

HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARDA PSİKOLOJİK KABUL DÜZEYİ VE KAYGI BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Duygu PAMİR AKIN

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

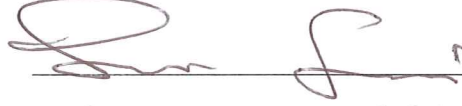
ANKARA, 2010

KABUL VE ONAY

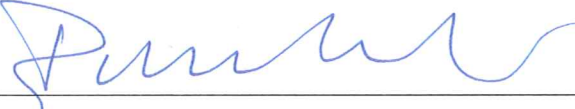
Duygu PAMİR AKIN tarafından hazırlanan “Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Kaygı Belirtileri ve Psikolojik Kabul Düzeyi Arasındaki İlişkiler” başlıklı bu çalışma, 25 Haziran 2010 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Elif Barışkın (Başkan)



Prof. Dr. Gonca Soygüt Pekak (Danışman)



Prof. Dr. Banu Cangöz

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. İrfan Çakın

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun ...1... yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

25.06.2010


Duygu PAMİR AKIN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca bana yol gösteren çok sevgili hocam ve değerli tez danışmanım Prof. Dr. Gonca Soygüt Pekak'a ilgisi ve katkıları için teşekkürü bir borç bilirim. Kendisinin güven ve huzur veren desteğini hissetmenin anlamı, benim için ifade edilemeyecek kadar büyük.

Değerli hocalarım Prof. Dr. Elif Barışkın, Prof. Dr. İhsan Dağ, Prof. Dr. Ferhunde Öktem, Dr. Sedat Işıklı ve Dr. Zeynep Atbaşoğlu'na klinik psikoloji eğitimim boyunca verdikleri bilgiler ve üzerimdeki emekleri için teşekkür ederim. Ayrıca Tez Savunma Sınavı jüri üyem Prof. Dr. Banu Cangöz'e bu süreçteki yapıcı ve değerli katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Üniversite birinci sınıftan itibaren her zaman desteğini yanımda hissettiğim, tez sürecinde her türlü sorumu bıkmadan cevaplayan ve hepsine yapıcı çözümler getiren çok sevgili hocam Yrd. Doç. Dr. Sait Uluç'a üzerimdeki emekleri için teşekkür ederim. Varlığınız bana hep güven verdi.

Ankara'daki veri toplama sürecinde tüm yaşlı tanıdıklarını seferber eden ve benimle birlikte ev ev dolaşan Selma Akın, Zeynep Akıcı, Kemal Akıcı ve Sadiye Akıcı başta olmak üzere veri toplanmasına katkıda bulunan herkese teşekkür ederim. İzmir'deki veri toplama sürecinde, huzurevinde kaldığım süre boyunca benden desteklerini hiç esirgemeyen, ailelerinden biriymişim gibi beni sahiplenen ve yalnız hissetmememi sağlayan SGK İzmir Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi E Blok sakinlerine de teşekkürü bir borç bilirim.

Yüksek lisans arkadaşlarım Gizem Neziroğlu, Başak Karagöz ve Ceren Aydın'a bu süreçteki yardımları ve destekleri için teşekkür ederim. Birlikte çalıştık, birlikte sıkıntı çektik, birlikte eğlendik... Ayrıca, tez süresince benden moral desteklerini hiçbir zaman esirgemedikleri için Melis Ünübol, Seçil Akın ve Barış Tama'ya da teşekkür ederim.

Bu zorlu sürecin her anını benimle paylaşan, her türlü kahrımı çeken ve en yoğun anlarında bile yardım etmekten çekinmeyen canım arkadaşım Ece Ataman'a, en ihtiyaç duyduğum anlarda hep yanımda olan, varlığıyla bana mutluluk ve huzur veren ve bu süreçteki keyifli anları paylaştığım dostum Ceren Öney'e ve bu süreçte beni en iyi anlayan, ne olursa olsun hep yanımda olduğunu bildiğim arkadaşım Filiz Akgün'e sonsuz teşekkürler. İyi ki varsınız.

Tüm hayatım boyunca desteklerini üzerimden eksik etmeyen, her türlü sevincimi, sıkıntımı paylaşabildiğim sevgili annem ve babam... Uzakta olsanız bile sevginizi, desteğinizi hep yanımda hissettim. Sizlere yürekten teşekkür ederim. Ayrıca tüm aksiliklerime sabır ve sevgiyle yaklaşan ve varlığıyla bana güç veren sevgili eşim Ufuk Can Akın'a ve evdeki mutluluk kaynağım kedim Suavi Çetin'e hayatıma kattığı güzellikler için teşekkür ederim.

Son olarak yüksek lisans eğitimim süresince bana burs vererek bu tezin yazılmasına katkı sağlayan TÜBİTAK'a teşekkürü bir borç bilirim.

ÖZET

PAMİR AKIN, Duygu. *Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Psikolojik Kabul Düzeyi ve Kaygı Belirtileri Arasındaki İlişkiler* Yüksek Lisans Tezi. Ankara. 2010.

Bu çalışmada huzurevinde kalan yaşlılarda kaygı belirtileriyle, psikolojik kabul düzeyi ve çeşitli sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla ilk olarak yaşlılarda kaygı belirtilerini boyutsal bir şekilde değerlendiren Geriatrik Kaygı Ölçeği'nin uyarlama çalışması gerçekleştirilmiştir.

Ön çalışma örneklemini Ankara'nın çeşitli semtlerinde ikamet eden ve Narlidere Emekli Sandığı Dinlenme ve Bakımevi'nde kalan 60 yaş ve üzerinde toplam 153 yaşlı oluşturmaktadır. Ön çalışma aşamasındaki veri toplama araçları, Standardize Mini Mental Test (SMMT), Geriatrik Kaygı Ölçeği (GKÖ), Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) ve Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği-Durumluk Formu (DSKÖ-D)'dur. GKÖ'nün geçerliliği GDÖ ve DSKÖ-D ile incelenmiştir. Ön çalışma bulgularının, GKÖ'nün Türk kültüründe yaşlılar için güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olduğuna işaret etmesi üzerine asıl çalışmaya geçilmiştir.

Asıl çalışmada psikolojik kabul düzeyi ve kaygı belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Örneklem, Narlidere ve 75. Yıl Emekli Sandığı Dinlenme ve Bakımevleri'nde kalan 60 yaş ve üzerinde toplam 102 yaşlıdan oluşmaktadır. Asıl çalışmadaki veri toplama araçları, SMMT, İFA, GDÖ, GKÖ, Psikolojik Kabul Ölçeği (PKÖ) ve Sosyo-Demografik Bilgi Formu'dur. GDÖ depresif grubu örneklem dışında tutabilmek amacıyla; SMMT, İFA ve GDÖ ise sağlıklı yaşlı ölçütünü belirleyebilmek amacıyla uygulanmıştır.

Asıl çalışma bulguları sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendirildiğinde, yaşlılar açısından kurum içerisinde ziyaret edilmenin önemli olduğu bununla birlikte ziyaretçinin kim olduğunun kaygı düzeyi açısından kritik olmadığı ve kurum dışına çıkma sıklığı arttıkça kaygı düzeyinin yükseldiği bulunmuştur. Psikolojik kabul düzeyi

açısından bulgular değerlendirildiğinde, kabul düzeyi arttıkça kaygı düzeyinin düştüğü tespit edilmiştir.

Son olarak, değişkenlerin geriatrik kaygıyı açıklama düzeylerinin karşılaştırıldığı regresyon analizi bulguları, geriatrik kaygı düzeyinin psikolojik kabul düzeyi ve kurum dışına çıkma sıklığı değişkenleri tarafından birarada yordandığını ve psikolojik kabulün geriatrik kaygının açıklanmasında daha baskın bir değişken olduğuna işaret etmiştir.

Araştırma sonuçları, örnekleme ilişkin sınırlılıklar göz önünde bulundurularak, Kabul ve Yükümlülük Modeli, yaşlılık dönemindeki değişimler ve kurum hayatı çerçevesinde tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: yaşlılık, kaygı belirtileri, psikolojik kabul düzeyi, sosyo-demografik değişkenler, geriatrik kaygı ölçeği

ABSTRACT

PAMİR AKIN, Duygu. *The Relations Between the Level of Psychological Acceptance and Anxiety Symptoms of the Elderly People Staying at Nursing Homes*, Master's Thesis, Ankara 2010.

The objective of this study is to investigate the relations between the anxiety symptoms and the level of psychological acceptance and several socio-demographical variables in the elderly people staying at nursing homes.

In the pre-study, the reliability and validity studies of the Turkish Geriatric Anxiety Inventory, which dimensionally evaluates the anxiety symptoms in elderly people, is examined. Sample is composed of 153 elderly people, who are 60 years old or older and living in several towns of Ankara or staying at the Narlıdere Emekli Sandığı Nursing Home. The instruments were as follows: The Standardized Mini Mental Test (SMMT), the Geriatric Anxiety Inventory (GAI), the Geriatric Depression Scale (GDS) and State-Trait Anxiety Inventory – State Form (STAI-S). The validity of the GAI is examined through the GDS and the STAI-S. Overall, acceptable levels of reliability and validity of the Turkish GAI were demonstrated.

In the main study, it was aimed to examine the relations between the level of psychological acceptance and anxiety symptoms. Sample is composed of 102 elderly people, who are 60 years old or older and staying at Narlıdere and 75. Yıl Nursing Homes. The instruments were as follows: the SMMT, FAQ, GAI and GDS, The Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) and a Socio-Demographic Information Form. GDS is applied in order to exclude the depressive group out of the sample. The SMMT, FAQ and GDS are applied in order to determine the “healthy elderly” criteria.

In overall evaluation of the findings, first, being visited in the nursing home is important for the elderly people and besides the identity of the visitor is not critical for the anxiety level and as the frequency of leaving the institution increases the anxiety level increases. Second, it was found out that as the acceptance level increased, the anxiety level decreased. Finally, the regression analysis findings, in which the variables' levels of

explaining geriatric anxiety were compared, showed that geriatric anxiety level was predicted together by psychological acceptance level and the frequency of leaving the nursing home and psychological acceptance was a rather dominant variable in explaining geriatric anxiety.

The findings were discussed within the framework of Acceptance and Commitment Model, changes in the senectitude period and the life in the nursing home.

Key Words: senectitude, anxiety symptoms, psychological acceptance level, socio-demographic variables, geriatric anxiety inventory

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	i
BİLDİRİM.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar DİZİNİ	xiii
EKLER DİZİNİ.....	xiv

BÖLÜM I

GİRİŞ	1
1.1 KAYGI OLGUSU.....	1
1.1.1. Normal ve Patolojik Kaygı	2
1.1.2. Bazı Kuramsal Görüşler Çerçevesinde Kaygı Olgusu.....	2
1.1.3. Kaygı Belirtileri.....	4
1.2. YAŞLILIK DÖNEMİNDE KAYGI.....	6
1.2.1. Yaşlılık Döneminde Kaygı: Klinik Görünüm.....	6
1.2.2. Epidemiyolojik Çalışmalar.....	8
1.2.3. Komorbidite.....	9
1.2.4. Tanı Koymada Yaşanan Güçlükler.....	10
1.3. RİSK ETMENLERİ.....	11
1.3.1. Tanım.....	12
1.3.2. Fizyolojik Boyutlarıyla Yaşlanma.....	12
1.3.3. Psikolojik Boyutlarıyla Yaşlanma.....	14

1.3.3.1. Temel Bilişsel İşlevlerde Meydana Gelen Değişiklikler.....	14
1.3.4. Sosyal Boyutlarıyla Yaşlanma.....	15
1.4. KABUL VE YÜKÜMLÜLÜK MODELİ.....	17
1.4.1. Kabul ve Yükümlülük Terapisinin Psikopatoloji Anlayışı.....	17
1.4.2 Psikolojik Kabul.....	19
1.5. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	21

BÖLÜM II

YÖNTEM.....	24
2.1. ÖN ÇALIŞMA: ÖLÇEK UYARLAMA ÇALIŞMASI.....	24
2.1.1. Örneklem.....	24
2.1.2. Veri Toplama Araçları.....	25
2.1.2.1. Standardize Mini Mental Test.....	25
2.1.2.2. Geriatrik Kaygı Ölçeği.....	26
2.1.2.3. Geriatrik Depresyon Ölçeği.....	26
2.1.2.4. Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği Durumluk Kaygı Alt Ölçeği.....	27
2.1.3. İşlem.....	27
2.1.3.1. Çeviri Çalışması.....	27
2.1.3.2. Uygulamalar.....	28
2.2. ASIL ÇALIŞMA.....	28
2.2.1.Örneklem.....	28
2.2.2. Veri Toplama Araçları.....	29
2.2.2.1. İşlevsel Faaliyetler Anketi.....	30
2.2.2.2. Sosyo-demografik Bilgi Formu.....	30
2.2.2.3. Psikolojik Kabul Ölçeği.....	30
2.2.3. İşlem.....	31

BÖLÜM III

BULGULAR.....	33
3.1. GERIATRİK KAYGI ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	33
3.1.1. Verilerin Kullanılacak İstatistiksel Yönteme Uygunluğunun Sınanması.....	33
3.1.2. Güvenirlik Bulguları.....	34
3.1.2.1. Test Tekrar Test Güvenirliği.....	34
3.1.2.2. İç tutarlılık.....	34
3.1.3. Geçerlilik Bulguları.....	35
3.1.3.1. Zamandaş Geçerlilik.....	35
3.1.3.2. Birleşen Geçerlilik.....	35
3.1.3.3. Ayırdedici Geçerlilik.....	36
3.2. ASIL ÇALIŞMAYA İLİŞKİN BULGULAR.....	36
3.2.1. Verilerin Kullanılacak İstatistiksel Yönteme Uygunluğunun Sınanması.....	36
3.2.2. Çeşitli Sosyo- Demografik Değişkenlerin Geriatrik Düzeyiyle İlişkisi.....	36
3.2.3. Geriatrik Kaygı Puanını Yordayan Çeşitli Sosyo-Demografik Değişkenler ve Psikolojik Kabul Düzeyine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	39

BÖLÜM IV

TARTIŞMA.....	41
4.1. GKÖ'NÜN PSIKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI.....	41
4.1.1. GKÖ'nün Güvenirliğinin Tartışılması.....	41
4.1.2. GKÖ'nün Geçerliğinin Tartışılması.....	42

4.2. ASIL ÇALIŞMADA ELDE EDİLEN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	44
4.2.1. Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	44
4.2.2. Psikolojik Kabul Düzeyi ve Kurum Dışına Çıkma Sıklığının Geriatrik Kaygıyı Yordama Güçlerinin Değerlendirilmesi.....	48
4.3. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	51
4.4. KLİNİK DOĞURGULAR.....	52
4.5. YENİ ÇALIŞMALAR İÇİN ÖNERİLER.....	53
4.6. SONUÇ.....	54
KAYNAKÇA.....	56
EKLER.....	72

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Ön Çalışma Örnekleminin Demografik Özellikleri	25
Tablo 3.1. Güvenirlik Analizi Sonuçları.....	35
Tablo 3.2. Ortalama, Standart Sapma ve Tukey Testi Sonuçları.....	38
Tablo 3.3. Geriatrik Kaygı Ölçeğinin Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları.....	39

EKLER DİZİNİ

EK 1. Asıl Çalışma Örneklemine İlişkin Demografik Özellikler.....	72
EK 2. Geriatrik Kaygı'nın Psikolojik Kabul ve Çeşitli Sosyo-Demografik Değişkenlerle Korelasyonu	75
EK 3. Psikolojik Kabul Düzeyi ve Çeşitli Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler.....	76
EK 4. Araştırmada Kullanılan Aydınlatılmış Onam Formu.....	78
EK 5. Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....	80
EK 6. Standardize Mini Mental Test.....	84
EK 7.İşlevsel Faaliyetler Anketi.....	86
EK 8. Geriatrik Kaygı Ölçeği (Uyarlanmış Türkçe Form ve Özgün Form).....	87
EK 9. Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği-Durumluk Formu.....	89
EK 10.Geriatrik Depresyon Ölçeği.....	91
EK 11.Psikolojik Kabul Ölçeği.....	95

BÖLÜM I

GİRİŞ

Genel anlamıyla tehlike beklentisinin yarattığı bunaltı veya endişe hali olarak tanımlanabilen kaygı, kişinin günlük hayatını sürdürmesine engel olabilecek şekilde uygunsuz ve aşırı şiddette ortaya çıktığında patolojik bir boyut kazanabilmekte; bilişsel, duygusal, davranışsal ve psikolojik belirtilerle birlikte bireyin işlevsellik düzeyini düşürebilmektedir. Her yaşta görülebilen kaygı bozuklukları yaşlılık döneminde; yetersizlik duygusu (Lenze ve ark., 2000), yaşam kalitesi (Wetherell ve ark., 2004), psikososyal işlevsellik düzeyinde önemli ölçüde bozulma, sağlık merkezlerine daha sık aralıklarla başvurma (De Beurs ve ark., 1999) ve artan ölüm riski oranlarıyla (Van Hout ve ark., 2004; Ostir ve Godvin, 2006) ilişkili olabilmesi açısından önemli bir sorun alanıdır. Yapılan çalışmaların büyük bir çoğunluğu yaşlılık döneminin fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerine vurgu yaparak bu dönemin kaygı belirtileri ve bozuklukları açısından riskli olabileceğine işaret etmektedir. Buradan hareketle, bu çalışmada, özellikle korku ögesini içeren psikopatolojilerin anlaşılması ve tedavisinde etkili bir yaklaşım olan psikolojik kabulün, kaygı açısından riskli bir dönem olarak tanımlanan yaşlılık dönemindeki işlevi, çeşitli sosyo-demografik değişkenlerle karşılaştırılarak araştırılacaktır.

Bölüm içerisinde ilk olarak, yaşlılık döneminde kaygı belirtilerinin özelliklerine ve kaygıyla ilişkili olabilecek risk etkenlerine yer verilecektir. İkinci olarak, Kabul ve Yükümlülük Modeli çerçevesinde “yaşantısal kaçınma” ve “psikolojik kabul” kavramlarının kaygıyla ilişkisi aktarılacak; son olarak da, araştırmanın amacı ve hipotezleri sunulacaktır.

1.1.KAYGI OLGUSU

Araştırmanın temel değişkenlerinden biri olan kaygı olgusu, bu bölümde öncelikle normal/patolojik ayrımı içerisinde ele alınacak, daha sonra farklı kuramsal yaklaşımların kaygı olgusuna ilişkin açıklamaları özetlenerek sunulacaktır. Bölüm

içerisinde son olarak kaygı belirtileri üzerinde durulacaktır. Kabul ve Yükümlülük Modeli'nde kaygı anlayışı ise farklı bir başlıkta incelenecektir.

1.1.1. Normal ve Patolojik Kaygı

Kaygının normal ya da patolojik olarak değerlendirilmesinde, olası tehlikenin şiddeti, bunun sonucu olarak ortaya çıkan kaygı düzeyinin orantısızlığı ve kaygının sürekliliği önemli görünmektedir. Buna göre kaygı, tehlikeli durumlar karşısında gerekli önlemlerin alınmasına hizmet eden düzenleyici bir mekanizma işlevi gördüğünde, hayatta kalmak için gerekli, uyuma yönelik, duygusal ve fiziksel bir tepki olarak değerlendirilirken; tehlikenin şiddetiyle karşılaştırıldığında ileri derecede orantısızlık gösteren, tehlike ortadan kalktığında dahi sürekliliğini koruyan ve kişinin yaşam işlevlerinde azalmalara yol açan bir mekanizma olarak işlev gördüğünde patolojik bir tepki olarak tanımlanmaktadır.

Patolojik kaygı, tanısal olarak, hastaların deneyimledikleri belirtilerin ortak özelliklerine göre belli başlıklar altında sınıflandırılmaktadır. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nda (DSM-IV), kaygı bozuklukları: panik atak, agorafobi, agorafobi olmadan panik bozukluk, agorafobi ile birlikte panik bozukluk, panik bozukluk öyküsü olmadan agorafobi, özgül fobi, sosyal fobi, obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu, genel bir tıbbi duruma bağlı kaygı bozukluğu, madde kullanımının yol açtığı kaygı bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan kaygı bozukluğu başlıkları altında sınıflandırılmıştır.

1.1.2. Bazı Kuramsal Görüşler Çerçevesinde Kaygı Olgusu

Kaygı olgusu, geçmişten günümüze, farklı birçok kuram içerisinde ele alınıp açıklanmaya çalışılmıştır. Bu bölümde temel yaklaşımlar arasından, psikanalitik yaklaşım, öğrenme kuramları ve bilişsel yaklaşımlara yer verilmiş; bu kuramların, kaygı olgusuna ilişkin açıklamaları kısaca özetlenmeye çalışılmıştır.

Psikanalitik yaklaşım içerisinde kaygının anlaşılmasında ve açıklanmasında Freud'un önemli katkıları bulunmaktadır. Freud (1926, akt.; Geçtan, 1990), insan organizmasını,

tehlikeli ve düşman niteliklere sahip fiziksel ve toplumsal çevrede kendini korumak ve yaşamını sürdürebilmek amacıyla sürekli çaba göstermesi gereken bir varlık olarak tanımlamıştır. Bu bağlamda kaygı da, fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürebilme alanlarına katkıda bulunan işlevsel bir tepkidir. Freud'a göre kaygı, gerçek dışı ve mantığa aykırı bir nitelik kazandığında uyum sağlamaya yardımcı olan niteliğini kaybederek nevrotik bir yapıya bürünmekte ve normal dışı davranışların kaynağı haline gelmektedir. Freud kaygının üç ayrı biçimde görülebileceğini belirtmektedir. Bunlardan ilki olan *gerçeklik kaygısı*, dış dünyada tehlikeli bir durumun algılanmasından doğan ürkütücü bir duygudur. Bu durum, yaşam için zorunlu objenin çevrede bulunmamasından ya da yaşamın sürdürülmesini tehlikeye sokan bir objenin ortaya çıkmasından kaynaklanmaktadır. *Vicdani kaygı*, benlikte utanç ya da suçluluk duygusu yaratan, vicdanın tehlikeli saydığı durumlarda ortaya çıkan kaygıyı tanımlamaktadır. *Nevrotik kaygı*, savunma mekanizmalarının yetersiz kaldığı durumlarda, içgüdülerden gelen tehlikenin algılanmasıyla ortaya çıkan kaygıyı ifade etmektedir. Freud sonrası dönemde, analistlerin kaygının kaynağı ve doğası hakkında fikir ayrılıklarına düşmekle birlikte, genel olarak patolojik kaygı gelişiminde gelişimsel ögelere vurgu yaptıkları gözlenmektedir.

Öğrenme kuramları, kaygının özgün çevresel uyaranlara şartlı bir tepki olduğunu öne sürmektedirler. Buna göre kaygı, klasik ve edimsel koşullanmalar yoluyla kazanılmaktadır. Mowrer (1939), kaygıyı, geçmiş yaşantılar sonucu insana zarar verebilecek ya da acı verici olduğu bilinen durumların (şartsız uyaranlar) geleceğini haber veren "işaretler"e (şartlı uyaranlar) karşı ortaya çıkan öğrenilmiş bir tepki olarak tanımlamaktadır. Travmatik olaylar henüz oluşmamışken kişiye kaçabilme ve bu olayların zararlı etkilerini azaltabilme fırsatı sağlayan kaygı, bu yönüyle uyum sağlayıcı olarak değerlendirilir. Bununla birlikte, kaygı her zaman belirli bir durumdaki nesnel tehlikeyle doğru orantılı gelişmemektedir. Bu da, bireyin tehlikeli olmayan durumlarda da kaygıyı deneyimlemesine ve işlevsel olmayan davranış örüntüleri geliştirmesine yol açabilmektedir (akt.; Fischer, 1970). Dollard ve Miller (1950), kaygının, öğrenildikten sonra uyum bozucu diğer davranışları harekete geçirebileceğine vurgu yaparak, nevrozun temel elemanları olan nevrotik çatışma, belirti gelişimi ve artan bastırmanın temel nedeni haline geldiğini öne sürmektedirler (akt.; Fischer, 1970).

Bilişsel yaklaşıma göre insanların deneyimledikleri kaygının en önemli nedeni olaylar değil, bu olaylara ilişkin beklentileri ve yorumlarıdır. Beck' in (1976), bilişsel modelinin “hiyerarşik” yapısına göre, bilişsel fenomenler çeşitli seviyelerde psikolojik sorunların kaynağında rol oynayabilmektedir. Bu hiyerarşik yapıda aşağıya doğru inildikçe, bilgi işleme süreçlerini şekillendiren kökleşmiş yanlış inançlar, kavramlar, tutumlar ve bilişsel şemalara ulaşılmaktadır. Bu yapılar, kişinin çevrenin hangi özelliklerine odaklanacağını, hangi özelliklerini göz ardı edeceğini belirlemede etkili olmaktadır. Beck' e göre, şemalardaki bilişsel önermelerin bir araya gelmesiyle, kaygı sürecindeki tehlike ve zarar görme gibi temalar ortaya çıkabilmektedir (akt.; Leahy, 2004). Beck ve Emery (2005), bilgiyle karşılaşılan ilk anda yapılan değerlendirmeyi *birincil değerlendirme* olarak adlandırmaktadır. Bu değerlendirmede, mevcut durumun tehlikeli olup olmadığı araştırılmaktadır. Bu ilk izlenim kişinin, durumu kavramsallaştırmasında da etkili olmaktadır. Kişi, tehdidin doğasını değerlendirmeyle eş zamanlı olarak bu tehditle başa çıkabilmek için gerekli kaynaklarını gözden geçirmektedir. *İkincil değerlendirme* olarak adlandırılan bu süreçte, olası zararın yönünü değiştirmek için kişinin kullanabileceği içsel kaynakların ulaşılabilirliği ve verimliliği değerlendirilmektedir.

Sonuç olarak bilişsel kuram, kaygı yaşantısının biyolojik, psikolojik ve sosyal sistemlerin birleşimi sonucu ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Buna göre bir tehdidin varlığı durumunda bilişsel süreçler, sorunla baş edebilecek ulaşılabilir kaynaklar hakkında değerlendirmelerde bulunurken duygusal, davranışsal ve fizyolojik alt sistemler serisi de harekete geçmektedir (Beck ve Emery, 2005). İzleyen bölümde bu alt sistemlerde ortaya çıkan değişimler açıklanmıştır.

1.1.3. Kaygı belirtileri

Bir kaygı bozukluğuna işaret eden belirtiler bilişsel, duygusal, davranışsal ve psikolojik olmak üzere, tehlike durumlarına uyumlu tepkiler üretmek için koordine edilmiş dört işlevsel sisteme bölünebilmektedir. Kaygı belirtilerinin sınıflandırılmasında Beck ve Emery' nin (2005) sınıflandırması esas alınmıştır.

Bilişsel belirtiler: *Duyusal-algısal belirtiler, düşünme güçlükleri ve kavramsal sorunlar* olmak üzere üç başlık altında sınıflandırılmıştır. Bunlar, normal bilişsel işlevlerin abartılması ya da ketlenmesinin bir sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir. *Duyusal-algısal belirtiler:* zihinde bulanıklık hali, çevrenin değişik/gerçekdışı algılanması, gerçekdışılık hissi ve aşırı teyakkuz hali oluşması. *Düşünme güçlükleri:* önemli şeyleri hatırlayamama, düşünmeyi kontrol edememe, konsantrasyonda ve değerlendirmede güçlük çekme, ilginin çabuk dağılması, nesnelliğin ve perspektifin yitirilmesi. *Kavramsal belirtiler:* bilişsel bozulma, kontrolün yitirileceği korkusu, üstesinden gelememe korkusu, fiziksel yaralanma/ölüm korkusu, zihinsel bozukluk korkusu, olumsuz değerlendirmelerden korkma, korkutucu görsel imajlar, tekrar eden korkutucu tasavvur.

Duyusal belirtiler: Korku, endişe, dehşet duygusu, diken üstünde olma hali, tedirginlik, alarm durumuna geçme, gerginlik, sinirlilik, çaresizlik, tahammülsüzlük, şaşkınlık. Duyusal belirtiler sorunun doğasına bağlı olarak çeşitlilik gösterebilmektedir.

Davranışsal belirtiler: Ket vurma, tonik hareketsizlik, kaçma, sakınma, konuşma bozukluğu, koordinasyon bozukluğu, hareketsizlik, duruş bozukluğu. Davranışsal belirtiler, genellikle davranışsal sistemin aşırı aktivasyonunu veya engellenmesini yansıtmaktadır. Davranışlar başlangıçta, kaygıyı azaltma amacıyla ortaya çıksalar da giderek kaygıyı artırıcı bir niteliğe sahip olabilmektedirler.

Fizyolojik belirtiler: Bu belirtiler genellikle kendini koruma durumuna geçmiş organizmanın hazır olma durumunu yansıtmaktadır. Fizyolojik belirtiler vücudun farkı sistemlerinde eş zamanlı olarak oluşabilmektedir. *Kalp damar sistemi belirtileri:* çarpıntı, kalp hızında artma, kan basıncı değişiklikleri, baygınlık hali. *Solunum sistemi belirtileri:* hızlı solunum, nefes almada güçlük çekme, nefes yetmezliği, göğüste basınç, boğazda yumru hissi, boğulma hissi. *Kas-iskelet ve sinir sistemi belirtileri:* reflekslerde artış, irkilme reaksiyonu, göz seğirmesi, uykusuzluk, kasılma, titreme, yerinde duramama, yorgunluk hissi ve çabuk yorulma. *Sindirim sistemi belirtileri:* karın ağrısı, iştahsızlık, ağızda kuruma ya da sulanma, midede ya da yemek borusunda yanma. *Boşaltım sistemi belirtileri:* idrarla ilgili sıkışma ve sık idrara çıkma. *Deri belirtileri:* genel bir terleme hali, belirli bölgelerde terleme, sıcak ve soğuk nöbetler, kaşınma.

1.2. YAŞLILIK DÖNEMİNDE KAYGI

Kaygı belirtileri yaşlılık ve gençlik dönemlerinde bazı yönlerden farklılık gösterebilmektedir. Bu bölümde, yaşlılık döneminde kaygının seyri, epidemiyolojisi ve komorbiditesi genç nüfusla karşılaştırılarak sunulmuştur.

1.2.1. Yaşlılık Döneminde Kaygı: Klinik Görünüm

Yaşlılık döneminde kaygının klinik seyrine ilişkin bilgiler, yapılan araştırmalarla birlikte giderek artmaktadır. Özellikle, genç ve yaşlı nüfusu karşılaştıran çalışmaların, yaşlılık döneminde kaygının hangi boyutlarda farklılaştığına ilişkin önemli bilgiler sağladığı düşünülmektedir.

Araştırmalarla birlikte gündeme gelen temel tartışmalardan biri, yaşlı nüfusta kaygı ve depresyon belirtilerinin biraradalığıdır. Bazı yazarlar, depresif yaşlıların büyük çoğunluğunun kaygı belirtileri de sergilemesi veya depresyondaki yaşlıların büyük bir kısmında herhangi bir kaygı bozukluğunun gözlenmesinden yola çıkarak yaşlılık döneminde depresyon ve kaygıyı iç içe geçmiş bir süreç olarak tanımlamaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, epidemiyolojik araştırma bulgularının depresif yaşlıların kaygı belirtilerini gösterme sıklığının, kaygılı yaşlıların depresyon belirtileri gösterme sıklığından daha yüksek olduğuna işaret etmesidir (Beekman ve ark., 2000). Bu da, yaşlılık döneminde kaygı belirtilerinin depresyonun bir alt boyutu olarak değerlendirilebileceği görüşünün gelişimine yol açmıştır. Bazı yazarlar tarafından "kaygılı depresyon" (anxious depression) olarak tanımlanan bu grupta, depresyonun gidişatının daha kötü olabileceği, bedensel belirtilerin daha fazla görülebileceği ve işlevsellikte daha fazla kaybın gözlenebileceğine işaret eden araştırma bulguları bulunmaktadır (Lenze ve ark., 2000). Ayrıca, depresyona genellenmiş kaygı bozukluğu veya panik bozukluğun eşlik ettiği vakalarda intihar riskinin, sadece depresyonun gözlendiği vakalara oranla daha yüksek olabileceği bildirilmektedir (Johnson, Weismann ve Klerman, 1990; Lenze ve ark., 2000).

Kaygı ve depresyon komorbiditesinin görülme sıklığına odaklanan araştırmalar %85 (Lenze ve ark., 2000), %64 (van der Waa, Gussekloo, de Waal, de Craen ve van der

Mast, 2008) , %42 (Jeste, Hayes ve Steffens, 2006) gibi oranlar bildirmektedir. Bununla birlikte, yaşlılık döneminde görülen kaygı belirtilerinin depresyonun bir alt türü olup olmadığı yönünde yargılara varmak için yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bryant ve arkadaşları (2008), depresyon-kaygı komorbiditesine odaklanan çoğu araştırmada kullanılan kesitsel yöntemlerin bu iki değişken arasındaki ilişkinin anlaşılmasına katkı sağlayamayacağını ve çoğu kez kaygı belirtilerinin depresyon belirtileri içerisinde gözden kaçabileceğini belirtmektedir. Buna ek olarak yazarlar, yaşlıların depresif belirtileri bildirme eğilimlerinin daha yüksek olabileceğine dikkat çekmektedir. Nitekim kaygı durumu ile kaygı ve depresyon komorbiditesi durumunda farklı etkenlerin rol oynayabileceğine işaret eden araştırma bulguları da bulunmaktadır. Lynch ve arkadaşları (2000), çalışmalarında, depresyon ve kaygının bir arada bulunduğu grubun, sadece kaygının bulunduğu gruptan yalnızlık düzeyi açısından farklılaştığını bildirmiştir. De Beurs ve arkadaşlarının (2001) depresyon ve kaygı açısından yatkinlik etkenlerini araştırdıkları geniş toplum tabanlı araştırmalarında ise, nörotizm ve otorite kaybının artmasının her iki durumla ilişkili olduğu, ancak depresyonun eş veya bir akrabasının vefatıyla tetiklenirken; kaygının eşin veya bir akrabasının hastalığıyla tetiklendiği bildirilmiştir. Bu bulgu, yazarlar tarafından kaygı ve depresyona etki edebilecek farklı kanallar olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

İlerleyen yaşla birlikte, kaygının duygusal, bilişsel ve davranışsal görünümü de farklılaşabilmektedir. Genç (18-30), orta yaş (31-59) ve yaşlı (60 ve üzeri) grupların, kaygının duygusal görünümü açısından karşılaştırıldığı bir araştırmada, genç ve yaşlıların depresyon ve pozitif duyguları (enerjik, atik ve uyarılmış olma) içeren boyutlarda farklılaştığı; gençlerin, yaşlılara oranla daha fazla suçluluk içeren terimlerle (utanç ve suçlanmak gibi) kaygılarını ifade ettikleri bulgusu elde edilmiştir (Lawton, Kleban ve Dean, 1993). Bunun yanı sıra, Spar ve La Rue (2006) yaşlıların kaygılarını öznel algı ve disfori durumlarından çok fizyolojik uyarımlar (panik atağı belirtileri, kaslarda gerginlik, otonomik hiperaktivite, yerinde duramama, uykusuzluk) veya belirgin davranışsal tepkiler (takıntılı davranışlar veya aşırı irkilme tepkileri) ile tanımladıklarını belirtmektedir.

Yaşlı ve genç katılımcıların endişe duydukları konuların incelendiği bir çalışmada gençlerin, çoğunlukla ailevi ve maddi konularda, yaşlıların ise çoğunlukla sağlıkla ilgili

konularda endişe duydukları belirtilmektedir (Diefenbach, Stanley ve Beck, 2001). Bununla birlikte, gençlerin ve yaşlıların sağlık sorunlarıyla ilgili duydukları kaygı konusunda farklılaşmadıkları, aradaki farkın sadece sosyal kaygılarda gözleendiği ve bu konuda gençlerin yaşlılara oranla daha fazla kaygı duyduğu da tespit edilmiştir (Alwahhabi, 2003).

Yaşlılıkta hormonal değişimlerle birlikte vücudun stres yaratan durumdan etkilenmesi de farklılaşabilmektedir. Sempatik sinir sistemindeki değişimlerin stres yaratan uyaran ortadan kalktıktan sonra normal düzeyine dönmesi gençliktekine oranla daha fazla zaman alabilmektedir (Anderson ve Mc Neilly, 1991). Spar ve LaRue (2006), yaşlıların görece basit değişimlere uyum sağlamada gençlere oranla daha fazla zorluk yaşayabildiklerini belirtmiştir. Örneğin, huzurevinde bir odadan diğerine taşınmak, yeni bir fiziksel hastalığının çıktığını öğrenmek veya maddi kayıplar gibi durumlar yazarlara göre yaşlılarda uyum kaygısını kolayca tetikleyebilmektedir. Literatürde bu durum, yaşlıların stres yaratan durumlarla karşılaşma ihtimalinin artması (fizyolojik, psikolojik ve sosyal) ve bunlarla başa çıkma kapasitelerinin giderek azalmasıyla ilişkilendirilmiştir. Yaşlı ve gençlerin durumluk kaygı deneyimleri açısından farklılaşmalarını araştıran bir çalışmada da yaşlıların kaygı düzeylerinin gençlere oranla daha düşük olduğu gözlenmiştir (Schultz, Hoyer ve Kaye, 1980).

Sonuç olarak, yaşlılık döneminde kaygı, belirsiz bir duruma, kalıcı veya yarı-kalıcı hayat değişikliğine yönelik olarak veya başka bir Eksen I bozukluğunun parçası olarak ortaya çıkabilmekte ancak bazı boyutlarıyla genç nüfusta gözlenen kaygı durumundan farklılık gösterebilmektedir.

1.2.2. Epidemiyolojik Çalışmalar

İki binli yıllara kadar çoğu araştırma bulgusu kaygı bozukluklarının yaşlılık döneminde görülme sıklığının düşüklüğüne işaret etmektedir. Flint (1994), bu konuyla ilgili sekiz araştırmayı incelediği derlemesinde yaşlılarda kaygı bozukluklarının görülme sıklığının görece düşük olduğu sonucuna varmıştır. Bununla birlikte, yaşlılar için geliştirilen ölçeklerin artması ve araştırmalarda sadece bozukluğa değil kaygı belirtilerine de odaklanmasıyla, bu genel kanının aksi yönünde bulgular da elde edilmeye

başlanmıştır. Geniş toplum tabanlı boylamsal çalışmalarında Beekman ve arkadaşları (1998) yaşlılarda kaygı bozukluğu görülme sıklığını %10.2; Heun ve Papassotiropoulos (2000), %6.6; Ritchie ve arkadaşları da (2004) %14 olarak bildirmiştir. Kırmızıoğlu ve arkadaşları (2009), Türkiye'deki yaşlılarda kaygı bozukluğu görülme sıklığını inceledikleri çalışmalarında benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Bu çalışmada, Türkiye'deki yaşlılar arasında kaygı bozukluğunun yaygınlığı % 17.1; yaşam boyu yaygınlığı da %18.6 olarak tespit edilmiştir.

Kaygı belirtilerinin görülme sıklığının araştıran çalışmalar ise %15 ile %52,3 arasında değişen oranlar bildirmektedir. Mehta ve arkadaşları (2003) kaygı belirtilerinin görülme sıklığına odaklanan çalışmaların çoğunluğunun depresif belirtileri de içeren ölçümler alması nedeniyle yüksek oranlar bildirdiğini belirtmektedir. Nitekim bu araştırmacılar, kendi çalışmalarında depresif olmayan yaşlılarda kaygı belirtilerinin görülme sıklığını %15 olarak tespit etmişlerdir.

Araştırmalar, kadınlarda kaygı belirtilerinin (Mehta ve ark., 2003) ve kaygı bozukluğunun görülme sıklığının erkeklere oranla yüksek olduğuna işaret etmektedir (Beekman ve ark., 1998; Ritchie ve ark., 2004). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise farklı sonuçlar bildirilmiştir. Kırmızıoğlu ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında kadınlarında genellenmiş kaygı bozukluğu ve özgül fobi görülme sıklığının erkeklerden daha yüksek olduğu tespit edilirken, bir başka çalışmada cinsiyet açısından kaygının görülme sıklığının farklılaşmadığı tespit edilmiştir (Bahar, 2005).

1.2.3. Komorbidite

Yapılan çalışmaların büyük bir kısmı geriatrik kaygının, başta depresyon olmak üzere psikolojik bozukluklarla komorbiditesinin yaygın olduğunu göstermekle birlikte farklı bulgular da mevcuttur. Bu konuyla ilgili sekiz araştırmanın incelendiği bir derlemede depresif yaşlılarda kaygı bozukluğu komorbiditesinin düşük olduğu yönünde bir sonuca varılmıştır (Flint, 1994). Daha yakın tarihlerde yapılan çalışmalar ise depresyon ve kaygı komorbiditesinin yüksekliğine işaret etmektedir. Bu araştırmalarda %36 (van Balkom ve ark., 2000), %43 (Mehta ve ark., 2003), %47.5 (Beekman ve ark., 2000) gibi oranlar bildirilmiştir. Kaygı bozukluklarının komorbiditesinde gözlenen bu oranın kaygı

belirtilerinde daha yüksek çıkması beklenmektedir. Nitekim, Lenze (2000) depresyonu olan her iki yaşlıdan birinde kaygı belirtileri gözlemlendiğini bildirmektedir.

1.2.4. Tanı Koymada Yaşanan Güçlükler

Önceki bölümlerde de değinildiği gibi araştırmalar, yaşlılık döneminde kaygı bozuklukları ve belirtilerinin görülme sıklığıyla ilgili farklı uçlarda değişen değerler bildirmektedir. Ancak yaşlılık döneminde tedavi edilmediği takdirde psikososyal işlevsellik düzeyinde önemli ölçüde bozulma, sağlık merkezlerine daha sık aralıklarla başvurma (De Beurs ve ark., 1999) ve artan ölüm riski oranlarıyla (Van Hout ve ark., 2004; Ostir ve Godvin, 2006) ilişkili olabilen kaygı bozukluklarının teşhis edilememesi önemli bir sorun alanını oluşturmaktadır. Tanı koymada yaşanan zorluklarla ilişkili etkenler aşağıda özetlenerek sunulmuştur.

Bunlardan ilki, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'ndaki (DSM-IV) tanı ölçütlerinin genç ve genç yetişkin kişiler esas alınarak oluşturulmasıdır (Wetherell, Le Roux ve Gatz, 2003). Bu durum yaşlılık döneminin olağan süreçleriyle kaygı belirtilerinin karışabilmesine yol açabilmektedir. Örneğin, DSM IV, genellenmiş kaygı bozukluğunu, huzursuzluk, aşırı heyecan, uyku bozukluğu, yerinde duramama hali, kas gerginliği ve kolay yorulma gibi belirtilerin eşlik ettiği, en az altı ay süreyle hemen hemen her gün birçok olay ya da etkinlik hakkında aşırı kaygılanma ve kuruntuya kapılma hali olarak tanımlamaktadır. Bununla birlikte, yaşlılık döneminde, huzursuzluk, aşırı heyecan, uyku bozukluğu, kas gerginliği ve kolay yorulma gibi belirtiler yaşlanmanın olağan bir sonucu olarak da ortaya çıkabilmektedir (Ballard, Gray ve Ayre, 1999; Foley ve ark., 1995). DSM IV ölçütlerinden kaynaklanan bir diğer zorluk ise, yaşlılıktaki patolojik kaygı belirtilerinin bazı durumlarda DSM IV ölçütlerini karşılayamaması durumudur. DSM-IV kaygıyı; huzursuzluk hissi ya da somatik gerginlik belirtilerinin eşlik ettiği, gelecekteki bir tehlike ya da talihsizliğe ilişkin endişeli bir beklenti olarak tanımlamaktadır. Oysaki yaşlıların kaygı belirtilerini çoğunlukla fizyolojik belirtiler ve davranışsal uyarımlarla tanımladıkları bilinmektedir (Spar ve La Rue, 2006).

Tanı koymada yaşanan bir başka zorluk, belirtilerin ne kadarının kaygıdan ne kadarının normal yaşlanma sürecinden kaynaklandığının ayrıştırılamamasıdır. Örneğin, yaşlılıkla birlikte görme yeteneği ve fiziksel hareket kabiliyeti azalan bir kişinin dışarıya çıkma korkusunda patolojik/normal ayrımının belirlenmesi sıkıntılı olabilmektedir (Palmer, Jeste ve Sheikh, 1997).

Yaşlılara kaygı bozukluğu tanısı koyma komorbidite sebebiyle de zorlaşabilmektedir. Kaygı belirtilerinin çoğunlukla çeşitli psikolojik veya fizyolojik hastalıklarla bir arada bulunması, bazen gözden kaçabilmesine veya tıbbi hastalıklarla karışabilmesine neden olabilmektedir.

Son olarak, yaşlılarla yürütülen çalışmalarda kullanılan çoğu tanı aracının genç örneklem için uygun olmasının ve yaşlılar için geçerliliğinin gösterilmemiş olmasının tanı koymada sıkıntı yarattığı söylenebilir.

1.3. RİSK ETMENLERİ

Yaşın, kaygı belirtilerinin seyrinde etkisinin olup olmadığı; oluyorsa ne yönde olduğu konusu literatürde, epidemiyolojik araştırma bulgularıyla şekillenen, önemli bir tartışma alanını oluşturmaktadır. Yapılan araştırmaların bir kısmında ilerleyen yaşla birlikte bireyin kaygı düzeyinin düştüğü (Flint, 1994; O'Connor, 2006), bir kısmında yaş ve kaygı düzeyi arasında ilişki gözlenmediği (Manoğlu, 1990; Bahar, 2005; Schaub ve Linden, 2000), bir kısmında ise yaşla birlikte kaygı düzeyinin arttığı (Uhlenhuth, 1983; akt.; Bryant, Jackson ve Ames, 2008) belirtilmektedir.

Yaşlanma ve kaygı arasındaki bu ilişkide hangi süreçler belirleyici olabilmektedir? Araştırmada incelenen değişkenlerinden bir diğeri olan risk etmenleri; ilerleyen yaşla birlikte değişebilen ve kaygı belirtilerinin gelişiminde etkisi olabileceği düşünülen değişkenlerdir. Yaşlılık dönemi insanlar açısından fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla tanımlandığından risk etmenleri de bu başlıklar altında ele alınmıştır. Bölüm içerisinde ilk olarak, yaşlanma kavramı tanıtılmış daha sonra risk etmenleri üzerinde durulmuştur.

1.3.1. Tanım

Anne karnında başlayıp, yaşam boyu devam eden, doğal, evrensel, kaçınılmaz ve geri dönülmez bir süreç olarak tanımlanan (Demirsoy, 1997) yaşlanma, tüm canlılar için biyolojik bir olaydır ve uzun yaşama şansını elde edebilen her canlı için kaçınılmaz bir sonuçtur (Gümrah, 1993). Sosyal bir varlık olan insan açısından ise yaşlanma, biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla tanımlanabilmektedir. *Biyolojik yaşlanma* tanımı, yaşlanmaya bağlı olarak organizmanın anatomik ve fizyolojik kapasitesinde meydana gelen değişiklikleri kapsamaktadır. Görünümün değişmesi, duyu işlevlerinin etkililiğinin azalması, kas ve hareket kabiliyetinde azalma, bilgi işleme hızında yavaşlamalar biyolojik olarak bireyin yaşlandığının göstergesi kabul edilmektedir. *Psikolojik yaşlanma* tanımı, bireyin algılama, öğrenme, problem çözme gibi bilişsel süreçleri, kişiliği ve uyum sağlama düzeyindeki değişimleri kapsamaktadır. *Sosyal yaşlanma* tanımı ise, zaman akışı içinde edinilen sosyal davranışların, sosyal konumun ve bireylerin sosyal rollerinin değişimini içermektedir. Bireyin içinde yaşadığı toplumdaki yaşla ilgili değer ve normlar, toplumda belirli bir yaş grubundan beklenen davranışlar ve o toplumun o gruba verdiği değerler sosyal yaşlanma kavramı içerisinde ele alınmaktadır.

1.3.2. Fizyolojik Boyutlarıyla Yaşlanma

Yaşlanmayla birlikte organizmanın duyu organları, kas-iskelet yapısı ve organ sistemlerinde bazı temel değişiklikler meydana gelebilmektedir. Bu değişiklikler yaşlı bireyin günlük yaşamını kısıtlayabileceği gibi fizyolojik ve psikolojik hastalıklara yakalanma riskini de arttırabilmektedir. Bunlardan bir kısmı bu bölümde özetlenerek sunulmaya çalışılmıştır.

Kas ve İskelet Sistemi: Yaşlılıkta, boy, kilo, beden şeklinde değişiklikler ortaya çıkabilmekte; kas kuvvetindeki azalmayla birlikte hareket kabiliyetinde yavaşlamalar gözlenebilmektedir. Merkezi sinir sisteminin aracılık ettiği davranışların yavaşlamasıyla refleks ve tepkilerde yavaşlamalar oluşabilmekte, yaşlı bireyin işlevsellik düzeyi azalabilmektedir. Çalışmalar, yaşlılık döneminde işlevsel sınırlanmanın kaygı bozukluklarıyla ilişkili olabileceğine işaret etmekle (Beekman ve ark., 2000, Schoevers,

Deeg, van Tilburg ve Beekman, 2005), birlikte ülkemizde yapılan bir çalışmada (Bahar, 2005), sağlığın fiziksel hareket düzeyini etkilemesiyle kaygı arasında ilişkiye rastlanmamıştır.

Kardiyovasküler Sistem: Yaşlanmayla birlikte, solunum sisteminde kapasite azalması, damarlarda esnekliğin azalması ve kan basıncının yükselmesi gibi durumlar oluşabilmektedir. Kardiyovasküler sistemde oluşan bu bozulmalar, yaşlılık döneminde kalp hastalığı, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların gelişimi için risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Araştırmalar yaşlılıkta kronik bir hastalığa sahip olmanın kaygı bozukluklarıyla ilişkili olabileceğini göstermektedir (Beekman ve ark., 1998; 2000; Schoevers, Beekman, Deeg, Jonker ve van Tilburg, 2003; Mehta ve ark., 2003; Bahar ve ark., 2005).

Yaşlılık döneminde kaygı belirtileri ve kronik hastalığa sahip olma durumu arasında iki yönlü bir ilişkiden söz edilebilmektedir. Bu ilişkilerden biri kaygının kronik hastalığın gelişiminde risk etkeni olabilmesi sürecidir. Örneğin, düşme korkusu olan bir yaşlının düşebileceği ortamlardan kaçınmak için hareket kabiliyetini sınırlaması (dışarı çıkmaktan kaçınmak, yürüyüş yapmaktan kaçınmak gibi), kalp hastalığına yakalanma riskini arttırabilmektedir. Bir diğer ilişki, fizyolojik hastalığın kaygı belirtilerinin gelişiminde risk etkeni olabilmesi sürecidir. Örneğin, kalp hastalığı tanısı alan bir yaşlının giderek dikkatini kalp krizi geçirme ihtimaline yoğunlaştırması, bireyin giderek gergin bir duygudurum içerisinde olmasına yol açabilmektedir (Kogan, Edelstein ve McKee, 2000).

Diğer Sistemler: Sinir sistemi ve endokrin sistemde meydana gelen değişimler yaşlı bireyin stres yaratan uyaranlarla etkileşiminde farklılaşmalara yol açabilmektedir. Örneğin menopozda olan ve olmayan kadınlarla yürütülen bir çalışmada menopozda olan veya menopoz sonrasında olan kadınların menopoz öncesinde olan kadınlara oranla stres yaratan durumlara daha fazla tepki verdikleri gözlenmiştir (McNeilly ve Anderson, 1997; akt.; Kogan, Edelstein ve McKee, 2000). İlerleyen yaşla birlikte, sindirim sisteminde, salgı ve emilim kapasitesinde azalmalar oluşabilmekte, böbreklerde kan dolaşımı azalarak süzme hızı yavaşlayabilmektedir. Bu değişiklikler kalp hastalığı, diyabet, hipertansiyon, osteoporoz gibi kronik hastalıkların yaşlı nüfusta görülme riskini arttırabilmektedir (Rakıcıoğlu, 2007). Ersoy ve Demirel'in (2003) yaşlı bireylerin sağlık

durumları ve yaşam kalitelerini inceledikleri araştırmalarında yaşlıların büyük çoğunluğunun herhangi bir sağlık sorununun olduğu belirlenmiştir. Çalışmalar yaşlılık döneminde üriner sıkıntılarının (Mehta ve ark., 2003); görme (Smallbrugge ve ark., 2005; De Beurs ve ark., 2000) ve işitme alanlarındaki zorlukların (De Beurs ve ark., 2000, Mehta ve ark., 2003) ve kronik hastalık sayısının (Beekman ve ark., 2000; 2003) kaygı bozukluklarıyla ilişkili olabileceğini göstermektedir.

1.3.3. Psikolojik Boyutlarıyla Yaşlanma

Psikolojik yaşlanma genel olarak, yaşın kronolojik ilerlemesine bağlı olarak, algılama, öğrenme, problem çözme gibi temel bilişsel işlevlerde meydana gelen değişimler ve bireyin bu değişimlere uyum sağlama sürecini ifade etmektedir.

1.3.3.1. Temel Bilişsel İşlevlerde Meydana Gelen Değişiklikler

Yaşlanmaya bağlı olarak bilişsel süreçlerde değişikliklerin meydana geldiği bilinmektedir. Duyusal girdinin işleme hızı ve doğruluğu, bellek süreçlerinin işleyişi gibi büyük ölçüde genetik ve biyolojik faktörlerden etkilenen beynin nöropsikolojik yapısı yaşla birlikte gerileyebilmektedir (Baltes, 1993; akt., Cangöz, 2008). Temel bilişsel süreçlerde meydana gelen gerilemeler, günlük hayat aktivitelerine yansiyarak hem yaşlının hayat kalitesini hem de yaşlı yakınlarının hayatını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Yeni bilgi edinme; isim, olay, yüz hatırlama; strateji öğrenme ve mevcut stratejileri hızlı kullanımda sıkıntı yaşayabilen yaşlı birey, kendiliğe ilişkin olumsuz değerlendirmeler (örneğin, değersizim, başarısızım) yoluyla bu değişime kaygı, depresyon, stres ve saldırganlık gibi duygusal tepkilerle karşılık verebilmektedir. (Hayslip ve Panek, 2002; akt., Cangöz, 2006). Cangöz' ün (2007), 50 yaş ve üzeri Türk örnekleme gerçekleştirdiği araştırmasında yaşlıların günlük hayat aktiviteleri ile bazı psikolojik/bilişsel faktörler arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Buna göre, depresyon düzeyi arttıkça ve bilişsel işlevler geriledikçe günlük hayat aktivitelerindeki işlevsellik de azalmaktadır.

Bilişsel süreçlerde ileride ortaya çıkabilecek değişimlerin de yaşlı bireyler açısından kaygı yaratıcı bir etkisinin olabileceği bildirilmektedir. Corner ve Bond (2004), 60 yaş

ve üzeri yaşlı grupla niteliksel görüşme yöntemiyle gerçekleştirdikleri araştırmalarında, katılımcıların gelecekte bilişsel yeti kaybı yaşamaktan yoğun kaygı duyduklarını ve bu durumu “özgürlük, kontrol, kimlik ve statü kaybı”, “aileye yük olma” ve “utanılacak bir durumda olmayla” ilişkilendirdiklerini tespit etmişlerdir.

1.3.4. Sosyal Boyutlarıyla Yaşlanma

Yaşın ilerlemesine bağlı olarak yaşamın anlamı ve özellikleri, yaşa bağlı sorumluluk ve roller giderek değişebilmektedir. Sosyal yaşlanma, çok farklı boyutlarıyla ele alınabilecek bir kavram olmakla birlikte, bu bölümde, araştırmada etkisi incelenen sosyal destek, huzurevi koşulları, sosyal ve fiziksel aktiviteler bağlamında açıklanmıştır.

Araştırma bulguları, aile tarafından ilgi ve sevgi görmeyen yaşlı bireyi, yalnızlık ve depresif belirtilerden koruyucu bir etkisinin olabileceğine işaret etmektedir (Franks, Campbell ve Shields, 1992; Aksüllü ve Doğan, 2004; Özer ve Fadiloğlu, 2006; Khorshid ve ark., 2006). Nitekim birçok çalışmada kişinin evli olmaması kaygı belirtileriyle (Mehta ve ark., 2003), çocuğunun olmaması da kaygı belirtileri (Forsell ve Winblad, 1998) ve kaygı bozukluklarıyla (Forsell, 2000; Beekman, 2000) ilişkili bulunmuştur. Ancak literatürde farklı bulgular da mevcuttur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada kaygı belirtileriyle; çocuk sahibi olma, çocukların sayısı ve çocuklarla ilişki düzeyi arasında bir ilişki saptanmamıştır (Bahar, 2005). Benzer şekilde, medeni durum (evli, bekar, hiç evlenmemiş, dul) ve kaygı belirtileri arasındaki ilişkiye odaklanan bazı çalışmalarda da iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Forsell, 2000; Schoevers ve ark., 2003; Bahar, 2005).

Sosyal destek sağlayıcı ilişkilerin, olumlu benlik saygısı ve benlik farkındalığının gelişmesinde önemli etkileri olduğu bildirilmektedir. Yapılan çalışmalar yaşlılık dönemindeki arkadaşlık ilişkilerinin psikolojik sıkıntıları, depresif belirtileri, öznel iyilik halini, yaşam doyumunu ve fiziksel sağlığı yordadığını göstermektedir (Larson, Mannel ve Zuzanek, 1986; Matt ve Dean, 1993; Siebert, Mutran ve Reitzes, 1999; Belvis ve ark., 2008). Sosyal iletişim ağı ve kaygı arasındaki ilişkilere odaklanan çalışmalarda ise iletişimde bulunma sıklığının azalması (Forsell, 2000) ve sosyal iletişim ağının daralması (Beekman ve ark., 1998) kaygı bozukluklarıyla; sosyal

desteğin azalması, kaygı belirtileri (Forsell ve Winblad, 1998) ve kaygı bozukluğuyla (Forsell, 2000; Beekman ve ark., 2000) ilişkili bulunmuştur. Bununla birlikte, literatürde bu etkenlerle kaygı belirtileri arasında ilişki bildirmeyen araştırma bulguları da mevcuttur (Schoevers ve ark., 2003; Van Zelst, de Beurs, Beekman, Deeg ve van Dyck, 2003).

Yaşlılık döneminde fiziksel (Arent, Landers ve Etnier, 2000; Stathi, Fox ve McKenna, 2002; Taylor ve ark., 2004) ve sosyal faaliyetler (Everard, 1999; Herzog, Franks, Markus ve Holmberg, 1998; Menec, 2003), kişisel iyilik haliyle ilişkili olabilmektedir. Mehta ve arkadaşlarının (2003), çalışmasında düşük psikososyal işlevsellik düzeyi kaygı belirtileriyle ilişkili bulunmuştur. Benzer şekilde bir başka çalışmada, sosyal faaliyet sayısı ve fiziksel aktivite düzeyinin yaşlıların ruhsal iyilik haliyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (Lampinen, Heikkinen, Kauppinen ve Heikkinen, 2005). Ülkemizde yapılan bir araştırmada ise sosyal faaliyetlere katılma istekliliğinin kaygıyla ilişkisiz fakat depresyonla ilişkili olduğu bulgusu elde edilmiştir (Bahar, 2005).

Kurum hayatının yaşlıların ruh sağlığında olumlu ve olumsuz etkileri olabileceği düşünülmektedir. Diğer bir deyişle, huzurevi bir yönüyle yaşlının günlük ihtiyaçlarının karşılanması, tıbbi bakım ve tedavilerinin yapılması ve boş zamanlarının değerlendirilmesi gibi ihtiyaçlara karşılık veren önemli destek sistemi, bir yönüyle de yaşlı bireyin çevreyi denetleyebilme olanaklarının kısıtlandığı ve belirli kurallara uymasını gerektiren yeni bir çevre olarak tanımlanabilir. Bahar'ın (2005) çalışmasında yaşlıların kurumda kalma süreleri kaygı belirtileriyle ilişkili bulunmuştur. Kurumda kalma süresi ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkiye odaklanan bir çalışmada ise bu iki değişken arasında ilişki saptanmamıştır (Özen, 2008). Benzer şekilde; yaşlının kurumda kalma nedeni ve kurumda boş zamanları değerlendirme şekli de kaygı puanıyla ilişkili bulunmamıştır (Bahar, 2005).

1.4. KABUL VE YÜKÜMLÜLÜK MODELİ (ACCEPTANCE AND COMMITMENT MODEL)

Bilişsel yaklaşımlara alternatif olarak Hayes ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilen Kabul ve Yükümlülük Modeli (KYM)ⁱ, insanı anlamada dil ve düşünme gibi önemli psikolojik süreçlerin rolüne odaklanan; psikolojik kabullenme, bilişsel ayrışma, bağlam olarak benlik, yaşanan anla ilişki kurma, değer yargıları, eyleme geçme gibi aşamalardan oluşan ve temelde “ruhsal esnekliği” hedefleyen bir terapi yaklaşımıdır.

KYT'nin temel kavramlarından biri olan *psikolojik kabul* araştırmada etkisi araştırılan değişkenlerden bir diğeridir. Bu bölümde psikolojik kabul kavramına kapsamlı bir çerçeve oluşturabilmek amacıyla öncelikle KYT'nin psikopatoloji anlayışı aktarılacak daha sonra psikolojik kabul kavramı açıklanmaya çalışılacaktır.

1.4.1. Kabul ve Yükümlülük Terapisinin Psikopatoloji Anlayışı

Kuramın kurucularına göre Kabul ve Yükümlülük Modeli'nin kökleri İlişkisel Yapı Teorisi'ne dayanmaktadır. İlişkisel Yapı Teorisi'ne (Relational Frame Theory) göre, bir nesne diğer nesnenin aynısıysa veya ondan daha büyükse hayvanların büyük bir kısmı bu basit ilişkiyi kavrayabilmekte ve öğrendiği bu ilişkiyi benzer şekilde bir araya gelen nesnelere tekrar kurabilmektedir. İnsanlar ise hayvanlardan farklı olarak, ilişkisel durumları soyutlama ve bağlamsal açıdan ele alma eğilimindedirler. Örneğin; “x” in, “X” ten küçük olduğunu öğrenen insanlar, “daha küçük” kavramını soyutlayarak, bunu uygun bağlamlarda tekrar kullanabilmektedirler. Bununla birlikte, kurama göre, bu şekilde ilişkisel öğrenmelerin önemli sonuçları da bulunmaktadır. Öncelikle bu tür ilişkisellikler kaçınılmaz bir şekilde iki yönlü olmaktadır. Eğer kişi, belli bir bağlamda A'nın B ile ilişkili olduğunu düşünüyorsa aynı bağlamda B'nin de A ile ilişkili olacağı şeklinde bir çıkarımda bulunabilmektedir (Hayes, 2004).

ⁱ Acceptance and Commitment Therapy, Köroğlu tarafından Kabul ve Girişme Terapisi (2009) olarak çevrilmiştir. Ancak bu çalışmada Uzunöz'ün (1998) çevirisi tercih edilmiştir.

Hayes ve arkadaşları (1996), bu ilişkiyi kaygı olgusu üzerinden açıklamaktadırlar.

“Kaygı, sözel yeteneği olmayan organizmalarda belirsiz bir takım beden duyularını ve davranış eğilimlerini içermektedir. Ancak insanlar için kaygının tanımlanması çok daha karmaşıktır çünkü insanlarda kaygı; hatıralar, düşünceler, sosyal ilişkiler gibi çok farklı yaşam deneyimlerini değerlendiren, tanımlayan bir süreci de kapsamaktadır. Birçok bağlamda kaygı kötü bir duygu olabilmektedir. Ancak, ilişkisel öğrenmenin iki yönlü yapısı sonucunda insanın dil ve bilişi “kötülüğün, kaygının temel niteliği olduğu” şeklinde bir illüzyona yol açacaktır. Bunun sonucu olarak insanlar da “ben kaygıyı kötü bir duygu olarak değerlendiriyorum” demek yerine “kaygı kötü bir duygudur” diyeceklerdir.”

Hayes'e (2004) göre, bu tür ilişkiler bütünleştirici bir yapı gerektirmektedir. Eğer kişi, A ve B arasında; B ile de C arasında bir ilişki kuruyorsa, kaçınılmaz olarak A ile de C arasında da bir ilişki kuracaktır. Buna göre, eğer kaygı “kontrol kaybını” yorduyorsa, kontrol kaybı da “rezil olmayı” yorduyorsa ilişkisel öğrenmenin bir sonucu olarak kaygı “rezil olmayla” bütünleşecektir.

KYT'nin psikopatoloji anlayışında önemli bir diğer kavram da “yaşantısal kaçınmadır (experiential avoidance)”. KYT'ye göre, evrim ve öğrenme yoluyla tüm organizmalar kendilerine acı veren çevresel uyarıcılardan, uyarıcının ortaya çıktığı ortamdan kaçınarak kurtulmaya çalışmaktadır. Ancak kaçma ve kaçınma becerileri açısından insanların tüm organizmalar arasında oldukça seçkin bir konumu bulunmaktadır. İnsanlar yalnızca kendilerine acı veren çevresel uyarıcılardan değil, aynı zamanda belirli düşünce, duygu, duyum ve anılardan da kaçma ve kaçınmaya çalışmaktadır. Yaşantısal kaçınma olarak adlandırılan bu durum KYT'de, psikolojik sorunların gelişmesi ve sürmesi açısından önemli rol oynamaktadır (Hayes ve Gifford, 1997). Ancak KYT'ye göre, insanların ilişkisel öğrenme becerilerinden dolayı yaşantısal kaçınma yoluyla psikolojik acıdan kurtulma gibi bir şansları bulunmamaktadır. Yakın birinin kaybının yaratacağı üzüntü; depresif bir duygudurum anı, bir fotoğraf, sohbet esnasında yapılan bir yorum, güneşli bir gün gibi birçok durumda kişinin algılayacağı ipuçlarıyla tetiklenebilmektedir (Hayes, 2004). İlişkisel ağlar çok kuvvetli bir şekilde oluşturulduğu için bunları parçalamaya, bozmaya ve değiştirmeye çalışmak neredeyse imkansızdır.

Hayes'e (2006) göre, ilişkisel ağlar kişi farkında olmadan onu “şimdi ve burada” dan uzaklaştırabilmekte ve davranışlarına yön vermektedir.

1.4.2. Psikolojik Kabul

Kabul ve Yükümlülük Terapisi'nin (Acceptance and Commitment Therapy) temel kavramlarından psikolojik kabul, kişinin yaşam süresince psikolojik olarak etkililiği olan her türlü olayı, bu olayların biçimi ve sıklığını değiştirme çabalarından arınmış olarak, aktif ve bilinçli bir şekilde kucaklayabilmesidir (Hayes, 2006). Bu bağlamda psikolojik kabul, düşünceleri, davranışları kontrol eden alışlagelmiş gerçeklikler değil de yalnızca düşünce olmaları yönüyle; duyguları da özünde zarar verme niteliği olmayan, yalnızca duygu olmaları yönüyle algılayabilme sürecini ifade etmektedir (Blackledge ve Hayes, 2001).

Psikolojik kabul kavramı genel hatlarıyla yaşantısal kaçınma kavramının diğer ucu olarak da değerlendirilebilmektedir. Nitekim araştırmalarda psikolojik kabul düzeyi yaşantısal kaçınma düzeyinin ölçüldüğü bir ölçekle değerlendirilmektedir. Buna göre yaşantısal kaçınma arttıkça psikolojik kabul düzeyi düşmekte, psikolojik kabul düzeyi arttıkça yaşantısal kaçınma düzeyi azalmaktadır.

Literatür incelendiğinde, kaygı bozuklukları (Campbell-Sills, Barlow, Brown ve Hofmann, 2006; Dalrymple ve Herbert, 2007; Levitt, Brown, Orsillo ve Barlow, 2004), TSSB belirtilerinin sıklığı (Boeschen, Koss, Figueredo ve Coan, 2001; Orcutt, Pickett ve Pope, 2005), depresyon (Tull ve Gratz, 2008; Cribb, Moulds ve Carter, 2006), madde kötüye kullanımı (Westrup, 2001; Stewart, Zvolensky ve Eifert, 2002), iş doyumunu ve iş stresi (Bond ve Bunce, 2000; 2003), kendini yaralama davranışı (Chapman, Gratz ve Brown, 2006), trichotillomania (Begotka, Woods ve Wetterneck, 2004), cinsel istismar (Rosenthal, Aban ve Follette, 2005), fiziksel ağrı ve rahatsızlık (Kratz, Davis ve Zautra, 2007; McCracken ve Vowles, 2008) gibi birçok sorun alanının psikolojik kabul düzeyi veya yaşantısal kaçınma düzeyi ile ilişkisinin incelendiği gözlenmiştir.

Araştırmalar psikolojik kabul düzeyinin özellikle “korku” ögesini içeren psikopatolojilerin gelişiminde rol oynadığını göstermektedir (Hayes ve ark., 1996). Kabul ve kontrol temelli stratejilerin etkililiğinin araştırıldığı çalışmalarda kabul temelli stratejilerin kaygı durumunda, daha az kaçınma, daha az felaketleştirici düşünce ve korku deneyimiyle (Eiferta ve Hefner, 2003; Levitt ve ark., 2004) ilişkili olduğu gösterilmiştir. Roemer ve arkadaşlarının (2005) kabul temelli davranışçı terapilerin, genellenmiş kaygı bozukluğunda etkililiğini araştırdığı bir çalışmada, terapi sonrası üç ve dokuz aylık süreçlerde değerlendirilen danışanların genellenmiş kaygı bozukluğu belirtilerinin ve depresif belirtilerinin önemli ölçüde azaldığı; hatta %78’inin genellenmiş kaygı bozukluğu kriterini artık karşılamadığı gösterilmiştir. Cambell-Sills ve arkadaşlarının (2006) bastırma temelli stratejiler ve kabul temelli stratejilerin kaygı bozukluğu ve duygudurum bozukluğu hastalarında duygusal tepkisellik üzerindeki etkilerini araştırdıkları çalışmalarında, duygusal etkililiği yüksek bir film esnasında kabul temelli stratejilerden yararlanan gruptan, bastırma temelli stratejileri kullanan gruba oranla daha düşük kalp atış hızı elde edilmiştir. Panik bozukluğuna sahip 60 kişinin yer aldığı bir başka çalışmada yaşantısal kaçınma düzeyini azaltmanın katılımcıların panikleme eğilimini etkileyip etkilemediği değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, panik benzeri belirtilere sebep olan karbondioksit gazına, vücudun verdiği tepkiler, kabullenme eğitimi verilen grup ile eğitim verilmeyen grup açısından karşılaştırılmıştır. Kabul talimatları verilen grubun, gaz verilme sırasında diğer gruplara oranla belirgin bir şekilde daha az kaygı deneyimlediği ve ikinci bir uygulamaya katılmak için daha istekli olduğu gözlenmiştir (Levitt ve ark., 2004).

Psikolojik kabul düzeyinin yaşlılarda incelendiği iki çalışma bulunmaktadır. Butler ve Ciarrochi’nin (2007) çalışmasında, huzurevinde kalan yaşlılarda psikolojik kabul düzeyinin yaşam kalitesiyle ilişkisi incelenmiştir. Bu çalışmada, psikolojik kabul düzeyi yüksek olan yaşlıların, sağlık, güvenlik, toplum ve duygusal durum gibi alanlarda yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları gözlenmiştir. Yazarlar bu ilişkiyi üç başlık altında açıklamıştır. İlk olarak psikolojik kabul, yaşamdaki olayları deneyimlemek için daha fazla psikolojik kaynağı ulaşılır kılmaktadır. İkinci olarak, kabullenme yaşantısı (kaçınmanın zıttı olarak), olumsuz düşünceler ve duygusal tepkilere daha az yol açmaktadır. Son olarak psikolojik kabul, stres yaratabilecek durumlardan kaçınma

ihtiyacı duymadıkları için insanların çeşitli deneyimleri yaşamalarına ve bunlardan keyif almalarına izin vermektedir.

Yaşlılarda psikolojik kabul düzeyine odaklanan bir diğer çalışma ise, Andrew ve Dalin'in (2006), yaşlılarda algılanan sağlık ve ruhsal problemler arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarıdır. Bu çalışmaya göre, psikolojik kabul düzeyi yaşlılarda görülen depresyonun %8'lik varyansını, kaygının ise %20'lik varyansını açıklamaktadır. Araştırmanın sonucu, yaşantısal kaçınmanın, ruhsal sıkıntılarla, ruhsal sıkıntıların da bildirilen sağlık sıkıntılarıyla pozitif bir ilişki içerisinde olduğuna işaret etmektedir.

Görüldüğü gibi psikolojik kabul düzeyi birçok psikopatolojiyle ilişkili olmakla birlikte yaşlılarda yapılan çalışmaların sayısı oldukça azdır. Ülkemizde yaşlılarda psikolojik kabul düzeyine odaklanan bir çalışma bulunmamakla birlikte, Aysan ve Özben' in (2004) çalışmasının, yaşlıların kullandıkları stratejiler hakkında fikir vermesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Huzurevinde yaşayan yaşlıların kullandıkları başa çıkma stratejilerinin incelendiği bu çalışmada kaçınma davranışının yaş düzeyi yükseldikçe azaldığı, hiç evlenmeyen yaşlıların; evli ve dul olan gruba göre daha çok kaçınma davranışı kullandığı bulgusu elde edilmiştir. Çalışmada ayrıca, yaşlıların kullandıkları başa çıkma yollarının depresyon düzeyi, özerk davranabilme, sosyal desteği olduğunu algılama ve yalnız yaşama süreci ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet değişkeni açısından gruplar ayrıldığında ise erkeklerin kadınlara göre daha çok probleme odaklanan başa çıkma stratejisini kullandıkları gözlenmiştir.

1.5. ARAŞTIRMANIN AMACI.

Önceki bölümlerde de bahsedildiği gibi psikolojik kabul kavramı kuramsal olarak korku ögesini içeren psikopatolojilerin anlaşılması ve tedavisinde etkili bir yaklaşımdır. Psikolojik kabul ve kaygı arasındaki bu ilişki genç örnekleme yapılan birçok araştırmada (Eifert ve Heffner, 2003; Begotka ve ark., 2004; Levitt ve ark., 2004; Roemer ve ark., 2005; Kashdan ve ark., 2006; Cambell-Sills ve ark., 2006; Twohig, Hayes ve Masuda, 2006; Dalrymple ve Herbert, 2007; Forman, Herbert, Moitra, Yeomans ve Geller, 2007) tespit edilmekle birlikte, yaşlılarda bu çerçevede yapılan

araştırmaların oldukça kısıtlı kaldığı gözlenmiştir. Oysaki yaşlılık dönemi biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle birlikte kaygı bozuklukları açısından riskli bir dönem olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda, yaşam olaylarını değiştirilebilir ve değiştirilemez yönleriyle kabul edebilme ve bunlarla barışık yaşayabilme düzeyinin, yaşlılık dönemindeki kaygı belirtilerinin anlaşılmasına ve tedavisine katkı sağlayacağı düşünülerek bu çalışmada huzurevinde kalan yaşlılarda psikolojik kabul düzeyi, çeşitli sosyo-demografik değişkenler ve kaygı belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu amaçla öncelikle yaşlılarda kaygı belirtilerinin düzeyini değerlendirebilecek bir ölçeğin Türk kültürüne uyarlanması planlanmıştır. Literatür incelendiğinde, yaşlı örnekleme kaygı belirtilerini ve kaygı bozukluğunu değerlendiren çok fazla ölçüm aracının geliştirilmediği; yaşlılarla yapılan araştırmalarda çoğunlukla genç ve yetişkin örneklem için geliştirilen ölçüm araçlarının kullanıldığı dikkat çekmektedir. Literatürde yer alan ölçekler arasından Geriatrik Kaygı Ölçeği'nin uyarlama çalışması için seçilmesi, öncelikle bu ölçeğin araştırmanın amacına uygun olarak geriatrik kaygı belirtilerini boyutsal bir şekilde ölçmeyi amaçlamasıyla ilişkilidir. Bunun dışında ölçekle yapılan çalışmalar yüksek geçerlik ve güvenilirlik değerleri bildirmektedir. Son olarak, ölçekte yer alan maddelerin "katılıyorum" ve "katılmıyorum" şeklinde cevaplandırılmasının yaşlı örneklemin ölçeği kendi kendine doldurabilmesini kolaylaştıracığı düşünülerek Geriatrik Kaygı Ölçeği'nin (Geriatric Anxiety Scale) araştırma kapsamında geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasına karar verilmiştir.

Planlanan araştırmada daha özgül olarak aşağıdaki soruların yanıtlanması amaçlanmaktadır.

Ön alışmada:

1.Geriatrik Kaygı Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği ne düzeydedir?

Asıl Çalışmada:

2. Geriatrik kaygı puanları çeşitli sosyo-demografik değişkenlerin (cinsiyet, medeni hal, yaşamın büyük bir kısmının geçtiği yer, eğitim durumu, çocuk sahibi olup/olmama, meslek, kuruma ziyarete gelen kişi, odayı paylaşma durumu, kurumda vakit geçirme durumu, tanı konmuş ve halen devam eden hastalık, yakın zamanda kayıp yaşamış olma durumu) alt boyutlarında anlamlı düzeyde farklılık göstermekte midir?

3. Çeşitli sosyo-demografik değişkenlerin (yaş, aylık gelir durumu, çocuk sayısı, çocuklarla yüzyüze görüşme sıklığı, çocuklarla telefonla görüşme sıklığı, ziyaret edilme sıklığı, kurumda kalma süresi, sosyal uğraşlara katılma isteği, fiziksel aktivite düzeyi, kurum dışını çıkma sıklığı, kronik hastalık sayısı) geriatrik kaygı puanlarını yordama gücü var mıdır?

4. Psikolojik kabul düzeyi ve çeşitli sosyo-demografik değişkenlerden hangisi geriatrik kaygı puanlarını daha fazla yordamaktadır?

BÖLÜM II

YÖNTEM

2.1.ÖN ÇALIŞMA: ÖLÇEK UYARLAMA ÇALIŞMASI

2.1.1. Örneklem

Geriatrik Kaygı Ölçeği'nin (Geriatric Anxiety Scale) geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının örneklemini, Sosyal Güvenlik Kurumu'na bağlı İzmir Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi'nde kalan 86 yaşlı ile Ankara'da ikamet eden 67 yaşlı oluşturmaktadır. Ölçeğin geliştirilme sürecinde ve diğer ülkelerdeki uyarlama çalışmalarında örneklem 60 yaş ve üzeri bireylerden oluşmaktadır. Bu nedenle ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışmasında da kronolojik olarak yaşlılık sınırı 60 olarak kabul edilmiştir. Araştırmaya katılım gönüllük esası dahilinde olmakla birlikte katılımcılar genel bilişsel işlevleri açısından "normal sınırlar" içinde olan bireyler arasından seçilmiştir. Katılımcıların bu ölçütü karşılayıp karşılayamadıklarını belirlemek amacıyla Standardize Mini Mental Test (SMMT) (Folstein, Folstein ve McHugh, 1975; Güngen ve ark., 2002) uygulanmış, 24 puan ve üzerinde alan katılımcılar araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılanların, 90'ı kadın (%58.8), 63'ü erkektir (%41.2). Yaşları 60 ile 89 arasında değişmektedir. Yaş ortalaması; 72.5 (SS=7.9)'tir. Katılımcıların; Standardize Mini Mental Test (SMMT) puanlarının ortalaması; 26.5 (SS=2.14); Geriatrik Depresyon Ölçeği puanların ortalaması; 7.09 (SS=5.12); Geriatrik Kaygı Ölçeği puanlarının ortalaması ise; 3.61 (SS=4.62)'dir. Uyarlama çalışmasının örnekleminin demografik özellikleri Tablo 2.1.'de gösterilmektedir. Uyarlama çalışmasında sorgulanan demografik bilgiler, ölçeğin geliştirilme ve başka bir kültüre uyarlama sürecinde sorgulanan demografik bilgiler doğrultusunda hazırlanmıştır.

Tablo 2.1.*Ön Çalışma Örnekleminin Demografik Özellikleri*

Değişkenler	Sıklık(%)	Ortalama(ss)
Yaş		72.60 (7.9)
Cinsiyet		
Kadın	90 (58.8)	
Erkek	63 (41.2)	
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	38 (24.8)	
Ortaokul	12 (7.8)	
Lise	57 (37.3)	
Üniversite ve üzeri	46 (30.1)	
Yaşadığı Yer		
Huzurevi	86 (56.2)	
Kendi evi	67 (43.8)	

2.1.2. Veri Toplama Araçları

Ön çalışma ve asıl çalışmada kullanılan ölçekler; Standardize Mini Mental Test (SMMT), İşlevsel Faaliyetler Anketi (İFA), Geriatrik Kaygı Ölçeği (GKÖ), Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği-Durumluk Formu (DSKÖ-D), Sosyo-Demografik Bilgi Formu ve Psikolojik Kabul Ölçeği (PKÖ)'dir. Bu ölçeklerden ön çalışmada uygulananlar; SMMT, GKÖ, GDÖ ve DSKÖ-D'dir. SMMT sağlıklı yaşlı grubu belirleyebilmek amacıyla, GDÖ ve DSKÖ-D de GKÖ'nün geçerliliğinin incelenebilmesi amacıyla kullanılmıştır.

2.1.2.1. Standardize Mini Mental Test (SMMT)

Folstein ve arkadaşları tarafından (1975) tarafından geliştirilen SMMT, özellikle yaşlılarda, bilişsel bozukluğun var olup olmadığını taramak, zaman içindeki değişimini

saptamak ve tedaviye yanıtı izlemek amacıyla kullanılan, uygulaması kısa süren, yaygın kullanımı olan bir ölçüm aracıdır. SMMT, yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış toplam 11 maddeden oluşmakta ve 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Türkiye örneklemini için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, Güngen ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan bu testin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerli ve güvenilir olduğu ve ideal eşik değerinin 23/24 olduğu saptanmıştır (EK 6).

2.1.2.2.Geriatrik Kaygı Ölçeği (GKÖ)

Pachana ve arkadaşları (2007), tarafından geliştirilen, Geriatrik Kaygı Ölçeği (GKÖ), yaşlılarda kaygı belirtilerini boyutsal bir şekilde ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin temel psikometrik özelliği, hem kaygısı olan/olmayan grubu hem de genellenmiş kaygı bozukluğu olan/olmayan grubu ayırabilmesidir. Ölçeğin genellenmiş kaygı bozukluğu için kesim noktası 10/11 olarak belirlenmiştir. Buna göre, ölçek; “kaygı belirtileri ve genellenmiş kaygı bozukluğu > 10; sadece kaygı belirtileri < 10” şeklinde düzenlenmiştir. 20 maddeden oluşan ve “katılıyorum” ve “katılmıyorum” olmak üzere iki boyut üzerinden puanlanan ölçekte ters kodlanan (reverse) madde bulunmamaktadır. Buna göre "katılıyorum" seçeneği için 1 puan, "katılmıyorum" seçeneği için 0 puan verilir. Dolayısıyla ölçekten elde edilen puanlar 0 ile 20 arasında değişebilmektedir. Ölçeğin normal yaşlı örneklem için Cronbach α 'sı: .91, psikogeriatric örneklem için Cronbach α 'sı: .93 olarak bulunmuştur. Bir haftalık süreçte test-tekrar-test güvenilirliği .91 olarak tespit edilen GKÖ, Beck Anksiyete Ölçeği ile .63 ($p<01$), Penn State Endişe Ölçeği ile .70 ($p<01$) korelasyon göstermektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları araştırmamız kapsamında yapılmıştır (EK 8).

2.1.2.3.Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)

Scheikh ve Yesavage (1986) tarafından geliştirilen Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), yaşlı nüfusta depresyon açısından risk altındaki bireylerin ortaya çıkarılmasında yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Özbildirime dayalı 30 sorudan oluşan ölçekte sorular "evet-hayır" şeklinde cevaplanmaktadır. Puanlamada, depresyon lehine verilen her

cevap için 1 puan, depresyon aleyhine verilen cevap için 0 puan verilir. GDÖ'den alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 30'dur. Ölçeğin Türk kültürü için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Ertan ve Eker (2000) tarafından yapılmıştır. Buna göre ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .91 ve test tekrar test güvenirligi .74 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin kesme puanında: 0-10 depresyon yok; 11-13 puan olası depresyon; 14 ve üzerindeki puanlar da kesin depresyon olarak belirlenmiştir (EK 10).

2.1.2.4. Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği Durumluk Kaygı Alt Ölçeği (DSKÖ-D)

Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilen ölçek, bireyin belirli bir an ve koşuldaki kaygısıyla (durumluk kaygı) süregelen bir duygu olarak kaygıyı (sürekli kaygı) değerlendirmektedir. Ölçeğin durumluk ve sürekli alt boyutları yirmişer maddeden oluşmaktadır.

Durumluk Kaygı Ölçeği, maddelerin ifade ettiği duygu ya da davranışların birey tarafından yaşanma düzeyine bağlı olarak (1) hiç, (2) biraz, (3) çok ve (4) tamamıyla gibi seçenekler arasından cevaplandırılan Likert tipi bir ölçektir. Ölçekte 10 tane tersine dönmüş ifade bulunmaktadır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15,16, 19 ve 20. maddelerdir. Ölçekte elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişebilmektedir. Ölçek için kesim noktası bulunmamakla birlikte alınan yüksek puanlar kaygı düzeyinin artmasına işaret etmektedir. Türkiye örneklemini için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Öner ve Le Compte (1985) tarafından yapılan ölçeğin, Türk toplumunda durumluk kaygı tespitinde geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı .94 olarak belirtmektedir (EK 9).

2.1.3. İşlem

2.1.3.1. Çeviri Çalışması

GKÖ, öncelikle İngilizce konusunda deneyimli dört uzman tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Daha sonra bu çeviriler araştırmacı ve uzman başka bir araştırmacı tarafından karşılaştırılarak her bir madde için en uygun iki çevirinin yer aldığı bir form oluşturulmuştur. Bu form ilk olarak 15 kişiden oluşan sağlıklı yaşlı (60 yaş ve üzeri) bir

gruba uygulanarak katılımcılardan rahat anlayabildikleri maddeleri seçmeleri, anlaşılmayan maddeleri elemeleri istenmiştir. Bu uygulama sonucunda daha fazla işaretlenen maddeler doğrultusunda oluşturulan form, klinik psikoloji alanında uzman bir öğretim elemanı tarafından kültüre, dile, ölçmek istediği psikolojik boyuta ve ölçeğin psikometrik uygunluğuna göre değerlendirilerek son form oluşturulmuştur. Bu form İngilizceye hakim 2 uzman tarafından geri çeviri (back translation) yöntemiyle çevrilerek ölçeği geliştiren kişilere gönderilmiştir. Yazarlar tarafından herhangi bir yanıt gelmemesi üzerine ölçeğin bu son formu korunmuştur.

Uyarlama çalışması sonrasında ölçeğin iç tutarlık katsayısı .91 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuç, ölçeğin özgün formuyla benzerlik göstermektedir. GKÖ'nün psikometrik özellikleri ile ilgili ayrıntılı analizler bulgular bölümünde sunulmuştur.

2.1.3.2. Uygulamalar

Geçerlik ve güvenirlik çalışmasına ilişkin tüm uygulamalar araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Sosyal Güvenlik İzmir Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi'ndeki uygulamalar için Sosyal Güvenlik Kurumu Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü'nden 15 Ağustos 2009 – 15 Mayıs 2010 tarihleri için gerekli izin alınmış; uygulamalar iki aylık bir süre içerisinde gerçekleştirilmiştir. Ankara'da çeşitli semtlerde ikamet eden yaşlıların verileri kendi evlerinde; huzurevinde kalan yaşlıların verileri de odalarının önünde yer alan lobilerde yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Katılımcıların bir kısmı gözlerinin iyi görmediğini ve yorgun olduğunu belirterek soruların araştırmacı tarafından okunup verdikleri cevapların araştırmacı tarafından işaretlenmesini talep etmiştir. Bu grubun dışındaki katılımcılar ise soruları kendi kendilerine okuyup cevaplandırmıştır. Uygulamalar ortalama 20 dakika sürmüştür.

2.2. ASIL ÇALIŞMA

2.2.1. Örneklem

Asıl çalışma örneklemini, Sosyal Güvenlik Kurumu İzmir Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi ile Sosyal Güvenlik Kurumu Ankara 75. Yıl Dinlenme ve Bakımevi

sakinlerinden 73'ü kadın (%61,9), 45'i erkek (%38,1) toplam 118 kişi oluşturmaktadır. Depresif grubu araştırmaya dahil etmemek amacıyla GDÖ'den 14 ve yukarisında puan alan katılımcıların verileri analiz dışında tutulmuşturⁱⁱ. Böylelikle GDÖ puanları 14 ve üzerinde olan 16 katılımcının verisi analizlere dahil edilmemiştir.

Depresif grubun araştırma dışında tutulması sonucunda katılımcı sayısı 102'ye düşmüştür. Bu son örneklemin, 65'i kadınlardan (%63.7), 37'si erkeklerden (%36,3) oluşmaktadır. Yaşları 63 ile 91 arasında değişen katılımcıların yaş ortalamaları; 76.47 (ss = 6.72)'dir. Katılımcıların SMMT puan ortalamaları; 26.86 (ss=1.76); İFA puan ortalamaları .29 (ss=.66); GDÖ puanlarının ortalamaları; 4.93 (ss=3.34); GKÖ puanlarının ortalamaları; 4.71 (ss=4.16) ve PKÖ puan ortalamaları da; 54.6 (ss=6.73)'dir.

Eğitim durumu açısından örneklem incelendiğinde, 6 (%5) kişinin ilkokul, 18 (%15) kişinin ortaokul, 38 (%37,3) kişinin lise, 40 (%33,3) kişinin ise üniversite ve üzeri eğitime sahip olduğu görülmektedir. Yarısından fazlası (%53.9) memur emeklisi olan katılımcıların 93'ü (%77,5) yaşamının önemli bir bölümünü büyük şehirde geçirdiğini bildirirken; 9'u (%8,8) yaşamının önemli bir bölümünü küçük şehirde (ilçe veya köy) geçirdiğini bildirmektedir. Katılımcıların büyük bir kısmı orta (%27,5) veya üst gelir grubunda (%71,6) yer aldığını bildirirken sadece bir katılımcı (%.8) alt gelir grubunda yer aldığını bildirmektedir. Asıl çalışma örneklemine ilişkin demografik bilgiler EK 1'den izlenebilir.

2.2.2. Veri Toplama Araçları

Asıl çalışmada kullanılan ölçekler; SMMT, İFA, Sosyo-Demografik Bilgi Formu, GKÖ, GDÖ ve PKÖ'dür. GDÖ depresif grubu araştırma dışında tutabilmek amacıyla; SMMT, İFA ve GDÖ sağlıklı yaşlı grubunun belirlenebilmesi amacıyla uygulanmıştır. Bu veri toplama araçlarından SMMT, GKÖ, GDÖ'nün tanıtımı "Ön Çalışma" başlığı içerisinde verildiğinden bu bölümde sadece İFA, Sosyo-Demografik Bilgi Formu ve PKÖ tanıtılacaktır.

ⁱⁱ Daha önce de ifade edildiği gibi GDÖ'de 14 ve üzeri puanlar kesin depresyon grubunu belirlemektedir.

2.2.2.1. İşlevsel Faaliyetler Anketi (İFA)

İFA, 10 adet karmaşık günlük hayat faaliyetine (örneğin, fatura ödemek, gelir ve giderleri dengelemek, para hesabı yapmak, tek başına alışverişe çıkmak, öz bakım) ilişkin performansı değerlendiren kısa ve bilgi kaynağı kişiye dayalı bir ankettir (Pfeffer ve ark., 1982). Bu nedenle, bilgi kaynağının hastanın geçmişine ve bugününe ilişkin doğru ve güvenilir kişisel bilgilere sahip olması kritiktir. Anket genellikle, yetişkin bireye ya da hasta ise o bireye bakmakla yükümlü aile fertlerinden birine uygulanmaktadır. Bireyin ankette yer alan 10 adet faaliyetten her birine ilişkin performansı 0-3 arasında puanlanmaktadır. Buna göre İFA' dan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 30'dur. 60-69 yaş arası grupta 2 ya da daha fazla faaliyetten 5 ya da daha fazla puan almış olmak işlevsel faaliyetlerde bozukluk olduğuna ve bireyin başka birisine bağımlılığına işaret etmektedir. Testin yaklaşık uygulama süresi 10 dakikadır. İFA'nın 50 yaş ve üstü Türk örnekleminde uyarlama ve norm belirleme çalışmaları yapılmıştır (Selekler, Cangöz ve Karakoç, 2004). Buna göre, yaş ve eğitim düzeyinin İFA puanları üzerindeki temel etkisi anlamlı bulunurken, cinsiyetin etkili olmadığı gösterilmiştir (EK 7).

2.2.2.2. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Sosyo-demografik bilgi formu yaşlı bireye ilişkin demografik bilgiler ve yaşlı bireyin kurum içerisindeki sosyal yaşamına odaklanan toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form huzurevinde yaşayan yaşlıların kaygı düzeylerinin değerlendirildiği benzer çalışmalar incelenerek ve konuyla ilgili literatür taranarak oluşturulmuştur. Bu formda yer alan bazı sosyo-demografik değişkenler kategorik bir yapı içindeyken bazıları sürekli/yapay sürekli bir yapı içindedir (EK 5).

2.2.2.3. Psikolojik Kabul Ölçeği (PKÖ)

Hayes ve arkadaşları (2004), tarafından geliştirilen Psikolojik Kabul Ölçeği (PKÖ) bireylerin olumsuz ya da istenmedik düşünce ve duygularını kabullenerek kendi değer ve hedeflerine uygun biçimde davranmaya istekli olma derecelerini belirlemeyi

amaçlamaktadır. Ölçek maddeleri duygusal ve bilişsel kontrol isteği, olumsuz özel olaylardan kaçınma, aşırı olumsuz değerlendirmeler yapma ve kritik olaylar karşısında harekete geçmekten kaçınma gibi özellik ve eğilimleri ölçmek amacıyla oluşturulmuştur. Maddeler yedi basamaklı ölçekler üzerinde değerlendirilmekte, yüksek puan, katılımcının yaşantısal kaçınma düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

PKÖ'nün Türkçeye uyarlanması Onursal (2006) tarafından gerçekleştirilmiştir. Uyarlama çalışması sonucunda orijinal ölçekten farklı olarak ölçeğin Türkçe Formu 17 maddeden oluşmakta ve beş basamaklı ölçekler üzerinde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 17 ve 85 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan yükselmesi, kişinin yaşantısal kaçınma düzeyinin arttığına, psikolojik kabul düzeyinin düştüğüne; düşmesi ise psikolojik kabul düzeyinin arttığına, yaşantısal kaçınma düzeyinin düştüğüne işaret etmektedir. Ölçekte yer alan ters kodlanan (reverse) maddeler: 1, 2, 3, 6, 9, 10, 12, 13 ve 16'dır.

Geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, ölçeğin iç tutarlık katsayısı .62 olarak hesaplanmıştır. "*Harekete Geçme*" ve "*İsteklilik*" olmak üzere iki alt boyutu bulunan ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı sırasıyla harekete geçme faktöründe .64; duygu kontrolü ve isteklilik faktöründe ise .56 olarak hesaplanmıştır. Onursal (2006) ölçeğin, Kontrol İsteği Ölçeği ile pozitif yönde korelasyon ($r=.17$, $p<.05$) gösterdiğini bildirmiştir (EK 11).

2. 2. 3. İşlem

Geriatrik Kaygı Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliğinin tatmin edici bir düzeyde olduğu yapılan ön çalışma bulgularında görüldükten sonra asıl çalışmaya geçilmiştir. Asıl çalışma iki aylık bir süre içerisinde, Sosyal Güvenlik Kurumu İzmir Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi ile Sosyal Güvenlik Kurumu 75. Yıl Dinlenme ve Bakımevi'nde gerçekleştirilmiştir. Uygulamaya geçilmeden önce bu kurumlarda görevli olan psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarıyla görüşülerek sağlıklı yaşlı ölçütünü sağlayabilecek yaşlıların listesi istenmiştir. Bu yaşlılardan araştırmaya katılmak isteyenlerin ise sağlıklı yaşlı ölçütünü karşılayıp karşılamadığını belirlemek amacıyla öncelikle SMMT (Folstein, Folstein ve McHugh, 1975; Güngen ve ark., 2002), İFA (Pfeffer ve ark.,

1982; Selekler, Cangöz ve Karakoç, 2004) ve GDÖ (Scheikh ve Yesegave, 1986; Ertan ve Eker, 2000) uygulanmıştır. Buna göre, SMMT'den 24 puan ve üzerinde, İFA'dan; 60–69 yaş arası grupta 2 ya da daha fazla faaliyetten 15 ya da daha az ve 70 yaş ve üstü grupta üç ya da daha fazla faaliyetten 9 ya da daha az puan alan kişiler ve GDÖ'den 14'ün altında puan alan kişiler "sağlıklı yaşlı" olarak kabul edilerek araştırmaya dahil edilmiştir. Tüm katılımcılardan araştırmaya gönüllü katıldıklarına dair yazılı onam formu alınmıştır. Gerek yazılı onam formuyla gerekse de sözel olarak katılımcılara araştırmanın genel amacı anlatılmıştır.

Uygulamalar bireysel görüşmeler yoluyla, katılımcıların odalarının önünde yer alan lobilerde gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların bir kısmı gözlerinin iyi görmediğini ve yorgun olduğunu veya canının okumak istemediğini belirterek soruların araştırmacı tarafından okunup verdikleri cevapların araştırmacı tarafından işaretlenmesini talep etmiştir. Bu grubun dışındaki katılımcılar ise soruları kendi başlarına okuyup cevaplandırmıştır. Uygulamalar ortalama 30 dakika sürmüştür.

BÖLÜM III

BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amacı ve soruları doğrultusunda, bulgular iki ana başlık altında aktarılmıştır. Ön çalışma bulgularında, GKÖ'nün geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Asıl Çalışma bulguları ise üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, çeşitli sosyo-demografik değişkenlerle kaygı puanı arasındaki ilişkilerin incelendiği ANOVA ve korelasyon analizi bulgularına yer verilmiştir. İkinci bölümde ise, PKÖ ve çeşitli sosyo-demografik değişkenlerin geriatrik kaygıyı yordama güçlerinin incelendiği hiyerarşik regresyon analizi sonuçları sunulmuştur.

3.1. GERİATRİK KAYGI ÖLÇEĞİNİN (GKÖ) GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

3.1.1. Verilerin Kullanılacak İstatistiksel Yönteme Uygunluğunun Sınanması

İstatistiksel analizlerin sağlıklı sonuçlar verebilmesi için sağlanması gereken koşullar bu çalışmada da gözetilmiştir. Bu amaçla, analizden önce, bireylerin ölçeklere verdikleri cevapların bilgisayara doğru girilip girilmediği, kayıp değerlerin olup olmadığı ve normal dağılım sayılısının karşılanıp karşılanmadığı analiz programının çeşitli alt programları ile gözden geçirilmiştir. Araştırmaya katılan ancak çeşitli sebeplerden ötürü uygulamayı yarım bırakan dört katılımcıya ait veriler, bir veya birden fazla ölçek maddesinin tamamen boş bırakılması nedeniyle, araştırmaya dahil edilmemiştir.

Kullanılan istatistiksel yöntemlerin sağlıklı sonuçlar verebilmesi için sağlanması gereken koşullardan birisi de aşırı uç değerlerin saptanması ve analize katılmamasıdır. Bu amaçla araştırma çerçevesinde bağımlı değişkenler için \underline{z} değerleri hesaplanmıştır. Bu katsayı ($-3 > \underline{z} < 3$) göz önünde tutulduğunda çalışmaya katılan dört kişinin normallik sayılısını bozduğu tespit edilerek bu kişilere ait veriler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.1.2. Güvenirlik Bulguları

3.1.2.1. Test Tekrar Test Güvenirliği

GKÖ'nün test tekrar test güvenirliğini belirlemek amacıyla uygulamanın yapıldığı gruptan 25 katılımcıya, ortalama üç hafta arayla tekrar uygulama yapılmıştır. Test tekrar test uygulaması yapılan grubun 16'sı (%64) kadın, 9'u (%36) erkektir. Grubun yaş ortalaması 72.76 (ss= 6.67)'dir. Yapılan uygulama sonucunda iki uygulama arasındaki korelasyon, $r = .88$ $p < .01$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

3.1.2.2. İç Tutarlılık

Ölçeğin iç tutarlılığını hesaplamak amacıyla Cronbach alfa ve madde toplam puan korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Hesaplanan madde toplam puan korelasyon katsayılarına ilişkin puanlar Tablo 3.1.'de sunulmaktadır. Tablo 3.1'den de görülebileceği gibi madde toplam puan bağıntı katsayıları .42 ile .71 arasında değişmektedir. Ölçeğin, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının ise .91 olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 3.1.*Güvenirlilik Analizi Sonuçları*

Mdlr.	Md. Ortalaması	Md. çıktığında ölçek ortalaması	Md. çıktığında ölçek varyansı	Md.-toplam puan bağıntı katsayısı	Md. çıktığında ortalama ölçek alfası
1	.18	3.43	19.06	.65	.90
2	.18	3.42	19.77	.42	.90
3	.19	3.41	19.19	.59	.90
4	.18	3.43	19.19	.61	.90
5	.21	3.39	18.70	.71	.90
6	.35	3.25	19.08	.50	.90
7	.32	3.28	18.78	.59	.90
8	.23	3.37	19.18	.55	.90
9	.21	3.39	19.18	.57	.90
10	.15	3.46	19.40	.59	.90
11	.17	3.43	19.01	.67	.90
12	.16	3.45	19.78	.45	.90
13	.12	3.49	19.76	.52	.90
14	.20	3.41	19.71	.43	.90
15	.12	3.49	19.59	.58	.90
16	.06	3.54	20.20	.51	.90
17	.10	3.50	19.58	.64	.90
18	.13	3.47	19.76	.50	.90
19	.09	3.51	20.04	.48	.90
20	.16	3.45	19.44	.56	.90

Md.= Madde, Mdlr.=Maddeler

3.1.3.Geçerlik Bulguları**3.1.3.1. Zamandaş Geçerlik (Concurrent Validity)**

GKÖ'nün zamandaş geçerliliğini değerlendirmek amacıyla DSKÖ-D ile arasındaki bağıntılar incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda GKÖ ile DSKÖ-D arasındaki korelasyon, $r=.64$, $p<.01$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

3.1.3.2. Birleşen Geçerlilik (Convergent Validity)

GKÖ'nün birleşen geçerliliğini değerlendirmek amacıyla GDÖ ile arasındaki korelasyon incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda GKÖ ile GDÖ arasındaki korelasyon, $r=.63$, $r<.01$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

3.1.3.3. Ayırdedici Geçerlilik (Discriminant Validity)

GKÖ'nün ayırdedici geçerliliğini değerlendirmek amacıyla, evinde kalan 67 yaşlı ile huzurevinde kalan 86 yaşlının GKÖ'den aldıkları puanların farklılaşıp farklılaşmadığı bağımsız gruplar için t testiyle incelenmiştir.

Analiz sonucunda, evde kalan yaşlıların GKÖ puanlarının (ort.=4.58, ss=5.1) huzurevinde kalan yaşlıların GKÖ puanlarından (ort.=2.86, ss=4.1) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir, $t_{(124.32)} = -2.25$, $p < .05$.

Yapılan analizler temelinde, ölçeğin kabul edilebilir düzeyde geçerlik ve güvenilirliğe sahip olduğunun gözlenmesinden hareketle asıl çalışmaya geçilmiştir.

3.2. ASIL ÇALIŞMAYA İLİŞKİN BULGULAR

3.2.1. Verilerin Kullanılacak İstatistiksel Yönteme Uygunluğunun Sınanması

İstatistiksel analizlerin sağlıklı sonuçlar verebilmesi için sağlanması gereken koşullar uyarlama aşamasında olduğu gibi bu aşamada da sağlanmıştır. Bu amaçla, analizden önce, bireylerin ölçeklere verdikleri cevapların bilgisayara doğru girilip girilmediği, kayıp değerlerin olup olmadığı ve normal dağılım sayılıtısının karşılanıp karşılanmadığı analiz programının çeşitli alt programları ile gözden geçirilmiştir. Parametrik istatistik sayılıtılarını karşılamak amacıyla bağımlı değişkenler için z değerleri hesaplanmıştır. Bu katsayı ($-3 > z < 3$), göz önünde tutulduğunda çalışmaya katılan 120 kişiden, iki kişinin normallik sayılıtısını bozduğu tespit edilmiş ve bu kişilere ait veriler analizlere dahil edilmemiştir.

3.2.2. Çeşitli Sosyo-Demografik Değişkenlerin Geriatrik Kaygı Puanlarıyla İlişkisi

Araştırmada yer alan sosyo-demografik değişkenlerden kategorik yapıda olanlar ve sürekli/yapay sürekli yapıda olanlar ayrı ayrı analiz edilmiştirⁱⁱⁱ. Kategorik yapıdaki

ⁱⁱⁱ Araştırmanın amaçları arasında olmamakla birlikte sosyo-demografik değişkenlerle psikolojik kabul düzeyi arasındaki ilişki de incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda genel olarak sosyo-demografik

sosyo-demografik değişkenlerin geriatrik kaygı puanıyla ilişkisini belirleyebilmek amacıyla, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Bu değişkenler; cinsiyet (kadın-erkek), medeni hal (evli, bekar, dul, boşanmış), yaşamın büyük bir kısmının geçtiği yer (büyük şehir/küçük şehir), eğitim düzeyi (ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve üzeri), meslek (hiç çalışmamış, memur, işçi, serbest meslek, asker, diğer) çocuk sahibi olup/olmama, kuruma ziyarete en çok gelen kişi (hiç kimse, çocuklar, akrabalar, arkadaşlar/komşular), odayı paylaşma durumu (tek başına kalma, eşle birlikte kalma, oda arkadaşıyla kalma), kurum içerisinde vakit geçirme şekli (sohbet ederek, el becerisi gerektiren işlerle uğraşarak, kafeteryada oyun oynayarak, TV izleyerek, internete girerek, okuma faaliyetleri yaparak, gezerek, dini ibadetlerle uğraşarak, diğer), kronik hastalık türü (yok, hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, artrit, serebrovasküler hastalıklar, işitme yetersizliği, görme yetersizliği, KOAH, üriner inkontinans, osteoporoz ve diğer) ve yakın zamanda kayıp yaşamış olma (var/yok)'dır.

Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda; cinsiyet, medeni hal, yaşamın büyük bir kısmının geçtiği yer, çocuk sahibi olup/olmama, odayı paylaşma durumu, kurum içerisinde vakit geçirme şekli, kronik hastalık türü ve yakın zamanda kayıp yaşamış olma değişkenlerinin alt düzeylerinde, geriatrik kaygı puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir ($p > .05$).

Sadece, ziyarete gelen kişi değişkeninde yapılan ANOVA testi anlamlı bulunmuştur, $F_{(3,98)} = 4,36$, $p < .01$, $\eta^2 = .11$. Ortaya çıkan farkın kaynağını tespit etmek amacıyla Post Hoc analiz yöntemlerinden Tukey analizi kullanılmıştır. Analiz sonucu tablo 3.2.'de verilmiştir.

değişkenlerin psikolojik kabulle ilişki göstermediği sadece cinsiyet değişkeninde psikolojik kabul puanlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir. Analizler ayrıntılı olarak EK 3'den izlenebilir.

Tablo 3.2.*Ortalama, Standart Sapma ve Tukey Testi Sonuçları*

Ziyarete en çok gelen kişi	Ortalama (ss)	Çocuklar	Akrabalar	Arkadaşlar /komşular
Hiç ziyaretçim olmaz	10,6 (6,61)	*	*	*
Çocuklar	3,91 (3,8)		AD	AD
Akrabalar	4,72 (3,37)			AD
Arkadaşlar/komşular	5,08 (4,26)			

AD, anlamlı değil, * $<.05$

Tablo 3.2.'den de izlenebileceği gibi hiç ziyaretçisi olmayan grubun kaygı puanı ortalamaları (ort.=10,6), ziyaretine çoğunlukla çocuğu (ort.=3,91), akrabası (ort.=4,72), arkadaşları/komşuları (ort.=5,08) gelen grupların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ancak ziyarete gelenlere göre yaşlıların puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Belirtilen bulgu, kurumda kalan yaşlı açısından kritik durumun ziyaret edilmek olduğuna; ziyaret edildikten sonra kim tarafından ziyaret edinildiğinin geriatrik kaygı açısından bir fark yaratmayabileceğine işaret etmektedir.

Sürekli (yaş) ve yapay sürekli sosyo-demografik değişkenlerin geriatrik kaygı puanıyla ilişkisinin incelenmesi amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi yürütülmüştür. Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizine dahil olan sosyo-demografik değişkenler: Yaş, gelir düzeyi, çocuk sayısı, çocuklarla yüz yüze görüşme sıklığı, çocuklarla telefonla görüşme sıklığı, ziyaret edilme sıklığı, kurum içindeki arkadaş sayısı, kurumda kalma süresi, kurum içerisinde gerçekleştirilen faaliyet sayısı, sosyal faaliyetlere katılma isteği, fiziksel aktivite düzeyi, kurum dışına çıkma sıklığı, kronik hastalık sayısı ve son bir yıl içerisinde tanıdık birinin vefatı olduysa zamanı'dır.

Yapılan korelasyon analizi sonucunda kurum dışına çıkma sıklığı dışında hiçbir değişken kaygı puanıyla anlamlı bir ilişki göstermemiştir ($p>.05$). Kurum dışına çıkma sıklığı ve geriatrik kaygı puanı arasındaki ilişki ise pozitif yönde anlamlılık

göstermektedir ($r=.203$, $p<.05$). Buna göre kurumda kalan yaşlıların kurum dışına çıkma sıklıkları arttıkça kaygı düzeyleri de artış göstermektedir.

3.2.3. Geriatrik Kaygı Puanını Yordayan Çeşitli Sosyo-Demografik Değişkenler ve Psikolojik Kabul Düzeyine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Çeşitli sosyo-demografik değişkenler ve psikolojik kabulün, geriatrik kaygı ölçeği puanını ne düzeyde yordadığının belirlenebilmesi amacıyla yapılacak olan Regresyon Analizi öncesinde ilk olarak sosyo-demografik değişkenler ve psikolojik kabul puanının geriatrik kaygı puanıyla korelasyonu incelenmiş ve geriatrik kaygıyla anlamlı korelasyon gösteren değişkenler analize dahil edilmiştir. Geriatrik kaygı toplam puanın söz konusu değişkenlerle korelasyonuna ilişkin değerler EK 2'den izlenebilir.

Yapılan korelasyon analizi sonucunda, geriatrik kaygı toplam puanlarının psikolojik kabul düzeyi ($p<.001$) ve "kurum dışına çıkma sıklığı" ($p<.05$) ile anlamlı düzeyde ilişki gösterdiği saptanmıştır. Bu değişkenlerin geriatrik kaygı puanlarının yordanmasına yaptığı katkıları belirlemek amacıyla uygulanan hiyerarşik regresyon analizi sonuçları Tablo 3.3.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.3.

Geriatrik Kaygı Ölçeğinin Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları (N=102)

Analiz Sırası	Değişken	R	R ²	Uyarlanmış R ²	β	F	P
1	Kurum dışına çıkma sıklığı	.20	.04	.03	.20	4,2	.04
2	Kurum dışına çıkma sıklığı	.41	.17	.16	.18	10,4	.05
	Psikolojik kabul düzeyi				.37		.01

Kurum dışına çıkma sıklığı değişkeniyle psikolojik kabul düzeyi puanlarının geriatrik kaygı ölçeğinden alınan toplam puanların yordanmasına yaptığı katkıları belirleyebilmek amacıyla uygulanan hiyerarşik regresyon analizi sonuçları Tablo 3.3.'de gösterilmiştir. Tablo 3.3'den de izlenebileceği gibi, ilk aşamada analize girilen kurum dışına çıkma sıklığı değişkeni tek başına geriatrik kaygı toplam varyansının %3'ünü açıklarken, ikinci aşamada girilen psikolojik kabul düzeyi değişkeni ile birlikte varyansın %16'sını açıklamıştır ($F_{(2,99)} = 10.4, p < .01$).

Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde; birinci basamakta analize alınan kurum dışına çıkma sıklığı değişkeninin ($t=2,06, p < .05$) ikinci basamakta analize alındığında kurum dışına çıkma sıklığı ($t=1,92, p < .05$) ve psikolojik kabul düzeyinin ($t=3,98, p < .01$) geriatrik kaygıyı anlamlı biçimde yordadığı gözlenmiştir. Tablo 3.3'den de görülebileceği gibi, standardize edilmiş regresyon katsayısı (β), psikolojik kabul düzeyinin geriatrik kaygı açıklamada daha baskın bir değişken olduğuna işaret etmektedir.

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Huzurevinde kalan yaşlılarda kaygı belirtileriyle, çeşitli sosyo-demografik değişkenler ve psikolojik kabul düzeyi arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla yürütülen çalışmanın bulguları aşağıda alt başlıklar halinde tartışılmıştır. Bulgularla ilgili tartışmalar ön çalışmaya ilişkin ve asıl çalışmaya ilişkin olmak üzere iki ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde GKÖ'den uyarılma aşamasında elde edilen değerler, ölçeğin özgün formundan elde edilen değerlerle karşılaştırılarak ele alınmıştır. İkinci bölümde ise araştırma sorularına ilişkin bulgular ve araştırmadan elde edilen genel bulgular tartışılmıştır. Bölüm içerisinde son olarak araştırmanın sınırlılıklarına yer verilmiş ve ulaşılabilecek sonuçlar önerilmiştir.

4.1. GKÖ'NÜN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

4.1.1. GKÖ'nün Güvenirliğinin Tartışılması

GKÖ'nün güvenirligi; iç tutarlılık ve test tekrar test yöntemi olmak üzere iki farklı yolla irdelenmiş ve 153 kişide, ölçeğin iç tutarlılığı .91; test tekrar test güvenirligi ise .88 olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Ölçeği geliştiren Pachana ve arkadaşlarının (2007), 452 normal yaşlı, 46 psikogeriatric servisine başvuran hasta yaşlı ile yaptıkları incelemede iç tutarlılık katsayısı normal yaşlı grup için .91, hasta yaşlı grup için ise .93 olarak tespit edilmiştir. Normal yaşlı grup için elde edilen iç tutarlılık katsayısının (.91) iki çalışmada da birebir örtüşmesi; GKÖ'nün özgün formuyla uyumlu bir şekilde yüksek bir iç tutarlılığa sahip olduğunu ve maddelerin birbirine oldukça benzediğini göstermektedir.

GKÖ'nün madde toplam bağıntı katsayılarının .42 ile .71 arasında değiştiği gözlenmiştir. Bu değerler ölçeğin özgün formundaki değerlerden (.38 ile .66 arasındaki değerler) daha yüksektir. Ebel (1965), .40'ın üzerindeki maddelerin yüksek düzeyde anlamlı olduğunu bildirmektedir (akt., Erkuş, 2003). Bu bağlamda, uyarılma

çalışmasında gözlenen madde toplam korelasyonları göz önünde bulundurulduğunda, ölçekte yer alan maddelerin de yüksek düzeyde anlamlı olduğu düşünülmektedir.

Ölçeğin test tekrar test güvenilirliğini belirleyebilmek amacıyla çalışılan örneklem, görece küçük olmakla birlikte geriatik örneklemle yapılan test tekrar test çalışmalarında örneklem sayısının çoğunlukla düşük (20 ile 30 arası) tutulduğu (Ertan, 1996; Reynolds, Richmond ve Lowe, 2003; Sheikh ve Yesavage, 1986) göz önünde bulundurulduğunda, bu sayının yeterli düzeyde olduğu düşünülmektedir. Yapılan uygulamalar sonucunda GKÖ'nün kararlılık katsayısı .88 düzeyinde bulunmuştur. Ölçeğin özgün formunun test tekrar test çalışması ise 46 geriatik psikiyatri hastasına bir hafta aralıkla uygulama yapılmasıyla elde edilmiş ve .91 düzeyinde bulunmuştur. Araştırmamızda ön test ve son test arasındaki sürenin (3-4 hafta), özgün çalışmadaki süreden (1 hafta) daha uzun tutulmasına karşın, test tekrar test güvenilirliğinin özgün formunda olduğu gibi anlamlı ve yüksek olduğu gözlenmiştir. GKÖ'nün test tekrar test güvenilirliğinin anlamlı ve yüksek düzeyde olması, ölçekten alınan puanların zamanda tutarlılığı açısından güvenilirliğini destekleyen bir bulgu olarak değerlendirilmektedir.

4.1.2. GKÖ'nün Geçerliğinin Tartışması

GKÖ'nün yapı geçerliği üç aşamada incelenmiştir. Birinci aşamada, zamandaş geçerlik (concurrent validity) kapsamında, GKÖ ile DSKÖ-D arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre elde edilen bağıntı katsayısı (.64), iki ölçek arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişkiye işaret etmektedir. Pachana ve arkadaşları (2007) da, ölçeğin özgün formunun DSKÖ-D ile korelasyonunu normal örnekleme .44^{iv}, klinik örnekleme .80 olarak bildirmişlerdir.

İkinci aşamada, birleşen geçerlik (convergent validity) kapsamında ölçeğin GDÖ ile arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre elde edilen bağıntı katsayısı (.63), iki ölçek arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye işaret etmekte ve kuramsal

^{iv} Pachana ve arkadaşları (2007), ilgili yayınlarında GKÖ ve DSKÖ-D arasındaki korelasyonu normal örnekleme, -.44 olarak bildirmiştir. GKÖ'nün DSKÖ-D ile normal örnekleme negatif, klinik örnekleme pozitif yönde korelasyon sağlaması beklenemeyeceği için bildirilen bu değer maddi bir hatadan kaynaklandığı düşünülerek yazarla iletişime geçilmiştir. Cevap beklenmektedir.

olarak beklendik düzeydedir (Lenze ve ark., 2000; van der Wheele ve ark., 2008; Jeste ve ark., 2006).

Üçüncü aşamada ayırddedici geçerlik (discriminant validity) kapsamında ölçekten alınan puanların huzurevinde kalan ve kendi evinde kalan yaşlılarda farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Buna göre huzurevinde kalan yaşlıların kaygı puanlarının evinde kalan yaşlılardan daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Huzurevini ve ev ortamını kaygı düzeyi açısından karşılaştıran kısıtlı sayıda araştırma bulunmakla birlikte depresyon açısından karşılaştıran çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bunlara göre, depresyonun görülme sıklığı huzurevinde kalan yaşlılarda, kendi evinde kalanlara oranla daha yüksektir (Bekaroğlu, Uluutku, Tanrıöver ve Kırpınar, 1991; Maral ve ark., 2001; Şahin ve Yalçın, 2003; Karakaya, Bilgin, Ekici, Köse ve Otman, 2009). Bu bulgu, huzurevi ortamında, aileden algılanan sosyal desteğin azalabilmesi (Aksüllü ve Doğan, 2004), otonomi kaybının oluşabilmesi ve alışılan yaşam koşullarının (ortak banyo kullanımı gibi) değişebilmesi (Choi, Ransom ve Wyllie, 2008) gibi durumlarla ilişkilendirebilmektedir.

Depresyon açısından kurumda kalma bir risk etkeni olarak tanımlanmakla birlikte kaygı açısından iki grubu karşılaştıran kısıtlı sayıdaki çalışmalar çoğunlukla bir fark gözlenmediğine işaret etmektedir (Yılmaz ve Sayıl, 1996; Coşkun, 1998; Urciuoli, Bueno, Padoanı ve De Leo, 1998). Bununla birlikte bu araştırmalarda yaşlılar için geliştirilen bir kaygı ölçeğininin kullanılmadığı göz önünde bulundurulmalıdır. Smallbrugge ve arkadaşlarının (2005), araştırmasında ise huzurevinde kalan yaşlılarda kaygı görülme sıklığının toplum tabanlı çalışmalarda bildirilen oranlardan çok daha düşük olduğu bildirilmiştir. Yazarlar bu bulguyu kullandıkları tanı sistemi (DSM IV) ve araştırmayı yürüttükleri huzurevinin yüksek standarttaki koşullarıyla ilişkilendirmiştir. Bu araştırmada elde edilen bulgu, Smalbrugge ve arkadaşlarının (2005) araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Benzer şekilde araştırmanın yürütüldüğü SGK Emekli Sandığı Dinlenme ve Bakım Evleri de yaşlıların disiplinlerarası sağlık hizmetinden yararlanabildikleri (doktor, hemşire, fizyoterapist, psikolog gibi), gün içerisinde çeşitli sosyal ve fiziksel faaliyetlerde yer alabildikleri, istediği zaman kurum dışına çıkabildikleri, bir veya iki kişilik studyo dairelerden oluşan huzurevlerindedir. Bu yönüyle araştırmanın yapıldığı huzurevlerinin, yaşlılık döneminde kaygı ve

depresyon açısından olumlu etkileri olduğu bilinen sosyal ve fiziksel faaliyetlerde yer alma, kendi yaş grubuyla bir arada bulunabilme, yakınlarıyla rahatlıkla görüşebilme, kronik hastalıkların sağlık ekibince denetim altında tutulabilmesi gibi hizmetleri sağlayarak sakinlerde kaygı puanının düşük olmasına etki etmiş olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, farklı özelliklere sahip bu iki grubun (huzurevi ve evde kalan yaşlılar) kaygı puanlarının birbirinden farklılaşmasının GKÖ'nün ayırıcı geçerliliğini desteklediği düşünülmektedir.

Elde edilen bulgular genel olarak değerlendirildiğinde, GKÖ'nün yaşlı örnekleme kabul edilebilir düzeyde güvenilir ve geçerli olduğu düşünülmektedir.

4.2. ASIL ÇALIŞMADA ELDE EDİLEN BULGULARIN TARTIŞILMASI

4.2.1.Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmada sınırlı sayıda sosyo-demografik değişkenin geriatrik kaygıyla ilişki gösterdiği, genel olarak sosyo-demografik değişkenlerle geriatrik kaygı arasında ilişki gözlenmediği tespit edilmiştir. Bulgular değerlendirilirken huzurevi örnekleminin birçok değişken için homojen bir yapıda olduğu ve katılımcı sayısının az olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Cinsiyete ilişkin bulgular açısından bakıldığında, cinsiyet ve kaygı puanları arasındaki farkda anlamlılığa ulaşılmamıştır. Bu bulgu, yaşlılık döneminde, kadınların erkeklere oranla daha fazla kaygı belirtileri (Mehta ve ark., 2003) ve kaygı bozukluğu (Forsell ve Winblad, 1998; Beekman ve ark., 1998; Heun ve Papassotiropoulos, 2000; Ritchie ve ark., 2004; de Beurs ve ark., 2000; Kırmızıoğlu ve ark., 2009) deneyimlediğini bildiren bir çok araştırma bulgusunu desteklememekle birlikte, Bahar'ın (2005) huzurevinde yaşayan yaşlılarda kaygı puanlarının cinsiyete göre farklılaşmadığını bildirdiği araştırmasıyla da paralellik göstermektedir. Hale ve Cochran (1983), literatürde "kadın olmanın" psikopatoloji için önemli bir risk etkeni olduğunu bildiren araştırmalarda yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve sağlık gibi çeşitli sosyo-demografik değişkenlerin de cinsiyet açısından incelenmesi gerektiğini belirtmektedir. Yazarlar, geriatrik

örnekleme, psikopatoloji açısından risk etkeni olan bu sosyo-demografik değişkenlerin kadınlarda görülme ihtimalinin daha yüksek olabileceğine değinerek araştırmalarda bu ayrışımın yapılmasının daha sağlıklı sonuçlar sağlayabileceğini bildirmektedir. Bu çalışmada cinsiyet ile kaygı puanı arasında elde edilen ilişkide de, Hale ve Cochran'ın (1983) bahsettiği diğer değişkenlerin etkileri olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda, yaş ve kaygı puanı arasındaki ilişkide anlamlılığa ulaşılmamıştır. Elde edilen bu bulgunun araştırmada ileri yaş grubundan (90 ve üzeri) katılımcı sayısının kısıtlı olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Yapılan araştırmaların bir kısmında ilerleyen yaşla birlikte bireyin kaygı düzeyinin düştüğü (Flint, 1994), bir kısmında ise arttığı (Uhlenhuth, 1983; akt.; Bryant ve ark., 2008) belirtilmekle birlikte bu çıkarımların çoğunlukla, yaşlı ve genç örnekleme kaygı belirtilerinin ve bozukluğunun görülme sıklıklarının karşılaştırılması yoluyla oluşturulduğu dikkat çekmektedir. Yaşlı örneklemin, kendi içerisinde gruplara ayrılarak kaygı düzeyinin karşılaştırıldığı sadece bir çalışmaya ulaşılabilmektedir. Schaub ve Linden'in (2000) bu çalışmasında, geriatric örnekleme; 70 ve 84 yaş (258 kişi), 85 ve 103 yaş (258 kişi) olmak üzere iki gruba ayrılarak incelenmiş; yaş ve kaygı düzeyi arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur. Bu araştırma da bu bulguyu desteklemektedir.

Yaşlıların eğitim düzeyi ve kaygı puan ortalamaları arasında fark çıkmamıştır. Yapılan çalışmaların bir kısmı, eğitim düzeyi arttıkça kaygının azaldığını (Coşkun, 1998; Beekman ve ark., 1998) bildirmekle birlikte, eğitim düzeyi ve kaygı düzeyi arasında anlamsız ilişki bildiren bazı araştırma bulguları (Manoğlu, 1998; Bahar, 2005; Forsell, 2000; Schoevers ve ark., 2005) da bulunmaktadır. Elde edilen bu bulgu değerlendirilirken araştırma örnekleminin eğitim düzeyi açısından homojen bir grup olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Medeni durum ve kaygı puan ortalamaları arasında fark çıkmamıştır. Bu bulgu, literatürde yer alan birçok araştırma bulgusuyla paralellik göstermektedir (Manoğlu, 1998; Bahar, 2005; Forsell ve Winblad, 1998; Forsell, 2000; Schoevers ve ark., 2003). De Beurs ve arkadaşları (2001), çalışmalarında yaşlılarda evli olup olmama durumu ile kaygı belirtileri arasındaki ilişkinin anlamsız olduğunu, bununla birlikte eşin vefatı ve kaygı belirtileri arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu bildirmektedir. Benzer şekilde Coşkun'un (1998) araştırmasında, boşanan ve eşi ölen yaşlılarda kaygı düzeyinin daha

yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda, yaşlılık döneminde evli olup olmama durumundan çok boşanma ve eşin ölümü gibi stres yaratabilen yaşam olaylarının kaygı belirtileriyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada, gelir düzeyi, meslek durumu ve yaşanan yerin ile kaygı puanı arasındaki ilişkide anlamlılığa ulaşılmamıştır. Çalışmanın Emekli Sandığı Huzurevleri'nde gerçekleştirilmiş olması, yüksek sosyoekonomik düzeye sahip katılımcıların araştırmada yer almasına yol açmıştır. Örneklemin sosyoekonomik açıdan homojen bir grup olması, literatürde bulunan gelir düzeyi ve kaygı düzeyi arasında negatif korelasyon bildiren araştırma bulgularının (Coşkun, 1998; De Beurs ve ark., 2001) yorumlanmasına olanak vermemektedir.

Yaşlılarda sosyal destek ve kaygı puanı arasındaki ilişki; çocuk sayısı (var/yok ayrımı ve sayısı), çocuklarla yüz yüze görüşme sıklığı, çocuklarla telefonla görüşme sıklığı, kurum içerisinde ziyaret edilme sıklığı, kuruma ziyarete en çok kimlerin geldiği, odayı paylaşma durumu ve kurum içerisindeki arkadaş sayısı gibi değişkenlerle değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bunlardan sadece "kuruma ziyarete en çok kimlerin geldiği" değişkeninde kaygı puanlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı gözlenmiştir. Forsell'in (2000) "düzenli ziyaretçinin olmamasıyla" yüksek kaygı puanları arasında anlamlı ilişki bildirdiği araştırmasıyla tutarlı olarak bu araştırmada da, huzurevinde kalan yaşlılarda ziyaretçinin kim olduğu fark etmeksizin ziyaret edilmenin kaygı puanı açısından kritik bir etkisinin olabileceği düşünülmektedir.

Kaygı puanlarının, yaşlıların kurumda vakit geçirme durumuna göre farklılaşmadığı gözlenmiştir. Lampinen ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında el işleriyle uğraşma, okuma yapma, dini faaliyette bulunma gibi çeşitli boş zaman aktivitelerine katılım düzeyi yüksek olan yaşlılarda kaygı düzeyinin daha düşük olduğu bildirilmektedir. Ancak, bu çalışmada da Bahar'ın (2005) araştırmasında bildirildiği gibi kurumda vakit geçirme durumuna göre kaygı puanlarının farklılaşmadığı gözlenmiştir. Benzer şekilde, yurtdışında yapılan çalışmaların (Biddle, Fox, Boutcher ve Faulkner, 2000; Paluska ve Schwenk, 2000; Lampinen ve ark., 2006) aksine fiziksel aktivite düzeyi ve kaygı düzeyi arasındaki ilişki de anlamsız bulunmuştur. Bu durumun ortaya çıkmasında, Türk kültüründe sosyal ve fiziksel faaliyetlere batı kültürlerinde olduğu kadar önem

verilmemesinin rolü olduğu düşünülebilir. Sosyal uğraşlara katılma isteğiyle kaygı düzeyi arasındaki ilişkinin de anlamsız bulunması, bu düşünceyi destekler niteliktedir.

Yaşlılarda, kronik hastalık sayısıyla kaygı puanı arasındaki ilişkide fark gözlenmemiştir. Bu bulgu, kronik hastalık sayısıyla kaygı belirtileri arasında anlamsız ilişki bildiren bazı araştırma bulgularıyla (Beekman ve ark., 2000; de Beurs, 2001) paralellik göstermekle birlikte birden fazla kronik hastalığı olan yaşlılarda kaygı bozukluklarının daha fazla görüldüğünü bildiren bir çok araştırma bulgusunu da (Coşkun; 1998; Mehta ve ark., 2003; Schoevers ve ark., 2003; Bahar, 2005) desteklememektedir. Benzer şekilde, kronik hastalık durumuyla kaygı puanları arasındaki fark da anlamsız bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda ise üriner sıkıntılara (Mehta ve ark., 2003), görme (Smallbrugge ve ark., 2005; de Beurs ve ark., 2000) ve işitme alanlarındaki zorluklara (de Beurs ve ark., 2000, Mehta ve ark., 2003) bağlı olarak kaygı puanlarının farklılaştığı bildirilmektedir. Araştırmamızın sağlık hizmetleri açısından yüksek standartlara sahip bir huzurevinde gerçekleştirilmiş olmasının elde edilen bulguyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Emekli Sandığı Huzurevlerinde, kronik hastalıkların, kuruma bağlı sağlık personeli tarafından düzenli takibinin sağlanması ve kurum sakinlerine birincil, ikincil ve üçüncül koruma hizmetlerinin verilmesini elde edilen bulguyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Kuramsal literatür, fizyolojik sağlık ve psikolojik kabul düzeyi arasındaki ilişkiyi psikolojik kabulün sağlık üzerindeki doğrudan veya dolaylı etkileriyle açıklamaktadır (Bond ve Bunce, 2000; 2003; Butler ve Ciarrochi, 2007). Bu bağlamda, bu çalışmada da araştırma soruları arasında yer almamakla birlikte, kronik hastalıklar ve psikolojik kabul düzeyi arasındaki ilişki incelenmiş (bakınız, EK 3); ancak bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

Yakın zamanda kayıp (tanıdık birinin vefatı) yaşama durumuyla kaygı puanları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur. Bu bulgu, yakın zaman içerisinde kayıp yaşayan kişilerde kaygı puanının daha yüksek olduğunu bildiren (Beekman ve ark., 1998; 2000; De Beurs ve ark., 2000) araştırma bulgularını desteklememektedir. Bir kısmı huzurevinde kalan, bir kısmı ise evinde kalan yaşlılarla gerçekleştirilen bu çalışmalarda kaygıyla ilişkili olan temel etkenin "eşin vefatı" olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmanın

örnekleminde yakın zamanda eş kaybı yaşamış katılımcı sayısının fazla olmaması, böyle bir sonuca ulaşmayı engellemektedir.

Elde edilen bulgu, kurum hayatı içerisinde ölümün normalize edilmiş olmasıyla da açıklanabilir. Başka bir ifadeyle, SGK Emekli Sandığı Huzurevleri'nin 1000 kişilik kapasiteleri göz önünde bulundurulduğunda, yaşlı bireylerin vefat olaylarıyla karşılaşma sıklığının yüksek olması olası görünmektedir. Yaşlıların ölüme ilişkin kaygılarının azalmasında, yine bu normalizasyon sürecinin de etkili olabileceği düşünülmektedir.

İlginç bir bulgu olarak, yaşlının kurum dışına çıkma sıklığı (gün içerisinde kurumdan ayrılma) kaygı puanıyla pozitif korelasyon göstermiştir. Literatürde bu ilişkiyi inceleyen herhangi bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Elde edilen bu bulguda araştırma kapsamında etkisi incelenen değişkenlerin dışında, farklı etkenlerin rol oynuyor olabileceği düşünülmektedir.

4.2.2. Psikolojik Kabul Düzeyi ve Kurum Dışına Çıkma Sıklığının Geriatrik Kaygıyı Yordama Güçlerinin Değerlendirilmesi

Psikolojik kabul düzeyi ve kurum dışına çıkma sıklığının geriatrik kaygıyı yordama güçlerinin tartışıldığı bu bölümde, ilk olarak bu değişkenlerin geriatrik kaygıyı ayrı ayrı açıklama güçleri incelenmiş, daha sonra psikolojik kabul düzeyi ve kurum dışına çıkma sıklığının bir arada geriatrik kaygıyı yordama düzeyleri, ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Bölüm içerisinde yaşlılık dönemine ilişkin çeşitli yaklaşımların Kabul ve Yükümlülük Modeli ile örtüştüğü noktalara da yer verilmiştir. Yaşlı örnekleme psikolojik kabul literatürünün kısıtlı olması nedeniyle, tartışmada genç örnekleme ilişkin bulgular da dikkate alınmıştır.

Çalışmada, psikolojik kabul düzeyinin geriatrik kaygıyı açıkladığı ve psikolojik kabul düzeyi yüksek yaşlıların kaygı düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, Andrew ve Dalin'in (2006), geriatrik depresyon ve geriatrik kaygıyla psikolojik kabul düzeyi arasında bildirdiği negatif ilişkiyi desteklemektedir. Benzer bir şekilde, genç ve genç yetişkin örnekleme yapılan araştırmaların birçoğunda da psikolojik kabul düzeyi ile psikopatolojik kaygının negatif yönde ilişkili olduğu belirtilmektedir (Roemer ve

ark., 2005; Kashdan ve ark., 2006; Begotka ve ark., 2004). Giriş bölümünde belirtildiği gibi, Butler ve Ciarrochi'nin (2007) psikolojik iyilik hali ile kaygı arasında ortaya çıkan ilişkiyi kavramsallaştırmada izledikleri yol, bu çalışmada geriatrik kaygı ile psikolojik kabul düzeyi arasında kurulmaya çalışılmıştır. Buna göre, bu çalışmanın örnekleminde de kaygı düzeyi yüksek yaşlıların psikolojik kaynaklara ulaşmada sıkıntı yaşıyor olmaları, kaçınma davranışlarını sürdürmeleri ve kendilerini çeşitli yaşam deneyimlerine kapatmaları gibi olası etkenlerin söz konusu kaygı düzeyinde rol oynuyor olabileceği düşünülmektedir. Psikolojik kabul düzeyi düşük yaşlıların sıkıntı veren duygu ve düşünceleriyle ilgili yardım arama, bilgiye ulaşma, bilgiyi değerlendirme gibi alanlarda kaçınma davranışları gösterme eğilimlerinin de söz konusu kaygı düzeyini arttırabileceği öne sürülmektedir.

Yukarıda bahsedilen kaçınma eğilimlerinin Kabul ve Yükümlülük Modeli'nin psikopatoloji anlayışıyla da örtüştüğü görülmektedir. Modele göre, psikopatolojilerin büyük çoğunluğu insanların istenmedik düşünce, duygu ve anılardan kaçınmak, kaçmak ya da kurtulmak için sürekli çaba göstermesi durumundan kaynaklanmaktadır. Yaşantısal kaçınma olarak adlandırılan bu durumun, stres verici durumla ilgili deneyimlerden veya düşüncelerden uzaklaşma, bu amaçla duygu ve düşüncelerini bastırmaya çalışma ve sorun hakkında düşünmeyi önlemek için başka işlerle uğraşma davranışlarını içeren *kaçınan başa çıkma tarzıyla* da (Carver, Scheler ve Weintraub, 1989) benzerlik gösterdiği düşünülmektedir. Yaşlıların kullandıkları başa çıkma stratejileriyle ruhsal durumları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar; kaçınan başa çıkma stratejileri kullanan yaşlılarda psikolojik sıkıntıların daha fazla gözlendiğini (Desmond ve MacLachan, 2006), kaygı duyarlılık indeksinin (Andersson ve Hagnebo, 2003) ve geriatrik kaygı düzeyinin daha yüksek olduğunu (Desmond ve MacLachan, 2006) bildirmektedir. Kabul ve kontrol temelli stratejilerin etkililiğinin genç yetişkin örnekleminde araştırıldığı çalışmalarda da kabul temelli stratejilerin kaygı durumunda, daha az kaçınma, daha az felaketleştirici düşünce ve korku deneyimiyle (Eifert ve Hefner, 2003; Levitt ve ark., 2004) ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada da yaşantısal kaçınma düzeyi ve geriatrik kaygı arasında bulunan pozitif korelasyon araştırma bulgularını desteklemektedir.

Diğer bir bulgu olarak, sosyo-demografik değişkenlerden kurum dışına çıkma sıklığının geriatrik kaygıyı açıkladığı ve geriatrik kaygı düzeyiyle pozitif yönde ilişki gösterdiği tespit edilmiştir. Daha önce de ifade edildiği gibi elde edilen bu bulguda farklı etkenlerin rolü olabileceği düşünülmekte, ileride yapılacak araştırmalarda bu ilişkinin kapsamlı bir şekilde incelenmesi önerilmektedir.

Araştırma kapsamında, son olarak, psikolojik kabul düzeyi ve kurum dışına çıkma sıklığının geriatrik kaygıyı bir arada yordama güçleri incelenmiştir. Regresyon analizi bulguları, bu iki değişkenin geriatrik kaygıyı bir arada anlamlı düzeyde yordadığına ve psikolojik kabul düzeyinin, geriatrik kaygının yordanmasında daha baskın bir değişken olduğuna işaret etmektedir. Andrew ve Dalin'in (2006) yaşantısal kaçınma düzeyinin^v sosyal destek, bilişsel bozulma, algılanan sağlık düzeyi gibi değişkenlere oranla geriatrik kaygıyı yordamada daha güçlü bir etken olduğunu gösterdikleri çalışmaları, psikolojik kabulün geriatrik kaygıyı daha fazla açıkladığını ortaya koyması açısından bu çalışmayı desteklemektedir. Benzer şekilde, Efiert ve Forsyth'ın (2005) genç örneklemde yürüttükleri çalışmalarında kaçınma mekanizmalarının kaygının sürdürülmesiyle büyük ölçüde ilişkili olduğu bildirilmiştir. Hem bu araştırma hem de bahsedilen diğer araştırma bulgularının, Neugarten'ın (1968) "insanların yaşlandıkça içsel düşünce ve duygulara dışsal etkenlerden daha fazla bağımlı olma eğiliminde oldukları" şeklindeki önermesiyle tutarlılık gösterdikleri düşünülmektedir.

Buraya kadar psikolojik kabul ve geriatrik kaygı düzeyi arasındaki ilişkiler ağırlıklı olarak Kabul ve Yükümlülük Modeli çerçevesinde ele alınmıştır. Bunun yanı sıra, psikolojik kabul kavramının geriatrik kaygıyla gösterdiği ilişkinin farklı bakış açılarıyla da paralellik gösterdiği düşünülmektedir. Bu bağlamda, Erikson'ın (1968) gelişim evresinin son basamağı olarak ortaya koyduğu *ego bütünlüğünün*, Neugarten ve arkadaşlarının (1968; akt. Onur) *bütünleşmiş kişilikler* kavramının, Baltes'in (2004) *bilgelik* tanımının bazı yönleriyle psikolojik kabul kavramıyla örtüştüğü gözlenmektedir. Tüm bu kavramların beraberinde getirdiği; ölüme hazırlanabilme, zorlayıcı yaşam olaylarını tüm yönleriyle kabul edebilme, geleceğin korku ve endişe olmadan karşılanabilmesi, geçmiş günleri memnuniyetle anabilme, yaşamla kabul temelli bir barışıklık içinde olabilme, yaşlılıkta ortaya çıkan rol değişimlerini

^v Daha önce de belirtildiği gibi yaşantısal kaçınma düzeyinin yüksek olması psikolojik kabul düzeyinin düşük olması anlamına gelmektedir.

benimseyebilme ve geçmişle bütünleşebilme gibi özellikler olumlu yaşlanmanın niteliği olarak tanımlanabilir. Nitekim Kabul ve Yükümlülük Modeli'nin kuramsal ardalığında yatan psikolojik kabul, ruhsal esneklik, şimdiki zamanla temas, bir süreç olarak kendilik gibi unsurların yukarıda bahsedilen diğer kuramcıların öne sürdüğü kavramlarla paralellik gösterdiği gözlenmiştir.

Genel değerlendirmede, araştırmamızın yaşlılarla yapılan diğer çalışmalardan farklı olarak, psikolojik kabul kavramını kaygı boyutunda ele alması yönüyle ileride yapılacak araştırmalar için bir çerçeve oluşturduğu düşünülmektedir.

4.3. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Örnekleme ilişkin özellikler araştırmanın başlıca sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Bunlardan ilki, örnekleme kısıtlı sayıda ileri yaşlı grubunun bulunmasıdır. Bu durumun özellikle yaşa bağlı olarak ortaya çıkabilecek değişimlerin gözlenmesinde sıkıntıya yol açtığı düşünülmektedir. Bir diğer sınırlılık, sosyo-demografik değişkenler açısından dengeli bir dağılımın sağlanamaması ve örneklemin kısıtlı sayıda katılımcıdan oluşmasıdır. Araştırma, SGK Emekli Sandığı Dinlenme ve Bakımevlerinde yürütüldüğü için katılımcıların büyük çoğunluğunu memur emeklisi, yüksek eğitim ve gelir düzeyindeki kişiler oluşturmaktadır. Buna ek olarak çalışmamız sadece huzurevi sakinlerini kapsamaktadır. Örneklemin bu özelliklerinin araştırmanın genellenebilirliğini kısıtlayabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya ilişkin yöntemsel bir sınırlılık, katılımcıların bir kısmının verdikleri cevapların araştırmacı tarafından işaretlenmesidir. Bu durumun, özellikle; yaş, gelir düzeyi ve çocuklarla ilişkiler gibi sosyo-demografik değişkenlerde yanlı cevaplara neden olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya ilişkin bir diğer kısıtlılık ise, genç örneklem için geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Psikolojik Kabul Ölçeği'nin yaşlılarda düşük güvenilirliğe (iç tutarlılık katsayısı; .39)^{vi} sahip olmasıdır. Buna ek olarak, ölçeğin çok sayıda ters madde içermesi ve ifadelerinin görece karışık olması nedeniyle bazı katılımcıların (eğitim düzeyi düşük

^{vi} Ölçeğin geçerliliğinin incelendiği bir başka tez çalışmasında (Neziroğlu, 2010) da 810 kişilik örnekleme ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .30 olarak bildirilmiştir.

veya 85 yaş ve üzeri grup) ölçekte yer alan maddeleri anlamakta sıkıntı yaşadığı gözlenmiştir. Ölçekte yer alan bazı maddeler şöyledir: "Doğru çözüm yolunun ne olduğundan emin olmasam bile sorunu çözmek için harekete geçebilirim", "Bir şeyi olumsuz olarak değerlendirdiğimde, zaman zaman bu değerlendirmemin objektif gerçeği değil sadece benim kişisel tepkimi yansıttığını düşünürüm", "O anki duygularıma göre davranmalıyım". Bu gibi maddeler yaşlılar tarafından zor algılanan maddelere örnek olabilir.

4.4. KLİNİK DOĞURGULAR

Araştırmada huzurevinde kalan yaşlıların geriatrik kaygı düzeyiyle ilişkili önemli sonuçlar elde edilmiştir. Bunlardan biri, huzurevinde ziyaret edilmenin geriatrik kaygı düzeyi açısından kritik bir öneminin olmasıdır. Araştırmamıza göre, kim tarafından ziyaret edilirse edilsin, huzurevinde ziyaret edilen yaşlıların geriatrik kaygı puanı, ziyaret edilmeyenlere oranla daha düşüktür. Bu bağlamda, huzurevi çalışanlarının, ziyarete gelebilecek kişilerle (aile, akraba, arkadaş) görüşerek, ziyaret edilmenin kurum sakinine sağladığı olumlu etkileri paylaşımları ve bu kişileri kurumda kalan yakınlarını düzenli ziyaret etme konusunda teşvik etmelerinin, yaşlının psikolojik iyilik hali açısından faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Bir diğeri, araştırmamız psikolojik kabul düzeyinin geriatrik kaygının yordanmasında sosyo-demografik değişkenlerden daha baskın bir değişken olduğunu ortaya koymaktadır. Biyolojik ve psikolojik kayıpların görülebildiği bir dönem olmasından ötürü, yaşlılıkta çoğunlukla değiştirilemez yaşam olayları deneyimlenebilmektedir. Kabul ve Yükümlülük Modeli'nin "yaşam olaylarını değiştirilebilir ve değiştirilemez yönleriyle kabul edebilme ve bunlarla barışık yaşayabilme" anlayışının yaşlıların sıkıntı yaratan durumlarla başedebilmelerinde işlevsel olabileceği öngörülmektedir. Bu doğrultuda, kurumda kalan yaşlılarla yapılan terapi uygulamalarında özelden genele doğru ilerleyen bir sistemin takip edilmesinin daha işlevsel olabileceği düşünülmektedir. Öncelikle, yaşlının, kurum hayatı içerisinde kaçındığı alanlar (örneğin; düşme korkusuyla odadan dışarı çıkamama, hasta olma korkusuyla fiziksel aktivitelerde yer almama; tiyatro, koro gibi sosyal faaliyetlerde başarısız olup eleştirilme düşüncesi nedeniyle yer almama gibi) tespit edilmeli ve buralardaki kaçınma

yaşantısının yaşlının yaşamı üzerindeki olumsuz etkileri uygun KYT iletileriyle yaşlılara gösterilmelidir. Bu iletilere örnek olarak: "Yaşam ancak sorunlardan arınılınca yaşanacak olan değildir, yaşam şu anda da sürüp gitmektedir" "Yaşantınızı denetim altına almak için koyduğunuz kuralları ayırt edin ve yaşantınıza bakın. Sizce bu kurallar ne kadar işe yarıyor?" verilebilir. Kurum psikologuyla birlikte yaşlı danışan, günlük bir yaşam olayındaki "dayatmalarını, engellenmelerini, derecelendirmelerini, çıkarımlarını ve işlevsel olmayan düşüncelerini" bulup, bu düşüncelere inanmanın ve inanmamanın ortaya çıkardığı sonuçları tartışabilir. Kaygı düzeyi yüksek yaşlılara bunlara ek olarak, KYT'de de kullanılan nefes egzersizleri ve kelime egzersizleri (sıkıntı yaratan kelimenin anlamını yitirene kadar tekrar edilmesi) uygulanabilir. KYT'de amaç ruhsal esnekliği sağlamak olduğundan bu tekniklerin yaşlının yaşam tarzında da belli esneklikler gözlenene kadar sürdürülmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

4.5. YENİ ÇALIŞMALAR İÇİN ÖNERİLER

Huzurevinde kalan yaşlılarda, geriatrik kaygıyla sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkilere odaklanan çalışmalarda öncelikle, örneklemin farklı sosyo-ekonomik düzeydeki yaşlıları kapsamaması gerektiği düşünülmektedir. Bu amaçla, araştırmaların farklı özelliklere sahip birden fazla huzurevinde yürütülmesi önerilmektedir.

Bu çalışmada, ulaşılabilen örneklemin yaş ranjı ve bu yaş ranjı içindeki katılımcı sayısı düşüktür. Yaşın etkilerinin daha iyi gözlenebilmesi amacıyla yaşlıların kendi içlerinde karşılaştırılabileceği örneklemelerin yanında, genç ve yaşlı kişilerin karşılaştırmasının yapılabileceği örneklemelerin oluşturulması önerilmektedir. Böylelikle, psikolojik kabul düzeyi ve sosyo-demografik değişkenlerin kaygı belirtileri üzerindeki etkilerinin yaşa bağlı değişimlerinin daha iyi ortaya konacağı düşünülmektedir.

Bu çalışma sonucunda psikolojik kabul düzeyinin geriatrik kaygı açısından yaşlılar için önemli olduğu gözlenmiştir. Bununla birlikte araştırmada psikolojik kabulün yaşlılarda hangi etkenlerce şekillendiği ele alınamamıştır. İleride yaşlı örnekleme yapılacak araştırmalarda kabul düzeyini arttıran etkenlerin ortaya konmasının yaşlılarda gözlenen psikopatolojilerin iyileştirilmesinde önemli bir adım olacağı öngörülmektedir.

Genç örnekleme yürütülen araştırmalar psikolojik kabul ve yaşantısal kaçınma düzeyinin birçok psikopatolojiyle ilişkili olduğa işaret etmektedir. Bununla birlikte daha önce de belirtildiği gibi yaşlılarda görülen psikopatolojilerde bahsedilen değişkenlerin etkilerine odaklanan kısıtlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu nedenle ileride yapılacak araştırmalarda yaşlı bireyin işlevsellik düzeyinde ve yaşam kalitesinde bozulmalara yol açabilecek uyku bozuklukları, kronik ağrı, uyum bozuklukları, depresyon ve demans gibi diğer bozukluklarla başa çıkmada da psikolojik kabul düzeyinin rolünün araştırılmasının önemli katkıları olabileceği düşünölmektedir.

Literatür, kabul ve yükömlölük terapisinin diğer terapilerden farklı olarak nüksetmede daha etkili sonuçlar sağladığına işaret etmektedir. Bu bağlamda, yaşlılarda kabul ve yükömlölük terapisinin etkililiğinin diğer terapi teknikleriyle karşılaştırılacağı araştırmaların yapılmasının özellikle klinik uygulamalar açasından faydalı olacağı düşünölmektedir.

Araştırmamızda Geriatrik Kaygı Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Türk költürü için ilk defa yapılmıştır. Bu nedenle, araştırma bulgularının benzer çalışmalarla karşılaştırılması, ölçeğin psikometrik özelliklerinin desteklenmesi bakımından önemlidir. Özellikle yaşlılarda sıklıkla görölebilen Genellenmiş Kaygı Bozukluğu gibi psikopatolojilerin olduğu klinik örnekleme benzer çalışmaların yürütölmesi önerilmektedir.

4.6. SONUÇ

Çalışmanın bulguları incelendiğinde, GKÖ'nün araştırma amacıyla Türk költüründeki normal örnekleme kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu; ancak psikometrik özelliklerinin klinik örnekleme de araştırılması gerektiği söylenebilir.

İkinci olarak, sosyo-demografik değişkenlerden sadece kurum dışına çıkma sıklığı ve kurum içerisinde ziyaret edilme durumunun geriatrik kaygıyla ilişkili olduğu gözlenmiştir. Kurum içerisinde ziyaret edilme durumunda ziyaretçinin kim olduğunun önemli olmadığı, sadece ziyaret ediliyor olma durumuna göre geriatrik kaygı puanının farklılaştığı gözlenmiştir. Kurum dışına çıkma sıklığı arttıka geriatrik kaygı puanı da artmaktadır. Son olarak, psikolojik kabul düzeyinin "kurum dışına çıkma sıklığına"

oranla geriatric kaygının yordanmasında daha baskın olduğu gözlenmiştir. Huzurevinde kalan yaşlıların psikolojik kabul düzeyleri arttıkça geriatric kaygı düzeyleri azalmaktadır.

Araştırmanın kısıtlılıklarına rağmen elde edilen bulgular yaşlılık döneminde kaygı belirtilerinin yordayıcılarına ilişkin bilgi vermektedir. Bununla birlikte, elde edilen bulguların yeni araştırmalarla desteklenmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKÇA

- Aksüllü, N. ve Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5 (2), 76-84.
- Alwahhabi, F. (2003). Anxiety symptoms and generalized anxiety disorder in the elderly: a review. *Harvard Review of Psychiatry*, 11 (4), 180-193.
- Anderson, N. B. ve Mc Neilly, M. (1991). Age, gender and ethnicity as variables in psychophysiological assessment: sociodemographics in context. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3 (3), 376-384.
- Anderrson, G. ve Hagnebo, C. (2003). Hearing impairment, coping strategies and anxiety sensitivity. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10 (1), 35-39.
- Andrew, D. H. ve Dalin, P. L. (2006). The relationship between self-reported health and mental health problems among older adults in New Zealand: Experiential avoidance as a moderator. *Aging & Mental Health*, 11 (5), 596-603.
- Arent, S. M., Landers, D. M. ve Etnier, J. L. (2000). The effect of exercise on mood in older adults: A meta-analytic review. *Journal of Aging & Physical Activity*, 8 (4), 407-430.
- Aysan, F. ve Özben, Ş. (2004). Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlının kullandığı başa çıkma stratejileri. *Ege Eğitim Dergisi*, 5 (2), 1-12.
- Bahar, A. (2005). Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Ballard, C., Gray, A., ve Ayre, G. (1999). Psychotic symptoms, aggression and restlessness in dementia. *Revue Neurologique*, 155 (4), 44–52.
- Baltes, P. B. (2004). *Wisdom as orchestration of mind and virtue*. Retrieved June 13, 2010, from http://library.mpib-berlin.mpg.de/ft/pb/PB_Wisdom_2004.pdf.
- Beck, A. ve Emery, G. (2005). *Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler: Bilişsel Bir Bakış Açısı*. (V. Öztürk, Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık. (Orijinal çalışma basım tarihi 1985.).
- Beekman, A. T., Bremmer, M. A., Deeg, D. J., van Balkom, A. J., Smit, J. H., de Beurs, E., ve diğer. (1998). Anxiety disorders in later life: a report from the longitudinal aging study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13 (10), 717-726.
- Beekman, A. T., de Beurs, E., van Balkom, A. J. L. M., Deeg, D. J. H., van Dyck, R. ve van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: co-occurrence and communality of risk factors. *The American Journal Of Psychiatry*, 157, 89-95.
- Begotka, A. M., Woods, D. W. ve Wetterneck, C. T. (2004). The relationship between experiential avoidance and the severity of trichotillomania in a nonreferred sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35 (1), 17-24.
- Bekaroğlu M., Uluutku, N., Tanrıöver, S. ve Kırpınar, I. (1991). Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatry Scandinavica*, 84 (2), 174-178.
- Belvis, A. G., Avolio, M., Spagnolo, A., Damiani, G., Sicuro, L., Cicchetti, A. ve diğer (2008). Factors associated with health-related quality of life: The role of social relationships among the elderly in an Italian region. *Public Health*, 122 (8), 784-793.

- Biddle, S. J. H., Fox, K. R., Boutcher, S. H., ve Faulkner, G. E. (Eds.). (2000). *Physical Activity and Psychological Well-Being*. London, New York: Routledge.
- Blackledge, J. T. ve Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology, 57* (2), 243-255.
- Boeshen, L. E., Koss, M. P., Figueredo, A. J. ve Coan, J. A. (2001). Experiential avoidance and post-traumatic stress disorder: A cognitive mediational model of rape recovery. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 4* (2), 211-245.
- Bond, F. W. ve Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology, 5* (1), 156-163.
- Bond, F. W. ve Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction and work performance. *Journal of Applied Psychology, 88* (6), 1057-1067.
- Bryant, C., Jackson, H. ve Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders, 109* (3), 233-250.
- Butler, J. ve Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of Life Research, 16* (4), 607-615.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. ve Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion, 6* (4), 587-595.
- Cangöz, B. (2008). Yaşlılık: Sadece bir kayıp mı? Bir ayrıcalık mı? *Türk Geriatri Dergisi, 11* (3), 143-150.

- Cangöz, B. (2006). Bellek, bilişsel (kognitif) işlevler ve yaşlı. S. Arıoğul, (Ed.) *Geriatric ve Gerontoloji* içinde (935-941). Ankara: MN Medikal & Nobel, Özyurt Matbaacılık.
- Cangöz, B. (2007). 50 yaş ve üstü yetişkinlerde günlük hayat aktiviteleri ile bazı psikolojik /bilişsel faktörlerin ilişkisi. *GeroBilim, 1* (1), 61-74.
- Carver, C. S., Scheler, M. F., ve Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56* (2), 267-283.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L. ve Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy, 44* (3), 371-394.
- Choi, N. G., Ransom, S. ve Wyllie, R. J.(2008). Depression in older nursing home residents: The influence of nursing home environmental stressors, coping and acceptance of of group and individual therapy. *Aging and Mental Health, 12* (5), 536-547.
- Corner, L. ve Bond, J. (2004). Being at risk of dementia: Fears and anxieties of older adults. *Journal of Aging Studies, 18* (2), 143-155.
- Coşkun, M. (1998). *Samsun il merkezinde yaşayan yaşlıların sürekli kaygı düzeyleri ve bazı sosyo-ekonomik etmenleri*. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Cribb, G., Moulds, M. L. ve Carter, S. (2006). Rumination and experiential avoidance in depression. *Behaviour Change, 23* (3), 165-176.
- Dalrymple, K. L. ve Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: a pilot study. *Behaviour Modification, 31* (5), 543-568.

- de Beurs, E., Beekman, A. T., Deeg, D. J., van Dyck, R. ve van Tilburg, W. (2000). Predictors of change in anxiety symptoms of older persons: Results from the longitudinal aging study Amsterdam. *Psychological Medicine*, 30 (3), 515-527.
- de Beurs, E., Beekman, A. T., Geerlings, S., Deeg, D., van Dyck, R. ve van Tilburg, W. (2001). On becoming depressed or anxious in late life: Similar vulnerability factors but different effects of stressful life events. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 426-431.
- de Beurs E., Beekman A. T., van Balkom, A. J., Deeg, D. J., van Dyck, R. ve van Tilburg, W. (1999). Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychological Medicine*, 29 (3), 583-593.
- Demirsoy, A. (1997). Ölümün Evrensel Öyküsü. Y.G. Kutsal, (Ed.), *Temel Geriatri* içinde (11-33). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Desmond, D. M. ve MacLachlan, M. (2006). Coping strategies as predictors of psychosocial adaptation in a sample of elderly veterans with acquired lower limb amputations. *Social Science & Medicine*, 62, 208-216.
- Diefenbach, G. J., Stanley, M. A., ve Beck, J. G. (2001). Worry content reported by older adults with and without generalized anxiety disorder. *Aging and Mental Health*, 5, 269-274.
- Eifert, G. ve Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance and values-based behaviour change strategies*. Oakland, CA: New Harbringer Publications.
- Eifert, G. ve Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control context on avoidance of panic related symptoms. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 293-312.

- Erikson, E. H. (1968). *Identity: youth and crisis*. New York: Norton.
- Erkuş, A. (2003). *Psikometri Üzerine Yazılar*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Ersoy, F. A. ve Demirel, H. (2003). Yaşlılarda sağlık açısından yaşam kalitesi. V. Kalınkara (Ed.), II. ulusal yaşlılık kongresi bildiriler içinde (248-260). Denizli: Horoz Medya Yayınevi.
- Ertan, T. (1996). Geriatrik Depresyon Ölçeği ile Kendini Değerlendirme Depresyon Ölçeği' nin 60 yaş üzeri Türk popülasyonda geçerlilik-güvenilirlik incelenmesi. Yayınlanmış yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Ertan, T. ve Eker, E. (2000). Reliability, validity, and factor structure of the Geriatric Depression Scale in Turkish elderly: Are there different factor structures for different cultures. *International Psychogeriatrics*, 12 (2), 163-172.
- Everard, K. M. (1999). The relationship between reasons for activity and older adult well-being. *The Journal of Applied Gerontology*, 18 (3), 325-340.
- Fisher, W. F. (1970). *Theories of anxiety* (1.Baskı). Newyork: Harper & Row Yayınevi.
- Flint, A., (1994). Epidemiology and co-morbidity of anxiety disorders in late life. *The American Journal Of Psychiatry*, 151, 640-649.
- Foley, D. J., Monjan, A. A., Brown, S. L., Simonsick, E. M., Wallace, R. B. ve Blazer, D. G. (1995). Sleep complaints among elderly persons: An epidemiologic study of three communities. *Sleep*, 18, 425-434.
- Folstein, M., Folstein, S. ve McHugh, P. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients from clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12 (3), 189-198.

- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D. ve Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behaviour Modification*, 31 (6), 772-799.
- Forsell, Y. (2000). Predictors for depression, anxiety and psychotic symptoms in a very elderly population: Data from a 3-year follow-up study. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 35 (6), 259-263.
- Forsell, Y. ve Winblad, B. (1998). Feelings of anxiety and associated variables in a very elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13 (7), 454-458.
- Franks, P., Campbell, T. L. ve Shields, C. G. (1992). Social relationships and health: The relative roles of family functioning and social support. *Social Science & Medicine*, 34 (7), 779-788.
- Geçtan, E. (1990). *Psikanaliz ve Sonrası* (4.Baskı). İstanbul: Remzi Kitapevi Yayınları.
- Gümrah, A. M. (1993). *Elazığ il merkezinde yaşayan 60+ yaş grubundaki yaşlıların sorunları*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R. ve Engin, F. (2002). Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13 (4), 273-281.
- Hale, W. D. ve Cochran, C. D. (1983). Sex differences in patterns of self-reported psychopathology in the married elderly. *Journal of Clinical Psychology*, 39 (5), 647-650.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.

- Hayes, S. C. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (1), 1-25.
- Hayes, S. C. ve Gifford, E. V. (1997). The trouble with language: Experiential avoidance, rules and the nature of verbal events. *Psychological Science*, 8 (3), 170-173.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bisset, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ve diğer. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. ve Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6), 1152-1168.
- Herzog, A. R., Franks, M. M., Markus, H. R. ve Holmberg, D. (1998). Activities and well-being in older age: Effects of selfconcept and educational attainment. *Psychology & Aging*, 13 (2), 179-185.
- Heun, R. ve Papassotiropoulos, A. (2000). Subthreshold depression and anxiety disorders in the elderly. *European Psychiatry*, 15 (3), 173-182.
- Jeste, N. D., Hayes, J. C. ve Steffens, D. C. (2006). Clinical correlates of anxious depression among elderly patients with depression. *Journal of Affective Disorders*, 90 (1), 37-41.
- Johnson, J., Weismann, M. M. ve Klerman, G. L. (1990). Panic disorder, comorbidity and suicide attempts. *Archives of General Psychiatry*, 47 (9), 805-808.

- Karakaya, M. G., Bilgin, S.C., Ekici, G., Köse, N. ve Otman, A.S. (2009). Functional mobility, depressive symptoms, level of independence, and quality of life of the elderly living at home and in the nursing home. *Journal of American Medical Directors Association*, 10 (9), 662-666.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P. ve Steger, M. F. (2006). Experimental avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (9), 1301-1320.
- Khorshid, L., Eşer, İ., Zaybak, A., Yapucu, Ü., Arslan, G. ve Çınar, Ş. (2004). Huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 7 (1), 45-50.
- Kırmızıoğlu, Y., Doğan, O., Kuğu, N. ve Akyüz, G. (2009). Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24 (9), 1026-1033.
- Kogan, J. N., Edelstein, B. ve McKee, D. R. (2000). Assessment of anxiety in older adults: current status. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 109-132.
- Köroğlu, E. (2009). *Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler, Temel Kavramlar, Temel Yaklaşımlar*. (1. Baskı). Ankara: HYB Baskı Yayın
- Kratz, A. L., Davis, M. C. ve Zautra, A. J. (2007). Pain acceptance moderates the relation: Between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 33 (3), 291-301.
- Lampinen, P., Heikkinen, R. L., Kauppinen, M. ve Heikkinen, E. (2006). Activity as a predictor of mental well-being among older adults. *Aging & Mental Health*, 10 (5), 454-466.

- Larson, R., Mannell, R. ve Zuzanek, J. (1986). Daily well-being of older adults with friends and family. *Psychology and Aging, 1* (2), 117-126.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., ve Dean, J. (1993). Affect and age: cross-sectional comparisons of structure and prevalence. *Psychology and Aging, 8* (2), 165-175.
- Le Compte, A. ve Öner, N. (1998). *Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı* (1. Baskı). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
- Leahy, R. (2004). *Bilişsel Terapi ve Uygulamaları: Tedavi Müdahaleleri İçin Bir Kılavuz* (1. Baskı). (F. Özpilavcı, H. Hacak, M. Macit, Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık (Orijinal çalışma basım tarihi 2004.).
- Lenze E. J., Mulsant B. H., Shear M. K., Schulberg H. C., Dew M. A., Begley A. E., ve diğer. (2000). Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *The American Journal Of Psychiatry, 157* (5), 722-728.
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M. ve Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy, 35* (4), 747-766.
- Lynch, T. R., Compton, J. S., Mendelson, T., Robins, C. J. ve Krishnan, K. R. R. (2000). Anxious depression among the elderly: clinical and phenomenological correlates. *Aging & Mental Health, 4* (3), 268-274.
- Manoğlu, Z. (1990). *İzmir Huzurevlerinde Depresyon ve Kaygı Üzerine Bir Çalışma, Kadın Erkek Karşılaştırması*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Maral, I., Aslan, S., İlhan, M. N., Yıldırım, A., Candansayar, S. ve Bumin, A. (2001). Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri; huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi, 12* (4), 251-259.

- Matt, G. E. ve Dean, A. (1993). Social support from friends among elderly persons: Moderator effects of age. *Journal of Health and Social Behaviour*, 34 (3), 187-200.
- McCracken, L. M. ve Vowles, K. E. (2008). A prospective analysis of acceptance and values in patients with chronic pain. *Health Psychology*, 27 (2), 215-220.
- Mehta, K., Simonsick, E., Penninx, B. ve Schulz, R., (2003). Prevalence and correlates of anxiety symptoms in well-functioning older. *American Geriatrics Society*, 51 (4), 499-504.
- Menec, V. H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *Journal of Gerontology*, 58 (2), 74-82.
- Neziroğlu, G. (2010). *Ruminasyon, Yaşantısal Kaçınma ve Problem Çözme Becerileri ile Depresif Belirtiler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi*. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- O'Connor, D. (2006). Do older Australians truly have low rates of anxiety and depression? A critique of the 1997 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (8), 623-631.
- Onur, B. (2008). *Gelişim Psikolojisi: yetişkinlik, yaşlılık, ölüm* (8. Baskı). Ankara: İmge Kitabevi.
- Onursal, B. (2006). *İş kontrolü, psikolojik kabul, kontrol isteği ile tükenmişlik ve fiziksel sağlık arasındaki ilişkiler*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Orcutt, H. K., Pickett, S. ve Pope, E. (2005). Experiential avoidance and forgiveness as mediators in the relation between traumatic life events and PTSD symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (7), 1003-1029.

- Ostir G. V. ve Godvin, J. S. (2006). High anxiety is associated with an increased risk of death in an older tri-ethnic population, *Journal of Clinical Epidemiology*, 59 (5), 534-540.
- Özen, D. (2008). *Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının günlük yaşam işlevlerine etkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özer, S. ve Fadiloğlu, Ç. (2006). 65 yaş ve üzeri bir grup yaşlının aile sağlıklarının, sosyal ağlarının ve algıladıkları aile destek sistemlerinin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 9 (3), 158-164.
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E. ve Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19 (1), 103-114.
- Palmer, B. W., Jeste D. V. ve Sheikh J. I. (1997). Anxiety disorders in the elderly: DSM-IV and other barriers to diagnosis and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 46 (3), 183-190.
- Paluska, S. A. ve Schwenk, T. L. (2000). Physical activity and mental health: Current concepts. *Sports Medicine*, 29 (3), 167-180.
- Pfeffer, R. I., Kurosaki, T. T., Harrah Jr., C. H., Chance, J. M. Ve Filos, S. (1982). Measurement of activities of older adults in community. *Journal of Gerontology*, 37 (3), 323-329.
- Rakıcıoğlu, N. (2007). Yaşlıda sık rastlanılan kronik hastalıklar ve korunmaya yönelik beslenme ilkeleri. Y.G. Kutsal, (Ed.), *Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam* (1. baskı) içinde (100-105). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi.

- Reynolds, C. R., Richmond, B. O. ve Lowe, P. A. (2003). The Adult Manifest Anxiety Scale-Elderly Version (AMAS-E). Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ritchie, K., Artero, S. ve Beluche, I. (2004). Prevalence of DSM-IV disorder in the French elderly population. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 147-152.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. D. ve Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29 (1), 71-88.
- Rosenthal, Z. M., Hall, M. L. R., Palm, K. M., Batten, S. V. ve Follette, V. M. (2005). Chronic avoidance helps explain the relationship between severity of childhood sexual abuse and psychological distress in adulthood. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14 (4), 25-41.
- Schaub, R. T. ve Linden, M. (2000). Anxiety and anxiety disorders in the old and very old results from the Berlin Aging Study. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (2), 48-54.
- Scheikh, J. I. ve Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 5, 165-173.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T., Deeg, D. J. H., Jonker, C. ve van Tilburg, W. (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: Results from the amstel study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18 (11), 994-1001.
- Schoevers, R. A., Deeg, D. J., van Tilburg, W. ve Beekman, A.T. (2005). Depression and generalized anxiety disorder: co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13 (1), 31-39.

- Schultz, Jr. N. R., Hoyer, W. J. ve Kaye, D. B. (1980). Brief reports: Trait anxiety, spontaneous flexibility and intelligence in young and elderly adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48 (2), 289-291.
- Selekler, K., Cangöz, B. ve Karakoç, E. (2004). İşlevsel Faaliyetler Anketi'nin 50 yaş ve üzeri grupta Türk kültürü için uyarlama ve norm belirleme çalışması. *Türk Nöroloji Dergisi*, 10 (2), 102-107.
- Siebert, D. C., Mutran, E. J. ve Reitzes, D. C. (1999). Friendship and social support: The importance of role identity to aging adults. *Social Work*, 44 (6), 522-534.
- Smallbrugge, M., Pot, A. M., Jongenelis, L., Beekman, A. T. F. ve Eefsting, J. A. (2005). Prevalence and correlates of anxiety among nursing home patients. *Journal of Affective Disorders*, 88 (2), 145-153.
- Spar, E. J. ve La Rue, A. (2006). *Geriatrik Psikiyatri Klinik El Kitabı*. (T. Ertan, Y. Sivrioğolu, Çev.). İstanbul: Sigma Yayınevi. (Orijinal basım tarihi: 2006.).
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. ve Lushene, R. E. (1970). *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologists Press.
- Stathi, A., Fox, K. R. ve McKenna, J. (2002). Physical activity and dimensions of subjective well-being in older adults. *Journal of Aging & Physical Activity*, 10 (1), 76-92.
- Stewart, S. H., Zvolensky, M. J. ve Eifert, G. H. (2002). The relations of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking. *Behavior Modification*, 26 (2), 274-296.
- Şahin, E.M. ve Yalçın, B., M. (2003). Huzurevinde veya kendi evinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. *Türk Geriatri Dergisi*, 6 (1), 10-13.

- Taylor, A. H., Cable, N. T., Faulkner, G., Hillsdon, M., Narici, M. ve Van Der Bij, A. K. (2004). Physical activity and older adults: A review of health benefits and the effectiveness of interventions. *Journal of Sports Sciences*, 22 (8), 703-725.
- Tull, M. T., ve Gratz, K. L. (2008). Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Journal of Anxiety Disorders*, 22 (2), 199-210.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C. ve Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Therapy*, 37, 3-13.
- Urciuoli, O., Buono, D.M., Padoani, W. ve de Leo, D. (1998). Assesment of quality of life in the oldest -olds living in nursing homes and at home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 6, 507-514.
- Uzunöz, A. “Kabul ve Yükümlülük Tedavisi. X. Ulusal Psikoloji Kongresi Grup Çalışması, Ankara, 1998.
- van Balkom, A. J. L. M., Beekman, A. T. F., de Beurs, E., Deeg, D. J. H., van Dyck, R. ve van Tilburg, W. (2000). Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandanavica*, 101 (1), 37-45.
- van der Weele, G. M., Gussekloo, J., de Waal, M. W. M., de Craen, A. J. M. ve van der Mast, R. C. (2008). Co-occurrence of depression and anxiety in elderly subjects aged 90 years and its relationship with functional status, quality of life and mortality. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24 (6), 595-601.
- van Hout P. J., Beekman, A. T. F., de Beurs E., Comijs, H., Van Marwijk, H., de Haan, M., ve diğer. (2004). Anxiety and the risk of death in older men and women. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 399-404.

- van Zelst, W. H., de Beurs, E., Beekman, A. T., Deeg, D. J. ve van Dyck, R. (2003). Prevalence and risk factors of posttraumatic stress disorder in older adults. *Psychotherapy of Psychosomatics*, 72 (6), 333-342.
- Westrup, D. A. (2001). Experiential avoidance and alcohol dependence relapse. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62 (1-B), 568.
- Wetherell, J. L., le Roux, H. ve Gatz, M. (2003). DSM-IV criteria for generalized anxiety disorder in older adults: distinguishing the worried from the well. *Psychology and Aging*, 18 (3), 622-627.
- Wetherell J. L., Thorp S. R., Patterson T. L., Golshan S., Jeste D. V., Gatz M., ve diğeri. (2004). Quality of life in geriatric generalized anxiety disorder: a preliminary investigation. *Journal of Psychiatric Research*, 38 (3), 305-312.
- Yılmaz, Ç. ve Sayıl, I. (1996). Değişik ortamlarda yaşayan yaşlılarda psikiyatrik semptomatoloji ve yaşam doyumu. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 49 (4), 205-209.

EK 1

ASIL ÇALIŞMA ÖRNEKLEMİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Tablo Ek 1.1.

Asıl Çalışma Örneğine İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler (N=102)

Değişken	Sıklık(%)	Ortalama(ss)
Yaş		76,47 (6.72)
Cinsiyet		
Kadın	65 (63.7)	
Erkek	37 (36.3)	
Medeni Ha		
Evli	38 (37.3)	
Bekar	6 (5.9)	
Dul	48 (47.1)	
Boşanmış	10 (9.8)	
Eğitim		
İlkokul	6 (5.9)	
Ortaokul	18 (17.6)	
Lise	38 (37.3)	
Üniversite ve üzeri	40 (39.2)	
Yaşamın büyük kısmının geçtiği yer		
Büyük şehir	93 (91.2)	
Küçük şehir	9 (8.8)	
Meslek		
Hiç çalışmamış	24 (23.5)	
Memur	55 (53.9)	
İşçi	3 (2.9)	
Serbest Meslek	8 (7.8)	
Asker	10 (9.8)	
Diğer	2 (2)	
Gelir Durumu		
Düşük	1 (1)	
Orta	28 (27.5)	
Üst	73 (71.6)	
Çocuklar		
Var	18 (17.6)	
Yok	84 (82.4)	
Çocuklarla Görüşme Sıklığı (yüz yüze)		
Hiç	26 (25.5)	
Ayda birden az	21 (20.6)	
İki üç haftada bir	22 (21.6)	

Haftada bir	32 (31.4)
Her gün	1 (1)
Çocuklarla Görüşme Sıklığı (telefonla)	
Hiç	22 (21.6)
Ayda birden az	3 (2.9)
İki üç haftada bir	7 (6.9)
Haftada bir	31 (30.4)
Her gün	39 (38.2)
Ziyarete En Çok Gelenler	
Hiç ziyaretçisi yok	5 (4.9)
Çocuklar	48 (47.1)
Akrabalar	25 (24.5)
Arkadaşlar/komşular	24 (23.5)
Ziyaret Edilme Sıklığı	
Hiç	4 (3.9)
Ayda birden az	18 (17.6)
İki üç haftada bir	39 (38.2)
Haftada bir	36 (35.3)
Her gün	5 (4.9)
Arkadaş Sayısı	
Hiç	11 (10.8)
1-3	28 (27.5)
4 ve üzeri	63 (61.8)
Kurumda Kalma Süresi	
1 yıldan az	19 (18.6)
1-3 yıl	26 (25.5)
4-6 yıl	35 (34.3)
7 yıldan fazla	22 (21.6)
Odayı Paylaşma Durumu	
Eşle	31 (30.4)
Oda arkadaşıyla	37 (36.3)
Tek başına	34 (33.3)
Kurumda Vakit Geçirme Durumu	
Sohbet ederek	24 (23.5)
El beceriri gerektiren işlerle uğraşarak	18 (17.6)
Kafeteryada tavla/okey gibi oyun oynayarak	12 (11.8)
Tv izleme/radyo dinleme	11 (10.8)
İnternete girme	8 (7.8)
Gazete, kitap, dergi okuma	15 (14.7)
Dinlenme	5 (4.9)
Gezme/yürüyüş yapma	5 (4.9)
Dini ibadetlerle uğraşma	1 (1)
Diğer	3 (2.9)
Sosyal Uğraşlara Katılma İsteği	
Sık sık	41 (40.2)
Bazen	33 (32.4)
Hiç	28 (27.5)

Fiziksel Aktivite Düzeyi	
Gerekli olan günlük ev/oda işleriyle uğraşmak	30 (29.4)
Haftada bir iki defa yürüyüş yapmak	14 (13.7)
Haftada birkaç defa yürüyüş yapmak	22 (21.6)
Haftada bir iki defa terleme hızlı nefes alımı sağlayan egzersizler yapma	8 (7.8)
Haftada birkaç defa terleme hızlı nefes alımına yol açan egzersizler yapma	12 (11.8)
Formda kalmayı sağlayacak egzersizler yapmak	16 (15.7)
Rekabete dayalı sporlarda yer almak	-
Kurum dışına çıkma sıklığınız	
Hiç	45 (44.1)
Bazen	50 (49)
Sık sık	7 (6.9)
Kronik hastalık sayısı	
Hiç	26 (25.5)
Bir	23 (22.5)
Birden fazla	53 (52)
Tanı	
Yok	38 (37.3)
Hipertansiyon	12 (11.8)
Diyabet	23 (22.5)
Kardiyovasküler hastalıklar	-
Artrit	2 (2)
Serebrovasküler hastalıklar	1 (1)
Görme yetersizliği	2 (2)
İşitme yetersizliği	4 (3.9)
KOAH	8 (7.8)
Osteoporoz	9 (8.8)
Diğer	3 (2.9)
Yakın zamanda kayıp yaşamış olma	
Yok	70 (68.6)
Eş	1 (1)
Arkadaş	20 (19.6)
Akraba	10 (8.3)
Diğer	1 (1)

EK 2

Tablo Ek 2.1. Geriatrik Kaygı'nın Psikolojik Kabul ve Çeşitli Sosyo-Demografik Değişkenlerle Korelasyonu

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
GKÖ	---															
PKÖ	.38**	---														
Yaş	.08	-.00	----													
Aylık gelir düzeyi	-.07	-.04	.04	---												
Çocuk sayısı	-.04	.08	-.02	.06	---											
Çocuklarla görüşme sıklığı (yüzyüze)	-.11	.09	.16	.06	.40**	---										
Çocuklarla görüşme sıklığı (telefonla)	-.07	.08	.15	-.02	.56**	.65**	---									
Ziyaret edilme sıklığı	-.11	-.04	.16	-.07	.07	.48**	.23*	---								
Kurum içindeki arkadaş sayısı	.11	-.03	-.04	.01	-.12	.02	.02	.1	---							
Kurumda kalma süresi	.00	.08	.23*	.05	-.04	-.1	-.19	.03	-.01	---						
Sosyal aktivite sayısı	-.11	-.00	-.01	.09	.01	.01	.08	-.02	.1	.05	---					
Sosyal uğraşlara katılma isteği	-.18	-.12	-.29**	.20*	.04	.08	.07	.02	.17	.01	.11	---				
Fiziksel aktivite düzeyi	-.09	-.02	-.31**	-.01	-.1	-.13	-.11	-.03	.04	-.12	.05	.27**	---			
Kurum dışına çıkma sıklığı	.20*	.07	.30	-.31**	.00	-.06	-.02	.11	-.20*	.07	-.16	-.35**	-.23*	---		
Kronik hastalık sayısı	.11	-.06	.16	-.15	-.01	.02	-.01	-.01	-.03	-.06	-.06	-.18	-.16	.23*	---	
Zaman	-.03	.07	-.01	-.08	-.14	-.20*	-.08	-.16	.08	-.00	-.02	-.04	.02	.02	.13	---

**p<.001; *p<.05, GKÖ: Geriatrik Kaygı ölçeği, PKÖ:Psikolojik Kabul Ölçeği

EK 3

PSİKOLOJİK KABUL DÜZEYİ VE ÇEŞİTLİ SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Araştırmada yer alan sosyo-demografik değişkenlerden kategorik yapıda olanlar ve sürekli/yapay sürekli yapıda olanlar ayrı ayrı analiz edilmiştir. Kategorik yapıdaki sosyo-demografik değişkenlerin psikolojik düzeyiyle ilişkisini belirleyebilmek amacıyla, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Bağımsız Gruplar için T Testi uygulanmıştır. Bu değişkenler; cinsiyet (kadın-erkek), medeni hal (evli, bekar, dul, boşanmış), yaşamın büyük bir kısmının geçtiği yer (büyük şehir/küçük şehir), eğitim düzeyi (ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve üzeri) çocuk sahibi olup/olmama, kuruma ziyarete en çok gelen kişi (hiç kimse, çocuklar, akrabalar, arkadaşlar/komşular), odayı paylaşma durumu (tek başına kalma, eşle birlikte kalma, oda arkadaşıyla kalma), kurum içerisinde vakit geçirme şekli (sohbet ederek, el becerisi gerektiren işlerle uğraşarak, kafeteryada oyun oynayarak, TV izleyerek, internete girerek, okuma faaliyetleri yaparak, gezerek, dini ibadetlerle uğraşarak, diğer), kronik hastalık türü (yok, hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, artrit, serebrovasküler hastalıklar, işitme yetersizliği, görme yetersizliği, KOAH, üriner inkontinans, osteoporoz ve diğer) ve yakın zamanda kayıp yaşamış olma (var/yok)'dır.

Yapılan analizler sonucunda, medeni hal, yaşamın büyük bir kısmının geçtiği yer, çocuk sahibi olup/olmama, odayı paylaşma durumu, kurum içerisinde vakit geçirme şekli, kronik hastalık türü ve yakın zamanda kayıp yaşamış olma değişkenlerinin alt düzeylerinde, geriatrik kaygı puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir ($p>.05$).

Sadece cinsiyet değişkeninde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bağımsız Gruplar için T Testi sonucu, kadınların psikolojik kabul düzeyinin (ort.=53.23, ss=6.57) erkeklerin

psikolojik düzeyinden (ort.=57.00, ss=6.42) anlamlı biçimde yüksek⁷ olduğunu göstermiştir $t_{(100)} = -2.8$, $p < .01$. Farkın etki büyüklüğünün düşük düzeyde olduğu gözlenmiştir, $d = .07$. Sonuç olarak, kadınların psikolojik kabul düzeyinin erkeklerden daha fazla olduğu söylenebilir.

Sürekli (yaş) ve yapay sürekli sosyo-demografik değişkenlerin psikolojik kabul düzeyiyle ilişkisinin incelenmesi amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi yürütülmüştür. Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizine dahil olan sosyo-demografik değişkenler: yaş, gelir düzeyi, çocuk sayısı, çocuklarla yüz yüze görüşme sıklığı, çocuklarla telefonla görüşme sıklığı, ziyaret edilme sıklığı, kurum içindeki arkadaş sayısı, kurumda kalma süresi, kurum içerisinde gerçekleştirilen faaliyet sayısı, sosyal faaliyetlere katılma isteği, fiziksel aktivite düzeyi, kurum dışına çıkma sıklığı, kronik hastalık sayısı ve son bir yıl içerisinde tanıdık birinin vefatı olduysa zamanı'dır.

Yapılan korelasyon analizi sonucunda hiçbir değişken psikolojik kabul düzeyiyle anlamlı ilişki göstermediği gözlenmiştir ($p > .05$).

⁷ Daha önce de ifade edildiği gibi Psikolojik Kabul Ölçeği'nden alınan yüksek puanlar psikolojik kabulün düşük olduğuna; düşük puanlar psikolojik kabulün yüksek olduğuna işaret etmektedir.

EK 4

ARAŞTIRMADA KULLANILAN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü'nde yürütülen bu araştırma Prof. Dr. Gonca Soygüt danışmanlığında, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Duygu PAMİR'İN yüksek lisans tez çalışmasının bir gereği olarak yapılmaktadır. Bu tez çalışması için yaşlı/ileri yaşlı bireylere ihtiyaç duyulmaktadır. Araştırma kapsamında yürütülecek uygulamaların tamamı Duygu PAMİR tarafından yapılacaktır. Bu tez çalışmasının amacı huzurevinde kalan sağlıklı yaşlıların yaşlanma süreciyle birlikte oluşan ve kaygı belirtilerine yol açabilecek her türlü faktörü "kabul temelli bir yaklaşım içerisinde" ele alabilme düzeyinin kaygı belirtileriyle ilişkisini araştırmaktır. Uygulamalar katılımcının ve uygulamacının uygun oldukları zamanlarda yapılacaktır. Görüşme süresi yaklaşık 20 dakikadır. Uygulama boyunca katılımcıya bazı psikolojik değerlendirme ölçekleri uygulanacaktır.

Gerçekleştirilen görüşme sonunda uygulana test ve ölçeklerin puanlanıp bu puanlama doğrultusunda katılımcıya uygulamanın bitiminde açıklama ve bilgilendirme yapılacaktır. Görüşme sırasında alınan bilgiler, katılımcının kimlik bilgileri gizli tutularak sadece bilimsel nitelikli ve eğitim amaçlı çalışmalarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkaları ile paylaşılmayacaktır.

(Katılımcının Beyanı)

Sayın Duygu PAMİR (psikolog) ve Prof. Dr. Gonca SOYGÜT (danışman psikolog) tarafından Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Anabilim Dalında yürütülen araştırma ile ilgili bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilendirmenin ardından bu araştırma faaliyetine katılımcı olmaya davet edildim.

Eğer bu araştırma faaliyetine katılırsam bana ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygıyla yaklaşılacağına inanıyorum. Toplanan her türlü verinin eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Bu görüşme süresince yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca herhangi bir tazminat talebim de olmayacaktır. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış durumdayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda:

Yapılan görüşme kapsamında kendime ilişkin katıldığım her türlü çalışmanın ya da değerlendirmenin araştırma ve eğitim amaçlı olarak kullanılabileceğini biliyorum ve onaylıyorum. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı:

Adı-Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı:

Adı-Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı:

Adı-Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

EK 5**SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**

Sayın katılımcı,

Bu form yaşlılık üzerine yapılan araştırmamızın bir parçası olarak sizin günlük yaşamınızı anlamak amacıyla hazırlanmıştır. Verdiğiniz cevaplar sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Bu formdan elde edilen bilgiler toplu olarak değerlendirileceğinden cevaplarınız gizli kalacaktır. Sizden beklenen aşağıda yer alan maddeleri okuduktan sonra kendi durumunuza uygun olan durumu belirtmenizdir. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Psikolog Duygu Pamir

1) Cinsiyetiniz:

Kadın:

Erkek:

2) Yaşınız:

3) Medeni haliniz:

Evli:

Bekar:

Dul:

Boşanmış:

4) Yaşamınızın büyük bir kısmını geçtiği yer:

Büyük Şehir:

Küçük Şehir:

5) Eğitim durumunuz:

Okur-yazar değil:

Okur-yazar:

İlkokul:

Ortaokul:

Lise:

Üniversite ve üzeri:

6) Mesleğiniz:

Hiç çalışmamış:

Memur:

İşçi:

Serbest meslek:

Asker:

Diğer:

7) Aylık gelir durumunuz:

Düşük (0-444):

Orta (445-890):

Üst (891 ve üstü)

8) Çocuk Sayınız:

Yok:

Var (kaç tane):

9) Çocuklarla görüşme sıklığı (yüz yüze)

Her gün:

Haftada bir:

İki üç haftada bir:

Ayda bir:

Ayda birden az:

Hiç:

10) Çocuklarla görüşme sıklığı (telefonla)

Her gün:

Haftada bir:

İki üç haftada bir:

Ayda bir:

Ayda birden az:

Hiç:

11) Kuruma ziyaretinize en çok kimler gelir?

Hiç ziyaretçim olmaz:

Çocuklarım:

Akrabalarım:

Arkadaşlarım/komşularım:

Diğer:

12) Ziyaret edilme sıklığınız:

Her gün:

Haftada bir:

İki üç haftada bir:

Ayda bir:

Ayda birden az:

- Hiç:
- 13) Kurumda kalma süresi:
- 1 yıldan az:
 - 1-3 yıl:
 - 4-6 yıl:
 - 7 yıldan fazla:
- 14) Odayı paylaşma durumu:
- Eşle birlikte:
 - Oda arkadaşıyla:
 - Tek başına:
- 15) Kurumda vakit geçirme durumu:
- Sohbet ederek:
 - El becerisi gerektiren işlerle (resim, takı, el işi ve vb.) uğraşarak:
 - Kafeteryada tavla, okey gibi oyunlar oynayarak:
 - Televizyon izleyerek, radyo dinleyerek:
 - İnternete girerek:
 - Gazete, kitap, dergi okuyarak ve yazı yazarak:
 - Dinlenerek:
 - Gezerek/yürüyüş yaparak:
 - Dini ibadetleri gerçekleştirerek:
 - Diğer:
- 16) Sosyal uğraşlara katılma isteği:
- Sık sık
 - Bazen:
 - Hiç:
- 17) Fiziksel aktivite düzeyi:
- Gerekli olan günlük ev/oda işleriyle uğraşmak:
 - Haftada bir iki defa yürüyüş yapmak:
 - Haftada birkaç defa yürüyüş yapmak:
 - Haftada bir iki defa terleme ve hızlı nefes alımına yol açan egzersizler yapmak:
 - Haftada birkaç defa terleme ve hızlı nefes alımına yol açan egzersizler yapmak:
 - Formda kalmayı sağlayacak egzersizler yapmak:
 - Rekabete dayalı sporlarda yer almak:
- 18) Kurum dışına çıkma sıklığınız:
- Hiç:
 - Bazen:
 - Sık sık:
- 19) Kronik hastalık durumu:
- Hiç:
 - Bir:
 - Birden fazla:
- 20) Tanı konmuş ve halen devam eden hastalık belirtiniz:

Bu kısım uygulayıcı tarafından doldurulacaktır:

SMMT Puanı:

İFA Puanı:

Yakın zamanda kayıp yaşamış olma durumu:

Yok:

Eş:

Arkadaş:

Akraba:

Diğer:

Zaman:

EK 6

SMMT

Standardize Mini Mental Test (SMMT) Cevap Formu

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Ad Soyad:	Tarih:	Yaş:
Eğitim (yılı):	Meslek:	Aktif El:
T. Puan:		

YÖNELİM (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz..... ()

Hangi mevsimdeyiz..... ()

Hangi aydayız..... ()

Bu gün ayın kaçı..... ()

Hangi gündeyiz..... ()

Hangi ülkede yaşıyoruz..... ()

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız..... ()

Şu an bulunduğunuz serni 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 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan..... ()

DIKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65)..... ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise)..... ()

LİSAN (Toplam puan 9)

a) Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut)..... ()

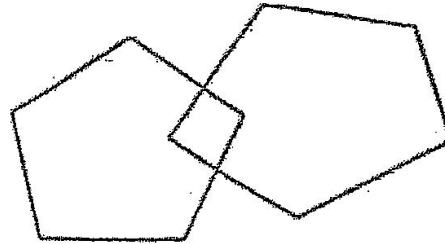
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan..... ()

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle büküp katlayın ve yerz bırakın kırtan" Toplam puan 3, süre 30 sn. her bir doğru işlem 1 puan..... ()

d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yazın. (1 puan)
"GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada)..... ()

e) Şimdi vereceğim kâğıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)..... ()

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan)..... ()



GÖZLERİNİZİ KAPATINIZ

EK 7

İFA

İşlevsel Faaliyetler Anketi (İFA) Cevap Formu

İŞLEVSEL FAALİYETLER ANKETİ* (İFA)

İFA 10 adet karmaşık günlük hayat faaliyetine ilişkin performansı değerlendiren kısa ve bilgi kaynağı kişiye ait dayalı bir anketir. Bilgi kaynağı hastanın geçmişine ve bugüne ilişkin gerçek ve doğru (güvenilir) kişisel bilgilere sahip olmalıdır. Anket genellikle, hastaya bakmakla yükümlü aile fertlerinden birine uygulanmaktadır. Bu anket kurum personeli tarafından, doktor muayenesi öncesinde ya da muayene sırasında uygulanabilir.

Puanlama:

Puanlar	Hastanın her bir faaliyetteki performansı
3	Performans göstermekte tamamen başarısız
2	Yardım gerekiyor
1	Güçlük çekmesine rağmen görevi yapmayı başarıyor ya da Görevi hiçbir zaman yapmadı ancak hakkında bilgi veren kişi hastanın bu görevi güçlüğüle de olsa yapabileceğini düşünüyor
0	Normal performans gösteriyor ya da Görevi hiçbir zaman yapmadı ancak hakkında bilgi veren kişi hastanın şu anda bu görevi yapabileceğini düşünüyor.

Yorumlama: 50-69 yaş grubunda iki ya da daha fazla faaliyetten '3 ya da daha fazla' puanı; 70 yaş ve üstü grupta üç ya da daha fazla faaliyetten '2 ya da daha fazla' puan almış olmak işlevsel faaliyetlerde bozukluk olduğuna ve bağımlılığa işaret etmektedir. Günlük hayat aktivitelerinde meydana gelen değişim ve bu değişimin hızı özellikle demans tanısı ile ilgili olabilecek işlevlerin değerlendirilmesinde klinisyen açısından kritiktir. Buna karşın, anketten alınan puan tek başına demansı belirleyici bir ölçüt değildir. Daha ileri kögnitif değerlendirmelerin yapılması gerekir.

Madde No	Günlük Hayat Faaliyetleri	Puan
1	Fatura ödemek, gelir ve giderleri dengelemek, para hesabı yapmak.	
2	Vergi, aidat, elektrik-su-telefon masraflarını, KDV işlerini, işe ait evrakları tasnif etmek.	
3	Giyecek, ev ihtiyaçları veya yiyecek almak için tek başına alışverişe çıkmak.	
4	Becerisi gerektiren oyun oynamak, bir hobiyi uğraşmak.	
5	Su kaynatmak, bir bardak hazır kahve ya da çay yapmak, ocağı söndürmek.	
6	Besin dengesi olan bir öğün (yemek) hazırlamak.	
7	Günlük olayları takip etmek.	
8	Bir TV programını, kitabı veya gazeteyi dikkatle izlemek ya da okumak, anlamak, tartışmak.	
9	Randevuları, ailenin özel günlerini, tatilleri, ilaç tedavilerini (ilaç dozlarını ve ne zaman alınacağını) düzenli olarak sürdürebilmek.	
10	Şehir içi ulaşım araçları (taksi, dolmuş, belediye otobüsü) ile bulunduğu semtin dışına seyahat etmek, şehirler arası ulaşım araçlarından (otobüs, tren, uçak) yer ayırtmak ya da otomobil kullanmak.	
TOPLAM PUAN		

*Selekler, K., Çağöz, B., Karakoç, E. (2004). İşlevsel Faaliyetler Anketi'nin 50 yaş ve üzeri grupta Türk kültürü için uyarılma ve norm belirleme çalışması. Türk Nöroloji Dergisi, 10 (2), 102-107.

EK 8

GKÖ

Uyarlanmış Türkçe Form: GKÖ: Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki maddeleri yanıtlayınız. Eğer maddenin genel olarak sizi tanımladığını düşünüyorsanız "KATILİYORUM"; eğer maddenin genel olarak sizi tanımlamadığını düşünüyorsanız "KATILMIYORUM" seçeneklerini işaretleyiniz.

	Katılıyorum	Katılmıyorum
Çoğu zaman endişe içindeyim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Karar almakta zorlanırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Çoğunlukla tedirgin hissederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gevşeyip rahatlamakta zorlanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Genellikle endişelerim yüzünden bir çok şeyden zevk alamam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ufak tefek şeyler keyfimi çok kaçırır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sık sık içimde bir şeyler pır pır eder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evhamlı biri olduğumu düşünüyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Önemsiz şeyler için bile endişelenmekten kendimi alamıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Çoğunlukla kendimi gergin hissederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aklımdan geçenler beni sık sık endişelendirir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endişelerim nedeniyle mide sıkıntısı çekerim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gergin bir insan olduğumu düşünüyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Her zaman en kötü şeyin olacağını beklerim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Çoğu zaman içimin titrediğini hissederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evhamlarımın hayatımı engellediğini düşünüyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Çoğunlukla endişelerimin baskısı altında kalır ve ne yapacağımı bilemem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bazen midemde kocaman bir düğüm varmış gibi hissederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Çok fazla endişelendiğim için bir şeylerden mahrum kalırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Çoğunlukla kendimi üzgün hissederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Özgün Form: GAI: Please answer the items according to how you've felt in the last week. Tick the circle under AGREE if you mostly agree that the item describes you; tick the circle under DISAGREE if you mostly disagree that the item describes you.

	AGREE	DISAGREE
I worry a lot of the time.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I find it difficult to make a decision.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I often feel jumpy.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I find it hard to relax.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I often cannot enjoy things because of my worries.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Little things bother me a lot.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I often feel like I have butterflies in my stomach.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I think of myself as a worrier.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I can't help worrying about even trivial things.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I often feel nervous.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
My own thoughts often make me anxious.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I get an upset stomach due to my worrying.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I think of myself as a nervous person.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I always anticipate the worst will happen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I often feel shaky inside.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I think that my worries interfere with my life.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
My worries often overwhelm me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I sometimes feel a great knot in my stomach.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I miss out on things because I worry too much.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I often feel upset.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EK 9

DSKÖ-D FORMU

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1	Şu anda sakinim				
2	Kendimi emniyette hissediyorum				
3	Şu anda sinirlerim gergin.				
4	Pişmanlık duygusu içindeyim.				
5	Şu anda huzur içindeyim.				
6	Şu anda hiç keyfim yok.				
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum.				
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum.				
9	Şu anda kaygılıyım.				
10	Kendimi rahat hissediyorum.				
11	Kendime güvenim var.				
12	Şu anda asabım bozuk.				
13	Çok sinirliyim.				
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.				
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum.				

16	Şu anda halimden memnunum.				
17	Şu anda endişeliyim.				
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum				
19	Şu anda sevinçliyim				
20	Şu anda keyfim yerinde.				

EK 10**GDÖ**

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki sorularda uygun olan yanıtı daire içine alınız.

1) Yaşamınızdan temelde memnun musunuz?

Evet Hayır

2) Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz?

Evet Hayır

3) Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz?

Evet Hayır

4) Sık sık canınız sıkılır mı?

Evet Hayır

5) Gelecekte umutsuz musunuz?

Evet Hayır

6) Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu?

Evet Hayır

7) Genellikle keyfiniz yerinde midir?

Evet Hayır

8)Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?

Evet Hayır

9)Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?

Evet Hayır

10)Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?

Evet Hayır

11)Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?

Evet Hayır

12)Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?

Evet Hayır

13)Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz?

Evet Hayır

14)Hafızanızın çoğu kişiden zayıf olduğunu hissediyor musunuz?

Evet Hayır

15)Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel bir şey midir?

Evet Hayır

16)Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?

Evet Hayır

17)Kendinizi Şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz?

Evet Hayır

18)Geçmişle ilgili olarak çokça üzüliyor musunuz?

Evet Hayır

19)Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?

Evet Hayır

20)Yeni projelere başlamak sizini iÇin zor mudur?

Evet Hayır

21)Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?

Evet Hayır

22)Çözümsüz bir durum iÇinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?

Evet Hayır

23)Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet Hayır

24)Sık sık küçük Şeylerden dolayı üzülr müsünüz?

Evet Hayır

25)Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseder misiniz?

Evet

Hayır

....

26)Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?

Evet

Hayır

....

27)Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?

Evet

Hayır

....

28)Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız?

Evet

Hayır

....

29)Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?

Evet

Hayır

....

30)Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mıdır?

Evet

Hayır

....

EK 11

PKÖ

Aşağıda, çeşitli konulara ilişkin görüşlerinizi almak amacıyla hazırlanmış cümleler bulunmaktadır. Bu cümleleri dikkatle okuyarak, her birinin sizin görüşünüzü ya da durumunuzu ne ölçüde yansıttığını aşağıdaki düzenlemeye uygun olacak şekilde yanıtlayınız.

1. İnsan ne düşündüğünü ve ne hissettiğini kontrol edemez.

1. kesinlikle katılmıyorum
2. katılmıyorum
3. kararsızım
4. katılıyorum
5. kesinlikle katılıyorum

2. Doğru çözüm yolunun ne olduğundan emin olmasam bile, sorunu çözmek için harekete geçebilirim.

1. kesinlikle katılmıyorum
2. katılmıyorum
3. kararsızım
4. katılıyorum
5. kesinlikle katılıyorum

3. Olumsuz duygu ve düşüncelerden kaçınmak için kimsenin yapabileceği bir şey yoktur.

1. kesinlikle katılmıyorum
2. katılmıyorum
3. kararsızım
4. katılıyorum
5. kesinlikle katılıyorum

4.Zaman zaman yaptığım şeyleri yine aynı şekilde yapar mıydım diye düşündüğümü fark ederim.

1. kesinlikle katılmıyorum
2. katılmıyorum
3. kararsızım
4. katılıyorum
5. kesinlikle katılıyorum

5. Hoşlanmadığım duygu ve düşüncelerimi unutmaya çalışarak bastırırım.

1. kesinlikle katılmıyorum
2. katılmıyorum
3. kararsızım
4. katılıyorum
5. kesinlikle katılıyorum

6. Yaşam ile daha iyi başa çıkabilmek için duygularımı kontrol etmeyi öğrenmem gerekmiyor.

1. kesinlikle katılmıyorum
2. katılmıyorum
3. kararsızım
4. katılıyorum
5. kesinlikle katılıyorum

7. Düşüncelerim tam olarak netleşinceye kadar kararlarım her an değişebilir.

1. kesinlikle katılmıyorum
2. katılmıyorum
3. kararsızım
4. katılıyorum
5. kesinlikle katılıyorum

8. Önemli bir şeyi yapabilmem için bütün şüphelerimden arınmam gerekir.

1. kesinlikle katılmıyorum
2. katılmıyorum
3. kararsızım
4. katılıyorum
5. kesinlikle katılıyorum

9. Duygularımdan korkmam.

1. kesinlikle katılmıyorum
2. katılmıyorum
3. kararsızım
4. katılıyorum
5. kesinlikle katılıyorum

10. Bir şeyi olumsuz olarak değerlendirdiğimde, zaman zaman bu değerlendirmemin objektif gerçeği değil, sadece benim kişisel tepkimi yansıttığını düşünürüm.

1. kesinlikle katılmıyorum
2. katılmıyorum
3. kararsızım
4. katılıyorum
5. kesinlikle katılıyorum

11. Bir şey yapmaya istek duymam için o şey hakkında olumlu düşüncelere sahip olmam gerekiyor.

1. kesinlikle katılmıyorum
2. katılmıyorum
3. kararsızım
4. katılıyorum
5. kesinlikle katılıyorum

12. Bende olumsuz düşünce ve hisler uyandırabilecek durumlardan çoğu zaman kaçınmaya çalışmam.

1. kesinlikle katılmıyorum
2. katılmıyorum
3. kararsızım
4. katılıyorum
5. kesinlikle katılıyorum

13. Yapabileceğimden şüpheliyim ama hayatımda bir yol belirleyip o yola bağlı kalabileceğimi hissediyorum.

1. kesinlikle katılmıyorum
2. katılmıyorum
3. kararsızım
4. katılıyorum
5. kesinlikle katılıyorum

14. Bir işe başlayabilmem için izleyeceğim yolun doğru olduğundan emin olmam gerekir.

1. kesinlikle katılmıyorum
2. katılmıyorum
3. kararsızım
4. katılıyorum
5. kesinlikle katılıyorum

15. Acı veren deneyimleri yok edebilecek sihirli bir değnek olsaydı kullanırdım.

1. kesinlikle katılmıyorum
2. katılmıyorum
3. kararsızım
4. katılıyorum
5. kesinlikle katılıyorum

16. O anki duygularıma göre davranmalıyım.

1. kesinlikle katılmıyorum
2. katılmıyorum
3. kararsızım
4. katılıyorum
5. kesinlikle katılıyorum

17. Bir şeyi yapma sözü verdiğem, daha sonra canım istemese de yaparım.

1. kesinlikle katılmıyorum
2. katılmıyorum
3. kararsızım
4. katılıyorum
5. kesinlikle katılıyorum