

T.C.  
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ENSTİTÜ ANABİLİM DALI

**65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE OTOMATİK  
DÜŞÜNCELER İLE KIRILGANLIK ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**BEYZA SAKARYA**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
DOÇ. DR. SİBEL ARGUVANLI ÇOBAN**

**ZONGULDAK**

**2023**

T.C.  
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ENSTİTÜ ANABİLİM DALI

**65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE OTOMATİK  
DÜŞÜNCELER İLE KIRILGANLIK ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**BEYZA SAKARYA**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
DOÇ. DR. SİBEL ARGUVANLI ÇOBAN**

**ZONGULDAK**

**2023**

## ÖNSÖZ

Vizyonu ile rol model olan, eğitim sürecim boyunca kıymetli bilgilerini benimle paylaşan, psikiyatri hemşireliği alanında gelişimime çok büyük katkısı olan, yolumu aydınlatan, tez sürecimin her aşamasında büyük emeğini ve desteğini hissettiğim çok değerli tez danışmanım Doç. Dr. Sibel ARGUVANLI ÇOBAN'a;

Anlam arayışında bana yol gösteren, ben olma yolculuğuna yönlendiren, farklı bakış açıları kazanmamı sağlayan, değerli hocam Doç. Dr. Gül Sultan ÖZEREN'e;

Eğitim sürecimde kıymetli bilgilerini bizimle paylaşan, deneyimlerinden yararlandığım, bilgisini esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU'ya;

Engeli yolda yoluma ışık tutan ve elimden tutan değerli hocam Öğr. Gör. Dr. Nurcan DÜZGÜN'e;

Tüm eğitim hayatım boyunca varlığını, sonsuz desteğini her zaman hissettiğim dostum ve meslektaşım Emriye Tuğba TEMEL'e;

Yollarımız kesiştikten sonra hayatıma ortak olan, ruhuma ve duygularıma iyi gelen, tez sürecinde varlıklarını hep hissettiğim, onların insanı olduğum için şanslıyım dediğim Güneş ve Gece'ye;

Koşulsuz sevginin en güzel örneğini bana sunan, bugünlere gelmemde maddi ve manevi emekleri yadsınamaz olan çok değerli aile üyelerim Mevva Güler SAKARYA, Ersin SAKARYA, Reyhan Sude SAKARYA, Şeyma KUTLUTAŞ, Toprak Mirza KUTLUTAŞ, Emre KUTLUTAŞ, Nermin ŞENOCAK, Ali Öner ŞENOCAK, İzel ŞENOCAK ve Minel Eliz ŞENOCAK'a;

Son olarak adını sayamadığım ve bu süreci benimle deneyimleyen herkese;

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

Beyza SAKARYA

Ağustos 2023, Zonguldak

## ÖZET

**Beyza SAKARYA, 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Otomatik Düşünceler İle Kırılgnlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2023.**

65 yaş ve üzeri bireylerde otomatik düşünceler ile kırılgnlık arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmanın evrenini Şubat 2023 ve Mayıs 2023 tarihleri arasında poliklinik hizmeti Gazi Hastanesi Geriatri Bilim Dalına bağlı Geriatri Polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Örneklemini ise araştırmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan 119 birey oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri; “Bilgi Formu”, “Standardize Mini Mental Test”, “Eğitimsizler için Mini Mental Test”, “Otomatik Düşünceler Ölçeği” ve “Edmonton Kırılgnlık Ölçeği” ile toplanmıştır. Elde edilen verilerin analizi için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25.0 programı kullanılmıştır. Çalışma sonucuna göre; Otomatik Düşünceler Ölçeği ile Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=0.466$ ;  $p<0.001$ ). Sonuç olarak; 65 yaş üzeri bireylerde otomatik düşünceler ve kırılgnlığın ele alındığı çalışmalara rastlanamamakla birlikte literatüre katkı sağlanması ve birey odaklı biyopsikososyal hemşirelik bakımının geliştirilmesi için daha kapsamlı çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır.

**Anahtar Kelimeler:** 65 yaş ve üzeri, hemşirelik, kırılgnlık, otomatik düşünceler, psikiyatri.

## ABSTRACT

**Beyza SAKARYA, Investigation of the Relationship Between Automatic Thoughts and Frailty in Individuals Age 65 and Over, Zonguldak Bülent Ecevit University, Institute of Health Sciences, Department of Nursing Master's Program in Mental Health and Psychiatry Nursing, Master's Thesis, Zonguldak, 2023.**

The population of the study, which was conducted to examine the relationship between automatic thoughts and frailty in individuals aged 65 and over, consists of individuals aged 65 and over who applied to the Geriatrics Polyclinic of Ankara Gazi Hospital Geriatrics Department between February 2023 and May 2023. The sample consists of 119 individuals who meet the criteria for inclusion in the study. The data of the research were collected through the "Information Form", "Standardized Mini Mental Test", "Mini-Mental Test Scale for Illiterate", "Automatic Thoughts Scale" and "Edmonton Frailty Scale". SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25.0 was used to analyse the data obtained. According to the results of the study, a statistically significant positive correlation was found between Automatic Thoughts Scale and Edmonton Frailty Scale scores ( $r=0.466$ ;  $p<0.001$ ). In conclusion, although there are no studies on automatic thoughts and frailty in individuals over the age of 65, more comprehensive studies are needed to contribute to the literature and develop individual-oriented biopsychosocial nursing care.

**Keywords:** Age 65 and over, automatic thoughts, frailty, nursing, psychiatry.

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa

TEZ KABUL VE ONAY .....	i
ÖNSÖZ .....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT .....	v
İÇİNDEKİLER .....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	viii
ŞEKİL DİZİNİ .....	ix
TABLO DİZİNİ .....	x
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Yaş, Yaşlılık ve Yaşlanma .....	4
2.1.1. Yaşlılığın Epidemiyolojisi .....	4
2.1.2. 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Meydana Gelen Biyopsikosoyal Değişiklikler .....	5
2.1.3. Yaşlanma ve Hemşirelik Bakımı .....	7
2.2. Otomatik Düşünceler .....	7
2.2.1. Otomatik Düşünceler ve Hemşirelik Bakımı .....	9
2.3. Kırılganlık Kavramı .....	10
2.3.1. Kırılganlığın Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri .....	10
2.3.2. Kırılganlığın Değerlendirilmesi .....	11
2.3.3. Kırılganlığın Tedavisi .....	11
2.3.4. Kırılganlık ve Hemşirelik Bakımı .....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	13
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi .....	13
3.2. Araştırma Soruları .....	13
3.3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri .....	13
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	13
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	14
3.6. Araştırmanın Örnekleme Seçme Ölçütleri .....	15
3.6.1. Araştırmanın Dahil Edilme Ölçütleri .....	15
3.6.2. Araştırmanın Dışlanma Ölçütleri .....	15
3.7. Araştırmanın Veri Toplama Araçları .....	16
3.7.1. Bilgi Formu .....	16

3.7.2. Standardize Mini Mental Test (SMMT) .....	16
3.7.3. Eğitimsizler İçin Mini Mental Test (MMSE-E) .....	16
3.7.4. Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) .....	17
3.7.5. Edmonton Kırılganlık Ölçeği (EKÖ).....	17
3.8. Araştırmanın Veri Toplama Süreci.....	18
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	18
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	18
3.11. Araştırmanın Veri Analizi.....	18
4. BULGULAR .....	20
5. TARTIŞMA.....	32
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....	37
6.1. Sonuçlar .....	37
6.2. Öneriler .....	37
7. KAYNAKLAR.....	38
8. EKLER .....	46
Ek 1. Bilgi Formu.....	46
Ek 2. Standardize Mini Mental Test .....	48
Ek 3. Eğitimsizler İçin Mini Mental Test.....	50
Ek 4. Otomatik Düşünceler Ölçeği .....	52
Ek 5. Edmonton Kırılganlık Ölçeği .....	53
Ek 6. Araştırma Gönüllü Katılım Formu.....	56
Ek 7. Etik Kurul Onayı.....	57
Ek 8. Kurum İzni .....	58
Ek 9. Tez Konusu Onayı.....	63
Ek 10. Otomatik Düşünce Ölçeği Kullanım İzni .....	65
Ek 11. Edmonton Kırılganlık Ölçeği Kullanım İzni.....	66
Ek 12. Nöropsikoloji ve Nöropsikolojik Testler Kursu Katılım Belgesi .....	67
9. ÖZGEÇMİŞ.....	68

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>EKÖ</b>	Edmonton Kırılganlık Ölçeği
<b>MMSE-E</b>	Eğitimsizler İçin Mini Mental Test
<b>ODÖ</b>	Otomatik Düşünceler Ölçeği
<b>SMMT</b>	Standardize Mini Mental Test
<b>TDK</b>	Türk Dil Kurumu
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu



## ŞEKİL DİZİNİ

<u>Şekil</u>	<u>Sayfa</u>
1. Yaş grubuna göre nüfus oranı, 1935-2080	5
2. Bilişsel Yapı	8
3. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması	14



## TABLO DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
1. Araştırmada kullanılan değişkenlerin normallik analizi sonuçları	19
2. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=119)	18
3. Katılımcıların sağlık ve hastalık yaşantısına ilişkin özelliklerine göre dağılımı (n=119)	19
4. Katılımcıların ODÖ ve EKÖ puanları	20
5. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre ODÖ puanlarının karşılaştırılması	20
6. Katılımcıların sağlık ve hastalık yaşantısına ilişkin özelliklerine göre ODÖ puanlarının karşılaştırılması	21
7. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre EKÖ puanlarının karşılaştırılması	23
8. Katılımcıların sağlık ve hastalık yaşantısına ilişkin özelliklerine göre EKÖ puanlarının karşılaştırılması	25
9. Katılımcıların EKÖ puanlarının kırılgenlik analiz skoruna göre dağılımları	27
10. Katılımcıların ODÖ ve EKÖ puanları arasındaki ilişki	27
11. Katılımcıların kırılgenlik durumuna göre ODÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	28

## 1. GİRİŞ

Her canlı için yaşlanma intrauterin yaşamda başlayıp ölüme kadar devam eden bir değişim süreci olarak kabul edilmektedir (1). Yaşlılık bir gelişim evresi olmakla beraber bireyin biyopsikososyal açıdan değişimlerini barındıran bir etkileşim dönemidir (2). Yaşlılık aralığını belirlemek için ortak kullanım bireyin takvim yaşıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kronolojik olarak 65 yaş ve üzerindeki bireyleri “yaşlı” olarak kabul etmektedir (3). Ülkemizde de “yaşlı” kavramı DSÖ’nün kabul ettiği şekilde tanımlanmaktadır (4).

Değişen ve gelişen dünyada ortalama yaşam süresinin uzaması sonucunda dünya genelinde 65 yaş ve üzeri nüfus oranında artış görülmektedir (5). Son yıllarda beklenen yaşam süresindeki belirgin uzama günümüz dünyasındaki demografik bir değişim sürecini meydana getirmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre son beş yılda 65 yaş ve üzeri nüfusta %22.6 oranında bir artış söz konusudur (6). Dünya genelinde 65 yaş ve üzeri nüfusun hızla artması sonucunda bireylerin biyopsikososyal ihtiyaçlarını destekleyecek gereksinimlerin belirlenmesi ve karşılanması önemli bir konum haline gelmiştir (7).

Yaşlanma sürecinde birey; moleküler, hücresele, dokusal ve organ düzeyindeki değişikliklere bağlı olarak biyopsikososyal açıdan etkilenmektedir (8). Bireyde, yaşlanma süreciyle birlikte çevreye uyum sağlamada zorlanma, algılama, öğrenme, yargılama beceresi ve bellek gücünde olumsuz değişimler meydana gelebilmektedir. Fizyolojik değişimler, sosyal yapı içerisinde rol ve ilişki değişiklikleri, ekonomik kazanç kaybı, sosyal statü ve sosyal desteğin azalması da 65 yaş ve üzeri bireyde gözlemlenen döneme özgün değişiklikler arasındadır. Tüm bu değişimler yaşlanan bireyde, benlik saygısının ve yaşam doyumunun azalmasına, yetersizlik duygusuna, başkalarına yük olma ve işe yaramama endişesinin oluşmasına sebep olabilmektedir (9).

Yaşlılığa ve yaşlanmaya ilişkin inanç ve şemalarından köken alan düşünceler de bireyin zihninde sık sık tekrarlanabilmektedir (10). Tekrarlanan bu düşünceler otomatik düşüncelere dönebilmektedir. Otomatik düşünceler, bireyin bazı durumlar karşısında kendiliğinden meydana gelen, tekrarlayan, olumlu veya olumsuz içeriğe sahip olan benlik ifadeleri olarak tanımlanmaktadır. Otomatik düşünceler bilinçli bir çaba olmaksızın aniden ve kendiliğinden meydana gelmektedir. Bireyler genellikle bu düşünceleri analiz etmeden doğru olarak kabul etmektedirler. Otomatik düşüncelerin büyük bir çoğunluğunun içeriği olumsuzdur, genel ifadeler ve peşin hüküm

içermektedir (11,12). Literatür incelendiğinde; otomatik düşüncelerin depresyon, anksiyete, pozitif ve negatif duyguların gelişimi üzerinde olumsuz etkisi olduğu sonucuna varılmıştır (13). Yapılan başka bir çalışmanın sonucunda ise stresle başa çıkmanın alt boyutları, belirsizliğe tahammülsüzlük ve otomatik düşünceler arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (14). Ayrıca otomatik düşünceler yaşlanma sürecinde en sık görülen ruhsal hastalık olan depresyonun ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir (12,15,16). 65 yaş ve üzerindeki bireylere karşı toplum tarafından desteklenmeyen, istenmeyen ya da ötekileştirici tutumlar ve yetersiz devlet politikaları da bireylerde olumsuz otomatik düşünceleri pekiştirmektedir. 65 yaş ve üzeri bireyde oluşan tüm bu değişimler ve bu değişimler karşısında meydana gelen otomatik düşünceler bireyi biyopsikososyal olarak etkilemektedir. Bireyi biyopsikososyal açıdan etkileyen bu süreç bireyin kırılabilirliğini de etkileyebilmektedir (17).

Genel olarak kırılabilirlik; sosyal, fiziksel ve bilişsel bileşenleri mevcut olan farklı sistemlerde bireyin yaşına bağlı fizyolojik gerilemeyi tanımlayan, biyolojik birikim kaybı ile karakterize ve dış ortamdan gelebilecek strese karşı daha fazla savunmasızlık ile sonuçlanan geriatrik sendrom olarak kabul görmektedir. Kırılabilirlik sabit olmamakla beraber dinamik bir süreçtir (18,19). Ülkemizde 2015 yılında gerçekleştirilen FrailTURK projesi sonuçlarına göre yaşlı bireylerin %39.2'sinin kırılabilir olduğu ve %43.3'ünün kırılabilirlik öncesi dönemde olduğu belirlenmiştir (20). Kırılabilirlik, 65 yaş ve üzerindeki bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Kırılabilirlik, kontrol altında tutulmadığında bireyi bağımlı hale getirebilmektedir (21). Birçok klinik bulguyu kapsayan kırılabilirliğe karşı bireyin çeşitli faktörlerle şekillenen benliğine dair inançları neticesinde de otomatik düşünceler meydana gelebilmektedir. Birey maruz kaldığı otomatik düşünceler sonucunda da psikolojik kırılabilirlik yaşayabilmektedir. Psikolojik kırılabilirlik, başarıya veya diğer bireyler tarafından onay alma bağımlılığını belirten bilişsel inanç kalıbı olarak tanımlanmaktadır (22,23). Birey kendi potansiyelinin farkında olmaksızın elde edemediği başarı neticesinde yetersizlik duygusu ve ruhsal anlamda bir kırılabilirlik yaşayabilmektedir. Bu döngü kendi içerisinde tekrarlanabilmektedir (24).

Bu çalışmanın amacı 65 yaş ve üzeri bireyde toplum, sosyal iletişim ağları, devlet politikaları ve kendi yargıları sonucunda oluşan otomatik düşünceler ile kırılabilirlik arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Bireyin doğumundan ölümüne kadar biyopsikososyal bakımından sorumlu olan hemşireler dünya nüfusunun yaşlanmasıyla birlikte yaş alan bireylerle daha sık

karşılaşmaktadırlar. Multidisipliner ekibin bir parçası olan hemşirelerin, 65 yaş ve üzeri bireylerde meydana gelen otomatik düşünceler ve kırılganlığı fark ederek önleyici müdahaleler planlamaları, yaş alan bireylerde hemşirelik bakımlarının etkin planlanmasına, bireylerin sağlığını koruma, geliştirme ve yükseltilmesine katkı sağlayacaktır.



## 2. GENEL BİLGİLER

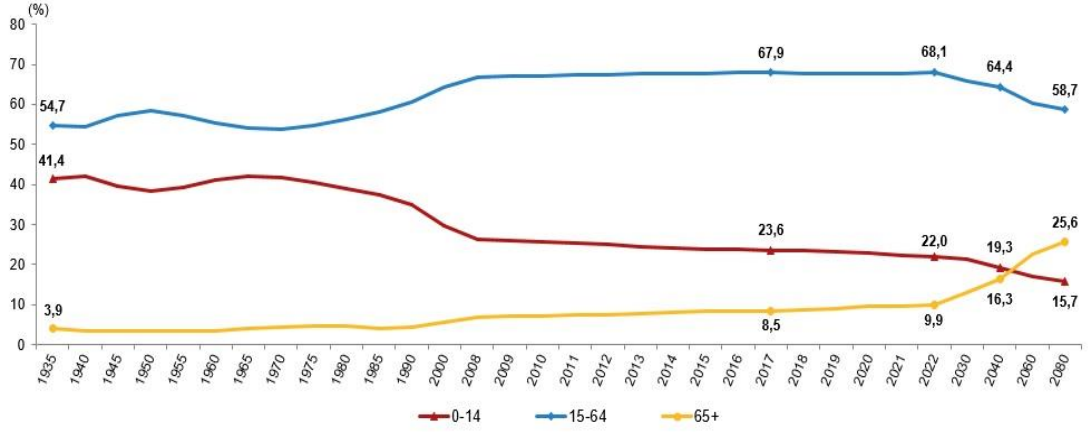
### 2.1. Yaş, Yaşlılık ve Yaşlanma

Türk Dil Kurumu (TDK) yaşı; bir canlının, olay veya olgunun ortaya çıkışıyla geçen ve yıl birimi ile ölçülen zaman göstergesi olarak tanımlamaktadır (25). Yaşlılık ve yaşlanma kavramları birbirleri yerine kullanılabilen kavramlar olmasına rağmen farklı anlamlara sahiplerdir. Yaşlılık kavramı, toplum içerisinde belli bir kronolojik yaşa sahip bireyleri kapsamaktadır (26). DSÖ ise yaşlılığı, bireylerin içerisinde bulunduğu çevreye uyum yeteneğinin yavaş yavaş azalmaya başladığı bir süreç olarak ifade etmektedir. DSÖ kronolojik yaş ile ilintili olarak 65-74 yaş arasını genç yaşlı, 75-84 yaş arasını yaşlı ve 85 yaş ve üzerini ise çok yaşlı olarak sınıflandırmaktadır. Yaşlılığın tanımı toplum ve kültüre göre değişkenlik gösterebilmektedir (27).

Yaşlanma “yaş alma” anlamıyla intrauterin dönemden başlayan bir süreci ifade etmektedir. Yaşlanma; fiziksel ve bilişsel olarak sağlıklı bir bireyin morbiditeye ve mortaliteye karşı eğiliminin arttığı, daha az dirençli bireylere dönüştüğü bir süreç olarak tanımlanmaktadır (28). Yaşlanma, işlevsellik azalmasına sebep olan kronik ve evrensel bir süreci kapsamaktadır. Bireyin iyilik hali korunduğu sürece yaş alma başarılıdır ancak uzun ömürlülük işlevselliği azaltabilir, bakım vericiye ihtiyaç doğurabilir ve sağlık problemlerin meydana gelmesine sebep olabilir (29).

#### 2.1.1. Yaşlılığın epidemiyolojisi

Dünya nüfusunun yaşlanmasında bireysel ve kronolojik faktörlerin yanında sağlık alanında meydana gelen değişimler, kazaların ve savaşların azalması etkili olmuştur. 65 yaş ve üzeri nüfusta artışa sebep olan sağlık alanındaki; erken tanılama ve tedavi yöntemlerinin ilerlemesi, enfeksiyon temelli ölümlerin azalması, bebek ve anne ölüm hızının azalarak doğumda beklenen yaşam süresinin artması, beslenmenin iyileştirilmesi, sağlık eğitimi yoluyla bireylerin sağlıklarına ilişkin sorumluluk alması, koruyucu sağlık hizmetlerinde artışın olması meydana gelen gelişmeler arasındadır (30).



**Şekil 1.** Yaş grubuna göre nüfus oranı, 1935-2080.

Tüm dünyada yaşlı nüfus giderek artmaktadır. TÜİK raporuna göre 2017 yılında Türkiye’de 65 yaş ve üzeri nüfus 6 milyon 895 bin 385 kişiyken son beş yıl içerisinde %22.6 artarak 8 milyon 451 bin 669 kişiye ulaştığı belirtilmektedir. 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam Türkiye nüfusu içerisinde oranı 2017 yılında %8.5 iken bu oran 2022 yılında %9.9’a yükselmiştir. İlerleyen yıllarda bu oranın artması beklenmekle beraber 2080 yılında %25.6 olacağı öngörülmektedir (6).

DSÖ’ye göre ise dünyadaki 60 yaş ve üzeri nüfusun 2015 ve 2050 yılları arasında % 12’den % 22’ye kadar yaklaşık iki kat artış göstereceği tahmin edilmektedir (27).

### 2.1.2. 65 yaş ve üzeri bireylerde meydana gelen biyopsikosozal değişiklikler

Dinamik ve canlıdan canlıya değişkenlik gösteren yaşlanmanın son evresi yaşlılık olarak adlandırılmaktadır. Yaşlılık, bireyin bağımsızlığında değişkenliğe sebep olarak bireyi biyopsikosozal açıdan etkileyen bir süreçtir (31). Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilen birey fonksiyoneldir ancak yapılan çalışmalar 65 yaş ve üzeri bireylerin fonksiyonelliklerinin azaldığını göstermektedir. 65 yaş ve üzeri bireylerde meydana gelen bazı değişiklikler mevcuttur. Bu değişiklikleri fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak sınıflandırmak mümkündür (30).

**Fiziksel olarak;** 65 yaş ve üzeri bireylerde meydana gelen değişiklikler bazı sorunların temelini oluşturmaktadır. 65 yaş ve üzeri bireylerde görülen sağlık sorunları arasında; kalp-damar sistemi hastalıkları, kanserler, diabetes mellitus, hipertansiyon, kronik akciğer hastalıkları, kas-iskelet sistemi hastalıkları, üriner sistem enfeksiyonları, anemi, kronik ve dejeneratif hastalıklar önemli yer tutmaktadır (32-

34). Ülkemizde 65 yaş ve üzeri bireylerde kalp-damar hastalıkları, kanser ve serebrovasküler hastalıklar daha yaygın görülen sağlık sorunlarını oluşturmaktadır. Yaş alma ile ilişkili olarak kronik sağlık problemlerinde artış görülmektedir. Görme, işitme, dokunma duyularında meydana gelen değişimler bireylerin hareket ve iletişim yeteneğini olumsuz olarak etkileyebilmektedir (35, 36).

**Ruhsal olarak;** 65 yaş ve üzeri bireylerde meydana gelen değişimler strese sebep olabilmektedir. Stres bağışıklık sistemi üzerinde baskılayıcı rol oynayarak bireyin sağlığını tehdit edebilmektedir (37). Yaşlanmayla beraber uyku derinliği ve gece uykusu azalmakta olup bu durum bireyin uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir (36, 38). Uyku süresinin az olması başka dahili hastalıkların meydana gelmesinde etkili olabilmektedir (39). Bireylerde, dikkati sürdürmede azalma, düşme, fiziksel hareketlerde azalma, dış çevreden gelen uyarıyı algılama gücü de görülebilmektedir (37, 37). Eş, akran kaybına bağlı rol değişiklikler, geçmişe özlem, geçmişten bağını koparamama, yeniliklere uyum sağlamada güçlük ve yeniliklerden korkma, geleceğe dair bilinmezlik, bağımlılığa ilişkin korku, kaygı, hüznün gibi duygular ruhsal problemler yaratabilmektedir (37,40). 65 yaş ve üzeri bireylerde; ölüm korkusu, depresyon, beden imgesinde bozulma, umutsuzluk, algılama değişiklikleri, oryantasyon bozuklukları, alınganlık, anksiyete gibi sorunlar görülebilmektedir (41). Sosyal etkileşimde meydana gelen değişimler, 65 yaş ve üzeri bireylerde fobik bozuklukların oluşmasına, sıkıntı, stres ve hayal kırıklığına sebep olabilmektedir (42). Sağlık temelli sebeplerden kaynaklı olarak bireyin evde uzun süre kalımı sonucunda depresyon, anksiyete bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, madde kullanımını görülebilmektedir. 65 yaş ve üzeri bireylerde meydana gelen nöral değişiklikler, sinaps kaybı, nöral ağların işlev kaybı ve diğer yapısal değişiklikler bilişsel süreçleri etkilemekte; bireyin karar verme, bilginin taşınması, bellek, problem çözme alanları olumsuz etkilenmektedir. 65 yaş ve üzeri bireylerde bellek değişikliğine bağlı unutkanlık sık görülebilmektedir. Bunun sonucunda ise bireylerin kendi yaşam becerilerini yönetmeleri azalarak fonksiyonelliği olumsuz etkilenebilmektedir (40).

**Sosyal olarak;** Sosyalleşme 65 yaş ve üzeri bireyler için önemli bir durumdur. Sosyal bağlamda aile, eş, dost ile yaşanan ilişkilerin bireylerin yaşam anlamı üzerine etkisi bulunmaktadır. 65 yaş ve üzeri bireylerde yaş ile ilintili olarak sosyal ve aile hayatında bazı değişimler görülebilmektedir (43). Rol değişikliği, rol kaybı 65 yaş ve üzeri bireylerde sık görülen bir durumdur. Eş ve akran kaybı bireyi bütüncül olarak

etkileyebilmektedir. Aile bağları ve onlar ile girdikleri etkileşim bireylerin yaşam doyumunu ve toplum ile bütünleşmelerini desteklemektedir (44). 65 yaş ve üzeri bireyin ailesi ile ilişkinin olması güven duygusunu pekiştirmekte, gereklilik halinde bakım almasını destekleyerek yalnız kalma duygusunu azaltmaktadır. Bazı durumlarda 65 yaş ve üzeri bireyler sosyal çevresinde uzak kalabilmekte ve sosyalleşebilmek için desteğe ihtiyaç duyabilmektedir. Eş kaybı 65 yaş ve üzeri bireyleri olumsuz etkileyen bir durumdur. Yalnız yaşayan 65 yaş ve üzeri bireyler maruz kaldıkları biyopsikososyal sorunlar ile kendileri baş etmek durumunda kalmaktadırlar. Problemlerin çözümleri esnasında yetersiz kalabilmekle beraber bu durum yetersizlik duygusunu arttırmakta ve umutsuzluk, depresyon gibi ruhsal problemlere sebep olabilmektedir. 65 yaş ve üzeri bireylerde meydana gelen sağlık bütünlüğünün bozulmasında bireylerin sosyal etkileşimleri zarar görebilmektedir (45).

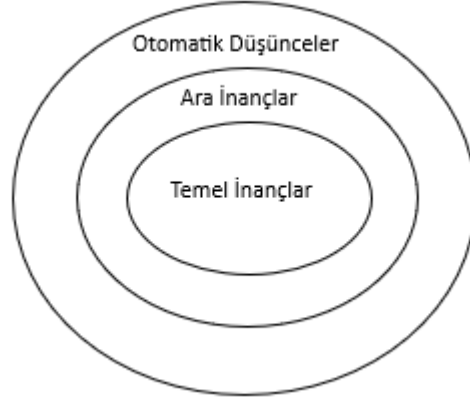
### **2.1.3. Yaşlanma ve Hemşirelik Bakımı**

65 yaş ve üzeri dönemde bireylerin fizyolojik, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik hali içerisinde yaşamlarını sürdürmeleri beklenebilmektedir. 65 yaş ve üzeri bireylerde meydana gelen değişimlerde birey odaklı destekleyici yaklaşımlar fiziksel bağımsızlığın kazanılması ve yaşam kalitesinin artması ile sonuçlanabilmektedir. Hemşirelerin bireyin ihtiyaçları doğrultusunda bireyin günlük yaşam aktiviteleri üzerine odaklanmaları elzemdir. 65 yaş ve üzeri bireylerin fonksiyonel durumunu geliştirmede hemşirelerin öncelikli olarak kapsamlı bir değerlendirme yapması ve bakımı koordine etmesi gerekmektedir. Koruyucu hemşirelik girişimleri ile problemlerin oluşmadan önce önlenmesi birey açısından yararlı bir durumdur (21).

### **2.2. Otomatik Düşünceler**

Bireylerin bir duruma dair algısı ve yorumu, o duruma karşı duygu ve davranışlarını etkilemektedir (46). Bir durum karşısında bireyin zihninde bazı otomatik düşünceler oluşabilmektedir. Oluşan bu düşünceler sonucunda ise bireyde duygusal, davranışsal ve fizyolojik tepkiler meydana gelmektedir. Otomatik düşünceler; bilişsel yapının en dış katmanını oluşturmaktadır. Bireyin isteğinden bağımsız, hedefe yönelik olmayan veya yargılanmadan ortaya çıkan biliş akışlarıdır.

Birey bu düşünceleri değerlendirmeden gerçekmiş gibi kabul etmektedir. Otomatik düşünceler; hızlı ve örtüktürler (47).



**Şekil 2.** Bilişsel Yapı.

Şekil 2’de görüldüğü üzere otomatik düşünceler bilişsel yapının en dış katmanındadır. Alt katmanında ise temel inançlar ve bu temel inançlara bağlı ortaya çıkan ara inançlar bulunmaktadır (47).

Beck’e göre otomatik düşünceler kişinin iç iletişiminin bir parçası konumundadır (48). Kişi maruz kaldığı durumu kendi bilişsel altyapısında ele almaktadır. Eğer değerlendirme olumsuz bir zeminde gerçekleştirilirse otomatik düşüncelerden kaynaklı olarak işlevi olmayan duygu ve davranışlar meydana gelmektedir (49).

Otomatik düşünceler herhangi bir çaba olmadan, kendiliğinden ve hızlı bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Bireyler otomatik düşüncelerin farkında değildir fakat bu düşüncelerin yaratmış olduğu ruh durumu ve davranışlar birey tarafından fark edilebilmektedir (46). Bireyler bu düşünceleri yargılamadan doğru olarak kabul edebilir. Peşin hüküm ve genelleme içeren otomatik düşüncelerin birey hayatına olumsuz yansımaları olabilmektedir. Otomatik düşünceler, var olan durumun değerlendirilmesi esnasında taraflı bir bakış açısı sunmaktadır. Bu durum bireyin duygu ve düşüncelerinin işlevselliğini etkileyebilmektedir (47).

Otomatik düşünceler sözel ya da imgesel olarak oluşabilmektedir (47). Otomatik düşüncelere bireydeki anlamına göre belirli bir duygu eşlik edebilir. Zihinsel süreçlerin bir parçası konumunda olan otomatik düşünceler psikopatolojik durumlarda işlevsiz ve yineleyici olma özelliğine sahiptir (50).

Otomatik düşünceleri değerlendirerek işlevsel bir şekilde tepki göstermek duygularda olumlu değişikliklere sebep olabilmektedir. Yüzeysel olan otomatik düşünceler inançlar ile ilgilidir. Bu inançlar iki kategoriye ayrılmaktadır (51).

- 1. Ara İnançlar:** Bireyin kendisi, öteki ve kendi yaşantısına dair kural, kalıplaşmış tutum ve hipotezleridir. Ara inançların oluşması ve gelişmesinde temel inançların etkisi vardır. Ara inançlar duruma dair algıları etkilemekte, algılar ise bireyin düşünce, duygu ve davranışını belirlemektedir (47, 51).
- 2. Temel İnançlar:** Zihnin en derinindeki yapı taşıdır. Bireyin kendine, ötekine yönelik katı, değişime dirençli ve genelleyici yargılarıdır. Birey, dış dünya ile etkileştikçe bu inançlar gelişmeye başlamaktadır. Bireylerde psikopatoloji varlığı yoksa genellikle olumlu temel inançlar gelişmektedir. Temel inançlar “yetersizlik” ve “sevilmeme” ile ilişkilendirilerek şekillenmektedir (47, 51).

Bir durum karşısında temel inançlar o durumun algılanış biçimini etkileyerek otomatik düşüncelere yansıyabilmektedir. Otomatik düşünceler ise duygu, düşünce ve davranışları şekillendirebilmektedir. İşlevi olmayan bu inançlar doğuştan gelmemekle beraber öğrenilmiştir ve değişme açıktır (46, 51).

Otomatik düşünceler meydana geldiğinde bireyin bilişsel süreçleri etkilenmektedir. Dikkati sürdürmede zorlanma, bellekte bozulma, endişenin ortaya çıkması, karar vermede güçlük otomatik düşüncelerin bireyler üzerindeki bilişsel etkileridir (50, 51).

### **2.2.1. Otomatik düşünceler ve hemşirelik bakımı**

Otomatik düşünceler, meydana gelen olumsuz olaylar neticesinde sağlıklı bireylerde artmaya başlayabilmekte; bu düşüncelerin bireyin bütün yaşam alanlarına yayılması ve genelleştirilmesi sonucunda da ruh sağlığının bozulmasına sebep olabilmektedir (47). Hemşirelerin otomatik düşünceleri belirlemesi ve bireye yarar sağlaması açısından bilişsel modeli öğrenmesi gerekmektedir. Bireylere yapılacak bilişsel yaklaşım temelli hemşirelik uygulaması sonrasında; tedaviye ilişkin otomatik düşüncelerin sıklığında azalma, özyeterlilik düzeylerinde artış saptanmıştır (52).

## 2.3. Kırılgnlık Kavramı

Gelişen ve değışen dünyada 65 yaş ve üzeri nüfusun giderek artmasıyla yaşlı popülasyonun değerlendirilmesine ilişkin önem de giderek artmaktadır (53).

65 yaş ve üzeri bireylere daha doğru yaklaşım sağlamak amacıyla hastalık semptomu ve kronolojik yaştan bağımsız olarak daha kapsamlı değerlendirme yapılabilmesi için yeni kavramlar ortaya çıkmış; her bireyin farklı özellikler göstermesinin sonucunda bu farklılığı açıklamak üzere kırılgnlık (frailty) kavramı geliştirilmiştir (54). Kırılgnlık, biyopsikososyal bileşenleri bulunan çeşitli sistemlerde fizyolojik düşüşü temsil eden, biyolojik rezerv kaybının eşlik ettiği herhangi bir dış strese karşı daha fazla savunmasızlık ile sonuçlanan geriatrik sendrom olarak kabul edilmektedir. Kırılgnlık kavramı; beklenmeyen kilo kaybı, kas gücü kaybı, tükenmişlik, fiziksel güç ve aktivitelerde azalma, yürüme hızında yavaşlama, yorgunluk gibi pek çok klinik bulguyu kapsamaktadır. Kırılgnlığa ilişkin tanımlar zaman içerisinde değışiklikler gösterse de fizyolojik rezerv kaybı ve stres faktörüne azalmış tolerans olarak özetlenebilmektedir. Kırılgnlık dinamik bir süreç olmakla beraber bireylerin kırılgnlık durumları değışebilmektedir. Kırılgnlığın; deliryum, düşme, hastane kalım süresinde artma, sağlık maaliyetinde artış ve rehabilitasyon ihtiyacı ile ilişkili olduğu yapılan çalışmalarda da gösterilmektedir. 65 yaş ve üzeri bireylere yapılacak tıbbi girişimlerde gerekli önlemlerin alınması açısından kırılgn ve kırılgn olmayan yaşlı ayırımı giderek önem kazanmaktadır (55-57).

### 2.3.1. Kırılgnlığın epidemiyolojisi ve risk faktörleri

Kırılgnlık prevalansı kullanılan yöntemle göre değışkenlik göstermektedir. Fiziksel kırılgnlığa psikososyal kırılgnlık da eklendiğinde genel kırılgnlık prevalansında artış olmaktadır. 2013 yılında Aygör tarafından yapılan çalışma sonucuna göre 65 yaş ve üzeri bireylerin %39.2'sinin kırılgn olmadığı, %26.4'ünün görünürde savunmasız, %13.1'inin hafif kırılgn, %10'unun orta kırılgn ve %13,1'inin ise şiddetli kırılgn olduğu sonucuna ulaşılmıştır (58).

Kırılgnlığın kesin etiyolojisi bilinmemektedir. Endokrin sistem değışiklikleri, hücresel düzeyde yaşlanma, apoptoz, cinsiyetin kadın olması, kronik bir hastalık varlığı, beslenmenin gereğinden az olması, genetik ve çevresel etmenler, siyahi ırk, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, kardiyovasküler sistem hastalıkları, dekübit

ülser varlığı, depresif belirtilerin olması, beden kitle endeksi, sigara ve alkol kullanımı, aktivite sıklığı, çoklu ilaç kullanımının kırılabilirlik ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (59, 60).

### **2.3.2. Kırılabilirliğin değerlendirilmesi**

Son bir sene içerisinde istemsizce 4,5 kilodan daha fazla kilo veren, inkontinansı olan, ağır ya da hafif nörobilişsel bozukluğu bulunan, fonksiyonelliği azalan, düşme öyküsü, ilaç yan etkilerine karşı duyarlı olan 65 yaş ve üzeri bireyler kırılabilirlik açısından değerlendirmede öncelikli grupta yer almaktadır. Osteoporoz, görme ve işitmede bozulma, ağrı, bireyin hastaneye yatma sıklığı, kaygı, dezorganize davranış, enerji kaybı, sosyal izolasyon gibi durumlar kırılabilirlik açısından sorgulanmalıdır (19).

Bireyin değerlendirilmesi; ayrıntılı tıbbi öykü, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile yapılmalıdır. Psikososyal ve tıbbi veriler, bilişsel değişiklikler, çevresel kaynaklara ait bilgiler de bireyin değerlendirilmesinde yer almalıdır (19).

### **2.3.3. Kırılabilirliğin tedavisi**

Kırılabilirliğin birey ve ailesi üzerine etkisi bulunmaktadır. Kırılabilirliğin tedavisi kompleksdir. Kırılabilirlik için yapılan müdahaleler; kırılabilirliğin şiddetini önleme, geciktirme, tersine çevirme ya da azaltma üzerine olup önlem amaçlı ve azaltılmayan durumlarda olumsuz sağlık sonuçlarını önleme ve azaltmaya yöneliktir. Egzersiz, sağlıklı yaşam şekli, yeterli beslenme, polifarmasinin azaltılması kırılabilirliği önlemeye yönelik tedavi girişimleri arasında yer almaktadır (61).

### **2.3.4. Kırılabilirlik ve hemşirelik bakımı**

Kırılabilir 65 yaş ve üzeri bireylerde sağlık problemlerinin sağaltımı için multidisipliner geriatrik değerlendirme, tedavi ve yaklaşım önerilmektedir. Bireyin biyopsikososyal işlevini geliştirmek, hastane kalım süresini azaltmak, morbidite ve bağımlılığın önüne geçmek, yaşam kalitesini arttırmak ve bireylerde erken ölümleri azaltmak bu tutumun amacıdır. Hemşire, kırılabilir olan 65 yaş ve üzeri bireye bakım

verirken bireyin ihtiyaçlarını göz önüne alarak bir bakım planlamalıdır. Beslenmenin iyileştirilmesi, antropometrik ölçümler, yeterli vitamin desteğinin sağlanması, egzersiz programları, mental tarama testleri, kognitif açıdan desteklemek için hafıza geliştirme uygulamaları planlamaları hemşirelik girişimleri arasında sayılabilmektedir (21).



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma; 65 yaş ve üzeri bireylerde otomatik düşünceler ile kırılgnalık arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın tipi kesitsel olup ilişkisel tarama modeli esas alınmıştır.

#### 3.2. Araştırma Soruları

1. Geriatri polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre otomatik düşünceleri nasıldır?
2. Geriatri polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık hastalık yaşantısına göre otomatik düşünceleri nasıldır?
3. Geriatri polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre kırılgnalık düzeyi nedir?
4. Geriatri polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık hastalık yaşantısına göre kırılgnalık düzeyi nedir?
5. Geriatri polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerde otomatik düşünceler ve kırılgnlıkları arasında nasıl bir ilişki vardır?

#### 3.3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

**Bağımlı değişkenler:** Otomatik Düşünceler Ölçeği, Edmonton Kırılgnalık Ölçeği puanları çalışmanın bağımlı değişkenleridir.

**Bağımsız değişkenler:** Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, aile tipi, kronik rahatsızlık, bireyin düşme durumu gibi tanımlayıcı ve klinik özellikler çalışmanın bağımsız değişkenleridir.

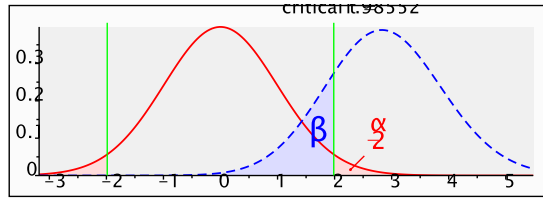
#### 3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Şubat 2023 ve Mayıs 2023 tarihleri arasında Ankara Gazi Hastanesi Geriatri Bilim Dalına bağlı Geriatri Polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Ankara Gazi

Hastanesi Geriatri Bilim Dalı 2011 yılı itibariyle aktif olarak 65 yaş ve üzeri bireylere biyopsikososyal olarak koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmet vermektedir. Geriatri Bilim Dalı, Ankara Gazi Hastanesinde D Blok 8. katta klinik faaliyetlerini 10 yatak ile sürdürmektedir. Geriatri Polikliniği ise C Blok -1. katta faaliyetlerini sürdürmektedir. Geriatri Polikliniğine başvuran her 65 yaş ve üzeri bireye kapsamlı bir geriatrik değerlendirme yapılmaktadır. Bireyin var olan şikayetlerinin değerlendirilmesine ek olarak evde ve günlük yaşam içerisindeki fonksiyonlarını değerlendirmeye yönelik testler; Günlük Temel Yaşam Aktiviteleri Testi, Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktivite Skalası, Mini Nütrisyonel Test, Mini Mental Test, Eğitimsizler İçin Mini Mental Test, Saat Çizdirme Testi, Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası, Mobilite Testi başvuran her bireye rutin olarak uygulanmaktadır. Bireyin değerlendirilmesi ortalama 30 ile 45 dakika arasında sürmekte olup ileri tetkik gerektiren durumlarda birey gerekli birimlere yönlendirilmektedir.

### 3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Şubat 2023 ve Mayıs 2023 tarihleri arasında poliklinik hizmeti almak amacıyla Ankara Gazi Hastanesi Geriatri Bilim Dalına bağlı Geriatri Polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır.



**Şekil 3.** Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması.

Bu araştırmada örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde G-Power/Güç analizi uygulanmıştır (Şekil 3). G. Power-3.1.9.2 programı kullanılarak, %95 güven düzeyinde örneklem büyüklüğü veri toplama aşamasından önce hesaplanmıştır. Araştırmada, 65 yaş ve üzeri bireylerde otomatik düşünceler ile kırılgnlık arasındaki

ilişkinin incelenmesi hedeflenmiştir. Ancak literatürde ikisini içeren bir çalışma bulunmadığı için ilgili kavramları tek tek ele alan çalışmalar incelenmiştir. Araştırmada referans alınabilecek çalışma ise Isabela, Jesus, Orlandi ve arkadaşları tarafından yapılan “Frailty state transitions among non-frail and vulnerable older adults: Does mobility performance really matter?” çalışmasıdır (62). Buna göre çalışma için gerekli olan örneklem sayısı korelasyon analizi için 0.05 alfa değeri; 0.58 etki büyüklüğü ve teorik güç %80 alınarak minimum toplam örnek sayısı 96 olarak belirlenmiştir. Örneklem kaybı olasılığı göz önüne alınarak ve uzman istatistikçi önerisi ile çalışma 119 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

### **3.6. Araştırmanın Örneklem Seçme Ölçütleri**

#### **3.6.1. Araştırmanın dahil edilme ölçütleri**

Bireyin;

- ✓ Standardize Mini Mental Test (SMMT) ve Eğitimsizler için Mini Mental Test (MMSE-E) 23/24 puan ve üzeri alması,
- ✓ 65 yaş ve üzeri olması,
- ✓ İletişim engeli olmaması,
- ✓ Türkçeyi konuşup anlayabilmesi,
- ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- ✓ Yazılı ve sözlü onam vermesidir.

#### **3.6.2. Araştırmanın dışlanma ölçütleri**

Bireyin;

- ✓ SMMT ve MMSE-E'den 23/24 puan ve altında alması,
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul etmemesidir.

### **3.7. Araştırmanın veri toplama araçları**

Araştırmada veri toplamak amacıyla; Bilgi Formu, Standardize Mini Mental Test, Eğitimsizler için Mini Mental Test, Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) ve Edmonton Kırılganlık Ölçeği (EKÖ) kullanılmıştır.

#### **3.7.1. Bilgi formu**

Bilgi formu literatür taranması sonucunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (63, 64). Bilgi formunda; yaş, cinsiyet, daha önce düşme durumu, mevcut bir ruhsal hastalık varlığı, kronik hastalık, çalışma durumu, meslek, eğitim düzeyi, sosyal güvence, aile tipi, yaşam alanına ilişkin bilgi, kullandığı ilaçlar, geçmiş ameliyat öyküsü, kullandığı protez varlığı, ruhsal/fiziksel ve sosyal açıdan iyilik durumu, kişiler arası ilişkiler ve gelir durumu gibi sosyo-demografik değişkenler ile sağlık durumuna ilişkin bilgilerin yer aldığı toplam 19 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

#### **3.7.2. Standardize mini mental test (SMMT)**

SMMT, Folstein ve arkadaşları tarafından bilişsel bozuklukların derecelendirmesi amacıyla 1975 yılında geliştirilmiştir (65). SMMT klinik uygulamalar ve araştırmacılar tarafından sıklıkla tercih edilmektedir. Sık tercih edilmesinin sebebi kısa süren bir bilişsel değerlendirme aracı konumunda olmasıdır. SMMT'nin pek çok ülkede adaptasyonu yapılmakla beraber farklı dillere çevrilmiş halleri de mevcuttur. SMMT'nin Türkiye koşullarında geçerlik güvenirlik çalışması Güngen ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yapılmıştır. SMMT; oryantasyon, dil, dikkat, bellek, görsel ve mekânsal beceri işlevlerini değerlendirerek toplam puan vermektedir. SMMT de en yüksek puan 30'dur. 24 puan ve üzeri normal kognitif fonksiyon durumunu gösterirken 23 puan ve altı ise fonksiyon bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (66) (Ek 2).

#### **3.7.3. Eğitimsizler için mini mental test (MMSE-E)**

SMMT uygulanamayan bireyler için Ertan ve arkadaşları tarafından 1999 yılında revize edilmiştir (67). Türk toplumu için geçerlik ve güvenirlik çalışmasını ise

Babacan ve arkadaşları 2016 yılında yapmıştır. Yönelim, kayıt belleği, dikkat-hesaplama, geri çağırma, dil ve mekânsal yetenekleri değerlendiren bölümleri mevcuttur. 0-30 puan arasında değerlendirilen test için kesme puanı 23/24 puan olarak belirlenmiştir. Yapılan puanlama neticesinde 18-23 puan arası hafif demans varlığını, 17 puan ve altındaki puanlar ciddi demansın varlığını göstermektedir (68) (Ek 3).

#### **3.7.4. Otomatik düşünceler ölçeği (ODÖ)**

Hollon ve Kendall tarafından 1980 yılında geliştirilen ODÖ'nin ilk Türkiye koşullarında geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1990 yılında Aydın ve Aydın tarafından yapılmıştır (69). İkinci defa Türkiye koşullarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 1992 yılında Şahin ve Şahin tarafından yapılmıştır (Şahin ve Şahin, 1992). ODÖ, 5'li likert tipi şeklinde (1:Hiç, 2:Ender, 3:Ara-Sıra, 4: Sık-Sık, 5: Her Zaman) ve 30 maddeden meydana gelmektedir. ODÖ'nün puanlaması 30 ile 150 puan arasında değişkenlik göstermektedir. Ölçek sonucunda katılımcının almış olduğu puanın yüksek olması otomatik düşüncelerin sıklığını ifade etmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.93; madde toplam puan korelasyonları ise 0.35 ile 0.69 arasında bulunmuştur (70) (Ek 4). Bu çalışma sonucuna göre ODÖ Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur.

#### **3.7.5. Edmonton kırılabilirlik ölçeği (EKÖ)**

EKÖ, 2006 yılında Rolfson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (71). Türkiye koşullarında geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aygör ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılmıştır. EKÖ; bilişsel durum, genel sağlık durumu, fonksiyonel bağımsızlık, sosyal destek, ilaç kullanımı, beslenme, ruh hali, kontinans ve fonksiyonel performansı kapsayan bir ölçek olmakla beraber 11 sorudan meydana gelmektedir. Ölçek 0-17 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçeğe göre 0-4 puan kırılabilir değil, 5-6 puan görünürde savunmasız, 7-8 puan hafif kırılabilir, 9-10 puan orta kırılabilir ve 11 puan veya daha fazlası şiddetli kırılabilir olarak değerlendirilmektedir. Aygör ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma sonucunda Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur (58) (Ek 5). Bu çalışma sonucuna göre Cronbach Alpha katsayısı 0.66 olarak bulunmuştur.

### **3.8. Araştırmanın Veri Toplama Süreci**

Araştırma verileri Ankara Gazi Hastanesi Geriatri Bilim Dalına bağlı Geriatri Polikliniğinde yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Çalışmaya başlarken, araştırmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan bireylere araştırmanın amaç ve kapsamı hakkında bilgi verilerek “Araştırma Gönüllü Katılım Formu” imzalatılmıştır (Ek 6). Araştırmacı tarafından bireylerin eğitim durumlarına göre öncelikli olarak SMMT ya da MMSE-E uygulanmıştır. SMMT ve MMSE-E’den 23/24 puan ve üzeri alan bireylere; Bilgi Formu, ODÖ ve EKÖ yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Veriler Geriatri Bilim Dalına bağlı Geriatri Polikliniğinde bulunan test odasında yaklaşık olarak her bir birey için 15-20 dakikada toplanmıştır. Veri toplama formunun işlevselliğini değerlendirmek amacıyla on bireye ön uygulama yapılmıştır. Görüşmeye göre iyileştirilmesi ve geliştirilmesi gereken kısımlara gereksinim olmadığından ön uygulamaya alınan bireyler çalışmaya dahil edilmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma yalnızca Ankara ilinde bir üniversite hastanesinde geriatri polikliniğine başvuran ve araştırmayı kabul eden bireylerle yapıldığı için, çalışmanın sonuçları yalnızca bu araştırma grubuna genellenebilir.

### **3.10. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yapılması esnasında bilimsel ve evrensel etik ilkelere dikkat edilerek Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu’ndan (2014/08-13) onay alınmıştır (Ek 7). Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinden kurum izni alınmıştır (Ek 8). Araştırmanı tez konusu onayı da alınmıştır (Ek 9). ODÖ (Ek 10) ve EKÖ (Ek 11) kullanımı için gerekli izinler alınmıştır.

### **3.11. Araştırmanın Veri Analizi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı

istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, min-maks değerleri, medyan, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Q-Q Plot çizimi ile incelenebilir (72). Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin  $\pm 3$  arasında olmasına bağlıdır (73).

Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, 2'den fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmış ve fark bulunduğu durumda fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. Numerik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon uygulanmıştır.

**Tablo 1.** Araştırmada kullanılan değişkenlerin normallik analizi sonuçları.

<b>Ölçek</b>	<b>Çarpıklık</b>	<b>Basıklık</b>	<b>Durum</b>
ODÖ	0.971	1.412	Normal
EKÖ	0.465	-0.049	Normal
SMMT değeri	-0.513	-1.179	Normal

Araştırmada kullanılan değişkenlerin normallik analizi sonuçları Tablo 1'de verilmiştir.

## 4. BULGULAR

65 yaş ve üzeri bireylerde otomatik düşünceler ile kırılganlık arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

**Tablo 2.** Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=119).

Değişkenler	Ort.±SS	Min.-Max.
<b>Yaş</b>	72.57±5.41	65-90
<b>Yaş grupları</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
65-74	82	68.9
75 yaş ve üzeri	37	31.1
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	66	55.5
Erkek	53	44.5
<b>Eğitim düzeyi</b>		
Okuma-yazma bilmiyor	11	9.2
Okuma-yazma biliyor	12	10.1
İlkokul	41	34.5
Ortaokul	14	11.8
Lise	29	24.4
Yüksekokul	12	10.1
<b>Çalışma durumu</b>		
Evet	8	6.7
Hayır	111	93.3
<b>Meslek (n=8)</b>		
Çiftçi	2	2.5
Emlakçı	1	12.5
Esnaf	5	62.5
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	72	60.5
Geniş aile	43	36.1
Parçalanmış aile	4	3.4
<b>Birlikte yaşanan kişiler</b>		
Yalnız	25	21.0
Eş ile	73	61.3
Eş ve çocuk/çocuklar ile	21	17.6
<b>Maddi durumu</b>		
İyi	28	23.5
Orta	85	71.4
Kötü	6	5.0
<b>Sosyal güvence</b>		
Var	115	96.6
Yok	4	3.4
<b>Toplam</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de sunulmuştur. Katılımcıların %68.9’u 65-74 yaş grubunda, yaş ortalaması 72.57±5.41 (Min:65, max:90) %55.5’i kadın, %34.5’i ilkokul mezunu, %6.7’si bir işte çalışmakta olup çalışanların %62.5’i esnafdır. Ayrıca araştırma kapsamına alınan katılımcıların

%60.5' iekirdek aile tipine sahip, % 61.3' u eşi ile beraber yaşamakta, %71.4' u maddi durumunu orta olarak tanımlamakta ve %96.6' sının sosyal güvencesi bulunmaktadır.

**Tablo 3.** Katılımcıların sağlık ve hastalık yaşantısına ilişkin özelliklerine göre dağılımı (n=119).

<b>Değişkenler</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ruhsal hastalık</b>		
Var	19	16.0
Yok	100	84.0
<b>Hipertansiyon</b>		
Var	50	42.0
Yok	69	58.0
<b>Diabetes mellitus</b>		
Var	40	33.6
Yok	79	66.4
<b>Kalp hastalıkları</b>		
Var	29	24.4
Yok	90	75.6
<b>Romatizmal hastalıklar</b>		
Var	4	3.4
Yok	115	96.6
<b>Osteoporoz</b>		
Var	5	4.2
Yok	114	95.8
<b>Düzenli ilaç kullanma durumu</b>		
Evet	91	76.5
Hayır	28	23.5
<b>Ameliyat geçirme durumu</b>		
Evet	75	63.0
Hayır	44	37.0
<b>Düzenli protez kullanma durumu</b>		
Evet	45	37.8
Hayır	74	62.2
<b>Düşme durumu</b>		
Evet	58	48.7
Hayır	61	51.3
<b>Ruhsal durum</b>		
İyi	63	52.9
Orta	52	43.7
Kötü	4	3.4
<b>Fiziksel durum</b>		
İyi	51	42.9
Orta	54	45.4
Kötü	14	11.8
<b>Sosyal durum</b>		
İyi	81	68.1
Orta	36	30.3
Kötü	2	1.7
<b>Kişiler arası ilişki durumu</b>		
İyi	89	74.8
Orta	30	25.2
<b>Toplam</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>

Katılımcıların sağlık ve hastalık yaşantısına ilişkin özelliklerine göre dağılımı Tablo 3'te sunulmuştur. Katılımcıların %16'sı ruhsal bir hastalığının, %42.0' ı hipertansiyonunun, %33.6'sı diyabetinin, %24.4'ü kalp hastalığının, %3.4'ü romatizmal hastalığının, %4.2'si osteoporozunun olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte katılımcıların %76.5'inin düzenli ilaç kullandığı, %63.0'ının daha önce ameliyat geçirdiği %37.8'inin düzenli protez kullandığı ve %51.3'ünün daha önce düşmediği saptanmıştır. Katılımcıların %52.9'u kendilerini ruhsal açıdan iyi, %45.4'ü fiziksel açıdan orta; %68.1'i sosyal açıdan iyi hissettiğini belirtmiş; %74.8'i kişiler arası ilişkilerini iyi olarak değerlendirmiş ayrıca katılımcılardan kişiler arası ilişkilerini kötü olarak değerlendiren olmamıştır.

**Tablo 4.** Katılımcıların ODÖ ve EKÖ puanları.

Ölçek	Minimum	Maksimum	$\bar{X}$	SS
ODÖ	34.00	112.00	63.25	13.65
EKÖ	0.00	12.00	4.23	2.75

$\bar{X}$ : Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma

Katılımcıların ODÖ ve EKÖ puanları Tablo 4'te verilmiştir. Katılımcıların ODÖ puan ortalaması  $63.25 \pm 13.65$  ve EKÖ puan ortalaması  $4.23 \pm 2.75$ 'dir.

**Tablo 5.** Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre ODÖ puanlarının karşılaştırılması.

Değişkenler	Min	Maks	Med	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	p	Bonferroni
<b>Yaş grubu</b>								
65-74	34.00	102.00	59.50	62.55	12.59	-0.835**	0.405	
75 yaş ve üzeri	39.00	112.00	63.00	64.81	15.83			
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	44.00	112.00	62.00	64.42	13.70	1.045**	0.298	
Erkek	34.00	102.00	59.00	61.79	13.59			
<b>Eğitim düzeyi</b>								
Okuma-yazma bilmiyor(1)	39.00	100.00	63.50	64.90	18.88	2.394***	<b>0.042*</b>	<b>6&gt;3,4,5</b>
Okuma-yazma biliyor(2)	53.00	112.00	63.00	66.92	15.83			
İlkokul(3)	39.00	102.00	60.00	62.83	12.07			
Ortaokul(4)	47.00	77.00	60.00	62.14	9.28			
Lise(5)	34.00	88.00	56.00	58.10	12.43			
Yüksekokul(6)	54.00	102.00	72.50	73.00	15.44			
<b>Çalışma durumu</b>								
Evet	47.00	73.00	56.00	57.38	7.52	-1.264**	0.209	
Hayır	34.00	112.00	61.00	63.68	13.92			
<b>Aile tipi</b>								
Çekirdek (1)	34.00	102.00	58.50	61.04	12.89	3.036***	0.052	
Geniş (2)	47.00	112.00	63.00	67.12	14.38			
Parçalanmış (3)	65.00	76.00	70.50	70.50	7.78			
<b>Yaşam şekli</b>								
Yalnız (1)	39.00	102.00	59.00	64.52	15.20	0.151***	0.860	
Eş ile (2)	39.00	112.00	61.00	63.05	12.99			
Eş ve çocuklar ile (3)	34.00	102.00	60.00	62.43	14.57			
<b>Maddi durum</b>								
İyi	34.00	112.00	61.00	63.72	14.19	2.112***	0.126	
Orta	58.00	85.00	73.00	70.40	11.70			
Kötü	44.00	81.00	59.00	59.18	9.21			
<b>Sosyal güvence</b>								
Var	34.00	112.00	61.00	63.47	13.80	0.820**	0.414	
Yok	44.00	69.00	59.00	57.75	10.44			

\* $p < 0.05$ , \*\*Bağımsız t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre ODÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 5'te yer almaktadır. Katılımcıların eğitim durumu ile ODÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $t=2.394$ ;  $p=0.042$ ). Fark yataran gurubu belirlemek için uygulanan bonferroni testinde; eğitim durumu yüksekokul olan katılımcıların ODÖ puan ortalamalarının eğitim durumu ilkokul ortaokul ve lise olan mezunlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).

Katılımcıların yaş grubu, cinsiyeti, çalışma durumu, aile tipi, yaşam şekli, maddi durumu ve sosyal güvencesinin olma durumu ile ODÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.** Katılımcıların sağlık ve hastalık yaşantısına ilişkin özelliklerine göre ODÖ puanlarının karşılaştırılması.

Değişkenler	Min	Maks	Med	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	p	Bonferroni
<b>Ruhsal hastalık</b>								
Var	48.00	102.00	79.00	77.11	15.76	5.189**	<0.001*	
Yok	34.00	112.00	59.00	60.64	11.71			
<b>Hipertansiyon</b>								
Var	39.00	112.00	62.00	64.92	16.21	1.136**	0.58	
Yok	34.00	88.00	59.00	62.04	11.43			
<b>Diabetes mellitus</b>								
Var	34.00	89.00	62.00	60.93	12.20	-1.327**	0.187	
Yok	39.00	112.00	61.00	64.43	14.26			
<b>Kalp hastalıkları</b>								
Var	34.00	112.00	63.00	61.24	16.09	-0.911**	0.364	
Yok	42.00	102.00	61.00	63.90	12.81			
<b>Romatizmal hastalıklar</b>								
Var	61.00	69.00	66.00	65.50	4.12	0.334**	0.739	
Yok	34.00	112.00	60.00	63.17	13.87			
<b>Osteoporoz</b>								
Var	45.00	65.00	62.00	57.80	8.29	-0.912**	0.364	
Yok	34.00	112.00	61.00	63.49	13.82			
<b>İlaç kullanma</b>								
Evet	34.00	112.00	63.00	64.98	14.57	2.543**	0.012*	
Hayır	47.00	87.00	57.00	57.64	8.01			
<b>Geçirilmiş ameliyat</b>								
Evet	34.00	112.00	62.00	63.36	14.24	0.112**	0.911	
Hayır	47.00	102.00	59.00	63.07	12.75			
<b>Düzenli protez kullanımı</b>								
Evet	39.00	100.00	62.00	64.07	13.17	0.531**	0.596	
Hayır	34.00	112.00	60.00	62.67	14.12			
<b>Düşme durumu</b>								
Evet	39.00	112.00	62.00	64.14	15.27	0.751**	0.454	
Hayır	34.00	102.00	59.00	62.25	12.05			
<b>Ruhsal durum</b>								
İyi(1)	39.00	77.00	57.00	57.19	7.03	16.705***	<0.001*	2>1
Orta(2)	42.00	112.00	69.50	70.08	14.92			
Kötü(3)	34.00	100.00	73.00	70.00	29.80			
<b>Fiziksel durum</b>								
İyi(1)	42.00	81.00	57.00	57.82	7.66	16.086***	<0.001*	2>1, 3>1,2
Orta(2)	34.00	89.00	63.50	64.46	13.55			
Kötü(3)	57.00	112.00	74.50	78.36	18.71			
<b>Sosyal durum</b>								
İyi(1)	34.00	112.00	59.00	61.17	12.24	3.422***	<0.001*	2>1
Orta(2)	42.00	102.00	62.50	67.25	14.72			
Kötü(3)	51.00	100.00	75.50	75.50	34.65			
<b>Kişiler arası ilişki durumu</b>								
İyi	34.00	112.00	60.00	60.97	12.10	-3.272**	0.001*	
Orta	42.00	102.00	69.00	70.03	15.83			

\* $p<0.05$ , \*\*Bağımsız t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

Tablo 6’da katılımcıların sağlık ve hastalık yaşantısına ilişkin özelliklerine göre ODÖ puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Katılımcılarda ruhsal hastalık varlığı ile ODÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Ruhsal hastalığı olduğunu belirten katılımcıların ODÖ puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksektir ( $t=5.189$ ;  $p<0.001$ ). Katılımcıların hastalıklarına göre ODÖ puan ortalamalarını karşılaştırmak için bağımsız t testi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların hastalıklarına göre otomatik düşünceler ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Katılımcıların ilaç kullanma durumu ile ODÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $t=2.543$ ;  $p=0.012$ ). İlaç kullanan katılımcıların ODÖ puan ortalamaları kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Katılımcıların ruhsal durumları ile ODÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $t=16.705$ ;  $p<0.001$ ). Fark yataran gurubu belirlemek için uygulanan bonferroni testinde; ruhsal durumunu orta olarak belirten katılımcıların ODÖ puan ortalamaları iyi olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Katılımcıların fiziksel durumu ile ODÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $t=16.086$ ;  $p<0.001$ ). Fark yataran gurubu belirlemek için uygulanan bonferroni testinde; fiziksel durumu orta ve kötü olan katılımcıların ODÖ puan ortalamalarının iyi olanlardan ayrıca fiziksel durumu kötü olan katılımcıların ODÖ puan ortalamalarının orta olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Katılımcıların sosyal durumu ile ODÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $t=3.422$ ;  $p<0.001$ ). Fark yataran gurubu belirlemek için uygulanan bonferroni testinde; sosyal durumu orta olan katılımcıların ODÖ puan ortalamaları iyi olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Katılımcıların kişiler arası ilişki durumu ile ODÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $t=-3.272$ ;  $p<0.001$ ). Kişiler arası ilişki durumu orta olan katılımcıların ODÖ puan ortalamaları iyi olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Katılımcıların geçmişte ameliyat geçirme durumu, düzenli protez kullanma ve düşme durumu ile ODÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

**Tablo 7.** Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre EKÖ puanlarının karşılaştırılması.

Değişkenler	Min	Maks	Med	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	p	Bonferroni
<b>Yaş grubu</b>								
65-74	0.00	12.00	3.50	3.45	2.41	-5.022**	<0.001*	
75 yaş ve üzeri	0.00	12.00	6.00	5.94	2.71			
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	0.00	12.00	4.00	4.64	2.71	1.828**	0.070	
Erkek	0.00	9.00	4.00	3.72	2.75			
<b>Eğitim düzeyi</b>								
Okuma-yazma bilmiyor(1)	3.00	9.00	7.00	6.90	1.97	8.662***	<0.001*	1>4,5,6, 2>4,5,6, 3>5
Okuma-yazma biliyor(2)	4.00	12.00	6.00	6.75	2.63			
İlkokul(3)	0.00	12.00	5.00	4.54	2.86			
Ortaokul(4)	0.00	7.00	3.50	3.14	2.35			
Lise(5)	0.00	8.00	2.00	2.62	1.97			
Yüksekokul(6)	2.00	6.00	3.00	3.50	1.51			
<b>Çalışma durumu</b>								
Evet	0.00	5.00	0.00	1.13	1.89	-3.447**	<0.001*	
Hayır	0.00	12.00	4.00	4.45	2.68			
<b>Aile tipi</b>								
Çekirdek (1)	0.00	12.00	4.00	3.75	2.57	3.724***	0.027*	2>1
Geniş (2)	0.00	12.00	5.00	5.09	2.95			
Parçalanmış (3)	2.00	3.00	2.50	2.50	0.71			
<b>Yaşam şekli</b>								
Yalnız (1)	0.00	6.00	4.00	3.92	1.61	5.066***	0.008*	3>1,2
Eş ile (2)	0.00	12.00	4.00	3.85	3.02			
Eş ve çocuklar ile (3)	3.00	12.00	5.00	5.90	2.30			
<b>Maddi durum</b>								
İyi	0.00	9.00	3.00	3.29	2.21	2.552***	0.082	
Orta	0.00	12.00	4.00	4.44	2.92			
Kötü	4.00	7.00	6.00	5.60	1.14			
<b>Sosyal güvence</b>								
Var	0.00	12.00	4.00	4.08	2.66	-2.878**	0.005	
Yok	5.00	12.00	7.50	8.00	3.16			

\* $p < 0.05$ , \*\*Bağımsız t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

Tablo 7’de katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre EKÖ puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Bu çalışmada 75 yaş ve üzeri katılımcıların EKÖ puan ortalamaları 74 yaş grubu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $t = -5.022$ ;  $p < 0.001$ ). Katılımcıların eğitim durumu ile EKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $t = 8.662$ ;  $p < 0.001$ ). Fark yataran grubu belirlemek için uygulanan bonferroni testinde; okuma yazma bilen ve bilmeyenlerin EKÖ puan ortalamalarının ortaokul, lise ve yüksek okul mezunlarından ayrıca ilkokul mezunlarının EKÖ puan ortalamalarının lise mezunlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.001$ ).

Çalışan katılımcıların EKÖ puan ortalamaları çalışmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $t=-3.447$ ;  $p<0.001$ ).

Katılımcıların aile tipleri ile EKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $t=3.724$ ;  $p=0.027$ ). Fark yataran grubu belirlemek için uygulanan bonferroni testinde; aile tipi geniş aile olan katılımcıların EKÖ puan ortalamalarının, çekirdek aile olanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0.027$ ).

Katılımcıların yaşam şekli ile EKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $t=5.066$ ;  $p=0.008$ ). Fark yataran grubu belirlemek için uygulanan bonferroni testinde; eşi ve çocuklarıyla yaşayan katılımcıların EKÖ puan ortalamalarının, yalnız ve eşiyle yaşayan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0.008$ ). sosyal güvencesi olmayan katılımcıların EKÖ puanı sosyal güvencesi olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $t=-2.878$ ;  $p=0.005$ ).

Katılımcıların cinsiyeti ve maddi durumu ile EKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

**Tablo 8.** Katılımcıların sağlık ve hastalık yaşantısına ilişkin özelliklerine göre EKÖ puanlarının karşılaştırılması.

Değişkenler	Min	Maks	Med	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	p	Bonferroni
<b>Ruhsal hastalık</b>								
Var	2.00	12.00	4.50	5.33	2.79	1.941**	0.055	
Yok	0.00	12.00	4.00	3.98	2.71			
<b>Hipertansiyon</b>								
Var	0.00	12.00	6.00	5.76	2.74	5.853**	<0.001*	
Yok	0.00	9.00	3.00	3.12	2.18			
<b>Diabetes mellitus</b>								
Var	0.00	9.00	5.00	4.93	2.08	2.236**	0.027*	
Yok	0.00	12.00	4.00	3.87	2.99			
<b>Kalp hastalıkları</b>								
Var	0.00	12.00	5.00	5.14	2.84	2.077**	0.040*	
Yok	0.00	10.00	4.00	3.93	2.68			
<b>Romatizmal hastalıklar</b>								
Var	5.00	12.00	7.50	8.00	3.16	2.872**	0.005*	
Yok	0.00	12.00	4.00	4.10	2.66			
<b>Osteoporoz</b>								
Var	3.00	9.00	4.00	5.60	3.13	1.141**	0.256	
Yok	0.00	12.00	4.00	4.17	2.74			
<b>İlaç kullanma</b>								
Evet	0.00	12.00	5.00	4.91	2.58	5.457**	<0.001*	
Hayır	0.00	6.00	1.50	2.00	2.05			
<b>Geçirilmiş ameliyat</b>								
Evet	0.00	12.00	5.00	4.96	2.75	4.029**	<0.001*	
Hayır	0.00	9.00	3.00	2.98	2.30			
<b>Düzenli protez kullanımı</b>								
Evet	0.00	12.00	5.00	4.84	2.61	1.833**	0.069	
Hayır	0.00	12.00	4.00	3.89	2.78			
<b>Düşme durumu</b>								
Evet	0.00	12.00	5.00	5.14	2.57	3.720**	<0.001*	
Hayır	0.00	10.00	3.00	3.34	2.67			
<b>Ruhsal durum</b>								
İyi(1)	0.00	9.00	2.00	2.95	2.37	18.702***	<0.001*	2>1
Orta(2)	2.00	12.00	5.00	5.69	2.45			
Kötü(3)	3.00	9.00	4.50	5.25	2.63			
<b>Fiziksel durum</b>								
İyi(1)	0.00	10.00	2.00	2.75	2.38	21.323***	<0.001*	2>1, 3>1,2
Orta(2)	0.00	12.00	5.00	4.93	2.26			
Kötü(3)	2.00	12.00	6.00	6.93	2.76			
<b>Sosyal durum</b>								
İyi(1)	0.00	12.00	3.00	3.48	2.50	11.394***	0.036*	2>1
Orta(2)	0.00	12.00	5.00	5.72	2.64			
Kötü(3)	6.00	9.00	7.50	7.50	2.12			
<b>Kişiler arası ilişki durumu</b>								
İyi	0.00	12.00	4.00	3.61	2.54	-4.575**	<0.001*	
Orta	2.00	12.00	5.00	6.07	2.57			

\* $p < 0.05$ , \*\*Bağımsız t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

Tablo 8'de katılımcıların sağlık ve hastalık yaşantısına ilişkin özelliklerine göre EKÖ puanları karşılaştırılmıştır. Katılımcıların hastalıklarına göre EKÖ

puanlarını karşılaştırmak için bağımsız t testi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların hipertansiyon, diabetes mellitus, kalp hastalıkları ve romatizmal hastalıklar olma durumlarına göre edmonton kırılabilirlik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Hipertansiyon, diabetes mellitus, kalp hastalıkları ve romatizmal hastalıklar olan katılımcıların EKÖ puan ortalamalarının olmayan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Düzenli ilaç kullanan katılımcıların kullanmayanlara göre EKÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir ( $t=5.457$ ;  $p<0.001$ ). Katılımcıların daha önce ameliyat geçirme durumu ile EKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmekte olup ( $t=4.029$ ;  $p<0.001$ ) daha önce ameliyat geçiren katılımcıların EKÖ puan ortalamalarının geçirmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ ). Daha önce düşme durumu olan katılımcıların EKÖ puan ortalamalarının düşmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $t=3.720$ ;  $p<0.001$ ). Katılımcıların ruhsal durumları ile EKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $t=18.702$ ;  $p<0.001$ ). Fark yataran grubu belirlemek için uygulanan bonferroni testinde; ruhsal durumunu orta düzeyde tanımlayan katılımcıların EKÖ puan ortalamalarının iyi olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ ). Katılımcıların fiziksel durumlarına ile EKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $t=21.323$ ;  $p<0.001$ ). Fark yataran grubu belirlemek için uygulanan bonferroni testinde; fiziksel durumu orta ve kötü olan katılımcıların EKÖ puan ortalamalarının iyi olanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ ).

Katılımcıların sosyal durumu ile EKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $t=11.394$ ;  $p=0.036$ ). Fark yataran grubu belirlemek için uygulanan bonferroni testinde; sosyal durumu orta olan katılımcıların EKÖ puan ortalamalarının iyi olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Katılımcıların kişiler arası ilişki durumuna göre EKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $t=-4.575$ ;  $p<0.001$ ). Kişiler arası ilişki durumunu orta olarak tanımlayan katılımcıların EKÖ puan ortalamaları iyi olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Katılımcıların ruhsal hastalığa sahip olma durumu ve düzenli protez kullanma durumu ile EKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 9.** Katılımcıların EKÖ puanlarının kırılgnlık analiz skoruna göre dağılımları.

EKÖ	N	%
0-4 puan (Kırılgn değil)	66	57.5
5-6 puan (Görünürde savunmasız)	34	28.6
7-8 puan (Hafif kırılgn)	8	6.7
9-10 puan (Orta kırılgn)	9	7.6
11 veya daha fazla puan (Şiddetli kırılgn)	2	1.7
<b>Toplam</b>	119	100.0

Tablo 9’da EKÖ puanlarının kırılgnlık analiz skoruna göre dağılımları sunulmuştur. Bunun sonucunda katılımcıların %57.5’i 0-4 puan arası olarak kırılgnlık analiz skoruna göre kırılgn değildir.

**Tablo 10.** Katılımcıların ODÖ ve EKÖ puanları arasındaki ilişki.

Ölçek		1	2
1- ODÖ	r*	1	0.466
	P	-	<0.001
2- EKÖ	r*		1
	P		-

\*r: Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı

Katılımcıların ODÖ ve EKÖ puanları arasındaki ilişki Tablo 10’da sunulmuştur. Bu çalışmada ODÖ ile EKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=0.466$ ;  $p<0.001$ ).

**Tablo 11.** Katılımcıların kırılgnlık durumuna göre ODÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.

EKÖ	Min	Maks	Med	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	p	Bonferroni
0-4 puan (Kırılgn değil) (1)	34.00	88.00	57.00	58.85	10.51			
5-6 puan (Görünürde savunmasız) (2)	39.00	102.00	61.00	64.18	12.74			
7-8 puan (Hafif kırılgn) (3)	63.00	89.00	76.00	74.55	9.29	8.687*	<0.001	3>1, 4>1, 5>1,2
9-10 puan (Orta kırılgn) (4)	48.00	102.00	77.00	74.78	18.94			
11 veya daha fazla puan (Şiddetli kırılgn) (5)	69.00	112.00	90.50	90.50	30.40			

\*Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların kırılgnlık durumuna göre ODÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 11’de sunulmuştur. Bunun sonucunda, EKÖ’den alınan puanların ifade ettiği kırılgnlık düzeylerine göre ODÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmektedir ( $t=8.687$ ;  $p<0.001$ ). Fark yaratan grubu belirlemek için uygulanan bonferroni testinde; kırılgnlık düzeyi hafif kırılgn, orta kırılgn ve şiddetli kırılgn olan katılımcıların ODÖ puan ortalamalarının, kırılgn olmayan katılımcılardan ayrıca kırılgnlık düzeyi şiddetli kırılgn olan katılımcıların ODÖ puan ortalamaları görünürde savunmasız olan katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ).



## 5. TARTIŞMA

Literatürde otomatik düşünceler ve kırılgnalık arasındaki ilişkinin bir arada ele alındığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple, otomatik düşünceler ile kırılgnalık arasındaki ilişki, ilişkisi olan kavramlar üzerinden çalışmalara değinilerek literatür ışığına ele alınmıştır.

Kırılgnalık, hayat boyu pek çok fizyolojik sistemde kümülatif azalma neticesinde meydana gelen fiziksel, bilişsel ve psikososyal boyutları olan morbidite ve mortalite ile sonuçlanabilen geriatrik bir sendromdur. Kırılgnalığın erken belirlenmesi ve etkin bir şekilde yönetilmesi bu nedenle önem arz etmektedir.

Yedi yüz elli dört katılımcı ile yapılan prospektif kohort çalışmasında yaşlıların en önde gelen ölüm nedeninin kırılgnalık olduğu belirlenmiş; kırılgnalığa bağlı ölüm görülme durumu %27.9 olarak bildirilmiştir (74). Amerika'da yapılan çalışma sonucuna göre 65 yaş ve üzeri bireylerin kırılgnalık prevalansı %4 ile %6 olarak belirlenmiştir (75). Collard ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu bir derleme sonucuna göre; fiziksel kırılgnalık prevalansı %9.9 olarak belirlenirken psikososyal kırılgnalık kriterleri dahil edildiğinde prevalansın %13.6'ya ulaştığı tespit edilmiştir (76). Kırılgnalık kriterlerini tam olarak karşılamayan fakat kırılgnalık riski yüksek olan bireyler kırılgnalık öncesi (pre-frail) olarak tanımlanmakta; yapılan çalışmalarda pre-frail sıklığı %28 ile %44 arasında değişmektedir (74). Yapılan bu çalışma sonucuna göre katılımcıların %44.5'i belirli bir kırılgnalık düzeyine sahiptir.

Bu çalışmada 75 yaş ve üzeri katılımcıların EKÖ puan ortalamaları 74 yaş grubu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Atakul ve arkadaşlarının 65 yaş ve üzeri hematolojik onkoloji hastalarında kırılgnalık durum değerlendirmesi yaptığı araştırmada bireylerin yaşları arttıkça kırılgnalık durumlarının arttığı belirlenmiştir (77). Ülkemizde 65 yaş ve üzeri bireylerde kırılgnalığın incelendiği başka bir çalışmaya göre yaş artıkça kırılgnalığın arttığı belirlenmiştir (78). Meksika, İtalya ve Kore çalışmalarında da kırılgnalık ile yaş arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (79-81). Yapılan çalışmaların sonucu bulgularımızı destekler niteliktedir.

Bu çalışmada yaş ile ODÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmekle beraber literatürde bu bağlamda çalışmaya rastlanmamıştır. Yaş ve yaşlılığa ilişkin otomatik düşünceler kronolojik yaş

ayrımından bağımsız tek bir başlık ile ifade edildiğinden kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada eğitim durumu ile kırılgnlık arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde Muradi ve arkadaşlarının eğitim durumu ve FRAIL ölçeği ile saptanan kırılgnlık arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (82). ABD ve Meksika’da yapılan çalışmalarda eğitim durumu ile kırılgnlık arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunup; eğitimi durumu artıka kırılgnlığın azaldığı belirlenmiştir (83,84). Yapılan çalışmaların sonucu bulgularımızı destekler niteliktedir.

Bu çalışmada eğitim durumuna göre ODÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Literatürde ilgili çalışmaya rastlanılamamıştır ancak eğitimin biliş üzerine etkisi yadsınamaz bir gerçektir. Deneyimlerden şekillenebilen bilişsel yapının farkındalıklı şekillenmesinde eğitimin etkisi olduğu düşünülebilir. Eğitim durumu ile otomatik düşünce arasındaki ilişki böyle açıklanabilir.

Bu çalışmada yaşam şekli ile EKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmekle beraber eşi ve çocuklarıyla yaşayan katılımcıların EKÖ puan ortalamalarının, yalnız ve eşiyle yaşayan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Atakul ve arkadaşlarının (2017) çalışması incelendiğinde, çocukları veya arkadaşları ile yaşayan grubun kırılgnlık düzeyi daha yüksek bulunmuştur (77). Yapılan çalışma sonucu bulgularımızı destekler niteliktedir. Ancak İspanya’da yapılan bir çalışma sonucuna göre kırılgn olmayan bireylerin çoğunun yalnız yaşadığı belirlenmiş ve birlikte yaşama durumu ile kırılgnlık arasında ilişki saptanmamıştır (84). Bu çalışma sonucu bulgularımız ile çelişmektedir. Kültürel farklılık temelli aile kavramına atfedilen anlam bu farklılığı düşündürebilir.

Bu çalışmada yaşam şekli ile ODÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmekle beraber literatürde bu bağlamda çalışmaya ratlanamamıştır. Deneyimler, yaşantılar ile şekillenen ve temel şemaların bilişsel süreç içerisinde çarpıtma sonucu aktive olan otomatik düşüncelerin bilişte var olduğu ve mikro ya da makro gruptan etkilenmeyeceği düşünülebilir.

Bu çalışmada maddi durum ile EKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Atakul ve arkadaşlarının (2017) çalışması incelendiğinde gelir durumu giderden az olan bireylerin kırılgnlığı yüksek

saptanmıştır (77). 168 yaşlı birey ile yapılan çalışma sonucunda düşük gelir düzeyi ile kırılabilirlik arasında ilişki saptanmıştır (85,86). Bu konuda yapılan çalışma sonuçlarının farklılığı sebebiyle genelleme yapmayı zorlaştırıldığı düşünülmektedir. Katılımcılar arasındaki yaşam koşulları ve maddi durum arasındaki benzerliklerden dolayı bu veriye ulaşıldığı tahmin edilebilir.

Bu çalışmada maddi duruma göre ODÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Literatürde bulguyu ele alacak araştırmaya rastlanmamıştır. Ölçekte maddi duruma dair direkt bir sorunun yer almaması bireylerde maddi duruma ilişkin bir düşünce akla getirmediği düşünülebilir.

Bu çalışmada katılımcıların cinsiyeti ile kırılabilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Silva ve arkadaşlarının 2015 yılında 60-79 yaş arası bireylerle yapmış oldukları çalışma sonucuna göre kadınların daha kırılabilir olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (87). Türkiye’de gerçekleştirilen FRAILTÜRK çalışma sonucuna göre kadın cinsiyet ve kırılabilirlik arasında bir ilişki bulunmuştur (88). Örnekteki cinsiyet dağılımının yakın olması bu çalışma sonucunu etkilemiş olabilmektedir. Tek bir cinsiyette yoğunlaşma olsaydı çalışmadan elde edilen bulgunun farklılığı söz konusu olabilirdi.

Bu çalışmada katılımcıların cinsiyeti ile ODÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Literatürde yetişkinlerle yapılan çalışmalarda bu bulguyu ele alan çalışmaya rastlanmamakla birlikte Demez (2016) tarafından lise öğrencileri ile yapılan çalışmada da cinsiyet ile otomatik düşünce puanlarında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (89).

Bu çalışmada düzenli ilaç kullanan katılımcıların kullanmayanlara göre EKÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir. Literatürdeki çalışma sonuçlarına göre polifarmasinin kırılabilirliği arttırdığı belirlenmiştir (90,91). Arslan ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışma sonucuna göre polifarmasi tespit edilen yaşlı bireylerin % 55.6’da kırılabilirlik tespit edilmiştir (92). Yapılan çalışmaların sonucu bulgumuzu desteklemektedir.

Bu çalışmada daha önce düşme durumu olan katılımcıların EKÖ puan ortalamalarının düşmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Düşmenin etiyojisinde pek çok faktör etkili olmakla beraber kırılabilirlik düşmeye sebep olabilmektedir. J.E. Morley’in (2012) yapmış olduğu bir çalışma sonucuna göre kırılabilirlik arttıkça morbiditeye neden olabilecek düşmelerin de arttığı belirlenmiştir (83). Yapılan çalışmaların sonucu bulgumuzu destekler niteliktedir.

Bu çalışmada düşme durumu ile ODÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Literatürde bulguyu ele alacak araştırmaya rastlanmamıştır. Ancak sık düşme durumunun bireyin bilişsel yapısına etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Bireyler, çevrelerindeki diğer bireylerin tepkilerinden, beklentilerinden ve davranışlarından yola çıkarak kendi bilişsel şemalarını oluşturmaktadırlar. Kırılgan bireyler diğer bireylere göre daha çok olumsuz duygudurumu içerisinde bulunmakta ve stresli yaşam olaylarıyla başa çıkmakta zorlanmaktadırlar. Kırılganlığın boyutları kısaca ele alındığında; fiziksel kırılganlık bireyin bedensel iyilik hali ile ilişkilidir. Sosyal kırılganlık ve psikolojik kırılganlık ise bireyin ruhsal süreçlerini, bireysel özelliklerini, kendilik algıları ile ilgili olduğu söylenebilir. Kırılganlık bireyin yaşamını biyopsikososyal açıdan etkilemektedir. Kırılganlığın azalması bireyin sosyal hayatta zorlanma düzeyini azaltacak ve yaşamında meydana gelen olaylar ile başa etkin bir şekilde başa çıkarak, yaşamdan daha fazla zevk alarak yaşamasına olanak sağlayacaktır. Bireylerde olumlu duygularda azalma kırılganlığı arttırmaktadır. Meydana gelen kırılganlık ise bireyin ruhsal hastalıklar yaşamasına sebep olabilmektedir (93-95).

Bu çalışmada ODÖ ile EKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Yapılan araştırmalar psikolojik kırılganlığın depresyon, yalnızlık, çaresizlik ve sağlıklı olmayan mekanizmalarla pozitif bir ilişki içerisinde olduğunu göstermektedir (96).

Pozitif psikolojide, psikolojik kırılganlık ve psikolojik sağlamlılık önemli bir konuma sahiptir. Yakın anlamlı olarak görülen bu iki kavram arasında belirgin farklar mevcuttur. Psikolojik sağlamlılık kelime anlamı olarak “esnemek, dönebilmek anlamlarına gelmektedir. Psikolojik kırılganlık, bireyin kendi değer duygusu için başarıya ya da dış onaylama kaynaklarına bağımlılığını yansıtan bilişsel inançların bir kalıbı olarak ifade edilmektedir. Psikolojik kırılganlığın ve psikolojik sağlamlılıkla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar literatürde mevcuttur. Psikolojik kırılganlık, psikolojik sağlamlılık için risk faktörü olabileceği düşünülmektedir (97,98).

Literatür incelendiğinde psikolojik sağlamlılık ile otomatik düşünceler arasında negatif yönlü bir ilişki vardır. Otomatik düşünce düzeyinin yüksek olması bireyin geçmişte yaşamış olduğu olumsuz olayların nedenini araştırması ve gelecekte yaşayacağı olaylarda benzer sonuçlarla karşılaşma ihtimalini düşünmesine sebep

olarak bir beklenti oluşturmaktadır. Bu beklenti bireyin kapasitesini daha aşağıda görmesine neden olarak psikolojik sağlamlılığı düşürmektedir (99).

Kısacası; kırılmalık biyopsikososyal boyutları olan bir kavramdır. Psikolojik kırılmalık ise psikolojik sağlamlılık için risk faktörü olabileceği düşünölmektedir. Psikolojik sağlamlılık ile otomatik düşönceler arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu görölmektedir.



## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

65 yaş ve üzeri bireylerde otomatik düşünceler ile kırılabilirlik arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yapılan bu çalışmada; ODÖ ile EKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=0.466$ ;  $p<0.001$ ). Otomatik düşünceler arttığında ya da azaldığında kırılabilirlikte artmakta ya da azalmaktadır.

### 6.2. Öneriler

Literatür incelendiğinde benzer çalışma örnekleri bulunamamıştır. Kırılabilirlik ve otomatik düşünceler arasındaki pozitif yönlü ilişkinin daha kapsamlı olarak araştırılması ve değerlendirilmesi hemşirelik bakımının kalitesini arttıracak düşünülmektedir bu kapsamda;

Çalışma içerisinde bazı sınırlılıkları barındırmaktadır. Çalışmanın tek bir merkezde yürütülmesi sınırlılık olarak kabul edilmektedir. Sonraki aşamada yapılacak çalışmaların daha büyük bir örneklem grubuna ulaştırılması araştırmanın genellenebilirliğini arttıracak düşünülmektedir.

Bireye ait tanıtıcı bilgilerin toplandığı forma kırılabilirlik ile ilişkisi olduğundan dolayı bireyin sigara ve alkol kullanımı, beden kitle endeksi için boy ve kiloyu içeren ek sorulara yer verilmesi kırılabilirliğin ele alınış kapsamını genişleterek ilerleyen çalışmalarda hemşirelik girişimleri için ışık tutacağı düşünülmektedir.

Otomatik düşüncelerin daha kapsamlı ele alınması için dahil edilme ölçütleri aynı olan gruba farklı değişkenlerin de araştırması literatürü zenginleştirecektir.

Emosyonel açıdan da anlaşılabilirliğin artırılması için içselleştirilmiş damgalamaya da yer verilen çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Farklı bakış açıları kazanmak ve literatürdeki eksikliğin giderilmesi adına kültürlerarası çalışmalar yapılabilir. Ayrıca nitel araştırma ile entegre edilmesi konunun içeriğinin zenginleşmesine olanak sağlayacaktır.

Kırılabilirlik ve otomatik düşüncelerin erken tespit edilmesi sürecin etkin yönetimi açısından önem taşımaktadır. Bu noktada birey ile teması sık olan hemşirelere eğitimlerin düzenlenmesi olabilecek problemlerin önlenmesinde önem arz edeceği düşünülmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Toptaş B, Aksu H. Yaşlı kadınların cinselliğe bakış açısı, yaşadığı sorunlar ve sağlık profesyonellerinin rolü. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 29(1):24-28, 2020.
2. Karahan A. Yaşlı bireylerde kırılğanlığın önlenmesi ve hemşirelik. J Educ Res Nurs 18(3):247-251, 2021.
3. World Health Organization. Ageing and Health, 2021. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health> Erişim Tarihi: 2 Temmuz 2022.
4. Buz S. Yaşlı bireylere yönelik yaş ayrımcılığı. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 14(53):268-278, 2015.
5. Kurtkapan H. Türkiye’de demografik dönüşümün sosyal yansımaları ve yaşlılık. Sosyal Güvence Dergisi. 7(15):27-46, 2019.
6. İstatistiklerle Yaşlılar, 2022. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2022-49667> Erişim Tarihi: 4 Nisan 2023.
7. Eser B, Küçük Aksu S. Yaşlanan nüfus, sorunlar ve politikalar: Türkiye için bir değerlendirme. Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi 12(2):541-556, 2021.
8. İpek E, Tunca R. Yaşlanmanın biyolojisi. Animal Health Prod and Hyg 5(2):467-471, 2016.
9. Cohen RA, Marsiske MM, Smith GE. Neuropsychology of aging. Handb Clin Neurol 167:149-180, 2019.
10. Kalinkara V. Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi. 3. Basım, s. 1-43, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2016.
11. Howell JL, Ratliff KA, Shepperd JA. Automatic attitudes and health information avoidance. Health Psychol 35(8):816-23, 2016.
12. Rubin R. Exploring the Relationship Between Depression and Dementia. JAMA.320(10):961-962, 2018.
13. Yayan G. Orta yaş grubundaki bireylerin otomatik düşünce düzeylerinin depresyon, anksiyete ve pozitif-negatif duygular üzerindeki etkisi. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.

14. Parmaksız İ. Erişkin dönemde belirsizliğe tahammülsüzlük üzerinde otomatik düşünceler ve stresle başa çıkma mekanizmalarının etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 13(1):1-11, 2021.
15. Bingham KS, Flint AJ, Mulsant BH. Management of Late-Life Depression in the Context of Cognitive Impairment: a Review of the Recent Literature. *Curr Psychiatry Rep* 21(8):74, 2019.
16. Matias AG, Fonsêca Mde A, Gomes Mde L, Matos MA. Indicators of depression in elderly and different screening methods. *Einstein (Sao Paulo)*. 14(1):6-11,2016.
17. Çunkuş N, Yiğitoğlu GT, Akbaş E. Yaşlılık ve toplumsal dışlanma. *Geriatric Bilimler Dergisi* 2(2):58-67, 2019.
18. Cosarderelioglu C, Nidadavolu LS, George CJ, et al. Brain Renin-Angiotensin System at the Intersect of Physical and Cognitive Frailty. *Frontiers in Neuroscience* 14:586314, 2020.
19. Düzgün G, Üstündağ S, Karadakovan A. Yaşlılarda kırılganlığın değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Journal of Nursing* 29(1):2-8, 2021.
20. Alkan BŞ, Rakıcıoğlu N. Kırılgan yaşlılarda beslenme. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi* 10(2):184-188, 2019.
21. Kapucu S. Geriatri Hemşireliği. 1. Basım, s. 265-275, Nobel Kitabevi, Ankara, 2019.
22. Sarıçalı M, Satıcı SA. Bilinçli farkındalık ile psikolojik kırılganlık ilişkisinde utangaçlığın aracı rolü. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 10(1):655-670, 2017.
23. Gobbens RJJ, van Assen MALM. Associations between multidimensional frailty and quality of life among Dutch older people. *Arch Gerontol Geriatr* 73:69-76, 2017.
24. Boyuneğri ST. Değerler, otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumlar arasındaki yordayıcı ilişkiler. Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
25. Türk Dil Kurum, Güncel Sözlük. Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 16 Nisan 2023.
26. Tereci D, Turan G, Kasa N, Öncel T, Arslansoyu N. Yaşlılık Kavramına Bir Bakış. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi* 16(1):84-116, 2016.
27. Ageing and health, Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health> Erişim Tarihi: 16 Nisan 2023.

28. Aydıner Boylu A, Günay G. Yaşlı bireylerde algılanan sosyal desteğin yaşam doyumu üzerine etkisi. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi 7(2):1351-1363, 2018
29. Gürer A, Çırpan FK, Özlen NA. Yaşlı Bakım Hizmetleri. Journal of Health Services and Education 3(1):1-6, 2019.
30. Aslan M, Hocaoğlu Ç. Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 7(1):53-62, 2017.
31. Öz F. Yaşamın son evresi: yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme, Kriz Dergisi 10(2):17-28, 2002.
32. Fleg JL, Strait J. Age-associated changes in cardiovascular structure and function: a fertile milieu for future disease. Heart Failure Reviews 17(4-5):545-554, 2012.
33. Yazıcı S. Yaşlanma ve sağlık. Odtülüler Bülteni 233:34-35, 2013.
34. Lee SH, Yim SJ, Kim HC. Aging of the respiratory system. Kosin Medical Journal 31(1):11-18, 2016.
35. Karadakovan A. Yaşlı Sağlığı ve Bakım. 1. Basım, s. 279-344, Nobel Kitabevi, Ankara, 2014.
36. Hu CP, Zhao YH, Zhao XD, Zhu BG, Qin HY. Correlation between sleep characteristics and cognitive decline in the elderly people: A crosssectional study in China. Int J Clin Pract 75(7):e14225, 2021.
37. Demirbaş S. Yaşlılıkta sosyal ilişkiler. A. Canatan ve E. Özmete (Ed.). Temel Gerontoloji kitabı içinde. Ankara, 2018.
38. Kersu Ö, Alparslan B. Geriatrik bireylerin fiziksel aktiviteleri ve uyku kaliteleri arasındaki ilişki. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 29(1):24-30, 2020.
39. Yılmaz F, Çağlayan Ç. Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri. Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 20(4):129-140, 2016.
40. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar, 3. Basım, s. 356-364, Nobel Tıp Kitabevi. Ankara, 2018.
41. Petretto DR, Pili R. Ageing and COVID-19: what is the role for elderly people? Geriatrics 5(2):25-29, 2020.
42. Girdhar R, Srivastava V, Sethi S. Managing mental health issues among elderly during COVID-19 pandemic. Journal of Geriatric Care and Research 7(1):29-32, 2020.

43. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th Edition, pp. 3981-3. Publisher: Wolters Kluwer; 2009.
44. Çam O, Bilge A, Keskin G. Gidenler ve Geride Kalanlar: İnsan, Yavrusu ve Ölüm Yarasını Sarmak. 1. Basım, Bassaray Yayıncılık. İzmir, 2010.
45. 65+ Yaşlı Hakları Derneği, Erişim Adresi: <https://yaslihaklariderneği.org/> Erişim Tarihi: 20 Nisan 2023.
46. Beck JS, (2021). Bilişsel Davranışçı Terapi: Temelleri ve Ötesi, 2. Baskı, Nobel Akademik Yayıncılık. Ankara, 2011.
47. Türkçapar MH. Bilişsel Davranışçı Terapi Temel İlkeler ve Uygulama, 1. Baskı, Epsilon Yayıncılık. s. 108-111, İstanbul, 2020.
48. Beck AT. Cognitive Therapy: A 30-Year Retrospective. American Psychologist 46(4):368-375, 1991.
49. Yığman F, Özdel K. ve Efe C. Investigation of the relationship between disease severity and automatic thought and dysfunctional schemes in patients with depression and non-clinical group: a structural equation modeling study. Current Psychology 41:1-9, 2020.
50. Wright JH. Cognitive Therapy with Inpatients: Developing a Cognitive Milieu. Guilford Press 1993.
51. Beck AT. Bilişsel terapi ve duygusal bozuklular. 1. Basım, Litera Yayıncılık. İstanbul, 2001.
52. Atalay Z. Mindfulness Şimdi ve Burada Bilinçli Farkındalık, 3. Basım, s. 5-89, İstanbul 2018.
53. Rakıcı C, Yılmaz TZ. Sosyal güvenlikte demografik dönüşüm ve Türkiye'ye yansımaları. Gümüşhane Üniversitesi SBE Elektronik Dergisi 7(18):64-89, 2016.
54. Ko FC, Walston JD. What is frailty? In: Goldstein NE, R. Sean Morrison, editors. Evidence-based practice in palliative medicine. Elsevier 363-70, 2013.
55. Bouillon K, Kivimaki M, Hamer M, Sabia S, Fransson EI, Singh-Manoux A, et al. Measures of frailty in populationbased studies: An overview. BMC Geriatr 13(1):64, 2013.
56. Lee PH, Lee YS, Chan DC. Interventions targeting geriatric frailty: A systemic review. J Clin Gerontol Geriatr 3(2):47-52, 2012.
57. Sternberg SA, Schwartz AW, Karunanathan S, Bergman H, Mark Clarfield A. The identification of frailty: A systematic literature review. J Am Geriatr Soc 59(11):2129-38, 2011.

58. Aygör Eskiizmirli H, Fadıloğlu Ç, Şahin S, Aykar-Şenuzun F, Akçiçek F. Validation of Edmonton Frail Scale into elderly Turkish population. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 76:133-137, 2018.
59. Chen X, Mao G, Leng SX. Frailty syndrome: an overview. *Clin Interv Aging* 9:433–41, 2014.
60. Wilson D, Jackson T, Sapey E, Lord JM. Frailty and sarcopenia: The potential role of an aged immune system. *Ageing Res Rev* 36:1–10, 2017.
61. Taşkıran E, Elibol N, Savaş S. Sarkopeni ve dinapeni. Savaş S, Kılavuz A, editörler. *Multidisipliner Bakış Açısıyla Geriatrik Sendromlar*. 1. Baskı. s. 24-9, Ankara: Türkiye Klinikleri; 2023.
62. Isabela T, Jesus M, Orlandi F et all. Frailty state transitions among non-frail and vulnerable older adults: Does mobility performance really matter? *Geriatric Nursing* 42(6):1367-1372, 2021.
63. Mutlu Z. Yaşlı bireylerde yaşam tatmini ve sosyal destek ilişkisinin incelenmesi. Gazi Üniversitesi Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012.
64. Ekşioğlu YA. Yaşlıların yaşlılık algısının yaşam kalitesi ve depresyonla ilişkisi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016.
65. Folstein MF, Folstein S, Mc Hugh P.R. “Mini Mental State” A practical method for grading the cognitive state of patients fort he clinician.n *J Psychiatr Res* 12(189):198, 1975.
66. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize Mini Mental Testinin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 13:273-281, 2002.
67. Ertan T, Eker E, Güngen C ve ark. The standardised Mini-Mental Examination for illiterate Turkish elderly population. Paper presented at 2nd International Symposium on Neurophysiological and Neurophysiological Assessment of Mental and Behavioral Disorders 28–30, 1999.
68. Babacan GY, Emel UR, Kolukısa M, Işık AT, Gürsoy E, Kocaman G. ve Çelebi A. Eğitimsizler için modifiye edilen Mini Mental Testin (MMSE-E) Türk toplumunda Alzheimer hastalığı tanısında geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 27(1):41-46, 2016.

69. Aydın G, Aydın O. Otomatik düşünceler ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 7(24):51-55, 1990.
70. Şahin NH, Şahin N. Reliability and validity of the Turkish version of the Automatic Thoughts Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology* 48(3):334-340, 1992.
71. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing* 35(5):526-9, 2006
72. Chan YH. Biostatistics 101: Data Presentation. *Singapore Medical Journal* 44(6):280-285, 2003.
73. Shao AT. (2002). *Marketing Research: An Aid to Decision Making*, Cincinnati, Ohio: South-Western/Thomson Learning.
74. Woods NF, LaCroix AZ, Gray SL, et al. Frailty: emergence and consequences in women aged 65 and older in the Women's Health Initiative Observational Study (published correction appears in *J Am Geriatr Soc*. 2017 Jul;65(7):1631-1632). *J Am Geriatr Soc* 3(8):1321-1330, 2005.
75. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 56(3):M146-M156, 2001.
76. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 60(8):1487-1492, 2012.
77. Atakul E. 65 yaş ve üzeri hematolojik onkoloji hastalarının kırılabilirlik düzeylerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2017.
78. Akdeniz M, Oğuz N, Arı A, Kavukcu E. Yaşlılarda düşünlük. İzbirak G, editör. *Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı*. 1. Baskı. s. 25-32. Ankara, 2019.
79. Jung HW, Yoo HJ, Park SY, et al. The Korean version of the FRAIL scale: clinical feasibility and validity of assessing the frailty status of Korean elderly. *Korean J Intern Med* 31(3):594-600, 2016.
80. Díaz de León González E, Gutiérrez Hermsillo H, Martínez Beltrán JA, et al. Validation of the FRAIL scale in Mexican elderly: results from the Mexican Health and Aging Study. *Aging Clin Exp Res* 28(5):901-908, 2016.
81. Poli S, Pandolfini V. Social Factors & Elderly Frailty - An Application of the Frail Scale in Italy. *Bulletin of Sociological Methodology* 131(1):92-100, 2016.

82. Muradi H, Begum BA. Yaşlılarda kırılğanlığı ölçmeye yönelik FRAİL ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi Ankara, 2017.
83. Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *J Nutr Health Aging* 16(7):601-608, 2012.
84. De Labra C, Maseda A, Lorenzo-López L, López-López R, Buján A, Rodríguez-Villamil JL, et al. Social factors and quality of life aspects on frailty syndrome in community-dwelling older adults: the VERISAÚDE study. *BMC geriatrics* 18(1):66, 2018.
85. Turner G, Clegg A; British Geriatrics Society; Age UK; Royal College of General Practitioners. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age Ageing* 43(6):744-747, 2014.
86. Çakmur H. Frailty among elderly adults in a rural area of Turkey. *Med Sci Monit* 21:1232-1242, 2015.
87. Silva AP, Pureza DY, Landre CB. Frailty syndrome in elderly patients with type 2 diabetes mellitus, *Acta Paul Enferm* 28(6):503-509, 2015.
88. Eyigor S, Kutsal YG, Duran E, et al. Frailty prevalence and related factors in the older adult-FrailTURK Project. *Age (Dordr)* 37(3):9791, 2015.
89. Demez M. Ergenlerde kendine zarar verme davranışı ile olumsuz otomatik düşünceler arasındaki ilişkinin incelenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2016.
90. Herr M, Robine J-M, Pinot J, et al. Polypharmacy and frailty: prevalence, relationship, and impact on mortality in a French sample of 2350 old people. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 24:637-46, 2015.
91. Yuki A, Otsuka R, Tange C, et al. Polypharmacy is associated with frailty in Japanese community-dwelling older adults. *Geriatr Gerontol Int* 18:1497-500,2018.
92. Arslan M, Keskin Arslan E, Koç ME, Sözmek MK, Kaplan YC, Altmış Beş Yaş ve Üzeri Kişilerde Kırılğanlık ile İlaç Kullanımı ve Polifarmasi Arasındaki İlişki, *Med Bull Haseki* 58:33-41, 2020.

93. Scanlon, A.Lee, G. A. The use of the term vulnerability in acute care: Why does it differ and what does it mean? *Australian Journal of Advanced Nursing* 24(3):54, 2007.
94. Sarıçam H, İlbay AB, Uysal R, Çardak M. ve Akın A. Turkish version of the short form of resilience appraisal scale: The validity and reliability study. In *International Counseling and Education Conference, İstanbul Technical University, İstanbul, Turkey.* 3-5, 2012.
95. Sinclair VG, Wallston KA. The development and validation of the Psychological Vulnerability Scale. *Cognitive Therapy and Research* 23(2):119-129, 1992.
96. Mongrain M, Blackburn S. Cognitive vulnerability, life time risk, and the occurrence of major depression in graduate students. *Cognitive Therapy and Research* 29(6):747-768, 2005.
97. Greene R. (2002). *Resilience: An integrated approach to practice, policy, and research.* Washington, DC: National Association of Social Workers Press
98. Windle M. (1999). Critical conceptual and measurement issues in the study of resilience. In M. D. Glantz ve J. L. Johnson (Eds.) *New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.*
99. Gürkan S. Ortaokul öğrencilerinin psikolojik sağlık ile sosyal duygusal öğrenme becerileri arasındaki ilişkide otomatik düşüncelerin aracı rolü. *İstanbul Üniversitesi Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.*

## 8. EKLER

### Ek 1. Bilgi Formu

1.	Yaşınız:	.....
2.	Cinsiyetiniz:	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
3.	Daha önce düştünüz mü?	<input type="checkbox"/> Evet ise sayısını belirtiniz <input type="checkbox"/> Hayır
4.	Ruhsal bir hastalığınız mevcut mu?	<input type="checkbox"/> Evet ise açıklayınız <input type="checkbox"/> Hayır
5.	Kronik bir hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Kalp Hastalıkları <input type="checkbox"/> Romatizmal Hastalıklar <input type="checkbox"/> Osteoporoz <input type="checkbox"/> Diğer
6.	Çalışma durumu:	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
7.	Mesleğiniz:	
8.	Eğitim Düzeyiniz	<input type="checkbox"/> Okuma-Yazma Bilmiyor <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Yüksekokul
9.	Sosyal Güvenceniz:	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
10.	Aile Tipiniz:	<input type="checkbox"/> Çekirdek aile <input type="checkbox"/> Geniş aile <input type="checkbox"/> Parçalanmış aile
11.	Şu an kim/kimlerle yaşamaktasınız?	<input type="checkbox"/> Tek yaşıyorum <input type="checkbox"/> Eşim ile beraber yaşıyorum <input type="checkbox"/> Eşim ve çocuk/çocuklarımla beraber yaşıyorum <input type="checkbox"/> Bakım evi ya da huzurevinde yaşıyorum
12.	Kullandığınız bir ilaç var mı?	<input type="checkbox"/> Evet ise kısaca yazınız. <input type="checkbox"/> Hayır

13.	Daha önce geçirmiş olduğunuz ameliyat/ameliyatlar var mı?	<input type="checkbox"/> Evet ise kısaca yazınız. <input type="checkbox"/> Hayır
14.	Düzenli kullandığınız protez/protezler var mı?	<input type="checkbox"/> Evet ise kısaca yazınız. <input type="checkbox"/> Hayır
15.	Şu anda kendinizi ruhsal açıdan nasıl hissediyorsunuz?	<input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü
16.	Şu anda kendinizi fiziksel açıdan nasıl hissediyorsunuz?	<input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü
17.	Şu anda kendinizi sosyal açıdan nasıl hissediyorsunuz?	<input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü
18.	Şu anki kişiler arası ilişkilerinizi nasıl değerlendirirsiniz?	<input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü
19.	Şu anki maddi durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	<input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü

## Ek 2. Standardize Mini Mental Test

### YÖNELİM (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz?

Hangi mevsimdeyiz?

Hangi aydayız?

Bugün ayın kaçı?

Hangi gündeyiz?

Hangi ülkede yaşıyoruz?

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?

Şu an bulunduğunuz semt neresidir?

Şu an bulunduğunuz bina neresidir?

Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız?

### KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın. “**Masa, Bayrak, Elbise**” (20 saniye süre tanınır, her doğru isim 1 puan verilir).

### DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin. “**100, 93, 86, 79, 72, 65**” (Her doğru sayı için 1 puan verilir).

### HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyiniz. “**Masa, Bayrak, Elbise**” (Her doğru isim 1 puan verilir.).

### LİSAN (Toplam puan 9)

a) Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir?  
“**Saat, kalem**” (20 saniye süre tanınır, her doğru nesne için 1 puan toplam 2 puan verilir)

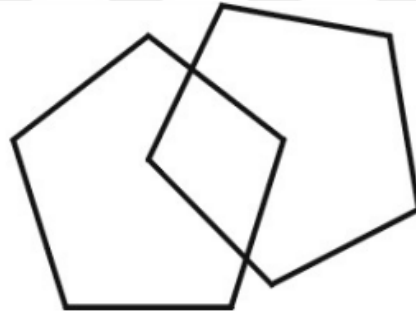
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. **“Eğer ve fakat istemiyorum”** (10 saniye süre tanınır, 1 puan verilir)

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. **“Masada duran kâğıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen”** (30 saniye süre tanınır, her bir doğru işlem için 1 puan toplam 3 puan verilir).

d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. **“GÖZLERİNİZİ KAPATIN”** yazısı gösterilir. (Doğru işlem için 1 puan verilir)

e) Şimdi vereceğim kâğıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın. (Doğru işlem için 1 puan verilir).

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (Doğru işlem için 1 puan verilir).



### **Ek 3. Eğitimsizler İçin Mini Mental Test**

#### **YÖNELİM (Toplam puan 10)**

Hangi yıl içindeyiz?

Hangi mevsimdeyiz?

Hangi aydayız?

Hangi gündeyiz?

Şu anda sabah mı, öğle mi, akşam mı?

Hangi ülkede yaşıyoruz?

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?

Şu an bulunduğunuz semt neresidir?

Şu an bulunduğunuz bina neresidir?

Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız?

#### **KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)**

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın “**Masa, Bayrak, Elbise**” (20 saniye süre tanınır, her doğru isim 1 puan verilir).

#### **DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam puan 5)**

Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? Örneğin PAZAR’dan önce CUMARTESİ gelir, ondan önce ne gelir? (Her doğru gün için 1 puan verilir).

#### **HATIRLAMA (Toplam puan 3)**

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin. “**Masa, Bayrak, Elbise**” (Her doğru isim 1 puan verilir.)

#### **LİSAN (Toplam puan 9)**

a) Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? “Saate, kalem” (20 saniye süre tanınır, her doğru nesne için 1 puan toplam 2 puan verilir)

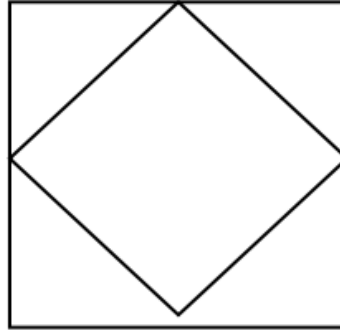
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. **“Eğer ve fakat istemiyorum”** (10 saniye süre tanınır, 1 puan verilir).

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. **“Masada duran kâğıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen”** (30 saniye süre tanınır, , her bir doğru işlem için 1 puan toplam 3 puan verilir).

d) Şimdi yüzüme bakın ve yaptığımın aynısını yapın. **“GÖZLERİNİZİ KAPATIN”** Doğru işlem için 1 puan verilir)

e) Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin (30 saniye süre tanınır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir)

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 dakika süre tanınır, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir).



#### Ek 4. Otomatik Düşünceler Ölçeği

**Yönerge:** Aşağıda bireylerin zaman zaman aklına gelen bazı düşünceler ifade edilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak bu düşüncelerin son bir hafta içerisinde aklınızdan ne sıklıkla geçtiğini işaretlemek suretiyle belirtiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Hiç aklımdan geçmedi.

2. Ender olarak aklımdan geçti.

3. Arada sırada aklımdan geçti.

4. Sık sık aklımdan geçti.

5. Hep aklımdan geçti.

Ne kadar aklınızdan geçti	Hiç	Ender	Ara-Sıra	Sık Sık	Her Zaman
1. Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor.	1	2	3	4	5
2. Hiçbir işe yaramıyorum.	1	2	3	4	5
3. Neden hiç başarılı olamıyorum?	1	2	3	4	5
4. Beni hiç kimse anlamıyor.	1	2	3	4	5
5. Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu.	1	2	3	4	5
6. Devam edebileceğimi sanmıyorum.	1	2	3	4	5
7. Keşke daha iyi bir insan olsaydım.	1	2	3	4	5
8. Öyle güçsüzüm ki...	1	2	3	4	5
9. Hayatım istediğim gibi gitmiyor.	1	2	3	4	5
10. Kendimi düş kırıklığına uğrattım.	1	2	3	4	5
11. Artık hiçbir şeyin tadı kalmadı.	1	2	3	4	5
12. Artık dayanamayacağım.	1	2	3	4	5
13. Bir türlü harekete geçemiyorum.	1	2	3	4	5

14. Neyim var benim?	1	2	3	4	5
15. Keşke başka bir yerde olsaydım.	1	2	3	4	5
16. Hiçbir şeyin iki ucunu bir araya getiremiyorum.	1	2	3	4	5
17. Kendimden nefret ediyorum.	1	2	3	4	5
18. Değersiz bir insanım.	1	2	3	4	5
19. Keşke birden yok olabilseydim.	1	2	3	4	5
20. Ne zorum var benim?	1	2	3	4	5
21. Hayatta hep kaybetmeye mahkumum.	1	2	3	4	5
22. Hayatım karmakarışık.	1	2	3	4	5
23. Başarısızım.	1	2	3	4	5
24. Hiçbir zaman başaramayacağım.	1	2	3	4	5
25. Kendimi çok çaresiz hissediyorum.	1	2	3	4	5
26. Bir şeylerin değişmesi gerek.	1	2	3	4	5
27. Bende mutlaka bir bozukluk olmalı.	1	2	3	4	5
28. Geleceğim kasvetli.	1	2	3	4	5
29. Hiçbir şey için uğraşmaya değmez.	1	2	3	4	5
30. Hiçbir şeyi bitiremiyorum.	1	2	3	4	5

## Ek 5. Edmonton Kırılgnlık Ölçeği

KIRILGANLIK ALANI	MADDE	0 PUAN	1 PUAN	2 PUAN
<b>Bilişsel Durum</b>	<b>Lütfen bu çizili dairenin bir saat olduğunu düşünün. Sizden sayıları doğru yere koymanızı ve sonra elinizle 11'i 10 geçeyi göstermenizi istiyorum.</b>	Hata yok	Küçük yerleştirme hataları	Diğer hatalar
<b>Genel Sağlık Durumu</b>	<b>Geçen yıl kaç defa hastaneye yattınız?</b>	0	1-2	>2
	<b>Genel olarak sağlığınızı nasıl tanımlarsınız?</b>	Mükemmel Çok iyi İyi	İdare eder	Kötü
<b>Fonksiyonel bağımsızlık</b>	<b>Aşağıdaki aktivitelerin kaçında yardıma ihtiyacınız olur?</b> -Yemek hazırlama -Alışveriş yapma -Ulaşım -Telefon -Ev temizliği -Çamaşır yıkamak -Paranın idaresi -İlaç almak	0-1	2-4	5-8
<b>Sosyal Destek</b>	<b>Yardıma ihtiyacınız olduğunda size yardım edebilecek ve istekli herhangi birine güvenebiliyor musunuz?</b>	Her zaman	Bazen	Hiç

<b>İlaç Kullanımı</b>	<b>Düzenli olarak 5 veya daha fazla farklı ilaç kullanıyor musunuz?</b>	Hayır	Evet	
	<b>Zaman zaman reçeteli ilaçlarınızı almayı unutuyor musunuz?</b>	Hayır	Evet	
<b>Beslenme</b>	<b>Son zamanlarda giysilerinizde bollaşmaya neden olacak kadar kilo kaybınız oldu mu?</b>	Hayır	Evet	
<b>Ruh Hali</b>	<b>Kendinizi sıklıkla üzgün veya depresif hisseder misiniz?</b>	Hayır	Evet	
<b>Kontinans</b>	<b>İstemsiz idrar kaçırma probleminiz var mı?</b>	Hayır	Evet	
<b>Fonksiyonel Performans</b>	<b>Sizden bu sandalyeye rahatça oturmanızı rica ediyorum. Size “gidin” dediğim zaman ayağa kalkın ve zeminde işaretli yere kadar (ortalama 3 metre) rahat ve güvenli yürüyün ve geri dönüp sandalyeye oturun. Süresi değerlendirilir.</b>	0-10 sn	11-20sn	>20 saniye veya hastanın isteksizliği veya yardıma ihtiyaç duyması
<b>Toplam</b>	<b>Toplam skor kolonların skorları toplamıdır.</b>			
<b>Kırılgenlik Analiz Skoru</b>				
<b>0-4</b>		<b>Kırılgen Değil</b>		
<b>5-6</b>		<b>Görünürde Savunmasız</b>		
<b>7-8</b>		<b>Hafif Kırılgen</b>		
<b>9-10</b>		<b>Orta Kırılgen</b>		
<b>11 veya daha fazla</b>		<b>Şiddetli Kırılgen</b>		

## Ek 6. Araştırma Gönüllü Katılım Formu



### ARAŞTIRMA GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Bu çalışma, “65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Otomatik Düşünceler İle Kırılganlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı bir araştırma çalışması olup 65 yaş ve üzeri bireylerin otomatik düşünceler ile kırılganlık arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmaktadır. Çalışma, Doç. Dr. Sibel ARGUVANLI ÇOBAN tarafından yürütülmektedir. Araştırmanın size getireceği olası faydalar; 65 yaş ve üzeri bireylerde otomatik düşünceler ve psikolojik kırılganlık arasındaki ilişkinin incelenmesine katkı sağlamak ve akademik bir çalışmaya katkıda bulunmaktır. Araştırmamızın size getireceği herhangi bir risk söz konusu değildir.

- Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- Çalışmanın amacı doğrultusunda, yapılarak sizden veriler toplanacaktır.
- İsminizi yazmak ya da kimliğinizi açığa çıkaracak bir bilgi vermek zorunda değilsiniz/araştırmada katılımcıların isimleri gizli tutulacaktır.
- Araştırma kapsamında toplanan veriler, sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak, araştırmanın amacı dışında ya da başka bir araştırmada kullanılmayacak ve gerekmesi halinde, sizin (yazılı) izniniz olmadan başkalarıyla paylaşılmayacaktır.
- İstemeniz halinde sizden toplanan verileri inceleme hakkınız bulunmaktadır.
- Sizden toplanan veriler bilimsel araştırma verilerinin saklanması yöntemi ile korunacak ve araştırma bitiminde arşivlenecek veya imha edilecektir.
- Veri toplama sürecinde/süreçlerinde size rahatsızlık verebilecek herhangi bir soru/talep olmayacaktır. Yine de katılımınız sırasında herhangi bir sebepten rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda sizden toplanan veriler çalışmadan çıkarılacak ve imha edilecektir.

Gönüllü katılım formunu okumak ve değerlendirmek üzere ayırdığımız zaman için teşekkür ederim. Çalışma hakkındaki sorularınızı Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünden Doç. Dr. Sibel ARGUVANLI ÇOBAN'a ([...../.....](#)) yöneltebilirsiniz.

Araştırmacı Adı: Doç. Dr. Sibel ARGUVANLI ÇOBAN

Adres: Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

İş Tel: .....

Cep Tel: .....

**Bu çalışmaya tamamen kendi rızamla, istediğim takdirde çalışmadan ayrılabileceğimi bilerek verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.**  
(Lütfen bu formu doldurup imzaladıktan sonra veri toplayan kişiye veriniz.)

Katılımcı Ad ve Soyadı:

İmza:

Tarih:

## Ek 7. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 07.11.2022-233102

Kurum kayıt Tarihi ve  
Sayısı: 14.10.2022/225898

Protokol No:332

27.10.2022



T.C

### ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARARI

ÇALIŞMANIN TÜRÜ:	Anket
BAŞLIK:	65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Otomatik Düşünceler İle Kırılganlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
SORUMLU ARAŞTIRMACI:	Doç. Dr. Sibel ARGUVANLI ÇOBAN
YARDIMCI ARAŞTIRMACI:	Beyza SAKARYA
KARAR:	UYGUN

#### ETİK KURUL ÜYELERİ

Prof. Dr. Ertuğrul YILDIRIM  
Başkan

Prof. Dr. Ahmet Ferda ÇAKMAK  
Üye

Prof. Dr. Ahmet EFİLOĞLU  
Üye

Prof. Dr. Ahmet Erkan KOCA  
Üye  
(KATILMADI)

Doç. Dr. Tülay KUZLU AYYILDIZ  
Üye

Doç. Dr. Şaban ÇELİKOĞLU  
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Çağatay BÜYÜKUYSAL  
Üye  
(KATILMADI)

29.05.2014 tarih ve 2014/08-13 sayılı Senato Kararı ile kabul edilmiştir.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5319&eD=BSNKS6MAA5&eS=233102> adresinden yapılabilir.

## Ek 8. Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 02.01.2023-256519



T.C.  
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : E-36771699-302.08.01-256519  
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

### HEMŞİRELİK ENSTİTÜ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalımız Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği tezli yüksek lisans programı öğrencisi Beyza SAKARYA'nın tez çalışması iznine ilişkin Rektörlük Makamının 28.12.2022 tarih, 254552 sayılı yazıları ekte sunulmuştur.

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Zehra SAFİ ÖZ  
Enstitü Müdürü

Ek:Yazı

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Belge Doğrulama Kodu : BSRK9K0F65 Pin Kodu : 51832

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/bulent-ecvit-universitesi-ebys>

Adres : ZBEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 67100 Zonguldak

Telefon : (0372) 291 24 82 Faks:(0372) 291 24 57

e-Posta : [saglikbilimleri@beun.edu.tr](mailto:saglikbilimleri@beun.edu.tr) Web : <http://saba.beun.edu.tr>

Kep Adresi : [beun@hs03.kep.tr](mailto:beun@hs03.kep.tr)

Bilgi için : Ömer Teşki

Unvanı : Memur



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.  
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı : E-46148110-302.08.01-254552  
Konu : Anketler (Beyza SAKARYA)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 25.11.2022 tarihli ve 36771699- 302.08.01- 241990 sayılı yazımız.

Gazi Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığından alınan 26.12.2022 tarih, 542813 sayılı ve "Anketler (Beyza SAKARYA)" konulu yazı ilişiktir.  
Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Şenol Hakan KUTOĞLU  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

Ek:1- Yazı Örneği

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSDKJPVYNE Pin Kodu : 24013 Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/bulent-ecavit-universitesi-sbys>  
Adres : Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Rektörlüğü 67100 Zonguldak Bilgi için : Ayşe DEMİRCAN  
Telefon : (0372) 257 29 78 Faks:(0372) 257 31 76 Unvanı : Şef  
e-Posta : oisb@beun.edu.tr Web : <http://w3.beun.edu.tr/> Tel No : (0372) 2574010-1429  
Kep Adresi : beun@ks03.kep.tr

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : E-17311665-044-542813  
Konu : Anketler (Beyza SAKARYA)

26.12.2022

ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 28.11.2022 tarihli ve 242215 sayılı yazı.

Universiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği tezli yüksek lisans programı öğrencisi Beyza SAKARYA'nın, Doç. Dr. Sibel ARGUVANLI danışmanlığında yürüttüğü "65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Otomatik Düşünceler ile Kırılganlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışması kapsamındaki ilgi yazınız Üniversitemiz Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğüne iletilmiş olup alınan cevabi yazı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

**Prof. Dr. Yücel GELİŞLİ**  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

Ek:İlgi yazı ve eki (2 sayfa)

Belge Doğrulama Kodu :BSD73N6MZZ

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-oby>

Gazi Üniversitesi Öğrenci İşleri Dairesi Başkanlığı Rektörlük Kampüsü Emniyet  
Msh. Bandırma Cad. No: 6/6 06500 Yenimahalle/ ANKARA  
Tel:0 (312) 212 68 40 Faks:0 (312) 202 28 08  
e-Posta :ogris@gazi.edu.tr İnternet Adresi :www.ogris.gazi.edu.tr  
Kep Adresi :gaziuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için :Çiğdem KAYA (Talip Gümüş Vakıfıyla)  
Bilgisayar İşlemcisi V.



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi  
Gazi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-42000842-045.99-539900  
Konu : Beyza SAKARYA (Tez  
Uygulama İzni hk.)

21.12.2022

REKTÖRLÜK MAKAMINA  
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : a) 02.12.2022 tarihli ve 17311665-044- 524870 sayılı yazı.  
b) 20.12.2022 tarihli ve 57676391-045.99- 537920 sayılı yazı.

İlgi yazıya istinaden, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği tezli yüksek lisans programı öğrencisi Beyza SAKARYA'nın, Doç. Dr. Sibel ARGUVANLI danışmanlığında yürüttüğü "65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Otomatik Düşünceler ile Kırılganlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasının hastanemizde Geriatri Bilim Dalına Bağlı Geriatri Polikliniğinde uygulama izni talebi tarafımızca uygun görülmüştür. Bölümden alınan cevabi yazı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Doç. Dr. Hasan BOSTANCI  
Başhekim

Belge Doğrulama Kodu :BSD7DEBL32

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://www.nurkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys>

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi  
06510 Beşevler/ANKARA  
Tel:2025088 Faks:0 (312) 223 05 28  
e-Posta :[hastane@gazi.edu.tr](mailto:hastane@gazi.edu.tr) İnternet Adresi :[www.hastane.gazi.edu.tr](http://www.hastane.gazi.edu.tr)  
Kep Adresi :[gaziuniversitesi@hs01.kep.tr](mailto:gaziuniversitesi@hs01.kep.tr)

Bilgi için :Ayşe KABASAKAL  
Hemşire  
Telefon No:2024085



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Geriatri Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-57676391-045.99-537920  
Konu : Diğer

20.12.2022

**SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE**

12.12.2022-E-42000842-044-531605 tarih ve sayılı yazıya cevaben Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve yüksek lisans programı öğrencisi Beyza SAKARYA'nın Doç. Dr. Sibel ARGUVANLI danışmanlığında yürüttüğü 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Otomatik Düşünceler ile Kırılgnlık Arasındaki İlişkinin "İncelenmesi konulu tez çalışması Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Geriatri Bilim dalında yapılması tarafımızca uygun bulunmuştur.

Gereği bilgilerinize arz olmuştur.

**Prof. Dr. Berna GÖKER**  
Bilim Dalı Başkanı

Belge Doğrulama Kodu :BSU7DD6313

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Belge Teslim Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys>

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 06500 Beşevler/ANKARA  
Tel:0 (312) 212 60 40 Faks:0 (312) 221 32 02  
e-Posta :[tip@gazi.edu.tr](mailto:tip@gazi.edu.tr) İnternet Adresi :<http://med.gazi.edu.tr/>  
Kep Adresi: [gazunivresitesi@hs01.kep.tr](mailto:gazunivresitesi@hs01.kep.tr)

Bilgi için Hatice Cingöz Öcal  
Sekreter  
Telefon No:202 4565



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## Ek 9. Tez Konusu Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 16.11.2022-237733



T.C.  
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı :E-36771699-302.14.01-237733  
Konu : Tez Adı Değişikliği (Beyza SAKARYA)

### HEMŞİRELİK ENSTİTÜ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği tezli yüksek lisans programı 205283116002 numaralı öğrencisi Beyza SAKARYA'nın tez adı değişikliğinin kabulüne ilişkin alınan Enstitü Yönetim Kurulunun 14.11.2022 tarihli ve 2022/33-01 sayılı karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Zehra SAFİ ÖZ  
Enstitü Müdürü

Ek:Enstitü Yönetim Kurulu Kararı (1 Sayfa)

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Belge Doğrulama Kodu : BSRKU6ECUU Fpa Kodu : 57992

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/bulent-ecvit-universitesi-oby>

Adres : ZBEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 67100 Zonguldak

Telefon : (0372) 291 24 82 Faks:(0372) 291 24 37

e-Posta : [saglikbilimleri@beun.edu.tr](mailto:saglikbilimleri@beun.edu.tr) Web : <http://sabs.beun.edu.tr>

Kep Adresi : [beun@hs03.kep.tr](mailto:beun@hs03.kep.tr)

Bilgi için : Onur GENÇ

Unvanı : Bilgisayar İşletmeni



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.  
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Tarih : 14.11.2022  
Sayı : 2022/33

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

**TOPLANTIYA KATILANLAR**

Doç. Dr. Zehra SAFİ ÖZ (Enstitü Müdürü)  
Doç. Dr. Tülay KUZLU AYYILDIZ (Ens.Müd.Yrd.)  
Dr. Öğr. Üyesi Fürtüzan KÖKTÜRK (Ens.Müd.Yrd.)  
Prof. Dr. Baran Can SAĞLAM (Üye)  
Prof. Dr. Meltem KÜRTÜNCÜ(Üye)  
Doç. Dr. Seda CENGİZ (Üye)

**TOPLANTIYA KATILMAYANLAR**

Enstitü Yönetim Kurulu çoğunluğu sağlanarak Enstitü Müdürü Doç. Dr. Zehra SAFİ ÖZ başkanlığında 14.11.2022 tarihinde saat 14:00'da aşağıdaki gündem maddelerini görüşmek üzere toplandı.

**MADDE 01**

Enstitümüz Hemşirelik Enstitü Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 07.11.2022 tarih, 235073 sayılı yazısı ile ekinde yer alan "Yüksek Lisans Tez Adı Değişikliği Bildirim Formu" (Form:F19-A) ile "Yüksek Lisans Tez Başvuru Bildirim Formu" (Form:F10) okundu.

**Beyza SAKARYA**  
Tez Adı  
Değişikliğinin  
Kabulü

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği tezli yüksek lisans programı 205283116002 numaralı öğrencisi Beyza SAKARYA'nın Enstitü Yönetim Kurulunun 22.10.2021 tarih, 2021/35-03 sayılı kararı ile kabul edilen "Bariatrik Cerrahi Öncesi ve Sonrasında Bireylerin Yaşam Doyumu ile Psikolojik İyi Oluş Düzeylerinin Karşılaştırılması" tez konusunun Hemşirelik Enstitü Anabilim Dalı Başkanlığı'nın teklifi doğrultusunda ve ZBEÜ İnsan Araştırmaları Etik Kurulu kararı gereğince "65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Otomatik Düşünceler İle Kırılganlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" şeklinde değiştirilmesinin kabulüne oybirliğiyle karar verildi.



## Ek 10. Otomatik Düşünce Ölçeği Kullanım İzni

olcek izni

Gelen kutusu



Gulsen T. 6 Eki



alıcı: ben v

Merhaba Beyza,  
Otomatik Düşünceler Ölçeği'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını ve belirtilen kaynakları da kullanmanızdır. Ayrıca, Envanterin orijinalini geliştiren araştırmacılarla ilgili gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Nesrin Hisli Sahin, PhD

Adjunct Professor

School of Psychology & Counseling

Fairleigh Dickinson University

[285 Madison Ave](#)

[Madison, NJ 07940](#)

e-mail.

## Ek 11. Edmonton Kırılgnlık Ölçeği Kullanım İzni

### Edmonton Kırılgnlık Ölçeği Hakkında Gelen kutusu



ben 9 Eki

Merhaba Sayın Hocam, Ben Beyza Sakarya, Zonguldak...

**Fisun Şenuzun** 14:16



alıcı: ben v

Sevgili Beyzacım,

Öncelikle yüksekisans tezinde başarılar diliyorum.  
Edmonton kırılgnlık ölçeğini memnuniyet ile  
kullanabilirsin.

Sevgilerimle

iPhone'umdan gönderildi

Beyza Sakarya

şunları

yazdı (9 Eki 2022 18:07):

**Ek 12. Nöropsikoloji ve Nöropsikolojik Testler Kursu Katılım Belgesi**



## 9. ÖZGEÇMİŞ

### **Kişisel Bilgiler:**

Ad Soyad: Beyza SAKARYA

Doğum Tarihi/Doğum Yeri:

### **Eğitim Bilgileri**

2020-2023: Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

2016-2020: Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

2012-2016: Ordu Anadolu Lisesi

### **Çalışma Geçmişi**

15.11.2022-Halen: T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Klinik Hemşiresi

24.01.2022-14.05.2022- TC. Sağlık Bakanlığı Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Hemşiresi

### **Yayınlar/ Bilimsel Etkinlik**

Sakarya B, Arguvanlı Çoban S. (2022). Investigation of the Relationship Between Automatic Thoughts and Frailty in Individuals Age 65 and Over: A Review. 10. International Gevher Nesibe Medical Sciences Conference ISBN: 978-625-6404-62-5.