

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
KULAK BURUN BOĞAZ ODYOLOJİ
ANA BİLİM DALI

**YENİDOĞAN İŞİTME TARAMASI ÖNCESİ BABALARIN
KAYGI DÜZEYLERİ İLE TARAMAYA DEVAM ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Safiye GÜNDOĞDU

**Samsun
Temmuz - 2012**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
KULAK BURUN BOĞAZ ODYOLOJİ
ANA BİLİM DALI

**YENİDOĞAN İŞİTME TARAMASI ÖNCESİ BABALARIN
KAYGI DÜZEYLERİ İLE TARAMAYA DEVAM ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Safiye GÜNDOĞDU

Danışman: Doç. Dr. Figen BAŞAR

**Samsun
Temmuz - 2012**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Bu çalışma jürimiz tarafından Kulak Burun Boğaz Odyoloji Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof. Dr. Mehmet KOYUNCU
(Ondokuz Mayıs Üniversitesi)



Üye: Prof. Dr. Canan AYGÜN
(Ondokuz Mayıs Üniversitesi)



Üye: Doç. Dr. Figen BAŞAR
(Ondokuz Mayıs Üniversitesi)



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurul'unca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Süleyman KAPLAN
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sırasında değerli bilgilerini, deneyimlerini ve manevi desteğini esirgemeyen ve tezimin planlanması, yürütülmesi ve hazırlanması esnasında yardımlarını esirgemeyen değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Figen BAŞAR'a ,

Odyoloji bilim dalı ile tanışmama ve ilk adımlarımı atmama yardımcı olan değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Ayşe Gül GÜVEN, Sayın Prof. Dr. Teoman ŞEŞEN ve Sayın Prof. Dr. Atilla TEKAT ve Sağlık Bilimleri Enstitü Sekreteri Sayın Turgut YILMAZ'a ,

Odyoloji yüksek lisans eğitimim sırasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Yücel TANYERİ, Sayın Prof. Dr. Mehmet KOYUNCU, Sayın Prof. Dr. Recep ÜNAL, Sayın Doç. Dr. Sinan ATMACA, Sayın Yrd. Doç. Dr. Senem ÇENGEL KURNAZ ve Sayın Doç. Dr. Esra ÖZÇEBE'ye ,

Eğitimimiz sürecinde her türlü engele birlikte göğüs gerdiğimiz, sevinçlerimizi ve üzüntülerimizi paylaştığımız değerli dönem arkadaşlarım, Nermin BEK KOÇ, Birgül GÜMÜŞ, Nilay GÜVEN ve Ali Erman KENT'e ,

Kulak Burun Boğaz Bölümü'ndeki bütün araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve Odyoloji Bölümü çalışanlarına,

İstatistik verilerin hazırlanmasında ve değerlendirilmesinde büyük yardımları olan Prof. Dr. Yüksel BEK ve Öğretim Görevlisi Naci MURAT'a ,

Sevgili arkadaşlarım Elif ODABAŞ, Aylin ERKOÇAK, Mehmet YAZICI ve Uğurtan BİLGİN'e,

Yenidoğan İşitme Taraması işlemleri sırasında yardımlarını ve desteğini benden hiç esirgemeyen Sağlık Teknisyeni Hatice GÖKAY'a, bölümümüz sekreteri Semra AK'a ve çalışmaya katılmayı kabul eden babalara,

Hayatımın renkleri, manevi kız kardeşlerim Dilek ALTUNEL BİLGİN, Didem ŞAHİN, Gülşah ALTUNTAŞ KÖMÜR ve Cavidan ALTUNTAŞ DÜZEN'e ,

Bugünlere gelmemde büyük emeği olan, beni yüreklendiren, hasretle ve sabırla beni bekleyen canım annem Cemile GÜNDOĞDU ve canım babam Mustafa GÜNDOĞDU'ya ,

Attığım her adımda yanımda olan, beni cesaretlendiren, desteğini hep arkamda hissettiğim biricik ağabeyim Murat GÜNDOĞDU ve sevgili eşi Hanife GÜNDOĞDU'ya,

Yol arkadaşım Emrah ALTUNTAŞ'a sonsuz teşekkürler.

ÖZET

YENİDOĞAN İŞİTME TARAMASI ÖNCESİ BABALARIN KAYGI DÜZEYLERİ İLE TARAMAYA DEVAM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI

Çalışmanın amacı, yenidoğan işitme taraması öncesi babaların kaygı düzeyleri ile taramaya devam arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

Çalışmaya sağlıklı yenidoğana ve ailenin ilk canlı bebeğine sahip, bebeğini ilk kez işitme taramasına getiren, yenidoğan işitme taramasından tek ya da iki kulağından kaldı (*refer*) sonucu alınan 100 bebeğin babası dahil edildi. İşitme taramaları kliniğimizde yapılan bebeklerin babalarına işitme taramasının sonucu açıklanmadan önce durumluk ve sürekli kaygı ölçeği uygulandı. İşitme taraması sonucunda tek yada iki kulağından testi geçemeyen bebeklere ikinci tarama testi için randevu tarihi verildi. Bebeği testen geçemeyen babalara '*yeterli bilgi*' ve '*ayrıntılı bilgi*' verilerek babalar iki gruba ayrıldı. Bu gruplar arasında, babaların kaygı düzeyleri ile bebeklerin takibe devamlılığı arasındaki ilişki değerlendirildi.

Çalışma sonunda elde edilen bulgular yeterli bilgi ve ayrıntılı bilgi verilen gruplardaki babaların durumluk ve sürekli kaygı puanlarının normal olduğunu göstermektedir. Yenidoğan işitme taramasının babalarda kaygı yaratmadığı sonucuna varılmıştır. Babaların kaygı puanları ile yaş ve sosyal güvencesi arasında farklılık olmadığı ancak kaygı puanları ile eğitim düzeyleri arasında farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Orta öğretim ve daha az eğitim almış olan babaların kaygı puanları lise ve üniversite mezunu olan babalara oranla yüksektir, babaların eğitim düzeyleri arttıkça kaygı puanlarının azaldığı görülmüştür. Yeterli ve ayrıntılı bilgi verilen grupların takiplere devamlılığı arasında istatistiksel olarak fark olmadığı ancak ayrıntılı bilgi verilen gruptaki babaların bebeklerini ikinci tarama testine getirme yüzdesinin yeterli bilgi verilen gruptaki babalara göre yüksek olduğu görülmüştür.

Çalışmamız yenidoğan işitme taramasına bebeklerini getiren babalara verilen bilgi düzeyinin takiplere gelişi etkilemediğini ortaya koymaktadır. Yenidoğan tarama takibi hakkında bilgi sahibi olan babalar bebeklerini takip testlerine getirmektedir.

Safiye Gündoğdu, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, Temmuz - 2012

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY LEVELS OF FATHER'S BEFORE NEWBORN HEARING SCREENING AND SCAN RESUME

The aim of our study was to investigate the relationship between anxiety levels of father's before newborn hearing screening and follow-up screening.

The hundred fathers of babies who are the healthy, first alive baby of family, coming to the first-time for hearing screening and obtain 'refer' results in one or two ears were included in the study. Instant and continues anxiety scale were applied to fathers, whose babies' hearing screening were performed in our clinic, before the announcement of the result to them. At the end of the first screening test, appointment data were given to the babies who cannot pass in one or two ears for the second screening test. Fathers whose babies cannot pass tests was divided into two groups by giving '*adequate information*' and '*detailed information*'. The relationship between fathers' anxiety level and continuity of following tests were evaluated between groups.

The result of the study showed that fathers, who were member of groups given adequate information and detailed information, had normal instant and continues anxiety scores. It was seen that newborn hearing screening didn't create anxiety on the fathers. It was determined that, there were no difference between fathers' anxiety scores and their ages and social security, but there were difference between fathers' anxiety scores and educational status. Anxiety scores were higher in fathers who have less education than high school and university graduates. It was shown that anxiety scores decreased when the education status increased. It was observed that there was no statistical difference on the continuity of follow-ups between the groups given adequate information and detailed information, but the percentage of taking their babies to the second follow-up test is higher in the fathers given detailed information than in the ones given adequate information.

The study revealed that the level of information given to the fathers didn't affect the arrival of their baby follow-up. Fathers who know about newborn screening follow-up brings their babies to follow-up tests.

Safiye Gündoğdu, Master Thesis

Ondokuz Mayıs University Samsun, July - 2012

KISALTMALAR

AAP: American Academy of Pediatrics

EOAE: Evoked Otoacoustic Emissions (Uyarılmış Otoakustik Emisyonlar)

TEOAE: Transient Evoked Otoacoustic Emissions (Geçici Uyarılmış Otoakustik Emisyonlar)

OAE: Otoacoustic Emissions (Otoakustik Emisyonlar)

ABR: Auditory Brainstem Response (İşitsel Beyin Sapı Cevabı)

DPOAE: Distortion Product Otoacoustic Emissions (Distorsiyon Ürünü Otoakustik Emisyonlar)

KBB: Kulak Burun Boğaz

dB: Desibel

HL: Hearing Level (İşitme Seviyesi)

SPL: Sound Pressure Level (Ses Basınç Seviyesi)

Hz: Hertz

O-ABR: Otomatik İşitsel Beyin Sapı Cevabı (Automatic Auditory Brainstem Response)

T-OAE: Tarama Emisyon

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1 Yenidoğan İşitme Taraması	4
2.1.1 Yenidoğan İşitme Taraması Tarihçesi	7
2.1.2 Ulusal Yenidoğan İşitme Taraması Protokolü	9
2.2 Erken Tanı	13
2.2.1 Erken Tanının Önemi	13
2.3 Taramaya Hazırlık	14
2.3.1 Taramayı Etkileyen Faktörler	15
2.4 Yenidoğan İşitme Taramasında Kullanılan Test Yöntemleri	16
2.4.1 Uyarılmış Otoakustik Emisyonlar	16
2.4.2 İşitsel Beyinsapı Cevabı	17
2.5 Aile Kavramı	18
2.6 Kaygının (Anksiyete) Tanımı	19
2.7 Kaygının (Anksiyete) Tarihçesi	20
2.8 Kaygı Kuramı	20
2.8.1 Durumluk ve Sürekli Kaygı Kuramı	21
2.9 Kaygının Etyolojisi	23
2.9.1 Psikolojik Varsayımlar	23
2.9.2 Biyolojik Varsayımlar	24
2.10 Kaygıyı Etkileyen Durumlar	24

2.11 Kaygının Belirtileri	25
2.12 Kaygı Düzeyleri	26
3.MATERYAL ve METOD	27
3.1 Çalışma Grubu	27
3.2 Seçim Kriterleri	27
3.2.1 Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	27
3.2.2 Çalışma Dışı Bırakılma Kriterleri	27
3.2.3 Gruplar	28
3.3 Gereç ve Yöntem	28
3.4 Kullanılan Test ve Yöntem	30
3.4.1 TEOAE ile İşitme Taraması	30
3.4.2 Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeğinin Uygulanması	30
3.4.3 Ölçeğin Puanlanması	31
3.4.4 Bebeklerin Tarama Programındaki Takibi	32
3.5 Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	32
4.BULGULAR	33
5.TARTIŞMA	38
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	45
7.KAYNAKLAR	46
8.EKLER	54
9.ÖZGEÇMİŞ	64

1.GİRİŞ

İşitme kaybı bireyin sahip olduğu işitme duyarlılığının onun gelişim, uyum ve özellikle de iletişim becerilerini kazanmasına engel olma durumu olarak tanımlanabilir (Markides, 1986; Genç ve ark., 2005b; Teksöz, 2007).

Yenidoğanlarda işitme kaybı, 1000 canlı doğumda 1-3 insidansla en yaygın görülen doğumsal problemlerdendir. Sağlıklı yenidoğanlarda konjenital işitme kaybı oranı %0.1-0.6 arasında değişmektedir (Kenna, 2003; Aydemir ve Zinciroğlu, 2004; Genç ve ark., 2005a; Genç ve ark., 2005b; Başar ve ark., 2007; Garabli, 2008; Barmak, 2010; Övet ve ark., 2011).

Konjenital işitme kaybı, konuşma ve lisan gelişimini olumsuz etkilemektedir. Konuşma ve lisan gelişimi, yaşamın ilk aylarından itibaren hızla gelişmeye başlar ve normal işiten bebekler 6 haftadan itibaren, insan sesine diğer seslerden daha fazla tepki verir. Bu nedenle konjenital anomaliler arasında sık görülen işitme kaybının erken dönemde fark edilememesi, çocuğun konuşma ve lisan becerisinde gerilik, akademik performansında zayıflık, kişisel, sosyal uyumsuzluk, duygusal ve zihinsel gelişimde olumsuzluk gibi insanı yaşam boyu etkileyen durumlara yol açar. Etkilenmenin şiddeti, işitme kaybının derecesiyle paralel bir şekilde artmaktadır (Garabli, 2008).

İşitme kaybını mümkün olan en erken dönemde tanılamak için yenidoğan işitme taramaları geliştirilmiştir. Yenidoğan işitme taramalarında, işitme kaybının yaşamın ilk 3 ayı içinde saptanması ve bebek 6 aylık olana kadar işitme cihazı ve uygun rehabilitasyon programına başlanması hedeflenmektedir (Paludattin ve ark., 1999).

Toplumun temelini oluşturan aileye bir çocuğun katılımı aile düzeninde ve ilişkilerde değişikliğe neden olur, aile üyelerine yeni roller yükler (Uyaroğlu ve Bodur, 2009). Her aile, yeni bir bebeğin doğmasıyla başlayacak olan değişikliklere ve yeniliklere bilgileri ölçüsünde hazırlanmaya çalışmaktadır. Hamilelik dönemi boyunca anne ve babalar doğacak olan çocuğa ilişkin hayaller kurarlar (Akıncı, 2007). Aile bir yandan hayallerini gerçekleştirme umudu yaşarken, diğer yandan, ortaya çıkabilecek olumsuz durumların kaygısını yaşıyor olabilir. İnsanın temel duygularından ve heyecanlarından biri olan kaygı, her insan tarafından sık sık yaşanmakta ve insan yaşamını etkilemektedir (Özdal ve Aral, 2006).

Kaygı kişinin kendini tehlikede hissetme durumudur. Herhangi bir sağlık problemi nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuran kişilerde; hastane ortamının yabancılığı, tanımadığı kişilerle iletişim kurma zorunluluğu, personelin tıbbi terimleri kullanması, bilinmeyen aletlerin kullanılması, uygulanan tanı ve tedavi işlemleri gibi birçok nedenlerle kaygı ortaya çıkar (Ekiz ve Göz, 2005).

Sosyalleşme üstüne yapılmış çeşitli araştırmalar anne-çocuk etkileşiminin türlerine veya aile tiplerine odaklanmış, çocuğun kişiliğine ve toplumsal davranışlarına olan etkilerine yoğunlaşmıştır (Koçak 2004). Baba-çocuk ilişkisini ve bu ilişkinin sonuçlarını inceleyen sistematik araştırma sayısı çok azdır. Bunun başlıca nedeni, çocuğun gelişimini etkileme konusunda babalardan çok annelerin önemli olduğu düşüncesidir (Akıncı, 2007).

Toplumda baba olmayı yeniden tanımlayan teknolojik ve ekonomik değişimler gerçekleşmiştir. Bunlardan en önemlisi son yüzyılda, gerek kişisel doyum amacıyla, gerek ekonomik nedenlerden dolayı, ev dışında tam zamanlı çalışan kadınların sayısının artmasıdır. Kadının çalışma yaşamına girmesi babanın evdeki rolünü ciddi boyutta değiştirmiştir. Özellikle büyük kentlerde çekirdek ailelerin sayısı artmıştır. Tüm bu değişimler, babaları erken bebeklik ve çocuk bakımıyla daha yakından ilgilenmeye teşvik etmiştir. Babanın çocuklarıyla aktif şekilde ilgilenmeye başlaması da babanın çocuğun gelişimine olan etkilerinin incelenmesine neden olmaya başlamıştır (Koçak 2004).

Yenidoğan işitme taramaları bebek hastaneden taburcu olmadan önce, ilk 48 saat içerisinde, işitme taraması amacıyla oluşturulmuş ünitelerde/birimlerde yapılmaktadır. İşitme taramalarında bebeği teste annenin getirmesi, gerekli durumda beslemesi ve sakinleştirilmesi önemlidir. Ancak günümüzde annelerin normal doğum yerine sezeryanı tercih etmeleri taburcu olmadan önceki dönemde hareket etmelerini kısıtlamaktadır. Bu nedenle bebekleri işitme testine anne dışında babaların ve ailedeki diğer bireylerin getirdiği görülmektedir. Babaların işitme taramalarındaki yerini değerlendiren çalışmalara rastlanmamıştır.

Çalışmamızda bebeğini ilk kez işitme taramasına getiren babaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyi araştırılmıştır. Kaygı düzeyi ile bebeklerin takibe devamı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

Yenidoğanlarda işitme taraması, işitme kaybı olan bebeklerin mümkün olduğunca erken, en ucuz şekilde ve kesin olarak tanı almasını amaçlar (Kennedy ve ark., 1991; Doyle ve ark., 1997; Hanh ve ark., 1999; Nekahm ve ark., 2001). Doğumdan itibaren çocuk ve çevresi arasında bir etkileşim vardır. Bu etkileşimin çocuk tarafından alınması ve algılanması karşılıklı iletişim için gereklidir. İşitme kayıpları bu etkileşimi bozan önemli bir eksikliktir. Eğer çocukta farkına varılmamış ve tedaviye alınmamış bir işitme kaybı varsa önemli bir iletişim eksikliği ortaya çıkmaktadır. İşitme engelli çocuğun sözel iletişimi kısıtlı olacağı gibi, yeterli uyarı almadığı için zihinsel gelişimi gerilemekte, eğitim yaşamında başarısız olmaktadır. Duygu ve isteklerini ifade edemeyen çocuk içine kapanmakta ve sosyal uyumsuzluk göstermektedir (Lin ve ark., 2002; Övet ve ark., 2010).

İşitme kayıpları yenidoğanlarda en sık görülen doğuştan olan problemlerden biridir (Kenna, 2003). Yenidoğanlarda işitme kaybının görülme sıklığı her canlı doğumda 1-6/1000 bebek, ortalama 3/1000 bebek olarak belirtilmektedir. Bu oran yenidoğan bakım ünitelerindeki risk grubu bebeklerde binde ona kadar çıkmaktadır (Aydemir ve Zinciroğlu, 2004; Genç ve ark., 2005a; Genç ve ark., 2005b; Başar ve ark., 2007; Garabli, 2008; Barmak, 2010; Övet ve ark., 2010).

Anne babalar ve/veya hekimler yaşamın birinci yılında ileri derecede işitme kaybı olan bebeği tanımada yeterince başarılı olamamaktadır (Öner ve ark., 2010). Bebekler işitme kaybını ifade edemedikleri için işitme kaybı sessiz ve gizli bir engel olarak karşımıza çıkar (Garabli, 2008). Çocuklarda işitme taraması yapılmadığında işitme kaybı ortalama 3 yaşında tanınır, işitme kaybının derecesine göre tanı daha erken veya daha geç olabilir (Uslu ve ark., 2003). Dünya Sağlık Örgütü işitme eksikliği bulunan ya da böyle bir durumdan kuşku duyulan çocukların ilk üç ay içinde test edilmesini önermektedir (Lin ve ark., 2002; Övet ve ark., 2010).

Tüm dünyada işitme kaybının erken tanınabilmesi için yenidoğanlarda işitme taraması programları başlatılmıştır. Taranan bebeklerden işitme kaybı şüphesi olanlar ileri tetkike yönlendirilmekte ve işitme ile ilgili tedavileri en erken dönemde başlatılabilmektedir. Erken dönemde işitme kaybı belirlenip müdahale edilen bebeklerin lisan ve konuşma gelişimlerinin işiten yaşlılarına benzer olduğu görülmektedir (Eryılmaz ve ark., 2009).

2.1.Yenidoğan İşitme Taraması

Genel anlamda tarama, hedeflenmiş bir popülasyonda belli bir bozukluğun semptom vermeden önce tespit edilmesi amacıyla yapılır. Taramada amaç, hasta olanı olmayandan ayırmak ve erken tedavisini sağlamaktır. Tarama testleri, hastalıkların belirti ve bulgu vermeden belirlenmesini sağlar. Bu sebeple tarama programlarının yenidoğan döneminde uygulanması oldukça önemlidir. İşitme tarama testlerinde bebekler hızlı ve ucuz bir şekilde 'geçti (PASS)' ve 'kaldı (REFER)' olarak iki gruba ayrılır. İşitme taramasından geçen grubun işitmesi normal kabul edilir (Barmak, 2010). Amerikan Pediatri Akademisi (1999) üç aydan önce işitme kaybı tanısının konulup, müdahalenin de altı aydan önce yapılmasını önermiştir (<http://pediatrics.aappublications.org/content/103/2/527.full.html,2012>). 1998 yılında "European Consensus Development Conference on Infant Hearing" toplantısında yenidoğan işitme taramalarının genel kuralları belirlenmiş ve bu kurallara göre yenidoğan işitme taramalarının evrensel boyutta yaygınlaştırılması, her bebeğin işitmesinin kabul edilmiş objektif test yöntemleriyle test edilmesi ve her ülkenin kendi koşullarına göre bir tarama protokolü oluşturması ve yenidoğan işitme taramalarının öncelikle doğum hastanelerinde başlatılması önerilmiştir (Bolat, 2007). Bu tarihten sonra tüm dünyada yenidoğan işitme tarama programları uygulanmaya başlamıştır. Bir bozukluğun veya hastalığın taranması için hastalığın ve tarama testinin bazı kriterlere uygun olması gerekir. Tarama programları için kabul edilen bazı kriterler vardır. Yenidoğan işitme taraması için altı genel kriter ve bunların işitme taramasına uygulanmasının özeti Tablo 1'de gösterilmiştir (http://books.google.com.tr/books/about/Handbook_of_Otoacoustic_Emissions.html?id=X6Ez-C6LAbMC&redir_esc=y,2012).

Tablo 1. Yenidoğan işitme taraması kriterleri ve işitme taramasına uygulanması.

	Genel kriter	İşitme taramasına uygulanması
Önem	Taramaya izin vermek için bir bozukluk ciddi olmalı	İşitme bozukluğu, kayda değer derecede ciddidir ve uzun sürmesi durumunda konuşma ve dil eksikliklerine neden olabilir
Yaygınlık	Bozukluk eğer yeterince yaygınsa tarama etkindir	İşitme bozukluğu, risk altındaki bebeklerin yaklaşık%4-5'inde, sağlıklı yenidoğanların %0,1-0,6'sında bulunur
Tanı	Bozukluk, klinik olarak belirlenmiş bulgu ve semptomlar temelinde teşhis edilebilir	Yenidoğanlarda otolojik patoloji ve işitsel bozukluğun semptomatik bulguları iyi tanımlanmıştır ve klinik olarak değerlendirilebilir
Tedavi	Bozukluğun tedavisi için etkin terapiler ulaşılabilir olmalı	İşitsel bozukluğun tıbbi, cerrahi ve odyolojik tedavisi pek çok tıp ve eğitim kurumunda yapılabilir
Tedaviye yanıt verme	Bozukluk, uygun tedaviye yanıt verir ve böylece bebek üzerindeki etkileri azalır veya ortadan kalkar	Bazı otolojik patolojiler tıbbi veya cerrahi tedavilerle tedavi edilir; amplifikasyon ve eğitim, iletişim becerilerinin gelişimine katkı sağlar
Erken saptamanın avantajları	Yenidoğanda bir bozukluk için tarama, eğer erken müdahalenin bir avantajı varsa gereklidir	Konuşma ve dil gelişiminde hayatın ilk aylarındaki işitme bozukluğuyla bağlantılıdır; saptama ve müdahalede gecikme genellikle geri dönüşü olmayan iletişim yeteneklerinde kayıba yol açar

Yenidoğan işitme taramalarının ilk yıllarında, işitme taramalarının sadece risk taşıyan bebeklere uygulanması şeklindeki görüşler ağırlıktaydı. Bu görüşten yola çıkarak başlangıçta işitme kaybı açısından risk faktörüne sahip bebeklerin işitme taraması yapılmıştır (Genç ve ark., 2005b; Teksöz, 2007; Garabli, 2008). *Joint Committee on Infant Hearing* (Amerikan Konuşma-Dil ve İşitme Derneği, Amerikan Otolarengoloji-Baş ve Boyun Cerrahisi Akademisi, Amerikan Odyoloji Akademisi, Amerikan Pediatrik Akademisi ve Eyalet Sağlık ve Yardım Kuruluşlarının Konuşma ve İşitme Programları yöneticileri), erken dönemde yenidoğan bebeklerin işitme kaybı tanısının konulması yönündeki girişimleri desteklemektedir (<http://pediatrics.aappublications.org/content/103/2/527.full.html>,2012). Bazı durumlar işitme kaybı açısından risk faktörü oluşturur, normal işitmeye sahip ancak işitme kaybı

risk faktörü olan bebeklerin, 3 yaşına kadar 6 ayda bir odyolojik testlerinin yapılması önerilmektedir (Genç ve ark., 2005a). İşitme kaybı risk faktörleri 2007 yılında yayınlanan bildiriye göre aşağıdaki gibidir (Joint Committee on Infant Hearing, 2007).

1. Anne-babanın veya ailenin işitme, konuşma, dil ve/veya gelişimsel geriliğine ilişkin endişeleri,

2. Yoğun bakım ünitesinde 5 gün veya daha fazla kalması; ototoksik ilaç kullanımına maruz kalma (gentamisin ve tobramisin), loop diüretik kullanımı (furosemid), hiperbilirubinemi (kan değişimini gerektirecek kadar) ve mekanik ventilasyon kullanımı,

3. İntrauterin enfeksiyonlar; sitomegalovirüs, rubella, sifiliz, herpes ve toksoplazma,

4. Kulak kepçesi, kulak kanalı, temporal kemiğin morfolojik anomalilerini içeren kraniyofasiyal anomalilerin olması,

5. Sensörinöral ve/veya kalıcı iletim tipi işitme kaybı ile birlikte seyreden sendromlardaki fiziksel bulgular,

6. Progressif ve/veya geç dönemde başlayan işitme kaybı ile ilişkili sendromlar; Nörofibromatozis, Osteopetrozis, Usher Sendromu, Waanderburg, Alport, Pendred, Jervell ve Large-Nielson,

7. Nörodejeneratif bozukluklar; Hunter sendromu, Sensori Motor Nöropati, Charcot-Marie-Tooth Sendromu, Friedreich Ataksi,

8. Sensörinöral işitme kaybı ile ilişkili postnatal enfeksiyonlar; bakteriyel ve viral menenjit,

9. Ailesel kalıcı çocukluk çağı işitme kaybı öyküsü,

10. Kafa travmaları; özellikle temporal kemik kırıkları,

11. Kemoterapi.

Riskli gruplara yönelik işitme taramaları, işitme kayıplı bebeklerin tümünün erken tanısını sağlamaz. Birçok doğuştan işitme kayıplı yenidoğanın herhangi bir risk faktörüne sahip olmadığı, bu nedenle de sadece riskli yenidoğanlara işitme taraması uygulanması durumunda doğuştan işitme kayıplı bebeklerin %50'sinin tespit edilemeyeceği vurgulanmaktadır (Genç ve ark., 2005b).

2.1.1. Yenidoğan İşitme Taramasının Tarihçesi

1927 yılından bu yana Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), işitme taraması halk okullarında okul çağındaki çocuklara uygulanırken, işitme bozukluğunun erken tanısının dil gelişimine katkıda bulunacağına inanılmadan sonra, taramanın 2-5 yaşlar arasında yapılmasına ilişkin girişimler başlamıştır (Aydemir ve Zinciroğlu, 2004). Yenidoğan işitme tarama testinin bilinen ilk kullanımı, 1944 yılında İngiltere'de gerçekleştirilmiştir. Sir Alexander ve Lady Irene Ewing 'işitsel refleks cevapları' nı elde etmede perküsyon sesleri ve çay bardaklarını kullanmışlardır. Wedenberg 1956 yılında İsveç'te, göz kapağı refleksini elde etmek için saf sesleri kullanarak doğru bebek taramasını yapmaya başlamıştır. Froding, küçük çanlar ve sopaların çıkardığı seslerle 2000 bebeği test ederek Wedenburg'un çalışmasını izlemiş fakat cevabın güvenilir olmayışı ile ilgili endişe duymuştur (Madell, 1998; Toros, 2010). ABD'de ilk geniş kapsamlı işitme taraması projesi ise 1964 yılında Marion Downs'ın çabalarıyla başlamış ve bebeklerin işitme taraması için en uygun, etkili ve ucuz tarama yönteminin bulunması ve işitme engelinin tanı yaşının düşürülmesi hedeflenmiştir (Hall ve Muller, 1997; <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap3.pdf>, 2012).

İşitme taramaları ile ilgili ilk girişimler toplumu bilinçlendirme kampanyaları ile başlamıştır. İşitme kaybı olan bebeklerin öncelikle aileleri ve/veya yakın çevresi tarafından fark edileceği düşüncesi ile bilinçlendirme kampanyaları ile işitme engeline dikkat çekilmesi amaçlanmış, toplumu bilgilendirici kampanyalar düzenlenmiş, ancak yapılan bu yaygın kampanyalara rağmen ABD'de 24 ay 30 ay civarında olan tanı yaşının düşmediği görülmüştür (Dienfendorf, 2002). Daha sonraki dönemlerde ise, işitme kaybı açısından yüksek riskli bebeklerin soru formu ile tespit edilmesine çalışılmıştır (Watkin ve ark., 1991). Ancak bu uygulamalarda da, işitme engelli çocukların yaklaşık olarak %50'sinin saptanabildiği görülmüştür. Böylece tüm bebeklerin ve çocukların işitmelerinin objektif yöntemlerle periyodik aralıklarla test edilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır (Watkin ve ark., 1991).

Daha sonraki dönemlerde, işitme kaybının saptanması için bebeklerde davranış testleri kullanılmaya başlamıştır. Davranış yöntemi ile işitme taramasının en basit yolu aile gözlemleridir. İşitme engelli çocukların yaklaşık olarak %60'ı aileleri tarafından fark edilmektedir. Bu dönemde kullanılan davranış tekniği, bebeğin verilen sese otomatik olarak sıçraması, boynunu oynatması, kalp atımında ve solunumunda

değişmeler meydana gelmesi ve/veya sakinleşmesi gibi davranışsal cevapları içerir. Bebeğin bu cevapları, gözleme veya bu davranışlarını cihaz aracılığı ile kayıt etme yoluyla saptanır (McCormick ve ark., 1984; Tucker ve Bhattacharya, 1992). Gözlem yöntemini sistematik olarak uygulamak mümkün değildir. Bu nedenle, otomatik bilgisayarlı yöntemlerin arayışına girilmiş, işitsel cevap beşikleri geliştirilmiştir. Bu yöntemde beşiklere bebeğin baş hareketini, kalp atımını, solunum sayısını kaydeden alıcılar yerleştirilir ve kulaklıklarla 85 dB HL (*Hearing Level*) şiddetinde sesli uyarın verilir. Yapılan değerlendirmelerde hem sesli uyarının verilmesi sırasında hem de uyarın olmadan bu alıcılardan elde edilen davranışsal cevaplar dikkate alınır. Bu cevaplara çeşitli aralıklarla kayıt yapılarak ulaşılır. İşitsel cevap beşikleri, işitsel yolun bütününe değerlendirir, girişim gerektirmez ve uygulaması kolay bir yöntemdir. Bu yöntemde test süresi birkaç dakika sürmesine rağmen bebeği hazırlamak ve yerleştirmek zaman alır. Ancak yüksek şiddette uyarın kullanılması sebebiyle hafif derecedeki işitme kayıpları tespit edilememektedir. Zamanında doğmuş yenidoğanlar için uygun bir yöntem olan işitsel cevap beşikleri prematüre doğmuş bebeklerde ve hasta yenidoğanlarda kullanılmamaktadır (McCormick ve ark., 1984; Tucker ve Bhattacharya, 1992; <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap3.pdf>, 2012).

Diğer bir otomatik davranış testi ise Crib-ogram'dır. Burada bebeğin beşiğine fotoelektrik bir alıcı yerleştirilir, 3 kHz'de ve 90 dB SPL (*Sound Pressure Level*) şiddetinde sesli uyarın verilerek bebeğin hareketleri kaydedilir. Bu yöntemin işitsel bebek beşiklerinden daha özellikli olduğu kabul edilmektedir (Kenna, 2003).

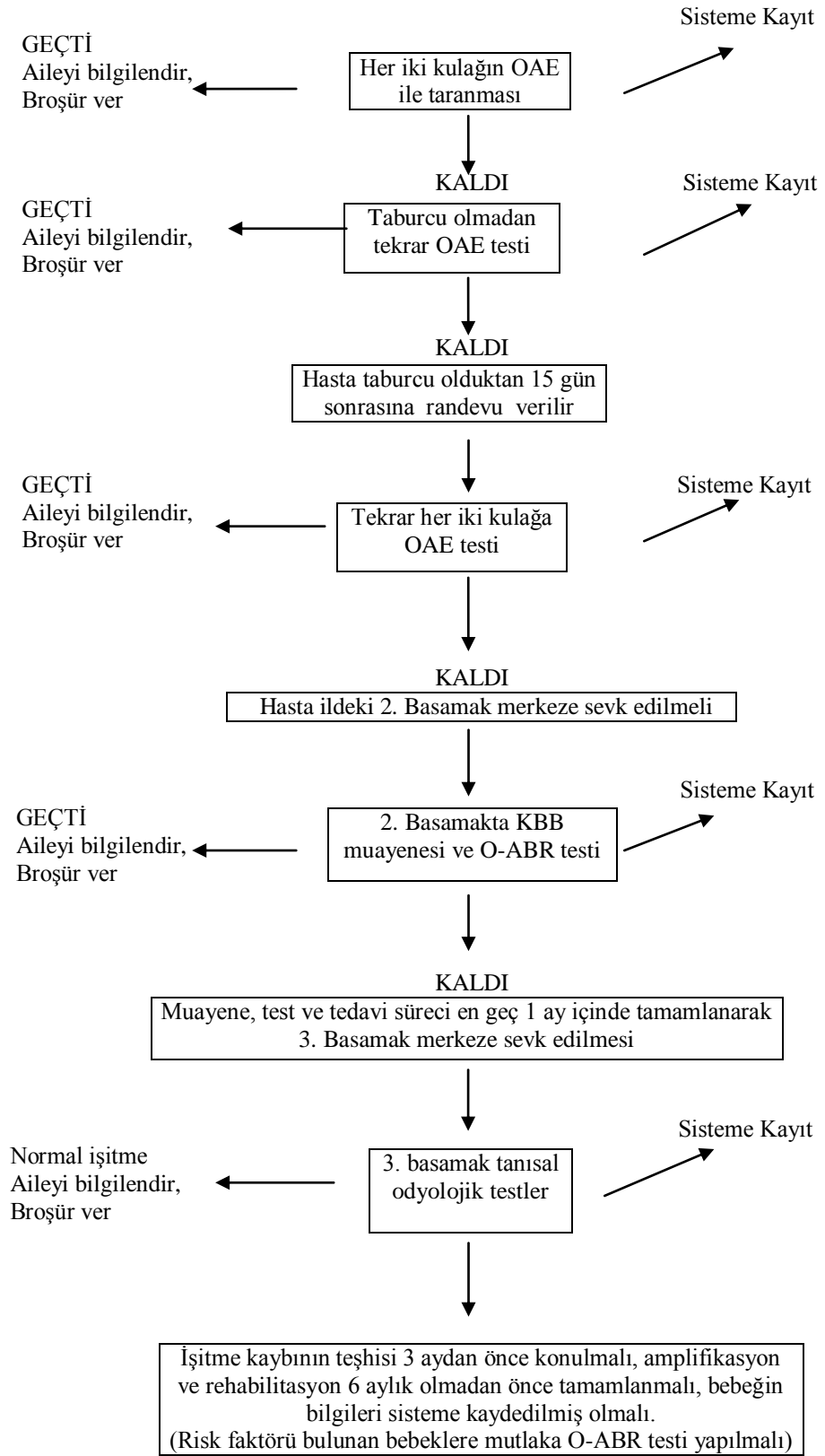
Otomatik tarama cihazları geliştirilmeden önceki dönemlerde sadece işitme kaybı açısından risk taşıyan bebeklere konvansiyonel ABR cihazı ile işitme taraması yapılmaktaydı (Genç ve ark., 2005b). Amerika'da 1992-1996 yılları arasında yapılan Colorado Yenidoğan İşitme Taraması Projesi kapsamındaki değerlendirmelerde konjenital işitme kaybı tanısı konan 126 bebeğin %50'sinin işitme kaybı açısından herhangi bir risk faktörüne sahip olmadığı görülmüştür. Bunun üzerine, *American Academy of Pediatrics*'in (AAP) 1999 yılında yayınladığı bildiriye tüm yenidoğanlara işitme taraması yapılmasını önermiştir (Kemp, 1978; Levi ve ark., 1997).

Yenidoğan işitme taramalarının bundan sonraki tarihsel gelişiminde *Evoked Otoacoustic Emmissions* (EOAEs) kullanımına rastlanır. 1978 yılında David Kemp'in dış kulak yolundan EOAEs ölçülmesi tekniğini geliştirmesi ile yenidoğan işitme taramalarının önü açılmıştır (Kemp, 1978). Kemp ve ark., doğumdan sonraki üçüncü ve dördüncü günlerde TEOAE uygulamalarının %95 başarılı olduğunu bildirmiştir (Kemp ve ark., 1990). Bu cihazla yapılan ölçüm sonucunda 30 dB'in üstündeki işitme kayıplarının objektif olarak belirlenmesi mümkün olmuştur. İşitme taraması alanındaki bu gelişme ile birlikte pek çok ülke yenidoğan işitme taramasına başlamıştır (Genç ve ark., 2012)

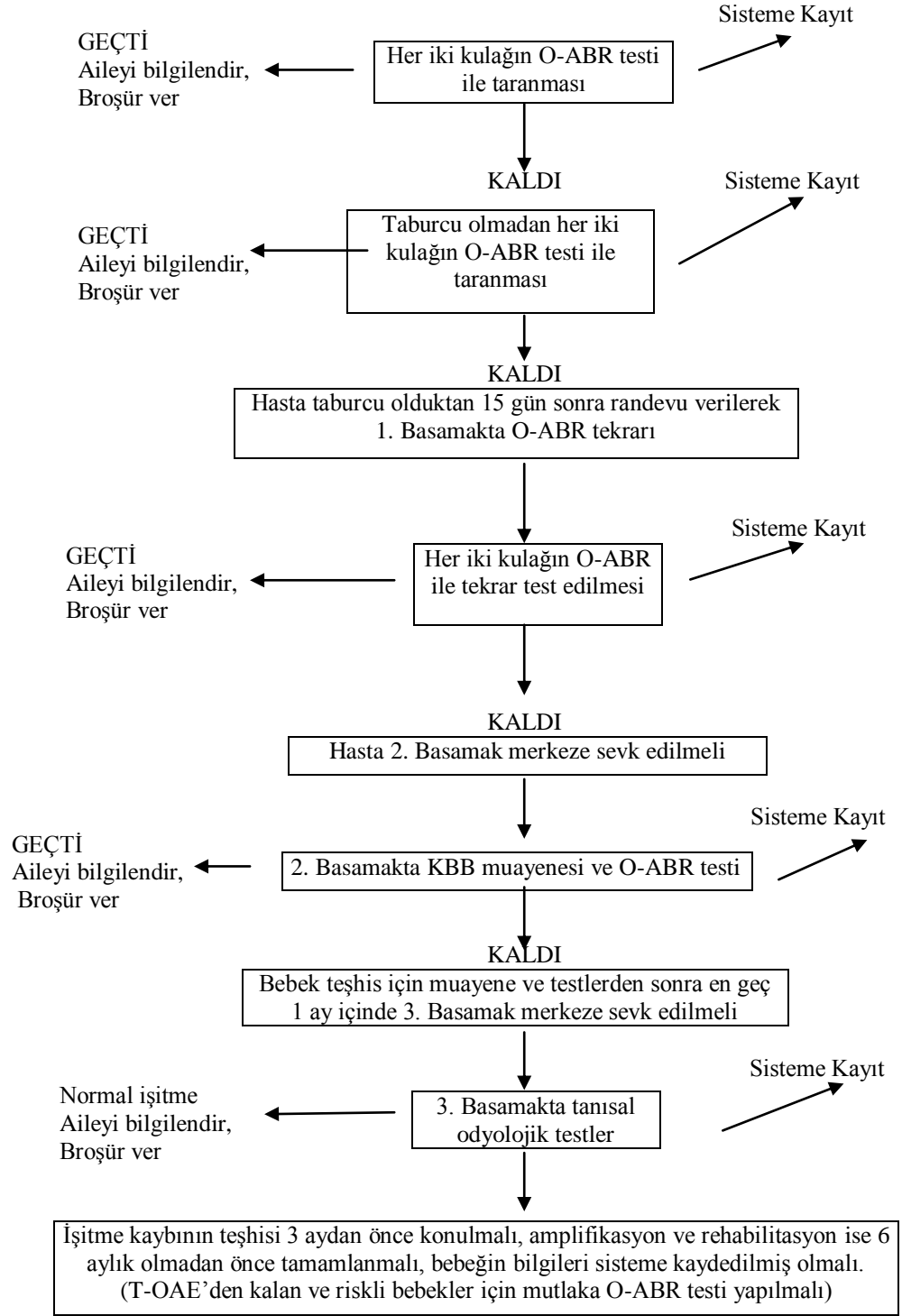
2.1.2. Ulusal Yenidoğan İşitme Taraması Protokolü :

Ülkemizde yenidoğan işitme taraması ilk olarak üniversite hastanelerinde başlamıştır. Marmara Üniversitesi'nde 1994 yılında, Hacettepe Üniversitesi'nde 1998 yılında, Dokuz Eylül Üniversitesi'nde 2003 yılında, Gazi Üniversitesi'nde 2004 yılında, Çukurova ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde 2005 yılında yenidoğan işitme taramaları yapılmaya başlanmıştır (Toros, 2010). Ülkemizde doğum hastanelerinde yenidoğan işitme taraması ilk olarak 2000 yılında T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğü arasında imzalanan bir protokolle Sağlık Bakanlığı Zübeyde Hanım Doğumevi'nde başlamıştır. Yapılan uygulamanın başarılı olması sonucunda aynı kurumlar arasında 2003 yılında imzalanan bir başka protokolle Sağlık Bakanlığı Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yenidoğan işitme taraması yapılmaya başlamıştır. Zübeyde Hanım Doğumevi ve Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan uygulama 2004 yılında ülke genelinde başlatılan '*Ulusal Yenidoğan İşitme Taraması Kampanyası*'nin çekirdeğini oluşturmuştur. 2004 yılında T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi'nin yanı sıra Marmara Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi ve Gazi Üniversitesi'nin de katılımı ile imzalanan protokol ile tüm doğum hastanelerinde yenidoğan işitme taramasının yapılması hedeflenmiştir (Barmak, 2010). T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün 2012 sonuçlarına göre ülke genelinde 81 ilde toplam 735 hastanede yenidoğan işitme taraması yapılmaktadır.

Ülkemizdeki yenidoğan işitme taraması uygulaması Tarama emisyon ile yapılan işitme taraması protokolü için Şekil 1’de ve Otomatik ABR ile yapılan işitme taraması protokolü için Şekil 2’de gösterilmiştir (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap3.pdf>, 2012). (KBB; Kulak Burun Boğaz, OAE; Otoakustik Emisyon, O-ABR; Otomatik İşitsel Beyin Sapı Cevabı)



Şekil 1. Tarama emisyon (T-OAE) cihazlı işitme taraması protokolü
(<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap3.pdf>, 2012).



Şekil 2. Otomatik-ABR (O-ABR) ile işitme taraması protokolü (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap3.pdf>, 2012).

2.2. Erken Tanı

Tarama programından geçmemiş bir bebeğin işitme kaybı tanısı ortalama 12-30 ay civarında konulabilmekte, hafif ve orta derecedeki işitme kayıplarında ise bu süre daha da uzayabilmektedir. İşitme kaybının tanısı ne kadar erken dönemde konulursa uygun amplifikasyon ve (re)habilitasyon uygulaması da o kadar erken dönemde başlar ve dil gelişimi için gerekli işitme algısı sağlanmış olur (Hunter ve ark., 1994). Bebeklik döneminde objektif test yöntemleri ile işitme kaybının en erken dönemde tespit edilmesini sağlayacak teknolojilerin gelişmesi, konjenital işitme kayıplarının yaşamın ilk günlerinde/aylarında belirlenmesi olanağını doğurmuştur. Erken dönemde tanısı konup işitme cihazı ile amplifikasyon uygulanan ve özel işitsel eğitim verilen bebekler tüm gelişim alanlarında ve akademik başarıda yaşlılarına yakın performans gösterirler (Markides, 1986). İşitme cihazı kullanması gereken bebeklere 6 aylıkken cihaz uygulandığında lisan ve konuşma gelişimleri, daha geç yaşta cihaz kullanmaya başlayan bebeklere göre daha iyi gelişir (Ramkalawan ve Davis, 1992). Altıncı aydan önce cihazlanan bebeklerin dil ve konuşma gelişimlerini tamamlamaları nedeniyle okul dönemlerinde rehabilitasyon gereksinimlerinin en aza indiği gösterilmektedir (Başar ve ark., 2007).

2.2.1 Erken Tanının Önemi

Konuşma ve dil becerilerinin kazanılması için işitmenin normal sınırlarda olması gerekir (Markides, 1986). Normal işitmeye sahip olan bir çocukta, konuşma ve dil becerilerinin kazanımı hayatın ilk aylarından itibaren başlar. Bebeğin doğumdan 72 saat sonra çevresel sesleri algılamaya başlaması ile işitsel algı yeteneği gelişme sürecine girer. Bu içgüdüsel dönemi, '*Babbling* (mırıldanma) ve *Lalling* (mırıldanmanın tekrarı)' dönemi izler (Barmak, 2010). İşitme kayıplı bebekte dil gelişimi *babbling* dönemine kadar normal işiten yaşlılarına paralellik gösterir. Çünkü bu döneme kadar olan lokalizasyon refleksiftir. Bu dönemden sonra işitme kayıplı çocuğun dil gelişiminde anlamlı bir duraklama ve gerileme gözlenir (Derim, 2007).

Konjenital işitme kaybı olan bebeğin tanı yaşı, işitme cihazı ve işitsel eğitime başlama yaşı geciktikçe bebeğin konuşma-dil, sosyal, duygusal, bilişsel ve akademik becerileri olumsuz yönde etkilenir (Barmak, 2010). Yenidoğan işitme tarama programları, bebeğin gelişim alanlarındaki başarısını engelleyecek olan işitme kayıplarına erken dönemde tanı konmasını sağlar. Etkili işitme taraması programında,

bebek 3 aylık olmadan önce işitme kaybı tanısının konulması ve bebek 6 aylıkken (re)habilitasyon programına başlanması hedeflenir (Vohr ve ark., 2008). Dil gelişimi ile işitme kaybı tanı yaşı, amplifikasyon ve işitsel eğitime başlama yaşı arasında pozitif bir ilişki vardır, yaşamın ilk yıllarında beyin nöroplastisitesinin çok hızlı olması nedeniyle bebeğin erken dönemde işitme kaybı tanısının konulup, (re)habilitasyon programına alınması gerekir (Özcebe ve ark., 2005; Reyes, 2008).

Normal işiten bir bebekte koklea doğumda maturasyonunu tamamlarken, işitsel sinir sistemi maturasyonunu henüz tamamlamamıştır. Bebeğin işitsel sinir sistemi, akustik uyarılara bağlı olarak zamanla gelişir. İşitsel sistemin gelişiminde, aksonal, dentritik, sinaptik bağlantıların olgunlaşması ve miyelinizasyonu erken çocukluk döneminde beyin sapında olurken, geç çocukluk döneminde serebral kortekste olmaktadır (Sininger ve ark., 2000). Eğer erken çocukluk döneminde işitsel sisteme giren duyular kesintiye uğrarsa bu dönemde merkezi işitme sistemindeki nöronların morfolojik ve fonksiyonel özellikleri bozular. Eğer ses uyarısı kortekse ulaşamazsa çocuğun konuşma ve dil becerileri olumsuz yönde etkilenir. Bu olumsuz etkilerin ortadan kaldırılabilmesi için işitsel uyarının sağlanması gerekir. İşitsel uyarının sağlanması için kritik bir dönem vardır. Bu kritik dönem içinde bebeğin işitme kaybı tanısının konulup uygun amplifikasyon sağlanması büyük önem taşır. Doğru zamanda yapılan uygun amplifikasyon ve işitsel eğitim bebeklerin konuşma ve dil gelişimini olumlu yönde etkiler (Barmak, 2010).

2.3. Taramaya Hazırlık

İşitme taramasının kısa sürede tamamlanması, test işleminin doğru yapılması, test ekipmanı, bebekler ve testin yapılacağı ortamın bazı özelliklerine bağlıdır. Test sırasında dikkat edilecek bu unsurlar, doğru neticeye hızlı bir şekilde ulaşmayı sağlamaktadır (Teksöz, 2007).

İşitme taraması başlamadan önce, tarama yapacak olan kişi kendini aileye tanıtmalı ve tarama testi ile ilgili bilgi vermelidir. Tarama testinin neden yapılması gerektiği, taramanın önemi, erken tanı ve müdahalenin önemi, bebek için faydası ve tarama işleminin nasıl yapılacağını aileye veya bebeği getiren aile bireylerine anlatılması, bunun yanı sıra bebeğin canını acıtacak bir işlem olmadığını açıklanması aileleri rahatlatır ve güven duygusu sağlar (Çiprut ve Akdaş, 2012). Test esnasında, mümkün olduğunca bebek en rahat konumda test edilmelidir. Bebek aile bireylerinin

yanında test edilmeli, tek başına teste alınmamalıdır. Teste başlamadan önce bebeğin kulakları (dış kulak yolu, kulak kepçesi, vb) incelenmeli ve normal dışı durumlar kaydedilmelidir (Teksöz, 2007).

2.3.1. Taramayı Etkileyen Faktörler

- ✓ *Prob*'un büyüklüğü: Farklı kulak kanallarına göre değişik büyüklükte *probe* uçları bulunmaktadır. *Probe*'u yerleştirirken *prob* ucu kulak kanalını tamamen tıkayacak büyüklükte olmalıdır. Uygun *probe* ucunu bulmak için, büyük *probe* ucu ile denemeye başlamak daha uygundur (Çiprut ve Akdaş, 2012)
- ✓ *Probe* yerleşimi: *Probe* kulağa iyi yerleştiğinde uyarının kulak kanalına hapsolmesini ve test sırasında gürültü düzeyinin düşmesini sağlar ve böylece emisyon kaydetme olasılığını yükseltir (Garabli, 2008).
- ✓ Dış kulak yolu problemleri: Yenidoğanların dış kulak kanalları verniks/sıvı ile dolu olabileceğinden *probe* yerleşiminden önce temizlenmesi gereklidir. Dış kulak yolundaki verniks, *probe* ile iç kulağa gönderilecek ses iletimini bozacağından bebeğin testten kalmasına neden olabilir aynı zamanda verniks '*probe*'un deliklerinin içine dolup tıkalabilir ve son derece hassas bir mikrofon olan *probe* sık sık arızalanabilir. Yenidoğanların kulak kanalları esnek olduğundan kulak kanalı duvarları birbirine yapışabilir. Dış kulak kanalı yapışıkça, *probe* düzgün yerleştirilemeyeceği için, testten doğru sonuç alınamaz. *Probe* takılmadan önce yenidoğanın kulak kepçesi manipüle edilmeli, aşağı yukarı, sağa sola çekilerek dış kulak kanalı yapışıkça, açılması sağlanmalıdır (Garabli, 2008; Çiprut ve Akdaş, 2012)
- ✓ Bebeğin durumu: Tarama sırasında bebeğin karnı tok, altı temiz, huzurlu, rahat, uyuyor olması ya da uyutulmaya çalışılması gereklidir. Ağlayan ve hareket eden bebekte tarama testi sonuçlandırılmaz. TEOAE ve O-ABR testleri miyojenik aktiviteden etkilenir ve bu durum sonuç alma olasılığını düşürür (Çiprut ve Akdaş, 2012).
- ✓ Testin yapıldığı ortam: Tarama testleri testin yapıldığı ortam gürültü düzeyinden etkilenmektedir. Test sırasında, odanın gürültülerden arındırılmış, sessiz ve sakin olması taramayı hızlandıracak ve sonuç alma olasılığını arttıracaktır (Teksöz, 2007).

- ✓ O-ABR testi için elektrotların yerleşimi: O-ABR için kullanılan elektrotların yerleri iyi temizlenmemişse, baş bölgesine uygun yerleşim sağlanmamışsa, bebeğin kulağına O-ABR probu veya kulaklığı iyi yerleşmemişse, sonuç bebeğin testten geçememesi şeklinde olacaktır (Teksöz, 2007).

Tarama testinden kalan bebekler, taburcu olmadan önce ve/veya sonra, tekrar tarama testi uygulanarak, takip edilmektedir. Testten kalan, bir başka deyişle takibe çağrılan bebek sayısının azaltılması için taramanın bebeklerin en uygun olduğu zamanda yapılması, bebek taburcu olmadan önce tarama testinin tekrarlanması, test sırasındaki çevresel gürültünün kontrol edilip azaltılması ve tarama testinde kullanılan ekipmanların çalışır durumda, yedek ve sarf parçalarının temin edilmiş olması gereklidir. Bebeğin hareketlerinin azaltılması kundaklanıp sarılması, kendini huzur ve güven içinde hissetmesi önemlidir (Teksöz, 2007).

2.4. Yenidoğan İşitme Taramasında Kullanılan Test Yöntemleri

Yenidoğan işitme taramalarında iki yöntem kabul görmektedir. Bunlar, uyarılmış otoakustik emisyonlar ve işitsel beyinsapı cevap yöntemleridir (Kemp ve ark., 1990; Eryılmaz ve ark., 2009). İşitme taramalarında ayrı ayrı veya bir arada kullanılabilen her iki yöntemin otomatik modelleri, invaziv olmayan, hızlı, kolay uygulanabilen ve özel yetişmiş elemana ihtiyaç duyulmayan yöntemlerdir (Cox ve Toro, 2001; Övet ve ark, 2010).

2.4.1. Uyarılmış Otoakustik Emisyonlar (Evoked Otoacoustic Emissions - EOAEs)

a. Geçici Uyarılmış Otoakustik Emisyon (Transient Evoked Otoakustic Emissions - TEOAE)

Geçici uyarılmış otoakustik emisyonlar, bir akustik uyarımın verilmesinin ardından gürültü seviyesinin azaltılması için averajlama teknikleri kullanılarak dış kulak yolundan kaydedilen düşük seviyeli akustik sinyallerdir (Korkmaz, 2008). TEOAE, kokleanın bütünlüğünün kontrol edilmesini sağlar (Paludettin ve ark., 1999). Normal bir kokleada, geniş bantlı bir uyarım olan klik uyarımını verilerek, kokleanın geniş bir bölümünün uyarılması sonucunda oluşur. TEOAE'lerin zamana göre dalga formasyonu, uyarımın verilmesini takip eden yaklaşık 20 msn (milisaniye) içinde izlenmeye başlayan bir dizi osilasyonlardan (dalgalanmalar) oluşur ve yüksek frekanslı komponentlere göre daha kısa latanslı frekans grupları şeklindedir. TEOAE komponentlerinin her birinin latansı, kokleadaki yürüyen dalga mekaniğince belirlenir. TEOAE cevapları frekans

dağılımına göre analiz edilir. Sinyal gürültü oranı ve tekrarlanabilme oranı dikkate alınan kriterlerdir (Korkmaz, 2008). Genel olarak normal işitme seviyelerinde TEOAE seviyelerinin de normal olması beklenir (Nakamura ve ark., 1997). Ancak 20-40 dB'den fazla işitme kaybı olan bireylerde TEOAE cevabı alınmaz (Bolat, 2007).

b. Distorsiyon Ürünü Otoakustik Emisyonlar (Distortion Product Otoacoustic Emmissions – DPOAE)

Sabit frekans ve şiddette iki saf ses verilerek elde edilen emisyonlar distorsiyon ürünü otoakustik emisyonlar olarak adlandırılırlar (Khvoles ve ark., 1999). DPOAE iki farklı frekanstaki saf sesin, kulağa devamlı verilmesi sırasında kaydedilir. Kulak kanalına yerleştirilen mikrofon, iki temel saf sesin yanında bir seri diğer frekanslara ait sinyalleri de kaydedecektir. Bu sinyaller distorsiyon ürünleri (distortion products) olarak isimlendirilir (Korkmaz, 2008). Distorsiyon ürünlerinin bulunması normal kokleanın nonlineer özelliğinin kanıtı olarak değerlendirilir. DPOAE'ler klinikte, farklı frekanslardaki bir çift saf sesin (f_1 ve f_2) sırasıyla 65 ve 55 dB SPL şiddetlerinde (L1 ve L2) verilmesiyle kaydedilir ve saf ses frekanslarının oranı (f_2/f_1) 1.2/1 olarak ayarlanır. Stimulus frekansları sistematik olarak değiştirilerek, 1000 Hertz (Hz) ile 8000 Hz aralığında geniş bir alandaki DPOAE'ler kaydedilir. Cevapların anlamlı olduğuna karar verirken, DPOAE dalga büyüklüğünün gürültüye olan oranının tipik olarak 3-6 dB daha fazla olması gerekir. İnsan kulağında en belirgin distorsiyon ürünü otoakustik emisyonların $2f_1-f_2$ frekansında olduğu gözlenmiştir (Harris ve ark., 1989). Orta kulak fonksiyonları normal olan bir olguda, klinik olarak anlamlı DPOAE'lerin bulunmaması, odyometrik işitme eşliğinin 40 dB ve üzerinde olduğunu gösterir (Johnson, 2002).

2.4.2. İşitsel Beyinsapı Cevabı (Auditory Brainstem Response- ABR)

İşitsel beyin sapı cevabı, kulağa 'tone burst' veya 'click' tarzında akustik uyarılar verilmesi ve baş bölgesine yerleştirilen elektrotlarla oluşan cevabın kaydedilmesi ile elde edilir (Singer ve ark., 2000). ABR ölçümünde en iyi işitsel cevap klik uyarı ile elde edilir. Frekans spesifitesi olmayan klik uyarı ile senkronize nöral aktivitenin en iyi şekilde açığa çıkarılması sağlanır. Bu uyarı ile 1000 Hz ve üstü koklear fonksiyon hakkında bilgi sağlanır (Özdamar ve ark., 1990).

ABR, son yıllarda yenidoğan işitme taramaları için altın standart olarak kabul edilir (Pool ve Finitzo, 1989). ABR ölçümünde, bebeğin başına yerleştirilen elektrotlar aracılığı ile gönderilen ses uyarısına karşı oluşan elektroensefalografik dalgalar

kaydedilir. Böylece, işitme sinirinin ve beyin sapı işitme yolunun fonksiyonu ölçülür (Hall ve Garner, 1988). Bu ölçümlerde konvansiyonel ve otomatik olmak üzere iki tip ABR kullanılır. Konvansiyonel ABR ölçümlerinin konu ile ilgili uzmanlar tarafından yapılması, elde edilen verilerin yine bu uzmanlar tarafından değerlendirilmesi gerekir ve test süresi uzundur. Bu nedenlerle konvansiyonel ABR yoğun tarama programları için uygun değildir. Otomatik ABR ile yapılan ölçümlerde elde edilen cevap otomatik olarak değerlendirilerek ‘geçti (*PASS*)’ veya ‘şüpheli/kaldı (*REFER*)’ şeklinde sonuç elde edilir, ölçümde uzman personele ihtiyaç duyulmaz ve kısa sürede sonuç alınan bir yöntemdir. ABR yöntemi ile yapılan işitme taraması sırasında da bebeğin sakin veya uyku halinde olması gerekir. Bu tarama yöntemi, dış kulak yolunda amniyon sıvısı, debris ve orta kulakta sıvı olması (süt otiti vb.) gibi durumlardan etkilenmez. Bu nedenlerle yenidoğan işitme taraması programlarında sıklıkla kullanılır (Hall ve Garner, 1988; Özdamar ve ark., 1990).

2.5. Aile Kavramı

Aile, karşı cinsten iki kişinin iletişimi, eş seçme ve evlenmeleri süreci ile gerçekleşen ve aynı çatı altında yaşayan, gelirini paylaşan, evlilik ve kan bağı ile birbirlerine bağlı olan, çeşitli rollerle birbirini etkileyen, daha sonra da aralarına çocuklarında dahil olduğu yasal, toplumsal, ekonomik bir kurum oluşturan en küçük gruptur (Sarıhan, 2007).

Toplumun temelini oluşturan aileye bir çocuğun katılımı aile düzeninde ve ilişkilerde değişikliğe neden olur, aile üyelerine yeni roller yükler (Uyaroğlu ve Bodur, 2009).

Bir insanın hayatta yaşayabileceği en güzel duygular ve mükemmel olaylardan birisi hiç kuşkusuz çocuk sahibi olmaktır. İnsanlar çeşitli nedenlerle çocuk sahibi olmak isterler. Birçok aile için çocuk, evliliğin bir ürünü, aileyi tamamlayıcı bir unsurdur (Güngör, 2008).

Bütün toplumlarda çocuk sahibi olmak, insan yaşamındaki en önemli olaylardan biridir. Çocuk sahibi olmak, çift için, alışık oldukları karı kocalık rollerinin yanı sıra, anne baba olma rollerini de beraberinde getirmektedir. Her aile, yeni bir bebeğin doğmasıyla başlayacak olan değişikliklere ve yeniliklere bilgileri ölçüsünde hazırlanmaya çalışmaktadır. Hamilelik dönemi boyunca anne ve babalar doğacak olan çocuğa ilişkin hayaller kurarlar. Dolayısıyla aile bir yandan bu hayalleri gerçekleştirme

umudu yaşarken, diğer yandan, ortaya çıkabilecek olumsuz durumların kaygısını yaşıyor olabilir (Güngör, 2008).

2.6. Kaygının (Anksiyete) Tanımı

Anksiyete, hoş olmayan heyecansal endişe ya da kaygı hali olup, benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gerilim ve duygulanım olarak tanımlanmaktadır (Cüceloğlu 2005). Anksiyete, düşünce içinde sıkıntıya girmek anlamına gelen Latince “anxietas” kelimesinden gelmektedir (Karaman, 2008). İngilizce konuşan ülkelerde “anxiety” sözcüğü yaygın olarak kullanıldığı gibi dünya literatürüne de bu şekliyle girmiştir. Kaygı (Anksiyete) evrensel bir duygu olup, bireyin kendini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir yanıtır (Ekiz ve Göz, 2005). Türkçe’de “bun, bunaltı”, “kaygı”, “endişe” veya “hoş olmayan heyecansal bir endişe hali” olarak tanımlanabilir. Türk Dil Kurumu sözlüğünde kaygı, “üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa” anlamındadır.

(http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.4fea0f845e4d60.41834405, 2012).

Kaygı, iç ve dış dünyadan kaynaklanan bir tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan bir duygu durumudur. Kişi kendini bir çeşit ‘alarm’ durumunda ve ‘sanki kötü bir şey olacakmış gibi’ bir duygu içinde hisseder (Işık, 1996). Kişinin gündelik hayatta karşılaştığı olaylarla ilgili olarak, engelleyemediği aşırı bir endişe ve kuruntulu beklenti içinde olmasına yol açan kaygı, aslında bireyin normal gelişiminin bir parçası olan duygulardan birisidir (Güngör, 2008).

Kaygı, endişe ya da soruna bir tepkidir. İçsel bir alarm sistemi görevi de yapmaktadır ki bu iyi bir durumdur. Çünkü olası bir kötü durumla hemen uğraşamayacaksa alarm, kişi hazır olana kadar durumu idare edecek ayrıca alarmin artan şiddeti, durumun göz ardı edilmesini giderek zorlaştıracaktır (Güngör, 2008). Birey, alışlageldiği yaşamı içinde, ne olduğunu tam bilemediği yeni, farklı ya da bilinmeyen bir durumla karşılaştığı zaman bu duyguyu deneyimlemektedir. Kaygı genellikle stres yaratan durumlarda daha belirgin hissedilmektedir. Psikoanalistler kaygının doğumla başlayıp ölüme kadar sürdüğünü belirtmektedir (Cüceloğlu, 2005). Çoğu kez kaygı ve korku birbirinin yerine kullanılmaktadır. Oysa korku, kaynağı dıştan gelen belirli bir tehlike karşısında hissedilen, bireyi savunmaya iterek tehlikelerden

koruyan, çeşitli bedensel ve ruhsal belirtileri olan karmaşık bir duygudur. Kaygı ise genellikle içsel kaynaklı, bireyin kendini nasıl koruyacağını bilmediği bir duygudur. Bu iki duygusal yanıt arasındaki farklardan biri, korkunun akut, kaygının kronik oluşudur (Karaman, 2008).

2.7. Kaygının (Aksiyete) Tarihçesi

Kaygı kavramı gerek yaşamın temel duygularından biri olması, gerekse ruhsal bozukluklara neden olması açısından çok önemli bir özellik taşır (Qasimi, 2007). Öyle ki, 20. yüzyılın ikinci yarısında çok sözü edilen kaygı kavramı bu döneme ismini vermiş ve bu dönemin “Kaygı Çağı” olarak anılmasına neden olmuştur. 20. yüzyıl ‘ Kaygı Çağı’ olarak adlandırılmış olmasına karşın, aslında kaygının tarihi insanlık tarihi kadar eskidir. Kaygı ya da endişe, tehlikelerle başa çıkmak için nesiller boyunca kullanılmış en temel insan duygularından biridir. İlk kez 1872 yılında Charles Darwin, ‘İnsanda ve Hayvanlarda Duyguların İfade Edilmesi’ adlı kitabında, korku olarak verilen tepkilerin yapısının doğal bir seçim süreci içerisinde şekillenmekte olduğunu ve korkunun doğal olarak ortaya çıktığı, düzenli kalp çarpıntıları, kas gerilmeleri, titreme, artan terleme, saçların dikilmesi, ağız kuruması, seste değişiklikler ve gözbebeğinde genişleme gibi durumları açıklamıştır. Aynı zamanda Darwin, korku reaksiyonlarının şiddetine göre farklılık gösterdiğine de değinmiştir (Spielberger, 1976; Öner ve LeCompte, 1983).

Kaygıyı, psikolojik, psikiyatrik, laboratuvar ve klinik amaçların hepsini birden karşılayacak şekilde tarif etmek çok zordur. Kaygı, farklı zaman dilimlerinde farklı kuramcılar tarafından tarif edilmeye çalışılmıştır (Qasimi, 2007).

Son yıllarda kaygı üzerinde yoğun araştırmalar yapan ve arkadaşlarıyla birlikte, bu araştırmada kullanılan kaygı ölçeğini geliştiren Spielberger (1972) kaygıyı, gerginlik, endişe, üzüntü gibi subjektif duygularla karakterize olan ve otonom sinir sisteminin artan faaliyetleri içinde hissedilen, hoşnutsuzluk yaratan geçici emosyonel bir durum olarak tanımlar (Spielberger ve ark., 1976).

2.8. Kaygı Kuramları

Kaygıyı felsefi, biyolojik, psikolojik, kültürel bağlamlarda açıklamaya çalışan pek çok kuram vardır. Modern Kaygı Kuramının felsefi öncülerinden Kierkegaard’a göre kaygı, ölüme dek süren bir hastalıktır; yaşamın kaçınılmaz bir parçasıdır; nevrotik kaygı ise benliğin dağılması ve anlamsızlığından doğmaktadır (<http://www.scribd.com/doc/31083285/KAYGI-KAVRAMI-kierkegaard>, 2012).

Goldstein (1938), kaygıyı, felaket getirici koşullara bağlantılı olarak organizmanın gerçekleştirdiği öznel deneyim olarak tanımlamaktadır. Kaygıyı biyolojik bir hastalık olarak yorumlayan Goldstein, kaygının ortak ögesinin, bireyin yeteneği ile ondan beklenenler arasındaki uyumsuzluk olduğunu ve bu durumun insanın kendisini gerçekleştirebilmesini olanaksız kıldığını savunmaktadır (Güngör, 2008).

2.8.1. Durumluk – Sürekli Kaygı Kuramı

Kaygının durumluk ve sürekli kaygı olarak ilk ayrımı Cattell (1966) tarafından yapılmış ve son yıllarda Spielberger bu konu üzerinde ayrıntılı olarak durmuştur (Spielberger, 1976; Güngör, 2008). Spielberger, diğer araştırmacılardan farklı olarak iki ayrı çeşit kaygıdan söz eder. Spielberger'e göre, durumluk kaygı (state anxiety), insanın belirli bir uyarıcı veya durumu, potansiyel olarak kendisi için zararlı, tehlikeli ve tehdit edici olarak algıladığında ortaya çıkar. Aynı zamanda kaygı bir kişilik özelliği olarak kaygıya yatkınlıktaki farklılaşmaları belirtmekte kullanır. Böylece, Spielberger'in özellik olarak tanımladığı sürekli kaygı (trait anxiety) kavramı ortaya çıkmaktadır (Öner ve LeCompte, 1983; Ekiz ve Göz, 2005). Sürekli kaygı doğrudan doğruya davranıştan gözlenememiş, ancak insanın durumluk kaygısının sıklık ve şiddetindeki azalma arasındaki ayrım Cattell ve Scheier (1961) tarafından ortaya atılmış ve kaygı ile ilgili araştırmalar da gittikçe artan bir ilgi ve kabul görmüştür (Öner ve LeCompte, 1983).

Spielberger ve arkadaşları çalışmaları sonucunda geliştirdikleri, "İki Faktörlü Kaygı Kuramı"nın özünü oluşturmuş, kaygıyı genel olarak iki şekilde açıklamışlardır; (Öner ve LeCompte, 1983; Güngör, 2008).

1.Durumluk Kaygı: Bir süre çözülemeyen bir problem veya doyurulamayan bir gereksinme karşısında oluşan kaygıdır. Bireyin içinde bulunduğu stresli koşullarda huzursuz, endişeli veya karamsar olması durumudur (Öner ve LeCompte, 1983). Durumluk kaygının şiddeti ve süresi, algılanan tehdidin miktarı ve kişinin tehlikeli durum yorumunun kalıcılığıyla ilişkilidir. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur (Canbaz, 2001). Bu kaygı türünde otonom sinir sisteminde ortaya çıkan uyarılma sonucunda terleme, kızarma, titreme ve sararma gibi fiziksel değişimler görülmektedir. Kaygı kısa süre devam eder ve insana fazla zarar vermeden kaybolur. Bu aslında her insanda zaman zaman görülen bir durumdur (Öner ve LeCompte, 1983).

2. Sürekli Kaygı: İnsanın güvenliğini tehdit eden bir durumdan ve bir problemden dolayı ortaya çıkıp çok uzun süreli devam eden kaygıdır. Sürekli kaygı kişinin kaygı yaşantısına olan yatkınlığı ve kişiye ait bir vasıf olarak var olmakta ve çeşitli durumlarda daha fazla hissedilmekle birlikte hayatın bütününe kapsamaktadır (Öner ve LeCompte, 1983). Objektif kriterlere göre zararsız olan durumların birey tarafından tehlikeli ve özünü tehdit edici (küçültücü) olarak algılanması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur. Bir kişilik özelliği olup, genellikle kişi huzursuz ve mutsuzdur. Bu tür kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa büründükleri görülmektedir (Canbaz, 2001). Sürekli kaygı insanı etkisi altına alarak onun gittikçe uyumsuz hale gelmesine yol açmakta ve bireyin akıl sağlığının bozulmasına neden olmaktadır. Yüksek kaygılı bireylerin, sürekli kaygısı düşük bireylere oranla daha çabuk ve daha sık durumluk kaygı reaksiyonları göstermeleri beklenmektedir (Öner ve LeCompte, 1983).

Durumluk ve sürekli kaygı arasındaki farklar şu şekilde özetlenmiştir;

Durumluk Kaygı;

- Bu tip kaygı, insanın içinde bulunduğu durumu tehdit eden, tehlike yaratan biçimde algılanmasından, yorumlanmasından kaynaklanır,
- Bu durum elem veren, hoş olmayan bir duygulanım durumu yaratır,
- Bu duygulanım durumu algılanır, anlaşılır, duyumsanır,
- Bu süreç içinde bilinç açık, haberdar ve uyanıktır,
- Otonom sinir sistemi işlevinde değişimler olduğunu gösteren belirtiler ortaya çıkar.

Sürekli Kaygı;

- Sürekli kaygı, durumluk kaygıya oranla durağan bir süreçtir,
- Bu tip kaygının şiddeti ve süresi kişilik yapısına göre değişir,
- Kişilik yapısının kaygıya yatkın olması, sürekli kaygı düzeyini etkiler,
- İnsanın sürekli kaygı düzeylerinin birbirinden farklı olması, tehdit eden, tehlikeli durumun algılanmasını anlaşılmasını, yorumlanmasını ve değerlendirilmesini değiştirir,
- Sürekli kaygı düzeyindeki değişiklik, durumluk kaygı düzeyini de etkiler.

Spielberg ve arkadaşları 1964 yılında normal ve normal olmayan bireylerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin ölçülmesi amacıyla Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterini geliştirmiştir (Aydemir ve Köroğlu, 2000). Bu envanter 14 yaş üstü bireylere uygulanabilmektedir. Öner ve Le Compte (1983) tarafından Türk kültürüne uyarlanan, geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarıyla birlikte norm çalışmalarının da oluşturulduğu Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri; 20 maddeden oluşan Durumluk Kaygı Ölçeği ile 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği olmak üzere toplam 40 maddeden oluşmaktadır (Özdal ve Aral, 2006). Durumluk Kaygı Ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini, Sürekli Kaygı Ölçeği bireyin kendi içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler.

Kuder- Richardson 20 formülünün genelleştirilmiş bir formu olan alpha korelasyonları ile saptanan güvenilirlik katsayılarının; “Sürekli Kaygı Ölçeği” için 0,83 ile 0,87 arasında; “Durumluk Kaygı Ölçeği” için 0,94 ile 0,96 arasında bulunmuştur. Elde edilen verilerden Türkçe ölçeklerin yüksek madde homojenliği ve iç tutarlılığa sahip olduğu anlaşılmaktadır. Ölçeği oluşturan maddelerin, güvenilirliği ve geçerliği hakkında ayrıntılı bilgi sağlayan “Item Remainder” korelasyonu tekniğine göre; Türkçe formunun madde güvenilirliği korelasyonları, Sürekli Kaygı Ölçeği için 0,34 il 0,72; Durumluk Kaygı Ölçeği için ise; 0,42 ile 0,85 arasındadır (Öner ve LeCompte, 1983; Genz, 2002). Ölçeğin test tekrar test yönteminden elde edilen güvenilirlik katsayıları; Sürekli Kaygı Ölçeği için 0,71 ile 0,86 arasında; Durumluk Kaygı Ölçeği için 0,26 ile 0,68 arasında değiştiğini göstermektedir. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeğinin Türkçeleştirilmesi deneysel kavram geçerliği ve kriter geçerliği olmak üzere iki ayrı teknikte gerçekleştirilmiştir (Öner ve LeCompte, 1983; Deniz ve ark., 2009).

2.9. Kaygının Etyolojisi

Kaygının psikolojik yönleri üzerinde yıllardır çalışılmaktadır. Kaygı bozukluklarının biyolojik modelleri ise, henüz oldukça yeni ve çok kesin tanımlanmamış olmakla birlikte kuvvetli bulgular ileri sürmektedir (Qasimi, 2007).

2.9.1. Psikolojik varsayımlar

a)Psikanalitik varsayım:

Bu görüşe göre kaygı temelde bir iç çatışmanın ürünüdür. Bu varsayıma göre, iç çatışma, benlik ile alt benlik, ya da benlik ile üst benlik arasında oluşmaktadır.

Altbenliğe özgü bilinçdışı dürtülere karşı denge kurmaya çalışan benlik herhangi bir nedenle zayıflar ya da dürtülerin gücü artarsa benlik-altbenlik arasında bir çatışma ortaya çıkar. Çatışma benliğin, dürtüler karşısında çözüm bulamadığını, başedemediğini gösterir. Bazen benlik üstbenliğin cezalandırıcı tutumu karşısında da çatışma içerisine girebilir. İşte böyle bir durumda kişide nedeni belli olmayan, korkuya benzeyen, sanki kötü birşey olacakmış gibi bir sıkıntı belirir, buna kaygı denir (Tokuçcu, 2006).

b) Davranışçı varsayım:

Davranışçı görüşe göre kaygı öğrenilmiş bir süreçtir. Koşullu uyaranlar koşulsuz tepkilere neden olur. Ayrıca sosyal öğrenme ile ailenin tepkileri de model olarak alınır (Tokuçcu, 2006).

c) Bilişsel (kognitif) varsayım:

Bu varsayımına göre kaygının nedeni olayın kendisi değil, bu olayın kişi tarafından nasıl yorumlandığı, nasıl algılandığıdır. Olayların çarpıtılmış düşünce örüntüleriyle algılanması sonucunda kaygı ortaya çıkar (Quasimi, 2007).

2.9.2. Biyolojik varsayımlar:

Kaygı bozukluklarında otonom sinir sisteminde sempatik etkinliğin arttığı, buna bağlı olarak fizyolojik belirtilerin ortaya çıktığı düşünülmektedir. Biyokimyasal olarak yapılan çalışmalarda nörotransmitterler üzerinde durulmakta, noradrenalin ve serotonin düzeylerinin arttığı düşünülmektedir. Ayrıca bazı nörokimyasal maddelerin (sodyum laktat gibi) verilmesiyle yapay olarak panik nöbetleri ortaya çıkarılabilmektedir. Bunların dışında kalıtımsal bir yatkınlığın olduğundan da söz edilmektedir (Gülseren, 2004).

2.10. Kaygıyı Etkileyen Durumlar

Kaygının, kaynağı bilinmeyen ya da algılanan bir tehdit sonucunda meydana gelen tedirginlik, huzursuzluk, korku duygusu olarak ortaya çıkmasını tetikleyen faktörleri (Quasimi, 2007) ;

◆ Benlik kavramının tehdit edilmesi; birey için önem taşıyan bir kişi tarafından gerçek ya da gerçek olmayan reddedilme, bireyin gerçekleşmeyen beklentileri, bireye değer verilmemesi.

- ◆ Karşılanmamış gereksinimler.
- ◆ Durumluk ve gelişimsel krizler.
- ◆ Sağlık durumundaki bir değişiklik ya da sağlığın tehdit edilmesi.

◆ Etkileşim şeklinde değişiklik olması ya da etkileşim şeklinin tehdit edilmesi; aileden, arkadaşlardan, işten, evden ya da fiziksel ortamdan fiziksel ya da emosyonel olarak ayrılma.

◆ Çevresel değişiklikler ya da tehditler; yerleşim yeri değişiklikleri, doğal afetler, çevre kirliliği, nükleer tehdit.

◆ Sosyoekonomik değişiklikler; çalışma yaşamındaki değişiklikler, sürekli bakım gerektiren sağlık sorunları, aşırı ekonomik sorumluluk taşıma.

◆ Kaygının bulaşıcı olma özelliği; kaygısı olan anne ve babaların kaygıyı çocuklarına geçirebilmeleri, grup üyelerinden birinin kaygısının grubun diğer üyelerine geçirmesi gibi.

2.11. Kaygının Belirtileri

Temel olarak kaygı bozukluklarında belirtiler benzerdir. Ancak kullanılan savunma düzeneklerine göre farklı belirtiler eşlik ederek farklı klinik tablolar oluşur. Genel anlamda kaygının dört temel klinik özelliği vardır (Ekiz ve Göz, 2005).

a. Bilişsel belirtiler:

Gerçeklik duygusunda değişme, çevrenin değişiyor gibi algılanması, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü, öğrenme ve sorun çözme yeteneğinde azalma, düşüncelerde ertelenme, unutkanlık, kontrolünü yitirme kaygısı, fiziksel zarar göreceği endişesi, konfüzyon (Işık, 1996).

b. Affektif (duygusal) belirtiler:

Korku, huzursuzluk, ürkeklik, kesin olmayan sonuçlardan korkma, sinirlilik, endişe, çaresizlik, göz teması kurmama, yetersizlik duyguları, fazla konuşma, hiç konuşmama, aşırı temkinli olma, alarm duygusu, panik (Işık, 1996).

c. Davranışsal belirtiler:

Kaygı yaratan durumlardan kaçınma davranışı, dona kalma (Işık, 1996).

d. Fizyolojik belirtiler:

Kardiovasküler Belirtileri : Çarpıntı, kan basıncı değişiklikleri, soluk renk ya da yüzde kızarma.

Solunum Yolu Belirtileri : Nefes darlığı, hava açlığı, boğazda düğümlenme, boğulma hissi.

Gastrointestinal Sistem Belirtileri : Yutma güçlüğü, bunaltı, kusma, ishal, karın ağrısı.

Genitoüriner Sistem Belirtileri : Sık idrara çıkma, empotans, cinsel isteksizlik.

Cilt Belirtileri : Terleme, kızarma, sıcak basması.

Nörolojik Belirtiler : Tremor, parestezi, anestezi, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği, motor huzursuzluk (Canbaz, 2001; Toros ve ark., 2002).

Diğer Somatik Belirtiler: Ağrılar, yorgunluk, irritabilite, tremor, pareteziler, ağız kuruması, fenalık hissi, baş dönmesi, bayılıp düşecek gibi olma, soğuk basması, kas gerginliği, motor huzursuzluk.

Uyku Bozuklukları: Uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk, karabasanlar (Canbaz, 2001).

2.12. Kaygı Düzeyleri

Kaygının farklı düzeylerde ve farklı fiziksel, psikolojik belirtilerle kendini gösterebileceğini belirten Hay, kaygıyı dört aşamada tanılamaktadır (Ayoğlu, 2003; Karaman, 2008).

a) Hafif Kaygı: Birey çevresine karşı uyanık olup etrafında geçen en ufak olaya dikkat eder, gördüğü, duyduğu ve etrafında olup bitenden haberdar olduğu, öğrenme düzeyinin, yaratıcılığın arttığı ve duyarlı, katılımcı olduğu gözlenmektedir. Konuşma hızı ve şiddeti, konuşma içeriği ile uyumludur.

b) Orta Düzeyde Kaygı: Bireyin algılama, kavrama ve iletişim becerileri azalmaktadır. Kas gerginliği, mide şikayetleri, kalp çarpıntısı, terleme görülen birey, çevresinde olup bitenleri fark etmez durumdadır. Sorun çözme yeteneği hala vardır, ancak seçici dikkat ve konsantrasyon yeteneği artmıştır.

c) Yüksek Düzeyde Kaygı: Birey çevresinde olup bitenleri algılamada zorluk çekmektedir. Bireyin algılama ve kavrama alanı iyice daralmaktadır. Heyecansal huzursuzluk vardır. Birey yaşadığı küçük bir ayrıntı ya da ayrıntılar üzerine yoğunlaşmaktadır. Olaylar ve detaylar arasında ilişki kurmakta zorluklar söz konusudur. Baş ağrısı, bulantı, kusma, korku ve isteksizlik görülür.

d) Panik: Kaygının çok artması durumunda panik ortaya çıkar. Bireyin tüm dikkati dağınıktır, sadece en küçük detayları kavrar ve kontrolünü kaybeder. Çevresel tehlikelere karşı yanıtızdır. İletişim, algılama ve sorun çözme yeteneği oldukça azalmıştır. Dispne, boğulma, tıkanma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi belirtilerin yanı sıra ölüm korkusu ya da kontrol kaybı ile kendini gösterir.

3. MATERYAL VE METOD

Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı Odyoloji Ünitesi'nde yapıldı. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'nın 30.06.2011 tarih ve 2011/306 sayılı kararı ile etik kurul açısından uygun bulundu (Ek 1).

3.1.Çalışma Grubu

Çalışmaya Eylül 2011 ve Mayıs 2012 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı Odyoloji Ünitesi'nde Yenidoğan İşitme Taraması ilk kez yapılan ve tarama testinde en az bir kulağı testi geçmeyen bebeklerin babaları dahil edildi. Babalar, yeterli bilgi verilen (50) ve ayrıntılı bilgi verilen (50) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Çalışmaya toplam 100 katılımcı dahil edildi.

3.2.Seçim Kriteri

Katılımcılar sosyo-ekonomik düzey farkı gözetilmeksizin araştırmaya dahil edildi. Tüm katılımcılara araştırmanın amacını içeren bilgilendirilmiş onam formu verildi ve imzalatıldı (Ek-2).

3.2.1.Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Miadında ve normal kiloda doğan sağlıklı yenidoğana sahip,
2. Ailenin ilk canlı bebeğine sahip,
3. Bebeğini ilk kez Yenidoğan İşitme Taramasına getirmiş,
4. Yenidoğan işitme taraması sonucunda en az bir kulağı testi geçmemiş (*Refer*), bebeklerin babaları.

3.2.2.Çalışma Dışı Bırakılma Kriterleri

1. İşitme kaybı açısından risk faktörü taşıyan ve ek engeli olan (Joint Committee on Infant Hearing, 2007).
2. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalmış,
3. Ailesinde işitme kaybı öyküsü ve akrabalık bulunan,
4. Önceki çocuklarından işitme taraması hakkında bilgi sahibi olan babalar.

3.2.3.Gruplar

Grup 1: Yenidoğan İşitme Taramasında en az bir kulağı testi geçmeyen ve tarama programı ile ilgili '*yeterli bilgi*' verilen bebeklerin babaları tarafından oluşturuldu.

Grup 2: Yenidoğan İşitme Taramasında en az bir kulağı testi geçmeyen ve tarama programı ile ilgili '*ayrıntılı bilgi*' verilen bebeklerin babaları tarafından oluşturuldu.

3.3. Gereç ve Yöntem

Eylül 2011 ve Mayıs 2012 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı Odyoloji Ünitesi'ne Yenidoğan İşitme Taraması için gelen tüm bebeklere Yenidoğan İşitme Taraması protokolüne göre tarama testleri uygulandı.

Bebeklere TEOAE cihazı kullanılarak 1. basamak tarama testi uygulandı. TEOAE testi tamamlandıktan sonra tüm babalardan Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterini doldurmaları istendi. Testin sonucunun ölçek sonuçlarını etkilememesi için babalara ölçeği doldurduktan sonra açıklandı. Ölçek sonrasında, tarama testinin sonucu tüm babalara çalışmayı yapan kişi tarafından anlatıldı. Tek kulağından (*unilateral*) ya da iki kulağından (*bilateral*) kalan bebeklerin babaları, bir baba Grup 1'de bir baba Grup 2'de olacak şekilde gruplara dahil edildi. Grup 1'deki babalara takip ile ilgili '*yeterli bilgi*' , Grup 2'deki babalara takip ile ilgili '*ayrıntılı bilgi*' verildi.

Grup 1 için : Yeterli Bilgi

Yenidoğanlarda işitmenin değerlendirilmesi, Ülkemizde Sağlık Bakanlığına bağlı Ulusal Yenidoğan İşitme Taraması Programı kapsamında yapılmaktadır. Üniversitemiz KBB-Odyoloji kliniğinde, hem üniversitemizde doğan bebekler hem de ilimize bağlı ilçeler ve bölgemiz il ve ilçelerinde doğan bebeklerin işitme tarama ve takipleri yapılmaktadır. İşitme taraması öncelikle işitme kaybı riski taşıyan ve taşımayan bebekleri birbirinden ayırmayı amaçlamakta, işitme kaybı şüphesi durumunda ileri testlerle en erken tanılamayı ve en erken yaşta cihazlamayı amaçlamaktadır.

İşitme taraması sonucunda bebeklerin testten geçememesinin nedeni bebekteki işitme kaybı olmayabilir. Bebeğe ve test ortamına bağlı olarak tarama testinden kalabilir. Yenidoğan işitme taramasına gelen bebeklerin dış kulak kanalının dar olması, orta kulağında anne karnındaki sıvının boşalmamış olması, bebeğin yanlış pozisyonda emzirilmesi nedeniyle orta kulakta süt otit varlığı bebeklerin işitme taramasının birinci basamağından kalmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle işitme tarama testinden kalan bebeğinizi size verilen tarihte kontrole getirmeniz şüpheli durumun aydınlatılması açısından önemlidir.

Geçmiş olsun

Grup 2 için : Ayrıntılı Bilgi

Yenidoğanlarda işitmenin değerlendirilmesi, Ülkemizde Sağlık Bakanlığına bağlı Ulusal Yenidoğan İşitme Taraması Programı kapsamında yapılmaktadır. Üniversitemiz KBB-Odyoloji kliniğinde hem üniversitemizde doğan bebekler için hem ilimize bağlı ilçeler için hem de bölgemiz il ve ilçeleri için referans kliniği olarak hizmet vermektedir. İşitme taraması öncelikle işitme kaybı şüphesi taşıyan ve taşımayan bebekleri birbirinden ayırmayı amaçlamakta, işitme kaybı şüphesi durumunda en erken tanılama ve cihazlamayı amaçlamaktadır.

İşitme taraması sonucunda bebeklerin testten geçememesinin nedeni bebekteki işitme kaybı olmayabilir. Bebeğe ve test ortamına bağlı olarak tarama testinden kalabilir. Yenidoğan işitme taramasına gelen bebeklerin dış kulak kanalının dar olması, orta kulağında anne karnındaki sıvının boşalmamış olması, bebeğin yanlış pozisyonda emzirilmesi nedeniyle orta kulakta süt otit varlığı bebeklerin işitme taramasının birinci basamağından kalmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle işitme tarama testinden

kalan bebeğinizi size verilen tarihte kontrole getirmeniz şüpheli durumun aydınlatılması açısından önemlidir.

Bebeğinizde tarama test protokolü sırasında işitme kaybı şüphesi devam ederse davranışsal işitme testleri yapılacak ve işitme testleri sonrasında işitme kaybının derecesi tespit edilecektir. İşitme kaybının derecesine göre işitme cihazı denenecek ve düzenli kontroller yapılacaktır. Bebeğinizin işitme cihazından fayda görmediği tespit edildiğinde koklear implantasyon açısından değerlendirilecek ve bir yaş sonrası en erken zamanda koklear implantasyon uygulanacaktır. Kontrollere devamınız kesin tanının belirlenmesinde ve erken rehabilitasyonun başlatılmasında önemli bir etkindir.

Geçmiş olsun.

3.4. Kullanılan Test ve Yöntem

3.4.1. TEOAE ile İşitme Taraması

İşitme taraması sessiz ortamda, *MADSEN Accuscreen Pro* tarama emisyon cihazı ile yapıldı. TEOAE testi, bebek aile bireylerinden birisinin yanında ve doğal uykusunda uyurken her iki kulak için ayrı ayrı uygulandı. Bebeğin dış kulak yolu büyüklüğüne uygun *probe* ucu kullanılarak test yapıldı. Uygun *probe* ucu kulak kanalına yerleştirildikten sonra, ölçümlerde sonuçlar, ‘geçti (*PASS*)’ veya ‘şüpheli/kaldı (*REFER*)’ olarak otomatik değerlendirme ile elde edildi. İşitme taraması test sonuçları, ölçek sonuçlarını etkilememek için katılımcı leği doldurduktan sonra açıklandı.

3.4.2. Durumluk – Sürekli Kaygı leğinin Uygulaması

Ölçeğin uygulaması sırasında cevapların güvenilirliğini artırmak ve etkilenmenin söz konusu olmaması için katılımcıların leği doldururken yalnız olmaları ve leği yardım almadan doldurmaları istendi. Okuma yazma bilmeyen 1 katılımcıya ölçek çalışmayı yapan kişi tarafından okundu.

Durumluk – Sürekli Kaygı leği

Durumluk – Sürekli Kaygı leği 1964 yılında Spielberg ve arkadaşları tarafından normal ve normal olmayan bireylerin sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amacıyla geliştirilmiştir. Bu envanter 14 yaş üstü bireylere uygulanabilmektedir. Her biri 20 sorudan oluşan durumluk ve sürekli kaygı olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. Durumluk Kaygı leği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini (Ek 3), Sürekli Kaygı leği bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini (Ek 4)

belirler. Durumluk-Sürekli kaygı Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öner ve LeCompte (1983) tarafından yapılmıştır (Öner ve LeCompte, 1983).

Durumluk – Sürekli Kaygı Ölçeğinde Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı ile ilgili konular 2 başlık halindedir. Durumluk Kaygı ile ilgili konularda 20, Sürekli Kaygı ile ilgili konularda 20 durum bulunmaktadır (Öner ve LeCompte, 1983).

Katılımcıya verilen yönergede her iki ölçeği de dikkatli bir şekilde okumaları ve Durumluk Kaygı Envanterini doldururken 'nasıl hissettiklerini' 1: Hiç, 2: Biraz, 3: Çok, 4: Tamamıyla seçeneklerinden birini işaretleyerek, Sürekli Kaygı Envanterini doldururken 'genel olarak nasıl hissettiklerini' 1: Hemen hiçbir zaman, 2: Bazen, 3: Çoğu zaman, 4: Hemen her zaman seçeneklerinden birini işaretleyerek yanıtlamaları istendi (Öner ve LeCompte, 1983).

Ölçeğin Skorlanması

Ölçekte doğrudan ve tersine dönmüş iki tür ifade bulunur. Doğrudan ifadeler; olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise; olumlu duyguları dile getirir. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerdeki 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadeler de ise; 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. "Huzursuzum" ifadesi doğrudan, "Kendimi Sakin Hissediyorum" ifadesi de tersine dönmüş ifadelerle örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda "huzursuzum" ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olurlar (Kozacıoğlu, 1986).

Durumluk Kaygı Ölçeği'nde, on tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20' nci maddeler) tersine dönmüş ifade yer alır. Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39' uncu maddeler).

3.4.3. Ölçeğin Puanlanması

Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin her biri için iki ayrı anahtar hazırlanır (Ek 5). Böylece bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir (Öner ve LeCompte, 1983). Durumluk kaygı

ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli kaygı ölçeği için ise 35'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır.

Puanların Yorumlanması

Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ila 80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek kaygı seviyesini, düşük puan düşük kaygı seviyesini belirtir (Öner ve LeCompte, 1983).

3.4.4. Bebeklerin Tarama Programındaki Takibi

Babaların kaygı düzeyi ile takip testlerine gelişleri arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla babalar ölçeği doldurduktan sonra, bebeğin tarama sonucu hakkında bilgi verildi. İki kulağından testi geçen bebeklerin babalarına 'işitme gelişimi' hakkında hazırlanmış form verildi ve forma göre bebeklerini takip etmeleri istendi (Ek 6). Tek ya da iki kulağı testten geçemeyen bebeklerin babalarına, bebeklerini takip testlerine getirmeleri için 15 gün sonrasına randevu verildi. Grup 1'deki bebeklerin babalarına takip ile ilgili '*yeterli bilgi*', ikinci gruptaki bebeklerin babalarına takip ile ilgili '*ayrıntılı bilgi*' verildi.

On beş gün sonrasında kontrol test randevusuna gelen bebeklere TEOAE testi tekrarlandı. İkinci kontrolünde her iki kulağından testi geçen bebeklerin babalarına 'işitme gelişimi' hakkında hazırlanmış form verildi ve bebeklerini formda yazılı olan bilgilere göre takip etmeleri istendi. İkinci test kontrolüne gelmeyen bebekler Sağlık Bakanlığı Yenidoğan İşitme Taraması web sayfasında mevcut olan sistem bilgilerinden tarandı ve başka merkeze tarama için gidip gitmedikleri kontrol edildi. İkinci tarama testinden geçemeyen bebeklere 15 gün sonrasına randevu verildi. Üçüncü kontrol test randevusuna gelen bebeklere TEOAE test tekrarlandı, testen geçemeyen bebeklere O-ABR testi uygulandı. Takibi yapılan bebeklerde işitme kaybı tespit edilmedi.

3.5. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Çalışmamızda kullanılan istatistiksel yöntemler, *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS v.15) bilgisayar programı ile yapıldı. Verilerin normallik gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ile belirlendi. Normal dağılım gösteren verilerin incelenmesinde bağımsız örneklem t-testi, normal dağılım göstermeyen verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi kullanıldı. Gruplar arasındaki farklılıkların belirlenmesinde ANOVA testi, farklılaşmaların kaynağının belirlenmesinde Tukey Testi kullanıldı.

4. BULGULAR

Gruplardaki babaların yaş, eğitim durumu ve sosyal güvenlik bilgileri Tablo 2’de gösterildi.

Tablo 2. Babaların yaş, eğitim durumu ve sosyal güvenlik bilgileri

GRUP	Yaş Aralığı		Yaş Ortalaması± SS	Eğitim Durumu			Sosyal Güvencesi	
	En az	En çok		Orta öğretim ve daha az	Lise	Üniversite	Yeşil Kart	Sosyal Güvenlik Kurumu
Grup 1	19	47	28,26±4,84	18	21	5	5	45
Grup 2	20	45	29,30±5,53	21	15	14	10	40

Yenidoğan işitme taraması öncesi babaların kaygı düzeyleri ile taramaya devam arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmamızda, yeterli bilgi verilen (Grup 1) ve ayrıntılı bilgi verilen (Grup 2) bebeklerin babaları durumluk ve sürekli kaygı düzeylerine göre karşılaştırıldı. Elde edilen sonuçlar Tablo 3’de gösterildi.

Tablo 3. Yeterli ve ayrıntılı bilgi verilen babaların gruplara göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri

Gruplar		Puan Ort. ± SS	Ortanca (Endüşük-Enyüksek)	p
Grup 1 (n=50)	Durumluk kaygı	26,02±5,86	25,50 (13,00-39,00)	0,825
	Sürekli kaygı	39,50±7,95	39,00 (22,00-59,00)	
Grup 2 (n=50)	Durumluk kaygı	26,54±7,15	24,50 (15,00-48,00)	0,874
	Sürekli kaygı	39,24±8,43	37,50 (23,00-59,00)	

Her iki gruptaki babaların durumluk kaygı düzeyleri ile sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark elde edilmedi ($p>0,05$).

Babaların eğitim durumları ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri iki grup arasında karşılaştırıldı. Elde edilen sonuçlar Tablo 4’de gösterildi.

Tablo 4. Eğitim durumu ile durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

Gruplar		Eğitim durumu	Birey sayısı	Puan Ort.± SS	p
Grup 1 (n=50)	Durumluk kaygı	Orta ve daha az	18	27,83±5,28	0,022*
		Lise	21	26,62±5,83	
		Üniversite	11	21,91±5,24	
	Sürekli kaygı	Orta ve daha az	18	40,39±8,22	0,064
		Lise	21	41,29±7,63	
		Üniversite	11	34,64±6,68	
Grup 2 (n=50)	Durumluk kaygı	Orta ve daha az	21	29,81±7,57	0,013*
		Lise	15	25,27±5,65	
		Üniversite	14	23,00±6,15	
	Sürekli kaygı	Orta ve daha az	21	42,57±7,44	0,019*
		Lise	15	38,93±8,52	
		Üniversite	14	34,57±7,93	

(p<0,05)

İki grup eğitim durumları ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri bakımından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edildi. Grup 1’deki babaların eğitim durumları ile durumluk kaygı düzeyleri ve Grup 2’deki babaların eğitim durumu ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edildi. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için grup içi ve gruplar arasında karşılaştırmalar yapıldı.

Durumluk kaygı değerleri için;

Grup içi karşılaştırmalarda, Grup 2'deki babalardan ortaöğretim ve daha az eğitim almış olanlar ile üniversite mezunu olanların durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edildi. Grup 2'de orta öğretim ve daha az eğitim almış olan babalarda durumluk kaygı puanı daha yüksek bulundu.

Gruplar arası karşılaştırmada, Grup 1'deki üniversite mezunu babalar ile Grup 2'deki orta öğretim ve daha az eğitim almış babaların durumluk kaygı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edildi. Grup 2'de bulunan orta öğretim ve daha az eğitim almış olan babaların durumluk kaygı puanı daha yüksek bulundu.

Sürekli kaygı değerleri için;

Grup içi karşılaştırmalarda, Grup 2'de bulunan üniversite mezunu babalar ile orta öğretim ve daha az eğitim almış babaların sürekli kaygı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edildi. Grup 2'de bulunan orta öğretim ve daha az eğitim almış olan babaların sürekli kaygı puanı daha yüksek bulundu.

Takiplere devam ile babaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri iki grup arasında karşılaştırıldı. Elde edilen sonuçlar Tablo 5’de gösterildi.

Tablo 5. Takiplere devamlılık ile durumluk ve sürekli kaygı puanlarının karşılaştırılması

Gruplar		Takiplere devamlılık	Birey sayısı	Ortalama±SS	Ortanca (En düşük-En yüksek)	p
Grup 1 (n=50)	Durumluk kaygı	Geldi	29	29,62±6,06	26,00 (15,00-39,00)	0,676
		Gelmedi	7	25,71±5,44	26,00 (17,00-32,00)	
		Başka merkezde takip	14	24,93±5,86	25,00 (13,00-38,00)	
	Sürekli kaygı	Geldi	29	40,79±7,88	40,00 (22,00-59,00)	0,346
		Gelmedi	7	39,14±4,41	39,00 (33,00-46,00)	
		Başka merkezde takip	14	37,00±9,23	36,00 (24,00-59,00)	
Grup 2 (n=50)	Durumluk kaygı	Geldi	33	24,70±6,17	24,00 (15,00-48,00)	0,021*
		Gelmedi	4	27,00±8,21	28,50 (16,00-35,00)	
		Başka merkezde takip	13	31,08±7,69	31,00 (20,00-42,00)	
	Sürekli kaygı	Geldi	33	36,88±6,95	36,00 (23,00-57,00)	0,010*
		Gelmedi	4	40,00±9,49	42,50 (27,00-48,00)	
		Başka merkezde takip	13	45,00±9,35	45,00 (30,00-59,00)	

(P<0,05)

Her iki grup için dahil edilen 50 babadan; Grup 1 için 29 baba bebeğini takiplere getirdi, 7 baba bebeğini takiplere getirmedi, 14 babanın bebeğini başka merkezde takiplere götürdüğü tespit edildi. Grup 2 için 33 baba bebeğini takiplere getirdi, 4 baba bebeğini takiplere getirmedi, 13 babanın bebeğini başka merkezde takiplere götürdüğü tespit edildi. Grup 2'deki babaların bebeklerini takip testlerine getirme oranı daha yüksek bulundu.

İki grup takiplere devamları ile durumluk ve sürekli kaygı değerleri bakımından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edildi. Grup 2'deki babaların durumluk ve sürekli kaygı puanları ile takiplere devamları arasında anlamlı farklılık elde edildi. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için grup içi ve gruplar arasında karşılaştırmalar yapıldı.

Durumluk kaygı değerleri için;

Grup içi karşılaştırmalarda Grup 2'de takibe gelen babalar ile başka merkeze takibe giden babaların durumluk kaygı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edildi. Başka merkeze takibe giden babaların durumluk kaygı puanları daha yüksek bulundu.

Sürekli kaygı değeri için;

Grup içi karşılaştırmalarda Grup 2'de takibe gelen babalar ile başka merkeze takibe giden babaların sürekli kaygı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edildi. Başka merkeze takibe giden babaların sürekli kaygı puanları daha yüksek bulundu.

Babaların sosyal güvencesi ile durumluk ve sürekli kaygı değerleri gruplar arasında karşılaştırıldı. Elde edilen sonuçlara göre babaların sosyal güvencesi ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

En yaygın doğumsal anomaliler arasında gözlenen işitme kayıplarının erken dönemde saptanması bebeklerin dil gelişimi, lisan becerilerini kazanabilmesi, çevreyle uyumu ve iletişimi için çok önemlidir (Kuhl ve ark., 1992, Hepper ve Shahidullah, 1994). İşitme kayıplarının erken tanısı için yapılması gereken yenidoğan her bebeğin işitme taramasından geçirilmesidir. Günümüzde yenidoğan işitme taramalarında yaygın olarak elektrofizyolojik temele dayanan EOAEs ve ABR ölçümleri tek ya da birlikte kullanılmaktadır (Kayıran ve ark., 2009).

Tarama protokollerinde işitme taramasının bebek taburcu olmadan önce ilk 48 saat içerisinde yapılması gerekmektedir. Günümüzde sezaryen ile doğumun yaygınlaşması nedeniyle bebekleri teste annelerden çok ailenin diğer bireyleri özellikle babalar getirmektedir. Doğumdan sonra anne ile bebek arasındaki ilişkiye benzer olarak babanın da bebeğiyle duygusal bir ilişki ve fiziksel temas kurması bebeğin gelişiminde önemlidir. Baba kavramı konusunda Freud, bebek ile anne arasındaki ilişkinin, bebeğin ilerideki kişiliğini ve sosyal ilişkilerini şekillendirmede büyük önem taşıdığını, babaların ise çocukluğun sonraki döneminde önemli olduğuna inanmaktadır. Bağlanmanın önemini vurgulayan Bowlby ise bebeğin bağlanmasındaki ilk ve en önemli unsurun anne olduğunu, babaların ise sadece anneyi destekleyebilecek ikincil bireyler olduğunu vurgulamaktadır (Akıncı, 2007). Son yıllarda toplumda baba olmayı yeniden tanımlayan teknolojik ve ekonomik değişimler gerçekleşmiştir. Bunlardan en önemlisi, gerek kişisel doyum amacıyla gerekse ekonomik nedenlerden dolayı ev dışında tam zamanlı çalışan kadınların sayısının artmasıdır. Kadının çalışma yaşamına girmesi babanın bebek bakımı konusundaki rolünü ciddi boyutta değiştirmiştir. Tüm bu değişimler babaları erken bebeklik ve çocuk bakımıyla daha yakından ilgilenmeye teşvik etmiştir (<http://www.scribd.com/doc/66990249/Baba-Destek-Programi-Degerlendirme-Raporu>, 2012).

Takip programlarında ilk taramaya anneleri ile gelen bebeklerin diğer aile bireyleri ile gelen bebeklere oranla daha sık kontrollere getirildiği bilinmektedir. Anneler genelde sezaryen ile doğum yaptıkları, doğum sonrasında yorgun, bitkin, sancılı oldukları için veya doğum sonrası oluşabilecek kanamalar ya da enfeksiyonlar nedeni ile bebeklerini ilk tarama testlerine getirememektedir. Ancak tarama testinin neden yapılması gerektiği, taramanın önemi, erken tanı ve müdahalenin önemi, bebek

için faydası ve tarama işleminin nasıl yapılacağı ve bebeğe zarar verecek bir işlem olmadığına aile bireylerine anlatılması takip ve tarama programlarının başarısı için önemlidir. İşitme tarama programlarındaki en temel sorun ailelerin bebeklerini kontrol testlerine getirmemesidir ve hemen hemen tüm tarama programlarında takip edilemeyen bebek grubu mevcuttur (Hunter ve ark., 1994; Mason ve Herrmann, 1998; Mukari ve ark., 2006). Amerikan Pediatri Akademisi yenidoğan işitme taramasından kalanların en az %95'inin ileri odyolojik değerlendirmesinin yapılması durumunda tarama programını verimli saymaktadır (<http://pediatrics.aappublications.org/content/103/2/527.full.html>, 2012).

Annelerin yenidoğan bebekleri için yaşadıkları kaygıları ortaya çıkartan pek çok çalışma bulunmaktadır (Crockett ve ark., 2006; Çelebioğlu ve Polat, 2007; Özyazıcıoğlu ve Güdücü-Tüfekçi, 2009; Şahin, 2009; Khairi ve ark., 2011). Ancak babaların yaşadığı kaygıları araştıran çalışma sayısı çok azdır. Çalışır ve ark., yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimlerini ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek için ebeveynlere '*Beck Anxiety Inventory*' uygulamışlardır. Çalışmada yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin babalara göre daha fazla kaygı yaşadıklarını, annelerin en fazla bebeklerine bakan hemşire ile konuşmaya, babalarında en fazla bebeklerini ziyaret edebilme gereksinimleri olduğunu ortaya koymuştur (Çalışır ve ark., 2008).

Tu ve ark., genişletilmiş yenidoğan taramasında yalancı pozitiflik sonuçlarının anne ve babalar üzerindeki psikolojik etkilerini incelemiştir. Yanlış pozitif sonuç verilen gruptaki annelerin normal gruptaki annelere oranla çocuklarının gelecekteki gelişimi konusunda daha fazla kaygı duyduğunu, ancak yanlış pozitif sonuç verilen gruptaki babaların çocuklarının gelecekteki gelişimi konusunda normal gruptaki babalar ile benzer kaygılar duyduğunu belirtmiştir (Tu ve ark., 2012).

Çalışmamızın amacı yenidoğan işitme taraması öncesi babaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile taramaya devam arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Kaygı sözcüğünün kökü eski Yunanca 'anxietas' olup, endişe, korku, merak anlamına gelmektedir. Genel anlamda kaygı; insan yapısında mevcut, çevresel ve psikolojik olaylara gösterilen duygusal tepkidir. Dar anlamda kaygı ise; kaynağı ve başlangıcı bilinçli olmamasına rağmen bilinçli bir şekilde hissedilen, beraberinde terleme, sararma gibi fizyolojik değişmelerinde görüldüğü bir yaşantı şekli olarak

tanımlanmaktadır (Canbaz, 2001). Çalışmamızda babaların kaygı düzeyleri durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ile değerlendirilmiştir. Durumluk kaygı, durumdan duruma değişen, süreklilik göstermeyen durumlara karşı bireyin gösterdiği geçici tepkilerdir. Bireyin stres yaratan durumu tehdit edici olarak algıladığı zamanlarda durumluk kaygı düzeyi yüksek, bu tehlikenin tehdit edici olarak algılanmadığı zamanlarda düşük olmaktadır. Sürekli kaygı, stres yaratan durumun tehlikeli ya da tehdit edici olarak algılanması ve bu tehditlere karşı, durumluk duygusal tepkilerin frekansının ve yoğunluğunun artması ve süreklilik kazanmasıdır (Altınyay, 2000). Genel olarak, durumluk ve sürekli kaygı puanlarının yüksek olması, kaygı düzeyinin yüksek olduğunu göstermekte, puanları 60'ın üstünde olan bireylerin profesyonel yardıma gereksinimleri olduğu belirtilmektedir (Akşit ve Cimete, 2001). Ploeg ve ark., yenidoğan işitme taraması sonrasında ebeveynlerin kaygı değerlerini durumluk kaygı ölçeğini kullanarak incelemiş, ebeveynleri kontrol ve vaka grubu olarak ikiye ayırmıştır. Kontrol grubu, yenidoğan işitme taramasında ilk testten her iki kulağından geçen bebeklerin ebeveynlerinden, vaka grubu ise ilk testten kalan ancak diğer testlerden herhangi birinden geçen veya ileri odyolojik incelemeler sonucunda işitme kaybı tanısı almamış bebeklerin ebeveynlerinden oluşturulmuş, her iki grup arasında durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı fark elde edilmemiştir (Ploeg ve ark.,2008). Çalışmamıza dahil edilen iki gruptaki babaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark görülmemiş, kaygı puanları normal sınırlarda elde edilmiştir.

Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki teknolojik araçlar, farklı ses, koku ve yüzler bazen ebeveynler için ürkütücü ve korkutucu olarak algılanabilir (Franklin, 2006). Ebeveynlerin, hastane ortamıyla ilgili olumsuz algıları kaygılarını daha da arttırabilir (Çalışır ve ark., 2008). Bebek ve hastane ortamından kaynaklanan stres ve kaygının çalışmamızın sonucunu etkilememesi için sağlıklı yenidoğana sahip babalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Test öncesinde tarama testine katılanlara bilgi verilmesinin kaygıyı azalttığına inanılsa da sonuçlar farklılık göstermektedir (Green ve ark., 2004). Tehdit edici bir olay karşısında bireyler olayı objektif olarak yorumlamak ve etkili baş etme davranışları geliştirmek için bilgi arayışı içine girerler. Hayattaki belirsizlikler, gelecekte ne durumda olacağını bilememe insanlar için en belli başlı kaygı nedenlerinden biridir. Bilgi edinme, bilinmezliğin yarattığı korku ve kaygı düzeylerini azaltıcı bir stratejidir.

Bilgilenme, aynı zamanda durum üzerinde kontrol kurmayı sağlar. Çocuğun durumu hakkında bilgi verme annenin kaygı düzeyinin azaltılması için iyi bir stratejidir (Akşit ve Cimente. 2001). Çocuğun durumundaki belirsizlik nedeni ile yaşanan kaygının ebeveyn-çocuk iletişimini olumsuz etkilediği, problemi çözümlenebilir olarak gören, çoğunlukla probleme odaklı başa çıkma stratejilerini uygulayan ebeveynlerin kaygı düzeylerinin düşük olduğu ve çocuğun bakımına aktif olarak katılabildikleri, bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin kaygı düzeylerinin destekleyici hemşirelik bakımı ile düşürülebildiği de araştırmalarla gösterilmiştir (Turner ve ark., 1990; LaMontagne ve ark., 1994). Bilgi ve kaygı arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi için daha fazla araştırma yapılması gereklidir. Crockett ve ark., yenidoğan işitme taraması sırasında annelerin kaygı düzeylerini belirlemek için durumluk kaygı ölçeğini kullanmışlardır. Annelere yenidoğan işitme taraması hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları sorulmuş ve 8 maddelik çoktan seçmeli bir ölçek kullanılarak yenidoğan işitme taraması hakkındaki bilgi düzeyleri hesaplanmıştır. Bilgi ile kaygı arasındaki ilişki incelendiğinde; olası bir tek taraflı işitme kaybı için değerlendirilmesi gereken bebeklerin anneleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak olası bir iki taraflı işitme kaybı için değerlendirilmesi gereken bebeklerin annelerinde yenidoğan işitme taraması hakkındaki bilgi arttıkça kaygı düzeyi azalmıştır (Crockett ve ark., 2006). Çalışmamızda kaygı düzeylerinde farklılıklara neden olabileceği için babalara işitme taraması hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları sorulmuş, işitme taraması hakkında önceden bilgi sahibi olan babalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Altuğ ve Tüzün ilk kez çocuğunu çocuk psikiyatrisine getiren anne/babaların, polikliniğe başvurulması sırasında yaşadıkları kaygı değeri ile tek çocuğa veya birden fazla çocuğa sahip olma durumu arasında ilişki bulmuştur. Sıralamada kardeşler arasındaki yer dikkate alındığında ortanca veya son çocuğu getiren ebeveynlerin kaygı düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğunu saptamıştır (Altuğ ve Tüzün, 1995). Daha önceki çocuklarına ait hastane, hastalık bilgilerinin kaygı düzeyine etkisini engellemek amacıyla çalışmamıza ilk kez baba olan ve bebeğini ilk kez tarama testine getiren babalar dahil edilmiştir.

Kayıran ve ark., yenidoğan işitme taramasında ilk tarama testinden geçemeyen bebekleri çocuk hastalıkları uzmanına ilk kontrole getirecekleri güne tekrardan randevu vermiştir. İlk taramadan kalan 319 bebekten 303'ü (%98) ikinci tarama testine getirilmiş, 5 tanesi (%2) ikinci tarama testine getirilmemiştir (Kayıran ve ark., 2009).

Durgun çalışmasında, ilk taramada 'refer' sonucu alınan bebekleri 15 gün sonra ikinci tarama testi için çağırılmış, hasta kaybını önlemek için aile bireylerine işitme kayıpları ile ilgili broşür ve 'Çocuğunuz tarama testinden geçmemiştir' yazılı pusulalar vermiştir. İlk tarama testinden kalan 662 bebekten 604'ü ikinci tarama testlerine getirilmiş, 45 (%6.7) bebek ikinci tarama testlerine getirilmemiştir. Kontrole getirilmeyen bebeklerin ebeveynleri telefonla aranmış ve tekrar randevu tarihi verilmiştir (Durgun, 2009). İşitme taramasında ikinci tarama testlerine getirilen bebeklerin oranı diğer çalışmalarda %64 ve %13 oranında olduğu belirtilmektedir. (Başar ve ark., 2007; Eryılmaz ve ark., 2009).

Çalışmamızda ikinci tarama testlerine getiriliş oranı %89 olarak bulunmuştur. Bunun nedeni yeterli bilgi verilen gruptaki babalara işitme taraması, işitme protokolü ve takiplere devamlılığın önemi hakkında bilginin, ayrıntılı bilgi verilen gruptaki babalara ise bu bilgilere ek olarak olası bir işitme kaybı durumunda yapılabilecek tedavi ve rehabilitasyon yöntemleri hakkında bilginin verilmesi olduğu düşünülmüştür. Bununla birlikte verilen bilgi düzeyi ile takiplere devam arasında olumsuz bir ilişki elde edilmemiş, verilen bilginin düzeyinden bağımsız olarak babalar bebeklerini tarama testlerine getirmiştir.

Özel eğitime muhtaç çocukların anne/babalarının durumluk ve sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlar ile eğitim düzeylerini karşılaştırdığı çalışmada Güngör; ilköğretim mezunu olan anne/babaların sürekli kaygı değerlerini orta öğretim ve yüksek öğretim mezunu olanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur. Orta öğretim ve yüksek öğretim mezunu olan anne/babaların sürekli kaygı puanları arasında ve anne/babaların durumluk kaygı puanları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark elde edilmemiştir. Bu çalışma sonucunda öğrenim düzeyi arttıkça kaygı düzeyinin azaldığı anlaşılmıştır (Güngör, 2008). Eğitim düzeyi arttıkça bireyler daha çok sorgulamakta, araştırmakta, bilgileri arttıkça her konuda daha bilinçli kararlar verebilmekte ve etkin baş etme stratejileri geliştirebilmektedirler. Eğitim düzeyi düşük olan anne/babaların baş etme stratejilerini ve destek sistemlerini nasıl kullanacaklarını tam öğrenememeleri

ya da çocuklarının durumundaki bazı değişikliklerin nedenlerini çabuk kavrayamamaları nedeniyle hem durumluk hem de sürekli kaygı düzeyleri yüksek olabilir. Eğitim düzeyi yüksek olan anne/babalarda bilinmezlik faktörü daha az etken olacağından, kaygılarının daha düşük olması beklenebilir. Çalışmamızda da yeterli ve ayrıntılı bilgi verilen gruplardaki babaların eğitim durumları ile kaygı puanları karşılaştırıldığında orta öğretim ve daha az eğitim almış babaların durumluk ve sürekli kaygı değerleri, lise ve üniversite mezunu babalara oranla yüksek bulunmuştur. Babalardaki kaygı düzeyinin eğitim durumu ile olan ilişkisi incelendiğinde; eğitim düzeyi azaldıkça kaygı düzeyinin arttığı tespit edilmiştir.

Babaların kaygı düzeyleri ile bebeklerini ikinci tarama testine getirmeleri arasındaki ilişki incelendiğinde, gruplar arası karşılaştırmalarda babaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı, kaygı düzeylerinin normal sınırlarda olduğu gözlenmiştir. Çalışmamızda bilgi düzeyi ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde bilgi düzeyinin kaygı seviyesini değiştirmedeği görülmüştür. Babaların eğitim durumuna göre kaygı düzeyleri incelendiğinde ayrıntılı bilgi verilen gruptaki babalardan orta öğretim ve daha az eğitim almış babaların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu gruptaki babaların eğitim durumları azaldıkça, kaygı düzeylerinin arttığı, düşük eğitim seviyesinin babalarda yüksek kaygıya neden olduğu düşünüldü. Babaların sosyal güvenceleri ile kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında ise gruplar arasında fark gözlenmiştir.

Ayrıntılı bilgi verilen grupta bulunan babalardan bebeğini başka merkeze takibe götüren babaların durumluk ve sürekli kaygı puanları daha yüksek elde edilmiştir. Bu gruptaki babaların daha fazla kaygı duydukları için bebeklerini başka hastanelere götürdüğü düşünülebilir. Ayrıntı bilginin kaygı düzeyini puan anlamında artırmamakla birlikte, farklı arayışlara yönelttiği düşünülebilir.

Yenidoğan işitme taraması öncesi babaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile takiplere gelişi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmamızda, ilk taramaları kliniğimizde yapılan bebeklerin büyük çoğunluğunun (%89) ikinci tarama testlerine getirildiği görülmüştür. İşitme taraması öncesi normal kaygı düzeyine sahip olan babaların bebeklerini takip testlerine getirmesinin nedeni tarama testi sonrası verilen bilgi olarak düşünülmektedir.

Yenidoğan işitme taramalarındaki takiplere devamlılığı artırmak için ailelerin tarama testi hakkında bilgilendirilmesi, takip testlerine devamlılığı artırmaktadır. Tarama testlerindeki geri dönüşler ne kadar fazla olursa işitme kaybı ile doğan bebeklerin daha erken dönemde cihazlandırılması ve yaşıtlarına yakın gelişim göstermeleri sağlanabilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuç

Bu çalışma; yenidoğan işitme taraması öncesi babaların kaygı düzeyleri ile taramaya devam arasındaki ilişkiyi araştırmak amacı ile yapıldı.

Çalışmanın sonunda;

1. Yeterli ve ayrıntılı bilgi verilen babaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında fark olmadığı,
2. Yeterli ve ayrıntılı bilgi verilen babaların sosyal güvencesi ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında fark olmadığı,
3. Ayrıntılı bilgi verilen orta öğretim ve daha az eğitim almış babaların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu,
4. Yeterli ve ayrıntılı bilgi verilen babalardan başka merkeze takibe giden babaların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu,
5. Yeterli ve ayrıntılı bilgi verilen babaların bebeklerini takip testlerine getirmeleri ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında fark olmadığı,
6. Ayrıntılı bilgi verilen babaların bebeklerini ikinci tarama testlerine getirme oranının (%92) yeterli bilgi verilen babalara oranla (%86) yüksek olduğu,
7. İlk taraması üniversitemizde yapılan ve çalışmamıza dahil edilen 100 bebekten %89'unun ikinci tarama testlerine getirildiği sonucuna ulaşıldı.

6.2 Öneriler

Yenidoğan işitme taraması programlarında bebeklerin takiplere devamlılığını artırmak için kulak burun boğaz, kadın doğum ve pediatri uzmanları ile birlikte ailelerin de tarama programı hakkında bilgilendirilmesi önemlidir. İşitme taramasının önemini anlatmak amacı ile uzmanlara eğitim ve seminerler verilmesi sağlanmalıdır. Ailelere tarama testi hakkında broşür verilmesi, tarama testinin öneminin ve yapılması gerekenlerin sözlü olarak anlatılması, ayrıca tarama testi sonucunun ve randevu tarihinin yazılı olarak verilmesi gerekmektedir. Yeterli ve ayrıntılı bilgi verilen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına rağmen ayrıntılı bilgi verilen gruptaki babaların bebeklerini ikinci tarama testlerine getirme oranının yüksek olması nedeniyle ailelere verilecek ayrıntılı bilginin takiplere gelişi artıracakı düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Akıncı G. Engelli çocuğa sahip olan ve olmayan babaların aile işlevlerini algılamaları ile sosyal uyum düzeylerinin incelenmesi. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2007, Yüksek Lisans Tezi.
- Akşit S, Cimete G. Çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde, annelere uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeylerine etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001;5(2):25-36.
- Altınyay Ş. İşitme kayıplı kardeşe sahip bireylerin sürekli kaygı ve uyum düzeylerinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2000, Uzmanlık Tezi.
- Altuğ B, Tüzün Ü. Çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuru sırasında ebeveynin yaşadığı kaygının çocuğun aldığı tanı ile ilişkisinin araştırılması. Düşünen Adam. 1995;8(4):17-22.
- Aydemir C, Zinciroğlu A. Yenidoğan bebeklerde işitme tarama testleri. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 2004;13(11):419-421.
- Ayoğlu T. Ameliyat öncesi ve sırası bilgi vermenin hasta ailelerinin anksiyete düzeylerine ve kan basıncı değerlerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2003, Yüksek Lisans Tezi.
- Barmak E. İşitme engellinin erken tanısının gelişim alanlarına etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2010, Yüksek Lisan Tezi.
- Başar F, Aygün C, Güven AG. Ondokuz Mayıs Üniversitesi yenidoğan işitme taraması (YEDİT) ilk yıl sonuçları. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi. 2007;24(2):43-51.
- Bolat H. Aydın ilinde 2006 yılında doğan bebeklerde işitme kaybı sıklığı ve ilişkili risk faktörleri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2007, Yüksek Lisans Tezi.
- Canbaz S. Samsun çiraklık eğitim merkezine devam eden çirakların sosyodemografik, çalışma yaşamı özelliklerinin ve durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun, 2001.
- Cox CL, Toro MR. Evolution of a universal infant hearing screening program in an inner city hospital. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2001;59:99-104.

- Crockett R, Wright AJ, Uus K, Bamford J, Marteau TM. Maternal anxiety following newborn hearing screening: the moderating role of knowledge. *J Med Screen*. 2006;13(1):20-25.
- Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışları Psikolojinin Temel Kavramları. İstanbul: Remzi Kitapevi. 2005;289-304.
- Çalışır H, Şeker S, Güler F, Taşçıoğlu Anaç G, Türkmen M. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008;12(1):31-44.
- Çelebioğlu A, Polat S. Hiperbilirubinemi nedeniyle hastaneye yatırılan yenidoğanların annelerinin kaygı düzeyi, etkileyen faktörler ve bilgilendirmenin kaygıyı azaltmadaki rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008;12(2):47-54.
- Çirput A, Akdaş F. Taramada Kullanılan Yöntemler, Taramaya Hazırlık, Etkileyen Faktörler, Yenidoğan İşitme Taraması Eğitim Kitabı. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap3.pdf>. 2012.
- Deniz ME, Dilmaç B, Arıcağ OT. Engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerin durumluk-sürekli kaygı ve yaşam doyumlarının incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2009;6(1):953-968.
- Derim D. Koklear implant olma yaşının görsel dikkat üzerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2007, Yüksek Lisans Tezi.
- Dienfendorf AO. Detection and assessment of hearing loss in infants and children. Katz, J. Editör, *Handbook of Clinical Audiology*, USA; Lippincott Williams&Wilkins. 2002;469.
- Doyle J, Burggraaff B, Fujikawa S, Kim J. Newborn hearing screening by otoacoustic emissions and automated auditory brainstem response. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 1997;41:11-119.
- Ekiz S, Göz F. Koroner anjiyografi öncesi hastaları bilgilendirmenin anksiyete düzeyi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005;8(1):20-30.
- Eryılmaz A, İleri Ö, Çakın M, Saraydaroğlu G, Hızalan İ, Onart S. Uludağ Üniversitesi yenidoğan işitme taraması sonuçları. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2009;35(1):27-29.

- Franklin C. The neonatal nurse's role in parental attachment in the NICU. Lippincott Williams&Wilkins. 2006;29(1):81-85.
- Garabli H. İşitme kaybı riski taşıyan bebeklerde işitme taraması protokolü. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2008, Yüksek Lisans Tezi.
- Genç D. Hamile kadınların kaygı düzeyi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun, 2002, Yüksek Lisans Tezi.
- Genç GA, Ertürk BN, Belgin E. Yenidoğan işitme taraması: Başlangıçtan günümüze. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2005;48:109-118.
- Genç GA, Başar F, Kayıkçı EM, Türkyılmaz D, Fırat Z, Duran Ö, Ulusoy Ö, Belgin E, Budak B, Tekinalp G, Yurdakök M, Yiğit Ş, Korkmaz A. Hacettepe Üniversitesi yenidoğan işitme taraması bulguları. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2005;48:119-124.
- Genç, A., Canatan, D., Kayıkçı, M., Öztürk, B. ve Belgin, E. İşitme Taraması, Yenidoğan İşitme Taraması Eğitim Kitabı. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap3.pdf>, 2012.
- Green JM, Hewison J, Bekker HL, Bryant LD, Cuckle HS. Psychosocial aspect of genetic screening of pregnant women and newborns: a systematic review. Health Technol Assess. 2004;8:1-24.
- Gülseren Ş. Depresyon ve Anksiyete. Klinik Psikiyatri. 2004;1:5-13.
- Güngör E. Özel eğitime muhtaç çocukların anne ve babalarının psikolojik ilişki ihtiyaçları ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiler. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2008, Yüksek Lisans Tezi.
- Hahn M, Lamprechy-Dinnesen A, Heinecke A, Hartmann S, Bülbül S, Schröder G, Steinhard J, Louwen F, Seifert E. Hearing screening in healthy newborns: feasibility of different methods with regard to test time. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1999;51:83-89.
- Hal DMB, Garner J. Feasibility of screening all neonates for hearing loss. Arch Dis Child. 1988;63:652-653.
- Hepper DG, Shahidullah SR. Development of fetal hearing. Arch Dis Child. 1994;71:F81-F87.

- Hunter MF, Kimm L, Cafarlli Dees D, Kennedy CR, Thornton AR. Feasibility of otoacoustic emission detection followed by ABR as a universal neonatal screening test for hearing impairment. *Br J Audiol.* 1994; 28(1):47-51.
- Işık, E. Nevrozlar. Ankara: Kent Matbaası. 1996; 31-67.
- Johnson CD. Hearing and immittance screening. Katz, J. Editör, *Handbook of Clinical Audiology, USA; Lippincott Williams&Wilkins.* 2002;484.
- Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Detection and Intervention Programs. *Pediatrics.* 2007;120:898-921.
- Karaman N. Cerrahi girişim uygulanan adölesanlar ile anne/babalarının anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkili ve anksiyete nedenlerinin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008, İstanbul.
- Kayıran SM, Genç E, Erdil A, Gürakan BA. Amerikan hastanesi yenidoğan işitme taraması sonuçları. *Türk Pediatri Arşivi.* 2009;44:135-137.
- Kemp DT. Stimulated acoustic emissions from the human auditory system. *J Acoust Soc Am.* 1978; 64: 1386-1391.
- Kemp DT, Ryan S, Bray P. A guide to the effective use of otoacoustic emissions. *Ear and Hearing.* 1990;11(2):93-105.
- Kenna M,A. Neonatal hearing screening. *Pediatr Clin N Am.* 2003;50:301-313.
- Kennedy CR, Kimm L, Cafarelli Dees D, Evans PIP, Hunter M, Lenton S, Thornton RD. Otoacoustic emissions and auditory brainstem responses in the newborn. *Arch Dis Child.* 1991;66:1124-1129.
- Khairi MDM, Rafidah KN, Affizal A, Normastura AR, Suzana M, Normani ZM. Anxiety of the mothers with referred baby during universal newborn hearing screening. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2011;75:513-517.
- Korkmaz B. Yenidoğan indirekt hiperbilirubinemili hastalarda işitmenin değerlendirilmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa, 2008, Uzmanlık Tezi.
- Kozacıoğlu G. Çocukların anksiyete düzeyleri ile annelerin tutumları arasındaki ilişki. İstanbul, Edebiyat Fakültesi Basımevi. 1986; 36.
- Kuhl PK, Williams KA, Lacerta F, Stevens KN, Lindblom B. Linguistic experience alters phonetic perception in infants by 6 months of age. *Science.* 1992;255-666.

- LaMontage LL, Hepwoth JT, Johnson BD, Deshpande JK. Psychophysiological responses of parents to pediatric critical care stress. *Clin Nurs Res.* 1994;3(2):104-118.
- Levi H, Adelman C, Geal-Dor M, Elidan J, Eliashar R, Sichel JY, Bar-Oz B, Weinstein D, Freeman S, Sohmer H. Transient evoked otoacoustic emissions in newborns in the first 48 hours after birth. *Audiology.* 1997; 36: 181-186
- Lin HC, Shu MT, Chang KC, Bruno SM. A universal newborn hearing screening program in Taiwan. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2002;63:209-218.
- Markides A. Age at fitting of hearing aids and speech intelligibility. *Br J Audiol.* 1986; 20: 165-167.
- McCormick B, Curnock DA, Spavins F. Auditory screening of special care neonates using the auditory response cradle. *Arch Dis Child.* 1984;59:1168-1172.
- Nakamura M, Yamasoba T, Kaga K. Change in otoacoustic emissions in patients with idiopathic sudden deafness. *Audiology.* 1997;36:121-135.
- Nekahm D, Weichbold V, Welzl-Mueller K, Hirst-Stadlmann A. Improvement in early detection of congenital hearing impairment due to universal newborn hearing screening. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.* 2001;59:23-28.
- Öner N, LeCompte WA. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. 1983;1-25.
- Öner S, Şiraneci R, Kavuncuoğlu S, Ramoğlu M. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen riskli yenidoğanların iki basamaklı işitme taramasıyla değerlendirilmesi. *Jinekoloji Obstetrik Pediatri Dergisi.* 2010;2(1):35-39.
- Övet G, Işık Balcı Y, Canural R, Çövüt İE, İmren G. Yenidoğan işitme taraması sonuçlarımız. *Adnan Menderes Tıp Dergisi.* 2010;11(1):27-29.
- Özcebe E, Sevinc S, Belgin E. The ages of suspicion, identification, amplification and intervention in children with hearing loss. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2005;69:1081-1087.
- Özdal F, Aral N. Baba yoksunu olan ve anne-babası ile yaşayan çocukların kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Gazi Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi.* 2005;6(2):255-267.
- Özyağcıoğlu N, Güdücü-Tüfekçi F. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri bakım alan annelerin kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2009;12(4):66-73.

- Paludetti G, Ottaviani F, Fetoni AR, Zuppa AA, Tortorolo G. Transient evoked otoacoustic emissions (TEOAEs) in new-borns: normative data. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1999;47:235-241.
- Ploeg CPB, Lanting CI, Boer MAK, Uilenburg NN, Ridder-Sluiser JG, Verkerk PH. Examination of long-lasting parental concern after false-positive results of neonatal hearing screening. *Arch Dis Child.* 2008;1-13.
- Qasimi BT. Endoskopi işlemi uygulanacak hastaların işlem öncesi anksiyete düzeyleri ve bunu etkileyen faktörler. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007, Yüksek Lisans Tezi.
- Ramkalawan TW, Davis AC. The effects of hearing loss and age of intervention on some language metrics in young hearing impaired children. *Br J Audiol.* 1992;26:97-107.
- Reys R. Early Intervention For Hearing Impairment: Appropriate, Accessible and Affordable. *Ann Acad Med.* 2008;37(12): 55-56.
- Sarıhan CÖ. Engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin aile işlevlerini algılamaları ile yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2007, Yüksek Lisans Tezi.
- Shaw C, Abrams K, Marteau TM. Psychological impact of predicting individuals risk of illness: a systematic review. *Soc Sci Med.* 1999;49(15):71-98.
- Sininger YS, Cone-Wesson B, Folsom RC, Gorg MP, Vohr BR, Widen JE, Ekelid M, Norton SJ. Identification of neonatal hearing impairment: Auditory brain stem responses in the perinatal period. *Ear Hear.* 2000;21:383-399.
- Spielberger CD, Heinrich D, King FJ, Stephenson RS. An investigation of the causal influence of trait and state anxiety on academic achievement. *J Educ Psychol.* 1976;68(3):330-334.
- Şahin E. KTÜ tıp fakültesi yenidoğan ünitesinde düşük doğum ağırlıklı preterm bebek annelerinin normal doğum ağırlıklı term bebek anneleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri bakımından karşılaştırılması. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon, 2009, Yüksek Lisans Tezi.
- Teksöz E. Yenidoğan bebeklerde işitme kayıplarının otoakustik emisyon ve bera testleriyle değerlendirilmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hatay, 2007, Yüksek Lisans Tezi.

- Tokuçcu T. Özel eğitim merkezleri ile çocuk yuvalarında çalışan çocuk eğitimcilerinin anksiyete düzeyleri açısından karşılaştırılması ve anksiyete düzeylerini etkileyen faktörlerin tespiti. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2006, Yüksek Lisans Tezi.
- Toros F, Tot Ş, Düzovalı Ö. Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri. Klinik Psikiyatri. 2002;5:240-247
- Toros M. Yenidoğan sarılığı olan ve olamayan bebeklerin işitme taraması bulguları ile 3 ve 6. ay klinik beyinsapı odyometrisi bulgularının karşılaştırılması. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2010, Yüksek Lisans Tezi.
- Tu WJ, He J, Chen H, Shi XD, Li Y. Psychological effects of false-positive results in expanded newborn screening in china. Plos One. 2012;7(4):1-5.
- Tucker SM, Bhattacharya J. Screening of hearing impairment in the newborn using the auditory response cradle. Arch Dis Child. 1992;67:911-919.
- Turner MA, Tomlinson PS, Harbaugh BL. Parental uncertainty in critical care hospitalization of children. Matern Child Nurs J. 1990;19(1):45-62.
- Uslu C, Taştekin A, Karaşen M, Örs R. Riskli grup yenidoğanlarda evoked otoakustik emisyonla işitme taraması sonuçları. Otokop. 2003;2:51-54.
- Uyaroğlu A, Bodur S. Zihinsel yetersizliği olan çocukların anne-babalarında kaygı düzeyi ve bilgilendirmenin kaygı düzeyine etkisi. TAF Prev Med Bull. 2009;8(5):405-412.
- Watkin PM, Baldwin M, McEnery G. Neonatal at risk screening and the identification of deafness. Arch Dis Child. 1991;66:1130-1135.
- Vohr B, Jodoin-Krauzyk J, Tucker R, Johnson MJ, Topol D, Ahlgren M. Early language outcomes of early-identified infants with permanent hearing loss at 12 to 16 months of age. Pediatrics. 2008;122:535-544.
- http://books.google.com.tr/books/about/Handbook_of_Otoacoustic_Emissions.html?id=X6Ez-C6LAbMC&redir_esc=y, 2012.
- <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap3.pdf>. 2012.
- <http://pediatrics.aappublications.org/content/103/2/527.full.html>, 2012.
- http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.4fea0f845e4d60.41834405, 2012

<http://www.scribd.com/doc/66990249/Baba-Destek-Programi-Degerlendirme-Raporu>, 2012.

http://books.google.com.tr/books?id=AYTrIvbrC8YC&printsec=frontcover&dq=neonatal+intensive+care+nursing&hl=tr&sa=X&ei=m_rqT9rrKcbk4QSRz_DVAg&redir_esc=y#v=onepage&q=neonatal%20intensive%20care%20nursing&f=false, 2012.

<http://www.scribd.com/doc/31083285/KAYGI-KAVRAMI-kierkegaard>, 2012.

8.EKLER

Ek 1 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu

Ek 2 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Ek 3 Durumluk Kaygı Envanteri (Stai Form TX-1)

Ek 4 Sürekli Kaygı Envanteri (Stai Form TX-2)

Ek 5 Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Hesaplama Anahtarı

Ek 6 İşitme ve Dil Gelişimi Bilgilendirme Formu

Ek 1 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMA ETİK KOMİSYONU**

Sayı: 562

27.05.2011

Sayın: Doç. Dr. Figen BAŞAR

Etik Komisyonumuza sunmuş olduğunuz Yeni Doğan İşitme Taraması Öncesi Babaların Kaygı Düzeyleri ile Taramaya Devam Arasındaki İlişkinin Araştırılması Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu 2011/306 Karar nolu Anket çalışması Nitelikli araştırma projeniz Etik komisyonu üyelerimizce 26.05.2011 tarihli toplantımızda incelendi. Bu değerlendirme sonucunda tespit edilen eksiklikler aşağıda belirtilmiştir. Bu düzeltmeler yapıldıktan sonra araştırma projenizin tekrar değerlendirilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

- Gönüllü olur formunun ayrıntılı yenilenmesi.
- İki gruba verilecek bilgilerin kurula bildirilmesi.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Abdülkerim BEDİR
Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu
Başkanı

Ek 2 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ * **ARAŞTIRMANIN ADI (ÇALIŞMANIN AÇIK ADI):**

“Yeni Doğan İşitme Taraması Öncesi Babaların Kaygı Düzeyleri ile Taramaya Devam Arasındaki İlişkinin Araştırılması”

Gönüllünün Baş Harfleri <<>>

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDAMIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu anket çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR? Açıklayınız

Yenidoğan işitme taraması öncesi babaların kaygı düzeyleri ile taramaya devam arasındaki ilişkinin araştırılması.Yenidoğanlarda işitmenin değerlendirilmesi , işitme kaybı tanı yaşının mümkün olan en erken aylara çekilmesini amaçlamakta ve ülkemizde Sağlık Bakanlığına bağlı Ulusal Yeni Doğan İşitme Taraması programı kapsamında yapılmaktadır. Üniversitemiz KBB-Odyoloji kliniği hem üniversitemizde doğan bebekler için hem ilimize bağlı ilçeler için hem de bölgemiz il ve ilçeleri için referans kliniği olarak hizmet vermektedir. İşitme taraması öncelikle işitme kaybı şüphesi taşıyan ve taşımayan bebekleri birbirinden ayırmayı amaçlamakta, işitme kaybı şüphesi durumunda en erken tanılama ve cihazlamayı amaçlamaktadır. Daha çok C/S doğum olduğu düşünüldüğünde annelerden çok tarama testlerine bebekleri babaları getirmektedir. Taramadan kalan ve takip testlerine devamı gereken bebeklerin babalarının kaygı düzeylerinin bilinmesinin takibe devamlılığa etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ

Yenidoğan işitme taraması için gelen ve birinci basamaktan geçemeyen bebeklerin babaları çalışmaya dahil edilecektir. Çalışmaya katılacak bireyler 2 gruba ayrılacaktır ve bireylerden gönüllü onam formu doldurmaları istenecektir. Birinci gruptaki babalara yenidoğan işitme taraması hakkında gerekli bilgi verilecek, ikinci gruptaki babalara ise yenidoğan işitme taraması hakkında daha ayrıntılı bilgi verilecektir. Taramadan kalan ve takip testlerine devamı gereken bebeklerin babalarının kaygı düzeyleri ile taramaya devam arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu

çalışma Beck Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri kullanılarak yapılacaktır. Bu anket formunu:

1. Miadında ve normal kiloda doğmuş sağlıklı yenidoğana sahip,
2. Bebeğini ilk kez işitme taramasına getirmiş,
3. Ailenin ilk bebeği yada ilk canlı doğumu olup bebeğini işitme testine getirmiş,
4. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan babalara verilecek ve doldurmaları istenecektir.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Size 2 tane anket formu vereceğim. Bu formlarda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullanılan birtakım ifadeler verilmiştir. Formların üzerindeki yönergeyi okuyup en kısa sürede doldurmanız gereklidir.

CALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Anketimizde doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz. Yapılan testte hiçbir risk ya da yan etki söz konusu değildir. Herhangi bir ilaç kullanımı ya da müdahalede bulunulması söz konusu değildir. Yapılacak olan işlemin size ve sağlığınıza bir zararı bulunmamaktadır.

GEBELİK VE DOĞUM KONTROLÜ

Çalışmamıza dahil edeceğimiz gönüllüler yetişkin erkek bireyler olacağı için böyle bir önleme gerek yoktur.

CALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR? (Varsa açıklayınız)

Yaptığımız bu çalışma ile yenidoğan işitme taramasına gelen bebeklerin babalarının bilgilendirilmesinin babalar üzerindeki kaygı düzeyini azaltıp azaltmadığını ve babaların yenidoğan işitme taraması hakkında bilgilendirilmesinin birinci basamak sonrasındaki kontrollere gelişi etkileyip etkilemediğini tespit edebileceğiz. Bu durumda yenidoğan işitme taramasında birinci basamağı geçemeyen bebeklerin diğer kontrollere getirilmesini kolaylaştırabilir.

GÖNÜLLÜ KATILIM

Bu araştırmaya katılma kararımı tamamen gönüllü olarak veriyorum. Bu çalışmaya katılmayı reddedebileceğim veya katıldıktan sonra istediğim zaman, bu tedavi kurumunda göreceğim bakım ve tedaviler etkilenmeksizin ve hiçbir sorumluluk almadan ayrılabilceğim bilincindeyim. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılırsam, ayrılma nedenlerimi, ayrılışımın sonuçlarını ve izleyen dönemde alacağım tedavileri doktorumla tartışacağım.

CALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Yenidoğan işitme taraması Ülkemizde Sağlık Bakanlığına bağlı Ulusal Yeni Doğan İşitme Taraması programı kapsamında yapılmaktadır Testler rutin kontroller sırasında yapıldığı için hastaya herhangi bir maliyeti yoktur. Araştırmaya katılmanız nedeniyle size para ödenmeyecektir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Bu formu imzalayarak doktorunuzun ve onun kadrosunun çalışma için sizin kişisel bilgilerinizi (“Çalışma Verileri”) toplamalarına ve kullanmalarına onay vermiş olacaksınız. Bu durum doğum tarihiniz, cinsiyetiniz, etnik kökeniniz ayrıca Çalışma verilerinizin kullanımı ile ilgili verdiğiniz onayın herhangi bir belirlenmiş birim tarihi yoktur, ancak doktorunuzu haberdar ederek bu onayınızdan herhangi bir zamanda vazgeçebilirsiniz.

Doktorunuz çalışma verilerinizi çalışma için kullanacaktır. Doktorunuzun çalıştığı kurum yürürlükte olan veri koruma kanunları ile uyumlu olarak çalışma verilerinizin yönetiminden sorumludur.

Çalışmanın sonuçları tıbbi yayınlarda yayınlanabilir, ancak sizin kimlik bilgileriniz bu yayınlarda açıklanmayacaktır.

Doktorunuzdan, toplanan çalışma verileriniz hakkında bilgi isteme hakkında sahipsiniz. Aynı zamanda bu verilerdeki herhangi bir hatanın düzeltilmesini isteme hakkında da sahipsiniz. Eğer bu konuda bir isteğiniz olursa lütfen doktorunuzla görüşünüz.

Eğer onayınızda vazgeçerseniz, doktorunuz çalışma verilerinizi artık kullanamayacak ya da diğer kişilerle paylaşamayacaktır. Bu formu imzalayarak, çalışma verilerinizin bu formda tanımlandığı şekilde kullanımına onay vermekteyim.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE 24 SAAT ULAŞILABİLECEK KİŞİLER:

Safiye GÜNDOĞDU

Tel no:05448749865

ÇALIŞMADAN AYRILMAMI GEREKTİRECEK DURUMLAR: Varsa açıklayınız

Bebeğiniz yenidoğan işitme taramasından geçerse eğer sizi çalışmamıza dahil edemeyeceğiz.

YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR

Çalışma planında herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllünün 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 3 Durumluk Kaygı Envanteri (Stai Form TX-1)

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

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Şu anda sakinim.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Şu 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)

Ek 4 Sürekli Kaygı Envanteri (Stai Form TX-2)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
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 hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
27.Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28.Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar birktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30.Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31.Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32.Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33.Genellikle kendimi güvende hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34.Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35.Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	(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 kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
39.Aklı başında ve karalı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40.Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek 5 Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Hesaplama Anahtarı

DURUMLUK KAYGI

Doğrudan İfadeler	Tersine Dönmüş İfadeler
3- ()	1- ()
4- ()	2- ()
6- ()	5- ()
7- ()	8- ()
9- ()	10- ()
12- ()	11- ()
13- ()	15- ()
14- ()	16- ()
17- ()	19- ()
18- ()	20- ()

() ()

()

+ 50

()

**DURUMLUK KAYGI
PUANI**

SÜREKLİ KAYGI

Doğrudan İfadeler	Tersine Dönmüş İfadeler
22- ()	21- ()
23- ()	26- ()
24- ()	27- ()
25- ()	30- ()
28- ()	33- ()
29- ()	36- ()
31- ()	39- ()
32- ()	
34- ()	
35- ()	
37- ()	
38- ()	
40- ()	

() ()

()

+ 35

()

**SÜREKLİ KAYGI
PUANI**

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ KULAK BURUN BOĞAZ ANA BİLİM DALI
ODYOLOJİ VE KONUŞMA BOZUKLUKLARI ÜNİTESİ

0-2 YAŞ DİL GELİŞİMİ



1-3 Ay

- Ağlama, hapşırma ve öksürme gibi doğal sesleri çıkarır.
- Rahatlık, mutluluk ifade eden seslendirmeler yapar.
- Agulamalar başlar.
- Yüksek sesle cevap verir, sesin geldiği yöne bakar.



4-6 Ay

- (ba-ba-ba), (da-da-da) gibi sıralı mırıldanmalar başlar.
- Kızgın ve neşeli sesi ayırt eder.
- Kendi sesi ile oynar, güler, ses tınısını değiştirir.



9-12 Ay

- Sese döner, ismini tanır.
- Hayır ya da yapma uyarısını anlar.
- Sesleri taklit eder.
- Yapma sözcükler üretir ve kullanır
- İlk (anlamalı) kelimelerini söyler.



1 Yaş

- 4-6 kelime kullanır
- 10 kadar basit kelimeyi anlar.
- Nesneleri isimlendirmeye çalışır.



18 ay

- 50 kadar kelimeyi anlar. 6-12 kadar nesneyi ismi söylendiğinde tanır. Kendi bedeninde göz, burun, ağız gibi en az üç vücut parçasını gösterebilir.



2 yaş

- Kelime anlar, 200 kelime kullanır.
- İki ya da üç kelimeli cümleler kurar.
- Bebekleri (askerleri) ile konuşur.
- En az 5 vücut parçasını başkasının üstünde gösterebilir.

DİKKAT!!

6. Ayın sonunda

- * Çocuk sese yönelmiyorsa,
- * Seslenildiğinde tepkisi yoksa
- * Ses oyunları başlamamış ya da devam etmiyorsa
- * Hece tekrarı yapmıyorsa
- * Ses oyunları ve agulama süresi 2-3 sn' den az ise
- * Ağlarken ve ses çıkarırken tonlamalar yapmıyorsa;

12. Ayın sonunda

- * Amaçlı olarak hece tekrarı yok ise (ba ba, ma ma gibi)
- * Kendi ismini bilmiyor, tanıdığı insanların ismi söylendiğinde tepkisiz kalıyorsa
- * Sözel/Görsel uyaranlara tepkisiz kalıyorsa

İŞİTME KAYBI OLABİLİR!!

Lütfen, çocuğunuzun kulak muayenesi ve işitme testlerinin yapılması için en yakın Kulak Burun Boğaz Kliniğine başvurunuz...



ÇOCUĞUNUZ KONUŞMAYI ÖĞRENİRKEN...



1. Bol konuşulan bir ortam hazırlayın. Sadece işaret, jest ve mimiklerle iletişim kurmayın. O işaret kullandığı zaman konuşarak anladığınızı ifade edin.

2. Bozuk, yanlış kelimelerini, karşınıza alıp ağız hareketlerinizi göstererek düzeltme yoluna **asla** gitmeyin. Bırakın çocuğunuz dilini istediği gibi kullansın. Siz doğrusunu sık sık tekrar edin.

3. Bebeksi konuşma tarzı çocukları sevimli hale getirebilir. Ancak bu konuşmaların yetişkinler tarafından da aynı şekilde üretilmesi, çocukların yanlış ürettiği sözcükleri düzeltmesini engeller. Bebeksi sözcüklerini düzeltmeyin, ama siz doğrusunu tekrarlayın.

4. Konuşması ile sürekli sizi takip etmesini, söylediklerinizi sizin gibi tekrarlamasını, sürekli sizinle çalışmasını beklemeyin. Unutmayın tekrarlaması için önce anlaması gerekir. Bu tür zorlamalar, umulanın aksine, konuşmak yerine onu konuşmama yöneltecektir.

5. Sorularını asla cevapsız bırakmayın. Baştan savma ve geçiştirici cevaplar vermeyin. Öğrenme sevgisini aşıl原因, ihtiyacı olan bilgileri ona sağlayın.

6. Oyunlarına ortak olun. Beraber oyunlar oynayın. Oyun sırasında oyuncaklarla ve oyunla ilgili sürekli olarak konuşun. Uzun cümleler kurmayın. Sık tekrarlar ve kısa cümlelerle iletişim kurmayı deneyin. Tek fiilli iki ya da üç kelimeli cümleler seçin.

7. Çocuğunuzun kişisel ve sosyal uyumunu en iyi şekilde sağlamaya çalışın.

8. Komşularınızın ya da çevrenizdeki diğer kişilerle, arkadaşlarının, çocuğunuzu eleştirmesine izin vermeyin ve çocuğunuzu başka çocuklarla kıyaslamayın.

9. Disiplini ile ilgilenin. Bu katı, kuralcı, daha çok da dayığa dayalı bir eğitim sistemi demek değildir. Sevgi dolu, anlayışlı ve tutarlı davranışlarla yaklaşın. Çok katı kurallar koymayın. Koyduğunuz kuralları çiğnemesine göz yummayın, ama daha da önemlisi siz asla çiğnemeyin.

10. Çocuğunuzun doğru davranışlarını, konuşma girişimlerini övgüyle karşılayın. Bir sonraki için güdülendirin. Ödülün mutlaka oyuncak ya da çikolata olması gerekmez. Saçını okşamanız, sevip kucaklamanız da aynı etkiyi yapacaktır.



İletişim kurmak demek, soru sormak ya da söylediğinizi tekrarlatmak değildir. İletişim sürecinde başlangıçta sizi anlamıyor ya da size yanıt vermiyor olabilir. Sürekli konuşarak ve anlatarak kuracağınız iletişim, bir süre sonra onun da ilgisini çekecek ve size sözel olarak yanıt verme çabasına girecektir. (166 & 67)

9. ÖZGEÇMİŞ

09.03.1984 yılında Artvin’de doğdum. İlk öğrenimimi 1989-1997 yılları arasında Artvin Cumhuriyet İlköğretim, İzmit Tüpraş İlköğretim ve Artvin Gazi İlköğretim okullarında, Orta öğrenimimi 1998-2001 yılları arasında Artvin Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi’nde tamamladım. 2002-2007 yıllarında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Biyoloji Bölümünde lisans eğitimimi aldım ve 2009 yılında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB ABD Odyoloji Ünitesin’de yüksek lisans eğitimime başladım.

