



**KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
ODYOLOJİ ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**İŞİTME CİHAZI KULLANAN ERİŞKİN BİREYLERDE COPE BAŞA ÇIKMA
TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME**

Senanur AKTAŞ

Yüksek Lisans Tezi

**KONYA
Ocak 2023**

İŞİTME CİHAZI KULLANAN ERİŞKİN BİREYLERDE COPE BAŞA ÇIKMA
TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME

Senanur AKTAŞ

KTO Karatay Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Odyoloji Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans Tezi

Tez DanıŐmanı: Dr. Öğr. Üyesi Bahriye HORASANLI

Konya
Ocak 2023

BİLDİRİM

Enstitü tarafından onaylanan Yüksek Lisans tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını basılı veya dijital biçimde arşivleme ve aşağıda belirtilen koşullar dahilinde erişime açma iznini KTO Karatay Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle, Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak ve gelecekteki çalışmalar (makale, kitap, lisans, patent vb.) için tezimin tamamının veya bir bölümünün kullanım hakları yalnızca bana ait olacaktır.

Tezimin bütünüyle kendi çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izinle kullanılması zorunlu olan kaynakları, yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde izinlerin suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayımlanan “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” kapsamında, tezim, aşağıda belirtilen koşullar haricince, YÖK Ulusal Tez Merkezi ve KTO Karatay Üniversitesi Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

Enstitü / Fakülte Yönetim Kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir.¹

Enstitü / Fakülte Yönetim Kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir.²

Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.³⁴

25 Ocak 2023

Senanur AKTAŞ

¹ MADDE 6(1) Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

² MADDE 6(2) Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internette paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

³ MADDE 7(1) Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

⁴ MADDE 7(2) Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

ETİK BEYAN

KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kurallarına uygun olarak Dr. Öğr. Üyesi Bahriye HORASANLI danışmanlığında tarafımdan üretilen bu tez çalışmasında; sunduğum tüm veri, enformasyon, bilgi ve belgeleri bilimsel etik kuralları çerçevesinde elde ettiğimi, tüm değerlendirme, analiz, bulgu ve sonuçları bilimsel usullere uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım kaynakların tümüne bilimsel normlara uygun biçimde atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

25 Ocak 2023

Senanur AKTAŞ

TEŐEKKÖR

Çalışmam süresince mesleki tecrübelerinden her zaman yararlandığım, eğitimimin her aőamasında desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Bahriye HORASANLI'ya,

Tez çalışmam süresince fikirleri ve desteği ile her zaman yanımda olan dostum Helin ACET'e,

Hayatım boyunca her konuda beni destekleyip güvenen, maddi ve manevi tüm desteklerini daima hissettiğim, benimle gururlanan sevgili annem Gülsen AKTAŞ'a ve sevgili babam Recep AKTAŞ'a sonsuz sevgilerimi ve teşekkürlerimi sunarım.

25 Ocak 2023

Senanur AKTAŞ

ÖZET

Senanur AKTAŞ

İşitme Cihazı Kullanan Erişkin Bireylerde COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme

Yüksek Lisans

Konya, 2023

Günlük hayatta bireyler isteklerini ve ihtiyaçlarını iletişim kurarak ifade ederler. Bireyin çevresindekilerle iletişim kurmak için hem işitmesi hem de diyalog kurması gerekmektedir. İşitmekte zorluk çeken bir birey iletişim kurmakta da sıkıntı yaşamaktadır. İşitme kaybı günlük yaşantımızda sadece işitme ile ilgili problemleri değil, işitmenin dışında farklı sorunların da meydana gelmesine sebep olmaktadır. Bu durumda işitme kaybının durdurulması ve ilerlememesi açısından işitme cihazı kullanımı gerekmektedir. İşitme cihazları, işitme kaybı yaşayan bireylerin karşılaştığı olumsuz etkileri düşürmek veya kabul edilebilir seviyede tutabilmek bunun yanı sıra topluma entegrasyonunu sağlamak için kullanılmaktadır. İşitme cihazları sesi yükseltmesi dışında duyulan seslerin doğal ve anlaşılabilir düzeyde olması gerekmektedir. İşitme cihazı kullanan bireylerde günlük hayatta birtakım sorunlar yaşanabilmektedir. İşitme cihazını kullanmakta güçlük çekme, toplumda cihaz kullanmak istememek gibi sorunlar mevcuttur. Bu sorunları detaylı incelemek adına bu tezde, işitme cihazı kullanan erişkin bireylerde cihaz kullanımının başa çıkma etkisini değerlendirme üzerinde durulmuştur. Katılımcıların Başa Çıkma Tutumları Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları puanlar cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve işitme kaybı dereceleri açısından karşılaştırılmıştır. Sonuçta, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ile madde kullanımı alt boyutlarının puanları açısından cinsiyet farkları; soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, aktif başa çıkma, dini olarak başa çıkma ve madde kullanımı alt boyutları açısından yaş grupları farkları saptanmıştır. Bunun yanında, farklı eğitim düzeylerine sahip katılımcıların pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar, dini olarak başa çıkma, davranışsal olarak boş vermişlik, geri durmak ve duygusal sosyal destek kullanımı puanları birbirinden anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Son olarak; hafif, orta, ileri ve çok hafif işitme kaybı derecesine sahip katılımcılardan oluşan gruplar arasında soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar ve geri durmak alt boyutları puanları açısından anlamlı düzeyde fark bulunduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler

İşitme kaybı, iletişim, başa çıkmak, işitme cihazı

ABSTRACT

Senanur AKTAŞ

Evaluating COPE Coping Attitudes in Hearing Aids Adults

Master's Thesis

Konya, 2023

In daily life, individuals express their wants and needs by communicating. In order to communicate with the people around, the individual needs to both hear and establish a dialogue. An individual who has difficulty in hearing also has difficulties in communicating. Hearing loss not only causes hearing problems in our daily lives, but also causes different problems other than hearing. In this case, it is necessary to use a hearing aid in order to stop hearing loss and prevent it from progressing. Hearing aids are used to reduce the negative effects of individuals with hearing loss or to keep them at an acceptable level, as well as to ensure their integration into society. Except for the hearing aids amplifying the sound, the sounds heard should be at a natural and understandable level. Individuals who use hearing aids may experience some problems in daily life. There are problems such as having difficulty in using the hearing aid and not wanting to use the device in the society. In order to examine these problems in detail, this thesis focuses on evaluating the coping effect of device use in adults who use hearing aids. The scores of the participants in the sub-dimensions of the Coping Attitudes Scale were compared in terms of gender, age, education level, and degree of hearing loss. In conclusion, gender differences in scores of positive reinterpretation and development and substance use sub-dimensions; Age group differences were determined in terms of focusing on the problem and expressing emotions, active coping, religious coping and substance use sub-dimensions. In addition, the positive reinterpretation and development, focusing on the problem and expressing emotions, denial, religious coping, behavioral disengagement, holding back and emotional social support use scores of participants with different education levels differed significantly from each other. Finally; It was observed that there was a significant difference between the groups consisting of participants with mild, moderate, severe and very mild degrees of hearing loss in terms of the sub-dimensions of focusing on the problem and expressing emotions, denial and holding back.

Keywords

Hearing loss, communication, deal with, hearing aid

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
ETİK BEYAN.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viv
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	ixi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ	1
2.1. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Kulak Anatomisi.....	2
2.1.1. Dış Kulak.....	3
2.1.2. Orta Kulak.....	3
2.1.3. İç Kulak.....	7
2.2. İşitme Kaybı	7
2.2.1 İşitme Kaybı İnsidansı	8
2.2.2 İşitme Kaybının Sınıflandırılması	8
2.2.2 İşitme Kaybının Derecelendirilmesi	11
2.3. İşitme Cihazları.....	12
2.3.1. İşitme Cihazı Modelleri.....	13
2.3.2. İşitme Cihazı Seçimi ve Değerlendirmesi.....	14
2.3.3. İşitme Cihazı Uygulaması.....	14
2.3.4 İşitme Cihazının Yararları.....	15
2.3.5 İşitme Cihazının Hayat Kalitesine Etkisi.....	15
2.4. İşitme Cihazı ve Başa Çıkma Tutumları	15
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	17
3.1. Bireyler	17
3.2. Kullanılan Test ve Yöntem.....	17
3.2.1. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği.....	17
3.3. İstatistiksel Analiz	19
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	35

6. SONUÇ	40
KAYNAKLAR	41
ÖZGEÇMİŞ	46
EK 1. KİŞİSEL BİLGİLENDİRME FORMU	47
EK 2. BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	48
ETİK KURUL/KOMİSYON İZİNİ/MUAFİYETİ	53

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Saf Ses Ortalamasına Bağlı Olarak İşitme Kaybı Dereceleri.....	12
Tablo 2. İşitme Kaybı Sınıflandırılması.....	13
Tablo 3. Katılımcıların demografik özellikleri.....	20
Tablo 4. Cinsiyet Karşılaştırmaları.....	23
Tablo 5. Yaş Grubu Karşılaştırmaları.....	26
Tablo 6. Eğitim Düzeyi Karşılaştırmaları.....	29
Tablo 7. İşitme Kaybı Derecesi Karşılaştırmaları.....	32

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kulak yapıları.....	2
Şekil 2. Orta kulağın şematik görünümü.....	4

SİMGELER DİZİNİ

Simge	Açıklama
=	Eşittir
%	Yüzde
<	Küçüktür
>	Büyüktür
n	Kişi Sayısı
p	Anlamlılık Düzeyi

KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltma	Açıklama
SD	Standard Deviation
TM	Tympanic Membrane
dB	Desibel
ITC	In The Canal
ITE	In The Ear
LSD	Least Significant Difference
WHO	World Health Organization

1. GİRİŞ

İşitme, insan iletişimi gelişiminin temeli olarak kabul edilen, toplumda çok önemli bir rol oynayan, yaşamdaki temel duyulardan biridir (Magni vd., 2005). Başkalarıyla ilişki kurma, fikir paylaşma, faaliyetlere katılmak ve bir çevreyi deneyimlemek, büyük ölçüde işitme kapasitesine bağlıdır. İşitme, tehlikenin varlığı da dahil olmak üzere çevre hakkında önemli bilgiler sağlar. Sirenler, duman alarmları ve uyarı sesleri işitme gerektirir. İşitme kaybı, bu iletişim kurma ve etkinliklere katılma yeteneğini önemli ölçüde etkilemektedir (Arlinger, 2003; Dalton vd., 2003; Wallhagen vd., 2004).

Yetişkin nüfus, günlük yaşamlarında fark edilebilecek ölçüde işitme kaybına sahiptir. Bu insanların çoğu için, işitme kaybı iş yerinde, aile ve arkadaşlarla ilişkilerde psikososyal dezavantajlara neden olur ve psikopatoloji ile açık bir bağlantı olmasa da işitme kaybının hayatın zorluklarıyla baş etmeyi zorlaştırdığı açıkça görülmektedir (Andersson ve Hagnebo, 2003). Kalıcı işitme kaybı yaşayan bireylere insanlarla iletişim güçlüğü yaşamaması adına işitme cihazı önerilmektedir. İşitme cihazları, cerrahi işlemlerle veya ilaçla tedavi edilemeyen durumlarda işitme kaybının üstesinden gelmek için kullanılan sorun çözme yöntemi olarak kullanılmaktadır. İşitme cihazlarının kişilere uygunluğunun yorumlanması, odyologların yeterliliğinin veya genel değerlendirme aşamalarının olmadığı durumlarda, özellikle de ekonomik düzeyi düşük olan bireyleri cihaz kullanımına razı etmek oldukça zor olduğu bilinmektedir (Arslan ve Genovese, 1996).

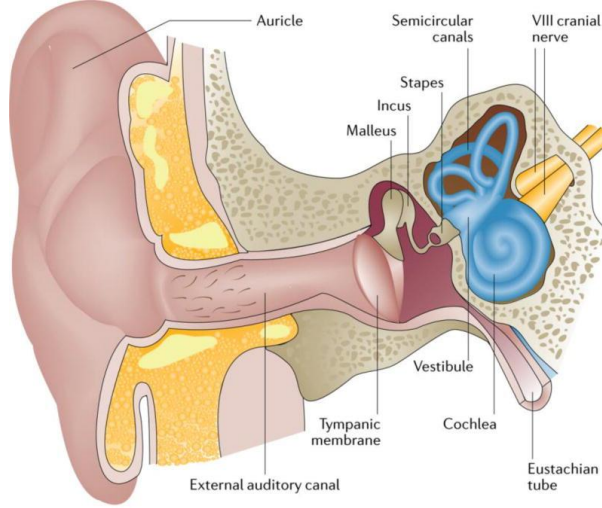
İşitme cihazlarının yararları olmasına ve işitme kayıplı kişilere önerilmesine rağmen, nadiren nihai çözümlü olup gürültülü ortamlardaki zorluklar ve işitme cihazlarını takmaktan rahatsızlık duyma gibi sorunların yaygın olduğu bilinmektedir. İşitme kaybının bir stres etkeni olarak görülebileceği gerçeği göz önüne alındığında, araştırmalarda baş etme kavramını uygulayan araştırmacıların ilgisini çekmiştir (Hallberg, 1996). Bununla birlikte, çoğu çalışmada, işitme kaybıyla başa çıkma, iletişim sorunlarına odaklanan anketlerle dolaylı olarak ölçülmüştür olup başa çıkma yapısı genellikle "yönetme veya başarma" ve "başa çıkmama" olarak yanlış anlaşılmıştır. Başa çıkma ve duygusal tepkiler arasında bir ilişki olduğu öne sürülmüştür ancak işitme kaybıyla başa çıkmaya gelince, bu husus geçerliliği kanıtlanmış araçlar kullanılarak ayrıntılı olarak ele alınmamıştır (Lazarus, 1993).

Bu çalışmanın amacı, geçerliliği kanıtlanmış bir başa çıkma aracı olan COPE Başa ıkma Tutumlarını Değerlendirme leği kullanarak işitme kayıplı bireyler arasındaki başa çıkma stratejilerini araştırmak ve başa çıkma tutumlarını değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kulak Anatomisi

Kulak; denge ve işitme sisteminin periferik bir yapısı olup, temporal kemiğin iç kısmına yerleşmiştir. Yapı ve görev açısından birbirlerinden farklı olarak üç ayrı kısımdan meydana gelmektedir. Bunlar dış, orta ve iç kulak biçimindedir.



Şekil 1. Kulak yapıları

Kaynak: (Korver vd., 2017)

2.1.1 Dış Kulak

Dış kulak, kulak kepçesi ve dış kulak kanalını içerir ve orta kulaktan kulak zarı ile ayrılır. Kulak kepçesinin medial bölümü, kıkırdaksı yapıya sahiptir ve lateral bölümünde deri ile örtülmüş olan elastik organ bulunmaktadır. Kulak kepçesini dış kısım ile birleştiren musculus auricularis anterior, posterior ve superior olarak üç ayrı kas bulunmaktadır. Kulak kepçesinin görevi kafatasına isabet ederek 2 ve 4 kHz lik ses dalgalarını toplayıp dış kulak yoluna ileterek sesin lokalizasyonuna fayda sağlamaktadır (Şahin, 2010). Kulak zarı, dış kulağı orta kulaktan arasında bir duvar görevi görmektedir. Kulak kepçesi, ses salınımlarını alıp oldukça kısıtlı bir biçimde olan dış kulak yoluna akış sağlamak için adeta bir trampet görevi görmektedir. Bazı hayvanlarda kulak kepçesi hareketli ve biçim değiştirme niteliklerine hakim olmalarına rağmen, insanlardaki kulak kepçesi hareketsiz

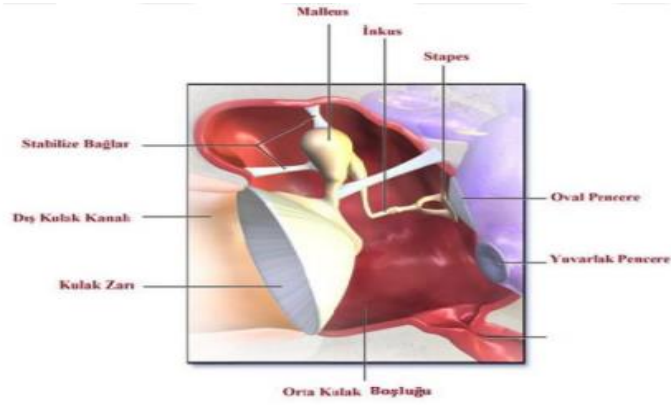
bir yapıya sahiptir. Hareketsiz olmasına rağmen birden çok yararlarının olduğu bilinmektedir. Enerjiyi kulak kanalına yöneltmesi ile birlikte sesi toparlayıcı olarak görev yapması ses kaynağının yönünü belirlemede büyük bir fayda sağlamaktadır. Kulak kepçesinin kendine özel bir frekansı bulunmaktadır. Bu özel frekans kulak kepçesinin şekil ve büyüklüğüne göre büyük oranda değişkenlik göstermektedir. İşte bu özel frekans sebebiyle bazı frekanslara hakkında kulak kepçesinin hassasiyet değişimi meydana geldiği gözlenmektedir. Bu durum neticesinde kulak kepçesi, bir süzgeç özelliği göstermektedir. Kulak kepçesinin dışmadaki görevi oldukça kayda değerdir. Dış kulak yolu ses frekansını kulak zarına ulaştırır. Dış kulak yolu, kulak kepçesinden başlayarak kulak zarına dek yetişkinlerde yaklaşık 2,5 cm boyutunda olduğu bilinmektedir. Dış kısımdaki 1/3'lük bölüm kıkırdak, diğer 2/3'lük bölüm ise kemik yapıya sahiptir. Çocuklarda büsbütün kıkırdak yapısı biçimindedir. Dış 1/3'lük bölümünde yağ ve ter bezleri, kıl folikülleri bulunmaktadır. 2/3'lük iç bölümünde, kulak zarının dış katmanı ile birlikte sürdürülen zayıf bir deri bulunmaktadır. Dış kulağın bölümlerinden oluşan pinnanın yapısını kartilaj bir iskelet yapısı bulunmaktadır (Gündüz ve Karabulut 2015). Pinnanın en dış kısmında bulunan bölüme helix adı verilmektedir. Helixin hemen ön tarafında bulunan çıkıntıya ise antihelix denilmektedir. Helixin kısmına verilen isim cymba concha olarak adlandırılmaktadır. Cavum concha ise aurikulanın en küçük derin kısmına denilen isimdir. Cymba concha ile yan tarafındaki kıkırdak yapıya tragus ismi verilmektedir. Dış kulak yolunun kısmına doğru tragus genişlemektedir. Tragusun alt kısmındaki kıkırdak bölüme antitragus denilmektedir. Antitragusun alt kısmındaki yağ bezesine benzemekte olan bölüme lobül denilmektedir. Aurikulanın kıkırdağı sadece bir kısımdan oluşup ve etrafı epitel doku ile kaplı olduğu bilinmektedir (Fuller vd., 2002).

2.1.2 Orta Kulak

Orta kulak; kemik zinciri, östaki tüpünü ve kulak zarı (timpanik membran), bünyesinde bulunduran periferik işitme sisteminin ikincil yapısı olduğu bilinmektedir. Orta kulak; lateral duvar kısmında kulak zarı (tympanic membran), medial duvar kısmında ise iç kulağın bulunduran, karmaşık dikdörtgen prizması biçiminde gözüken bir boşluğa denilmektedir (Katz, 2002; Shah vd., 2013).

Orta kulak boşluğu, sesi kulak zarından iç kulağa ileten üç küçük kemiği, çekiç, örs ve üzengi (malleus, incus ve stapes) barındırır. Orta kulağın dış duvarı kulak zarı, iç duvarı

kokleadır. Orta kulağın üst sınırı, beynin orta lobunun alt kısmındaki kemiği oluşturur ve orta kulağın tabanı, kanı baştan boşaltan büyük damarın, juguler ampulün başlangıcını kaplar. Orta kulağın ön ucunda östaki tüpünün açıklığı bulunur ve arka ucunda mastoid hava hücreleri olarak bilinen şakak kemiği içindeki bir grup hava hücresine geçiş yolu bulunur. Orta kulak boşluğunun yan tarafında bir kızartma tavası şeklinde, aşağı ve ileriye dönük bir kulp (Östaki borusu) olduğu, ancak arka duvarında pek çok hava hücresine sahip süngerimsi bir kemik parçasına giden bir delik olduğu düşünülebilir. Orta kulak, burun ve sinüslerin solunum hava boşluklarının bir uzantısıdır ve östaki borusunun yakınında kalın ve mastoide geçerken ince olan solunum zarı ile kaplıdır (Kei ve Zhao, 2014).



Şekil 2. Orta kulağın şematik görünümü

(Kaynak: Turan, 2015)

2.1.2.1. Kulak zarı (Tympanic membran)

Dış kulak yolunun medial kısmında bulunan kulak zarı (membrana timpani, TM) kulak zarı boşluğunun yan sınırını oluşturmaktadır. İnsan vücudunda her iki tarafı hava ile çevrilmiş tek zardır. Ortalama 0,1 mm kalınlığa ve yaklaşık 10 mm çapa sahip olan timpanik membran üç katmandan oluşur ve fibröz tabaka (lamina propria) en üst tabakadır. Ortadaki baskın bileşen, zara stabilite verir. Bu lifli tabakanın içinde, radyal, eşmerkezli ve teğetsel olarak uzanan son derece katı kollajen liflerinin dikkate değer bir düzenlemesi vardır (Jahnke, 2004).

Kollajen liflerinin esneme kabiliyeti sınırlıdır, bu da akustik basınçlarda meydana gelen küçük yer değiştirmelere yüksek uyum, ancak daha yüksek basınçlarda daha fazla esnemeye karşı direnç sağlar. 400 daPa'nın üzerinde, TM katı bir duvar gibi davranır ve atmosferik basıncın daha fazla artması, TM'nin daha fazla yer değiştirmesine (şişmesine) neden olmaz (Huttenbrink, 1995). Fibröz tabaka her iki tarafta iki epitel tabakası ile kaplıdır. Yan tarafta, bu tabaka, dış kulak kanalını kaplayan derinin ince bir devamı olan tabakalı, keratinize epitelten oluşur bu durum kolesteatom gelişimi sırasında kritik bir faktör haline gelir.

Anatomik olarak TM, insanlarda neredeyse tüm zarı oluşturan gergin kısım (pars tensa) ve çok daha küçük sarkık kısım (pars flaccida) olarak ikiye ayrılabilir. Gergin kısım, malleus boynunun altındaki zarın geniş alanını, halka tarafından çevrelenen alanı tanımlar. Sağlıklı bir durumda gergin kısım şeffaftır, ancak iltihaplanma, efüzyon veya yara izi karakteristik bir renk değişikliğine yol açabilir. TM burada doğrudan kemikli kulak kanalına girer. Pars tensadan farklı olarak, pars flaccida merkezi bir fibröz tabakadan yoksundur. Malleusun kısa çıkıntısı, manubriumun (malleus sapi) üst ucunda yer alır. Manubrium, pars tensaya gevşek bir şekilde yapışıktır ve distal olarak TM'nin umbo'sunda sona erer. TM'nin umbo'sunun en çöküntü noktası olmasıyla, zar, halka ve manubrium arasında hafif dışa doğru dışbükey bir eğrilik ile konik bir şekil alır (Teunissen ve Cremers, 1993).

Klinik olarak TM, malleus sapından aşağı çekilen ve alt kenarına kadar devam eden hayali bir düz çizgi ve umbo boyunca uzanan dikey bir çizgi ile birbirinden ayrılan dört kadrana ayrılabilir. TM'nin doğru fizyolojik pozisyonu (dış kulak kanalı ile timpanik boşluk arasındaki dengeli basınç durumu), otoskopi sırasında alt ön kadrandan gelen ışığın umbo ile temas eden üçgen yansımasıyla belirtilir. Bu küçük alan, dış kulak yolunun eğik yönelimi ve zarın içbükey şekli nedeniyle, TM'nin gelen ışığa dik olarak yönlendirilen tek kısmıdır.

İşlevsel bir işitme açısından, TM orta kulağın titreşim gücü olarak kabul edilebilir. İşitme süreci, ses basıncı dalgalarının dış kulak kanalından geçerek TM'ye ulaşmasıyla başlar. Hava moleküllerinin titreşimleri TM'nin titreşimine neden olur. Havadaki titreşimlerden koklea sıvısındaki titreşimlere orta kulak tarafından gerçekleştirilen

empedans dönüşümü, koklea içindeki tüylü hücrelerin son titreşiminin kaynağıdır. Ek olarak, TM kavisli yüzeyleri sayesinde ses basıncının birkaç dB yükseltilmesini sağlar (Hüttenbrink, 1988; Teunissen ve Cremers, 1993).

TM'nin akustik özellikleri normal orta kulak fonksiyonu için hayati önem taşır. TM'nin en küçük ses basınçlarına tepki verme ve aynı zamanda çok büyük (atmosferik) basınç dalgalanmalarına dayanma yeteneği, mikro ve makro anatomisiyle yakından bağlantılıdır. Bu nedenle TM ameliyatı yapılırken bu organın kendine has fiziksel özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır.

2.1.2.2. Kemikçikler

TM' den başlayarak malleus (çekiç), incus (örs) ve stapes (üzengi) ile kemikçikler ses iletimini gerçekleştirir. Orta kulağının karakteristik bir özelliği olan üç kemikçik, hassas sinovyal eklemler olan malleo-incudal ve incudo-stapedial eklemler ile birbirine bağlıdır (Mason, 2013).

Malleus; caput mallei, collum mallei, processus brevis ve manubrium mallei olarak dört kısma ayrılmıştır. Malleus'un TM ile bağlantısı çoğunlukla gevşektir ve kısa işlemin sonunda küçük bir kıkırdaklı eklem vardır. Bununla birlikte, TM'nin kollajen liflerinin birleştiği umbo'da, bağlantı son derece karardır ve yalnızca keskin aletlerle kesilebilir. Malleusun başı, karakteristik bir eyer şeklindeki eklemden stapes gövdesi ile eklem yapar (Mason, 2013).

İncus; corpus incudis, crus breve ve crus longumdan oluşur. Corpus incudis, uzun sürece çok hassas bir kemik pedikül ile bağlanır. Stapes; caput stapedis, crus anterior ve crus posterior ve basis stapedis kısımlarından oluşur. Üzengi başı, inkusun lentiküler apofizi ile sığ, top ve yuvalı kıkırdaklı bir eklemden eklem yaparken, taban plakası, dairesel bağ vasıtasıyla oval pencerenin kenarı ile fibröz bir eklemleme sahiptir. Tüm kemikçikler ve tüm timpanik boşluk tek katlı epitel ile kaplıdır (Anson, 1992).

TM ve kemikçikler titreşime ayarlandığında, sesi oval pencere yoluyla sıvı dolu iç kulağa iletirler, burada kokleada ilerleyen bir dalga ortaya çıkar ve tüy hücreleri uyarılır. Sesi ileten kısmın çalışma prensibi, kulak kanalındaki hava ile sıvı dolu iç kulak arasındaki

akustik impedans farkının üstesinden gelmektir. Bu amaca esas olarak büyük TM ile daha küçük ayak plakası arasındaki basınç amplifikasyonu ile ulaşılır. Bu hidrolik yükseltmenin yanı sıra, TM'nin eğriliği sayesinde küçük bir basınç kazancı sağlanır. Ses basıncı titreşimleri için, fonksiyonel dönme eksenini frekansa göre değiştirir ve farklı frekanslarda, eksenler umbo boyunca veya kemikçik zincirinin dışında hizalandığı bilinmektedir (Hüttenbrink, 1995).

2.1.3. İç kulak

Temporal kemiğin petros bölümünde bulunan iç kulak, kemik labirent ve membranöz labirentten meydana gelen yapıya denilmektedir. İç kulak, iki ana kısımdan oluşmaktadır bunlar; koklea (işitme) ve vestibüler (denge) sistemidir. Vestibüler sistemde; üç tane semisürküler kanal ve vestibül (sakkulus, utrikulus) kısmı bulunmaktadır. Kemik labirent içerisinde koklea ve vestibüler yapılar yer almaktadır. Membranöz labirent kemik labirentin içinde bulunmaktadır ve kemik labirenti içeri tam olarak doldurmadan taklit eder. Sadece 1/3'lük bölümünde yer almaktadır. Kemik labirentin içerisinde sodyum bakımından zengin perilyen sıvısı bulunmakta, membranöz labirent içerisinde ise potasyumdan bakımından bol endolyen sıvısı bulunmaktadır (Anniko vd., 2010).

2.2. İşitme Kaybı

İşitme kaybı, mümkün olan en geniş anlamıyla, subjektif olarak zar zor hissedilen rahatsızlıklardan tamamen duymamaya kadar ilerleyen, işitme yeteneğinin azalması anlamına gelir. İşitme kaybı, sesin iç kulağa iletilmesindeki, kokleadaki duyu hücreleri tarafından sesin algılanmasındaki veya koklear sinirlerdeki, işitsel yoldaki veya kortikal işitsel merkezlerdeki sesin işlenmesindeki bir bozukluktan kaynaklanır. Dolayısıyla işitme kaybı, işitme organlarını etkileyen birçok farklı hastalığın belirtisidir. İşitme kaybı, genellikle yaşlı bireylerde olmakla birlikte yetişkin bireylerde sık gözlemlenen kronik problemlerden birisidir. İşitme kaybı genellikle birden yaşanmaz. Genel olarak aşamalı olarak zamana yayılarak ilerleme gösterir. Bununla birlikte işitme kaybını erken fark edebilmek oldukça zordur. Bireyler işitme kaybı nedenine sahip olduklarını çoğunlukla çevresindeki bireyler dolayısıyla fark edebilmektedir. İşitsel algının farklı seviyelerde

bozulması günlük hayattaki iletişim sebeplerine, zamanla artan sosyal ve psikolojik nedenlerine sebep olmaktadır (Zeren vd., 2018).

2.2.1. İşitme Kaybı İnsidansı

İşitme kayıpları, insanların aralarındaki iletişimin azalmasına ve etrafındaki sosyoekonomik sorunların fark edilmesine sebep olmaktadır (Şehitoğlu, 2015). İşitme kaybı, dünya çapında yaklaşık 328 milyon yetişkini etkileyen yaygın bir durumdur (WHO, 2014). İşitme kaybı sadece yaygın olmakla kalmaz, aynı zamanda önemli psikososyal sonuçlara yol açabilen uzun vadeli bir rahatsızlıktır. Bu sonuçların belki de en önemlisi iletişim güçlükleri ve sosyal izolasyondur (Strawbridge vd, 2000; Kramer vd, 2002; Dalton vd, 2003; Pronk vd, 2013). Bu duruma ek olarak, işitme kaybı yaşayan kişiler; yaşlılık, yetersizlik, bilişsel bozukluk ve sosyal bozulma gibi çeşitli olumsuz çağrışımlara sahip olması nedeniyle toplum tarafından ayrıştırılma yaşayabilir (Southall vd, 2010; Wallhagen, 2010).

Ortaya çıkarılan bu veriler bundan önceki seneler ile karşılaştırıldığında ortalamanın oldukça üstündedir. Dünya’da yaşamakta olan işitme kayıplı insanların sayısının 2030 senesinde 630 milyon, 2050 senesinde ise 900 milyona gelme ihtimali söylenmektedir (WHO, 2012).

2.2.2. İşitme Kaybının Sınıflandırılması

İşitme kayıpları doğuştan ve sonradan kazanılmış işitme kayıpları olmak üzere ikiye bölünmektedir. Hem sonradan kazanılmış işitme kayıpları hem de doğuştan olan işitme kayıpları, genetik etkenler, geçirilmiş hastalıklar, çevresel faktörler gibi birden fazla etkene bağlı olarak ortaya çıktığı gözlenmektedir (Zeren vd., 2018).

İşitme mekanizmasının hassasiyetindeki azalış ile sensörinöral, iletim ve mikst tip işitme kayıpları meydana gelir. Genellikle işitme kaybının sınıflandırılması yapılırken ifade edilmek istenen işitme kaybının iletim, sensörinöral ya da mikst tip olarak sınıflandırılmasıdır. Bu işitme kaybı tipleri dış, orta ve iç kulak olarak üç kısımdan meydana gelen periferik işitme sisteminde, sorunun olduğu kısma göre belirlenmektedir (Stach, 2010).

2.2.2.1. İletim tipi işitme kaybı

İletim tipi işitme kaybı; dış kulak yolu, kulak kepçesi, orta kulak ve kulak zarında bulunan kemikçiklerden iç kulağa doğru ilerleyen yolda sesin iletimini engelleyen herhangi bir sıkıntı olarak tanımlanmaktadır. Genellikle düz (flat) tip işitme kaybıyla veya alçak frekans işitme kaybında meydana gelmektedir. Sorunun tabiatından kaynaklı bu tür bir sorunda oluşabilecek en fazla işitme kaybı 60 dB seviyesindedir. Çoğunlukla kısa zamanlı ve kalıcı olmayan bu tip işitme kayıplarında sıklıkla cerrahi veya medikal yollarla tedavi sağlanmaktadır. Orta kulak sorunlarının yanında tedavisi yapılmamış iletim tipi işitme kaybı bulunan hastalarda işitme kaybının uzun zamanlı etkileri oluşmakta ve bazen zamanlarda kalıcı iletim tipi işitme kaybı oluşabilmektedir. Bu tür vakalarda amplifikasyon ile işitme kaybının telafisi yapılabilmektedir (ASHA, 2015).

2.2.2.2. Sensörinöral tip işitme kaybı

İç kulak ve veya 8.kranial sinirde oluşan hasara bağlı ortaya çıkan işitme kayıpları, sensörinöral işitme kaybı olarak tanımlanmakta ve genellikle cerrahi veya medikal yöntemlerle tedavi edilmesi mümkün olmamaktadır (ASHA, 2015). En temelinde sensörinöral tip işitme kaybı, orta kulakta oluşan mekanik enerjiden 7. kranial sinirde nöral uyarıların meydana gelmesine kadar sesin koklear transdüksiyonundaki sorunlarından kaynaklanmaktadır. Daha az sıklıkla 7. Kranial sinirden meydana gelen işitme kaybı oluşmaktadır. Sensörinöral tip işitme kaybı, genellikle kalıcı tip işitme kayıplarının en çok görülen türü olduğu bilinmektedir (Stach, 2010).

Sensörinöral tip işitme kaybı bulunan bireyler dinamik aralıkta, işitilebilirlikte, frekans çözünürlüğünde ve temporal çözünürlükte azalış meydana gelmek üzere 4 esas sorun yaşanmaktadır. İşitilebilirlikte azalma, öncelikle yüksek frekans aralığında bulunan seslerin daha az işitilebilir olması, konuşmaları anlamlandırmada sorun yaratmaktadır. Sensörinöral tip işitme kaybı bulunan bireyler, iletim tipi işitme kayıplarında görüldüğü gibi konuşma seslerinin işitilmesinde benzer şekilde kayıp yaşasalar da eşik üstü seviyede "recruitment" olarak isimlendirilen normalin dışında gürlük artışları deneyimleyebilmektedirler. Rahatsız edici ses seviyesi ile eşik seviyesi arasındaki dinamik ölçeğin azalışı şeklinde tanımlanan dinamik ölçek, sensörinöral tip işitme kaybı olan bireylerde daralmaktadır. Frekans sonuçlandırılmasındaki sıkıntı, baziller

membranda birbirlerine yakın alanlarda oluşan uyarıların birbirini maskeleymesi sonucunda oluşmaktadır ve birey frekansları birbirinden uzaklaştırmada sorun yaşamaktadırlar. Üstelik bu bireylerde yüksek frekans şiddetindeki sesler kendinden önce ve sonra meydana gelen düşük frekans şiddetindeki sesleri maskeleymesi sonucunda konuşmayı gözlemlemekte de sıkıntı yaşayabilirler. Bu bireyler normal işitmeye sahip bireylere oranla aynı konuşmaları anlamak için daha yüksek frekans şiddetindeki gürültü oranlarına gereksinim duymaktadırlar. İşitilebilirliğe ek olarak meydana gelen bu sorunlar, işitme kaybı derecesi ve konfigürasyonu açısından yakın olan iletim ve sensörinöral tip işitme kaybı profili arasında, konuşmaları anlamlandırma bakımından, sensörinöral tip işitme kayıpları dezavantajın ortaya çıkmasına sebep olur (Dillon, 2001).

2.2.2.3. Mikst tip işitme kaybı

Sensörinöral tip işitme kayıplarına iletim komponentinin eşlik ettiği durumlar mikst tip işitme kaybı olarak adlandırılmaktadır. Başka bir ifadeyle hasar dış veya orta kulak ile işitme sinirinde veya kokleada birlikte bulunabilmektedir (ASHA, 2015). Odyogramda kemik yolu ve hava yolu eşikleri arasında boşluk gözlenmemekte ve hem kemik hem hava yolu işitme eşikleri azalma gözlenmiş durumdadır. İki saf ses frekans aralığında 15 dB ve üstünde hava-kemik aralığı gözlemlenen durumlarda, mikst tip işitme kaybı olarak yorumlanmaktadır (Şenkal, 2015). Kemik yolu iletim eşikleri işitme kaybındaki sensörinöral tip bileşenin konfigürasyonunu ve derecesini gösterirken, hava yolu işitme eşikleri artı olarak iletim bileşenini göstermektedir (Stach, 2010). Santral işitme kayıplarında patoloji merkezi işitsel sinir sisteminde bulunmaktadır. Genellikle konuşmayı anlama yetisinde düşüş meydana gelmesiyle karakterize olup saf ses eşikleri normal sınırlarda olduğu görülmektedir. Tümör/diğer lezyonlar veya travma/inme gibi sinir sisteminin yapısal lezyonları sonucunda meydana gelen sıkıntılarda, patolojinin santrale veya periferik yakın bulunmasına göre işitme fonksiyonu farklı şekillerde nüfuz etmektedir. İşitme kaybı olanağı ve derecesi, lezyonun yeri, büyüklüğü ve etkisine ait olarak farklılık göstermektedir. Santral sinir sisteminde meydana gelen yapısal bozukluklara ek olarak fonksiyonel bozukluk meydana gelebilir. Gelişimsel disfonksiyon/gecikme veya yaş almaya bağımlı değişiklikler, merkezi işitsel işleme bozukluğunu meydana getirmektedir. Yaşlılarda ve çocuklarda daha çok gözlenmektedir. Çocuklarda normal işitmeye karşın akustik sinyalin kullanılmasında ve

manipülasyonunda sorun bulunmaktayken, yaşlı nüfusta sorun genellikle işitme kayıpları ile birlikte görülmektedir (Stach, 2010).

2.2.2.4. Fonksiyonel işitme kaybı

Fonksiyonel tip işitme kayıpları, farklı nedenlere bağlı olarak bireyin işitme kaybı olduğunu iddaa etmesi veya önceden olan işitme kaybını aşırılaştırmasıdır. Bu sorunun meydana gelmesinde yetişkin ve çocuklar farklı şekilde tepki göstermektedir. Çocuk, okul hayatlarındaki başarısızlıkları saklamak veya çevresinin dikkatini çekebilmek nedeniyle, yetişkinler ise genellikle ikincil ve/veya finansal yararı yükseltmek için bu örüntüyü belirtmektedir. Hasta, ne amaç ile gelmiş olursa olsun uzman kişilerin yapması gereken ilk şey fonksiyonel komponenti meydana çıkartıp ve sonrasında da gerçek işitme eşliğini bulmaktır (Stach, 2010). Hastanın iletişim kurma becerileri, işitme kaybının çeşidine göre başka düzeylerde etkilenebilmektedir. İletişim yetilerini etkileyen bir diğer değişken de işitme kaybının derecesidir. İşitme kaybının derecelendirilmesinde ayrı araştırmacılar farklı sayısal aralıklar belirtse de bireyin işitme kaybının derecesi sayısal olarak 500, 1000, 2000 Hz saf ses hava yolu eşik değerleri hesaplanarak yapılmaktadır. Bu dönemde belirgin olarak kullanılan işitme kaybının derecelendirmesi Tablo 1’de gösterilmektedir (ASHA, 2015).

2.2.3. İşitme Kaybının Derecelendirilmesi

Bireyler 16-20.000 Hz frekans arasında olan sesleri duyabilmektedir. Konuşma sesleri 500-2000 Hz frekans aralığındadır. Fısıltı sesleri 30 dB, konuşma sesleri 40-60 dB, bağırma sesi ise 80-90 dB aralığındadır. Yenidoğan çocukta işitsel yol korteks eşğine kadar gelişme göstermektedir. İşitme kaybının derecesini bulmak için saf ses eşği kullanılmaktadır.

İşitme eşği, bireyin sese en düşük %50 değerinde cevap verebildiği en az ses şiddet düzeyinde açıklanmaktadır. Odyolojik değerlendirmede 0-8000 Hz arasındaki frekanslarda işitme eşikleri belirlenip, elde edilen verilere kıyasla 500, 1000 ve 2000 Hz’de bulunmakta işitme eşği verileri değerlendirilerek saf ses ortalaması hesaplanmaktadır. Elde edilen değerlere göre işitme kaybının derecesini belirlenmektedir (Gelfand, 2016; Kaya vd., 2021).

Tablo1. Saf Ses Ortalamasına Bağlı Olarak İşitme Kaybı Dereceleri

Saf Ses Ortalaması	İşitme Kaybının Derecesi
<15 dB	Normal İşitme
16-25 dB	Çok Hafif Derecede İşitme Kaybı
26-40 dB	Hafif Derecede İşitme Kaybı
41-55 dB	Orta Derecede İşitme Kaybı
56-70 dB	Orta İleri Derecede İşitme Kaybı
71-90 dB	İleri Derecede İşitme Kaybı
≥ 90 dB	Çok İleri Derecede İşitme Kaybı

(Kaynak: Gelfand, 2016; Kaya vd., 2021)

2.3. İşitme Cihazları

İşitme kaybının cerrahi veya medikal yöntemlerle tedavi edilemediği vakalarda işitme cihazları kullanılmaktadır. İşitme cihazları sesi algılar ve yükseltir ve güçlendirilmiş bir akustik sinyali hava iletimi yoluyla sinyallerin algılandığı taraftaki dış kulak kanalına iletir. İşitme cihazları kullanıldıkları yere göre (örn. kulak arkası, kulak içi, kanal içi, tamamen kanal içi) veya teknolojilerine göre sınıflandırılır (örn. analog, dijital olarak programlanabilir analog veya dijital işitme cihazları) (Dillon, 2012). Bireyin işitme cihazının takılmasından önce işitme kaybının kabul edilmesinin, hem işitme cihazı alımını hem de işitme cihazı kullanımını olumlu yönde etkilediği bilinmektedir (Burkey, 2003).

2.3.1. İşitme Cihazı Modelleri

İşitme cihazları; ince tüp ve dome ile kullanılan kulak arkası işitme cihazları, kulak arkası işitme cihazları, dip kanal işitme cihazları (Completely In Canal-CIC), , kanal içi işitme

cihazları (In the Canal-ITC), kulak kanalı içi iletici ile kulak arkası işitme cihazları (Receiver In Canal-RIC) , kulak içi işitme cihazları (In The Ear-ITE), gözlük tipi (kemik yolu) işitme cihazları olarak ayrıştırılmaktadır. İşitme cihazı sınıflandırılmasında çoğunlukla kullanılan kulak arkası işitme cihazı modelleridir. Teknolojinin gelişmesiyle birlikte işitme cihazlarının boyutlarında küçülme ve kozmetik açıdan avantajlar gözlemlenmiştir. Kulak arkası işitme cihaz modellerine en büyük oranla RIC VE DOME ile kullanılmakta olan işitme cihazı modelleri tercih edilmektedir (Burkey, 2003; Kağtçıbaşı, 2019).

Tablo 2. İşitme Cihazı Sınıflandırılması

Takılabilir İşitme Cihazları	İmplant Edilebilir İşitme Cihazları
Kulak İçi (ITE)	Orta kulak implantları
Kanal İçi (ITC)	Koklear implant
Tamamen Kanal İçi (CIC)	Beyin sapı implantı
Kulak Arkası (BTE)	Kemiğe implante edilenler
Kemik yolu gözlük tipi, saç bandı ya da taç tipi	
Cep Tipi	
Cross-Bicross	

(Kaynak: Katz vd., 2015)

2.3.2. İşitme Cihazı Seçimi ve Değerlendirmesi

Güncel zamanda çeşitli çıkış etkileriyle donanımlanmış bir çok işitme cihazı vardır. İşitme cihazı seçiminde önem verilmesi düşünülen birkaç unsur bulunmaktadır. Bu unsurlar öncelikle aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır (Burkey, 2003).

- İşitme kaybının derecesi ve konfigürasyonu: İşitme kaybının derecesine göre cihaz seçilirken önem verilecek birinci konu cihazın işitme kaybı derecesi için yetkin kazanç elde edilmesi olmalıdır. Kaybın konfigürasyonu ise seçilirken işitme cihazının kanal miktarı açısından önemlidir. Flat olarak isimlendirilen işitme kayıplarında daha çok bant ve kanala sahip cihaz modellerinin kullanılması gerekmektedir.
- Hastaların beklentisi ve gereksinimleri : Hastanın belirli teknolojilere ihtiyacının olması işitme cihazı seçimlerine tesir etmektedir.
- Recruitment varlığı: Hastada yüksek ses için toleransı var ise bu tercih edilecek işitme cihazının sesi sıkıştırma potansiyelinin seçimini etkilemektedir. Çok fazla sıkıştırılmış dinamik aralıklar için daha çok daraltma yapmakta olan cihazlar tercih edilmelidir.

2.3.3. İşitme Cihazı Uygulaması

İşitme cihazı uygulamaları üç aşamadan oluşmaktadır. Bu dönemler uygulamadan önceki süreç, uygulama süreci ve uygulamadan sonraki süreç şeklindedir.

Uygulamadan Önceki Süreç

Bu süreç, işitme cihazı uygulamalarından önce bireyin işitme cihazı kullanımına kendini hazır hissetmesinin yorumlandığı süreçtir. Gereken KBB muayenesinin gerçekleştirilmesi, bireyin hikayesinin alınması, odyolojik bulguların bulunması ve değerlendirilmesinin yapılması uygulama öncesi süreci kapsamaktadır (Schow ve Nerbonne 2017).

Uygulama Süreci

Bu süreçte, bireyin gereksinim duyduğu durumlara göre cihaz, özel teknolojiler (çift mikروفon) yorumlanarak işitme cihazı seçimi yapılmalıdır. Bireye süreçle ilgili bilgilendirme yapıp cihazın ayarlanması yapılmaktadır. Cihazın ayarlanmasından sonra

bireye cihaz bakımı ile ilgili gerekli tüm bilgiler verilmektedir (Schow ve Nerbonne, 2017).

Uygulamadan Sonraki Süreç

Bireye cihaz ayarı uygulandıktan sonraki süreçte sürekli olarak (3ay-12 ay) cihazın akustik özelliklerinin belirlenmesi konuşma yetisinin değerlendirilmesi, kullanım anında bireyin cihaz ile alakalı sıkıntıların rehabilite edilmesi gerekmektedir (Schow ve Nerbonne, 2017).

2.3.4 İşitme Cihazının Yararları

İşitme cihazlarının kullanımıyla alakalı olarak hem kullanan bireylerden kaynaklı hem de cihazın teknik ayarlarından dolayı oluşan sıkıntılar meydana gelebilmektedir. Hastanın cihazdan en fazla verimi alabilmesi için bu sıkıntıların değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Bu sıkıntıların belirlenmesi için cihazın kullanıldığı süreçte odyologlar aracılığıyla cihaz yararının yorumlanmasının yapılması; hem sıkıntıların tespit edilerek bunlara çözüm yolu bulunması hem de cihazı kullanan hastanın hayat standartlarının artırılması için gerekmektedir (Mulrow, 1990).

2.3.5 İşitme Cihazının Hayat Kalitesine Etkisi

İşitme kaybı sebebiyle bireylerin hayat standartları olumsuz şekilde etkilenmektedir. Tedavisi yapılmamış işitme kaybı, bireylerde daha çok artış gösteren sosyal izolasyon azalış gösteren kendine yeterlilik, depresyon, zayıflamış kognitif beceriler gibi belirtilere sebep olmaktadır (Uhlmann vd., 1989). Mulrow (1990) çalışmasında işitme cihazı kullanan kişilerin 4 ay içinde yaşam standartları skalalarının tüm yararlarının arttığını ve yaşam standartlarının tesirlerinin 12 ay sonrasında da sürdürüldüğü belirlenmiştir. Tolson (2002) çalışmasında ise işitme cihazından fayda gördüğü halde depresyon ölçeğinde değişkenlik gözlenlenmemiştir.

2.4 İşitme Cihazı ve Başa Çıkma Tutumları

İşitme kaybının rehabilitasyon sürecinde işitme cihazı çok önemli bir seviyededir. İşitme cihazının kullanımı sonrasında hastaaların memnuniyet sağlanmasıyla birlikte hayat kalitesine olan etkileri belirlemek, cihazlandırılma sonrası cihaz takibi yapılabilmesi

sonucunda herhangi bir sorun durumunda çözüm üretilmesi bireyin cihazla başa çıkma tutumu değerlendirilmelidir (Cox, 1993).

Yapılan araştırmalar sonucunda düzenli işitme cihazı kullanan kişilerin, cihaz kullanımından belirli bir zaman sonrasında işitme kaybına bağlı engellilik durumlarında azalma meydana geldiği, bireylerin cihaz kullanımından memnuniyet duydukları gözlemlenmiştir (Stephens, 2002). Fakat işitme cihazı ile rehabilite edilebilecek düzeyde işitme kaybı bulunan kişilerin işitme cihazından sağladıkları memnuniyetin derecesinin, bireyler arasında farklılaştığı da bilinmektedir. İşitme kayıplı bireylerin işitme cihazı kullanımına bağlı olarak başa çıkma tutumlarında farklılaşmaya etki eden faktörler; hastanın cihazdan beklentileri, işitme kaybı tipi ve derecesine uygun cihaz seçimi ve kullanılan cihazın teknik özellikleridir (Cox, 1993). Bu sebeple cihaz ile rehabilite olması uygun bulunan kişilerin beklentilerinin, odyologlar tarafından bireyle karşılıklı görüşme sonrasında belirlenerek kaydedilmesi ve işitme kaybına ve hasta beklentilerine uygun işitme cihazının belirlenmesi gerekmektedir. Bunun sonucunda işitme kaybı görülen kişilerin sosyal ve davranışsal engellilik durumlarında azalmalar görülebilecektir (Mulrow vd., 1990). İşitme cihazı kullanıcılarının odyologlar tarafından düzenli aralıklara kontrol edilerek, işitme cihazından gördükleri faydaların, sorunların, sosyal engellilik durumlarındaki değişikliklerin ve cihazdan sağlanan memnuniyetin belirlenmesi, işitme cihazının ve işitme cihazı kullanım başarısının değerlendirilmesine katkıda bulunacaktır (Saunders ve Cienkowski, 1996).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Odyoloji Anabilim Dalı, yüksek lisans tezi olarak online platform üzerinden yürütülmüştür. KTO Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Komisyonu tarafından 17.10.2022 tarihli ve 2022/004 sayılı kararla İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınarak çalışmaya başlanmıştır.

3.1. Bireyler

Bu çalışmaya aşağıdaki gruplar dahil edilmiştir:

3.1.1. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

- 40 yaş ve üstü bireyler
- İşitme kayıplı bireyler

3.1.2. Çalışma Dışı Bırakılma Kriterleri

- 40 yaş altı bireyler

3.2. Kullanılan Test ve Yöntem

Veri toplama işlemi çalışmada kullanılan ölçek ve diğer değerlendirme soruları dahil edilerek Google Formlar üzerinden online olarak hazırlanıp işitme merkezine gelen hastalara anket sorularını sorarak doldurulmuştur. Çalışmaya dahil edilen katılımcılara demografik bilgiler (yaş, cinsiyet), eğitim durumu, meslek ve işitme cihazı kullanımı ile ilgili bilgilere sahip olunabilecek bir anamnez formu ile değerlendirildikten sonra ölçek uygulanmıştır.

3.2.1 COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği)

Carver, Scheier ve Weintraub aracılığıyla 1989 senesinde 15 alt boyut 60 madde olmak üzere geliştirilen COPE ölçeği Zuckerman ve Gagne tarafından 2003 (169-204) yılında Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma-Kaçınma ve Kendine Ceza isimli 5 faktör ve 40 madde olarak revizyon edilmiştir (COPE-R). Maddeler puanlanırken “Asla Böyle Yapmam” için 1, “Çok Az Böyle Yaparım” için 2, “Böyle Yaparım” için 3, “Çoğunlukla Böyle Yaparım” için 4 puan verilir. Ölçekte olumsuz madde

bulunmamaktadır. Ölçek sonunda alınabilecek en yüksek puan 160, en düşük puan ise 40'tır. Ölçekten yüksek puan alınması başa çıkma tutum düzeyinin yüksek olduğu, düşük puan alınmasıysa başa çıkma tutum düzeyinin düşük olduğunu belirtmektedir (Dicle ve Ersanlı, 2015).

Alt Boyut	Maddeler	Alpha
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	1, 29, 38, 59	.73
Zihinsel boş verme	2, 16, 31, 43	.40
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	3, 17, 28, 46	.67
Yararlı sosyal destek kullanımı	4, 14, 30, 45	.87
Aktif başa çıkmalar	5, 25, 47, 58	.71
İnkâr	6, 27, 40, 57	.76
Dini olarak başa çıkma şekli	7, 18, 48, 60	.93
Şakaya vurmak	8, 20, 36, 50	.87
Davranışsal olarak boş vermişlik	9, 24, 37, 51	.79
Geri durmak	10, 22, 41, 49	.43
Duygusal sosyal destek kullanımı	11, 23, 34, 52	.87
Madde kullanımı	12, 26, 35, 53	.97
Kabullenmek	13, 21, 44, 54	.55
Diğer meşguliyetleri bastırmak	15, 33, 42, 55	.45
Plan yapmak	19, 32, 39, 56	.86

3.3. İstatistiksel Analiz

Veriler elektronik ortamda toplanmış ve sonuçlar IBM SPSS 26 İstatistik Paket Programı kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcıların demografik ve işitme cihazı kullanımına ilişkin bilgileri için betimleyici istatistiklerden frekans analizi kullanılmıştır. Anova ve T-Test kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmaya 55 kadın, 95 erkek olmak üzere toplam 150 kişi katılmıştır. Katılımcıların 72'si (%48) 40 – 65 yaşları arasında, 78'i ise (%52) 65 yaş üstündedir. Eğitim düzeyi açısından katılımcıların büyük çoğunluğu (N = 57, %38) ilkokul mezunudur. 84 katılımcı (%56) çalıştıkları yerde gürültüye maruz kalmadıklarını bildirmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (N = 50, %33,3) 10 yıldan fazla süredir işitme cihazı kullanmakta ve yine büyük çoğunluğun (N = 93, %62) her iki kulağında da işitme kaybı bulunmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (N = 57, %38) orta düzeyde işitme kaybına sahiptir ve işitme kaybını ilk öğrendiği zaman değil sonradan işitme cihazı kullanmaya başladığını bildirmiştir (N = 91, %60,7). Katılımcıların büyük çoğunluğu (N = 82, %54,7) kulak içi cihaz kullanmaktadır ve 6 saatten fazla kullanmakta olduklarını bildirmişlerdir (N = 85, %56,7). Demografik bilgilere ilişkin frekans dağılımları Tablo 3'de detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların demografik özellikleri

	N	%
Cinsiyet		
Kadın	55	36.7
Erkek	95	63.3
Yaş		
40 – 65 yaş arası	72	48
65 yaş üstü	78	52
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	57	38
Ortaokul	21	14
Lise	37	24.7
Üniversite	35	23.3
İş yerinde gürültü maruziyeti		
Hayır	84	56
Evet	66	44
Kaç yıldır işitme kaybınız var?		

1 yıldan kısa süre	20	13.3
1 – 5 yıl arası	38	25.3
5 – 10 yıl arası	42	28
10 yıl ve üzeri	50	33.3
İşitme kaybı hangi kulağınızda?		
Sağ	31	20.7
Sol	26	17.3
Her ikisi de	93	62
İşitme kaybının derecesi		
Hafif	23	15.3
Orta	57	38
İleri	48	32
Çok ileri	22	14.7
Ne zaman işitme cihazı kullanmaya başladınız?		
Anında	59	39.3
Sonradan	91	60.7
Cihaz Tipi		
Kulak içi	82	54.7
Kulak arkası	68	45.3
İşitme cihazını günde kaç saat kullanıyorsunuz?		
1 – 2 saat	3	2
3 – 4 saat	26	17.3
5 – 6 saat	36	24
6 saatten fazla	85	56.7
İşitme cihazı kullanırken telefon görüşmelerinizi rahat bir şekilde yapabiliyor musunuz?		
Hayır	44	29.3
Evet	106	70.7
Gürültülü ortamlarda sıkıntı çekiyor musunuz?		
Hayır	65	43.3
Evet	85	56.7
İşitme cihazı kullanmak sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi?		

Hiç etkilemedi	14	9.3
Çok az etkiledi	22	14.7
Orta derecede etkiledi	35	23.3
Epeyce etkiledi	44	29.3
Çok fazla etkiledi	35	23.3
Kronolojik rahatsızlığınız var mı?		
Yok	79	52.7
Var	71	47.3
Toplam	150	100

4.1. Analiz Sonuçları

4.1.1. Cinsiyet Karşılaştırmaları

Başta Çıkma Tutumları Ölçeği'nin alt boyutlarında cinsiyetler arası fark bulunup bulunmadığını görmek amacıyla her alt boyut için bağımsız örneklem t – testi yürütülmüştür. Analiz sonuçları aşağıda sıralanmaktadır.

Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme alt boyutunda cinsiyetler arasında fark saptanmıştır [$t(148) = -2.113, p < .05$]. Buna göre, kadınların pozitif yeniden yorumlama ve gelişme puanları ($Ort. = 3.34, SS = .51$) erkeklerinkinden ($Ort. = 3.13, SS = .62$) anlamlı düzeyde yüksektir. Ayrıca madde kullanımı alt boyutu açısından da cinsiyetler arasında fark bulunmaktadır [$t(129.375) = 2.302, p < .05$]. Burada ise erkek katılımcıların madde kullanımı puanları ($Ort. = 1.94, SS = 1.10$) kadınlarinkinden ($Ort. = 1.55, SS = .92$) anlamlı düzeyde yüksektir.

Bunun dışında zihinsel boş verme [$t(148) = -.807, p > .05$], soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma [$t(148) = -.505, p > .05$], yararlı sosyal destek kullanımım [$t(148) = -.518, p > .05$], aktif başta çıkma [$t(148) = -.734, p > .05$], inkar [$t(148) = .799, p > .05$], dini olarak başta çıkma [$t(148) = -.162, p > .05$], şakaya vurma [$t(148) = .620, p > .05$], davranışsal olarak boş vermişlik [$t(148) = 1.926, p > .05$], geri durmak [$t(148) = .527, p > .05$], duygusal sosyal destek kullanımını [$t(148) = -1.055, p > .05$], kabullenmek [$t(148) = -1.965, p > .05$], diğer meşguliyetleri bastırmak [$t(148) = -1.490, p > .05$] ve plan yapmak [$t(148) = -1.365, p > .05$] alt boyutları açısından cinsiyet farkı bulunmadığı görülmüştür.

Cinsiyet karşılaştırmaları için yürütülen bağımsız örneklem t – testi sonuçları Tablo 4’de detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 4. Cinsiyet karşılaştırmaları

Alt Boyut	Cinsiyet	N	Ort.	SS	t	p
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	Kadın	55	3.34	.51	-	.036
	Erkek	95	3.13	.62	2.113	
Zihinsel boş verme	Kadın	55	2.36	.54	-.807	.421
	Erkek	95	2.28	.55		
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	Kadın	55	2.99	.58	-.505	.614
	Erkek	95	2.94	.63		
Yararlı sosyal destek kullanımı	Kadın	55	3.29	.79	-.518	.605
	Erkek	95	3.23	.71		
Aktif başa çıkma	Kadın	55	3.13	.54	-.734	.464
	Erkek	95	3.04	.72		
İnkâr	Kadın	55	1.75	.56	.799	.425
	Erkek	95	1.83	.65		
Dini olarak başa çıkma	Kadın	55	3.05	.95	-.162	.872
	Erkek	95	3.03	.92		
Şakaya vurmak	Kadın	55	1.71	.75	.620	.536
	Erkek	95	1.79	.73		
Davranışsal olarak boş vermişlik	Kadın	55	1.78	.73	1.926	.056
	Erkek	95	2	.65		
Geri durmak	Kadın	55	2.50	.59	.527	.599
	Erkek	95	2.55	.46		
Duygusal sosyal destek kullanımı	Kadın	55	3.04	.78	-	.293
	Erkek	95	2.90	.81		
Madde kullanımı	Kadın	55	1.55	.92	2.302	.023
	Erkek	95	1.94	1.10		
Kabullenmek	Kadın	55	2.80	.59	-	.051
	Erkek	95	2.62	.52		

Diğer meşguliyetleri bastırmak	Kadın	55	2.82	.52	-	.138
	Erkek	95	2.68	.58	1.490	
Plan yapmak	Kadın	55	3.32	.59	-	.174
	Erkek	95	3.17	.71	1.365	

4.1.2. Yaş Karşılaştırmaları

Baş Çıkma Tutumları Ölçeği'nin alt boyutlarında 40 – 65 yaş ve 65 yaş üzeri katılımcılar arasında fark bulunup bulunmadığını görmek amacıyla her alt boyut için bağımsız örneklem t – testi yürütülmüştür. Analiz sonuçları aşağıda sıralanmaktadır.

Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma alt boyutunda yaş grupları açısından anlamlı fark bulgulanmıştır [$t(148) = -3.761, p < .001$]. Burada, 65 yaş üzeri katılımcıların puanlarının ($Ort. = 3.13, SS = .54$) 40 – 65 yaşları arasındaki katılımcıların puanlarından ($Ort. = 2.77, SS = .63$) anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Aktif başa çıkma alt boyutunda da yaş grupları açısından anlamlı fark bulgulanmıştır [$t(148) = -2.353, p < .05$]. Benzer şekilde burada da 65 yaş üzeri katılımcıların puanları ($Ort. = 3.19, SS = .59$) 40 – 65 yaşları arasındaki katılımcıların puanlarından ($Ort. = 2.94, SS = .72$) anlamlı düzeyde yüksektir.

Dini olarak başa çıkma alt boyutunda da yaş grupları açısından anlamlı fark bulgulanmıştır [$t(148) = -2.414, p < .05$]. 65 yaş üzeri katılımcıların puanları ($Ort. = 3.21, SS = .93$) 40 – 65 yaşları arasındaki katılımcıların puanlarından ($Ort. = 2.85, SS = .90$) anlamlı düzeyde yüksektir.

Son olarak, madde kullanımı alt boyutunda yaş grupları açısından anlamlı fark bulgulanmıştır [$t(148) = 2.338, p < .05$]. Burada ise 65 yaş üzeri katılımcıların puanları ($Ort. = 1.61, SS = 1.03$) 40 – 65 yaşları arasındaki katılımcıların puanlarından ($Ort. = 2, SS = 1.03$) anlamlı düzeyde düşüktür.

Bunun dışında pozitif yeniden yorumlama ve gelişim [$t(148) = -1.414, p > .05$], zihinsel boş verme [$t(137.282) = .165, p > .05$], yararlı sosyal destek kullanımım [$t(148) = -1.790, p > .05$], inkar [$t(148) = -.286, p > .05$], şakaya vurma [$t(128.401) = 1.626, p > .05$], davranışsal olarak boş vermişlik [$t(148) = -.977, p > .05$], geri durmak [$t(148) = -.852, p > .05$], duygusal sosyal destek kullanımını [$t(148) = -1.594, p > .05$], kabullenmek [$t(148)$

= -1.135, $p > .05$], diğ er meşğ uliyetleri bastırmak [$t(148) = -1.699, p > .05$] ve plan yapmak [$t(148) = -1.646, p > .05$] alt boyutları açısından yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmadığı görülmüştür.

Yaş karşılaştırmaları için yürütülen bağımsız örneklem t – testi sonuçları Tablo 5’te detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 5. Yaş grubu karşılaştırmaları

Alt Boyut	Yaş Grubu	N	Ort.	SS	t	p
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	40 – 65 arası	72	3.13	.61	-	.159
	65 üzeri	78	3.27	.56	1.414	
Zihinsel boş verme	40 – 65 arası	72	2.31	.60	.165	.869
	65 üzeri	78	2.30	.49		
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	40 – 65 arası	72	2.77	.63	-	.000
	65 üzeri	78	3.13	.54		
Yararlı sosyal destek kullanımı	40 – 65 arası	72	3.14	.74	-	.075
	65 üzeri	78	3.35	.72		
Aktif başa çıkma	40 – 65 arası	72	2.94	.72	-	.020
	65 üzeri	78	3.19	.59		
İnk ar	40 – 65 arası	72	1.79	.66	-.286	.775
	65 üzeri	78	1.82	.58		
Dini olarak başa çıkma	40 – 65 arası	72	2.85	.90	-	.017
	65 üzeri	78	3.21	.93		
şakaya vurma	40 – 65 arası	72	1.86	.85	1.647	.102
	65 üzeri	78	1.66	.61		
Davranışsal olarak boş vermişlik	40 – 65 arası	72	1.86	.66	-.977	.330
	65 üzeri	78	1.97	.71		
Geri durmak	40 – 65 arası	72	2.50	.50	-.852	.396
	65 üzeri	78	2.57	.52		
Duygusal sosyal destek kullanımı	40 – 65 arası	72	2.85	.80	-	.113
	65 üzeri	78	3.05	.79		

Madde kullanımı	40 – 65 arası	72	2	1.03	2.338	.021
	65 üzeri	78	1.61	1.03		
Kabullenmek	40 – 65 arası	72	2.63	.58	-	.258
	65 üzeri	78	2.73	.51	1.135	
Diğer meşguliyetleri bastırmak	40 – 65 arası	72	2.65	.55	-	.091
	65 üzeri	78	2.81	.56	1.699	
Plan yapmak	40 – 65 arası	72	3.13	.71	-	.102
	65 üzeri	78	3.31	.62	1.646	

4.1.3. Eğitim Düzeyi Karşılaştırmaları

Baş Çıkma Tutumları Ölçeği'nin alt boyutlarında farklı eğitim düzeylerine sahip katılımcılar arasında fark bulunup bulunmadığını görmek amacıyla her alt boyut için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yürütülmüştür. Analiz sonuçları aşağıda sıralanmaktadır.

Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme alt boyutu açısından farklı eğitim düzeyindeki katılımcılar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu bulgulanmıştır [$F(3, 146) = 2.922, p < .05$]. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu görmek amacıyla post – hoc analizi yürütülmüş, yürütülecek post – hoc analize karar verirken varyansların homojen olması [$F(3, 146) = 1.91, p = .130$] ve grupların örneklem büyüklüklerinin eşit olmaması nedeniyle LSD'nin tercih edilmesine karar verilmiştir. Sonuçlar, eğitim düzeyi üniversite olan katılımcıların pozitif yeniden yorumlama ve gelişme puanlarının ($N = 35, Ort. = 3.41, SS = .49$), eğitim düzeyi lise ($N = 37, Ort. = 3.09, SS = .49$) ve ortaokul ($N = 21, Ort. = 3, SS = .57$) olan katılımcılarınkinden anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermiştir.

Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma alt boyutu açısından da farklı eğitim düzeyindeki katılımcılar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmaktadır [$F(3, 146) = 6.143, p < .05$]. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu görmek amacıyla post – hoc analizi yürütülmüş, yürütülecek post – hoc analize karar verirken varyansların homojen olması [$F(3, 146) = 1.233, p = .300$] ve grupların örneklem büyüklüklerinin eşit olmaması nedeniyle LSD'nin tercih edilmesine karar verilmiştir. Sonuçlar, eğitim düzeyi ilkokul olan katılımcıların soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma puanlarının ($N = 57, Ort.$

= 3.12, $SS = .54$) eğitim düzeyi ortaokul ($Ort. = 2.80, SS = .56$) ve lise ($Ort. = 3.10, SS = .64$) olan katılımcılarından anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca, eğitim durumu lise olan katılımcıların puanları da üniversite olan katılımcıların puanlarından ($Ort. = 2.64, SS = .58$) anlamlı düzeyde yüksektir.

İnkâr alt boyutu açısından da farklı eğitim düzeyindeki katılımcılar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmaktadır [$F(3, 146) = 6.037, p < .05$]. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu görmek amacıyla post – hoc analizi yürütülmüş, yürütülecek post – hoc analize karar verirken varyansların homojen olması [$F(3, 146) = 2.365, p = .073$] ve grupların örneklem büyüklüklerinin eşit olmaması nedeniyle LSD'nin tercih edilmesine karar verilmiştir. Sonuçlar, eğitim düzeyi ilkököl olan katılımcıların inkâr puanlarının ($Ort. = 1.99, SS = .71$) eğitim düzeyi lise ($Ort. = 1.71, SS = .56$) ve üniversite ($Ort. = 1.49, SS = .53$) olan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, eğitim düzeyi ortaoköl olan katılımcıların inkâr puanları da ($Ort. = 1.98, SS = .50$) eğitim düzeyi üniversite olan katılımcılarından yüksektir.

Dini olarak başa çıkma alt boyutu açısından da farklı eğitim düzeyindeki katılımcılar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmaktadır [$F(3, 146) = 5.876, p < .05$]. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu görmek amacıyla post – hoc analizi yürütülmüş, yürütülecek post – hoc analize karar verirken varyansların homojen olması [$F(3, 146) = 1.601, p = .192$] ve grupların örneklem büyüklüklerinin eşit olmaması nedeniyle LSD'nin tercih edilmesine karar verilmiştir. Sonuçlar, eğitim düzeyi ilkököl olan katılımcıların dini olarak başa çıkma puanlarının ($Ort. = 3.42, SS = .83$) eğitim düzeyi ortaoköl ($Ort. = 2.76, SS = .90$), lise ($Ort. = 2.91, SS = .83$) ve üniversite ($Ort. = 2.72, SS = 1.02$) olan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermiştir.

Davranışsal olarak boş vermişlik alt boyutu açısından da farklı eğitim düzeyindeki katılımcılar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmaktadır [$F(3, 146) = 7.864, p < .001$]. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu görmek amacıyla post – hoc analizi yürütülmüş, yürütülecek post – hoc analize karar verirken varyansların homojen olması [$F(3, 146) = 1.415, p = .241$] ve grupların örneklem büyüklüklerinin eşit olmaması nedeniyle LSD'nin tercih edilmesine karar verilmiştir. Sonuçlar, eğitim düzeyi üniversite olan katılımcıların davranışsal olarak boş vermişlik puanlarının ($Ort. = 1.46, SS = .49$) eğitim düzeyi lise

(*Ort.* = 2.01, *SS* = .72), ortaokul (*Ort.* = 2.06, *SS* = .58) ve ilkokul (*Ort.* = 2.09, *SS* = .70) olan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde düşük olduğunu göstermiştir.

Geri durmak alt boyutu açısından da farklı eğitim düzeyindeki katılımcılar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmaktadır [$F(3, 146) = 4.818, p < .05$]. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu görmek amacıyla post – hoc analizi yürütülmüş, yürütülecek post – hoc analize karar verirken varyansların homojen olması [$F(3, 146) = .125, p = .945$] ve grupların örneklem büyüklüklerinin eşit olmaması nedeniyle LSD'nin tercih edilmesine karar verilmiştir. Sonuçlar, eğitim düzeyi ilkokul olan katılımcıların geri durmak alt boyutundan aldıkları puanların (*Ort.* = 2.65, *SS* = .51), eğitim düzeyi ortaokul (*Ort.* = 2.39, *SS* = .54) ve üniversite (*Ort.* = 2.31, *SS* = .45) olan katılımcılarınkinden anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermiştir. Bunun yanında, eğitim düzeyi lise olan gruptaki katılımcıların puanları da (*Ort.* = 2.64, *SS* = 45) eğitim düzeyi üniversite olan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir.

Duygusal sosyal destek kullanımı alt boyutu açısından da farklı eğitim düzeyindeki katılımcılar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmaktadır [$F(3, 146) = 3.708, p < .05$]. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu görmek amacıyla post – hoc analizi yürütülmüş, yürütülecek post – hoc analize karar verirken varyansların homojen olması [$F(3, 146) = .563, p = .640$] ve grupların örneklem büyüklüklerinin eşit olmaması nedeniyle LSD'nin tercih edilmesine karar verilmiştir. Sonuçlar, eğitim düzeyi üniversite olan katılımcıların duygusal sosyal destek kullanımı puanlarının (*Ort.* = 2.70, *SS* = .86) eğitim düzeyi ilkokul (*Ort.* = 3.09, *SS* = .75) ve lise (*Ort.* = 3.11, *SS* = .76) olan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde düşük olduğunu göstermiştir.

Son olarak, plan yapmak alt boyutu açısından farklı eğitim düzeyindeki katılımcılar arasında anlamlı düzeyde fark bulunduğu görülmüştür [$F(3, 146) = 2.920, p < .05$]. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu görmek amacıyla post – hoc analizi yürütülmüş, yürütülecek post – hoc analize karar verirken varyansların homojen olması [$F(3, 146) = .865, p = .461$] ve grupların örneklem büyüklüklerinin eşit olmaması nedeniyle LSD'nin tercih edilmesine karar verilmiştir. Sonuçlar, eğitim düzeyi ortaokul olan katılımcıların plan yapmak alt boyutundan aldıkları puanların (*Ort.* = 2.81, *SS* = .60), eğitim düzeyi ilkokul (*Ort.* = 3.23, *SS* = .66), lise (*Ort.* = 3.31, *SS* = .73) ve üniversite (*Ort.* = 3.38, *SS* = .57) olan katılımcılarınkinden anlamlı düzeyde düşük olduğunu göstermiştir.

Zihinsel boş verme, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, şakaya vurmak, madde kullanımı, kabullenmek ve diğer meşguliyetleri bastırmak alt boyutları açısından ise farklı eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Analiz sonuçlarına ait detaylı bilgi Tablo 6’te verilmiştir.

Tablo 6. Eğitim düzeyi karşılaştırmaları

Alt Boyutlar		Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	<i>F</i>	<i>p</i>
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	Gruplar içi	2.946	3	.982	2.922	.036
	Gruplar arası	49.075	146	.336		
	Toplam	52.021	149			
Zihinsel boş verme	Gruplar içi	.856	3	.285	.952	.417
	Gruplar arası	43.761	146	.300		
	Toplam	44.617	149			
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	Gruplar içi	6.217	3	2.072	6.143	.001
	Gruplar arası	49.252	146	.337		
	Toplam	55.469	149			
Yararlı sosyal destek kullanımı	Gruplar içi	1.582	3	.527	.965	.411
	Gruplar arası	79.757	146	.546		
	Toplam	81.339	149			
Aktif başa çıkma	Gruplar içi	3.173	3	1.058	2.479	.064

	Gruplar arası	62.296	146	.427		
	Toplam	65.469	149			
İnkar	Gruplar içi	6.340	3	2.113		
	Gruplar arası	51.109	146	.350	6.037	.001
	Toplam	57.448	149			
Dini olarak başa çıkma	Gruplar içi	13.867	3	4.622		
	Gruplar arası	114.850	146	.787	5.876	.001
	Toplam	128.717	149			
Şakaya vurma	Gruplar içi	1.931	3	.644		
	Gruplar arası	79.371	146	.544	1.184	.318
	Toplam	81.302	149			
Davranışsal olarak boş vermişlik	Gruplar içi	9.834	3	3.278		
	Gruplar arası	60.853	146	.417	7.864	.000
	Toplam	70.687	149			
Geri durmak	Gruplar içi	3.464	3	1.155		
	Gruplar arası	34.994	146	.240	4.818	.003
	Toplam	38.458	149			
Duygusal sosyal destek kullanımı	Gruplar içi	5.392	3	1.797	2.920	.036

	Gruplar arası	89.866	146	.616		
	Toplam	95.259	149			
Madde kullanımı	Gruplar içi	7.052	3	2.351		
	Gruplar arası	156.535	146	1.072	2.193	.091
	Toplam	163.587	149			
Kabullenmek	Gruplar içi	.452	3	.151		
	Gruplar arası	44.726	146	.306	.492	.688
	Toplam	45.179	149			
Diğer meşguliyetleri bastırmak	Gruplar içi	2.212	3	.737		
	Gruplar arası	44.747	146	.306	2.406	.070
	Toplam	46.958	149			
Plan yapmak	Gruplar içi	4.723	3	1.574		
	Gruplar arası	61.995	146	.425	3.708	.013
	Toplam	66.719	149			

4.1.4. İşitme Kaybının Derecesine Göre Karşılaştırmalar

Başa Çıkma Tutumları Ölçeği'nin alt boyutlarında farklı işitme kaybı derecesine sahip katılımcılar arasında fark bulunup bulunmadığını görmek amacıyla her alt boyut için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yürütülmüştür. Analiz sonuçları aşağıda sıralanmaktadır.

Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma alt boyutu açısından farklı düzeyde işitme kaybına sahip katılımcılar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu bulgulanmıştır [$F(3, 146) = 5.166, p < .05$]. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu görmek amacıyla post –

hoc analizi yürütülmüş, yürütülecek post – hoc analize karar verirken varyansların homojen olması [$F(3, 146) = 2.233, p = .087$] ve grupların örneklem büyüklüklerinin eşit olmaması nedeniyle LSD'nin tercih edilmesine karar verilmiştir. Sonuçlar, hafif işitme kaybına sahip katılımcıların soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma puanlarının ($N = 23, Ort. = 2.59, SS = .55$), orta ($N = 57, Ort. = 2.91, SS = .63$), ileri ($N = 48, Ort. = 3.09, SS = .60$) ve çok ileri ($N = 22, Ort. = 3.19, SS = .45$) düzeyde işitme kaybına sahip katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde düşük olduğunu göstermiştir.

İnkâr alt boyutu açısından da farklı düzeyde işitme kaybına sahip katılımcılar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu bulgulanmıştır [$F(3, 146) = 2.692, p < .05$]. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu görmek amacıyla post – hoc analizi yürütülmüş, yürütülecek post – hoc analize karar verirken varyansların homojen olması [$F(3, 146) = .153, p = .928$] ve grupların örneklem büyüklüklerinin eşit olmaması nedeniyle LSD'nin tercih edilmesine karar verilmiştir. Sonuçlar, orta düzeyde işitme kaybına sahip katılımcıların inkâr puanlarının ($Ort. = 1.68, SS = 59$) ileri düzeyde işitme kaybına sahip katılımcıların puanlarından ($Ort. = 1.94, SS = 66$) anlamlı düzeyde düşük olduğunu göstermektedir.

Son olarak, geri durmak alt boyutu açısından da farklı düzeyde işitme kaybına sahip katılımcılar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu bulgulanmıştır [$F(3, 146) = 3.945, p < .05$]. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu görmek amacıyla post – hoc analizi yürütülmüş, yürütülecek post – hoc analize karar verirken varyansların homojen olması [$F(3, 146) = 1.846, p = .141$] ve grupların örneklem büyüklüklerinin eşit olmaması nedeniyle LSD'nin tercih edilmesine karar verilmiştir. Sonuçlar, hafif işitme kaybına sahip katılımcıların geri durmak alt boyutundan aldıkları puanların ($Ort. = 2.69, SS = .45$), orta ($Ort. = 2.55, SS = .49$), ileri ($Ort. = 2.53, SS = .56$) ve çok ileri ($Ort. = 2.76, SS = .35$) düzeyde işitme kaybına sahip katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde düşük olduğunu göstermiştir.

Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, zihinsel boş verme, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, dini olarak başa çıkma, şakaya vurmak, davranışsal olarak boş vermişlik, duygusal sosyal destek kullanımı, madde kullanımı, kabullenmek, diğer meşguliyetleri bastırmak ve plan yapmak alt boyutları açısından ise farklı işitme kaybı şiddetine sahip katılımcılar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Analiz sonuçlarına ait detaylı bilgi Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. İşitme kaybı derecesi karşılaştırmaları

Alt Boyutlar		Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	Gruplar içi	.367	3	.122	.346	.792
	Gruplar arası	51.654	146	.354		
	Toplam	52.021	149			
Zihinsel boş verme	Gruplar içi	1.384	3	.461	1.558	.202
	Gruplar arası	43.233	146	.296		
	Toplam	44.617	149			
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	Gruplar içi	5.323	3	1.774	5.166	.002
	Gruplar arası	50.146	146	.343		
	Toplam	55.469	149			
Yararlı sosyal destek kullanımı	Gruplar içi	2.281	3	.760	1.404	.244
	Gruplar arası	79.058	146	.541		
	Toplam	81.339	149			
Aktif başa çıkma	Gruplar içi	2.477	3	.826	1.913	.130
	Gruplar arası	62.992	146	.431		
	Toplam	65.469	149			
İnkar	Gruplar içi	3.011	3	1.004	2.692	.048
	Gruplar arası	54.438	146	.373		
	Toplam	57.448				
Dini olarak başa çıkmak	Gruplar içi	.966	3	.322	.368	.776
	Gruplar arası	127.751	146	.875		
	Toplam	128.717	149			
Şakaya vurmak	Gruplar içi	.366	3	.122	.220	.882
	Gruplar arası	80.936	146	.554		
	Toplam	81.302	149			
Davranışsal olarak boş vermişlik	Gruplar içi	1.306	3	.435	.916	.435
	Gruplar arası	69.381	146	.475		

	Toplam	70.687	149			
Geri durmak	Gruplar içi	2.884	3	.961		
	Gruplar arası	35.575	146	.244	3.945	.010
	Toplam	38.458	149			
Duygusal sosyal destek kullanımı	Gruplar içi	4.881	3	1.627		
	Gruplar arası	90.378	146	.619	2.628	.053
	Toplam	95.259	149			
Madde kullanımı	Gruplar içi	1.515	3	.505		
	Gruplar arası	162.072	146	1.110	.455	.714
	Toplam	163.587	149			
Kabullenmek	Gruplar içi	.988	3	.329		
	Gruplar arası	44.191	146	.303	1.088	.356
	Toplam	45.179	149			
Diğer meşguliyetleri bastırmak	Gruplar içi	.892	3	.297		
	Gruplar arası	46.067	146	.316	.942	.422
	Toplam	46.958	149			
Plan yapmak	Gruplar içi	.920	3	.307		
	Gruplar arası	65.799	146	.451	.681	.565
	Toplam	66.719	149			

5. TARTIŞMA

İşitme kaybı olan orta yaşlı ve yaşlı yetişkinlerin başa çıkma davranışlarını tahmin etmede odyolojik olmayan değişkenler fiziksel işitme kaybından daha belirgin olduğu düşünülmektedir. Hem uyumlu hem de uyumsuz tutumlar için, işitme kaybıyla başa çıkmalarına yardımcı olacak algılanan etkinliği, bu tutumların kullanımının önemli bir göstergesidir. İnsanlar, iletişimi geliştirmese bile başa çıkma tutumunun etkili olduğunu algıladıklarında daha sık kullanma eğilimindedir. Bu nedenle, başa çıkmada yardımcı olduğu düşünülen uyumsuz tutumlar, onları kullananlar tarafından uyumsuz olarak algılanmayabilir (Anderson ve Hangebo, 2003). Bu çalışmada işitme cihazı kullanan bireylerde yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve işitme kaybına bağlı olarak cihaz kullanımının başa çıkma tutumları arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Mulrow (1990) çalışmasında işitme cihazı kullanan kişilerin 4 ay içinde yaşam standartları skalalarının tüm yararlarının arttığını ve yaşam standartlarının tesirlerinin 12 ay sonrasında da sürdürüldüğü belirlenmiştir.

Hallberg ve Carlsson (1991) tarafından yapılan çalışmada işitme cihazı kullanan 62 birey dahil edilmiştir. Hastalara The Hearing Measurement Scale (THM) uygulanmıştır. Bireylerde işitme kaybı arttıkça aktif başa çıkma stratejilerinin işitme kaybına bağlı odaklama eğiliminde olduğu ve dolayısıyla işitme kaybına bağlı artırdığı meydana gelmiştir.

Çalışmamızda işitme cihazı kullanan bireylerin işitme kaybına bağlı olarak başa çıkma tutumlarında farklılıklar değerlendirmiş olup, başa çıkma alt boyutlarında soruna odaklanma ve duygularını açığa vurma, inkar, geri durma, alt boyutlarında işitme kaybına bağlı olarak anlamlı fark bulunduğu gözlemlenmiştir. Hafif işitme kaybına sahip katılımcıların soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma puanlarının ($N = 23$, $Ort. = 2.59$, $SS = .55$), orta ($N = 57$, $Ort. = 2.91$, $SS = .63$), ileri ($N = 48$, $Ort. = 3.09$, $SS = .60$) ve çok ileri ($N = 22$, $Ort. = 3.19$, $SS = .45$) düzeyde işitme kaybına sahip katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde düşük olduğunu gözlenmiştir. Orta düzeyde işitme kaybına sahip katılımcıların inkar puanlarının ($Ort. = 1.68$, $SS = 59$) ileri düzeyde işitme kaybına sahip katılımcıların puanlarından ($Ort. = 1.94$, $SS = 66$) anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlenmiştir. Hafif işitme kaybına sahip katılımcıların geri durmak alt boyutundan aldıkları puanların ($Ort. = 2.69$, $SS = .45$), orta ($Ort. = 2.55$, $SS = .49$), ileri ($Ort. = 2.53$,

$SS = .56$) ve çok ileri ($Ort. = 2.76, SS = .35$) düzeyde işitme kaybına sahip katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlenmiştir.

Erler ve Garstecki (2002) tarafından yürütülen çalışmaya 35 yaş ve üzeri 191 kadın birey dahil edilmiştir. Anlamsal farklılıklar kullanarak, katılımcılar işitme kaybı ve işitme cihazı kullanımı ile ilgili ifadeleri tamamlamışlardır. Sonuçlar, işitme kaybı ve işitme cihazı kullanımı ile ilgili olumsuz algıların yaştan etkilendiğini göstermektedir. Daha genç kadınlar, yaşlı kadınlardan daha fazla damgalanma algılarına sahiptirler. İşitme kaybından daha az damgalanma, işitme cihazı kullanımıyla ilişkilendirilir, bu da işitme kaybı yönetiminin olumlu bir etkisi olduğunu gözlemlenmiştir.

Çalışmamızda işitme cihazı kullanan 40-65 ve 65 yaş üstü bireylerin yaşa bağlı başa çıkma tutumlarındaki farklılıklar değerlendirmiş olup, başa çıkma alt boyutlarında soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, aktif başa çıkma, dini olarak başa çıkma, madde kullanımı alt boyutlarında yaşa bağlı olarak anlamlı fark bulunduğu gözlemlenmiştir. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma alt boyutunda 65 yaş üzeri katılımcıların puanlarının ($Ort. = 3.13, SS = .54$) 40 – 65 yaşları arasındaki katılımcıların puanlarından ($Ort. = 2.77, SS = .63$) anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir [$t(148) = -3.761, p < .001$]. Aktif başa çıkma alt boyutunda da 65 yaş üzeri katılımcıların puanları ($Ort. = 3.19, SS = .59$) 40 – 65 yaşları arasındaki katılımcıların puanlarından ($Ort. = 2.94, SS = .72$) anlamlı düzeyde yüksektir [$t(148) = -2.353, p < .05$]. Dini olarak başa çıkma alt boyutunda da 65 yaş üzeri katılımcıların puanları ($Ort. = 3.21, SS = .93$) 40 – 65 yaşları arasındaki katılımcıların puanlarından ($Ort. = 2.85, SS = .90$) anlamlı düzeyde yüksektir [$t(148) = -2.414, p < .05$].

Son olarak, madde kullanımı alt boyutunda yaş grupları açısından anlamlı fark bulunmuştur [$t(148) = 2.338, p < .05$]. Burada ise 40 – 65 yaşları arasındaki katılımcıların puanları ($Ort. = 2, SS = 1.03$) 65 yaş üzeri katılımcıların puanlarından ($Ort. = 1.61, SS = 1.03$) anlamlı düzeyde yüksektir.

Anderson ve Hangebo (2003) yılında yaptığı çalışmada, geçerliliği kanıtlanmış bir başa çıkma aracı olan The Ways of Coping Questionnaire (WOCQ) kullanarak işitme kayıplı bireyler arasındaki baş etme stratejilerini incelemek ve başa çıkma kullanımını kaygı duyarlılığı ve deneyimiyle ilişkilendirmektir. İsveç İşitme Engelliler Derneği yerel şube üyelerine bir anket kitapçığı gönderilmiştir. 94 üye ankete yanıt vermiş ve %53'lük bir yanıt oranı sağlamıştır. Birincil sonuç ölçütleri, WOCQ, Anksiyete Duyarlılık İndeksi ve

işitme bozukluğundan kaynaklanan rahatsızlığın görsel analog ölçeği derecelendirmesidir. WOCQ alt ölçeklerinin tekrarlanan ölçüm analizi, katılımcıların planlı problem çözme ve kendini kontrol eden başa çıkma stratejilerini kullandıklarını, kaçış/kaçınma tepkilerinin ise diğer başa çıkma stratejilerine göre daha az kullanıldığını göstermiştir. Anksiyete duyarlılığı, kaçış/kaçınma başa çıkma ile ilişkilidir ($r = .63, p < 0001$). Sonuç olarak, işitme kayıplı bireyler kaçma/kaçınma başa çıkma yöntemini diğer başa çıkma stratejilerinden daha fazla kullanmamaktadır. Bununla birlikte, kaçma/kaçınma başa çıkma kaygı duyarlılığı ile ilişkilidir, bu da kaygı duyularına duyarlılığın önemli bir ilişkili faktör olduğunu düşündürür. Başa çıkma stratejileri, işitme bozukluğundan kaynaklanan rahatsızlıkla anlamlı bir şekilde ilişkili bulunamamıştır.

Hallberg ve ark. tarafından (2008) gerçekleştirilen çalışmaya işitme cihazı kullanan 65 yaş ve üzeri yetişkin birey dahil edilmiştir. İşitme cihazı kullanımının, bireylerin günlük yaşamlarında algılanan sosyal desteğin önemini doğrulanmıştır.

Solheim ve Kvaerner (2011) 65 yaş üzeri 84 birey üzerinde yürüttükleri çalışmada işitme kaybının günlük yaşamdaki sonuçları, algılanan aktivite kısıtlamasını ve katılım kısıtlamasını değerlendiren The Hearing Disability and Handicap Scale kullanılarak ölçüldü. İşitme kaybının günlük yaşamdaki sonuçları, sağlık durumları ve genel yaşam memnuniyeti yakından ilişkili olduğu tespit edildi. Bu bulgular, odyolojik rehabilitasyonun doğal bir parçası olarak sağlık faktörlerinin ve psikososyal yönlerin vurgulanması gerektiğini göstermektedir.

Acar ve ark. (2011) yürüttükleri bir çalışmaya 65 yaş üstünde 34 birey dahil edilmiştir. Hastaların cihaz kullanımından 3 ay sonrasında psikososyal ve kognitif durumlarının iyileşme gösterdiği bulunmuştur.

Heffernan ve ark. (2016) tarafından yürütülen çalışmaya hafif-orta derecede işitme kaybı olan 25 yetişkin dahil edilmiştir. Başa çıkma tepkilerinde; meşgul başa çıkma (örn. işitme cihazları, iletişim taktikleri) ve ilgisiz başa çıkma (örn. durumlardan geri çekilme, durumlar içinde geri çekilme) her ikisinde de anlamlı derecede farklılıklar bulunmuştur

Saatçi ve ark. (2017) yürüttükleri çalışmaya 35 birey dahil edilmiştir. İşitme cihazının benimsenmesinde damgalanma (stigma) ile ilişkilendirilen en önemli engeller “işitme cihazı dışarıdan fark edilir” (%45,7) ve işitme cihazının kullanıcıyı “yaşlı” (%37,1) ve “engelli” (45,7) gösterdiği düşüncesidir. Stigma, işitme cihazının benimsenmesinin önündeki önemli engellerden biridir. İşitme kaybı için yardım arayan hastalar için

psikososyal destek gereklidir. İşitme kaybına bağlı damgalanma konusunda toplumsal farkındalık artırılmalı ve cihaz kullanan bireyler bu konuda başa çıkma tutumlarını sergilemelidir. Ancak bu çalışmada, elde edilen bilgilerin orta yaşlı ve yaşlı yetişkinlerin işitme problemleriyle baş etmelerine yardımcı olmak için yeterli olmayabileceğini düşündürmektedir. Psikososyal sorunların da ele alınması gerekebilir. Genel bir başa çıkma ölçüsü kullanan bu çalışmada, işitme güçlüğü olan bir organizasyonun üyelerinin planlı problem çözme ve başa çıkma tutumları kullandıklarını, kaçma/kaçınma tepkilerinin diğer başa çıkma tutumlarına göre daha az kullanıldığını bulunmuştur. Kaygı duyarlılığı, kaçış/kaçınma ile başa çıkma ile ilişkili olup, bu bulgu, kaygı duyarlılığı ve başa çıkma arasındaki ilişki hakkındaki önceki çalışmalarla tutarlı olduğu gözlemlenmiştir

Günlük yaşamda işitme kaybıyla başa çıkma açısından hem uyumlu hem de uyumsuz tutumları uygulanacak stratejilerin algılanan etkililiğini çalışmamıza dahil ettik. Uyumsuz tutumlar iletişimi geliştirmese de kişinin psikolojik ve sosyal olarak işitme sorunlarıyla baş etmesini sağlayabildiğini göstermektedir.

6. SONUÇ

“İşitme Cihazı Kullanan Erişkin Bireylerde COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme” başlıklı çalışmaya 55 kadın, 95 erkek olmak üzere toplam 150 kişi katılmıştır. Katılımcıların %48’i 40 – 65 yaş aralığında, %52’si ise 65 yaş ve üzerindedir.

Veriler, Google Formlar kullanılarak online yolla toplanmıştır. Toplanan verilerin analizi ise SPSS 26 İstatistik Paket Programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma soruları doğrultusunda oluşturulan hipotezler ve sonuçları aşağıda listelenmiştir:

Hipotez 1: Kadın ve erkeklerin Başa Çıkma Tutumları Ölçeği’nin alt boyutlarından aldıkları puanlar birbirinden anlamlı düzeyde farklıdır.

Sonuçlar, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ile madde kullanımı alt boyutlarının puanları açısından kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı düzeyde fark bulunduğunu göstermektedir. Kadınların pozitif yeniden yorumlama ve gelişme puanları erkeklerden daha yüksekken, erkeklerin madde kullanımı puanları kadınlarınkinden daha yüksektir. Diğer alt boyutlar açısından ise cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanamadığından, bu hipotez kısmen doğrulanmıştır.

Hipotez 2: 40 – 65 yaş ve 65 yaş üzeri yaş gruplarındaki katılımcıların Başa Çıkma Tutumları Ölçeği’nin alt boyutlarından aldıkları puanlar birbirinden anlamlı düzeyde farklıdır.

Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, aktif başa çıkma, dini olarak başa çıkma ve madde kullanımı alt boyutlarında yaş grupları açısından anlamlı fark olduğu bulgulanmıştır. Buna göre, Madde kullanımı alt boyutunda 40 – 65 yaş grubu, bahsedilen diğer alt boyutlarda ise 65 yaş ve üzeri yaş grubu daha yüksek puanlara sahiptir. Dolayısıyla, bu hipotez de kısmen doğrulanmıştır.

Hipotez 3: Farklı eğitim düzeylerine sahip katılımcıların oluşturdukları grupların Başa Çıkma Tutumları Ölçeği’nin alt boyutlarından aldıkları puanlar birbirinden anlamlı düzeyde farklıdır.

İlkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu katılımcıların oluşturduğu gruplar arasındaki farkları saptamak amacıyla yürütülen analiz sonuçları; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar, dini olarak başa çıkma, davranışsal olarak boş vermişlik, geri durmak ve duygusal sosyal destek kullanımı alt

boyutları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunduğunu göstermektedir. Diğer alt boyutlar açısından anlamlı fark bulunmaması ile bu hipotezin de kısmen doğrulandığı söylenebilir.

Hipotez 4: Başa Çıkma Tutumları Ölçeği'nin alt boyutlarından alınan puanlar, işitme kaybının derecesine göre değişmektedir.

Hafif, orta, ileri ve çok ileri işitme kaybına sahip katılımcıların oluşturdukları grupların Başa Çıkma Tutumları Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırılmış ve sonuçta soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkâr ve geri durmak alt boyutları açısından gruplar arasında farklar bulunduğu görülmüştür. Böylece bu hipotez de kısmen doğrulanmıştır.

İşitme kaybı ile başa çıkma konusunda bireylerin bazı konularda sorun yaşadıkları açıkça görülmektedir. Yaptığımız çalışma ile işitme kaybı olan bireylerin işitme cihazı kullanımı sırasında birtakım zorluklar yaşadığı görülmektedir. Bu zorluklar, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, işitme kaybının derecesine göre farklılık göstermektedir. Katogorik olarak değerlendirdiğimizde orta yaşlı bireylerin cihaz kullanımı, yaşlı bireylere göre daha zor olduğu gözükmektedir. Bu olayın en büyük nedeni damgalama almak istemediklerindedir. İleri derece işitme kayıplı bireylerin cihazı kabullenmesi hafif derece işitme kayıplı bireylere göre anlamlı derece yüksektir. Hipotezlerimiz 15 alt boyuttan oluştuğu için kısmen doğrulanmıştır. İşitme cihazı kullanan bireylerin başa çıkma tutumlarının değerlendirilmesi konusu üzerinde yapılacak olan araştırmalar daha büyük bir popülasyon üzerinde yapılmalıdır. İşitme cihazı kullanan bireylerin odyologlar tarafından her ay takibi yapılmalı, cihaz kullanım konusunda yardımcı olunmalı ve bu sürecin rahat bir şekilde atlatılması sağlanmalıdır. Sonuç olarak bu konu üzerinde ileride yapılacak olan araştırmaların daha büyük bir popülasyon ile ve katılımcıların klinik ortamında objektif ve subjektif test yöntemleri ile değerlendirilerek yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Agrawal, Y., Platz, EA ve Niparko, JK (2008). ABD'li yetişkinler arasında işitme kaybının yaygınlığı ve demografik özelliklere göre farklılıklar: Ulusal Sağlık ve Beslenme Muayene Anketinden elde edilen veriler, 1999-2004. *Dahiliye arşivleri*, 168 (14), 1522-1530
- Andersson, G., & Hagnebo, C. (2003). Hearing impairment, coping strategies, and anxiety sensitivity. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10(1), 35-39.
- Anniko, M., Bernal-Sprekelsen, M., Bonkowsky, V., Bradley, P. J., & Iurato, S. (Eds.). (2010). *Otorhinolaryngology, head and neck surgery* (pp. 487-491). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Arlinger, S. (2003). Negative consequences of uncorrected hearing loss-a review. *International journal of audiology*, 42, 2S17-2S20.
- Arslan, E., & Genovese, E. (1996). Hearing aid systems in undeveloped, developed and industrialized countries. *Scandinavian audiology. Supplementum*, 42, 35-39.
- Bagai, A., Thavendiranathan, P., & Detsky, A. S. (2006). Does this patient have hearing impairment. *Jama*, 295(4), 416-428.
- Bainbridge, K. E., & Wallhagen, M. I. (2014). Hearing loss in an aging American population: extent, impact, and management. *Annual review of public health*, 35, 139-152.
- Bertoli, S., Staehelin, K., Zemp, E., Schindler, C., Bodmer, D., & Probst, R. (2009). Survey on hearing aid use and satisfaction in Switzerland and their determinants. *International journal of audiology*, 48(4), 183-195.
- Cox, R. M., Stephens, D., & Kramer, S. E. (2002). Translations of the international outcome inventory for hearing aids (IOI-HA): Traducciones del inventario internacional de resultados para auxiliares auditivos (IOI-HA). *International journal of audiology*, 41(1), 3-26.
- Cox, R. M. (1993). On the evaluation of a new generation of hearing aids. *Journal of rehabilitation research and development*, 30, 297-297.
- Dalton, D. S., Cruickshanks, K. J., Klein, B. E., Klein, R., Wiley, T. L., & Nondahl, D. M. (2003). The impact of hearing loss on quality of life in older adults. *The gerontologist*, 43(5), 661-668.
- Erler, S. F., & Garstecki, D. C. (2002). Hearing loss-and hearing aid-related stigma.
- Fuller, D. R., Pimentel, J., & Peregoy, B. M. (2012). *Applied Anatomy & Physiology for Speech-language Pathology and Audiology*. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health.
- Gelfand, S. A. (2002). The acoustic reflex. J. Katz (Ed.), *Handbook of clinical audiology* (Fifth edition). United States: Baltimore, Williams & Wilkins, 205-212.

- Gomez, R. G., & Madey, S. F. (2001). Coping-with-hearing-loss model for older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(4), P223-P225.
- Gordon-Salant, S., Lantz, J., & Fitzgibbons, P. (1994). Age effects on measures of hearing disability. *Ear and Hearing*, 15(3), 262-265.
- Gündüz, M., & Karabulut, H. (Eds.). (2015). *Odyolojide temel kavramlar ve yaklaşımlar*. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Hallberg, L. R., & Carlsson, S. G. (1991). Hearing impairment, coping and perceived hearing handicap in middle-aged subjects with acquired hearing loss. *British journal of audiology*, 25(5), 323-330.
- Hallberg, L. R. M., Hallberg, U., & Kramer, S. E. (2008). Self-reported hearing difficulties, communication strategies and psychological general well-being (quality of life) in patients with acquired hearing impairment. *Disability and rehabilitation*, 30(3), 203-212.
- Heffernan, E., Coulson, N. S., Henshaw, H., Barry, J. G., & Ferguson, M. A. (2016). Understanding the psychosocial experiences of adults with mild-moderate hearing loss: An application of Leventhal's self-regulatory model. *International Journal of Audiology*, 55(sup3), S3-S12.
- Hoffman, H. J., Dobie, R. A., Losonczy, K. G., Themann, C. L. & Flamme, G. A. (2017). Declining prevalence of hearing loss in US adults aged 20 to 69 years. *JAMA Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 143(3), 274-285.
- Hosford-Dunn, H., & Halpern, J. (2001). Clinical Application of the SADL Scale in Private Practice II: Predictive Validity of Fitting Variables. *Journal of the American Academy of Audiology*, 12(1).
- Huang, Q., & Tang, J. (2010). Age-related hearing loss or presbycusis. *European Archives of Oto-rhino-laryngology*, 267(8), 1179-1191.
- Huang, Q., & Tang, J. (2010). Age-related hearing loss or presbycusis. *European Archives of Oto-rhino-laryngology*, 267(8), 1179-1191.
- Humes, L. E. (1999). Dimensions of hearing aid outcome. *Journal of the American Academy of Audiology*, 10(01), 26-39.
- Hüttenbrink, K. B. (1995). The function of the ossicular chain and the middle ear muscles. *Eur Arch Otorhinolaryngol Suppl*, 1, 1-52.
- Hüttenbrink, K. B. (1988). The mechanics of the middle-ear at static air pressures: the role of the ossicular joints, the function of the middle-ear muscles and the behaviour of stapedial prostheses. *Acta Oto-Laryngologica*, 105(sup451), 1-35.
- Jahnke, K. (2003). Current Topics in Otolaryngology-Head and Neck Surgery: Middle Ear Surgery: Recent Advances and Future Directions.
- Jerram, J. C., & Purdy, S. C. (2001). Technology, expectations, and adjustment to hearing loss: predictors of hearing aid outcome. *Journal-american academy of audiology*, 12(2), 64-79.

- Kağıtçıbaşı, B. (2019). *İşitme Cihazı Kullanımının Ses Parametreleri Üzerine Etkisinin Objektif Olarak Değerlendirilmesi* (Doctoral dissertation, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Katz J, Chasin M, Hood LJ, English KM, Tillery KL. Handbook of Clinical Audiology. 7.ed. Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 2014:703-710.
- Kaya, N. U., Karakol, S. N., Kandemir, S., & Türüdü, S. (2021). İşitme cihazı sektörüne genel bakış. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 1-8.
- Kei, J. & Zhao, F. (2014). Assessing middle ear function in infants. San Diego, United States: Plural Publishing, 3, 6-8, 12, 14.
- Kochkin, S., & Rogin, C. M. (2000). Quantifying the obvious: The impact of hearing instruments on quality of life. *Hear Rev*, 7(1), 6-34.
- Korver, A. M., Smith, R. J., Van Camp, G., Schleiss, M. R., Bitner-Glindzicz, M. A., Lustig, L. R., ... & Boudewyns, A. N. (2017). Congenital hearing loss. *Nature reviews Disease primers*, 3(1), 1-17.
- Kramer, S. E., Kapteyn, T. S., Kuik, D. J., & Deeg, D. J. (2002). The association of hearing impairment and chronic diseases with psychosocial health status in older age. *Journal of aging and health*, 14(1), 122-137.
- Lin FR, Yaffe K, Xia J, Xue QL, Harris TB, Purchase-Helzner E, et al. Hearing loss and cognitive decline in older adults. *JAMA Intern Med*. 2013;173(4):293-9
- Magni, C., Freiberger, F., & Tonn, K. (2005). Evaluation of satisfaction measures of analog and digital hearing aid users. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 71, 650-657.
- Matthews, L. J., Lee, F. S., Mills, J. H., & Schum, D. J. (1990). Audiometric and subjective assessment of hearing handicap. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 116(11), 1325-1330
- Mazelová, J., Popelar, J., & Syka, J. (2003). Auditory function in presbycusis: peripheral vs. central changes. *Experimental gerontology*, 38(1-2), 87-94.
- McCormack, A., & Fortnum, H. (2013). Why do people fitted with hearing aids not wear them?. *International journal of audiology*, 52(5), 360-368.
- Moller, A. & Miller, A. R. (2006). Hearing: Anatomy, physiology, and disorders of the auditory system. United States: Plural Publishing, 6, 8-10, 21, 81.
- Mulrow, C. D., Tuley, M. R., & Aguilar, C. (1990). Discriminating and responsiveness abilities of two hearing handicap scales. *Ear and Hearing*, 11(3), 176-180.
- Pronk, M., Deeg, D. J., & Kramer, S. E. (2013). Hearing status in older persons: a significant determinant of depression and loneliness? Results from the longitudinal aging study Amsterdam.
- Saatçi, Ö., Polat, B., & Çakır, N. (2017). İşitme kaybı ve stigma. *Kulak Burun Boğaz Uygulamaları*.
- Sataloff, R. T., & Sataloff, J. (2006). The nature of hearing loss. *Occupational Hearing Loss (Taylor & Francis, Florida, 2006)*, 19-20.

- Saunders GH, Cienkowski KM. Refinement and psychometric evaluation of the Attitudes Toward Loss of Hearing Questionnaire, *Ear Hear*, 1996,17(6): 505-519.
- Schow, R. L., & Nerbonne, M. A. (2017). *Introduction to audiology rehabilitation*. Pearson.
- Shah, K. R., Preciado, A. D. & Zalzal, H. G. (2013). *Otolaryngology for the Pediatrician*. Saif Zone, United Arab Emirates: Bentham Science Publishers, 4, 7.
- Shearer, A. E., Hildebrand M.S. & Smith R.J. (2017). Hereditary hearing loss and deafness overview. *GeneReviews*.
- Solheim, J., Kvaerner, K. J., & Falkenberg, E. S. (2011). Daily life consequences of hearing loss in the elderly. *Disability and rehabilitation*, 33(22-23), 2179-2185.
- Southall, K., Gagné, J. P., & Jennings, M. B. (2010). Stigma: A negative and a positive influence on help-seeking for adults with acquired hearing loss. *International journal of audiology*, 49(11), 804-814.
- Stach, B.A. (2010). *Clinical Audiology: An Introduction*. Clifton Park: Cengage Learning. 96-168.
- Stach, BA, Spretnjak, ML & Jerger, J. (1990). Klinik bir popülasyonda santral presbyakuzi prevalansı. *Amerikan Odyoloji Akademisi Dergisi*, 1 (2), 109-115.
- Stephens, D. (2002). The International Outcome Inventory for Hearing Aids (IOI-HA) and its relationship to the Client-oriented Scale of Improvement (COSI): El Inventario Internacional de Resultados para Auxiliares Auditivos (IOI-HA) y su relación con la Escala de Mejoría Orientada hacia el Cliente (COSI). *International journal of audiology*, 41(1), 42-47.
- Teunissen, E. B., & Cremers, W. R. J. (1993). Classification of congenital middle ear anomalies report on 144 ears. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 102(8), 606-612.
- Tharpe, A. M. & Seewald, R. (2016). *Comprehensive handbook of pediatric audiology*. United States: Plural Publishing, 13-15, 624, 625.
- Tolson, D., Swan, I., & Knussen, C. (2002). Hearing disability: a source of distress for older people and carers. *British journal of nursing*, 11(15), 1021-1025.
- Tsuruoka, H., Masuda, S., Ukai, K., Sakakura, Y., Harada, T., & Majima, Y. (2001). Hearing impairment and quality of life for the elderly in nursing homes. *Auris Nasus Larynx*, 28(1), 45-54.
- Turan, S. (2015). *Gerçek kulak ölçümü (real ear measurement-REM) uygunluğu olan işitme cihazı kullananlarda abbreviated profile of hearing aid benefit (APHAB) anketi ile memnuniyet değerlendirmesi* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Uhlmann, R. F., Larson, E. B., Rees, T. S., Koepsell, T. D., & Duckert, L. G. (1989). Relationship of hearing impairment to dementia and cognitive dysfunction in older adults. *Jama*, 261(13), 1916-1919.
- Vestergaard, M. D. (2006). Self-report outcome in new hearing-aid users: Longitudinal trends and relationships between subjective measures of benefit and satisfaction: Resultado auto-reportado en nuevos usuarios de auxiliares auditivos: Tendencia

longitudinal y relaciones entre mediciones subjetivas de beneficio y satisfacci3n. *International journal of audiology*, 45(7), 382-392.

Wallhagen, M. I. (2010). The stigma of hearing loss. *The Gerontologist*, 50(1), 66-75

Wongrakpanich, S., Petchlorlian, A., & Rosenzweig, A. (2016). Sens3rin3ral organ disfonksiyonu ve bilişsel gerileme: bir derleme makalesi. *Yaşlanma ve hastalık*, 7 (6), 763.

Yund, EW & Buckles, KM (1995). G3r3lt3de çok kanallı sıkıştırılmış konuşmanın ayırt edilmesi: İşitme engelli deneklerde uzun s3reli 3ğrenme. *Kulak ve işitme*, 16 (4), 417-427.

Zeren, S., Bolulu, A., K3se, B., Ocak, S., Topal, A., Kurt, E., & Barut, A. Y. (2018). 3niversite 3ğrencileri ve ağrı Merkezi alışanlarının İşitme Sağlığı Bilgisi ve İşitme Kaybı Farkındalığı. *İstanbul Gelişim 3niversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (6), 573-584.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Senanur AKTAŞ

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi: 2020, KTO Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Yüksekokulu, Odyoloji Bölümü

Yüksek Lisans Öğrenimi: 2023, KTO Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Odyoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

İŞ DENEYİMİ

Stajlar : 2019, Odyolog, Diltem Özel Eğitim Merkezi

2019, Odyolog, Işığım Özel Eğitim Merkezi

2019, Odyolog, Ç.Ü Halil Avcı Duyma Engelliler Merkezi

Çalıştığı Kurumlar : 2021, Odyolog, Umut İşitme Merkezi

Tarih: 25 Ocak 2023

EK 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
Yaş	<input type="checkbox"/> 40-65 <input type="checkbox"/> 65 üstü
Eğitim Düzeyi	<input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite
Meslek	
İş yerinde gürültü maruziyeti	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Kaç senedir işitme kaybınız kulanmaktadır?	<input type="checkbox"/> 1 yıldan kısa bir süre <input type="checkbox"/> 1-5 yıl arası <input type="checkbox"/> 5-10 yıl arası <input type="checkbox"/> 10 yıl ve üstü
Hangi kulağınızda işitme kaybı bulunmaktadır?	<input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/> Her ikisi
İşitme kaybınızın derecesi nedir?	<input type="checkbox"/> Çok hafif <input type="checkbox"/> Hafif <input type="checkbox"/> Hafif orta <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Orta ileri <input type="checkbox"/> İleri <input type="checkbox"/> Çok ileri
Ne zaman işitme cihazı kullanmaya başladınız?	<input type="checkbox"/> İşitme kaybım olduğunu fark ettiğim an <input type="checkbox"/> İşitme kaybım olduğunu bilsem de cihaz kullanmak istemedim sonradan kullanmaya başladım
İşitme cihazınızın tipi nedir?	<input type="checkbox"/> Kulak arkası <input type="checkbox"/> Kulak içi
İşitme cihazınızı günde kaç saat kullanıyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 6 saatten fazla
İşitme cihazınızı kullanırken telefon görüşmelerinizi rahat bir şekilde yapabiliyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
İşitme cihazı kullanırken gürültülü ortamlarda sıkıntı çekiyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
İşitme cihazı kullanmak sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi?	<input type="checkbox"/> Hiç etkilemedi <input type="checkbox"/> Çok az <input type="checkbox"/> Orta derece <input type="checkbox"/> Epeyce <input type="checkbox"/> Çok fazla
Kronolojik rahatsızlık	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok

EK 2. COPE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki davranış/tutumları ne derece yaptığınızı (veya katıldığınızı) belirtiniz.

	Asla böyle bir şey yapmam	Çok az böyle yaparım	Orta derecede böyle yaparım	Çoğunluk- la böyle yaparım
1. Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.				
2. Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.				
3. Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.				
4. Başkalarından bu tur sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.				
5. Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.				
6. Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.				
7. Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.				
8. İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.				
9. Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.				
10. Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçtiririm.				
11. Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.				

12. Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.				
13. Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.				
14. Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.				
15. Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.				
16. Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım				
17. Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.				
18. Allah`ın yardımını umarım.				
19. Bir eylem planı yaparım.				
20. Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.				
21. Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.				
22. Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.				
23. Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.				
24. Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vazgeçerim.				
25. Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.				

26. Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.				
27. Sorun olduğuna inanmayı reddederim.				
28. Duygularımı dışarı vururum.				
29. Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.				
30. Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.				
31. Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.				
32. Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.				
33. Sorunu ozmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım				
34. Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.				
35. Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.				
36. Sorunla ilgili şaka yaparım.				
37. İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.				
38. İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.				
39. Sorunu en iyi nasıl ozebileceğim konusunda düşünürüm.				
40. Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.				

41. Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.				
42. Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde çaba gösteririm.				
43. Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.				
44. Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.				
45. Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.				
46. Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.				
47. Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için daha iyi bir tavır takınırım.				
48. Sorunla karşılaştığımda dini inançlarımda bir huzur bulmaya çalışırım.				
49. Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.				
50. Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.				
51. Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.				
52. Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.				
53. Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.				
54. Sorunla yaşamayı öğrenirim.				

55. Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.				
56. Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.				
57. Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.				
58. Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımi zamanında atarım.				
59. Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.				
60. Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.				

T.C.
KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı: 10

Toplantı Tarihi: 17.10.2022

Karar Sayısı: 2022/005: Dr. Öğr. Üyesi Bahriye HORASANLI' nın "İşitme Cihazı Kullanan Erişkin Bireylerde COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme" başlıklı araştırma projesi çalışması ile ilgili 10.10.2022 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Görüşme sonucunda araştırma projesi çalışmasının Dr. Öğr. Üyesi Bahriye HORASANLI sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Bahriye HORASANLI
Yardımcı Araştırmacı: Senanur AKTAŞ

ASLI GİBİDİR

17.10.2022

Prof. Dr. Taner ZİYLAN

İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar

Etik Kurul Başkanı