



Kapadokya Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü
Odyoloji Anabilim Dalı

**YENİDOĞAN VE ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE İŞİTME
KAYBI YAŞAYAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN
KAYGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

Derya TURAN

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir, 2022

YENİDOĞAN VE ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE İŞİTME KAYBI YAŞAYAN
ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN KAYGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Derya TURAN

Kapadokya Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü
Odyoloji Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir, 2022

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle yol gösteren, güler yüzü ve sevecenliği ile desteğini eksik etmeyen değerli zamanını bana ayıran sevgili tez danışman hocam Doç. Dr. Murat Doğan hocama,

Eğitim hayatım boyunca bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen, emeği geçen hocalarıma,

Tezimin araştırma ve uygulanması sırasında olanak sağlayan İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk İzlem Değerlendirme Merkezinde (ÇİDEM) çalışan meslektaşlarıma ve Doç. Dr. Refia Gül Caner Mercan hocama,

Bu süreçte beni yalnız bırakmayan, her zaman destek olan çalışma arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca beni cesaretlendirip destekleyen, her koşulda yanımda olan canım annem Güşan TURAN'a, canım babam Ziya TURAN'a, dünyalar tatlısı yeğenlerim Tuana Ceylin KARLI ve Tunay KARLI'ya,

En içten sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

TURAN, Derya. *Yenidoğan ve Erken Çocukluk Döneminde İşitme Kaybı Yaşayan Çocukların Ebeveynlerinin Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir, 2022.

Bu çalışma, yenidoğan işitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri (YİTE) ve erken çocukluk döneminde işitme kaybı tanısı almış çocukların ebeveynlerinin (İKÇE) kaygı düzeylerinin araştırılması için gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda işitme ABR testinden kalmış yeni doğan bebeklerin 30 ebeveyni ile erken çocukluk döneminde işitme kaybı tanısı almış çocukların 30 ebeveyni olmak üzere toplam 60 kişi üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Yapılan araştırma sonucunda ailede işitme kaybı durumları incelenmiş olup, yeni doğan bebeklerin ailelerinde işitme kaybı olanların oranı %26,7'si ve erken çocukluk döneminde işitme tanısı konulmuş çocukların ailelerinde işitme kaybı olanların oranı %73,3 bulunmuştur. Her iki gruptaki demografik veriler, ilaç, kronik rahatsızlık, psikolojik rahatsızlık ve ilaç kullanma durumları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$). Ayrıca her iki gruptaki ebeveynlerin durum ve sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık elde edilememiştir ($p>0,05$). Çalışmaya katılan ebeveynlerin durum kaygı düzeyi ile sürekli kaygı düzeyleri arasında orta düzeyde, pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Sonuç olarak; yenidoğan ve erken çocukluk döneminde işitme kaybı yaşayan çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeylerinin benzer olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Sözcükler

İşitme kaybı, yenidoğan, erken çocukluk, ebeveyn kaygısı

ABSTRACT

TURAN, Derya. *Investigation of Anxiety Levels of Parents of Children with Hearing Loss in Newborn and Early Childhood Period*, Master's Thesis, Nevşehir, 2022.

This study was carried out to investigate the anxiety levels of the parents of infants failing the newborn hearing test and the parents of the children diagnosed with hearing loss in early childhood. In this context, the study was carried out on a total of 60 people, including 30 parents of newborn babies who failed the hearing ABR test and 30 parents of children diagnosed with hearing loss in early childhood.

As a result of the research, hearing loss situations in the family were examined and the rate of hearing loss in the families of newborn babies was 26.7% and the rate of hearing loss in the families of children diagnosed in early childhood was found to be 73.3%. There was no significant difference between demographic data, medication, chronic illness, psychological discomfort and medication use in both groups ($p>0.05$). In addition, no significant difference was found between the state and trait anxiety levels of the parents in both groups ($p>0.05$). It was observed that there was a moderate, positive relationship between the state anxiety level of the parents participating in the study and their trait anxiety levels ($p<0.05$).

As a result; It was concluded that the anxiety levels of parents of newborns and children with hearing loss in early childhood were similar.

Keywords

Hearing loss, newborn, early childhood, parental anxiety

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR SAYFASI	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: GENEL BİLGİLER	3
1.1. İŞİTME FİZYOLOJİSİ.....	3
1.2. İŞİTME KAYIPLARI.....	3
1.3. YENİDOĞAN İŞİTME TARAMASI	7
1.5. YENİDOĞAN İŞİTME TARAMA TESTLERİNİN TARİHÇESİ.....	8
1.6. ULUSAL YENİDOĞAN İŞİTME TARAMA PROGRAMI.....	9
1.7. YENİDOĞAN İŞİTME TARAMA PROGRAMINDA TARAMA ABR PROTOKOLÜ	10
1.8. İŞİTSEL BEYİN SAPI CEVABI (AUDİTORY BRAİNSTEM RESPONSE, ABR)	13
1.9. KAYGI	15
1.9.1. Kaygı Kavramı.....	15
1.9.2. Kaygı Türleri.....	15
1.9.3. Kaygının Nedenleri.....	17
1.9.4. Kaygı Bozuklukları.....	17
1.10. KAYGI KURAMLARI	18
1.10.1. Psikanalitik Kuram	18
1.10.2. Bilişsel Kuram	19
1.10.3. Davranışçı Kuram	19
1.10.4. Varoluşçu Kuram.....	20
1.11. KAYGI KAVRAMINA KURAMSAL BAKIŞ AÇISI.....	20
1.11.1. Psikanalitik Bakış Açısına Göre Kaygı	20
1.11.2. Bilişsel Bakış Açısına Göre Kaygı	21
1.11.3. Varoluşçu Bakış Açısına Göre Kaygı.....	22
1.12. KAYNAĞINA GÖRE KAYGI TİPLERİ	22
1.13. KAYGI VE KORKU	23
1.14. KAYGI İLE İLGİLİ YAPILAN ARAŞTIRMALAR	24
2. BÖLÜM: YÖNTEM	28
2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	28
2.2. ARAŞTIRMA MODELİ.....	28
2.3. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	28
2.4. ARAŞTIRMANIN YAPILIŞI	28

2.5. DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (STAD)	29
2.6. İSTATİKSEL ANALİZ	30
3. BÖLÜM: BULGULAR.....	31
TARTIŞMA VE SONUÇ.....	41
KAYNAKÇA	43
EK 1. ORJİNALLİK RAPORU	49
EK 2. ETİK KURUL İZİNİ	50
EK 3. ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ	51
EK 4. KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU	52
EK 5. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	53
EK 6. DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ.....	54
EK 7. ULUSAL İŞİTME TARAMA PROGRAMI İŞİTME KARTI.....	56
ÖZGEÇMİŞ.....	57

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABR	: Auditory Brainstem Responses
dB	: Desibel
EYİT	: Evrensel Yenidoğan İşitme Tarama
Hz	: Hertz
İKÇE	: İşitme Testinden Kalan Bebeklerin Ebeveynleri
JCIH	: Joint Committee Infant Hearing
ÖZİDA	: Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
Ss	: Standart Sapma
STAI	: The State-Trait Anxiety Inventory
THSK	: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
UYİTP	: Ulusal Yenidoğan İşitme Tarama Programı
YİT	: Yenidoğan İşitme Tarama
YİTE	: Yenidoğan İşitme Testinden Kalan Bebeklerin Ebeveynleri

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. İşitme kaybı seviyelerinin Goodman (1965)'a göre sınıflandırması	5
Tablo 2. İşitme kaybı seviyelerinin Clark (1981)'a göre sınıflandırması.....	5
Tablo 3. Dönemlere, genetik ve genetik olmayan nedenlere göre işitme kayıpları	7
Tablo 4. YİTE ve İKÇE yaş ortalamaları ve anlamlılık düzeyleri	31
Tablo 5. YİTE ve İKÇE'nin cinsiyet dağılımları ve anlamlılık düzeyleri	32
Tablo 6. YİTE ve İKÇE'nin eğitim durumu dağılımları ve anlamlılık düzeyleri	33
Tablo 7. YİTE ve İKÇE'nin çalışma durumu dağılımları ve anlamlılık düzeyleri	33
Tablo 8. YİTE ve İKÇE'nin meslek dağılımları ve anlamlılık düzeyleri	34
Tablo 9. YİTE ve İKÇE'nin gelir dağılımları ve anlamlılık düzeyleri	35
Tablo 10. YİTE ve İKÇE'nin medeni durum dağılımları ve anlamlılık düzeyleri	35
Tablo 11. YİTE ve İKÇE'nin çocuk durumlarının dağılımları ve anlamlılık düzeyleri	36
Tablo 12. YİTE ve İKÇE'nin çocuk sayılarının dağılımları ve anlamlılık düzeyleri	36
Tablo 13. YİTE ve İKÇE'nin ailede işitme kaybı durumu dağılımları ve anlamlılık düzeyleri.....	37
Tablo 14. YİTE ve İKÇE'nin kronik rahatsızlık durumlarının dağılımları ve anlamlılık düzeyleri.....	37
Tablo 15. YİTE ve İKÇE'de kronik rahatsızlığı olanların dağılımları ve anlamlılık düzeyleri.....	38
Tablo 16. YİTE ve İKÇE'de ilaç kullanma durumuna göre dağılımları ve anlamlılık düzeyleri.....	38
Tablo 17. YİTE ve İKÇE'de psikolojik rahatsızlık durumuna göre dağılımları ve anlamlılık düzeyleri.....	39
Tablo 18. YİTE ve İKÇE'lerin SKÖ ve DKÖ puan ortalamaları ve anlamlılık düzeyleri	39
Tablo 19. Durum Kaygı düzeyleri ve Sürekli kaygı düzeyleri arasındaki korelasyon ilişkisi	40

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Tarama ABR Akış Protokolü Akış Şeması	10
Şekil 2. 5 günden fazla yoğun bakımda kalan bebeklerde tarama ABR protokolü akış şeması	12

GİRİŞ

İşitme kaybı önemli bir sağlık sorunudur ve insanların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Dünya popülasyonunun yaklaşık %5.3'ü (360 milyon insan) işitme azlığı nedeniyle sorun yaşamaktadır. Türkiye Özürlüler Araştırması'na göre, ülkemizde 63.173 işitme kayıplı çocuk olduğu belirtilmiştir (Kırman & Yıldırım Sarı, 2011). Bireylerin cinsiyet, yaş, sosyal ve kültürel çevresindeki faktörlere bağlı olarak bireyden beklenen davranışlarını yerine getirememesi engellilik olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle de işitme kaybı olan bireyler işitme engelli olarak adlandırılmaktadır.

Gelişmemiş ülkelerde çeşitli sorunlardan kaynaklanan nedenlerden dolayı engelli sayısı fazladır. İşitme kaybı, doğuştan olabildiği gibi, erken çocukluk döneminde ve ilerleyen yaşlarda da ortaya çıkabilen bir sağlık sorunudur. Bu nedenle işitme kaybının bulunduğu yaşa bağlı olarak bu sorunlar değişiklik gösterebilmektedir. Çocukluklarda işitme kaybı ne kadar erken bilinirse sorunun ciddiyeti o kadar daha fazla olur. Ancak, çocuk üzerinde oluşacak olumsuzluklar, daha fazla önlenmiş olur.

Erken tanı ve müdahale ile çocuktaki toplumsal işlevselliği ve psikolojik iyilik halinin düzelmesi sağlanmış olur. Bu nedenle erken tanı, tedavi ve eğitim çok önemli bir aşamadır. Çocuk ilk doğduğu zamandan itibaren belirli bir çevre içerisinde yer alır. Bu çevrenin en önemli halkasını ailesi oluşturmaktadır. Çevresindeki diğer halka ise arkadaşları ve yakın çevresidir. Çocuk ailesi ve arkadaşları ile iletişim kurmaya başladıkça, çocuğun dil gelişimi (işitmeye bağlı olarak), sosyal ve duygusal gelişimi değişmektedir. Bu dönemde işitme kaybı yaşayan çocuklar isteklerini çevresine sözel olarak ifade etmezler. Bu nedenle bu dönemde ailesi ve arkadaşları çocuğun düşüncelerini ve duygularını bilemezler. İşitme engelli çocuklar kendilerini anlamayan aile ve arkadaşlarından kendilerini uzaklaştırır ve çevresine karşı uyum sorunları yaşamaya başlar. Çocukta hırçınlık, kırgınlık, içe dönüklük, yalnızlık ve mutsuzluk gibi sorunlar ortaya çıkabilir.

Bütün bu olumsuz süreçlerin önüne geçmek için çeşitli teknik ve eğitim destekleri geliştirilmiştir. Çocuklardaki işitme engellerini düzeltmeye yönelik yöntemler geliştirilmiştir. Bu yöntemler; Sözel İletişim Yöntemi (Oral), İşaret Yöntemi (Manuel), İşaret Dili, Parmak Alfabeti, Belgili (İşaretli) Konuşma, Total Yöntem (işitsel, sözel ve işaret yöntemi), İki-Dil Yöntemi (Bilingual-İşaret ve sözel dil)' dir. Ayrıca, işitme kayıplı bireylere uygulanan işitme cihazları, koklear implantlar sayesinde, engelli bireyler ile sağlıklı bireyler arasında toplumsal bütünleşme ve kişisel iyileşme sağlanabilmektedir.

Çocuklarda görülen işitme engellerinde dil gelişimi önemli derecede etkilenmektedir. Tüm bu nedenlerden dolayı aileler çocuğuna karşı sözel cevapların sıklığını azaltmayı tercih ederler. Aileler tarafından yapılan bu yanlış davranışlar çocuğun dil gelişiminin önemli derecede zarar görmesine neden olmaktadır. Dil gelişiminin zarar görmesi sonucunda çocukların okuma, yazma gibi çeşitli becerilerini zayıflaması söz konusu olmaktadır. İşitme kaybı yaşayan çocukların motor gelişimlerinde olumsuz bir gelişme görülmektedir. Ancak işitme engelli çocuklarda yeterli girdilerin yapılmasından dolayı bilişsel gelişimleri olumsuz etkilenmektedir. İşitme kaybı nedeniyle çocukların kelime dağarcığı azalmakta, yaş arttıkça bu fark akranlarıyla açılmaktadır. İşitme kaybı yaşayan çocukların bu nedenlerden dolayı erken zamanlardan itibaren yeterli eğitim almaları gerekmektedir.

Bu kapsamda tez çalışmasında, yenidoğan ve erken çocukluk döneminde işitme kaybı yaşayan çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeyleri incelenecektir. Yenidoğan tarama ABR testinden kalan bebeklerin ebeveynleri ile erken çocukluk döneminde olan 1-7 yaş arası işitme kaybı tanısı koyulmuş çocukların ebeveynlerinin cinsiyet ve sosyo ekonomik değişkenlerinin kaygı düzeyleri üzerindeki etkileri araştırılarak, çeşitli öneriler sunulacaktır.

1. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1. 1. İŞİTME FİZYOLOJİSİ

Kulağa gelen ses dalgalarının sırasıyla dış, orta ve iç kulak aracılığı ile beyin sapından geçerek beyin kabuğunda bulunan işitme merkezinde algılanması olayına işitme denilmektedir (Yavuz & Sağsözlü, 2018). İşitme olayının ayrıntılı fizyolojisi bir çok sıralı işlemleri içermektedir. İlk aşamada kulak kepçesi tarafından toplanan ses dalgaları, dış kulak yolundan geçerek kulak zarına iletilmektedir. Kulak zarında oluşan bu titreşimler orta kulakta bulunan kemikçikleri (sırasıyla çekiç-örs-üzengi) sırasıyla hareket etmesine sebep olmaktadır. Orta kulaktaki kemiklerin hareketi oval pencere aracılığı ile iç kulağa aktarılmaktadır. İç kulakta salyangoz olarak adlandırılan kokleanın içindeki sıvıların titreşimine neden olmaktadır. Kokleanın içindeki sıvının titreşimiyle tüysü hücreler hareketlenerek ve bu tüysü hücrelere bağlı işitme sinirleri aracılığıyla beyine ses dalgaları, elektriksel sinyal olarak ulaşır. Beynin ilgili bölümü olan temporal korteksteki işitme merkezine ulaştınca gelen ses dalgaları değerlendirme işlemi ile ses anlamlandırılmış olmaktadır (Özdemir & Tümkaya, 2017; Yavuz & Sağsözlü, 2018)

1.2. İŞİTME KAYIPLARI

Bir kişi işitme sistemleri aracılığıyla duyma işlemini tam fonksiyonel olarak gerçekleştirmektedir. Ancak işitme kaybı olayında ise bir kişinin duyma işlemini yerine getiren kulaklarından birinde veya her ikisinde kısmen veya tamamen işlevini yitirmesi sonucu meydana gelmektedir. İşitme kaybının açıklanması yapılırken, işitme kaybının çeşidi, derecesi ve işitme kaybı tanımlanırken, işitme kaybının tipi, derecesi ve işitme sistemini oluşturan tüm yapıların birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir (Tüfekçioğlu, 1998).

Bu çalışmada işitme kayıpları beş başlık altında incelenmiştir. İletim tipi işitme kaybında kulağın dış ve orta kısmında sorunlar meydana gelmektedir. Bu sorunlar kulak kirleri olarak adlandırılan buşonlar, kulağa yabancı cisim kaçması, dış kulak iltihapları, kulak zarının yırtılması, orta kulaktaki kemiklerin tahrip olması, kulak kepçesinin eksikliği veya Şekil yapısının bozukluğu ve dış kulak yolunun doğuştan kapalı olması olarak ifade edilebilir (Yavuz & Sağsözlü, 2018).

Sensörinöral işitme kaybında kulağın iç kısmındaki merkezden beyinin korteks kısmında bulunan işitme merkezine kadar geçen bağlantıda meydana gelen sorunlardan kaynaklanmaktadır. Bu işitme kaybının tedavisi çok mümkün olmaktadır. İşitme kaybında neden olan sebepler arasında meniere sendromu, akustik travma, kafa travması, ototoksik ilaçlar, viral enfeksiyonlar, prezbiakuzi, akustik nöronom vb. Nedenler yer almaktadır (Yavuz & Sağsözlü, 2018).

Nöral işitme kaybında orta kulakta yer alan kokleada yer alan tüylerde meydana gelen bozukluklardır. Mikst tip işitme kaybı iletim tipi ve nöral işitme (Sensörinöral) kayıplarını ifade etmektedir. Mixt tip işitme kaybında hava yolu ve kemik yolu işitme eşikleri arasında aralık var fakat hem hava yolu hem de kemik yolu işitme eşiklerinde düşüş görülür. Kronik supuratif otitis media, koklear otoskleroz gibi patolojilerde sıklıkla mixt tip işitme kaybı görülmektedir (Yavuz & Sağsözlü, 2018). Fonksiyonel işitme kayıpları organik kökeni olmayan (nonorganic) emosyonel yada çıkar sağlamaya dayalı işitme kayıplarıdır (Anonim, 2021a)

Bireylerdeki işitme kaybı dereceleri bireylerin konuşma esnasındaki 500, 1000, 2000 Hz frekanslarından saf ses hava yolu eşikleri ortalamasına göre Goodman tarafından 1965’de tanımlanmış ve sınıflandırılmıştır (Şenkal, 2015) Goodman’ın yaptığı bu sınıflandırmada 25dB’lik sınırın çocuklarda geçerli olamayacağı Clark (1981) tarafından açıklanmıştır. Ayrıca Clark (1981) çocuklardaki normal işitme aralığının 10 dB olması gerektiğini savunmuştur (Şenkal, 2015). İşitme Kaybı Seviyelerinin Goodman (1965)’a göre Sınıflandırması Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. İşitme kaybı seviyelerinin Goodman (1965)'a göre sınıflandırması (Derinsu, 2013)

Saf Ses Ortalaması	İşitme Kaybı Derecesi
-10 -26 dB	Normal İşitme
27-40 dB	Hafif Derecede İşitme Kaybı
41-55 dB	Orta Derecede İşitme Kaybı
56-70 dB	Orta İleri Derecede İşitme Kaybı
71-90 dB	İleri Derecede İşitme Kaybı
>91dB	Çok İleri Derecede İşitme Kaybı

Saf ses ortalamasına göre işitme kaybı derecelerinin Clark'a göre tanımlanması Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. İşitme kaybı seviyelerinin Clark (1981)'a göre sınıflandırması (Şenkal, 2015).

Saf Ses Ortalaması	İşitme Kaybı Derecesi
-10-15 Db	Normal İşitme
16-25 Db	Çok Hafif Derecede İşitme Kaybı
26-40 Db	Hafif Derecede İşitme Kaybı
41-55 Db	Orta Derecede İşitme Kaybı
56-70 Db	Orta İleri Derecede İşitme Kaybı
71-90 Db	İleri Derecede İşitme Kaybı
91 Db Ve Üzeri	Derecede İşitme Kaybı Çok İleri

Çocuklarda yaşanan işitme kaybının derecesi, işitme kaybı düzeyinin sabit kalması veya devamlı kayıp şiddetinin artması çocukların dil gelişimi üzerinde önemli etkileri söz konusudur. Çocuklarda dil ve konuşma düzeylerini etkileyen faktörlerden diğerleri arasında tanı zamanı, işitme cihazı, çocuklara verilen eğitimin yoğunluğu, ailenin tutumu, çocuğun zekası ve duygusal durumu yer almaktadır (Şenkal, 2015).

İşitme kayıpları dış kulak, orta kulak ve iç kulak ile ilgili patolojilerden oluşmaktadır. Dış ve orta kulak ile ilgili patolojiler cerrahi müdahaleler ile düzeltilebilmektedir. İç kulak patolojilerinden kaynaklanan işitme kayıplarında hafif ve orta düzeyde ise konvansiyal işitme cihazları, işitme protezleri ve orta kulağa veya kemiğe implante edilebilir sistemler kullanılır. İç kulakta oluşan ileri düzeyde işitme kayıpları ise işitme cihazları yeterli olamamaktadır. Bu durumda koklear implant cihazları devreye girer ve iç kulağın yerini alır, beyine ses dalgalarını gönderir.

İleri ve çok ileri derecelerdeki iç kulak ile ilgili sensörinöral işitme kayıpları her yaş grubunda görülebilir. Yenidoğan döneminde bebek işitme kayıplı olabilir. Bu durum, prenatal (doğum öncesi), natal (doğumda) ve post-natal (doğum sonrası) nedenlerle ortaya çıkabilir. Çocuklarda sensörinöral işitme kayıpları prelingual (konuşmayı öğrenmeden önce; 0-3 yaş), perilingual (konuşmayı öğrendiği dönemde; 3-6 yaş) ve post lingual konuşmayı öğrendikten sonra, (6 yaşından sonra) ortaya çıkabilir (Özmert , Özdemir, & Tümkaya, 2017).

Çocuklarda ailesel olarak genetik nedenlerle progresif ilerleyici tarzda işitme kayıplarında oluşabilir. İşitme cihazından fayda görebilen çocuklar , zaman ile işitme cihazından fayda görmezler ve tedavi edilmezlerse konuşmalarında yavaş yavaş bozulur. Genetik olmayan başka nedenlerden de işitme kayıpları görülebilir.

Etiyolojisinde ototoksik ilaçlar, perinatal komplikasyonlar, menenjit, travma, konjenital enfeksiyonlar (toksoplazma, rubella, sitomegalovirüs) gibi çevresel nedenler ile genetik nedenler bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde prelingual işitme kayıplarının üçte ikisinin genetik nedenli olduğu düşünülmektedir (Özmert , Özdemir, & Tümkaya, 2017).

Genetik nedenli olanlar ise sendromik (%30) ve non-sendromik (%70) olarak ayrılır. İşitme kaybının eşlik ettiği bazı sendromlar; Pendred sendromu, Brakio-Oto-Renal (BOR) sendromu, Usher sendromu, Waardenburg sendromu, Alport sendromu, Jervell ve Lange-Nielsen sendromlarıdır. Dönemlere, genetik ve genetik olmayan nedenlere göre işitme kayıpları Tablo 3’de gösterilmiştir (Özmert , Özdemir, & Tümkaya, 2017).

Tablo 3. Dönemlere, genetik ve genetik olmayan nedenlere göre işitme kayıpları (Özmert , Özdemir, & Tümkaya, 2017).

Dönemlere göre	Prenatal Dönem	Genetik nedenler, ototoksik ilaçlar, radyasyon, torch infeksiyonu (toxoplazma, rubella, citomegalavirüs, herpes) travma, sistemik hastalık
	Perinatal Dönem	Düşük doğum ağırlığı, kan uyuşmazlığı, kan transfüzyonu, doğumda hipoksi, doğumda kafa travması, yoğun bakımda yatma, enfeksiyonlar, aspirasyon
	Postnatal Dönem	Enfeksiyonlar, genetik nedenler, ototoksik ilaç kullanımı, hiperbilirubinemi, akustik travma
Genetik ve genetik olmayanlara göre	Genetik Nedenler	İç kulak gelişim anomalileri, otozomal dominant anomalileri, otozomal resesif anomalileri, X kromozoma bağlı anomaliler, Multifaktöryel anomaliler, kromozomal bozukluk ile ilgili
	Genetik Olmayan Nedenler	Enfeksiyonlar (kabakulak, kızamık, kızamıkçık, CMV, influenza, varicella), ototoksik ilaçlar, anoksi- hipoksi, hiperbilirubinemi, premature doğum, akustik travma, hidrosefali

1.3. YENİDOĞAN İŞİTME TARAMASI

Tüm bireyler kendilerini ifade edebilmeleri için öncelikle konuşmayı öğrenebilmesi ve öğrendiği konuşma ile çevresi ile iletişim kurması genel bir davranış şeklidir. Ancak bireylerin konuşma ve iletişim kurması için öncelikle işitme duyusunun normal olması gerekmektedir. Normal olmayan iletişim duyusuna sahip bir kişinin konuşması ve çevresiyle iletişim halinde olması zor bir durumdur. Bebeklerin konuşma ve lisan gelişimi yaşamlarının ilk aylarında hızla gelişim göstermektedir. Özellikle bebekler altıncı aylarında buldukları çevreden gelen seslere karşı fazla ilgi göstermektedirler. 1,5 yaşında bebekler basit cümleler kurmaya başlamaktadır. Bu dönemde bebeklerin işitmesinin normal olması, konuşma gelişimine ve duygusal, sosyal, çevresel gelişimi açısından da oldukça önemlidir.

Bebekliğin ilk dönemlerinde tespit edilen işitme kayıpları uygun medikal ve cerrahi yöntemler ile tedavi edilebilmektedir. Bu tedavi yöntemlerine ek olarak bazı işitme sorunları eğitimsel yöntemler ile giderilebilmektedir. Genetik yöntemler ile erken teşhis ve eğitim iletişim becerilerine yardımcı olmaktadır. Bebeğin çevresindekileri hissetmeye başladığı ilk zamanlarda dil ve konuşma gelişimi açısından en önemli gelişim evresidir. Bu dönemde bebelere işitme kaybı tanısını geç koyulması, ihtiyacı olan çeşitli cihazların ve eğitimlerin gecikmesi bebeğin iletişim becerisinde geri dönüşü

olmayan kayıplara sebep olacaktır. İletişim becerisini yitiren bu bebekler ve çocuklar akranlarına göre zihinsel, duygusal ve sosyal gelişimlerinde gerilemeler görülecektir.

Yenidoğan işitme taraması, erken teşhis için en iyi fırsatı sunmakta, bu sayede hastalık kontrolünü artırma ve erken komplikasyonları önleme olanağı sağlanmaktadır. Yenidoğan tarama testleri ile çoğu otozomal resesif geçişli genetik hastalıkların tanılanması amaçlanmaktadır. Yenidoğan işitme tarama testleri nispeten yaygın ve tedavi edilebilir ya da kontrol edilebilir ciddi bozuklukları olan bebekleri tanılamak için tasarlanmıştır (Tezel, ve diğerleri, 2014)

Her bireyin işitme duyusu dış çevreden gelen uyarıları almamızı sağlayarak onlar ile iletişim kurmamızı gerçekleştirmektedir. Bu nedenle de bireylerin dil gelişimini oluşturmaktadır. Bireylerde veya bebeklerde işitme duyusunun hassasiyetinin azalması dil gelişimini olumsuz etkilemektedir. Dil gelişimi olumsuz etkilenen çocuğun bilişsel, sosyal ve duygusal gelişimine de zayıflamaktadır. Çocuklardaki bu gelişim gerilemeleri okul yaşına geldiğinde ders başarısının olumsuz etkilemektedir (Martin, Rhoten, & Fabich, 2007).

İşitme kaybı sorunları bebeklikten çocukluğa, çocukluktan yetişkinliğe bireyin her alanda gelişimini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle de işitme kaybı problemlerinde erken tanı ve müdahale toplum için önem arz etmektedir (Cankuvvet & Çınar, 2018). Açıklanan nedenlerden dolayı işitme kaybının erken zamanlarda tespit edilmesi için Yenidoğan İşitme Tarama Programı (YİTP) uygulamalarının giderek artması beklenmektedir.

1.5. YENİDOĞAN İŞİTME TARAMA TESTLERİNİN TARİHÇESİ

Yeni doğan bebekler için Yenidoğan İşitme Birleşik Komitesi (Joint Committee Infant Hearing, JCIH) 1969 yılında kurulmuştur. Kurulduğu dönemde işitme kaybı açısından yüksek riskli olduğu düşünülen yenidoğanlar için işitme taraması yapılmasını önermiştir. Amerika'nın Colora eyaletinde 1992-1996 yılları arasında yenidoğan işitme tarama projesi ile işitme kaybı yaşayan tüm çocuklar tarama programına dahil edilmiştir. Yapılan tarama sonucunda konjenital işitme kaybı konulan bebeklerin yarısı herhangi bir risk taşımadığı görülmüştür. Daha sonraki zamanlarda herhangi bir

rahatsızlık görülmeyen bebeklerde işitme kayıplarının da atlanmaması amacıyla tüm yenidoğanlara işitme tarama testi yapılması önerilmiştir. Bu çalışmalar sonucunda America Academy Of Pediatrics komitesi (1999) tarafından yenidoğan çocuklara yönelik tarama testlerinin yapılmasını önermiştir (Leigh, Schumulian-Taljaard , & Poulakis , 2010).

1.6. ULUSAL YENİDOĞAN İŞİTME TARAMA PROGRAMI

Ulusal Yenidoğan İşitme Tarama Programı ülkemizde 1996 yılında gerçekleştirilen bir yüksek lisans tez çalışmasıyla gerçekleştirilmiştir (Yüksel, 1996). YDİT cihazları 1998 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde kullanılmaya başlanmıştır (Genç, ve diğerleri, 2005). Yapılan bu çalışmalar sonucunda ilk YDİT programı 2000 senesinde Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı (ÖZİDA), Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi arasında imzalanan bir protokol ile oluşturulmuştur. İlk defa bu program kapsamında Ankara Zübeyde Hanım Doğumevi'nde 5832 yenidoğan bebeğin işitme tarama uygulaması gerçekleştirilmiştir. Sonraki tarama programı 2003 yılında Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları ve Doğumevi'nde 12.665 bebeğe işitme taraması yapılmıştır. Bu tarama kapsamında işitme sorunu tespit edilen bebeklerin tedavisi için Hacettepe Üniversitesi KBB Ana Bilim Dalı Odyoloji Bölümü'ne sevk işlemleri gerçekleştirilmiştir (Genç, Belgin, & Ertürk, 2005).

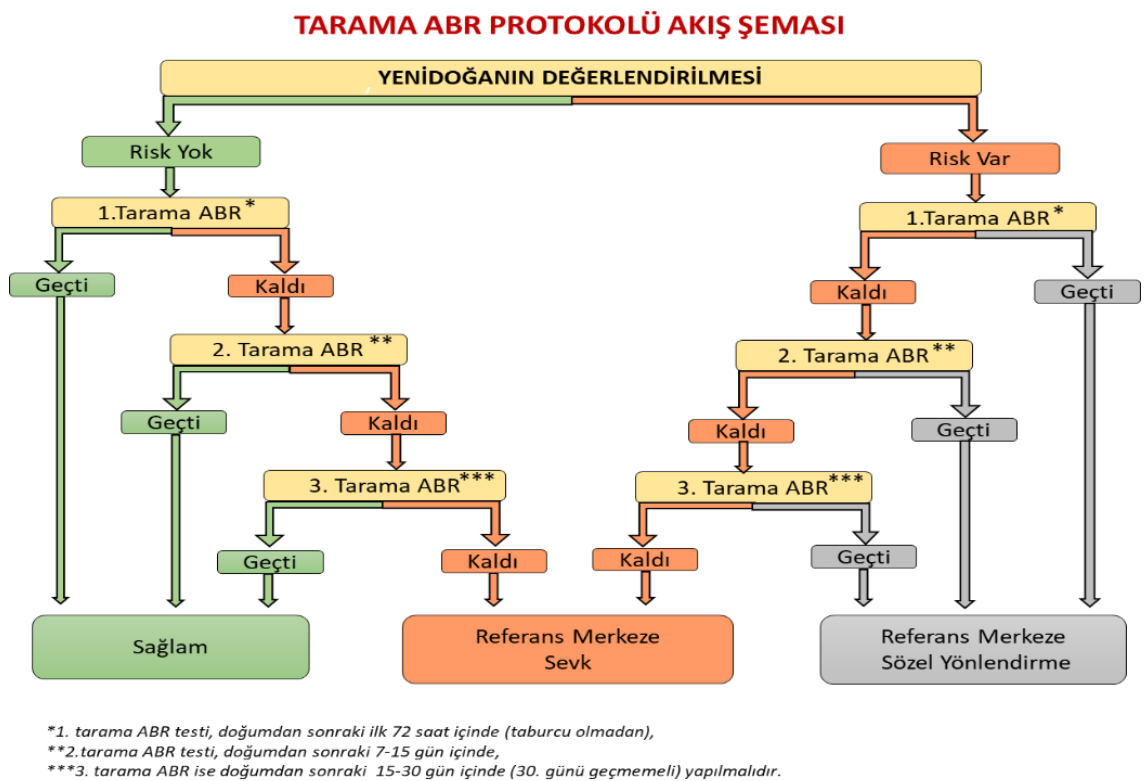
Ülkemizde ilerleyen Ulusal Yenidoğan İşitme Tarama Programı kapsamında 2004 yılında Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı'nın hazırladığı protokol ile Dokuz Eylül, Gazi, Hacettepe ve Marmara Üniversiteleri'nin Odyoloji klinikleri ileri tanı merkezi olarak ilan edilmiştir. Bu merkezlerin tanıtımı için çeşitli kampanyalar düzenlenmiştir. Bu kampanya kapsamında yenidoğan işitme tarama merkezlerinde çalışabilecek personele eğitim vermeye başlanmıştır (Anonim, 2021a)

2005 yılında Sağlık Bakanlığı yaptığı bir yönetmelik değişikliği ile Yenidoğan işitme tarama programı faaliyetlerini Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (AÇSAP) faaliyetleri kapsamına alınmıştır. Bu tarihten itibaren işitme tarama programları Ulusal Yenidoğan İşitme Tarama Programı (UYİTP) olarak kabul edilmiştir. Daha sonraki yıllarda UYİTP, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) Çocuk

ve Ergen Daire Başkanlığı'na bağlanmıştır. UYİTİP bu başkanlığa bağlandıktan sonra ismi T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Ulusal İşitme Tarama Programı (İTP) olarak değiştirmiştir (Başpınar, 2020). Yenidoğan İşitme Tarama Programının kurulduğu günden itibaren hedefi ülkemizde yeni doğum yapmış annelerin yenidoğan bebeklerinin doğum yaptığı tüm hastanelerde işitme tarama testinin gerçekleştirilmesini sağlamaktır.

1.7. YENİDOĞAN İŞİTME TARAMA PROGRAMINDA TARAMA ABR PROTOKOLÜ

Ülkemizde Sağlık Bakanlığının en son yayınladığı bildiriye göre 2019 yılı başından itibaren risk faktörü olsun ya da olmasın tüm bebeklere ABR tarama protokolü uygulanmasına başlanılmıştır. Yenidoğan İşitme Tarama Programı ile ilgili mevcut uygulamadaki tarama ABR protokolü olup, Şekil 1'de Tarama ABR Akış Protokolü Akış Şeması gösterilmiştir (Anonim, 2021b).



Şekil 1. Tarama ABR Akış Protokolü Akış Şeması

Yenidoğan tarama programına göre tüm bebekler ABR cihazı ile taramadan geçirilir. Yeni doğmuş bir bebeğin ilk tarama ABR testi doğduktan 72 saat içerisinde

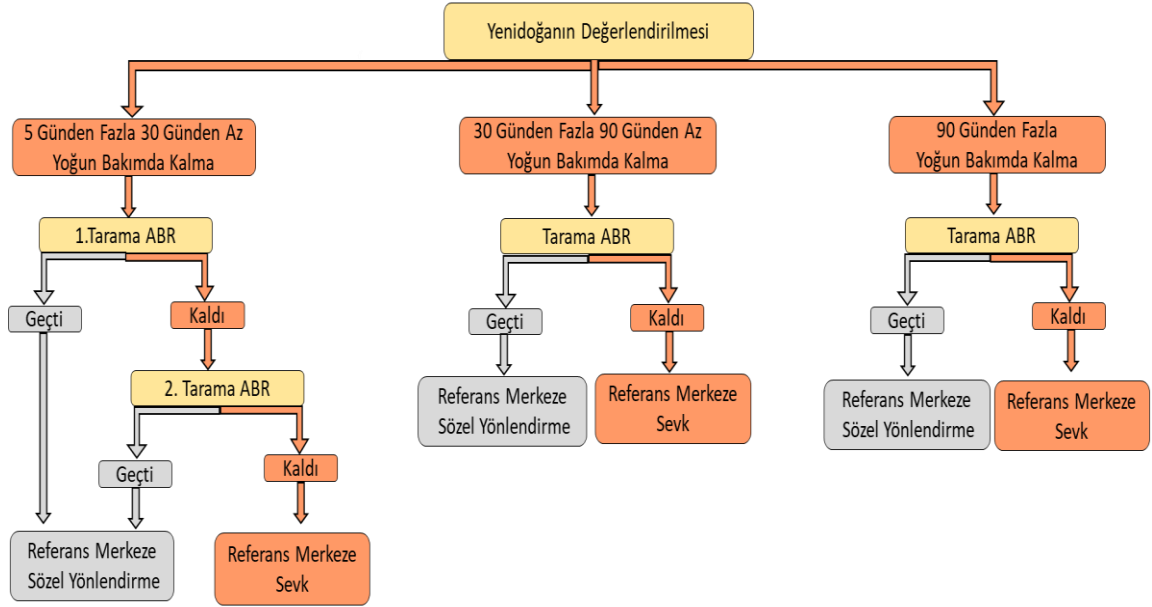
gerçekleştirilmesi gerekir. Bu tarama testleri yapılmadan bebekler taburcu edilmemelidir. İlk testten kalan bebeklerde 2.tarama ABR testi, doğumdan sonraki 7-15 gün içinde yapılması gerekmektedir. Bu testten tekrar kalması durumunda 3.tarama ABR testi yapılması gerekmektedir. Bu 3.tarama testi bebek doğduktan sonraki 15-30 gün içinde (30. günü geçmemeli) gerçekleştirilmelidir. Yapılan 3.tarama ABR testini geçemeyen bebekler referans merkezine sevk işlemleri yapılmalıdır.

Doğum sonrasında bebeklerde işitme riski taşıyanlar yapılan testleri geçse bile referans merkezine bebeklerin takip edilmesi için yönlendirilmesi gerçekleştirilmektedir. Yenidoğan bebekler ilk işitme tarama ABR testinden kaldılar ise 2. tarama ABR testinde “5 günden fazla 30 günden az yoğun bakımda kalma” risk faktörü işaretlenmiş olabilir. Bu durumda yenidoğan bebeklere 2. tarama ABR testi yapılması gerekmektedir. Bu bebeklere risk derecesi olarak 3.tarama ABR testinin yapılması önerildi ise 3. tarama ABR testi yapılması gerekmektedir. Bu testten çıkan sonuca göre sevk işlemlerinin gerçekleştirilmesi gerekebilir ya da sözlü olarak yapılması gerekenler ifade edilmektedir.

Yenidoğan bir bebeğin tüm bu test işlemleri 30 gün içerisinde gerçekleştirilmiş olmalıdır. 30 gün içerisinde ABR tarama testi gerçekleştirilmeyen bebekler tarama protokolünün bitmesini beklemeden referans merkezine sevk edilmelidir. Yenidoğan 1-3 aylık bir bebeğe önceden herhangi bir tarama işlemi gerçekleştirilmedi ise ilk testi geçemediği takdirde direkt referans merkezine yönlendirilmesi gerçekleştirilmiştir. Bu aşama risk taşıyan yenidoğan bir bebekler ABR testlerini başarı ile tamamlasa bile referans merkezine gözetim nedeniyle sözel olarak yönlendirilmesi gerekmektedir.

5 günden fazla yoğun bakımda kalan bebeklerde tarama ABR protokolü akış şeması Şekil 2’de gösterilmiştir (Anonim, 2021b). 5 günden fazla 30 günden az yoğun bakımda yatan bebekler için yapılması gereken ilk adım bebek hastanede taburcu işlemleri yapılmadan ilk testinin yapılması gerekmektedir. İlk testini geçemeyen bebekler 2.tarama ABR testini doğumdan sonraki 15-30 gün içinde (30. günü geçmemeli) gerçekleştirilmesi gerekmektedir. İlk 30 gün içinde ikinci tarama testinden kalan bebek tarama merkezinde üçüncü bir tarama testi yapılmaksızın referans merkezine sevk edilmesi gerekmektedir. Bu süre içerisinde bebek yapılan testlerden geçse bile gözetim amaçlı referans merkezine sözel olarak gitmesi önerilmektedir. Yeni

5 GÜNDEN FAZLA YOĞUN BAKIMDA KALAN BEBEKLERDE TARAMA ABR PROTOKOLÜ AKIŞ ŞEMASI



doğan bir bebeğin 30 gün içinde tüm testlerinin bitirilmesi gerekmektedir. Bu süre zarfında bitmeyen tarama testlerinin bitmesini beklemeden referans merkezlerine bebekler yönlendirilmelidir. Yenidoğan 1-3 aylık bir bebeğe önceden herhangi bir tarama işlemi gerçekleştirilmedi ise ilk testi geçemediği takdirde direkt referans merkezine yönlendirilmesi gerçekleştirilmiştir. Bu aşama risk taşıyan yenidoğan bir bebekler ABR testlerini başarı ile tamamlasa bile referans merkezine gözetim nedeniyle sözel olarak yönlendirilmesi gerekmektedir.

Şekil 2. 5 günden fazla yoğun bakımda kalan bebeklerde tarama ABR protokolü akış şeması (Anonim, 2021b).

30 günden fazla 90 günden az yoğun bakımda yatan bebekler için yapılması gereken ilk adım bebek hastanede taburcu işlemleri yapılmadan ilk testinin yapılması gerekmektedir. İlk tarama testinden kalan bebek tarama merkezinde ikinci bir tarama testi yapılmaksızın referans merkezine sevk edilmesi gerekmektedir. Bu süre içerisinde bebek yapılan testlerden geçse bile gözetim amaçlı referans merkezine sözel olarak gitmesi önerilmektedir. Yenidoğan 1-3 aylık bir bebeğe önceden herhangi bir tarama işlemi gerçekleştirilmedi ise ilk testi geçemediği takdirde direkt referans merkezine

yönlendirilmesi gerçekleştirilmiştir. Bu aşama risk taşıyan yenidoğan bir bebekler ABR testlerini başarı ile tamamlasa bile referans merkezine gözetim nedeniyle sözel olarak yönlendirilmesi gerekmektedir.

90 günden fazla yoğun bakımda yatan bebekler için yapılması gereken ilk adım 90. Gün tarama testleri yapılması gerekmektedir. İlk tarama testinden kalan bebek tarama merkezinde ikinci bir tarama testi yapılmaksızın referans merkezine sevk edilmesi gerekmektedir. Bu aşama risk taşıyan yenidoğan bir bebekler ABR testlerini başarı ile tamamlasa bile referans merkezine gözetim nedeniyle sözel olarak yönlendirilmesi gerekmektedir.

Bir önceki tarama ABR protokolü ile taranmış ve takipte olan bebeklerin geçiş süreci protokolü şu aşamalar ile gerçekleştirilecektir. 1.tarama ABR testinden kalan bebekler takip taramaya geldiğinde ekteki "Güncel Tarama ABR Protokolü Akış Şeması" nda "Risk Yok" alanında yer alan 2. tarama ABR testi aşaması ile devam edeceklerdir. Bebekler takip taramaya geldiğinde risk faktörlerinden "5 günden fazla yoğun bakımda kalma risk faktörü" işaretlendi ise 2. tarama ABR testi yapılır, testten geçse bile takip amacıyla referans merkezine sözel olarak yönlendirilmeli, testten kalırsa sevk edilmelidir.

Tarama protokolü 30 gün içinde tamamlanması gerekmektedir. Eğer tamamlanamadıysa, ilk testten sonra tarama protokolünün tamamlanmasını beklemeden referans merkezine sevk edilmelidir.

1.8. İŞİTSEL BEYİN SAPI CEVABI (AUDİTORY BRAİNSTEM RESPONSE, ABR)

İşitsel uyarılmış potansiyeller iç kulaktan işitsel kortekse kadar uzanan yollarda işitsel uyarının kullanılmasıyla ortaya çıkarılmış potansiyellerdir. İşitsel uyarılmış potansiyellerin tespit edilebilmesi için bireyin başına yerleştirilen elektrotlarla ölçüm yapılmaktadır. Bu ölçümlerde yedi farklı dalga tipi görülmektedir. Ancak normal bireylerde en sık görülen ve izlenmesi gereken I. III. ve V. dalga tipleridir. Ölçülen tüm dalgaların işaret ettiği kısımlar şu şekilde açıklanmıştır. I.dalga salyangoz içinde yer alan kokleaya bağlantılı sinirlerin alt kısımlarını göstermektedir. III. dalga beyin ve

vücudun diğer kısımları arasında iletimi sağlayan bulbus sinirlerini göstermektedir. III. dalga üst oliver kompleksi sinir yapılarını, IV. dalga lateral lemniskus ve inferior kollikulus sinir yapılarını, V. dalga, mediyal genikulat çekirdek sinir yapılarını ve VI. ve VII. dalgalar ise alt kollikulus sinir yapılarının hareketlerini ölçmede kullanılmaktadır (Kenna, 2003; Choo & Meinzen-Derr , 2010; Şerbetçioğlu, Gürkan, & Mungan, 2012).

Otoakustik emisyon (OAE) testine kıyasla ABR testi daha güvenilir bir test olduğu açıklanmıştır (Kenna, 2003). ABR testi uygulamaları maliyet olarak yüksek olmasına rağmen hata oranları çok düşüktür. Hata oranı düşük olan ABR testlerinde dışarıdan gelen seslere ve hareketten etkilenebileceği nadirde olsa olabileceği bildirilmiştir. Bu durumda işitme testi yapılan kişinin uyutulması gerekebilmektedir (Kenna, 2003; Choo & Meinzen-Derr , 2010; Şerbetçioğlu, Gürkan, & Mungan, 2012).

Bebek ve çocuklarda kullanılan İşitsel Beyin Sapı Yanıtı (ABR) testi, işitsel uyarı sonucu bireyin VIII. sinir ve beyin sapı nöronlarından gelen elektriksel dalgaların bir cihaz yardımıyla elektriksel aktivitenin kaydedilmesi ile gerçekleştirilmektedir. Diğer bir ifade tarzı ile bebeğin kulağına yerleştirilen probdan verilen kısa akustik uyarılara VIII. sinir ve beyin sapı nöronlarından gelen elektriksel dalgaların baş bölgesinde saçlı deri üzerine yerleştirilmiş olan elektrotlar aracılığıyla kaydedilmesidir (Harlor & Bower, 2009; Gökçay, Kılıç, & Devocioğlu, 2014).

Yapılan bu ölçümler ile bebeklerin iç kulaktan beyindeki sinir sapına kadar olan elektrik iletim yolları hakkında uzmanlara bilgi vermektedir. Tarama amaçlı yapılan otomatik ABR testi ile bebeklerin bu testi geçip geçmediği kısa süre içerisinde öğrenilmesi imkanı sağlanmaktadır. Yapılan bu test bebeklerin işitme eşikleri ya da işitme kaybının türü hakkında bilgi vermemekte, sadece bebeğin işitmesinin normal sınırlarda olup olmadığı konusunda bilgi vermektedir (Harlor & Bower, 2009; Gökçay, Kılıç, & Devocioğlu, 2014).

Bebeklerde doğar doğmaz gerçekleştirilen yenidoğan işitme tarama programları sonucunda; pediatrik odyolojik riskler küçük yaşlarda tespit edilebilmektedir. Bu sayede bebelere erken tedavi imkânı doğmuş olur. Erken dönemde teşhis edilen bebeklerin erken tedavileri ile akran gruplarına benzer işitme/dil ve konuşma yapılarının gelişimi

paralellik gösterir. Bebeklerin ilk üç yılı beyin gelişiminde önemli bir zaman dilimidir. Bu zamanlarda işitme duyusunun tedavi edilmesi bebeklerin gelişiminde çok büyük katkılara yol açmaktadır.

1.9. KAYGI

1.9.1. Kaygı Kavramı

Kaygı, 18. yıldan itibaren üzerinde çeşitli çalışmalar yürütülen bir kavramdır. Kaygı kavramının kökeni Yunanca'daki "anxietes" kelimesidir. Kaygı denince endişe, korku anlamları yanında merak kelimesinin bir karşılığı olarak da ifade edilmiştir. Kaygı kavramını nedenleri ile birlikte ilk araştıran, kaygı kelimesinin tanımını yapan kişi Sigmund Freud'dur. Sigmund Freud kaygı kavramını bireylerin içgüdüleri ve dürtüleri sonucu gücün bastırılması şeklinde tanımlamıştır. Daha sonraki yıllarda kaygı kavramı Sigmund Freud kaygı kavramına benzer olarak açıklanmıştır. Kaygı kavramının Türkçe anlamı ise "nedeni bilinmeyen ve kötü bir şey olacaktıymış düşüncesi ile ortaya çıkan gerginlik duygusudur" olarak tanımlanmıştır. Uluslararası kaynaklarda ise kaygının "artmış fizyolojik uyarılmışlık, endişe veya gerginlik hissi, korku, sinirlilik, hoş olmayan düşünceler ve fizyolojik değişikliklerin birleşimini içeren duygusal tepkiler" olarak tanımlanmıştır (Dökmen & Akkoyun, 1987; Alisinanoğlu & Ulutaş, 2003).

Ülkemizde ise kaygı kavramı çeşitli araştırmacılar tarafından bireylerin kendisi için tehlikeli bulduğu ve kendisinin tehdit altında hissettiği durumlarda, bireyle oluşan korku duygusu, tedirgin edici bir his, başarısızlık korkusu, üzüntü, sıkıntı, korku, sonucu bilememe ve yargılama gibi heyecanları içeren tüm bu kelimeleri karşılayan bir kavram olarak ifade edilmiştir (Kara, 2020)

1.9.2. Kaygı Türleri

Cattel ve Scheier 1950 yılında ve Spielberger ve arkadaşları ise 1990 yılında kaygı türleri üzerine çeşitli araştırmalar gerçekleştirmişlerdir. Yapılan çalışmalar sonucunda kaygı türlerinin iki temel başlığa ayırmışlardır (Gümüş, 2002).

Bireylerin bir kısmında sürekli bir durum sonucu olarak karşılaşılan insanların kişiliğinin bir sonucu olarak ortaya çıkan kişilik kaynaklı kaygı türü bunların birincisidir. İkincisi bireyler bir durum ile karşılaştıklarında zaman içerisinde ortaya çıkan kaygı türü olarak ifade edilen durum kaynaklı kaygıdır (Ellis , 1994)

Sürekli kaygı kavramı, bireyin kendisinden, kişiliğinden kaynaklanan bir kaygı şeklindedir. Bu kaygı kavramında birey bulunduğu ortamın fiziksel koşullarından etkilenmez ve bu kaygı süreklilik göstermektedir. Bireylerdeki bu tarz kaygıların mantıklı sebepleri yoktur ve başka bireyler tarafından bu kaygılar anlaşılabilir. Bu nedenle de kişilik kaynaklı kaygı olarak da ifade edilmektedir. Bu tarz kişilerin sürekli gözlenerek ve doğrudan izleyerek tanınması mümkün görünmemektedir. Sürekli kaygıyı kişinin davranışlarında doğrudan gözlemek ve bunu tanımlamak olanaklı değildir. Bu sebeple de kişilerde görülen sürekli kaygı farklı zaman ve durumlarda kaygının şiddetinden ve sıklığından anlaşılabilir ve tanımlanabilmektedir (Öner & Le Compte, 1983; Anshel, 1994; Gümüş, 2002).

Durumluk kaygı kavramı, bireyin ani değişimlerinde, ancak devamlılık göstermeyen başkaları tarafından anlaşılan geçici duygusal tepkilerdir. Genellikle bu kaygı türü bireylerin aşırı zihin yorgunluğu yaşadığı durumlarda, otonom sinir sisteminin aşırı tepki vermesi sonucu oluşmaktadır. Bu durumlarda bireyler otonom sinir sistemi tarafından verilen tepki sonucunda terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi değişimler yaşar. Tüm bunlar ile birlikte bireylerde endişe ve huzursuzluk duyguları gelişir. Ancak kaygıya neden olan etmen ortadan kalktığı zaman durumluk kaygıda yok olmaktadır. Araştırmacılar durumluk kaygının fizyolojik, bilişsel ve kendine güven boyutlarının olduğunu açıklamışlardır. Fizyolojik kaygı durumuna kalp atış hızı, terleme gibi örnekler verilmiştir. Bilişsel kaygı durumuna kendini olumsuz değerlendirme, hoş olmayan düşünceler içerisine girme gibi örnekler verilmiştir. Kendine güven ise bireyin kendine güven düzeyindeki değişimini ifade etmektedir (Öner & Le Compte, 1983; Anshel, 1994; Gümüş, 2002).

1.9.3. Kaygının Nedenleri

Bireylerde görülen kaygıların nedenleri toplumun kültürel farklılıklarına ve bireysel farklılıklara göre değişim gösterebilmektedir. Her ne kadar bireyin kişiliğine ve topluma göre kaygı nedenleri değişse de, kaygıya neden olan sebepleri belli başlıklar altında toplanabilmektedir.

Kaygıya neden olan genel başlıklar; bireyin alışlagelmiş bir desteğinin ortadan kaybolması, birey hazırlaması gereken bir çalışmayı yapmayarak olumsuz sonucu olacağını düşünmesi, inandığı şeylerin tersini yapması ve gelecekteki belirsizliklerdir (Ellis, 1994; Levine, 2003).

1.9.4. Kaygı Bozuklukları

Bireylerde kaygı bozukluğu tanısının konulması için bazı kriterlerin olması gerekmektedir. Bireylerde ilk olarak anksiyete, endişeli beklenti, huzursuzluk, çabuk yorulma, gerginlik, yoğunlaşma güçlüğü gibi belirtilerin olası gerekmektedir. Bu belirtilerin her gün veya birkaç günde bir gözükmesi en az bu sürecin altı ay devam etmesi gerekmektedir. Kaygı bozuklukları erkeklere göre kadınlarda daha sık rastlanmaktadır. Toplumda görülen kaygı bozukluklarının oranı %3-8 arasında değişmektedir. Çok yaygın görülen kaygı bozuklukları belirtileri anksiyete, huzursuzluk, titreme, baş ağrısı, terleme, çarpıntı, mide yanmaları, boğulma hissi, endişeli beklentidir. Kaygı bozukluğu yaşayan bireylerin çoğunluğu bedenlerinden kaynaklı sorunlar yaşadığını bildirmektedirler. Bu nedenle de psikiyatri yerine farklı polikliniklere başvurdukları görülmektedir. Kendilerinin başka bireyler tarafından yanlış anlaşıldıklarını ifade etmektedirler (Şahin, 2019).

Yapılan araştırmalar kaygıya neden olan sebeplerden birinin bireylerin yeterince uykusunu alamadığı bildirilmiştir. Araştırmacı Tallis (2003) göre bireylerini yaşadığı uyku düzensizlikleri, tüm vücutta bulunan kimyasalların yapısının değişmesine neden olduğu, bununla birlikte hormon seviyelerinde ciddi değişimler görüldüğünü açıklamıştır. Bu değişimler nedeniyle insan vücudunun hastalıklara yakalanma oranının arttığını bildirmiştir.

Guyton ve Hall (1996) göre bireyin çok uzun süre uyanık kalması durumunda zihinsel ve sinirsel problemlerin ortaya çıkmasının kaçınılmaz olduğunu ifade etmiştir. Tüm insanların hayatta kalabilmesi, bulunduğu ortama ve çevreye uyum sağlaması için belli bir dereceye kadar kaygı yaşamaları normal olarak değerlendirilmiştir. Ancak yaşanan kaygı, kişinin düzgün kararlar vermesine ve sağlığına etki etmeye başladığı andan itibaren sorun olmaktadır. Bireylerin yaşadığı kaygıları aile ve iş yaşamında sıkıntılar oluşturuyorsa, bireyler arası ilişkilerde problemlere neden oluyorsa, gün içerisinde aşırı kaygı sorunu yaşıyorsa ve kontrol edemiyorsa kişinin uzmanlar tarafından tedavi edilmesi gerekliliği zorunludur (Guyton & Hall, 1996; Şahin, 2019).

1.10. KAYGI KURAMLARI

1.10.1. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kuramda bireylerde görülen kaygının normal ya da hastalık düzeyinde olması altında yatan sebeplere göre değişkenlik gösterebilmektedir. Freud'un kuramına göre dış uyarıcılardan kaynaklanan kaygı çevresel koşullarla ilişki olduğundan her insanda zaman zaman görülebilir. Bu nedenle bu kaygı gerçekçi kabul edilir ve normaldir. Ancak, bireyin bastırıldığı cinsellik ve saldırganlık dürtülerinden kaynaklanan kaygılar içten gelen tehlikelerden dolayı yaşanır. Bu yüzden nevrotik kaygı olarak adlandırılır (Başarır, 1990). Psikanalitik kuram kaygıyı "bireyin yaşayabileceği en acılı duygu" olarak tanımlamaktadır. Freud üç çeşit kaygıdan söz etmiş olup bunların birincisi gerçeklik kaygısıdır. Korku ile aynı anlamdadır. İkincisi törel kaygıdır ve süper ego tarafından onaylanmayan durumlarda egoda yaşanan suçluluk ve utanç duygusu sonucu ortaya çıkmaktadır. Gerçeklik kaygısından farkı kaygıya neden olan durumdan kaçabilmenin mümkün olmamasıdır. Üçüncü kaygı türü ise nevrotik kaygıdır. Egonun içgüdülerden gelen boşalma isteklerini engelleyememesi durumunda ortaya çıkar. Gerçeklik ve törel kaygıda kaygının kaynağı kişi tarafından bilinirken nevrotik kaygıda bilinmemektedir (Geçtan, 2016).

Freud kaygının ortaya çıkışında id-ego ve süper ego arasındaki çatışmalar üzerine durmaktadır. Dürtülerin doyurulmasına yönelik iden gelen baskılar ile süperregonun ahlaki arasında kalan egonun dengesi bozulmakta ve çatışma ortaya çıkmaktadır. Bu

bilinç dışı çatışmalar tehlike olarak algılanmakta ve kaygıya neden olmaktadır. Kaygının ortaya çıkışında gerçek bir tehlike olmayıp kişinin bilinçdışı dünyasında gerçekleşen çatışmalar söz konusudur. Psikanalitik yaklaşıma göre dürtüler kaygıya sebep olmaktadır. Kaygı da kişilerde savunma mekanizmalarını aktif hale getirmektedir. Sözü edilen dürtüler temelde cinsellik ve saldırganlık dürtüleridir (Başarır, 1990).

1.10.2. Bilişsel Kuram

Bireyin belli durumlar karşısında olumsuz sonuç beklentisi kaygıya neden olmaktadır. Kişinin zarar gelecek düşüncesi ne kadar yoğun olursa kaygı düzeyi de yoğun yaşanmaktadır (Güngör, 2008). Bilişsel modele göre kaygının kaynağı olaylar değildir. Olaylara karşı yorumlar ve beklentiler kaygıya neden olmaktadır. Kişi olayları olumsuz düşüncelerle yorumlamakta ve bunun sonucunda olumsuz duygular ve fizyolojik belirtiler yaşayabilmektedir (Tuncer & Voltan-Acar, 2006). Beck (2005)'e göre kaygı biyolojik, çevresel ve sosyal unsurların birleşimi olarak ortaya çıkmaktadır (Beck, 2005). Kaygı kişinin kendini ve çevresini algılama biçiminin sonucu 24 olarak ortaya çıkmaktadır. Kaygı her zaman olumsuz olan bir duygu olarak adlandırılmamaktadır. Bilişsel kuramcılara göre kaygının nedeni olarak gerçek nedenler söz konusu ise bu nedenler ortadan kalktığında kaygı da ortadan kalkacaktır. Yaşanan bu kaygı durumu normaldir. Ortada herhangi bir kaygı yaratacak herhangi bir durum yokken reaksiyon gösteriliyorsa bu durum anormal olarak kabul edilmektedir (Beck & Emery, 2011)

1.10.3. Davranışçı Kuram

Davranışçı kurama göre kaygı klasik ve edimsel koşullanma aracılığıyla kazanılmaktadır. Davranışçı kuramcılar kaygının nötr durumda olan uyarıcıların acı veren uyarıcılarla birlikte yaşanması sonucu yapılan genellemeler ile yayıldığını belirtmektedirler (Corey, 2008).

Kaygı, öğrenilmiş ve koşullandırılmış tepkiler olarak adlandırılır. Bu kuramcılar davranışın kaynağını gözlenemeyen ego, süper ego gibi kişilik parçalarında

aramamaktadır. Onlara göre davranışların kaynağı kişinin öğrenme yaşantılarındadır (Geçtan, 2016).

Budak (2003)'e göre kaygı tehlikeli durumlara karşı meydana gelen öğrenilmiş bir süreçtir (Budak, 2003). Kaygı, bireylerin ebeveynlerinin davranışlarını gözlemlemesi veya klasik koşullanma yoluyla öğrenmesi sonucu edinilmektedir (Albayrak , 1985).

1.10.4. Varoluşçu Kuram

Varoluşçu psikoterapinin temel dinamiğine göre insanda bazı temel endişeler mevcuttur. Bu endişeler ölüm, yalnızlık ve yaşamda anlam bulamamadır. Bu temel endişelerin fark edilmesi kişide kaygıya sebep olur. Oluşan kaygı sonucunda da savunma mekanizmaları devreye girmektedir. Özgürlük kavramı da varoluş sorumluluğunun ne kadar alındığı ile ilgilidir. Özgür seçimler yapabilen insanlar sorumluluğunu alabilen irade sahibi kişilerdir ve bu özgürlük kişide kaygıya sebep olur ((Dökmen Z. Y, 2004). Var olamamak ya da hiçlik kavramı varoluşçu psikiyatrinin ilgilendiği alanlardandır. İnsan doğmuş olduğunu ve bir gün öleceğini bilerek yaşayan tek canlıdır. Bu gerçeğe karşı karşıya kalan insan yaşamını anlamlı geçirip geçirmediği konusunda kaygıya düşebilmektedir (Geçtan, 2016).Varoluş kaygısı olarak adlandırılan kaygı ölümlü olduğunu bilen kişinin yaşamını anlamlı geçirip geçirmediği, elindeki seçme özgürlüğünü nasıl kullandığı ve sorumluluğunu üstlenebilme durumundan kaynaklanmaktadır (Dökmen Ü. , 2006). Ölüm ve sorumluluk kavramları insanda varoluş kaygısının temelini oluşturmaktadır. Bu bunaltıcı duygular insanın anlamlı şekilde yaşam sürüp sürmediği konusunda kaygıya itmektir (Geçtan, 2016).

1.11. KAYGI KAVRAMINA KURAMSAL BAKIŞ AÇISI

1.11.1. Psikanalitik Bakış Açısına Göre Kaygı

Bireylerdeki kaygı, psikanalitik kurama bireyin iç dünyasındaki çatışmanın sonucudur. Bireyin iç dünyasındaki bu çatışmanın id ile ego arasında gerçekleştiği açıklanmıştır. Bireyde bulunan id daima haz ve doyum amaçlamaktadır. Bu sebeple id tarafından öne sürülen bireyi yönlendiren istekler ego tarafından uygun görülmediği için

kabul edilmez. Bazı durumlarda ise istekler kabul edilebilir seviyede olsa da ego yetersizdir ve tatmin edilebilecek yeterliliğe sahip değildir. Tüm bu nedenlerden dolayı da bu tarz sebeplerden id ile ego arasında devamlı bir problem ve çatışma söz konusudur. Bireylerde bulunan bu ikili bireyin iç dünyasında çatışmaya neden olmakla birlikte, bireyde kaygıya sebep olur (Davison & Neale, 2004). Bu kurama göre bireylerdeki kaygıların bastırmadan kaynaklı olduğu açıklanmıştır. Tüm insan davranışları bulunduğu ortama uyum sağlamaya çalışmaktadır. İnsan davranışları bütünüyle uyum sağlamaya yöneliktir. Uyum sağlama durumunda bireylerdeki kaygı, bireyin etrafından gelen tehlikelere karşı bireyi uyarmak, uyum sağlamak ve yaşamı devam ettirebilmek için yardımcı olmaktadır. Kaygının artması bireylerde anormal davranışların sergilenmesine neden olmaktadır (Geçtan, 2016). Kaygı yaşayan bireyler savunma mekanizmaları ile kaygının ortadan kaldırılacağını düşünmektedir. Bu nedenle de bireyler ilk savunma olarak bazı davranışları bastırmaya çalışmaktadır. Böylece bireyler bastırılan davranış ve duygular nedeniyle bazı problemlerinin ortadan kaldırmaya çalışmaktadır. Eğer bireyler bu bastırma davranışlarının etkisiz olduğunu düşündüğünde diğer savunma mekanizmalarını deneye başlarlar. Bu diğer savunma mekanizmaları da bireylerde farklı kaygı bozukluklarına neden olmaktadır (Tural, 2010)

1.11.2. Bilişsel Bakış Açısına Göre Kaygı

Bilişsel kuramda bireyler olayları anlama durumuna göre kaygı düzeyleri azalır veya artabilir. Bu kurama göre bireyin çevresinde veya içsel mekanizmalarında ortaya çıkan olaylar bireylerde kaygıya neden olmaz. Bireylerin olayları nasıl düşündüğü sonucu kaygı ortaya çıkmaktadır. Bilişsel kurama göre bireyin geçmişi ve çevresi ile ilgili tehlikelerin varlığı söz konusudur (Sharf, 2004)

Kaygı düzeyleri az olan bireyler bu tehlikeli durumlarda farklı bakış açıları geliştirirken, yüksek kaygıya sahip olan bireyler bu olayları her zaman olumsuz olarak düşünmektedir. Nitekim bu düşünce tarzında olan bireylerde kaygı düzeyinin yüksek olması kaçınılmazdır. Durum böyle olunca da kaygı kaçınılmaz olmaktadır (Sharf, 2004). Beck (2005) göre bireylerde kaygı arttığı anda tüm vücut sistemlerinin aynı anda hareket ettiğini ifade etmiştir. Bu nedenle de kaygıyı bilişsel, davranışsal ve fizyolojik bir süreç olarak ifade etmiştir ((Beck, 2005; Tuncer & Voltan-Acar, 2006)

1.11.3. Varoluşçu Bakış Açısına Göre Kaygı

Yalom (2007) bireylerde görülen kaygıyı hayatın bir vazgeçilmez bir parçası olduğunu açıklamıştır. Bireyin çevreden gelen tehlikelerden kendisini koruyabilmesi ve cevaplar oluşturabilmesi için mutlaka gerekli olduğu savunulmuştur. Ayrıca kaygının bireylerin hayatta kalma varlığını devam ettirebilmesi adına önemlidir. Bu hayatta kalma cabası sonucunda bireylerde kaygı düzeyleri artmakta ve bu kaygının artması olayı bireyler için oldukça gerekli olduğu ifade edilmiştir. Varoluş kuramına göre kaygı gerçek bir hayatın sonucu olduğu ifade edilmiştir (Yalom, 2007).

1.12. KAYNAĞINA GÖRE KAYGI TIPLERİ

Kaynağına göre kaygı tipleri dörde ayrılmaktadır. Bunlar üst benlik kaygısı, id kaygısı, içdişlik kaygısı ve ayrılma kaygısıdır. Üst benlik kaygısında bireyi denetleyen, engelleyen ve cezalandıran sert bir benliğin oluşturduğu suçluluk duygusu hakimdir. İd benlik kaygısında bireylerde id tarafından oluşturulan dürtülerin şiddetinin artması sonucu , üst benlik tarafından oluşturulan engelleme duygusu ile birlikte iki arada kalma durumudur. İçdişlik kaygısında bireyler etrafında bulunan kişilerin yanında küçük düşme korkusu, yapılması gerekli olduğu aşamaları gerçekleştirememeye veya başaramama ve cinsel sıkıntılar sonucu bu kaygı meydana gelmektedir. Ayrılma kaygısında bireyler çok sevdiği bir bireyden uzaklaşması veya o sevdiği kişiyi kaybetmesi sonucu çaresizlik yaşamaları, kendini kimsesiz hissetmesi sonucu oluşmaktadır (Köknel, 1995).

Sigmund Freud bireyin egosunu devamlı üç türlü tehlike ile mücadele ettiğini açıklamıştır. Birincisi bireyin davranışlarının başkaları tarafından engellemesi veya dışarıdan gelebilecek düşmanca saldırılar, ikincisi idin bireyden devamlı istediği içten gelen gerçek dışı arzuları ve üçüncüsü ise bireyin süper egosu tarafından devamlı cezalandırılmasıdır.

Bireylerde bu üç türlü olay sonucunda anksiyete sorunları gözükmektedir. Gözüken anksiyete sorunları gerçeklik anksiyete, vicdani anksiyete ve nevrotik

anksiyete olmak üzere üç tanedir. Bireylerde görülen gerçeklik anksiyete çevrelerinde gördükleri tehlikeli bir durumun varlığında bireylerde oluşan anksiyetedir. Bireylerde görülen vicdani anksiyete bireylerin egosunda suçluluk ve utanma duygusu oluşturmaktadır. Diğer bir anksiyete türü ise nevrotik anksiyetedir. Nevrotik anksiyete bireyin iç güdülerinden gelen tehlikelerin hissedilmesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Bireylerde gerçeklik ve vicdani anksiyete durumunda bireyler bu durumunun sebeplerinin farkındadır. Ancak bireyler nevrotik anksiyete durumunda bu oluşan anksiyetenin neden olduğunu fark edecek durumda değildirler (Geçtan, 1990).

1.13. KAYGI VE KORKU

Kaygı ve korku terimleri birbirleri ilişkili karmaşık bir duygu çeşididir. Korkunun kısaca tanımı yapılırsa bireylerin gördüğü bir olay karşısında duyulan heyecan olarak ifade edilebilir. Korkunun tam tersi olarak bireyin gözle görebildiği bir tehlike varlığının olmadığı durumlarda, bireyin iç dünyasında düşünülen ve hayal edilen bir duruma karşı heyecanlanması olayıdır. Kaygı ise; gözle görülebilen bir tehlike ortada olmadığı halde, hayal edilen ve bilinçaltında yerleşen tehlikeler için heyecanlanmadır (Kring & Johnson, 2015; Şahin, 2019).

İnsanlarda görülen korku ve kaygı duyguların arasındaki benzerliklere inceleyen psikologlar, korku sırasında ortaya çıkan fizyolojik oluşumların, kaygı anında görülebileceğini ileri sürmüşlerdir. Kaygı ve korku karşısında bireylerin gösterdiği davranışların aynı olmasından dolayı kaygı ve korku duyguların birbirinden ayırt edilmesi zor gerçekleşmektedir.

Kaygı ve korku üzerinde araştırma yapan psikologlar bu iki duyuya verilen tepkilere göre çeşitli farklar (tepkilerin kaynağı, şiddeti ve süresi) olduğunu gözlemlemişlerdir. Birincisi korkunun kaynağının belli olduğu, ancak kaygının kaynağının belirsiz olduğu ifade edilmektedir. İkincisi korkunun kaygıdan daha şiddetli olduğu ve üçüncü olarak da korkunun anlık sürdüğünü, kaygının ise uzun süreli devam eden bir duygu olduğu ifade edilmiştir (Cüceloğlu, 1996).

1.14. KAYGI İLE İLGİLİ YAPILAN ARAŞTIRMALAR

Softa-Kaçan ve ark. (2015) lise son sınıf öğrencilerinin kaygılarına neden olan etmenler üzerine bir araştırma gerçekleştirmiştir. Bu çalışma sonucunda kızların erkeklere göre kaygılarının yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca öğrencilerin aile gelir durumlarına göre kaygı düzeylerinin değiştiğini bildirmiştir. Alt ve orta gelire sahip ailelerin öğrencilerinin üst gelire sahip aile çocuklarına göre kaygı düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür.

Demiriz ve Ulutaş (2003) 9-12 yaş arasındaki çocukların bazı değişkenlere göre kaygı düzeyleri incelenmiştir. Bu araştırmaya katılan çocukların cinsiyetlerine göre kaygı düzeyleri değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda kız çocuklarının kaygı puanlarının erkeklere göre yüksek olduğu görülmüştür.

Ocaktan, Keklik ve Çöl, (2000) sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelinin kaygı düzeylerini araştırmışlardır. Bu çalışmada cinsiyete göre kaygı düzeylerinin farklılaştığını tespit etmişlerdir. Kadın sağlık çalışanların erkek sağlık çalışanlara göre kaygı düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür.

Gürsoy (2006) “Farklı Sosyo Ekonomik Düzeydeki Ergenlerin Benlik Tasarım Düzeyleri ile Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi” adlı araştırmayı gerçekleştirmişlerdir. Bu çalışma lise birinci ve ikinci sınıflarda öğrenim gören 300 ergen üzerinde gerçekleştirilmiştir. Yapılan çalışma sonucunda öğrenci cinsiyetinin kaygı düzeylerinde anlamlı bir farka sebep olmadığı görülmüştür.

Özyürek ve Demiray (2010) 305 öğrenci üzerinde, yurttan ve ailesi yanında kalan ortaöğretim öğrencilerinin kaygı seviyelerini incelemiştir. Yurttan kalan öğrencilerin kaygı düzeylerinin aile yanında kalan öğrencilerden kaygı seviyelerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışmada kız öğrencilerinin kaygı seviyeleri erkek öğrencilerden yüksek olduğu görülmüştür.

Varol (1990) lise son sınıfında öğrenim gören öğrencilerin kaygı seviyelerini ölçmüştür. Bu çalışmada kız öğrencilerin kaygı düzeylerinin erkeklerin kaygı düzeylerinden daha yüksek olduğunu açıklamıştır. Ayrıca velilerinin tutumu demokratik olan öğrencilerin kaygı düzeyleri, velisi otoriter ve ilgisiz olan öğrencilerin kaygı

düzeylerinden yüksek olduğu görülmüştür. Öğrenci ailelerinin gelir durumu yüksek olanların kaygı düzeyleri, orta ve düşük gelire sahip ailelerin öğrencilerinin kaygı seviyelerinden düşük olduğu görülmüştür.

Baltaş (1988) çeşitli okullarda okuyan öğrencilerin kaygı düzeyleri açısından farklılık olup olmadığı araştırılmıştır. Okula girişlerde sınava girmemiş olan kız öğrencilerin okula girişlerde sınava girmiş kız öğrencilere göre daha yüksek kaygı düzeylerine sahip olduğu görülmüştür. Kız öğrencileri ile erkek öğrencilerin kaygı düzeyleri karşılaştırılmış olup, kız öğrencilerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur.

Aygün (2014) yaptığı yüksek lisans tez çalışmasında, ortaöğretim öğrencilerinin yaşam amaçlarıyla gelecek kaygısı arasındaki ilişki olup olmadığı araştırmıştır. 258 ortaokul öğrencisi üzerinde yapılan çalışmada gelecek kaygısı ile yaşam amaçları arasındaki ilişki içsel amaçlarda negatif yönde ilişki olduğu bulunmuştur. Ancak gelecek kaygısı ile dışsal amaçlarda ilişki olduğu bulunmuştur. Kız öğrencilerin motivasyon kaybı daha çok yaşadığı görülmüş iken, erkek öğrenciler geleceğe umutsuz görmektedirler. Okul türlerinde meslek lisesi öğrencilerinin gelecek kaygısının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca ebeveynleri ilgisiz olan ailelerin çocuklarının kaygı seviyeleri daha yüksek olduğu görülmüştür.

Kaya ve Varol (2004) “İlahiyat Fakültesi öğrencilerinin durumluk sürekli kaygı düzeyleri ve kaygı nedenleri” araştırılmıştır. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Ancak kız öğrencilerin sürekli kaygı seviyelerinin erkek öğrencilere göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sosyo ekonomik durum bakımından inceleme yapıldığında öğrenci ailelerinin gelir durumları azaldıkça, öğrencilerdeki kaygıların arttığını gözlenmiştir.

Çivitçi (2006) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ilk ergenlik dönemindeki öğrencilerin mantık dışı inançları ile sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre sürekli kaygı puanları ile mantık dışı inanç ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hem sürekli kaygı hem de saygı talepleri cinsiyete göre değişim göstermediği bulunmuştur.

Jo-Ann Reteguiz (2006) yaptığı araştırmada kız ve erkek öğrencilerin klasik veya çoktan seçmeli sınavlar ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre kız öğrencilerin erkek öğrencilerden daha fazla kaygı düzeyine sahip oldukları bulunmuştur. Çoktan seçmeli veya klasik sınav ile cinsiyet anlamında farklılığa rastlanmamıştır.

Duman (2008) tarafından gerçekleştirilen çalışmada “İlköğretim sekizinci sınıf öğrencilerinin durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ile sınav kaygısı düzeyleri ve anne-baba tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi” araştırılmıştır. Araştırma bulgularına göre cinsiyet, kardeş sayısına göre durumluk-sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir. Sosyo- ekonomik düzeye göre katılımcıların durumluk sürekli kaygı puanları anlamlı farklılık göstermektedir.

Başaran, Taşğın, Sanioğlu ve Taşkın, (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışmada “14 Yaş grubu sporcularda durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi” araştırılmıştır. Araştırmanın bulgularına göre sürekli kaygı düzeyi cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermezken, durumluk kaygı düzeyi cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir. Erkek sporcuların durumluk kaygı düzeyi kız sporcuların durumluk kaygı düzeylerine göre daha yüksektir.

Sarı, Yenigün, Altıncı, Öztürk (2011) tarafından gerçekleştirilen çalışmada temel psikolojik ihtiyaçları giderilmesinin genel öz yeterlik ve sürekli kaygı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Araştırmaya 213 üniversite öğrencisi katılmıştır. Araştırma bulgularına göre temel psikolojik ihtiyaçlar tatmin edildikçe sürekli kaygı düzeyinde düşüş görülmektedir. (Sarı, Yenigün, Altıncı, & Öztürk, 2011).

Karataş (2012) tarafından gerçekleştirilen çalışmada “Ergenlerin algılanan sosyal destek ve sürekli kaygı düzeyleri” incelenmiştir. Araştırmanın örneklemini 200 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırma bulgularına göre öğrencilerin cinsiyet ve sınıf düzeyi açısından sürekli kaygı ölçeği puanları farklılaşmamaktadır.

Kartopu (2013) yaptığı çalışmasında kaygının kader algıları ile ilgili ilişkisini incelenmiştir. Araştırmanın örneklemini 376 kişi oluşturmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre sürekli kaygı puanları en yüksek olan grup ergenler olarak

bulunmuştur. Kadınların kaygı düzeyleri erkeklerden daha fazladır. Öznel gelir algısı bakımından herhangi bir farklılaşma görülmemiştir.

Deniz (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ergenlerin duygusal öz yeterlik ve sürekli kaygı ilişkisi incelenmiştir. Araştırmanın örneklemini 300 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırma bulgularına göre duygusal öz yeterlik ve alt boyutları ile sürekli kaygı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Kızların sürekli kaygı puan ortalamaları erkeklerinkinden fazladır. Sosyo-ekonomik duruma göre sürekli kaygı anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

İşlek (2016) tarafından gerçekleştirilen araştırmada ergenlerdeki kaygı ve dua çeşitli değişkenlere göre incelenmiştir. Araştırmanın örneklemini 579 lise öğrencisi oluşturmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre dua ve kaygı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dua arttıkça sürekli ve durumluk kaygı azalmaktadır. Kızların durumluk ve sürekli kaygı ortalamaları erkeklerinkinden fazladır.

Kısmetoğlu (2019) tarafından gerçekleştirilen çalışmada “15-18 yaş arası ergenlerde duygu düzenleme ve bilinçli farkındalık becerilerinin kaygı düzeyleri ile ilgili ilişki” incelenmiştir. Araştırmanın örneklemini 400 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırma sonucuna göre kaygı ile bilinçli farkındalık arasında negatif; işlevsel duygu düzenleme stratejileri arasında ise pozitif bir ilişki bulunmuştur. Kız öğrencilerin kaygı puanları erkek öğrencilerin kaygı puanlarından yüksektir. Durumluk ve sürekli kaygı puanları yaşa ve sınıf düzeyine göre farklılaşmaktadır. (Kısmetoğlu, 2019)

Taşkaya (2019) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ergenlerin bağlanma stiller, sorumluluk duygu ve davranışları ile kaygı düzeylerini incelemiştir. Çalışmanın örneklemini 380 ergen oluşturmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre kurum bakımında kalan kız ergenlerin fiziksel, sosyal ve genel olarak kaygı düzeylerinin erkek ergenlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

2. BÖLÜM

YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın amaçlarına yönelik çalışmalar belli amaç ve hedefler doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın ilk aşamasında amaç belirlenmiş, amaçlar doğrultusunda yapılacak model çıkartılmıştır. Amaç ve modellere uygun örneklem sayısı belirlenmiştir. Tüm bu aşamalar başlıklar altında aşağıda incelenmiştir.

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı yenidoğan tarama ABR testinden kalan bebeklerin ebeveynleri ile erken çocukluk döneminde olan 1-7 yaş arası işitme kaybı tanısı koyulmuş çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeylerinin karşılaştırılmasıdır.

2.2. ARAŞTIRMA MODELİ

Yapılan çalışma tarama modeli olarak tasarlanmıştır. Araştırmanın verilerinin analizinde ise nicel araştırma yöntemleri kullanılmıştır.

2.3. EVREN VE ÖRNEKLEM

İzmir Buca Seyfi Demirsoy Eğitim Araştırma Hastanesi'nde doğan 30 yenidoğan işitme tarama testinden kalan bebeğin ebeveynleri ve İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesine bağlı Çocuk İzlem ve Değerlendirme Merkezinde (ÇİDEM) işitme kaybı teşhisi koyulmuş 1-7 yaş arası 30 çocukların ebeveynlerinden oluşmaktadır.

2.4. ARAŞTIRMANIN YAPILIŞI

Araştırmanın modeli ve örnekleme belirlenmesiyle birlikte ilgili kurumlardan gerekli olan izinler alınmış olup EK 2, EK 3, EK 4'de gösterilmiştir. Bu çalışmada işitme sorunu yaşayan bebeklerin ebeveynlerine demografik bilgi formu, durumluk ve

sürekli kaygı ölçeği uygulanmıştır. Bu çalışmaya katılan ebeveynlere yönelik olarak 9 adet genel demografik veriler ve 4 adet çocukların geçmişlerine veya ailelerindeki durumlara ait sorular yer verilmiştir. Bu çalışmada kullanılan demografik verilere ait sorular EK 5’de gösterilmiştir.

2.5. DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (STAD)

Bu çalışmada yenidoğan ve işitme engeli yaşayan ebeveynlerinin kaygı düzeylerini ölçmek için Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği kullanılmıştır. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği bireylerin kaygı düzeylerini ölçmek için Spielberger ve ark. (1970) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçeğin Türkçeye uyarlanma çalışmaları Öner ve Le Compte (1983) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu ölçek kısa ifadelerden oluşan kırk maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk yirmi sorusu uygulanan kişinin o andaki duygularını belirlemeye yöneliktir. Bu duygu durumunu belirleyen ölçeğin ilk bölümü “Durum Kaygı Formu” olarak adlandırılmıştır. Bireyin genel durumlarındaki duygularını belirlemeye yönelik oluşturulan ikinci formda yirmi sorudan oluşmaktadır. Bireyin bu genel durumunu belirleyen ikinci bölüm “Sürekli Kaygı Formu” olarak adlandırılmıştır.

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği 4’lü likert tipi maddelerden oluşmaktadır. Her iki ölçek içinde ters maddeler mevcuttur. Durumluk Kaygı Ölçeğinde 10 soru ters madde içerir iken, Sürekli Kaygı Ölçeğinde ters döndürülmüş madde sayısı 7’dir. Durum kaygı ölçeğinde 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. sorular, sürekli kaygı ölçeğinde ise 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39 numaralı sorular tersine döndürülmüştür. Hem durum kaygı ölçeğinde hem sürekli kaygı ölçeğinde hayır, biraz, çok ve tamamıyla cevapları yer almaktadır. Cevapların puan sıralaması 1-4 arasında sıralanmaktadır. Ölçek puanları hesaplaması yapılırken terse döndürülmüş maddeler ve doğrudan olan soruların cevapları ayrı ayrı puan hesaplanması yapılmaktadır.

Doğrudan hesaplanan soruların puanlarından ters çevrilmiş soruların puanları çıkartılır. Elde edilen puana durumluk kaygı ölçeği için 50 puan eklenir, sürekli kaygı ölçeği için 38 puan eklenmektedir. Uygulanan her iki ölçekten 20 ile 80 arasında bir puan elde edilmiş olur ve her bireyin kaygı puanı bu şekilde hesaplanmış olmaktadır.

Elde edilen puan ne kadar yüksek olursa kaygı düzeyinin o kadar yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Öner ve Le Compte, 1985). Bu çalışmada kullanılan ölçekler EK 6'da gösterilmiştir.

2.6. İSTATİKSEL ANALİZ

Verilerin analizi SPSS İstatistik 26 versiyonu ile gerçekleştirilmiştir. Kategorik değişkenler yüzde olarak ifade edilirken, sayısal değişkenler aritmetik ortalama standart sapma olarak gösterilmiştir. Normal dağılıma uyan ortalamaların karşılaştırılmasında Independent Samples T testi kullanılmıştır. Gruplar arasındaki verilerin yüzdesi karşılaştırılırken ki-kare testi kullanılmıştır. Tüm çalışmada anlamlılık düzeyleri 0,05 ve 0,001 değerleri dikkate alarak gerçekleştirilmiştir.

3. BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde ölçeklerden elde edilen verilerin analizi sonucunda ulaşılan bulgulara ve bulgulara yönelik açıklamalara yer verilmiştir. Bu çalışma, yenidoğan işitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri (YİTE) ve işitme kayıplı çocukların ebeveynleri (İKÇE) olmak üzere iki grup üzerinde gerçekleştirilmiştir. Her iki test grubuna katılan kişi sayısı 30'dur. Her iki gruptaki ebeveynlere 12 başlık altında sunulan demografik verilerinin taraması yapılmıştır. Ebeveynlerin yaşları, cinsiyetleri, eğitim durumları, çalışma durumu, mesleği, gelir düzeyi, medeni durumu, çocuk var ise kaç tane olduğu, ailede işitme kaybının olup olmadığı, herhangi bir kronik bir rahatsızlıklarının olup olmadığı, herhangi bir ilaç kullanıp kullanmama durumu ve psikolojik bir rahatsızlıklarının olup olmadığı tespit edilmiş olup, her iki grubun bu verilerinde bir farklılık olup olmadığı gözlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca her iki grubun durum kaygı ölçeği (DKÖ) ve sürekli kaygı ölçeği (SKÖ) ile kaygı düzeyleri ortalama puanları çıkartılmış olup, farklılık olup olmadığı tespit edilmeye çalışılmıştır.

Yenidoğan işitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri (YİTE) ve işitme kayıplı çocukların ebeveynleri (İKÇE) yaş ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış olup Tablo 4'de gösterilmiştir. Yenidoğan işitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri ile işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin yaş ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). İşitme kaybı yaşayan çocukların ebeveynlerinin yaşlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4. YİTE ve İKÇE yaş ortalamaları ve anlamlılık düzeyleri

Değişken	N	YİTE	İKÇE	t testi
		Ortalama± Standart sapma	Ortalama± Standart sapma	
Yaş	30	28,03±6,57	35,10±7,08	t=-4,004 p=0,00**

Anlamlılık düzeyleri: * $p<0,05$, ** $p<0,01$, t-testi

Yenidoğan işitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri (YİTE) ve işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin (İKÇE) cinsiyet sayıları ve yüzdeleri hesaplanmış olup Tablo 5’de gösterilmiştir. İşitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri ile işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin cinsiyet dağılımları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Continuity correction = 1,23 $sd = 1$, $p = 0,267$).

Tablo 5. YİTE ve İKÇE’nin cinsiyet dağılımları ve anlamlılık düzeyleri

Değişken	Gruplar	YİTE	İKÇE	Toplam	Ki-kare testi
		N (%)	N (%)		
Cinsiyet	Kadın	23	18	41	$\chi^2=1,23$ $p=0,267$
		56,1%	43,9%	100,0%	
	Erkek	7	12	19	
		36,8%	63,2%	100,0%	
Toplam		30	30	60	
		50,0%	50,0%	100,0%	

Yates’ kıkare (Continuity correction) = 1,23, $sd = 1$, $p = 0,267$

Yenidoğan işitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri (YİTE) ve işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin (İKÇE) eğitim durumlarının dağılımları incelenmiş olup Tablo 6’da gösterilmiştir. İşitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri ile işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin eğitim durumları dağılımları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Fisher’s Exact Test = 4,84, $p = 0,290$).

Tablo 6. YİTE ve İKÇE'nin eğitim durumu dağılımları ve anlamlılık düzeyleri

Değişken	Gruplar	YİTE	İKÇE	Toplam	Ki-kare testi
		N (%)	N (%)		
Eğitim durumu	Okur yazar	1	0	1	$\chi^2=4,84$ $p=0,290$
	değil	100,0%	0,0%	100,0%	
	İlkokul	7	8	15	
		46,7%	53,3%	100,0%	
	Ortaokul	8	3	11	
		72,7%	27,3%	100,0%	
	Lise	9	15	24	
		37,5%	62,5%	100,0%	
	Üniversite	5	4	9	
		55,6%	44,4%	100,0%	
Toplam		30	30	60	
		50,0%	50,0%	100,0%	

Fisher's Exact Test = 4,84, $p = 0,290$

Yenidoğan işitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri (YİTE) ve işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin (İKÇE) çalışma durumlarının dağılımları incelenmiş olup Tablo 7'de gösterilmiştir. İşitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri ile işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin çalışma durumları dağılımları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Continuity correction = 0,012 $sd = 1$, $p = 0,911$).

Tablo 7. YİTE ve İKÇE'nin çalışma durumu dağılımları ve anlamlılık düzeyleri

Değişken	Gruplar	YİTE	İKÇE	Toplam	Ki-kare testi
		N (%)	N (%)		
Çalışma durumları	Evet	13	12	25	$\chi^2=0,012$ $p=0,911$
		52,0%	48,0%	100,0%	
	Hayır	16	18	34	
		47,1%	52,9%	100,0%	
Toplam		29	30	59	
		49,2%	50,8%	100,0%	

Yates' kıkare (Continuity correction) = 0,012, $sd = 1$, $p = 0,911$

Yenidoğan işitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri (YİTE) ve işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin (İKÇE) meslek dağılımları incelenmiş olup Tablo 8'de gösterilmiştir. İşitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri ile işitme kayıplı

çocukların ebeveynlerinin meslek dağılımları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test = 8,71, $p = 0,624$).

Tablo 8. YİTE ve İKÇE'nin meslek dağılımları ve anlamlılık düzeyleri

Değişken	Gruplar	YİTEA	İKÇEA	Toplam	Ki-kare testi
		N (%)	N (%)		
Mesleği	Ev hanımı	9 40,9%	13 59,1%	22 100,0%	$\chi^2=8,71$ $p=0,624$
	Tekstil	2 50,0%	2 50,0%	4 100,0%	
	İşçi	10 62,5%	6 37,5%	16 100,0%	
	Tekniker/teknisyen	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%	
	Memur	1 33,3%	2 66,7%	3 100,0%	
	Askeri personel	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%	
	Hemşire	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%	
	Aşçı	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%	
	Muhasebeci	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%	
	Esnaf	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%	
	Çiftçi	0 0,0%	2 100,0%	2 100,0%	
	Toplam	26 48,1%	28 51,9%	54 100,0%	

Fisher's Exact Test = 8,71, $p = 0,624$

Yenidoğan işitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri (YİTE) ve işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin (İKÇE) gelir dağılımları incelenmiş olup Tablo 9'da gösterilmiştir. İşitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri ile işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin gelir dağılımları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test = 0,250, $p = 1$).

Tablo 9. YİTE ve İKÇE'nin gelir dağılımları ve anlamlılık düzeyleri

Değişken	Gruplar	YİTEA	İKÇEA	Toplam	Ki-kare testi
		N (%)	N (%)		
Gelir durumu	0-3000 TL	18 48,6%	19 51,4%	37 100,0%	$\chi^2=0,250$ p=1
	3000-5000 TL	8 53,3%	7 46,7%	15 100,0%	
	5000-10000 TL	2 50,0%	2 50,0%	4 100,0%	
	Toplam	28 50,0%	28 50,0%	56 100,0%	

Fisher's Exact Test = 0,250, $p = 1$

Yenidoğan işitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri (YİTE) ve işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin (İKÇE) medeni durum dağılımları incelenmiş olup Tablo 10'da gösterilmiştir. İşitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri ile işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin medeni durum dağılımları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test = 1,87, $p = 1$).

Tablo 10. YİTE ve İKÇE'nin medeni durum dağılımları ve anlamlılık düzeyleri

Değişken	Gruplar	YİTEA	İKÇEA	Toplam	Ki-kare testi
		N (%)	N (%)		
Medeni durumu	Evli	29 50,0%	29 50,0%	58 100,0%	$\chi^2=1,87$ p=1
	Bekar	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%	
	Boşanmış	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%	
	Toplam	30 50,0%	30 50,0%	60 100,0%	

Fisher's Exact Test = 1,87, $p = 1$

Yenidoğan işitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri (YİTE) ve işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin (İKÇE) çocuklarının olduğu görülmüş olup, Tablo 11'de gösterilmiştir. İşitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri (YİTE) ve işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin (İKÇE) çocuk sayıları dağılımları incelenmiş olup Tablo 12'de gösterilmiştir.

İşitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri ile işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin çocuk sayılarının dağılımları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test = 1,68, $p = 0,703$).

Tablo 11. YİTE ve İKÇE'nin çocuk durumlarının dağılımları ve anlamlılık düzeyleri

Değişken	Gruplar	YİTEA	İKÇEA	Toplam
		N (%)	N (%)	
Çocuk var mı?	Evet	30 50,0%	30 50,0%	60 100,0%
	Hayır	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Toplam		30 50,0%	30 50,0%	60 100,0%

Tablo 12. YİTE ve İKÇE'nin çocuk sayılarının dağılımları ve anlamlılık düzeyleri

Değişken	Gruplar	YİTE	İKÇE	Toplam	Ki-kare testi
		N (%)	N (%)		
Kaç çocuk var?	1 Çocuk	3 50,0%	3 50,0%	6 100,0%	$\chi^2=1,68$ $p=0,703$
	2 Çocuk	14 43,8%	18 56,3%	32 100,0%	
	3 Çocuk	10 62,5%	6 37,5%	16 100,0%	
	4 çocuk	2 50,0%	2 50,0%	4 100,0%	
Toplam		29 55,6%	29 44,4%	58 100,0%	

Fisher's Exact Test = 1,68, $p = 0,703$

Yenidoğan işitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri (YİTE) ve işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin (İKÇE) ailede işitme kaybı dağılımları incelenmiş olup Tablo 13'de gösterilmiştir. İşitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri ile işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin ailede işitme kaybı dağılımları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Pearson Chi-Square= 4,35, $sd = 1$, $p = 0,037$). Özellikle işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin (İKÇE) ailesinde işitme kayıplarının yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 13. YİTE ve İKÇE'nin ailede işitme kaybı durumu dağılımları ve anlamlılık düzeyleri

Değişken	Gruplar	YİTE	İKÇE	Toplam	Ki-kare testi
		N (%)	N (%)		
Ailede işitme kaybı var mı?	Evet	4	11	15	$\chi^2=4,35$ p=0,37
	Hayır	26	19	45	
		57,8%	42,2%	100,0%	
Toplam		30	30	60	
		50,0%	50,0%	100,0%	

Pearson Chi-Square= 4,35, *sd* = 1, *p* = 0,037

Yenidoğan işitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri (YİTE) ve işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin (İKÇE) kronik rahatsızlık dağılımları incelenmiş olup Tablo 14'de gösterilmiştir. İşitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri ile işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin kronik rahatsızlık dağılımları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Pearson Chi-Square= 0,162, *sd* = 1, *p* = 0,688).

Tablo 14. YİTE ve İKÇE'nin kronik rahatsızlık durumlarının dağılımları ve anlamlılık düzeyleri

Değişken	Gruplar	YİTE	İKÇE	Toplam	Ki-kare testi
		N (%)	N (%)		
Kronik rahatsızlık var mı?	Evet	3	4	7	$\chi^2=0,162$ <i>p</i> =0,688
	Hayır	27	26	53	
		50,9%	49,1%	100,0%	
Toplam		30	30	60	
		50,0%	50,0%	100,0%	

Pearson Chi-Square= 0,162, *sd* = 1, *p* = 0,688

Yenidoğan işitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri (YİTE) ve işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin (İKÇE) evet kronik rahatsızlığım var diyenlerin dağılımları incelenmiş olup Tablo 15'de gösterilmiştir. İşitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri ile işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin kronik rahatsızlık dağılımları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test = 5,53, *p* = 1).

Tablo 15. YİTE ve İKÇE’de kronik rahatsızlığı olanların dağılımları ve anlamlılık düzeyleri

Değişken	Gruplar	YİTEA	İKÇEA	Toplam	Ki-kare testi
		N (%)	N (%)		
Evet kronik rahatsızlık var	Epilepsi	1	0	1	$\chi^2=5,53$ p=1
		100,0%	0,0%	100,0%	
	İşitme kaybı	1	0	1	
		100,0%	0,0%	100,0%	
	Astım	1	0	1	
		100,0%	0,0%	100,0%	
	Kabızlık	0	1	1	
	0,0%	100,0%	100,0%		
	Çölyak	0	1	1	
		0,0%	100,0%	100,0%	
	Kalp, tansiyon	0	1	1	
		0,0%	100,0%	100,0%	
Toplam		3	3	6	
		50,0%	50,0%	100,0%	

Fisher’s Exact Test = 5,53, $p = 1$

Yenidoğan işitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri (YİTE) ve işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin (İKÇE) ilaç kullanma dağılımları incelenmiş olup Tablo 16’de gösterilmiştir. İşitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri ile işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin kronik rahatsızlık dağılımları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Pearson Chi-Square= 0,351, $sd = 1$, $p = 0,554$). İlaç kullanan olarak YİTE’ de sadece 1 kişi guatr ilacı kullandığını belirtmiştir.

Tablo 16. YİTE ve İKÇE’de ilaç kullanma durumuna göre dağılımları ve anlamlılık düzeyleri

Değişken	Gruplar	YİTE	İKÇE	Toplam	Ki-kare testi
		N (%)	N (%)		
İlaç kullanan var mı?	Evet	1	2	3	$\chi^2=0,351$ p=0,554
		33,3%	66,7%	100,0%	
	Hayır	29	28	57	
		50,9%	49,1%	100,0%	
Toplam		30	30	60	
		50,0%	50,0%	100,0%	

Pearson Chi-Square= 0,351, $sd = 1$, $p = 0,554$

Yenidoğan işitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri (YİTE) ve işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin (İKÇE) psikolojik rahatsızlık dağılımları incelenmiş olup Tablo 17’de gösterilmiştir. İşitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri ile işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin psikolojik rahatsızlık dağılımları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Psikolojik rahatsızlığı olduğunu belirten YİTE’ de sadece 1 kişi olmakla birlikte, duygusal bozukluk olduğunu belirtmiştir.

Tablo 17. YİTE ve İKÇE’de psikolojik rahatsızlık durumuna göre dağılımları ve anlamlılık düzeyleri

Değişken	Gruplar	YİTE	İKÇE	Toplam	Ki-kare testi
		N (%)	N (%)		
Psikolojik rahatsızlık var mı?	Evet	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%	$\chi^2=-$ p=1
	Hayır	29 49,2%	30 50,8%	59 100,0%	
Toplam		30 50,0%	30 50,0%	60 100,0%	

Fisher’s Exact Test = $p = 1$

Yenidoğan işitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri (YİTE) ve işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin (İKÇE) Durum Kaygı düzeyleri ve Sürekli kaygı düzeyleri ortalama puanları hesaplanmış olup Tablo 18’de gösterilmiştir. Yenidoğan işitme testinden kalan bebeklerin ebeveynlerinin (YİTE) Durum Kaygı Düzeyi ortalama puanı ve standart sapması $43,86\pm 9,74$, Sürekli Kaygı Düzeyi ortalama puanı ve standart sapması $37,10\pm 9,33$ olarak bulunmuştur. İşitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin (İKÇE) Durum Kaygı Düzeyi ortalama puanı ve standart sapması $42,06\pm 11,13$, Sürekli Kaygı Düzeyi ortalama puanı ve standart sapması $37,90\pm 13,62$ olarak bulunmuştur.

Tablo 18. YİTE ve İKÇE’lerin SKÖ ve DKÖ puan ortalamaları ve anlamlılık düzeyleri YİTE ve İKÇE’lerin SKÖ ve DKÖ puan ortalamaları ve anlamlılık düzeyleri

		N	Ortalama \pm S.S.	T-testi	P değeri
DKÖ Puanları	YİTE	30	$37,10\pm 9,33$	-0,265	0,792
	İKÇE	30	$37,90\pm 13,62$		
SKÖ Puanları	YİTE	30	$43,86\pm 9,74$	0,666	0,508
	İKÇE	30	$42,06\pm 11,13$		

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, T=Independent Sample T test

Yenidoğan işitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri (YİTE) ve işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin (İKÇE) Durum Kaygı düzeyleri ve Sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişki düzeyi incelenmiş olup, Tablo 19'da gösterilmiştir. YİTE ve İKÇE'lerin durum kaygı düzeyi ile sürekli kaygı düzeyleri arasında orta düzeyde, pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=0,558$, $p=0,000$).

Tablo 19. Durum Kaygı düzeyleri ve Sürekli kaygı düzeyleri arasındaki korelasyon ilişkisi

		DKÖ Puanları
SKÖ Puanları	Pearson Correlation	,558**
	Sig. (2-tailed)	,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmanın bu bölümünde yenidoğan tarama ABR testinden kalan bebeklerin ebeveynleri ile erken çocuklukluk döneminde olan 1-7 yaş arası işitme kaybı tanısı koyulmuş çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeylerinin arasındaki ilişkinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, medeni durumu, çocuk sayısı, ailede işitme kaybı öyküsü olması, kronik ve psikolojik rahatsızlıkları ve sosyo ekonomik düzeyi değişkenleri açısından incelenmesi sonucu elde edilen bulgulara ilişkin tartışmalar yer almaktadır. Ayrıca her iki grubun durum kaygı ölçeği (DKÖ) ve sürekli kaygı ölçeği (SKÖ) ile kaygı düzeyleri ortalama puanları çıkartılmış olup, farklılık olup olmadığı tespit edilmeye çalışılmıştır.

Bu çalışmada ise; ebeveyn yaşı, cinsiyeti, eğitim durumları, çalışma durumu, gelir durumu, mesleği, medeni durumu, kronik rahatsızlıkları, psikolojik rahatsızlıkları olanlar, çocuk sayısının ebeveynlerinin kaygısını istatistik olarak anlamlı şekilde etkilemediği saptanmıştır.

Çalışmada ailede işitme kaybı olan ebeveynlerin kaygı düzeyleri incelenmiştir. İşitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri ile işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin ailede işitme kaybı dağılımları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Özellikle işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin (İKÇE) ailesinde kayıplarının yüksek olduğu görülmüştür. Yenidoğan işitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri (YİTE) ve işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin (İKÇE) Durum Kaygı düzeyleri ve Sürekli kaygı düzeyleri ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Yenidoğan işitme testinden kalan bebeklerin ebeveynleri (YİTE) ve işitme kayıplı çocukların ebeveynlerinin (İKÇE) Durum Kaygı düzeyleri ve Sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişki düzeyi incelenmiş olup, Tablo 19'da gösterilmiştir. YİTE ve İKÇE'lerin durum kaygı düzeyi ile sürekli kaygı düzeyleri arasında orta düzeyde, pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=0,558$, $p=0,000$).

Sonuç olarak, işitme kaybı olan bebeğin işitme kaybının erken tespit edilmesi ve uygun müdahalenin yapılması çok önemlidir. İşitme kaybının erken tanısının konulması yenidoğan döneminde işitme taraması yapılması ile mümkündür

Erken tanı ve uygun önlemlerin alınabilmesi için tüm yenidoğanların yaşamlarının ilk ayı içinde ABR işitme tarama yöntemiyle taranması önerilmektedir.

Tarama programının etkinliği ve işitme kaybının erken tanısının önemi konusunda aileler, sağlık personeli ve hatta tüm toplum bilinçlendirilmelidir. İşitme kaybı şüphesi olan bebeklerin ailelerinin, özellikle anne ve babalarının ileri tetkikler ve takip konusunda bilinçlendirilmelidir.

İşitme kayıplı çocukların özel eğitim alması, özel eğitime düzenli olarak devam etmesi, odyolojik ve gelişimsel takiplerin düzenli yapılması, cihazla amplifikasyon desteği, cihazın düzenli olarak takılması, işitme cihazının ayarlarının belli aralıklarla yaptırılması, ebeveynin çocuğa zengin uyaran sunması ve okul öncesi eğitimi desteği almanın işitme kayıplı çocukların gelişimine oldukça destekleyici unsurlardır. İşitme engeli olan çocukların olabildiğince erken tanı konulup, gerekiyorsa cihazlandırılması, sağlıklı çocuklardan izole edilmeden kaynaştırılması, engellerine rağmen okul ve aile ile işbirliği içinde olunarak topluma kazandırılması ve etkin bireyler haline getirilmesi sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Albayrak, D. (1985). *The Development of the Turkish Form of the Spielberger Test Anxiety Inventory: A Study of Transliteration Equivalence and Reliability (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Fakültesi.
- Alisinanoğlu, F., & Ulutaş, İ. (2003). Çocukların Kaygı Düzeyleri İle Annelerinin Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Education and Science*, 128, 65-71.
- Anonim. (2021a). Yenidoğan İşitme Taraması Eğitim Kitabı. (Anonim, Dü.) Sağlık Bakanlığı Özürlüler İdaresi Başkanlığı. Kasım 13, 2021 tarihinde <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/açsap3.pdf> adresinden alındı.
- Anonim. (2021b). Sağlık bakanlığı halk sağlığı genel müdürlüğü çocuk ve ergen daire başkanlığı YİTP-Yeni Tarama ABR Protokolü. 67414668-234.01.03. Kasım 13, 2021 tarihinde <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste> adresinden alındı.
- Anonim. (2021c). Tarama ABR Akış Şeması Protokolü. Kasım 13, 2021 tarihinde https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/Guncel_Test_Protokolu_.pdf adresinden alındı.
- Anshel, M. H. (1994). *Sport Psychology: From Theory to Practice*. Arizona: Gorsuch Scarisbrick, Scottsdale.
- Aygün, M. (2014). Öğrencilerin Yaşam Amaçlarıyla Gelecek Kaygısı Arasındaki İlişki (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.
- Baltaş, A. (1988). Kaygı Düzeyi Açısından Okullar Arası Farklar. *XXII Ulusal Psikiyatri ve Nöroloji Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.
- Baltaş, Z., & Baltaş, A. (1988). *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. İstanbul: Remzi kitabevi.
- Başaran, M. H., Taşgın, Ö., Sanioğlu, A., & Taşkın, A. K. (2009). 14 Yaş grubu sporcularda durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*(21), 533 - 542. https://app.trdizin.gov.tr/dokumangoruntule?ext=pdf&path=CrnWZGRsXTjRjLjWxD978OSUAL2jXitizhVYmCxNvH4SzJ24ozzCK2lcyq35ATAu2d4VUWO4DFSTfSA375Z8XD567vsVOWoputAU5knNtw61cIkxE9UDW_hfh9WyyvmG1InlkXx4M7tGgHgTIFoDkTppRY4Owx_3Mz5Pn9iNB_1YQo3FdukVDdvsD9MHAp9hFOohr adresinden alındı.
- Başarır, D. (1990). Ortaokul son sınıf öğrencilerinde sınav kaygısı, durumluk kaygısı, akademik başarı ve sınav başarısı arasındaki ilişkiler (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Başpınar, Ş. (2020). Yenidoğan İşitme Tarama Programının Gelişim Alanlarına Etkisinin İncelenmesi (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Malatya: İnönü Üniversitesi Çocuk Gelişim Anabilim Dalı.
- Beck , A. T., & Emery , G. (2011). Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler. 145-146.
- Beck, A. T. (2005). The Current State of Cognitive Therapy: A 40-Year Retrospective. *Archives of General Psychiatry*. 62(9), 953–959. doi:10.1001/archpsyc.62.9.953
- Budak, S. (2003). *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara, Bilim ve Sanat Dergisi.
- Cankuvvet, A. N., & Çınar, M. (2018). Hearing aids implementations in early childhood and parents. *Journal of Early Childhood Studies*, 414-427. doi:10.24130/eccd-jecs.196720182256.
- Choo, D., & Meinzen-Derr , J. (2010). Newborn hearing screening in 2010. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.*, 18(5), 399-404. doi:10.1097/MOO.0b013e32833d475d.
- Corey, G. (2008). *Psikolojik Danışma,Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları*. (T. Ergene, Çev.) Ankara: Mentis yayınları.
- Cüceloğlu, D. (1996). *İnsan ve Davranışı*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çivitçi, A. (2006). Ergenlerde Mantıkdışı İnançlar: Sosyodemografik Değişkenlere Göre Bir İnceleme. 19(19), 7-17. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/pauefd/issue/11124/133033> adresinden alındı.
- Davison, G. C., & Neale, J. M. (2004). Anormal Psikolojisi. (İ. Dağ, Çev.) *Türk Psikologlar Derneği*, 213-234.
- Demiriz, S., & Ulutaş, İ. (2003). 9-12 Yaş Çocuklarının Kaygı Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 3(1), 1-9. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/57123> adresinden alındı.
- Deniz, B. Ö. (2015). *Ergenlerde duygusal öz-yeterlik ve sürekli kaygı ilişkisinin incelenmesi (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi)*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Derinsu, U. (2013). Saf ses ve konuşma odyometrisi. O. Çelik (Dü.) içinde, *Otoloji ve Nörotoloji* (Cilt 2, s. 1014-1016). İstanbul: Elit Ofset.
- Dökmen, Ü. (2006). *Ladesçi*. Sistem yayıncılık.
- Dökmen, Ü., & Akkoyun, F. (1987). Ankara üniversitesi eğitim bilimleri fakültesi öğrencilerinin problem alanlarına göre sürekli kaygı düzeyleri. 161, 93-105.
- Dökmen, Z. Y. (2004). *Toplumsal Cinsiyet: Sosyal Psikolojik Açıklamalar*. İstanbul: Sistem yayıncılık.

- Duman, G. K. (2008). İlköğretim sekizinci sınıf öğrencilerinin durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ile sınav kaygısı düzeyleri ve anne-baba tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Ellis , R. (1994). The study of second language acquisition. *Oxford University Press*.
Ergenlerde kaygı ve duanın çeşitli değişkenler açısından incelenmesi (Rize örneği, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). (2016). Rize: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi.
- Geçtan, E. (1990). *Varoluş ve Psikiyarti*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Geçtan, E. (2016). *Varoluş ve psikiyatri*. İstanbul: Metis Yayıncılık.
- Genç, G. A., Başar, F., Kayıkçı, M. E., Türkyılmaz, D., Fırat, Z., Duran, Ö., Korkmaz, A. (2005). Hacettepe üniversitesi yenidoğan işitme taraması bulguları. *Çocuk Sağlığı Hastalıkları*, 48, 119-24.
- Genç, G. A., Belgin, E., & Ertürk, B. B. (2005). Yenidoğan işitme taraması: başlangıçtan günümüze. *Çocuk Sağlığı Hastalıkları Dergisi*, 48, 109-118.
- Gökçay , G., Kılıç , A., & Devocioğlu , E. (2014). Taramalar, işitmenin değerlendirilmesi. Ö. Devocioğlu , & A. Çıtak (Dü) içinde, *Pediyatriye Rutinler (3. Baskı)*. (s. 127-128). İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (1996). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Gümüş, M. (2002). *Profesyonel Futbol Takımlarında Puan Sıralamasına Göre Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi)*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Güngör, M. (2008). Evrensel Bir Sorun Olarak Çocuk Suçluluğu ve Sokakta Çalışan ve Yaşayan Çocuklar. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(1). <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/15351> adresinden alındı.
- Gürsoy, F. (2006). Farklı Sosyo Ekonomik Düzeydeki Ergenlerin Benlik Tasarım Düzeyleri ile Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15(2), 183-190.
- Harlor, A. J., & Bower, C. (2009). Hearing assessment in infants and children: recommendations beyond neonatal screening. *Pediatrics* , 124, 1252-1263.
- Jo-Ann Reteguiz, M. D. (2006). Relationship Between Anxiety and Standardized Patient Test Performance in the Medicine Clerkship. *J GEN INTERN MED*, 21, 415-418. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00419.x
- Kara, M. (2020). Kierkegaard Felsefesiyle Birlikte Ortaya Çıkan Bir Kavram Karmaşası: Endişe mi, Kaygı mı, Anksiyete mi, Korku mu? *Journal of Humanities and Social Sciences*(16), 279-308.

- Karataş, Z. (2012). Ergenlerin Algılanan Sosyal Destek Ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(19), 257-271. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/183060> adresinden alındı.
- Kartopu, S. (2013). Kaygının Kader ile İlişkisi (Kahramanmaraş Örneği). *Gümüşhane Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2(3), 238-260. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/147882> adresinden alındı.
- Kaya, M., & Varol, K. (2004). İlahiyat Fakültesi öğrencilerinin durumluk sürekli kaygı düzeyleri ve kaygı nedenleri (Samsun Örneği). <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/188564> adresinden alındı.
- Kenna, M. A. (2003). Neonatal hearing screening. *Pediatr Clin North Am.*, 50(2), :301-313.
- Kırman, A., & Yıldırım Sarı, H. (2011). İşitme Engelli Çocuk ve Adölesanların Sağlık Durumları. *Güncel Pediatri*(9), 85-92. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/904781> adresinden alındı.
- Kısmetoğlu, G. (2019). *15-18 yaş arası ergenlerde duygu düzenleme ve bilinçli farkındalık becerilerinin kaygı düzeyleri ile ilişkisinin incelenmesi (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi)*. İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Köknel, Ö. (1995). *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*. İstanbul: Altın kitaplar.
- Kring, A. M., & Johnson, S. L. (2015). *Anormal Psikoloji*. (M. Şahin, Dü.) Ankara: Nobel yayınları.
- Leigh, G., Schumulian-Taljaard , D., & Poulakis , Z. (2010). Newborn screening systems the complete perspective. *Newborn Hearing* (s. 95-115.). içinde San Diago: Plural Publshing.
- Levine, G. S. (2003). Student and instructor beliefs and attitudes about target language use, first language use, and anxiety: Report of a questionnaire survey. *Modern Language Journal*, 343 – 364.(3), 343-364.
- Martin, M., Rhoten, C., & Fabich, M. (2007). Effects of cochlear implants on children's reading and academic achievement. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12(3), 269-282. doi:10.1093/deafed/enm013.
- Ocaktan, M. E., Keklik, A., & Çöl, M. (2002). Abidinpaşa sağlık grup başkanlığına bağlı sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelinin spielberger durumluk ve sürekli kaygı düzeyi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 55(1), 21-29.
- Öner, N., & Compte, A. (1983). *Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.

- Öner, N., & Le Compte, A. (1983). *Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Özdemir , Ö., & Tümkaya , F. (2017). Yeni doğanda işitme tarama programı ve yönetimi. *Türkiye Klinikleri J Pediatr.*, 26(1), 13-21. doi:10.5336/pediatr.2016-
- Özmert , M. A., Özdemir, A., & Tümkaya, A. (2017). Yenidoğanda İşitme Tarama Programı ve Yönetimi. *Turkiye Klinikleri J Pediatr.*, 26(1), 13-21. doi:10.5336/pediatr.2016-52330.
- Özyürek, A., & Demiray, K. (2010). Yurtta ve Ailesi Yanında Kalan Ortaöğretim Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11(2), 247-256.
- Sarı, İ., Yenigün, Ö., Altıncı, E. E., & Öztürk, A. (2011). Temel psikolojik ihtiyaçların tatmininin genel öz yeterlik ve sürekli kaygı üzerine etkisi (Sakarya Üniversitesi spor yöneticiliği bölümü örneği). *SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 9(4), 149-156. doi:10.1501/Sporm_0000000212.
- Sharf, S. F. (2004). *Theories of psychotherapy and counseling: Concepts and cases* (3 b). Pacific Grove: CA: Brooks/Cole.
- Softa-Kaçan, H., Karahmetoğlu, G. U., & Çabuk, F. (2015). Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Sınav Kaygısı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 23(4), 481-1494.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. C., & Luschene, R. E. (1970). *Spielberger, C.D., R.C. Gorsuch, and R.E. Luschene. (1970)*. California: ConsultingPsychologists Press.
- Şahin, M. (2019). Korku, Kaygı ve Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları. *Eurasian Journal of Researches in Social and Economics (EJRSE)*, 6 (10), 117-135. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/896292> adresinden alındı.
- Şenkal, Ö. A. (2015). Derecesine ve lokalizasyonuna göre işitme kayıpları. *Temel Odyoloji* (s. 301-302). içinde Ankara: Güneş Tıp Kitapevi.
- Şerbetçioğlu, B., Gürkan, S., & Mungan, S. (2012). Clinical importance and application principles of ABR and OAE tests. *Türkiye Klinikleri J E.N.T. -Special Topics.*, 5(2), 51-61.
- Tallis, E. (2003). *Kaygıları aşmak*. İstanbul: Sistem Kitapevi.
- Taşkaya, R. (2019). *ergenlerin bağlanma stiller, sorumluluk duygu ve davranışları ile kaygı düzeylerini (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi)*. Karabük: arabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Tezel, B., Dilli , D., Bolat, H., Şahman, H., Özbaş, S., Acıcan, D., & Diğer. (2014). The Development And Organization Of Newborn Screening Programs In Turkey. *Journal of Clinical Laboratory Analysis*, 28, 63-69. doi:10.1002/jcla.21645.
- Tuncer, B., & Voltan-Acar, N. (2006). Kaygı Düzeyleri Farklı Üniversite Hazırlık Sınıfı Öğrencilerinin Mükemmeliyetçilik Özelliklerinin incelenmesi. *14(2)*, 1-15. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kriz/issue/41056/496234> adresinden alındı.
- Tural, Ü. (2010). Anksiyete bozuklukları. http://tip.kocaeli.edu.tr/docs/ders_notlari adresinden alındı.
- Tüfekçioğlu, U. (1998). *İşitme engelliler*. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Varol, Ş. (1990). Lise son sınıf öğrencilerinin kaygılarını etkileyen etmenler (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi.
- Yalom, I. (2007). Anksiyete Terapisi. *Anksiyete Terapisi* (B. Büyükdere, Çev.). içinde İstanbul: Prestij Yayınları.
- Yavuz, E., & Sağsözlü, S. (2018). Yenidoğanda İşitme Taramasının İzlenmesi. *IGUSABDER*, 6, 620-630. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/614650> adresinden alındı.
- Yüksel, Ş. (1996). Yenidoğanda Transient Otoakustik Emisyon (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Odyoloji Anabilim Dalı, Marmara Üniversitesi.

EK 4. KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

EBEVEYN BİLGİLENDİRME

Sayın Ebeveyn;

Bu çalışma **Kapadokya Üniversitesi Yüksek Lisans tez çalışması olan** Yenidoğan ve Erken Çocukluk Döneminde İşitme Kaybı Yaşayan Çocukların Ebeveynlerinin Kaygı Düzey Durumlarının İncelenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmada çocuğunuza **Demografik Bilgi Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği** uygulanacaktır. Çocuğunuzun araştırmaya katılımı sizin olur vermenize ve çocuğunuzun isteğinize bağlıdır. Araştırma sürecinde istediğiniz zaman, bir cezaya ya da yaptırıma maruz kalmaksızın ve hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin, çocuğunuzun araştırmaya katılmasını reddedebilir veya çocuğunuzun araştırmadan çekebilirsiniz. Çocuğunuzun ve sizi ortaya koyacak kayıtlar gizli tutulacaktır; kamuoyuna açıklanamaz araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde bile kimliğiniz gizli kalacaktır.

Araştırma Süresince 24 saat ulaşılabilir kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

GÖNÜLLÜ OLURU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen sorumlu araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya çocuğumun gönüllü olarak katıldığını, istediğimiz zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğini ve kendi isteğimize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın çocuğumun benim rızamla katılmasını kabul ediyorum.

Ebeveyn Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK 5. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Yaş	:				
Cinsiyet	:	Kadın	Erkek		
Eğitim durumu	:	Okur yazar değil	İlkokul	Ortaokul	Lise
		Üniversite	Yüksek lisans/Doktora		
Çalışıyor musunuz?	:	Evet	Hayır		
Meslek:	:				
Gelir Düzeyi	:	Düşük	Orta	Yüksek	
Medeni durum	:	Evli	Bekar	Boşanmış	Dul
Çocuğunuz var mı?	:	Evet	Hayır		
Evet ise kaç tane?					
Ailede işitme kaybı olan var mı?					
		Evet	Hayır		
Herhangi kronik bir rahatsızlığınız var mı?					
		Evet	Hayır		
		Belirtiniz.....			
Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?					
		Evet	Hayır		
		Belirtiniz.....			
Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı?					
		Evet	Hayır		
		Belirtiniz.....			

EK 6. DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

İsim:..... **Cinsiyet:**..... **Yaş:**..... **Meslek:**..... **Tarih:**..
 / /

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım 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.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ – Devam

21	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27	Genellikle sakin, kendine hâkim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 7. ULUSAL İŞİTME TARAMA PROGRAMI İŞİTME KARTI



T.C. Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Ulusal İşitme Tarama Programı
(UİTP) Sonuç Kartı

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BUCA
SEYFİ DEMİRSOY EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ TARAMA
MERKEZİ
Tarama Merkezi
BUCA/İZMİR
Tel: (232) 454 01 01

Kimlik Bilgileri	
Anne T.C. Kimlik No	
Anne Adı Soyadı	
Anne Doğum Tarihi	02.05.2001
Bebek/Çocuk T.C. Kimlik No	
Bebek/Çocuk Adı Soyadı	BEBEK
Bebek/Çocuk Doğum Tarihi	23.02.2021 05:10:00
Bebek/Çocuk Cinsiyet	Erkek
Bebek/Çocukta İlk Risk Durumu	

1. Tarama Bilgisi	
Tarama Sırası	1
İşlem Tarihi	24.02.2021
Bebek/Çocukta Sonradan Eklenen Risk Durumu	Ailede İşitme Kaybı,
Taramayı Yapan Kişi	DERYA TURAN
Tarama Yapılan Kurum	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BUCA SEYFİ DEMİRSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TARAMA MERKEZİ
Test Türü	Tarama ABR
Sağ Kulak	Kaldı
Sol Kulak	Kaldı
Test Sonucu	Takip
Takip Tarihi	04.03.2021
Takip Eden Kurum	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BUCA SEYFİ DEMİRSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TARAMA MERKEZİ

*Bebeğinizin işitme tarama durumu normal olsa da işitme ve dil gelişimini takip ediniz. Çünkü tarama testleri sadece o anlık işitmeyi ölçer, sonraki dönemde oluşabilecek işitme kayıplarını önleyemez.

Bebeğinizin işitme tarama testinden geçti fakat işitme kaybı risk faktörlerinden CMV veya Bakteriyel Menerjit var ise bebeğinizi 3 aylık olduğunda, diğer risk faktörlerinin olması durumunda ise 6 aylık olduğunda referans merkezine götürünüz.

Her Anne ve Baba Çocuğunun İşitmesini Kontrol Etmelidir...

0-3 ay arası	3-6 ay arası	6-12 ay arası
<ul style="list-style-type: none"> Anne sesini tanıyabilir ve sakinleşir. Yüksek seslere irkilir, besleniyorsa duraksar 	<ul style="list-style-type: none"> Gürültüde uyanır Çevresindeki seslerin nereden geldiğini bulmak için sesin kaynağına döner. 	<ul style="list-style-type: none"> Da da, ba ba gibi sesleri algılar. Adı söylenince tepki verir. Çingirak sesi gibi oyuncak seslerinden hoşlanır.
12-18 ay arası	18-24 ay arası	24-36 ay arası
<ul style="list-style-type: none"> Ba bay da da gibi sesler çıkarır. Sevdiği oyuncakların, eşyaların adı söylenince işaretlerle gösterir. Uzaktan seslendiğinde bakar. 	<ul style="list-style-type: none"> 20'ye yakın kelime söyler. İki kelimelik cümleler kurar. Basit komutları yerine getirir. 	<ul style="list-style-type: none"> 24 aylıkken 270, 3 yaş yaşında 1000 kadar kelime haznesi vardır. İsteklerini genellikle sözel olarak bildirir. Basit cümlelerle konuşur. Farklı sesleri ayırt eder. Kendisine söylenenleri anlar. Çocuğunuz işitsel gelişime uymuyorsa, çocuğunuzun ayrıntılı işitme testlerinden geçirilmesi gerekir.

En değerli varlığınız olan çocuğunuzun işitebilmesi ve konuşmayı öğrenebilmesi, onun en temel hakkıdır!

İşitme Kaybı Yönünden Risk Faktörleri Şunlardır:

Doğum Öncesi Dönemde:	Doğum Sırasında:	Doğum Sonrası:
-----------------------	------------------	----------------