyarlılık”, “depresyon”, “öfke-düşmanlık”, “fobik anksiyete”, “paranoid düşünce”, “psikotizm”, “ek maddeler”, “genel belirti” puanları arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. “Düşünceleri kontrol ihtiyacı” arttıkça “somatizasyon” puanları artmaktadır. Yaşlılık sürecinde yaşlılar birtakım sağlık problemleriyle karşılaşmaktadırlar ve sağlıkları üzerine endişelenmektedirler. Çalışmamızdaki yaşlı bireylerin sağlıkları üzerine endişeli “düşüncelerini kontrol edemeyeceğine” olan inancının artması endişenin içinde kalması yaşlılıkla sık görülen halsizlik, fiziksel ağrı gibi “somatik” belirtileri arttıracakları ileri sürülebilir.

Çalışma bulgularımıza göre ÜBÖ-30’un “bilişsel farkındalık” alt ölçeği ile SCL 90-R alt ölçekleri “öfke-düşmanlık”, “paranoid düşünce” puanları arasında negatif ilişki bulunmuştur. Yaşlıların kendi düşünce süreçleri üzerinde sürekli uğraşmasıyla ilgili olan “bilişsel farkındalığın” artması, beklenilenin aksine “öfke-düşmanlık” ve “paranoid düşünce” belirtilerinin azalmasıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Yaşlılık dönemi emeklilik dönemine geçiş ve çokça boş vaktin olduğu bir süreç olarak tanımlanabilir. Bu süreçte yaşlıların geçmişlerinde gerçekleştirmediği birtakım işlevleri ile ilgili düşüncelerinin olması ve bu düşünceleriyle çokça uğraşacak vakitlerinin olması, geçmişe yönelik öfke, saldırganlık ve kızgınlık duygularını içeren “öfke- düşmanlık” puanlarının artmasını ve yansıtıcı, şüpheli ve düşmanca düşüncelerle korkulara ilişkin maddeleri içeren “paranoid düşünce” puanlarının artacağı düşünülmektedir. Ancak çalışma bulgularımızla desteklenmemektedir. Bu nedenle yeni çalışma bulgularına ihtiyaç vardır.

Alanyazında (Google akademik, Ulusal Tez Merkezi, PsycInfo, WoS, Pubmed vs.) yurt içi ve yurt dışı çalışmalarında üstbiliş ile baş etme becerileri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların olmasına rağmen, yaşlılıkta üstbiliş ve başa çıkma

tutumları arasındaki ilişkiyi açıklamamışlardır (Safrancı, 2010; Garland, 2007; Matthews ve ark., 1999).

ÜBÖ-30'un "olumlu inançlar" alt ölçeği ile COPE alt ölçekleri "sorun odaklı başa çıkma" ("yararlı sosyal destek kullanımı", "aktif başa çıkma", "geri durma", "diğer meşguliyetleri bastırma", "plan yapma"), "duygusal odaklı başa çıkma" ("şakaya vurma", "duygusal sosyal destek kullanım", "kabullenme"), "işlevsel olmayan başa çıkma" ("zihinsel boş verme", "davranışsal olarak boş verme"), puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır. "Olumlu inançlar", endişelenmenin kişinin kendisi için plan yapma veya problem çözmeye yardımcı olacağına ilişkin inançları içermektedir. Çalışmamızdaki yaşlıların endişelenmenin sorun çözmeye veya plan yapmaya faydalı olacağına olan inançlarının artması, stres karşısında oluşan durumlara dayanmak amacıyla uyguladığı sorun odaklı, duygusal odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının kullanılmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Bulgularımıza göre ÜBÖ-30'un "kontrol edilemezlik ve tehlike" alt ölçeği ile COPE alt ölçekleri "sorun odaklı başa çıkma" ("yararlı sosyal destek kullanım", "aktif başa çıkma", "geri durma", "diğer meşguliyetleri bastırma", "plan yapma"), "duygu odaklı başa çıkma" ("pozitif yeniden yorumlama ve gelişme", "dini olarak başa çıkma", "şakaya vurma", "kabullenme"), "işlevsel olmayan başa çıkma" ("inkâr") puanları arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Folkman ve Lazarus (1980), insanların çok stresli olaylarla mücadele etmek için sorun odaklı ve duygu odaklı baş etme stratejilerinin ikisini de kullandıklarını ve bir strateji tipinin diğerlerinden üstün olduğu durumu kişinin kısmen kişisel özelliği ve stresli olay türüne göre değişmesiyle açıklamıştır. Bu nedenle çalışmamızdaki yaşlıların düzenliliğini sürdürmesi ve güvende olabilmesi için endişelerini "kontrol edemeyeceğine" olan inançlarının artmasıyla beraber, "sorun odaklı başa çıkma", "duygusal odaklı başa çıkma" ve "işlevsel olmayan başa çıkma" tutumlarını arttırarak kullanmalarının doğrudan stresli olay türü ya da kendi kişilik özellikleriyle olabileceği düşünülmektedir.

ÜBÖ-30'un "bilişsel güven" alt ölçeği ile COPE alt ölçekleri "aktif başa çıkma" puanı arasında negatif yönde, "madde kullanım" puanı arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Yaşlılıkta bilişsel süreçlerde gerileme olması yaşlı bireylerin kendi bellek ve dikkat yeteneklerine güveninin azalmasını içeren "bilişsel güven" puanlarını arttırabilir. Bilişsel güveninin azalması sorunu ortadan kaldırmak ya da

iyileştirmek için eyleme geçmeyi içeren “aktif başa çıkma” tutumlarında azalmaya sebep olabilmektedir. Yaşlı bireylerde bilişsel güvensizliği içeren bilişsel güven puanlarının artması alkol ya da madde kullanarak stresörden uzaklaşma çabalarını içeren “madde kullanımını” arttırmaktadır.

Bulgularımıza göre ÜBÖ-30’un “düşünceleri kontrol ihtiyacı” alt ölçeği ile COPE alt ölçekleri “sorun odaklı başa çıkma” (“yararlı sosyal destek kullanım”, “diğer meşguliyetleri bastırma”), “duygusal sosyal destek kullanım”, işlevsel olmayan başa çıkma” (zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkâr, davranışsal olarak boş verme, madde kullanım), puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Çalışmamızdaki yaşlılar geçmişlerinde yaşamış olduklarından dolayı cezalandırılacağı düşüncelerini “kontrol altına alma ihtiyaçları” artabilir. Yoğun olumsuz inançlarının artması ve bu durumla başa çıkmak için “sorun odaklı başa çıkma”, “duygusal sosyal destek kullanımı” ve “işlevsel olmayan başa çıkma” tutumlarını artırarak kullanabileceği düşünülmektedir.

ÜBÖ-30’un “bilişsel farkındalık” alt ölçeği ile COPE alt ölçekleri “aktif başa çıkma”, “plan yapma”, “sorun odaklı başa çıkma”, “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme”, “dini olarak başa çıkma”, “duygusal sosyal destek kullanım”, “kabullenme”, “duygu odaklı başa çıkma”, “zihinsel boş verme” puanları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Yaşlılıkta emeklilik dönemine geçiş ile birlikte yaşlı bireylerin boş zamanları artmaktadır (Eyüpoğlu ve ark., 2012). Boş vakitlerin artması yaşlıların kendi düşünce süreçleri üzerinde sürekli uğraşmalarını içeren “bilişsel farkındalığın” artmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Yaşlıların boş vakitlerinde yaşadığı stresin yoğunluğuna göre sorun odaklı başa çıkma, duygu odaklı başa çıkma ve zihinsel olarak boş verme başa çıkma tutumları kullanımında artış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma bulgularımıza göre ÜBÖ-30 toplam puanı ile COPE alt ölçekleri “sorun odaklı başa çıkma” (“yararlı sosyal destek kullanım”, “geri durma”, “diğer meşguliyetleri bastırma”, “plan yapma”), “duygu odaklı başa çıkma” (“pozitif yeniden yorumlama ve gelişme”, “şakaya vurma”, “duygusal sosyal destek kullanım”, “kabullenme”), “işlevsel olmayan başa çıkma” (“inkâr”, “davranışsal olarak boş verme”) puanları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Çalışmamızdaki yaşlıların patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetlerinin artması stresli durumun yoğunluğuna göre sorun odaklı, duygu odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının kullanımının artması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışma bulgularımıza göre GDÖ puanı ile ÜBÖ-30'un alt ölçekleri “olumlu inançlar”, “bilişsel güven”, “düşünceleri kontrol ihtiyacı”, “üstbiliş toplam” puanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Yaş ilerledikçe, yaşlılarda eskiye olan özlemin gittikçe artması depresif düşüncelerin geçmiş odaklı olması, bu düşüncelere düşük düzeyde problem çözme çabası ile problem çözmeye ilişkin yüksek düzeyde “bilişsel güven” (bireyin yeteri kadar bilişsel işlevlerine güvenmemesi) ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Yaşlılık sürecinde fiziksel olarak kaybın olması yaşlı bireylerin işlerini sürdürmesini zorlaştırmaktadır (Bahar ve ark., 2005). Bu fiziksel kayıptan dolayı yaşlılar işlerini sürdürebilmesi için endişelenerek problemden kaçma baş etme stratejisi kullanabilirler. Bu olumsuz duygu ve düşüncelerin yaşlıları çözüme ulaştırdığına yardımcı olduğu düşünülmektedir. Tekrarlanan endişe ile ilgili “olumlu inançların” artması depresyon seviyesinin artması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Alanyazında (Google akademik, Ulusal Tez Merkezi, PsycInfo, WoS, Pubmed vs.) yurt içi ve yurt dışı çalışmalarda yaşlılarda başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği ile SCL-90-R alt ölçekleri obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlılık, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler arasında ilişkiyi inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır.

Çalışma bulgularımıza göre SCL 90-R alt ölçeği “somatizasyon” puanı ile COPE alt ölçekleri “dini olarak başa çıkma”, “duygusal odaklı başa çıkma”, “inkar”, “işlevsel olmayan başa çıkma puanları” arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda yaşlıların ortak başa çıkma stratejilerinin, aktif yalnızlık, sosyal bağlantı, hüznü pasiflik, artan aktivite uzaklaşması ve inkarı içerdiğini göstermişlerdir (Rubenstein ve ark., 1998; Rokach, 1998). Bir başka çalışmada ise duygusal odaklı baş etme stratejilerinden kabul ve geri durma yaşlılarda ortak kullanılan baş etme stratejisi olarak bulunmuştur (Tijhuis ve ark., 1999). Bizim çalışmamızda da “somatizasyon” alt ölçeğiyle yaşlıların sık kullandığı “inkar” ve “duygusal odaklı başa çıkma” arasında ilişki bulunmuştur.

Çalışma bulgularına göre SCL 90-R alt ölçeği “obsesif-kompulsif” puanı ile COPE alt ölçekleri “aktif başa çıkma”, “sorun odaklı başa çıkma”, “dini olarak başa çıkma”, “kabullenme”, “duygusal odaklı başa çıkma” puanları arasında negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdaki yaşlıların istemediği ancak düşünmekten ve yapmaktan kaçamadığı düşünce ve davranışlarının artması, stresli bir durum

karşısında stresörün etkisini azaltmak ya da yok etmek için aktif başa çıkma ve duygusal odaklı başa çıkma tutumlarını azaltacağı düşünülmektedir.

Çalışma bulgularına göre SCL 90-R alt ölçeği “kişilerarası duyarlılık” puanı ile COPE alt ölçekleri “aktif başa çıkma” puanları arasında negatif yönde, “soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma” puanları arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yaşlıların eskiye göre bazı becerilerinin kaybolması yetersiz ve küçüklük hisleri gibi olumsuz düşünce ve duygularının artması stresli bir durumla baş etmek için aktif olarak çabalarını azaltmasına sebep olabilir. Çalışmamızdaki yaşlıların çoğunun evli olması arkadaşlık ilişkilerinde kendilerini yetersiz hissedersen stresli durumu eşleri ile bu duygu ve düşüncelerini paylaşarak baş edebileceği düşünülmektedir.

Çalışma bulgularına göre SCL 90-R alt ölçeği “öfke-düşmanlık” puanı ile COPE alt ölçekleri “aktif başa çıkma” puanları arasında negatif yönde, “dini olarak başa çıkma” puanları arasında negatif yönde, “soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma” puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yaşlıların önünde aşılması güç engellerin olması, temel ihtiyaçlarına karşılımda doyumun düşmesi onları çaresiz bırakmaktadır (Kılıççı, 1988). Bu çaresizlik yaşlılarda öfke, saldırganlık ve kızgınlık duygularını artırmakta ve stresli bir durum karşısında bu duyguların sorunun çözümüne yönelik “aktif başa çıkma” tutumunun azalması ve “dini olarak başa çıkma” puanlarının azalmasına ve öfke, saldırganlık ve kızgınlık duygularını” soruna odaklanma ve duygularını açığa vurarak” başa çıkacakları düşünülmektedir.

Çalışma bulgularına göre SCL 90-R alt ölçeği “fobik anksiyete” puanı ile COPE alt ölçekleri “soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma”, “davranışsal olarak boş verme”, “işlevsel olmayan başa çıkma” puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza katılan yaşlıların bir tehlike ya da tehdit unsuru karşısında işlevselliklerini bozacak kadar fobik anksiyete yaşamalarından dolayı bu anksiyete ile başa çıkabilmek adına işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını daha fazla kullandıklarını düşündürmektedir.

Çalışma bulgularına göre SCL 90-R alt ölçeği “paranoid düşünce” puanı ile COPE alt ölçekleri “aktif başa çıkma” puanları arasında negatif yönde, “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” puanları arasında negatif yönde, “dini olarak başa çıkma” puanları arasında negatif yönde, “kabullenme” puanları arasında negatif yönde, “duygusal odaklı başa çıkma” puanları arasında negatif yönde, “soruna

odaklanma ve duyguları açığa vurma” puanları arasında pozitif yönde, “madde kullanımı” puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yaşlılarda şüpheli düşünceleri içeren paranoid düşünce puanlarının artması sonucu sorunun çözümüne yönelik karar vermede zorluk yaşayabileceklerinden dolayı stresli durumla başa çıkmak için “aktif başa çıkma” “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme”, “dini olarak başa çıkma”, “kabullenme” gibi başa çıkma tutumlarında azalma olabileceği düşünülmüştür. Şüpheli düşüncelerinin artması işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının (“soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma” ve “madde kullanımı”) kullanılmasının artmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Yaşlıların şüpheli düşünceleri içeren paranoid düşüncelerin artmasıyla sıklıkla bildirilen stresörler ile başa çıkmadaki güçlüklerin, sahip oldukları başa çıkma stratejilerindeki aktif olarak problemi çözme çabasını azaltarak yerine problemden kaçınmaya eğilimli olan işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının artmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışma bulgularına göre COPE alt ölçeği “davranışsal olarak boş verme” puanları ile SCL-90-R “psikotizm” ve “ek maddeler” alt ölçekleriyle pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Yaşlılık döneminde yaşlıların üretkenliğinin azalması, ailenin küçülmesi nedenleriyle daha içe kapanık, yalnız yaşam sürmeyi içeren “psikotizm” puanlarının artması bu süreçte stresli bir durumda davranışsal olarak çözüme yönelik çabalarının azalacağı düşünülmektedir. Yeme ve uyku bozukluğuna ilişkin “ek maddeler” puanlarının artması yaşlıların enerji ve dikkat kaybına neden olabileceği ve sorunlarını davranışsal olarak aktif şekilde çözemeyeceği düşünülmektedir.

Çalışma bulgularına göre SCL 90-R alt ölçeği “genel belirti puanı” ile COPE alt ölçekleri “aktif başa çıkma” puanları arasında negatif yönde, “soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma” puanları arasında pozitif yönde, “işlevsel olmayan başa çıkma” puanları arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Yaşlıların psikolojik belirtilerinin artması bu süreçte enerji kaybının artması ve birçok bedensel hastalığın artması nedenleriyle stresli bir durumda aktif başa çıkma tutumun azalması beklenmektedir. Psikolojik belirtilerinin artması ve enerji kaybı ile yaşlıların stresli bir durumda işlevsel olmayan ve daha çok sorununu duygularıyla ifade ederek başa çıkacağı düşünülmektedir.

Çalışma bulgularımıza göre yaşlıların GDÖ puanı arttıkça “aktif başa çıkma” tutumlarının azaldığı saptanmıştır. Alanyazınına bakıldığında Bjørkløf ve ark.’nın

(2013), yaptığı çalışmada fazla “aktif baş etme” stratejileri kullanmanın daha az “depresyon” belirtisi göstermeyle ilişkili olduğunu bulmaları çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızdaki yaşlıların sosyal destek unsurlarının fazla olması aktif olarak sorununun çözümüne yönelik baş etme becerisini arttırmak yerine sorununun çözümünü etrafındaki arkadaş, eş gibi kişilerle paylaşma (duygusal baş etme) becerisini kullanması depresyon seviyesinin artmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma bulgularımıza göre GDÖ ile COPE “işlevsel olmayan başa çıkma” alt ölçekleri “soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma”, “inkâr”, “davranışsal olarak boş verme”, “madde kullanım” puanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur. Çalışmamızdaki yaşlıların “depresyon” puanları arttıkça stresli durumun gerçekliğini reddetme girişimini içeren “inkar”, duygusal sıkıntısını fark edişini ve duyguları dışa vurma eğilimi içeren “soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma”, çabaların azaltılmasını içeren “davranışsal boş verme” ve alkol veya sakinleştirici içerek stresörden uzaklaşma çabalarını içeren “madde kullanım” başa çıkma tutumlarının kullanımını arttırmaktadırlar. Yaşlılarda depresyon düzeyinde artış ilgi kaybı, zevk alamama, konsantrasyon güçlüğü ve enerji kaybını beraberinde getireceği ve bu nedenle yaşlılar stresli durumla karşılaştığında enerji harcamayacak, onu yormayacak başa çıkma tutumlarının kullanımını arttıracığı düşünülmektedir.

Çoklu regresyon analizinden elde edilen verilere göre; “obsesif-kompulsif”, “medeni durum” ve “eğitim durum” değişkenlerinin “bilişsel güven” üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip oldukları saptanmıştır. Yaşlıların “obsesif-kompulsif” puanları arttıkça “bilişsel güvensizlik” puanlarının da arttığı, dul olan ve eğitim düzeyi yüksek olan yaşlıların bilişsel güvensizlik puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdaki yaşlıların çoğunluğunun evli olması ve sosyal destek unsurlarının yeterli olması yaşlıların hafızalarına olan güvenin olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Dul olan yaşlıların obsesif-kompulsif puanların arttıkça bilişsel güvensizlik puanlarının artması duygusal yalnızlık yaşamalarıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızdaki eğitim düzeyi yüksek olan bilişlerine güvenmeyen yaşlıların stres faktörlerine daha maruz kaldıkları ve günlük yaşam zorluklarıyla etkileşime girerek kaygıya katkıda bulunduğu için “obsesif-kompulsif” puanlarının arttığı düşünülmektedir.

“Madde kullanım” ve “eğitim durum” değişkenlerinin “bilişsel güven” üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip oldukları saptanmıştır. Diğer bir deyişle

katılımcıların “madde kullanım” puanları arttıkça ve “eğitim düzeyi” yükseldikçe “bilişsel güvensizlik” puanlarının arttığı saptanmıştır. Çalışmamızdaki eğitim düzeyi yüksek olan bilişlerine güvenmeyen yaşlıların stres faktörlerine daha maruz kaldıkları ve günlük yaşam zorluklarıyla etkileşime girerek endişelerini azaltmak için “madde kullanımlarını” arttırdıkları düşünülmektedir.

“Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma”, “davranışsal olarak boş verme”, “madde kullanım” ve “cinsiyet” değişkenlerinin “düşünceleri kontrol ihtiyacı” üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Diğer bir deyişle “soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma”, “davranışsal olarak boş verme”, “madde kullanım” puanları arttıkça ve “düşünceleri kontrol ihtiyacı” puanlarının arttığı ve yaşlı erkeklerin “düşünceleri kontrol ihtiyacı” puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdaki yaşlı kadınların toplumda birçok rolünün olması bu sorumluluklarını yerine getiremediği zaman kendilerini suçlamaları ile ilişkili olan “düşünceleri kontrol ihtiyacının” artması sorunların çözümüne yönelik “işlevsel olmayan başa çıkma” tutumlarının (“soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma”, “davranışsal olarak boş verme”, “madde kullanım”) kullanılmasını arttıracığı düşünülmektedir.

İşlevsel olmayan başa çıkma ve cinsiyet değişkenlerinin üstbiliş üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Diğer bir deyişle işlevsel olmayan başa çıkma puanları arttıkça üstbiliş puanlarının arttığı ve kadınların üstbiliş puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdaki kadın yaşlıların üstbiliş puanlarının yüksek olması patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin arttığı ve stresli durumla işlevsel olmayan başa çıkma tutumları geliştirmesi psikolojik belirtilerin artarak devam edeceği düşünülmektedir.

4. 1. Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma 2017-2018 yılları arasında Yalova-İstanbul ilinde yaşayan ulaşılabilir yaşlı bireylerle yapılmıştır. Çalışma kapsamında incelenen üstbiliş düzeyi, psikopatoloji, başa çıkma tutumları ve depresyon; ÜBÖ-30, SCL 90-R, COPE ve GDÖ'lerinin ölçtüğü değerler ile sınırlıdır.

Çalışmada, değişkenlerin huzurevinde yaşayan yaşlılar ile kendi evinde yaşayan yaşlılar arasındaki karşılaştırılmasının yapılması planlanmıştır. Ancak Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Geriatrik Depresyon Ölçeğinin huzurevlerinde kullanımına izin vermemesinden dolayı kendi evinde yaşayan yaşlılar çalışmaya alınmıştır. Huzurevinde yaşayan yaşlıların toplu halde yaşaması araştırmacı

tarafından daha fazla katılımcı alınmasını sağlayacakken gerekli izinlerin verilmemesi katılımcı bulmada zorluk ve homojen grup alınamamasına sebep olmuştur.

Ülkemizde yapılan üstbiliş kavramı ile ilgili çalışmalarda yaşlı popülasyona pek yer vermemeleri veri bulgularının tartışmasını kısıtlanmıştır. Bu yüzden farklı çalışma bulgularına ihtiyaç vardır.

Psikopatoloji için alanyazına bakıldığında yaşlılar için çalışmaların çoğunlukla depresyon ve anksiyete üzerine yoğunlaştığı görülmektedir. Yaşlılarda belirti tarama listesi ve alt ölçekleriyle yapılan belirti taramasına yönelik başka farklı çalışmalara ihtiyaç vardır.

BÖLÜM 5

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışma bulgularımız sonucunda yaşlılık sürecinde yaşlıların üstbilişlerinin hangi psikolojik belirtilerle ilişkili olduğu ve hangi başa çıkma tutumunun kullanımıyla ilişkili olabileceği bulunmuştur. Yaşlılarda en sık görülen ruhsal bozukluk olan depresyonun da patolojik tarzda üstbilişlerin artması ile ilişkili olduğu çalışmamızda bulunmuştur. Sonuçlarımız sağlıklı yaşlanma ve bilişsel süreçleri anlama yönünden de alanyazına katkısı olacaktır.

Üstbilişin alanyazında yeni bir kavram olduğu göz önünde tutulunca, çalışmanın farklı sosyodemografik özelliklerdeki yaşlılarda karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışma sırasında amacımıza yönelik yeterli düzeyde alanyazın bilgisinin olmaması dikkat çekmektedir. Özellikle üstbiliş kavramını içeren yaşlı popülasyona özgü yeni araştırmalar alanyazın için faydalı olacaktır.

Bu konuda daha kapsamlı çalışmaların yapılması, söz konusu popülasyonun ihtiyaçlarına ve psikolojik destek programlarının geliştirilmesine yardımcı olabilecektir.

Kaynaklar

- Adamis, D. ve Ball, C. (2000). Physical morbidity in elderly psychiatric inpatients: prevalence and possible relations between the major mental disorders and physical illness. *Int J Geriatr Psychiatry*. 15:248-253.
- Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran Ü. K, Özer, Ö. A. ve Kara, H. (2005). COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 221-226.
- Aki, Ö. (2010). Yaşlı Bireylerde Demans ve Depresyonun Ayırıcı Tanısı. *Turkish Journal of Geriatrics*. 3:37-47.
- Aksüllü, N. ve Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 5:76-84.
- Altuk, B. (2011). *Yaşlılıkta bilişsel işlevler, empatik eğilimler ve depresyon belirtileri*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, Inc.
- Aysan, F. ve Özben, Ş. (2004). Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlının kullandığı başa çıkma stratejileri. *Ege Eğitim Dergisi*, 2(5), 1-12.
- Bahar, A., Tutkun, H. ve Sertbaş, G. (2005). Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 6:227-239.
- Barua, A., Ghosh, M., Kar, N. ve Basiliod, M. (2011). Prevalence of depressive disorders in the elderly. *Ann Saudi Med*. 31(6): 620–624.
- Beğer, T. ve Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim Dergisi*. 25: 1-3.
- Bekaroğlu M, Uluotku N, Tanrıöver S ve ark. (1991) Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand*, 84:174-178.

- Björklöf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G. Kouwenhoven, S. E., Helvik, A. S. (2013). Coping and Depression in Old Age: A Literature Review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 35:121–154.
- Bölükbaş, N. ve Arslan, H. (2003). Huzur Evinde Kalan Yaşlıların Psikososyal Yönlerinin İncelenmesi. *Düşünen Adam Dergisi*. 16(4): 235-239.
- Buckley, T., Norton, M. C., Deberard, M. S., Welsh-Bohmer, K. A. ve Tschanz J. T. (2010). A brief metacognition questionnaire for the elderly: comparison with cognitive performance and informant ratings The Cache County Study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 25: 739–747.
- Cangöz, B. (2009). Yaşlılıkta Bilişsel ve Psikolojik Değişim. *In Geriatri: Yaşlı Sağlığına Multidisipliner Yaklaşım*. (Ed. Y. Gökçe Kutsal) Ankara: Türk Eczacılar Birliği Eczacılık Akademisi Yayını. No:4. (s. 99-104).
- Cankurtaran, E. ve Cankurtaran, M. (2007). Geriatrik Depresyon ve Yaşlılık Psikozu. *İç Hastalıkları Dergisi*, 14 (1), 55.
- Cartwright-Hatton, S. ve Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the metacognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279–296.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. ve Weintraub, J. K. (1989). “Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Çilingiroğlu, N. ve Demirel, S. (2004). Yaşlılık ve Yaşlı Ayrımcılığı. *Türk Geriatri Dergisi*. 7 (4): 225-230.
- Çuhadar, D., Sertbaş, G. ve Tutkun, H. (2006). Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev ve günlük yaşam etkinliği düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 7:232-239.
- Dağ, İ. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90)'nın Üniversite Öğrencileri İçin Güvenirliliği ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2: (1).
- Derogatis L. R., Rickels K. ve Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128 (3), 280-289.
- De Luca A. K, Lenze E. J, Mulsant B. H, Butters M. A, Karp J. F, Dew M. A et al. Comorbid anxiety disorder in late life depression: association with memory decline over four years. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20 (9):848-54.

- Diker, J., Etiler, N., Yıldız, M. ve Şeref, B. (2001). Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: Bir alan çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2(2):79-86.
- Eroğlu, M., Annagür, B. ve İçbay, E. (2012). Yaşlılarda yaygın anksiyete bozukluğunun değerlendirilmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi*. 2012;18(3): 143-147.
- Ertan, T. ve Eker, E. (2000). Reliability, validity and factor structure of the geriatric depression scale in Turkish elderly: Are there different factor structures for different cultures. *The Journal of The International Psychogeriatric Association*, 12 (2), 163-172.
- Eyüpoğlu, C., Şişli, Z. ve Karta, M. (2012). Yaşam Döngüsünde Yaşlılığın Psikolojik Boyutu. *The Journal of Turkish Family Physician*. 3(1):18-22.
- Fastame, M. C. ve Penna, M. P. (2014). Psychological well-being and metacognition in the fourth age: an explorative study in an Italian oldest old sample. *Aging & Mental Health*. 18 (5), 648–652,
- Fastame, M. C., Penna, M. P., Rossetti, E. S., ve Agus, M. (2014). The Effect of Age and Socio-Cultural Factors on Self-Rated Well-Being and Metacognitive and Mnestic Efficiency Among Healthy Elderly People. *Applied Research Quality Life*. 9:325–334.
- Folkman, S. ve Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219–239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., ve Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping hyploprocesses. *Psychology and Aging*, 2(2), 171-184.
- Folstein M. F, Folstein S, Mc Hugh P. R. (1975). "Mini Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Gallo, D., Cramer, S., Wong, J. ve Bennett, D. (2012). Alzheimer's disease can spare local metacognition despite global anosognosia: Revisiting the confidence–accuracy relationship in episodic memory. *Neuropsychologia*. 50, 2356–2364.
- Garland, E. L. (2007). The Meaning of Mindfulness: A Second-Order Cybernetics of Stress, Metacognition, and Coping. *Complementary Health Practice Review*. 12(1). 15-30.

- Greiner, P., Snowdon, D. and Schmitt, F. (1996). The Loss of Independence in Activities of Daily Living: The Role of Low Normal Cognitive Function in Elderly Nuns. *American Journal of Public Health*. 86(1). 62-66.
- Göktaş, K., ve Özkan, İ. (2006). Yaşlılarda Uyku Bozuklukları. *Turkish Journal of Geriatrics*. 9 (4): 226-233.
- Güngen, C., Ertan T., Eker, E. ve Yaşar, R. ve Engin F. (2002). Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 273-281.
- Hocaoğlu, Ç. (2001). İleri yaşlarda görülen psikotik bozukluklar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2 (2): 106-115.
- Irak, M. (2005). Hatırlamanın ve Unutmanın Farkındalığı: Sağlık Bireylerde ve Bazı Beyin Hasarlarında Üst-Biliş Sürecinin İşleyişi. *Türk Psikoloji Yazıları*. 1-15.
- Irak, M., Çapan, D. ve Soylu, C. (2015). Üstbilişsel Süreçlerde Yaşa Bağlı Değişiklikler. *Türk Psikoloji Dergisi*, 30(75), 64-75.
- Karakaş, S. ve Durmaz, H. (2017). Yaşlılık Dönemi Psikolojik Özellikleri ve Moral. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 18(1). 32-36.
- Kaya, B. (1999). Yaşlılık ve Depresyon -I Tanı ve Değerlendirme. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2(2), 76-82.
- Kılıççı, Y. (1988). Yaşlılığın uyum sorunları. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 3. 41 - 45.
- Kılıçoğlu, A. (2006). Yaşlılık çağı depresyonunun risk etkenleri ve etiolojisine yönelik bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 7:49-54.
- Kızıl, E., T. ve Turan, E. (2007). Yaşlılarda Anksiyete Bozuklukları. *Türk Geriatri Dergisi*. 10 (3):150-155.
- Kitiş, A., Ülgen, S., Zencir, M. ve Büker, N. (2012). Evde yaşayan yaşlılarda kognitif düzey, depresyon durumu, fonksiyonel düzey ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 23(3), 137-143.
- Klusmann, V., Evers, A., Schwarzer. R. ve Heuser, I. (2011). A brief questionnaire on metacognition: Psychometric properties. *Aging & Mental Health*, 15:8, 1052-1062.
- Kulaksızoğlu, I. (2009). Yaşlılık ve Psikiyatrik Hastalıklar. *Klinik Gelişim Dergisi*. 22(4), 65-74.

- Lazarus, R. S., ve DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, 38, 245–254.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York, NY: Springer.
- Lembas, D., Starkowska, A., Mak, M., Konecka, M., Bikowska, M., Hlewicka, J., Groszewska, K. ve Korzonek, M. (2017). Impact of demographic factors on usage of stress coping strategies chosen by elderly people. *Family Medicine & Primary Care Review*. 19(1): 34–38.
- Maral, I., Aslan, S., İlhan, M., Yıldırım, A., Candansayar S. ve Bumin M. (2001). Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri: Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 12 (4), 251-259.
- Matthews, G., Hillyard, E. J. ve Campbell, S. E. (1999). Metacognition and Maladaptive Coping as Components of Test Anxiety. *Clin. Psychol. Psychother.* 6.111-125.
- Meléndez, J., Mayordomo, T., Sancho, P. and Tomás J. (2012). Coping Strategies: Gender Differences and Development throughout Life Span. *The Spanish Journal of Psychology*. 15 (3), 1089-1098.
- Nesami, B. M., Rafii, F. ve Oskouie., S. F. (2010). Coping Strategies of Iranian Elderly Women: A Qualitative Study, *Educational Gerontology*, 36:7, 573-591.
- Öyekçin, D., Aydın, P., Değirmenci, Y. ve Kutluay, D. (2012). Paradoksal Disfaji Ardındaki Geriyatrik Depresyon: Bir Olgu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 15:181-186.
- Özer, N. (2013). *Yaşlı bireylerde depresyon, istismar ve ihmalin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep.
- Özgüler, N., Maner, F., Çobanoğlu, S., Aker, T. ve Karamustafalıoğlu, O. (2004). Yaşlılarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Eş Tanı Özellikleri. *Düşünen Adam*. 17(3): 141-145.
- Palmer, C. E., David A. S. ve Fleming, M. S. (2014). Effects of age on metacognitive efficiency. *Consciousness and Cognition*. 28. 151–160.

- Papageorgiou C, Wells A (1999) Process and metacognitive dimensions of depressive and anxious thoughts and relationships with emotional intensity. *Clin Psychol Psychother.* 6:156-62.
- Papageorgiou, C., Wells, A. (2003). An Empirical Test of a Clinical Metacognitive Model of Rumination and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3). 261–273.
- Poderico, C., Ruggiero, G., Iachini, T. ve Iavarone, A. (2006). Coping Strategies and Cognitive Functioning in Elderly People from a Rural Community in Italy. *Psychological Reports.* 98(1). 159-168.
- Rokach, A. ve Brock, H. (1998). Coping with loneliness. *J Psychol.* 132:107-21.
- Rubenstein C. M. ve Shaver, P. (1982). The experience of loneliness. Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, *Research and Therapy.* 1. 206-23. 14.
- Safrancı, B. (2010). *The Association Between Metacognitions and Psychological Symptoms: Moderator Role of Coping Strategies.* The Graduate School of Social Sciences of Middle East Technical University. Ankara.
- Scott, B. ve Melin, L. (1998). Psychometric properties and standardized data for questionnaires measuring negative affect, dispositional style and daily hassles: a nation-wide sample. *Scand J Psychol.* 39: 301–307.
- Soyuer, F. ve Soyuer, A. (2008). Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 15 (3), 219-224.
- Şahin M. ve Yalçın M. (2003). Huzurevinde veya Kendi Evlerinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Sıklıklarının Karşılaştırılması. *Turkish Journal of Geriatrics.* 6 (1): 10-13.
- Tamam, L. ve Öner, S. (2001). Yaşlılık çağı depresyonları. *Demans Dergisi.* 1 (2), 50- 60.
- Tijhuis M. A, De Jong-Gierveld, J., Feskens, E. J. ve Kromhout, D. (1999). Changes in and factors related to loneliness in older men. *The Zutphen Elderly Study. Age Ageing.* 28:491-5.
- Tosun, A. ve Irak, M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 67-80.
- Tullis, J. G., ve Benjamin, A. S. (2012). The effectiveness of updating metacognitive knowledge in the elderly: Evidence from metamnemonic judgments of word frequency. *Psychology and Aging.* 27(3), 683-690.

- Türkiye İstatistik Kurumu. (2014). İstatistiklerle Yaşlılar Elderly Statistics.
- Uçku, R. ve Küey, L. (1992). Yaşlılarda depresyon epidemiyolojisi-yarı kentsel bir bölgede 65 yaş üzeri yaşlılarda kesitsel bir alan çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 29: 15-20.
- Var, E., Demirkazık, Ç., N. ve Çepni, Ş. (2016). Yaşlılarda yaşam doyumunun yordayıcısı olarak stresle başa çıkma. *Journal of Human Sciences*, 13(3), 4048-4057.
- Varkal, M., Yalvac, D., Tufan, F., Turan, S., Cengiz M. ve Emul, M. (2013). Metacognitive differences between elderly and adult outpatients with generalized anxiety disorder. *European Geriatric Medicine*. 4: 150–153.
- Volz-Sidiropoulou, E., & Gauggel, S. (2012). Do subjective measures of attention and memory predict actual performance? Metacognition in older couples. *Psychology and Aging*, 27(2), 440-450.
- Yaluğ, İ., Polat, A. ve Tufan, A. (2006). Demans tablolarının ayırıcı tanısı: Bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 7:173-178.
- Yertutan, C. (1991). Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Fiziksel Değişiklikler. *Aile ve Toplum Dergisi*. 1(2). 1303-0256.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L. ve ark. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale; a preliminary report. *J. Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- Yıldız, A. (2013). *Yaşlılık ve Yaşlı Bakışı: Ömür Dediğin Programı Örneği*. Selçuk Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Yılmaz, A. (2016). Depresyonun Üstbilişsel Modeli'nin Türkiye'deki Bir Üniversite Öğrencisi Örnekleminde İncelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(2), 9-100.
- Wells, A. (2008). Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy. John Wiley & Sons publications.
- Wells, A. (2009). Theory and Nature of Metacognitive Therapy. Guilford Publications.
- Wells, A. ve Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ 30. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 385-396.

Wells, A. ve Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: a clinical perspective*.

Hove, UK: Erlbaum.

WHO (1984) The uses of epidemiology in the study of the elderly. *WHO, Technical Reports Series 706*, Geneva:8-9.

Ekler

Ek A. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Yaşlılarda üstbilişin psikopatoloji ve baş etme becerileri yönünden değerlendirilmesi”

Başlıklı Tez Araştırması İçin

Katılımcı için Bilgiler:

Tarih: .../.../.....

Bu çalışmanın amacı, yaşlılarda üstbilişin psikopatoloji ve baş etme becerileri yönünden incelemektir.

Araştırma için sizden yapmanızı istediğimiz, size ilettiğimiz formlardaki her soruyu tek tek okuyarak size en uygun yanıtları vermenizdir. Anlamadığımız sorularda araştırmacıdan yardım isteyebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmanız halinde kişisel bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek, araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında da özenle korunacaktır. Veriler, kimlik bilgileriniz gizli kalmak koşuluyla bu ve farklı araştırmalarda kullanılacaktır.

Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir.

Araştırmamıza gönüllü olarak katılmak istiyorsanız aşağıdaki onay bölümünü doldurunuz ve imzalayınız.

Katılımcının Beyanı:

Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı’nda Gülşah BALTACI tarafından yürütülen bu çalışma hakkında verilen yukarıdaki bilgileri okudum. Yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunuyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı Soyadı:

Tarih:/...../.....

Tel:

İmza:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar için:

Veli veya Vasi Adı Soyadı:

Tanık Adı Soyadı:

Tel:

Tel:

İmza:

İmza:

Araştırmacı Adı Soyadı: Gülşah BALTACI

Tel:

İmza:

Ek B. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1-Cinsiyetiniz:

- a) Kadın b)Erkek

2-Yaşınız:

- a) 65-69 b) 70-79 c) 80 ve üzeri

3-Medeni durumunuz:

- a) Evli b) Bekar c) Boşanmış d) Dul

4-En uzun yaşadığınız yer neresidir?

- a) Köy b) Kasaba c) Şehir d) Metropol

5-Eğitim durumunuz:

- a) Okur yazar değil b) Okur yazar c) ilkokul mezunu
d) Ortaokul mezunu e) Lise mezunu f) Üniversite/Yüksekokul mezunu

6- Çocuğunuz var mı?

- a) Evet (çocuk sayısı) b) Hayır

7-Mesleğiniz:

8-Gelir durumu: TL

9-Sosyal Güvenceniz:

- a) Var b) Yok

10-Kronik (uzun süren) bir hastalığınız var mı? (Cevabınız evet ise açıklayınız)

- a) Evet (.....)

- b) Hayır

11-Herhangi bir fiziksel rahatsızlığınız (görme, duyma, yürüme vs.) var mı? (Cevabınız evet ise açıklayınız)

- a) Evet(.....)

- b) Hayır

12-Kaldığınız evde bulunma süreniz nedir? ay/..... sene/.....

13-Yakınlarınız tarafından ziyaret edilir misiniz?

- a) evet b) hayır

14-Ailenizin sizi sahiplendiğini düşünüyor musunuz?

a) evet b) hayır

15-Arkadaşlarınızın sizi sahiplendiğini düşünüyor musunuz?

a) evet b) hayır

16-Kaldığınız evde ev sakinleriyle ilişki durumunuz nasıldır?

a) olumlu b) olumsuz

17-Evinizden memnun musunuz?

a) evet b) hayır

18-Kendinizi bulunduğunuz eve ait hissediyor musunuz?

a) evet b) hayır

19-Evden çıkarılma korkunuz var mı?

a) evet b) hayır

20-Sıkıntılı zamanlarınızda rahatlamak için bir şeyler yapar mısınız?

a) evet b) hayır

21.Bulduğunuz evde kalma kararı size mi ait?

a) evet b) hayır

Ek C. Mini Mental Test Örnek Maddeleri

Hangi yıl içindeyiz?

Hangi mevsimdeyiz?

Hangi aydayız?

Bugün ayın kaçı?

Hangi gündeyiz?

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (masa, bayrak, elbise)

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri tekrar söyleyin.

Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nelerdir? (saat, kalem)

Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümle yazın.

Ek D: Üstbilis Ölçeği

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (**1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3 kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum**). Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.
1 () 2 () 3 () 4 ()
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir. 1 () 2 () 3 () 4 ()
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim. 1 () 2 () 3 () 4 ()
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
6. Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur. 1 () 2 () 3 () 4 ()
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var. 1 () 2 () 3 () 4 ()
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur. 1 () 2 () 3 () 4 ()
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder. 1 () 2 () 3 () 4 ()
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.
1 () 2 () 3 () 4 ()
11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
12. Düşüncelerimi izlerim. 1 () 2 () 3 () 4 ()
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır. 1 () 2 () 3 () 4 ()
15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
16. Endişelerim beni delirtebilir. 1 () 2 () 3 () 4 ()
17. Düşündüğümün her an farkındayım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
18. Zayıf bir belleğim vardır. 1 () 2 () 3 () 4 ()
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür. 1 () 2 () 3 () 4 ()

20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardım eder. 1 () 2 () 3 () 4 ()
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir. 1 () 2 () 3 () 4 ()
22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam. 1 () 2 () 3 () 4 ()
23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur. 1 () 2 () 3 () 4 ()
24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem. 1 () 2 () 3 () 4 ()
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür. 1 () 2 () 3 () 4 ()
26. Belleğime güvenmem. 1 () 2 () 3 () 4 ()
27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem. 1 () 2 () 3 () 4 ()
28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır. 1 () 2 () 3 () 4 ()
29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem. 1 () 2 () 3 () 4 ()
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm. 1 () 2 () 3 () 4 ()

Ek E. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son üç ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç: 0

Örnek: 1. (2) Baş ağrısı

Çok az: 1

Orta derecede: 2

Oldukça fazla: 3

İleri derecede: 4

1. ()Baş ağrısı
2. ()Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. ()Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. ()Baygınlık ya da baş dönmesi
5. ()Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. ()Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. ()Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. ()Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. ()Olayları anımsamada güçlük
10. ()Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. ()Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. ()Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar
13. ()Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. ()Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. ()Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri
16. ()Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. ()Titreme
18. ()Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi
19. ()İştah azalması
20. ()Kolayca ağlama
21. ()Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. ()Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi

23. () Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. () Kontrol edilmeyen öfke patlamaları
25. () Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. () Olanlar için kendini suçlama
27. () Belin alt kısmında ağrılar
28. () İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. () Yalnızlık hissi
30. () Karamsarlık hissi
31. () Her şey için çok fazla endişe duyma
32. () Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. () Korku hissi
34. () Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. () Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. () Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. () Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. () İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak
39. () Kalbin çok hızlı çarpması
40. () Bulantı veya midede rahatsızlık hissi
41. () Kendini başkalarından aşağı görme
42. () Adele (kas) ağrıları
43. () Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. () Uykuya dalmada güçlük
45. () Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. () Karar vermede güçlük
47. () Otobüz, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. () Nefes almada güçlük
49. () Soğuk ve sıcak basması
50. () Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. () Hiçbir şey düşünmeme hali
52. () Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. () Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi

54. () Gelecek konusunda ümitsizlik
55. () Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. () Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. () Gerginlik veya coşku hissi
58. () Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. () Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. () Aşırı yemek yeme
61. () İnsanlar size batığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. () Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. () Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. () Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. () Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. () Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. () Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. () Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. () Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. () Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. () Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. () Dehşet ve panik nöbetleri
73. () Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi
74. () Sık sık tartışmaya girme
75. () Yalnız bıraktığınızda sinirlilik hali
76. () Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. () Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. () Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma
79. () Değersizlik duygusu
80. () Size kötü bir şey olacakmış duygusu
81. () Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. () Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. () Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. () Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması

85. ()Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi
86. ()Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. ()Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. ()Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. ()Suçluluk duygusu
90. ()Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

Ek F. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Sayın Katılımcı,

Sizden ölçekteki maddeleri dikkatli bir şekilde okuyarak maddelerden görüşlerinize en uygun seçeneği (“Asla Böyle Yapmam” için 1’i, “Çok Az Böyle Yaparım” için 2’yi, “Böyle Yaparım” için 3’ü, “Çoğunlukla Böyle Yaparım” için 4’ü) işaretlemeniz ve tüm maddeleri eksiksiz doldurmanız istenmektedir. İşaretlediğiniz seçeneğin doğruluğu ya da yanlışlığı söz konusu değildir.

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim. 1 () 2 () 3 () 4 ()

3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()

4.Başkalarından bu tur sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()

5.Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim. 1 () 2 () 3 () 4 ()

6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim. 1 () 2 () 3 () 4 ()

7.Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim. 1 () 2 () 3 () 4 ()

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum. 1 () 2 () 3 () 4 ()

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm. 1 () 2 () 3 () 4 ()

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()

12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()

13.Kendimi yasadığım soruna alıştırmaya çalışırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()

14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum. 1 () 2 () 3 () 4 ()

15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam. 1 () 2 () 3 () 4 ()

16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım. 1 () 2 () 3 () 4 ()

17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum. 1 () 2 () 3 () 4 ()

18.Allah`in yardımını umarım. 1 () 2 () 3 () 4 ()

19.Bir eylem planı yaparım. 1 () 2 () 3 () 4 ()

20.Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım. 1 () 2 () 3 () 4 ()

- 21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 24.Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vazgeçerim. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 26.Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 28.Duygularımı dışarı vururum. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 33.Sorunu çözmeye odaklanırım ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 36.Sorunla ilgili şaka yaparım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 37.İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde çaba gösteririm. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm. 1 () 2 () 3 () 4 ()

- 44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için dobra dobra bir tavır takınırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 59.Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim. 1 () 2 () 3 () 4 ()

Ek G. GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (GDS)

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki soruları kendiniz için uygun olan yanıtı işaretleyerek yanıtlayınız.

	Evet	Hayır
1- Yaşamınızdan temelde memnun musunuz?		
2) Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz?		
3) Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz?		
4) Sık sık canınız sıkılır mı?		
5) Gelecekte umutsuz musunuz?		
6) Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu?		
7) Genellikle keyfiniz yerinde midir?		
8) Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?		
9) Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?		
10) Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?		
11) Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?		
12) Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?		
13) Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz?		
14) Hafızanızın çoğu kişiden daha zayıf olduğunu hissediyor musunuz?		
15) Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel bir şey midir?		
16) Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?		
17) Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz?		
18) Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz?		
19) Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?		
20) Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur?		
21) Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?		
22) Çözümsüz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?		
23) Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?		
24) Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz?		
25) Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseder misiniz?		
26) Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?		
27) Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?		
28) Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız?		
29) Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?		
30) Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mıdır?		

Özgeçmiş

Gülşah BALTACI. 1993 yılında Yalova'da doğdu. Lisans öğrenimini 2011-2016 (Ocak) yılları arasında Işık Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji bölümünde tamamladı. Mezun olduğu yıl Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Bilim Dalı'nda yüksek lisans programına başladı. Lisans ve Yüksek Lisans eğitimi süresince Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde stajlarını tamamladı. 2016 yılında Yalova'da 1Hayat Butik Bakım Engelli merkezinde psikolog olarak çalışma hayatına başladı. Ardından İstanbul Tuzla'da Öğretmen Kolejinde psikolog olarak görev yaptı.