



KLİNİK ÇALIŞMA

KABULLENME VE EYLEM FORMU-YETİŞKİN İŞİTME KAYBI'NIN TÜRKÇE VERSİYONUNUN KÜLTÜRLERARASI UYARLAMASI, GEÇERLİLİĞİ VE GÜVENİLİRLİĞİ

Dr. Öğr. Üyesi Ümit Can ÇETİNKAYA¹, Süleyman KÜÇÜK²

¹*İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Odyoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye*

²*İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Odyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

ÖZET

Hastaların yaşadıkları olumsuz duygu ve düşünceleri belirlemek, işitme kaybını kabullenme sürecini ve gerekli müdahalenin yapılmasını hızlandırabilir. Kabullenme ve Eylem Formu, deneyimsel kaçınmayı ve psiko-mantıksal esnekliği değerlendirmek için en yaygın kullanılan araçtır. Çalışmamız Kabullenme ve Eylem Formu-Yetişkin İşitme Kaybı'nın Türkçe'ye uyarlamasını, geçerliliğini ve güvenilirliğini araştırarak yetişkinlere uygulanabilirliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. 18 yaş üstü yetişkinlerde yapılan, metodolojik tipte gözlemsel doğrulama çalışmasıdır. Katılımcılar işitme kaybı tanısı almış 181 yetişkinden oluşmuştur. Kabullenme ve Eylem Formu – Yetişkin İşitme Kaybı'nın Türkçe versiyonunun, işitme kaybı olan bireylerde psikolojik esnekliği değerlendirmek amacıyla kullanılabilir, geçerliliği ve güvenilirliği yüksek bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir. Ölçüm aracı, odyologların hastalarının işitme kayıplarıyla ilgili duygu, düşünce veya hislerini daha iyi anlayarak, kişi merkezli bakım oluşturma noktasında hastaların ihtiyaçlarına en iyi çözümü sunmalarına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: İşitme kaybı; işitme cihazı; psikolojik esneklik; kabullenme

**CROSS-CULTURAL ADAPTATION, RELIABILITY, AND VALIDITY OF THE TURKISH VERSION OF THE
ACCEPTANCE AND ACTION QUESTIONNAIRE-ADULT HEARING LOSS**

SUMMARY

Hearing loss has become a greater public health concern every day. Hearing loss among adults leads to social isolation, lower quality of life, negative impact on overall health and psychosocial problems. Identifying the negative emotions and thoughts of patients can accelerate the process of accepting hearing loss and the necessary intervention. The Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) is the most widely used scale to assess experiential avoidance and psycho-logical flexibility. The aim of this study is to evaluate the applicability of the AAQ-AHL to adults by adapting it to Turkish and testing its validity and reliability. This is a methodological observational validation study in adults over 18. Participants consisted of 181 adults diagnosed with hearing loss. The Turkish version of the AAQ-AHL is a valid and highly reliable tool that can be used to assess psychological flexibility in individuals with hearing loss. It would help audiologists to understand better their patients' emotions and thoughts related to their hearing loss and provide the best solution to the needs of their patients in creating person-centred care.

Keywords: Hearing Loss, Hearing Aid, Psychological Flexibility, Acceptance

GİRİŞ

İşitme kaybı her geçen gün daha büyük bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir¹. Gelişmiş ülkelerdeki yaşlanan nüfus nedeniyle, işitme kaybının giderek yaygınlaşan bir engellilik haline gelmesi muhtemeldir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2021 yılında yayınladığı rapora göre, insanların beşte birinin işitme kaybına sahip olduğu belirtilmiş; 2050 yılına kadar ise 2,5 milyar kişinin işitme kaybı yaşayacağı ve yaklaşık 700 milyon kişinin orta veya ileri derecede işitme kaybına sahip olacağı tahmin edilmektedir².

Yetişkinlerde işitme kaybı sosyal izolasyona, yaşam kalitesinin düşmesine, genel sağlığın olumsuz etkilenmesine ve psikososyal sorunlara neden olmaktadır³. İşitme kaybı olmayan yaşlılarıyla kıyaslandığında, işitme kaybı olan yaşlılarda hastaneye yatış⁴, ölüm⁵, düşme, kırılabilirlik⁶, demans⁷ ve depresyon⁸ oranları daha yüksektir⁷. İşitme kaybı olan bireylerde, durumları hakkında düşünmekten ve genel sağlıklarını iyileştirmek için harekete geçmekten kaçınmaları yaygın olarak görülmektedir⁹. Hastaların iç sorunlarını belirlemek ve ele almak, kişi merkezli bakımın önemli bir unsurudur ve işitme kayıplı bireylerin genel yaşam kalitelerini iyileştirmelerine yardımcı olabilir. Hastaların işitme kayıplarıyla ilgili psikolojik durumlarını bilmek, işitme sağlığına bütünsel bir yaklaşım sağlamanın önemli bir yönüdür¹⁰. İşitme kaybı bireylerin günlük yaşamında zorluklara yol açmasına

İletişim kurulacak yazar: Dr. Öğr. Üyesi Ümit Can ÇETİNKAYA, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Odyoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye, E-mail: ucancetinkaya@aydin.edu.tr

**Gönderilme tarihi: 10 Şubat 2025, revizyonun gönderildiği
tarih: 09 Nisan 2025, yayın için kabul edilme tarihi: 14 Ekim 2025**

Kaynak gösterimi Çetinkaya Ü. C., Küçük S. Kabullenme Ve Eylem Formu-Yetişkin İşitme Kaybı'nın Türkçe Versiyonunun Kültürlerarası Uyarlaması, Geçerliliği Ve Güvenilirliği. KBB- Forum 2025;24(4):241-252



rağmen, dışarıdan nasıl algılandıklarına ilişkin endişeleri harekete geçmelerini engelleyebilmektedir^{9,11}.

Hastaların yaşadıkları olumsuz duygu ve düşünceleri belirlemek, işitme kaybını kabullenme sürecini ve gerekli müdahalenin yapılmasını hızlandırabilir^{12,13}. Literatürde, işitme cihazı kullanımını kabul etmeyi etkileyen faktörleri her ne kadar odyolojik ve odyolojik olmayan faktörler olarak ikiye ayırsa da zaman zaman odyolojik olmayan faktörlerin klinik uygulamalarda göz ardı edildiğinden bahsedilmiştir¹⁴. İşitme cihazı uygulayıcıları çoğunlukla hastaların psikolojik zorluklarını göz ardı etmekte ve hastaların ihtiyaçlarına işitme cihazlarıyla ilgili teknik çözümlerle yanıt vermektedir^{12,15}. Yapılan bir çalışma, işitme kaybı ile ilişkili psikolojik bozuklukların işitme cihazı kullanımına olan bağlılığı düşürdüğünü belirtmiştir¹⁶. İşitme cihazı kullanımına bağlılığın artması, işitme kaybı ile ilişkili olumsuz psikososyal ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi azaltmaktadır¹⁷. Doğru değerlendirmeler, işitme kayıplı bireylerin psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak için özel müdahale planlarının geliştirilmesine yardımcı olmakla kalmaz, aynı zamanda hastanın iyileşmesinin izlenmesine ve müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesine de olanak tanır¹⁸.

Psikolojik esneklik, kişinin kendi seçtiği değerlerle tutarlı eylemlerde bulunurken, meydana gelen deneyimlere açık olma becerisi olarak tanımlanabilir¹⁹. Bugüne kadar psikolojik esnekliğin en yaygın kullanılan ölçüm aracı, çeşitli örneklemelerde kullanılmak üzere tasarlanmış Kabullenme ve Eylem Formu'dur²⁰. Kabullenme ve Eylem Formu ve versiyonları sağlıklı, klinik öncesi, tıbbi ve psikiyatrik örneklemelerde çok sayıda farklı dilde ve alanda kullanılmıştır²¹. Literatür incelendiğinde birçok farklı alanda kullanıldığı görülmektedir: Beden İmajı Kabul ve Eylem Formu²², Kronik Ağrı Kabul Formu²³ ve Kabul ve Eylem Diyabet Formu²⁴. Alana özgü ifadeler içermesi nedeniyle, bu araçların ilgili alandaki psikolojik esnekliği belirlemede daha hassas olabileceği düşünülmektedir²⁴.

Kabullenme ve Eylem Formu (KEF), deneyimsel kaçınmayı ve psiko-mantıksal esnekliği değerlendirmek için kullanılan en

yaygın araçtır. KEF'in etkili kullanımı nedeniyle çok sayıda versiyonu geliştirilmiştir²⁵⁻²⁸. KEF'in bu versiyonları, psikolojik sonuçları öngörmede ve psikolojik müdahaleler için rehberlik noktasında önemlidir. 2019 yılında psikometrik olarak doğrulanmış olan Kabullenme ve Eylem Formu-Yetişkin İşitme Kaybı (KEF-YİK) oluşturulmuştur⁹. KEF-YİK, yetişkinlerde işitme kaybı ile ilişkili psikolojik esneklik derecesini değerlendirmek için yararlı ölçüm aracıdır.

Çalışmamız kapsamında ülkemizdeki işitme kayıplı bireylerin kabullenme durumunu ve işitme cihazı kullanımını etkileyen psikolojik esnekliklerini ölçmek için KEF-YİK'in Türkçe'ye uyarlamasının yapılması ve katılımcıların KEF-YİK skorları ile sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Çalışma metodolojik tipte gözlemsel doğrulama çalışmasıdır. Çalışma, 30/04/2024 tarihinde 61351342/020-64 karar numarası ile Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan onaylanmıştır. Çalışma Helsinki Bildirgesi kuralları çerçevesinde yürütülmüştür. Çalışmaya dahil edilen katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formları alınmıştır.

Katılımcılar

İşitme kaybı tanısı almış ve işitme cihazı kullanan katılımcılar çalışma hakkında e-posta yoluyla bilgilendirilmiş ve çevrimiçi formun bağlantısı, çevrimiçi iletişim uygulamaları ve sosyal medya aracılığıyla paylaşılmıştır. KEF-YİK Türkçe versiyonu için veriler Google formlar aracılığıyla hazırlanan çevrimiçi bir form aracılığıyla toplanmıştır. Formun başında çalışmanın amacı hakkında bilgiler yer almıştır. Katılımcılardan "Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum" ifadesine onay vermeleri istenmiştir. Onay vermeyenler soruları yanıtlayamamıştır. Böylece katılımcılardan çevrimiçi onam alınmıştır. Katılımcılardan kimlik bilgileri talep edilmemiş ve veriler anonim olarak toplanmıştır. Uygun katılımcılar (18 yaş ve üzeri, işitme kaybı tanısı almış, işitme cihazı kullanan, anadili Türkçe olan, Türkiye'de yaşayan) onam verdikten sonra, demografik bilgi formunu ve KEF-YİK'i doldurmuştur. Literatürde madde başına en az 10 katılımcı oranı önerilmiştir²⁹. Bu doğrultuda çalışmamıza yaşları 18 ile 93 arasında değişen ve işitme kaybı tanısı olan 181 birey dahil edilmiştir.



Veri Toplama Araçları

Katılımcılara ilk olarak, araştırmacılar tarafından oluşturulan ve içerisinde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durum, işitme kaybı, işitme kaybının derecesini, işitme kaybı süresini ve işitme cihazı kullanımını içeren 8 sorunun yer aldığı demografik bilgi formu, sonrasında KEF-YİK doldurtulmuştur. KEF-YİK maddeleri Ek-1'de sunulmuştur.

Kabullenme ve Eylem Formu-Yetişkin İşitme Kaybı (KEF-YİK)

KEF-YİK, Ong ve arkadaşları tarafından 2019 yılında oluşturulmuştur⁹. İlk versiyonu 14 sorudan oluşan KEF-YİK, faktör yüklerinin yetersiz olması sebebiyle 2 madde çıkartılarak son hali 0-6 arası puanlanan (7'li Likert) 12 madde olarak belirlenmiştir. KEF-YİK, yetişkinlerde işitme kaybı ile ilişkili psikolojik esneklik derecesini değerlendirir. Son halinin cronbach alpha değeri $\alpha = 0,92$ olarak elde edilmiş ve maddelerin CITC skoru ise 0.49 ve 0.77 arasında bulunmuştur. "Kesinlikle katılmıyorum" seçeneğine 6 puan verilirken "Katılmıyorum" seçeneğine ise 5 puan verilir. 1., 2., 5. ve 6. maddeler ters maddedir. Sorular cevaplandıktan sonra ise katılımcının verdiği cevaplara göre puanlar toplanarak toplam puan oluşturulur⁹.

Çeviri Aşaması

Çeviri süreci, ölçek çevirisi ve kültürel adaptasyonu için literatürde bildirilen kılavuzlar doğrultusunda yapılmıştır³⁰. KEF-YİK sırasıyla altı aşamada Türkçeye uyarlanmıştır: hazırlık, kaynak dilden Türkçeye çevrilmesi, Türkçeden kaynak dile geri çevrilmesi, komite incelemesi, saha testi ve çevirinin gözden geçirilmesi ve sonlandırılması.

İlk olarak, orijinal çalışmanın yazarlarından e-posta yoluyla gerekli izinler alınmıştır. İki profesyonel çevirmen, iki dilbilimci ve beş odyologdan oluşan bir komite oluşturulmuştur. Komite, maddeleri İngilizce'den Türkçe'ye çevirmiştir. Çeviriler arasındaki farklılıklar sentezlenerek tek bir birleşik çeviri haline getirilmiştir. Orijinal çalışmada her iki dile de hakim olan bir uzman da Türkçe'den İngilizce'ye çevirmiştir. Daha sonra formun Türkçeye uygunluğu konusunda iki dilli uzmanların görüşleri alınmış ve gerekli

düzenlemeler yapılarak forma son hali verilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 ve AMOS programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Uyarlanan ölçüm aracına ilişkin yapı geçerliliği için Açıklayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Analizi yapılmıştır. Güvenirlik ise Cronbach Alpha ile incelenmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu, basıklık çarpıklık değerleri ile test edilmiştir. Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmış ve fark bulunduğu durumda fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. Numerik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon uygulanmıştır. Çalışmada, p anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya katılan katılımcıların %44,8'i kadın, %55,2'si erkektir. Katılımcıların öğrenim durumları incelendiğinde, %29,8'inin ilköğretim, %35,9'unun lise, %24,9'unun lisans ve %9,4'ünün lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların aylık gelir durumları incelendiğinde, %35,9'unun çok düşük, %22,7'sinin düşük, %23,8'inin orta, %10,5'inin yüksek, %7,2'sinin çok yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların %84'ü bilateral işitme kayıplıdır. Katılımcıların işitme kaybı derecesi incelendiğinde, %18,2'sinin hafif derecede, %60,8'inin orta derecede ve %21'inin ileri derecede işitme kaybı olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Katılımcıların yaş dağılımları, 18-93 aralığında ve ortalama $54,88 \pm 18,18$; işitme kaybı süreleri, 0-40 aralığında ve ortalama $11,86 \pm 10,10$ yıldır.



Tablo 1. Araştırmaya katılan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler		n	%
Yaş	18-44	56	30,93
	45-60	39	21,54
	60+	86	47,51
Cinsiyet	Erkek	100	55,24
	Kadın	81	44,75
Eğitim Düzeyi	İlkokul Mezunu	54	29,83
	Lise Mezunu	65	35,91
	Lisans Mezunu	45	24,86
	Lisansüstü Mezunu	17	9,39
Ekonomik Düzey	Çok düşük	65	35,91
	Düşük	41	22,65
	Orta	43	23,75
	Yüksek	19	10,49
	Çok yüksek	13	7,18
Unilateral/ Bilateral	Bilateral	152	83,97
	Unilateral	29	16,02
İşitme Kaybı Derecesi	Hafif	33	18,23
	Orta	110	60,77
	İleri	38	20,99

Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Ölçüm aracının faktör desenini ortaya koymak için açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi uygulamasından örneklem büyüklüğünün faktörleştirmeye uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda KMO değeri 0,868 elde edilmiştir. Çalışma kapsamında örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapmak için "yeterli" olduğu görülmüştür³¹. Bartlett Küresellik testi ile elde edilen ki-kare değerinin yeterli olduğu görülmüştür ($\chi^2(66) = 989,782$ $p < 0,01$)³².

Açımlayıcı faktör analizlerinden biri olan Temel Bileşenler Analizi, ölçüm aracının faktör yapısının incelenmesi amacıyla kullanılmıştır³³.

Analiz sonuçları ölçüm aracının tek boyutlu ideal dağılım gösterdiğini ortaya koymuştur. Açımlayıcı faktör analizi sonuçlarına göre geliştirilen ölçüm aracı toplam değişkenliğin %53,177'sini açıklamaktadır.

Madde toplam korelasyonunun yeterli olabilmesi için gerekli faktör yükünün minimum 0,30 olması gerekmektedir. Ölçüm aracının maddelerine verilen cevapların madde toplam korelasyon değerleri incelenmiş ve 0,30'un altında kalan maddeler olmadığı tespit edilmiştir. Tüm maddelerin madde-toplam test korelasyon değerleri 0,384 ile 0,743 arasında değişkenlik gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 2).



Tablo 2. Açımlayıcı faktör analizi sonuçları

Maddeler	Faktör Yüğü	Madde Toplam Korelasyonu
M1	0,662	0,557
M2	0,680	0,578
M3	0,675	0,599
M4	0,608	0,537
M5	0,616	0,515
M6	0,481	0,384
M7	0,771	0,693
M8	0,508	0,440
M9	0,800	0,743
M10	0,608	0,528
M11	0,663	0,587
M12	0,738	0,674
Self worth	7,056	
Explained Variance	20,156	
Cronbach's Alpha		0,877
KMO =0,868; $\chi^2(66) =989,782$; Bartlett's test for sphericity (p) = 0,000		
Total explained variance =53,177		

Ölçüm aracının güvenilirliği incelendiğinde Cronbach's Alpha değeri 0,877 elde edilmiştir. Cronbach's Alpha değerine ek olarak yarıya bölme metodu kullanılarak güvenilirlik analizi yapılmıştır. Yarıya bölme uygulandıktan sonra ortaya çıkan iki grup arasındaki korelasyon 0,812; Spearman Brown Katsayısı 0,896 ve Gutman Split Half Katsayısı 0,896 olarak hesaplanmış ve ölçüm aracının güvenilir olduğu tespit edilmiştir³⁴ (Tablo 3).

Doğrulamalı Faktör Analizi Sonuçları

Doğrulamalı Faktör analizine göre ölçüm aracının yapısal denklem model sonucu $p=0,000$ düzeyinde anlamlı olduğu, ölçüm aracını oluşturan 12 madde ve tek faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

MI değerleri yüksek olan hatalar (e1-e2; e4-e8; e5-e6; e10-e12; e11-e12) arasında kovaryans oluşturulmuştur. Birinci düzey faktör analizi sonuçlarına göre KEF-YİK'in uyum iyiliği indekslerine bakıldığında; RMSEA 0,103; χ^2 (Cmin/df) 2,733; AGFI 0,952; GFI 0,962 VE SRMR 0,086 ile kabul edilebilir uyum gösterdiği tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular

doğrultusunda ölçüm aracının yapı geçerliğinin sağlandığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların Sosyodemografik Bulgularının Analizi

Katılımcıların yaşları ve işitme kaybı sürelerinin korelasyonu Pearson Korelasyon Katsayısı ile incelenmiştir. Katılımcıların yaşı ve işitme kaybı süreleri ile KEF-YİK puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Yaş gruplarının işitme kaybını kabul etmesi ve harekete geçmesi üzerine etkisini inceleyebilmek amacıyla katılımcılar genç yetişkin (18-44), yetişkin (45-60) ve yaşlı (60+) olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır³⁵. Yaş grupları arasında KEF-YİK puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 5).

Katılımcıların cinsiyetine göre KEF-YİK puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmiştir ($p=0,021$). Kadın katılımcıların, erkek katılımcılara göre KEF-YİK puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların öğrenim durumlarına göre KEF-YİK puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı



bir farklılık elde edilmiştir ($p=0,000$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma testi sonucunda; öğrenimi ilköğretim ve lise mezunu olan katılımcıların KEF-YİK puanlarının öğrenimi lisans ve lisansüstü mezunu olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların aylık gelir durumlarına göre KEF-YİK puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmiştir ($p=0,000$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma testi sonucunda; aylık geliri çok düşük ve düşük olan katılımcıların KEF-YİK puanlarının aylık geliri orta, yüksek ve çok yüksek olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların işitme

kaybının unilateral/ bilateral olma durumuna göre KEF-YİK puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir ($p<0,05$). Katılımcıların işitme kaybı derecelerine göre incelendiğinde KEF-YİK puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,00$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma testi sonucunda; işitme kaybı derecesi ileri olan katılımcıların KEF-YİK puanlarının hafif ve orta olan katılımcılara göre; işitme kaybı derecesi orta olan katılımcıların hafif olan katılımcılara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 3. İki yarı güvenilirliği

Cronbach's Alpha	Part 1: (M1, M3, M5, M7, M9, M11)	0,817
	Part 2 : (M2, M4, M6, M8, M10, M12)	0,722
Correlation between testhalves		0,812
Spearman-Brown Coefficient		0,896
Guttman Split-Half Coefficient		0,896

Tablo 4. Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Index	Model Uyum Ölçümleri
χ^2/df	2,894
RMSEA	0,103
CFI	0,902
NFI	0,861
IFI	0,904
GFI	0,882
AGFI	0,813
SRMR	0,086
χ^2/df : chi square/ Degrees of Freedom (χ^2/SD)	
RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation	
CFI: Comparative Fit Index	
NFI: Normed Fit Index	
NNFI: Non-Normalized Fit Index	
GFI: Goodness of Fit Index	
AGFI: Adjusted Googness of Fit Index	



Tablo 5. Yaş gruplarına göre KEF-YİK puanlarının karşılaştırılması

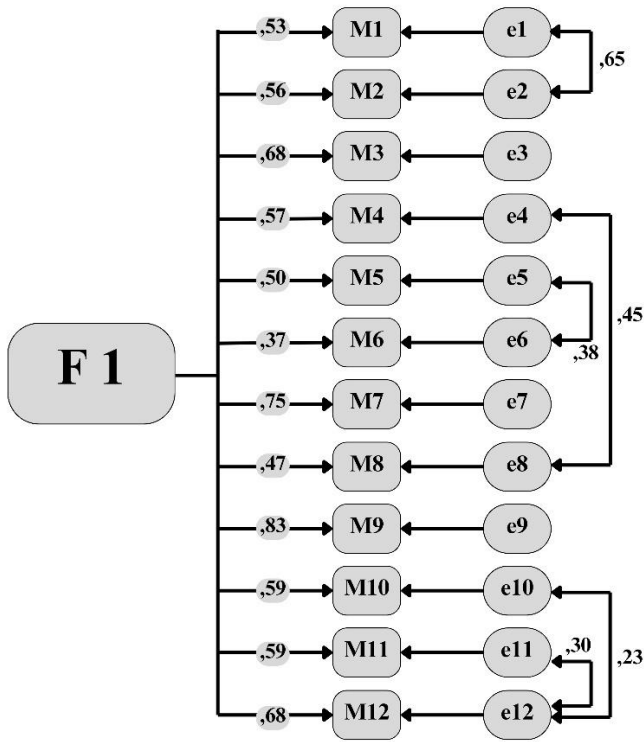
Grup	Ort.	SS	Min	Maks	P
18-44	30,39	16,82	0	63	,916
45-60	31,04	14,22	0	55	
60+	31,28	13,35	0	54	
Toplam	30,94	14,67	0	63	

* $p < 0.05$, Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

Tablo 6. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre KEF-YİK puanlarının karşılaştırılması

Değişken		KEF-YİK		Test Değeri	P
		Ort.	SS		
Cinsiyet	Erkek	28,68	14,56	-2,336 ^t	0,021*
	Kadın	33,74	14,41		
Eğitim Düzeyi	İlkokul Mezunu ¹	36,61	12,33	13,043 ^F	0,000** (1,2>3,4)
	Lise Mezunu ²	33,52	14,31		
	Lisans Mezunu ³	26,04	14,31		
	Lisansüstü Mezunu ⁴	16,06	9,84		
Ekonomik Düzey	Çok Düşük ¹	36,37	12,73	12,040 ^F	0,000** (1,2>3,4,5)
	Düşük ²	35,98	13,28		
	Orta ³	26,72	14,05		
	Yüksek ⁴	17,32	12,49		
	Çok Yüksek ⁵	21,85	12,53		
Unilateral/ Bilateral	Bilateral	31,45	14,78	1,056 ^t	0,293
	Unilateral	28,31	14,05		
İşitme Kaybı Derecesi	Hafif ¹	23,30	17,60	8,934 ^F	0,000** (3>2>1)
	Orta ²	30,99	13,65		
	İleri ³	37,45	11,59		
Toplam		30,94	14,67		

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, ^t Bağımsız örneklem *t* testi, ^F Tek yönlü varyans analizi



Şekil 1: Path Diyagramı

TARTIŞMA

Bu çalışmada, Türkiye'deki işitme kayıplı bireylerin kabullenme durumunu ve işitme cihazı kullanımını etkileyen psikolojik esnekliklerini ölçmek için KEF-YİK'in Türkçe'ye uyarlaması yapılmış ve KEF-YİK skorları, sosyo-demografik özelliklere göre karşılaştırılmıştır. Psikolojik esnekliğin ölçülmesinin yararlılığını ve uygulanabilirliğini ortaya koymak, işitme kayıplı bireyler için çözüm geliştirme açısından büyük önem taşımaktadır.

Ölçeğin cronbach's alpha değerinin 0.80-1.00 değerleri arasında olması, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu gösterir³⁶. Çalışmamız kapsamında Türkçe'ye uyarlanan KEF-YİK'in güvenilirliği incelendiğinde cronbach's alpha değeri 0,877 elde edilmiştir. Elde edilen cronbach alfa değeri iyi bir iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. KEF-YİK'in Çince versiyonunun cronbach alfa değeri 0,829 elde edilmiştir³⁷.

Çince versiyonunda KEF-YİK'in iki boyutu yansıttığı görülmüştür. İlk boyut (faktör 1), işitme kaybına bağlı kaçış duygusunu, diğer boyut (faktör 2) işitme kaybının ve pozitif psikolojinin uyarlanabilir kabulüne odaklanmıştır³⁷. Çalışmamızda örneklem büyüklüğünün faktörleştirmeye uygunluğu test edildiğinde KMO değeri 0,868 elde edilmiştir. Bu da çalışmamızın örneklem büyüklüğünün faktör analizi için "yeterli" olduğunu göstermiştir³¹. Temel Bileşenler Analizi ile ölçeğin faktör yapısı incelendiğinde ölçüm aracının tek boyutlu ideal dağılım gösterdiğini ortaya koymuştur. Madde toplam korelasyonunun yeterli olabilmesi için gerekli faktör yükünün minimum 0,30 olması gerekmektedir. Tüm maddelerin madde-toplam test korelasyon değerleri 0,384 ile 0,743 arasında değişkenlik gösterdiği tespit edilmiştir.

Doğrulayıcı faktör analizi ile model-veri uyumuna ilişkin hesaplanan istatistiklerden en sık kullanılanları RMSEA, RMR, GFI ve AGFI'dir. IFI ve NNFI için düşük örneklem sayısı (100) yeterli olurken, GFI, AGFI, NFI, SRMR ve RMSEA için örneklem hacmi arttıkça etkinliğin arttığı bildirilmiştir³⁸. AGFI, GFI ve CFI değerlerinin 0,90'dan yüksek olması istenir. RMSEA ve SRMR değerlerinin 0.08'in altında ise kabul edilebilir düzeyde uyum olduğu kabul edilir³⁹. RMSEA'nın örneklem sayısına duyarlılığı yüksektir. Daha düşük güven aralığı sağlayabilmek için örneklem büyüklüğünün artırılması gerekir. Örneklem sayısının 250 olduğu küçük örneklemli çalışmalarda RMSEA'nın reddedildiğini ancak örneklem sayısı arttığında aynı modelin kabul edilebileceğini bildirmişlerdir⁴⁰. RMSEA değerinin $\leq 0,10$ olması zayıf uyum olarak kabul edilmiştir^{41,42}. Çalışmamızda RMSEA değerinin kabul edilebilir alt sınır olan 0,10 çıktığı gözlenmiştir. Örneklem sayısının düşüklüğünün RMSEA değerinin kabul edilebilir alt sınırdaki çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda öğrenimi ilköğretim ve lise mezunu olan katılımcıların KEF-YİK puanlarının öğrenimi lisans ve lisansüstü mezunu olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Pronk ve ark., eğitim seviyesi



yüksek olan bireylerin, işitme kaybını kabullenme ve sosyal izolasyonla başa çıkma konusunda daha başarılı olduklarını göstermiştir⁴³. Meyer ve Hickson, kişinin eğitim seviyesinin, işitme kaybını kabullenme ve işitme cihazı kullanma eğilimlerinde önemli bir etken olduğunu bildirmişlerdir⁴⁴. Cho ve ark. (2022) yaptıkları çalışmada, ilkokul/ortaokul ve üniversite mezunu olan bireylerin lise mezunlarına kıyasla işitme cihazı satın alma olasılığının daha yüksek olduğunu saptamışlar⁴⁵. Literatürde, işitme cihazını kabul edenler ile reddedenler arasında ve işitme cihazı alımında eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur^{46,47}. Bununla birlikte, Helvik ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bir çalışmada eğitim düzeyinin işitme cihazı alımını etkilediği; yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin işitme cihazını reddetme olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir⁴⁸. Hane halkı geliri açısından incelendiğinde, 1.000 ila 5.000 dolar arasında kazanan, 5.000 ila 10.000 dolar arasında kazanan ve 10.000 dolar veya daha fazla kazanan katılımcıların işitme cihazı satın alma olasılığı, 1.000 dolar veya daha az kazananlara göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir⁴⁵. İşitme cihazı benimseme oranı incelendiğinde, ilkokul/ortaokul ve üniversite mezunlarının, lise mezunlarına kıyasla daha yüksek oranlara sahip olduğu görülmüştür. Düşük eğitilmiş katılımcıların daha düşük hane gelirine sahip olma olasılığının yüksek olması ve bu nedenle işitme cihazı ücretinin %100'ne destek(ödeme) almaları olabileceğini ifade etmişlerdir⁴⁵. Literatürdeki çalışmalar, kişinin eğitim seviyesinin ve mali durumunun işitme kaybını kabullenme ve harekete geçme konusunda önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Bizim çalışmamızda daha düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin puanları daha yüksek elde edilmiştir. Bunun sebebi olarak lisans ve lisansüstü eğitim seviyesine sahip katılımcıların (%34,25), İlköğretim ve lise mezunu katılımcılara göre daha az olması ve düşük eğitim düzeyine ait olan katılımcıların muhtemelen gelir düzeylerinin de düşük olması sebebi ile satın aldıkları işitme cihazının ücretini sosyal güvenlik kurumunun karşılıyor olması düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların, erkeklere kıyasla KEF-YİK puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde, cinsiyetin işitme cihazlarına karşı tutum ve odyolojik randevuya katılma motivasyonu ile ilişkili olmadığını bildiren çalışmalar mevcuttur⁴⁹. Yapılan bir çalışmada, yardım arama, işitme cihazı alımı ve kullanımıyla ilgili araştırmalarında cinsiyetin etkisinin olmadığını⁵⁰, başka bir çalışma ise kadınların işitme kaybını kabullenme ve işitme cihazı kullanma konusunda erkeklerden daha yüksek bir uyum gösterdiklerini bildirmişlerdir⁵¹. Cinsiyet ile işitme cihazı edinme isteği arasında bir ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda bir ilişki bulunamamıştır. Yapılan bir çalışmada yaşlı bireyler için cinsiyetin, işitme cihazı kullanma durumunu etkilemediğini⁴⁶, başka bir çalışma ise cinsiyet ile işitme cihazını kabul etme/reddetme arasında bir ilişki olmadığını bildirmiştir⁴⁸. Cinsiyet ile işitme cihazı arama olasılığı arasında da bir ilişki bulunamamıştır^{52,53}. Bu sonucun çalışmaya dahil edilen örneklem grubundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde kadınların çoğunun, daha uzun yaşadıkları için, yüksek morbidite ve yalnızlık endeksi nedeniyle, özellikle sağlık ve sosyal yaşamla ilgili olarak daha kötü yaşam kalitesine sahip olduğu bildirilmektedir⁵⁴. Çalışmamızda elde edilen sonuçların bu durumla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

SONUÇ

KEF-YİK'in Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu görülmüştür. Ölçüm aracının Türkçe versiyonlarına sahip olmak, bu hizmetlere ihtiyaç duyan Türkçe konuşan popülasyonlara odyolojik hizmet sunma açığını kapatmak için bir başlangıçtır. Odyologların hastalarının işitme kayıplarıyla ilgili duygu, düşünce veya hislerini daha iyi anlayarak, kişi merkezli bakım oluşturma noktasında hastaların ihtiyaçlarına en iyi çözümü sunmalarına katkı sağlayacaktır.

Maddi ve teknik destek: Bu çalışma hiçbir kurum ve kuruluş tarafından maddi olarak desteklenmemiştir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında bu çalışma ile ilgili çıkar çatışması bulunmamaktadır.



Yazar Katkısı: Ü.C.Ç.; çalışma tasarımı, verilerin toplanması, literatür taraması, makale yazımı ve eleştirel okuma. S.K.; verilerin toplanması ve makale yazımı.

Dipnot: Bu makale 18-19 Mayıs 2024 tarihlerinde gerçekleştirilen 5. Otoloji & Odyoloji Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Liverman CT, Domnitz S, Blazer DG. Hearing health care for adults: Priorities for improving access and affordability. National Academies Press; 2016.
2. World Health Organization. Deafness and hearing loss [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
3. Kamil RJ, Lin FR. The effects of hearing impairment in older adults on communication partners: a systematic review. J Am Acad Audiol. Thieme Medical Publishers; 2015;26(02):155-182.
4. Genther DJ, Frick KD, Chen D, Betz J, Lin FR. Association of hearing loss with hospitalization and burden of disease in older adults. JAMA. American Medical Association; 2013;309(22):2322-2324.
5. Contrera KJ, Betz J, Genther DJ, Lin FR. Association of hearing impairment and mortality in the national health and nutrition examination survey. JAMA otolaryngology-head & neck surgery. American Medical Association; 2015;141(10):944-946.
6. Lin FR, Ferrucci L. Hearing loss and falls among older adults in the United States. Arch Intern Med. American Medical Association; 2012;172(4):369-371.
7. Lin FR, Yaffe K, Xia J, Xue QL, Harris TB, Purchase-Helzner E, Satterfield S, Ayonayon HN, Ferrucci L, Simonsick EM. Hearing loss and cognitive decline in older adults. JAMA Intern Med. American Medical Association; 2013;173(4):293-299.
8. Li CM, Zhang X, Hoffman HJ, Cotch MF, Themann CL, Wilson MR. Hearing impairment associated with depression in US adults, National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2010. JAMA otolaryngology-head & neck surgery. American Medical Association; 2014;140(4):293-302.
9. Ong CW, Whicker JJ, Muñoz K, Twohig MP. Measuring psychological inflexibility in adult and child hearing loss. Int J Audiol. Taylor & Francis; 2019;58(10):643-650.
10. Erdman SA. The biopsychosocial approach in patient-and relationship-centered care: Implications for audiologic counseling. Plural Publishing Inc.; 2014;
11. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford press; 2011.
12. Coleman CK, Muñoz K, Ong CW, Butcher GM, Nelson L, Twohig M. Opportunities for audiologists to use patient-centered communication during hearing device monitoring encounters. Semin Hear. Thieme Medical Publishers; 2018. p. 32-43.
13. English K, Archbold S. Measuring the effectiveness of an audiological counseling program. Int J Audiol. Taylor & Francis; 2014;53(2):115-120.
14. Mothemela B, Manchaiah V, Mahomed-Asmail F, Graham M, Swanepoel DW. Factors associated with hearing aid outcomes including social networks, self-reported mental health, and service delivery models. Am J Audiol. ASHA; 2023;32(4):823-831.
15. Bennett RJ, Meyer CJ, Ryan B, Barr C, Laird E, Eikelboom RH. Knowledge, beliefs, and practices of Australian audiologists in addressing the mental health needs of adults with hearing loss. Am J Audiol. ASHA; 2020;29(2):129-142.
16. Ruusuvaari JE, Aaltonen T, Koskela I, Ranta J, Lonka E, Salmenlinna I, Laakso M. Studies on stigma regarding hearing impairment and hearing aid use among adults of working age: a scoping review. Disabil Rehabil. Taylor & Francis; 2021;43(3):436-446.
17. Wells TS, Nickels LD, Rush SR, Musich SA, Wu L, Bhattarai GR, Yeh CS. Characteristics and health outcomes associated with hearing loss and hearing aid use among older adults. J Aging Health. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2020;32(7-8):724-734.
18. Saunders GH, Frederick MT, Silverman SC, Nielsen C, Laplante-Lévesque A. Health behavior theories as predictors of hearing-aid uptake and outcomes. Int J Audiol. Taylor & Francis; 2016;55(sup3):S59-S68.
19. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour research and therapy. Elsevier; 2006;44(1):1-25.
20. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behav Ther. Elsevier; 2011;42(4):676-688.
21. Ong CW, Lee EB, Levin ME, Twohig MP. A review of AAQ variants and other context-specific measures of psychological flexibility. J Contextual Behav Sci. Elsevier; 2019;12:329-346.
22. Sandoz EK, Wilson KG, Merwin RM, Kellum KK. Assessment of body image flexibility: The body image-acceptance and action questionnaire. J Contextual Behav Sci. Elsevier; 2013;2(1-2):39-48.
23. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. Pain. Elsevier; 2004;107(1-2):159-166.
24. Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. American Psychological Association; 2007;75(2):336.
25. Levin ME, Luoma JB, Lillis J, Hayes SC, Vilardaga R. The Acceptance and Action Questionnaire-Stigma (AAQ-S): Developing a measure of psychological flexibility with stigmatizing thoughts. J Contextual Behav Sci. Elsevier; 2014;3(1):21-26.



26. Levin ME, Krafft J, Pistorello J, Seeley JR. Assessing psychological inflexibility in university students: Development and validation of the acceptance and action questionnaire for university students (AAQ-US). J Contextual Behav Sci. Elsevier; 2019;12:199-206.
27. Iturbe I, Echeburúa E, Maiz E. Psychometric properties of the Spanish Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related Difficulties-Revised (AAQW-R). Psychol Assess. American Psychological Association; 2023;35(5):e12.
28. Trigueros R, Navarro-Gómez N, Aguilar-Parra JM, Cangas AJ. Factorial structure and measurement invariance of the acceptance and action questionnaire-stigma (AAQ-S) in Spain. Int J Environ Res Public Health. MDPI; 2020;17(2):658.
29. Nunnally J, Bernstein I. Psychometric Theory 3rd edition (MacGraw-Hill, New York). 1994.
30. Hall DA, Zaragoza Domingo S, Hamdache LZ, Manchaiah V, Thammaiah S, Evans C, Wong LLN, NETwork IC of RA and TinR. A good practice guide for translating and adapting hearing-related questionnaires for different languages and cultures. Int J Audiol. Taylor & Francis; 2018;57(3):161-175.
31. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları. Pegem akademi Ankara; 2012.
32. Shrestha N. Factor analysis as a tool for survey analysis. Am J Appl Math Stat. 2021;9(1):4-11.
33. Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. Nicel araştırmalar. Bilimsel Araştırma, Yöntemleri(Onbirinci Baskı) Ankara: Pegem A Yayıncılık. 2016;
34. Karagöz Y. SPSS ve AMOS uygulamalı nicel-nitel-karma bilimsel araştırma yöntemleri. Sivas: Nobel Akademi Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic LTD ŞTİ. 2017;
35. Dyussenbayev A. Age periods of human life. Adv Soc Sci Res J. 2017;4(6).
36. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Nobel; 2010;
37. Yang Y, Liu Y, Xiao Y, Zhang L, Li Y, Zhu H, Bian J. Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the Chinese version of the acceptance and action questionnaire-adult hearing loss. Int J Audiol. Taylor & Francis; 2022;61(10):876-881.
38. Yardımcı A. Yapısal eşitlik modellemesi ve pazar araştırmalarında kullanımı. Yayımlanmamış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul. 2016;
39. Şimşek ÖF. Yapısal eşitlik modellemesine giriş: Temel ilkeler ve LISREL uygulamaları. Ömer Faruk Şimşek; 2020.
40. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Struct Equ Modeling. Taylor & Francis; 1999;6(1):1-55.
41. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics . Northridge. Cal: Harper Collins. 1996;1(2):249-265.
42. Marsh HW, Balla JR, McDonald RP. Goodness-of-fit indexes in confirmatory factor analysis: The effect of sample size. Psychol Bull. American Psychological Association; 1988;103(3):391.
43. Pronk M, Deeg DJH, Smits C, Van Tilburg TG, Kuik DJ, Festen JM, Kramer SE. Prospective effects of hearing status on loneliness and depression in older persons: identification of subgroups. Int J Audiol. Taylor & Francis; 2011;50(12):887-896.
44. Meyer C, Hickson L. What factors influence help-seeking for hearing impairment and hearing aid adoption in older adults? Int J Audiol. Taylor & Francis; 2012;51(2):66-74.
45. Cho YS, Kim GY, Choi JH, Baek SS, Seol HY, Lim J, Park JG, Moon IJ. Factors influencing hearing aid adoption in patients with hearing loss in Korea. J Korean Med Sci. The Korean Academy of Medical Sciences; 2022;37(2).
46. Gussekloo J, De Bont LE, Von Faber M, Eekhof JA, De Laat JA, Hulshof JH, Van Dongen E, Westendorp RG. Auditory rehabilitation of older people from the general population--the Leiden 85-plus study. British Journal of General Practice. British Journal of General Practice; 2003;53(492):536-540.
47. Humes LE, Wilson DL, Humes AC. Examination of differences between successful and unsuccessful elderly hearing aid candidates matched for age, hearing loss and gender: Evaluación de las diferencias entre los candidatos exitosos y no exitosos de edad mayor, al uso de auxiliar auditivo por edad, grado de hipoacusia y sexo. Int J Audiol. Taylor & Francis; 2003;42(7):432-441.
48. Helvik AS, Wennberg S, Jacobsen G, Hallberg LRM. Why do some individuals with objectively verified hearing loss reject hearing aids? Hearing Balance Commun. Medknow; 2008;6(2):141-148.
49. Stark P, Hickson L. Outcomes of hearing aid fitting for older people with hearing impairment and their significant others. Int J Audiol. Taylor & Francis; 2004;43(7):390-398.
50. Vestergaard Knudsen L, Öberg M, Nielsen C, Naylor G, Kramer SE. Factors influencing help seeking, hearing aid uptake, hearing aid use and satisfaction with hearing aids: A review of the literature. Trends Amplif. Sage publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2010;14(3):127-154.
51. Garstecki DC, Erler SF. Hearing loss, control, and demographic factors influencing hearing aid use among older adults. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. ASHA; 1998;41(3):527-537.
52. Humphrey C, Herbst KG, Faurqi S. Some characteristics of the hearing-impaired elderly who do not present themselves for rehabilitation. Br J Audiol. Taylor & Francis; 1981;15(1):25-30.
53. Duijvestijn JA, Anteunis LJC, Hoek CJ, Van Den Brink RHS, Chenault MN, Manni JJ. Help-seeking behaviour of hearing-impaired persons aged ≥ 55 years; effect of complaints, significant others and hearing aid image. Acta Otolaryngol. Taylor & Francis; 2003;123(7):846-850.
54. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini S do CC, Ribeiro R de CL, Sampaio RF, Priore SE, Cecon PR. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul. SciELO Brasil; 2006;28:27-38.

Kabullenme ve Eylem Formu - Yetişkin İşitme Kaybı (KEF-YİK)

Bu formda, işitme kaybıyla ilgili negatif düşünceleri ve duyguları tanımlamak için "hayal kırıklığı" terimini kullanıyoruz.

Lütfen "hayal kırıklığı" terimini, işitme kaybınızla ilgili sizi en çok rahatsız eden düşünceler ve duygular olarak düşünerek maddeleri yanıtlayınız.

Maddeler		Kesinlikle Katılmıyorum (0)	Katılmıyorum (1)	Pek Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Biraz Katılıyorum (4)	Katılıyorum (5)	Kesinlikle Katılıyorum (6)
1	İşitme kaybımla ilgili hayal kırıklığıma rağmen dolu dolu bir yaşam sürüyorum.							
2	İşitme kaybımla ilgili negatif düşüncelere ve duygulara rağmen hayatım iyi gidiyor.							
3	İşitme kaybımla ilgili hayal kırıklığım, keyif aldığım etkinliklere daha az katılmama neden oluyor.							
4	İşitme kaybımla ilgili negatif düşünceleri ve duyguları kontrol edebilmeyi isterdim.							
5	İşitme kaybımla ilgili hayal kırıklığım, hedeflerime ulaşmamı engellemez.							
6	İşitme kaybımla ilgili negatif düşüncelere ve duygulara rağmen hala sorumluluklarımı yerine getirebiliyorum.							
7	İşitme kaybımla ilgili hayal kırıklığımdan dolayı işlerimi halletmekte zorlanıyorum.							
8	Hayatımı kontrol altına alabilmek için işitme kaybımla ilgili negatif düşünceleri yönetmek zorundayım.							
9	İşitme kaybım hakkındaki negatif düşünceler ve duygular, bazı durumlardan kaçınmama neden oluyor.							
10	İşitme kaybımla alakalı başkalarının ne düşündüğü hakkında endişeleniyorum.							
11	İşitme kaybım olmasaydı nasıl olacağımı düşünmek için çok zaman harcıyorum.							
12	İşitme kaybımla ilgili yaşadığım hayal kırıklığı, işitme kaybımın etkili bir şekilde tedavisini/rehabilitasyonunu ve yönetimini engelliyor.							

Puanlama talimatları:

- 1, 2, 5 ve 6. maddeyi ters puan ile hesaplayınız.
- Toplam puanı elde etmek için tüm maddeleri puanlarını toplayınız.