

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TİNNİTUS ŞİKAYETİ OLAN BİREYLERE VERİLEN
DANIŞMANLIK HİZMETİNDE TÜRKÇE STANDART
GÖRSEL MATERYAL KULLANIMININ ETKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI**

Özge KOÇAK

**Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Programı
YÜKSEK LISANS TEZİ**

**Ankara
2014**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TİNNİTUS ŞİKAYETİ OLAN BİREYLERE VERİLEN
DANIŞMANLIK HİZMETİNDE TÜRKÇE STANDART
GÖRSEL MATERYAL KULLANIMININ ETKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI**

Özge KOÇAK

**Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Songül AKSOY**

**Ankara
2014**

Ana Bilim Dalı : Kulak Burun Boğaz
 Program : Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları
 Tez Başlığı : Tinnitus Şikayeti Olan Bireylere Verilen Danışmanlık Hizmetinde Türkçe Standart Görsel Materyal Kullanımının Etkisinin Araştırılması
 Öğrenci Adı-Soyadı : Özge Koçak
 Savunma Sınavı Tarihi : 29.09.2014

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

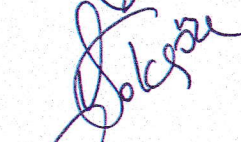
Jüri Başkanı ve Tez Danışmanı:

Doç.Dr. Songül Aksoy
 (Hacettepe Üniversitesi)



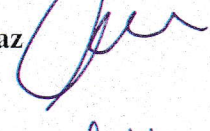
Üye:

Doç.Dr. Suna Yılmaz
 (Hacettepe Üniversitesi)



Üye:

Doç.Dr. Didem Türkyılmaz
 (Hacettepe Üniversitesi)



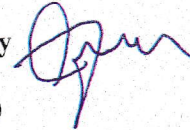
Üye:

Doç.Dr. Özgül Şenkal
 (Başkent Üniversitesi)



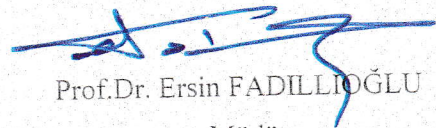
Üye:

Yrd.Doç.Dr. Gamze Atay
 (Hacettepe Üniversitesi)



ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.



Prof.Dr. Ersin FADILLIOĞLU
 Müdür

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca her konuda yanımda olan, fikirlerini, bilgilerini ve desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Songül Aksoy'a...

Eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini özveri ile paylaşan, Sayın Prof. Dr. Gonca Sennaroğlu'na ve Sayın Prof. Dr. Aydan Genç'e...

Değerli bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Bilgehan Budak'a, Sayın Doç. Dr. E. Maviş Kayıkçı'ya ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Didem Türkyılmaz'a...

Hacettepe Odyoloji ve Konuşma Bozukları Bilim Dalı'nda çalışan herkese...

Tez çalışmam boyunca gösterdikleri sevgi, yardım ve her türlü katkılar için Taner Hacımurtazaoğlu ve Mine Baydan Aydemir'e...

Teknik desteği için Banu Çicek Zeyrek'e...

Bu zorlu yolda yanımda oldukları için içtenlikle teşekkür ederim.

Hayatım boyunca eşsiz destekleriyle hep yanımda olan, eğitim sürecimce sonsuz sevgi ve anlayış gösteren annem Özgül Koçak ve babam Veysel Koçak'a, fedakarlık ve sabırla yanımda olan abim Özkan Koçak ve yengem Ecrin Koçak'a, her türlü yardıma her zaman hazır olan kuzenlerim Hatice ve Ayşe Duman'a verdikleri destek ve güç için bütün kalbimle teşekkür ederim.

ÖZET

Koçak, Ö. Tinnitus Şikayeti Olan Bireylere Verilen Danışmanlık Hizmetinde Türkçe Standart Görsel Materyal Kullanımının Etkisinin Araştırılması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014. Dış akustik uyaran olmaksızın algılanan ses olarak tanımlanan tinnitus, tinnitus şikayeti olan bireylerin hayat kalitelerinin düşmesine neden olmaktadır. Hangi tedavinin uygulandığına bakılmaksızın tinnitus şikayeti olan bireylere bu durumla etkili şekilde baş edebilmeleri için tinnitusun bütün yönleri hakkında danışmanlığın verilmesi gerekmektedir. Hem tinnitus hakkında bilgi hem de baş etme stratejilerini içeren danışmanlık uygun, anlaşılır ve standart materyal ile verilmelidir. Bu çalışmada, çalışma kapsamında geliştirilen Türkçe standart görsel materyalin tinnitus şiddeti ve memnuniyet seviyesi açısından etkinliğin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Türkçe standart görsel materyalin anlaşılabilirliği ve uygunluğu pilot çalışma ile yapılmış sonuçlarına göre materyal gözden geçirilmiştir. Subjektif tinnitus tanısı almış 40 birey ile danışmanlık öncesi durumlarının ve tinnitus şiddetinin belirlenmesi için ilk görüşme yapılmış, Tinnitus Engel Ölçeği (TEÖ) uygulanmıştır. Bireyler danışmanlığı görsel materyal ile alanlar ve danışmanlığı görsel materyal olmaksızın sadece sözel olarak alanlar olmak üzere ikiye ayrılmış, rastgele gruplara dağıtılmışlardır. Danışmanlık ardından bireylerin durumlarının ve memnuniyet seviyelerinin belirlenmesi için takip formu ve TEÖ tekrar uygulanmıştır. Danışmanlığı Türkçe standart görsel materyal ile alan grupla danışmanlığı sadece sözel olarak alan grup arasında tinnitus şiddeti ve memnuniyet seviyesi açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>.05$). Her iki grupta da tinnitus şiddeti açısından danışmanlık öncesinde ve sonrasında elde edilen puanlarda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<.05$). Bütün bireyler danışmanlıktan memnun kaldıklarını bildirmiş olmasına rağmen sözel olarak danışmanlık alan grup daha fazla geliştirilmesi gereken görselliği vurgulayan noktaya değinmiştir.

Anahtar kelimeler: Tinnitus, danışmanlık, standart görsel materyal

ABSTRACT

Kocak, O., The Investigation Of Effects Of Using Turkish Standard Visual Material at Counseling for People with Tinnitus. Hacettepe University Institute of Health Sciences, M.S. Thesis in Audiology and Speech Disorders, Ankara, 2014. Tinnitus is defined as perception of sound in the absence of a corresponding external acoustic stimulus has lead to decrement in quality of life people with tinnitus. It is necessary to consult people with tinnitus about all aspects of tinnitus in order to cope with it more effectively regardless of which kind of treatments applied. The counseling included both information and coping strategies related to tinnitus has to be provided by suitable, understandable and standardized materials. The aim of this study is to assess the effectiveness of Turkish standardized visual counseling material about tinnitus developed by researcher in terms of tinnitus severity and satisfaction level. Turkish standardized visual counseling material's comprehensibility and suitability were assessed with a pilot study and then it was revised according to results of it. All participants who were forty people diagnosed with subjective tinnitus were conducted initial interview to evaluate their conditions before the counseling and completed the Tinnitus Handicap Inventory (THI) to determine tinnitus severity. The participants were divided and randomly assigned two groups; first one was given counseling with Turkish standardized visual counseling material and second was given counseling only verbally with same content. After counseling, the follow-up interview and THI were applied to evaluate their conditions and satisfaction levels. It was found that there was no significant difference between people given counseling with Turkish standardized visual counseling material and people given only verbally counseling in terms of tinnitus severity and satisfaction level ($p>.05$). There was a significant difference between before and after counseling in terms of tinnitus severity in both groups ($p<.05$). Although all participants reported they had satisfied and the satisfaction levels of both groups were high, verbally counseling group reported more items focused on visuality which were improved.

Key words: Tinnitus, Counseling, Standardized Visual Material

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY YAZISI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
ŞEKİLLER.....	ix
RESİMLER.....	x
TABLOLAR	x
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tinnitus	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	3
2.1.3. Etiyoloji ve Sınıflandırma.....	4
2.1.4. Patofizyoloji.....	5
2.1.5. Tanılama	6
2.1.6. Tedavi/Terapi.....	7
2.2. Danışmanlık	10
2.2.1. Danışmanlık ve Tinnitus	11
2.2.2. Tinnitusta Danışmanlık Önemi	14
2.2.3. Danışmanlığın Aktarım Yöntemi.....	15
BİREYLER VE YÖNTEM	
3.1. Bireyler.....	20
3.2. Yöntem.....	21
3.2.1. Ölçekler.....	22
3.2.2. Danışmanlık Materyali ve Danışmanlık	23
3.3. İstatistiksel Analiz.....	26
BULGULAR	
4.1. Tanımlayıcı İstatistiksel Analizler	28

4.2. Çıkarımsal İstatistiksel Analizler	30
4.2.1. Tinnitus Şiddeti	30
4.2.2. Memnuniyet Seviyesi.....	32
TARTIŞMA	34
SONUÇ VE ÖNERİLER	42
KAYNAKLAR	44
EKLER	
EK1: Tinnitus Engeli Ölçeği	
EK2: Mini Mental Test	
EK3: İlk Görüşme Formu	
EK4: Takip Formu	
EK5: Görsel Danışmanlık Materyali	
EK6: Etik Kurul İzni	

SİMGELER VE KISALTMALAR

%	Yüzde
SS	Standart Sapma
X	Ortalama
ATM	Audiologic Tinnitus Management (<i>Odyolojik Tinnitus Yönetimi</i>)
BDT	Bilişsel Davranışsal Terapi
CHaTT	Cognitive Habituation Tinnitus Therapy (<i>Bilişsel Duyarsızlaştırma ile Tinnitus Terapisi</i>)
PATM	Progressive Audiologic Tinnitus Management (<i>Aşamalı Odyolojik Tinnitus Yönetimi</i>)
SAM	Suitability Assessment of Materials (<i>Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi</i>)
SES	Sosyo-Ekonomik Statü
TEÖ	Tinnitus Engeli Ölçeği
THI	Tinnitus Handicap Inventory (<i>Tinnitus Engel Ölçeği</i>)
TRT	Tinnitus Retraining Therapy (<i>Tinnitus Tekrar Eğitim Terapisi</i>)
VAS	Visual Analog Skala

ŞEKİLLER

Sayfa

3.1. Görsel ve Sözel olarak Verilen Danışmanlık	26
---	----

RESİMLER

Sayfa

3.1. Türkçe Standart Görsel Danışmanlık Materyali25

TABLOLAR

	Sayfa
3.1. Görsel ve Sözel Grubun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	21
3.2. Tinnitus Engeli Ölçeği Puan Açıklamaları.....	22
4.1. Görsel ve Sözel Grubun Tinnitus Özelliklerine Göre Dağılımları.....	29
4.2. Danışmanlık Öncesinde ve Sonrasında Elde Edilen Görsel ve Sözel Grubun TEÖ ve VAS Puan Ortalamaları ve Paired <i>t</i> Puanları.....	30
4.3. Danışmanlık Öncesinde ve Sonrasında Elde Edilen Görsel ve Sözel Grubun TEÖ ve VAS Puan Ortalamaları ve Bağımsız <i>t</i> Puanları.....	32
4.4. Memnuniyet Seviyesi Ortalama ve <i>t</i> Puanları.....	32
4.5. “Bu şekilde bir danışmanlık almak size nasıl hissettirdi” Sorusunun Cevapları.....	33
4.6. “Danışmanlığın Daha İyi Olması İçin Neler Yapılabilir” Sorusunun Cevapları.....	33

GİRİŞ

Dış akustik uyaran olmaksızın genelde kafa içinde ortaya çıkan içsel seslerin algılanması şeklinde tanımlanan tinnitus, hayat kalitesini oldukça düşüren ve bireylerin ruh sağlıklarını ciddi şekilde etkileyen bir şikâyettir (1). Çok yaygın fakat hala birçok soru işaretini içinde bulunduran bir semptomdur. Dünyanın çeşitli bölgelerinde yapılan araştırmalar tinnitus yaygınlığının %6 ila %30 arasında değiştiğini göstermektedir (2, 3). Ekstrakoklear bir kaynak olasılığının dışlanması, iç kulak fonksiyonlarının ve tinnitusun karakteristiğinin ortaya konmasının hedeflendiği bir değerlendirmenin ardından tinnitus tanılanmaktadır. Bu değerlendirmenin ardından tinnitus şikâyeti olan bireylere farklı terapi yöntemleri uygulanmaktadır. Bu yöntemler tinnitusun şiddeti ve tinnitusa eşlik eden diğer semptom ve patolojilerin varlığına göre değişmektedir. Tinnitus terapisinde cerrahi, medikal, maskeleme tedavileri, elektroterapi ve psikoterapi gibi farklı yöntemler kullanılmaktadır (4).

Sorunla baş etmek amacıyla kullanılan yöntem ne olursa olsun hastalara şikayetleri hakkında danışmanlık verilmesi durumlarıyla daha sağlıklı ve aktif şekilde baş edebilmeleri açısından çok önemlidir. Bundan dolayı bireylerin şikayetleriyle daha iyi baş edebilmeleri için tinnitus hakkında kapsamlı bir danışmanlığa ihtiyaçları vardır. Hastaların problemleriyle baş edebilmelerinde kullanılan yöntemler ve aktarım yolları büyük önem taşımaktadır. Uzmanların, şikayeti olan bireyle kurdukları ilişki ve bilginin aktarılması yolu şikayetlerle baş edilmesini etkilemektedir. Bu danışmanlığın nasıl sunulduğu (hangi yöntemle, nasıl bir dille vb.) tedavi etkinliği ve hasta memnuniyeti açısından etkilidir (5). Uygun dil kullanımının yanında bilginin sözel, yazılı ya da görsel verilmesi danışmanlığın etkinliğini değiştirmektedir (6). Farklı araştırmalarda danışmanlık ve eğitimlerde bilginin görsel materyal kullanılarak verilmesinin daha iyi sonuçların alınmasına neden olduğu bulunmuştur (7, 8). Hasta klinisyen ilişkisinin önemli olduğu danışmanlık sürecinde standart, anlaşılır ve akılda kalıcı olarak hazırlanmış görsel materyal kullanımı hem hasta memnuniyetini hem de danışmanlığın etkinliğini artıracak aynı zamanda uzmanın bütün hastalarına aynı hizmeti verebilmesini kolaylaştıracağı düşünülmektedir. Bu özellikleri içeren tinnitus şikayetine ilişkin Türkçe bir danışmanlık rehberi bulunmadığından bu çalışma kapsamında bunun hazırlanması ve değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Bu amaç doğrultusunda çalışmanın hipotezleri şu şekilde belirlenmiştir;

1. Danışmanlığı Türkçe standart görsel materyal ile alan bireylerle, danışmanlığı görsel materyal olmaksızın sadece sözel olarak alan bireylerin tinnitus şiddeti açısından fark olacaktır.

2. Danışmanlığı Türkçe standart görsel materyal ile alan bireylerle, danışmanlığı görsel materyal olmaksızın sadece sözel olarak alan bireylerin memnuniyet seviyesi açısından fark olacaktır.

GENEL BİLGİLER

2.1. Tinnitus

2.1.1. Tanım

Tinnitus Amerikan Tinnitus Derneği tarafından dış akustik uyaran olmaksızın kulaklarda ya da kafada sesin algılanması şeklinde tanımlanmaktadır (9). “Çınlamak ya da çalmak” anlamına gelen Latince “*tinnire*” kelimesinden köken almaktadır. Algılanan yeri, şiddeti ve sesin karmaşıklığı kişiden kişiye değişebilmekte ve genel olarak hışırtı, vızıltı, gürlüme, çınlama ve fısıltı sesleri şeklinde algılanmaktadır (10). Bir hastalık olmaktan öte bir semptom olarak değerlendirilen tinnitusun bireylerin yaşam kalitesinin düşmesine neden olmasının yanında bir çok ruhsal soruna zemin hazırladığı düşünülmektedir. Zöger ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılan araştırmada hastaların depresyon ve anksiyete seviyeleri ile tinnitus şiddetinin ilişkili olduğu belirtilmiştir (11).

2.1.2. Epidemiyoloji

Bir hastalığın ya da problemin epidemiyolojik bulgularına ilişkin uygun ve yeterli çalışmaların yapılması doğru müdahale ve önlem prosedürlerinin oluşturulması için gereklidir. Tinnitusa yönelik bu amaçla yapılan çalışmalarda birçok değişken söz konusudur, çünkü tinnitus farklı yaş ve cinsiyet ya da farklı gruplarda (hastalık, meslek vb) farklı şekilde gözlemlenebilen bir semptomdur. Bu nedenle tinnitus için sadece tek bir yaygınlık yüzdesi söz konusu değildir (12).

Literatürde tinnitusun görülme sıklığı, yaş ve cinsiyete göre dağılımı, hayat kalitesine etkisi ve özellikleri açısından epidemiyolojik araştırmalar yer almaktadır. Bu açıdan çok fazla araştırma bulunmamakla birlikte, var olan araştırmaların birçoğu Avrupa ya da Amerika’da yapılmıştır (13). Amerika’da 1968 yılında yapılan bir araştırmaya göre genel nüfusun %30’u tinnitustan etkilenmiştir (14). Yapılan araştırmalar içinde en kapsamlısı 2006-2010 yılında İngiltere’de *National Health Service*’ne başvuran 503.325 kişi ile yapılan bir çalışmadır. Bu çalışmaya göre yaş aralığı 40-69 olan katılımcılarda tinnitusun yaygınlığı %16.2’dir (15). Tinnitusun yaygınlığına ilişkin Çin (%14.5), Nijerya (%14.5) ve Japonya (%11.9) gibi farklı ülkelerde yapılan araştırmalarda sonuçlar benzer şekilde bulunmuştur (16-18).

Tinnitusun cinsiyete göre dağılımına ilişkin yapılan araştırmalarda farklı sonuçlar söz konusudur. Fujii ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılan

araştırmada erkeklerde tinnitusun görülme sıklığı %13.2 iken kadınlarda görülme sıklığı %10.8 olarak bulunmuştur (18). Bunun yanında, bazı araştırmalarda kadın ve erkeklerde görülme sıklığının eşit olduğu belirtilmektedir (19).

Tinnitusun dağılımı yaş değişkenine göre farklılık göstermektedir. Yapılan bütün araştırmalarda ortak bulgu, yaş ilerledikçe tinnitusun görülme sıklığının artmakta olmasıdır. Yapılan bir araştırmaya göre 40-44 yaş aralığında olan erkeklerde tinnitus yaygınlığı ortalama %13 iken, yaş aralığı 65-69'a çıktığında tinnitus yaygınlığı %25'in üzerine çıkmaktadır (15). Bunun yanında, tinnitusun çocuklarda yaygınlığının çok fazla olmadığı, genellikle kafa travması sonucunda ortaya çıktığı ve bu tinnitusun çocukları çok fazla rahatsız etmediği belirtilmektedir (19).

Tinnitusun ülkemizdeki epidemiyolojik bulgularına yönelik çok fazla araştırma literatürde yer almamaktadır. Kayseri ilinde sağlık ocaklarına başvuru yapan hastalar arasından seçilen 879 kişi ile yapılan çalışmada uygulanan anket formundan elde edilen sonuçlara göre, tinnitusun yaygınlığı %32.9 olarak bulunmuştur. Aynı zamanda, kadın hastalarda, hipertansiyonu ve anemisi olan hastalarda ve gürültülü ortamlarda çalışmış veya çalışmakta olan hastalarda tinnitusun daha yaygın olduğu saptanmışken; yaş, diabetes mellitus ve kalp rahatsızlığının tinnitusun yaygınlığı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (20). Ülkemizde yapılan diğer bir araştırma Ankara ilinde bulunan ilk ve ortaokul çocuklarında ki tinnitusun yaygınlığına yöneliktir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre araştırmaya katılan çocuklarda tinnitusun yaygınlığı %15.1'ken cinsiyet ve kulak açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Tinnitustan en fazla mağdur olan yaş 14 yaş olarak belirlenmiş, bu yaştaki çocukların %20.8'nin bu sorunu yaşadığı belirtilmiştir. Tinnitusa eşlik eden sorunun %28.6 yüzde ile en fazla baş ağrısı olduğu, %33.8'lik yüzde ile tinnitusun sabahları kötüleştiği ve %41.6 yüzde ile ise yorgunluğun tinnitusa zemin hazırladığı bulunmuştur (21).

2.1.3. Etiyoloji ve Sınıflandırma

Tinnitusun herhangi dış, orta veya iç kulak ile ya da işitsel sinir patolojileriyle veya diğer bir deyişle ise işitsel sistemde oluşmuş herhangi patolojik değişimle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Tinnitus genelde ani işitme kaybı, akustik travma, presbiakuzi veya ototoksik ilaç kullanımı gibi durumların kokleada hasara sebep

olmasından dolayı ortaya çıkabilmektedir. Bu hasarların merkezi işitsel sinir sisteminde normal olmayan sinirsel faaliyetlere neden olabilmekte, bu durum da tinnitus gibi algılanabilmektedir. Ayrıca mikrovasküler basınç (*compression*) ve vestibüler schwannoma gibi problemlerden kaynaklanan işitsel sinirdeki değişimler tinnitus algısına sebep olabilmektedir. Öte yandan işitme kaybı ile tinnitus arasındaki bağlantıya tam anlamıyla bir açıklık getirilememiştir. Her işitme kaybı olan birey tinnitus geliştirmemesine rağmen ikisi arasında bir ilişki olduğu belirtilmektedir (22).

Diğer bütün problemlerde olduğu gibi tinnitusta da sınıflandırma hem araştırma hem de tedavi açısından önemli rol oynamaktadır. Fakat tinnitus, mekanizması ve algısındaki belirsizliklerden dolayı net şekilde sınıflandırılmamaktadır. Dauman ve Tyler (23) tinnitüsü öncelikle normal ve patolojik olarak ikiye ayırmaktadır. Normal tinnitus, bir haftadan ve beş dakikadan daha az olacak şekilde birçok kişi tarafından tecrübe edilen fakat işitme kaybının eşlik etmediği şeklinde tanımlanırken; patolojik tinnitus, bir haftadan ve beş dakikadan daha fazla süren ve genelde işitme kaybı olan kişilerin tecrübe ettiği tinnitus olarak tanımlanmaktadır. Tinnitus için kabul edilebilir ve kabul edilemez, geçici ve kalıcı tinnitus şeklinde farklı sınıflandırmalar da söz konusudur (23). Bunların yanında diğer bir sınıflandırma tinnitüsün objektif ve subjektif olması üzerine yapılmaktadır. Objektif tinnitus, vasküler, nöromusküler ve lokal enflamasyon gibi farklı nedenlerden kaynaklanan ve diğer kişiler tarafından duyulabilen tinnitus şeklinde tanımlanmaktadır. Subjektif tinnitus ise sadece hasta tarafından duyulan, otolojik faktörler, ototoksik ilaçlar, nörolojik ve metabolik hastalıklar ile psikojenik nedenlerden kaynaklanan ve daha yaygın şekilde görülen tinnitüsü kapsamaktadır (24).

2.1.4. Patofizyoloji

Son yıllarda patofizyoloji üzerine yapılan araştırmalar artmış olmasına rağmen tinnitüsün patofizyolojisi hala tam olarak anlaşılammış ve bu sebeple tinnitus mekanizmasını açıklamak için birçok teori ve model oluşturulmuştur. Bir hastalıktan öte semptom olarak değerlendirilen tinnitus, kulak ve işitme sisteminde oluşan farklı hastalıklardan kaynaklanabileceği için patofizyolojiyi açıklamaya dair bir çok araştırma yapılmasına devam edilmektedir (25).

Henry tarafından 2005 yılında yapılan derleme çalışmasında tinnitusun patofizyolojik temeli üzerine geliştirilen teorilerin en yaygınları; tüy hücreleri, işitsel sinir ve merkezi işitsel sinir sistemine yönelik olduğu belirtilmiştir. İlk olarak tüy hücrelerine yönelik olan teoriler; tüy hücrelerinin uyumsuz fonksiyonu (Jastreboff, 1990), kalsiyum dengesizliği (Eggermont, 2000), dış tüy hücrelerinin kaybı (Kaltenbach ve diğerleri, 2002) ve koklear *N-methyl-D-aspartate* (NMDA) reseptörünün aktivasyonunu (Guitton ve diğerler, 2003) içermektedir. İkinci olarak, işitsel sinire yönelik teoriler; işitsel sinir lifindeki spontan aktivitenin senkronizasyonu (Eggermont, 1990, Moller, 1995), deaferantasyon hipereksitabilite (Kiang ve diğerleri, 1970) ve işitsel sinir lifinin spontan aktivitesinde ki anormal temporal paterni (Eggermont, 1984) içermektedir. Son olarak, merkezi işitsel sinir sistemine yönelik olan teoriler; efferent işitsel sistemin etkisi (Hazell, 1987), dorsal koklear nükleusda artmış spontan aktivite (Kaltenbach ve diğerleri, 2002) ve kortikal plastisiteden (Lockwood ve diğerleri, 1998) oluşmaktadır (26).

Bu teoriler arasında tinnitusun koklear olmayan mekanizmasına yönelik 1990 yılında Jastreboff tarafından geliştirilen tinnitusun nörofizyolojik modeline göre; tinnitus sinir sisteminin alt sistemlerindeki etkileşimin bir sonucudur. Bu etkileşimde işitsel yolların tinnitusun ses algısı gibi görünmesi ve gelişmesinde rolü vardır. Bu modele göre tinnitus şikâyetinden sorumlu olan sistem, limbik sistem olup tinnitusa bağlantılı negatif düşüncelerin onu pekiştirdiğini vurgulamaktadır (27, 28). Bu model temel alındığında tinnitus şikayeti olan kişilerin, tinnitusa ilişkin olumsuz ve uygun olmayan bir tutum geliştirmelerinin tinnitus algısının daha fazla pekişmesine neden olmakta bundan dolayı da bu tutumların gelişmesinin engellenmesinin tinnitus ile baş etmede önemli bir basamak olduğu düşünülmektedir. Bu tür tutumların gelişmesini engellemek için tinnitus şikayeti olan kişilerin ilk başta aldıkları bilgilerin kapsamlı ve doğru olmasının uygun olacağı düşünülmektedir (29).

2.1.5. Tanılama

Farklı hastalıklardan kaynaklanan ya da farklı hastalıklarla (problemlerle) birlikte görülebilen bir semptom olan tinnitusa doğru şekilde tanı konulabilmesi için disiplinler arası bir çalışma gereklidir. Tanılama; ayrıntılı tıbbi hikâye alma, kulak muayenesi yapma, tinnitus şiddetini belirleme, tinnitus ve işitme fonksiyonuna ilişkin

odyolojik ölçümleri yapma, nörolojik ve radyolojik değerlendirme basamaklarını içermektedir.

Tıbbi hikaye alırken tinnitusun nasıl bir ses olduğu, nerede lokalize olduğu, pulsatil mi yoksa ritmik mi olduğu, periyotları, uyku, konsantrasyon ve ruh sağlığı üzerine etkileri, tinnitus ile birlikte oluşan işitme kaybı, kulakta doluluk hissi ve baş dönmesi gibi diğer semptomların olup olmadığı ve ayrıca kullanılan ilaçlar da irdelenmelidir (13). Bu konularda hekimler sorular sorarak bilgi edinebildiği gibi tinnitusun etkileri ve şiddetine ilişkin kullanılan farklı envanterler de bulunmaktadır. Bu envanterlerden Aksoy ve arkadaşları (2007) tarafından uyarlanan tinnitus şikayeti olan kişilerin yaşadığı sıkıntıyı fonksiyonel, emosyonel ve katastrofik açıdan değerlendirmeyi sağlayabilmektedir. Bu tür envanterlerden elde edilen sonuçların, konsültasyon alınacak diğer birimlerin belirlenmesi aynı zamanda baş etme yöntemlerinin paylaşılabilmesi gibi tedavi planı üzerinde oldukça önemli rolü vardır (30).

Odyolojik değerlendirmeler kapsamında saf ses, konuşmayı anlama ve ayırt etme eşikleri, en rahat ve rahatsız edici ses seviyesi ölçümleri için saf ses odyometrik inceleme, kokleadaki fonksiyon bozukluklarının tespiti için otoakustik emisyon ölçümleri, orta kulak basıncı ve akustik refleksin belirlenmesi için immitans ölçümleri, işitme sisteminin nöral yapılarını değerlendirmek için ABR ölçümleri ve tinnitusun frekans ve şiddetinin belirlenmesi için tinnitus haritalaması uzman odyolog tarafından yapılmaktadır (13).

Kapsamlı kulak burun boğaz muayenesi ve genel tıbbi değerlendirmenin ardından, kranial sinir muayenesi ve herhangi nörolojik bir patalojiyi elemek için de tinnitus şikayeti olan kişinin gerekli görüldüğünde nörolojik muayenesi yapılmaktadır. Asimetrik tinnitusu ya da asimetrik işitmesi veya diğer bir bağlantılı nörolojik semptomu olan kişiler için daha detaylı bir inceleme gerekmekte ve bu yüzden görüntüleme tetkikleri istenmektedir. Örneğin, pulsatil tinnitusu olan bireylerin ultrasonografi, CT, MRI, CT anjiyografi gibi teknikler kullanılarak daha detaylı incelemeleri yapılmaktadır (13).

2.1.6. Tedavi/Terapi

Tinnitusun belirsiz patofizyolojisi, tedavi/terapi yöntemi açısından çok farklı uygulamaların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Her türlü sağlık probleminde

olduğu gibi tinnitusta da kapsamlı değerlendirme yapmak tedavi yöntemini Őekillendirmeye yardımcı olmaktadır.

İlk olarak, tinnitusa neden olan hastalık ya da problem ne ise ona yönelik yapılan tedavi ya da müdahaleler tinnitusun ortadan kalkmasına yardımcı olabilmektedir. Tinnitusun nedenine göre ilaç, cerrahi veya psikolojik yöntemler kullanılabilir (31). Örneğin, cerrahi yöntemler tinnitusun doğrudan tedavisi olmamakla birlikte, meniere ve otoskleroz gibi hastalıklardan kaynaklanan tinnitusun ortadan kalkmasında etkili olduğu hatta çok büyük rolünün olduğu belirtilmektedir (13).

Farklı hastalıkların tedavisi için kullanılan ilaçların diğer birçok yan etkisinin yanında tinnitus da bir yan etki olarak gözlenmektedir. Bundan dolayı kullanılan ilacın değiştirilmesi ya da bırakılması tinnitusun ortadan kalkmasında işe yarayabilmektedir.

Anksiyete, depresyon gibi psikopatoloji kaynaklı veya sadece stresten kaynaklanan tinnitus ile baş etmenin yanında, tinnitusun tetiklediği psikolojik problemlerle baş etmek için de psikoterapötik yöntemler kullanılabilir. Bu yöntemler arasında en yaygın Şekilde kullanılan ‘‘Bilişsel-Davranışsal Terapi’’ (BDT) yöntemidir (32). Yapılan araştırmalarda BDT uygulamasının diğer uygulamalara göre tinnitus Őiddetinde farklılık oluşturmadığı fakat hayat kalitesi ve depresyon puanlarında farklılık oluşturduğu (33) ve aynı zamanda BDT’nin tinnitus kaynaklı stresle baş etmede etkili olduğu belirlenmiştir (32).

Literatürde tinnitusta baş etmek için maskeleme, medikal, elektroterapi gibi yöntemlerin yanında lazer gibi yeni yaklaşımlara da değinilmektedir.

Maskeleme yöntemi tinnitus tedavisinde yaygın olarak kullanılan yöntemler arasında yer almaktadır. Akustik bir uyarının ikinci bir akustik uyarı ile baskılanması Şeklinde tanımlanan maskeleme yönteminde tinnitusun aynı nöral yolları kullandığı düşünülen farklı bir sesle baskılanması amaçlanmaktadır (34). Yaygın olarak kullanılan *broad band noise* yerine kompleks seslerin kullanılmasının daha kullanışlı olduğu belirtilirken (35), maskeleme yönteminde hastaya özel hazırlanmış maskeleme kasetleri ve CD’leri, tinnitus maskeleyicileri, birleşik tinnitus cihazları, işitme cihazları ve kulak içi ses jeneratörleri gibi farklı araçlar kullanılmaktadır (19).

Kullanılan terapi/tedavi seçeneklerinden bir diğeri de ilaç tedavisidir. Tinnitusun oluşmasında farklı mekanizmalar rol oynadığı için birçok ilaç denemesi yapılmış olmasına rağmen Avrupa ya da Amerika'da hiçbir ilaç tinnitusun doğrudan kesin tedavisi olarak önerilmemektedir (36). Akut veya kronik tinnitus için kullanılan farklı ilaçlar bulunmaktadır. Akut tinnitusun tedavisinde intratympanik steroidler, vasodilatörler ve antiviral ajanlar kullanılırken, kronik tinnitusun tedavisinde farklı problemler için etkili olan antidepresanlar, antihistaminikler, benzodiazepinler, benzodiazepin olmayan antikonvülsanlar ve kas gevşeticiler gibi ilaçlar kullanılabilir (37). Bunların yanında tinnitus için lokal anestezikler, prostoglandin agonistleri, kalsiyum kanal blokerleri, trimetazidin, ginkgo biloba ekstreleri, betahistin hidroklorür ve vitaminler de kullanılmaktadır (38). Tinnitus tedavisinde kullanılan ilaçlar hakkında yapılan araştırmalar ilaçların etkinliğine ilişkin farklı sonuçların olduğunu göstermektedir.

Tinnitus için kullanılan diğeri terapi/tedavi yöntemleri akupunktur ve biofeedback gibi elektroterapi yöntemleridir. Akupunktur ve biofeedback yöntemleri etkinliği kesinleşmemiş yöntemler arasında yer almaktadır. Fakat doğrudan tinnitusun azalmasını sağlamamakla birlikte biofeedback stresin (39), akupunktur acı algısının (40) azalmasında etkili olduğu için bazı vakalarda olumlu sonuçların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (38).

Tinnitus için yeni yaklaşım olarak kullanılan soft lazer terapiler, kronik acı ile baş etmek için kullanılan yöntemler arasındadır. Tinnitus terapisi olarak soft lazer yönteminin kullanılmasının temelinde kronik acı ve tinnitusun benzer olması yatmaktadır (36). Bu amaçla birçok araç geliştirilmiş ve bunların etkinliğine yönelik araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmaların sadece birkaçı bu yöntemin etkin olduğunu gösterirken, birçoğu yöntemin etkinliğini kanıtlayamamıştır (41).

Bütün bu yöntemlerin yanında tinnitus şikayeti olan bireylerin tinnitus sinyaline alışmaları sağlanmaya çalışılmakta ve aynı zamanda bu bireylere danışmanlıklar verilmektedir. Bunu amaçlayan terapi yöntemlerinden biri TRT (*Tinnitus Retraining Therapy*) olarak adlandırılır. 1993 yılında Jastreboff tarafından geliştirilen tinnitusun nörofizyolojik modeline göre; tinnitus sinir sisteminin alt sistemlerindeki etkileşimin bir sonucudur. Bu etkileşimde işitsel yolların tinnitusun ses algısı gibi görünmesi ve gelişmesinde rolü vardır. Bu modele göre tinnitus

şikâyetinden sorumlu olan sistem, limbik sistem olup tinnitus ile bağlantılı negatif düşüncelerin onu pekiştirdiğini vurgulamaktadır. Bu terapinin temel amacı; tinnitus şikâyeti olan bireyin tinnitusa alışmasıdır. Bunun gerçekleşmesi için ilk olarak tinnitus ile bağlantılı korku ve negatif düşüncelerin ortadan kaldırılması, daha sonra da tinnitusun bilinç seviyesinden uzaklaştırılması gerekmektedir. Bu danışmanlığa ek olarak ses terapisi de verilmektedir (27, 28).

Son olarak, danışmanlıklar yapılandırılmış bütün tedavi ve terapilerin kapsamında ya da sadece tek uygulama şeklinde sunulmaktadır. Danışmanlık, bilgi ve tavsiyelerin verilmesini, fantom ses algısına alışılmasının kolaylaştırılması ve tinnitusun uyku güçlükleri, konsantrasyon problemleri gibi olası sonuçlarıyla daha iyi baş edilmesi için bireylerin desteklenmesini içermektedir. Aynı zamanda bireylerin tedavi ve terapilere yönelik gerçekçi beklentiler oluşturmaları da hedeflenmektedir. Danışmanlığın, tinnitus şikâyeti olan her bireyin tedavisinin gerekli bir parçası olduğu vurgulanmaktadır (36).

2.2. Danışmanlık

“*Danışmanlık*” genel olarak “bir profesyonel tarafından tavsiye verilmesi” şeklinde tanımlanmaktadır (29). Psikoloji, sosyal çalışma, hemşirelik ve odyoloji gibi farklı disiplinlerde ki uzmanlar “*danışmanlık*” vermektedir. “*Danışmanlık*” kelimesi bu farklı disiplinler tarafından farklı anlamlarda kullanılmaktadır. Bundan dolayı “*danışmanlık*” tanımının netleştirilmesi ve “*danışmanlığın*” kimler tarafından nasıl ve hangi kapsamda verilmesi gerektiği üzerinde durulması gerekmektedir. “*Danışmanlık*” daha ayrıntılı şekilde, “yardıma ihtiyacı olan kişilerdeki değişimi, bilgilendirerek, tavsiye vererek, destekleyerek ve güçlendirerek kolaylaştırma süreci” olarak tanımlanmaktadır (42). Bazı disiplinlerde danışmanlık sadece müdahale süreçlerini kapsarken, diğer disiplinlerde ise eğitim basamağı da kapsama dahil edilmektedir (27).

2.2.1. Danışmanlık ve Tinnitus

Literatürde bulunan tinnitus tedavi/terapi protokollerinde de “*danışmanlık*” süreç ve kapsam açısından farklılık göstermektedir. Bazı protokollerde hem tinnitusa ilişkin bilgi hem de kullanılan araca yönelik danışmanlık verilirken başka protokollerde de aracın işleyiş mantığına yönelik farklı danışmanlıklar söz konusu olmaktadır. Örneğin; çevresel seslerin ya da müziğin kullanımına yönelik verilen

danışmanlık dikkati tinnitustan uzaklaştırmayı kapsarken, tekrar eğitim terapisinin (*retraining therapy*) danışmanlığı tinnitusa ilişkin korkunun uzaklaştırılmasıyla duyarsızlaştırmanın sağlanmasını kapsamaktadır. Bunların yanında, işitme sistemi, seslerin etkileri, sinirsel faaliyetler gibi çok daha detaylı bilgilerin verildiği doğrudan danışmanlık ile hastaların eğitilmesi ve doğru tutumlar geliştirmeleri amaçlanmaktadır (43). Tanımlar ve kapsamlar ne kadar farklı olursa olsun hastaların tinnitusu anlamaları ve bu şekilde onunla baş etmelerine yardımcı olunması gerekmektedir (44). Kronik problem olan tinnitusta baş etmek için uygulanan “*danışmanlık*” ve psikolojik yaklaşımın temel odak noktası tinnitusun neden olduğu stresi ve hayata olan olumsuz etkisini azaltmaktır. Baş etmesi çok kolay olmayan tinnitusa yönelik verilen “*danışmanlık*” basitçe bilgilerin verildiği veya eğitimin olduğu seanslardan gevşeme, dikkat kontrolü ve uyku hijyeni gibi psikolojik uygulamaların olduğu seanslara kadar değişiklik göstermektedir (42).

Tinnitusa yönelik danışmanlığın yer aldığı Bilişsel Davranışsal Terapi (BDT), Odyolojik Tinnitus Yönetimi (*Audiologic Tinnitus Management-ATM*), Aşamalı Odyolojik Tinnitus Yönetimi (*Progressive Audiologic Tinnitus Management-PATM*), Tinnitus Tekrar Eğitim Terapisi (*Tinnitus Retraining Therapy-TRT*) ve Bilişsel Duyarsızlaştırma ile Tinnitus Terapisi (*Cognitive Habituation Tinnitus Therapy-CHaTT*) gibi farklı terapi yaklaşımları bulunmaktadır.

İlk olarak, “Bilişsel Davranışsal Terapi (BDT)” tinnitus için uygulanan psikolojik terapilerin en yaygınıdır. Bu terapi de tinnitusun neden olduğu rahatsızlığın, psikoloji ve eğitim bileşenleriyle azaltılması amaçlanmaktadır. Gevşeme egzersizleri gibi davranışsal tekniklerin ya da düşüncelerin tekrar yapılandırılması gibi bilişsel tekniklerin kullanım sıklığı ve yeri terapistte göre değişkenlik gösterebilen BDT uygulamasında tinnitus için standart bir uygulama paketi geliştirilmiştir (10). Bu pakette, ilk basamakta tinnitus ve olası nedenler ile aracı faktörlere yönelik uygun tıbbi değerlendirmelere ilişkin bilgilendirme bulunmaktadır. Daha sonra tinnitusun medikal ve psiko-sosyal faktörlerine ilişkin değerlendirmenin yapılması, gereklilik durumunda işitme cihazı önerilmesi, çevresel ses zenginleştirmesinin kullanılması, gevşeme ve bilişsel yeniden yapılandırmanın uygulanması, duygusal tepkilere ve konsantrasyon problemine odaklanılması, uyku hijyeninin gündeme alınması ve son olarak tekrar oluşmasını önlemek için

uygulamaların yapılması şeklinde basamaklarla devam etmektedir. BDT uygulamasının her basamağında danışmanlık ve psikoeğitim bulunmaktadır (32). BDT'nin etkinliğine yönelik yapılan araştırmalar, tinnitusun neden olduğu rahatsızlık üzerinde BDT'nin etkin olduğunu göstermektedir (2, 45).

Diğer bir yöntem olan “Odyolojik Tinnitus Yönetimi” (*Audiologic Tinnitus Management-ATM*) 2005 yılında Henry, Zaugg ve Schechter tarafından geliştirilmiştir (46). Metodolojik çalışmaların ardından eğitim protokolü ve kendi kendine yardım bölümlerinin güncellenmesi ve geliştirilmesi ile “Aşamalı Odyolojik Tinnitus Yönetimi” (*Progressive Audiologic Tinnitus Management-PATM*) adını alan protokol beş aşamadan oluşmaktadır. Birinci basamakta hastaya uygun şekilde rehberlik sağlanmaya çalışılmaktadır. İkinci basamakta odyolojik değerlendirme yapılmaktadır. Üçüncü basamakta grup eğitimi verilmektedir. Eğer tinnitusa özgü müdahaleler gerekliyse, grup eğitiminde anahtar öz-yönetim teknikleri üzerinde durulmaktadır. Genellikle çok az hastada “tinnitus değerlendirmesine” ihtiyaç duyulmaktadır. Bu değerlendirmede derinlemesine görüşme yapılarak bireyselleştirilmiş baş etme gereksinimi belirlenmektedir. Eğer bu şekilde bir gereksinim belirlenirse planlama yapılarak beş basamaklı olacak şekilde baş etme planı uygulanmaktadır. Bu yönetim programı eğitimsel danışmanlık protokolü içermektedir. Uygulanan bu eğitim protokolü ile bir çok hastanın şikayet seviyesinde hafifleme sağlanmaktadır (47).

Tinnitus terapisi olarak kullanılan bir diğer yöntemde, “Tinnitus Tekrar Eğitim Terapisi” (*Tinnitus Retraining Therapy-TRT*) 1990 yılında Jastreboff tarafından geliştirilen tinnitusun nörofizyolojik modeline göre oluşturulmuştur. Bu terapide yönlendirici danışmanlık ve ses terapisi birlikte uygulanmaktadır. Danışmanlık, tinnitus şikayeti olan bireye yapılandırılmış şekilde verilen seanslardan oluşmaktadır. Bu seanslarda nörofizyolojik model temelinde tekrar eğitim verilmekte, tinnitus ile bağlantılı korku ve negatif düşüncelerin ortadan kaldırılması, daha sonrada tinnitusun bilinç seviyesinden uzaklaştırması amaçlanmaktadır. Bu yaklaşımda bireyin tinnitusa alışması sağlanmaktadır. Danışmanlıkta genel anlamıyla “İşitsel Sistemi Gözden Geçirme, İşitme ve Beyin, Algının Kuralı, Dikkatin Sınırlılıkları, Beyin Plastisitesi, Tinnitusun Nörofizyolojik Modeli, Kulak Seviyesi Cihazların Uygulanması ve Hiperakuzi” konu başlıkları üzerinde durulmaktadır.

Terapi önce ve sonrasında ilk görüşme ve takip formları uygulanmaktadır (27, 28), (48). TRT'nin etkinliğini gösteren farklı çalışmalar bulunmaktadır (49, 4).

Son olarak, Bilişsel Duyarsızlaştırma ile Tinnitus Terapisi (*Cognitive Habituation Tinnitus Therapy-CHaTT*) on yıldan daha fazladır yapılan araştırmalarla geliştirilmiş eklektik bir terapi yöntemidir. Maskeleye yönteminin ses terapisi, BDT'nin danışmanlığı ve TRT'nin nörofizyolojik modeli gibi farklı yaklaşımların farklı bileşenlerini bir araya getirmiştir. Terapi protokolünde tinnitus tanımı, çeşitleri, mekanizması, nörofizyolojik modeli, plastisitenin rolü, duyarsızlaştırma, limbik sistemin tepkisi, tinnitus ve Pavlov gibi basamakları içermektedir. Uygulanan en etkili yöntemlerden biri olduğu savunulmakta ve on iki aylık terapi sürecinde 121 hasta da %94'lük bir başarı elde edildiği belirtilmektedir. Bu protokolün bileşenlerin çoğunun eğitim ve danışmanlıktan oluşmuş olması dikkat çekmektedir (50).

Farklı tinnitus tedavi protokollerinde hasta danışmanlığı ve bilgilendirme her zaman bir basamak olarak bulunmaktadır. Bu protokollere yönelik yapılan farklı çalışmalarda danışmanlığın etkinliği araştırılmıştır. Cima ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan bir araştırmada, bilişsel davranışsal terapi temel alınarak oluşturulan tedavi protokolüne TRT (*Tinnitus Retraining Therapy*)'nin bazı elementleri dahil edilerek bu protokolün etkinliği incelenmiştir. Bu protokol oluşturulurken standart uygulamada bulunan tinnitus ve işitme kaybı ile ilgili verilen bilgilerin yanına nörofizyolojik model, tedavi protokollerinin açıklanması, psiko-eğitim ve danışmanlık gibi bilgilendirici basamaklar ve grup terapisi eklenmiştir. Daha sonra oluşturulan bu protokol 245 hastaya uygulanmış, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve tinnitus seviyesi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (51).

Kröner-Herwiga ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan bir araştırmada ise tinnitus için uygulanan "bilişsel davranışsal tinnitus baş etme eğitimi" (*Cognitive Behavioral Tinnitus Coping Training*), eğitimli minimum iletişim (*Minimal Contact-Education*) ve gevşemeli minimum iletişim (*Minimal Contact-Relaxation*) gibi çeşitli terapi yöntemleri birbirleriyle ve bekleme listesindeki hastalarla karşılaştırılmıştır. Tinnitusa yönelik eğitimin ve bireysel baş etme stratejilerinin bulunduğu grubun bekleme listesindeki hastalara göre uygulama ardından kontrol algısının yanında ruh hali ve stresle baş etme açısından daha iyi düzeyde oldukları bulunmuştur. Minimum irtibat; eğitimin, önerilerin ve uygulanabilir baş etme yöntemlerinin bir arada

sunulmasının bireysel terapist harcamaları olmadan etkili olabileceği belirtilmiştir (52).

Farklı ülkelerde tinnitusa yönelik uygulanan farklı tedavi ve terapi protokolleri, bunların kapsamında uygulanan farklı şekil ve içerikte danışmanlıklar bulunmaktadır. Türkiye’de kullanılan tam bir tinnitus tedavi protokolü veya sistemi olmadığından onlara yönelik yapılan araştırmalardan söz etmek mümkün değildir.

2.2.2. Tinnitusta Danışmanlığın Önemi

Tinnitus şikayetine yönelik tedavi/terapi uygulamaları hastaların ihtiyaçları ve şikayet seviyelerine göre değişkenlik göstermektedir. Bunun yanında tinnitusta baş etme açısından dünyada maskeleyen yönteminden danışmanlığa doğru bir geçiş söz konusudur (50). Bu uygulamalarda tinnitus hakkında basit eğitimden bireyselleştirilmiş uzun süreli terapilere kadar farklılıklar görülmektedir (42). Dobie’ye göre (2004) tinnitusu tecrübe eden kişiler bir piramit gibi düşünüldüğünde, piramidin tabanını tinnitusa maruz kalıp bunu çok önemsemeyenlerden oluşmaktayken, diğer seviye sadece ciddi kulak ya da beyin rahatsızlığı olmadığından emin olmak isteyenlerden oluşmaktadır. En üst seviye ise kademeli olarak günlük yaşantılarında tinnitus kaynaklı ciddi problemler yaşayanlardan oluşmaktadır. Bu seviyede çok ciddi problem yaşayan kişiler çok az sayıdadır. Buna göre tinnitus tecrübe eden kişilerin çoğunluğu ya rahatsız olmamakta ya da sadece bir eğitime ihtiyaç duymaktadır (53).

Tinnitusun doğrudan tedavisi olmamasına rağmen etkilerini azaltmaya yönelik uygulanan birçok yöntem bulunmaktadır. Tinnitus bireylerin hayatını çok farklı şekil ve düzeylerde negatif etkilemektedir. Bundan dolayı onunla baş etme için hem fizyolojik hem de psikolojik boyutlarına ilişkin disiplinler arası bir müdahale gerekmektedir. Tinnitusa maruz kalan kişiler, temelde tinnitustan dolayı stres yaşayan ya da hayatları olumsuz yönde etkilenenler ve de etkilenmeyenler olarak ikiye ayrılabilir. Bazı kişilerin tinnitustan neden etkilendiği, bazı kişilerin ise neden etkilenmediği net olarak bilinmese de yatkınlık ve kişilik özellikleri gibi faktörler etkili olabilmektedir. Bunun yanında daha ölçülebilir faktörlerin, tinnitusun ortaya çıkardığı stresle çok da ilişkili olmadığı belirtilmektedir. House tarafından yapılan çalışmada tinnitus şiddetinin, şikayet boyutlarıyla ilişkili olmadığı bulunmuştur (54). Tinnitus algısından öte, tinnitusun psikolojik boyutunun etkili olduğu düşünülebilir

(42). Tinnitus perdesi ve şiddeti aynı olmasına rağmen, kişilerin tinnitus yaşantıları açısından farklı olan nokta tinnitusa karşı verdikleri tepkidir. Eğer tinnitus zararsız, tehdit edici olmayan bir olay olarak algılanırsa, duyarsızlaşma diğer deyişle alışma doğal yolla kendiliğinden gerçekleşmektedir. Öte yandan, tinnitus tehlikeli, rahatsız edici, stres ve kaygı verici, korkutucu bir olay olarak algılanırsa, alışma kendiliğinden gerçekleşmemektedir. Tinnitusa yönelik negatif düşüncelerin, negatif duyguların tetiklenmesinde, bu duygularında davranışsal değişimlerin açığa çıkmasında etkisi bulunmaktadır. Tinnitus “keyif verici olaylar avcısı” olarak tanımlanmaya başlandıktan sonra açığa çıkan negatif duyguların etkisi ile hayat kalitesi ciddi şekilde düşmeye başlamaktadır. Bundan dolayı tinnitusa yönelik geliştirilen bütün olumsuz tepkilerin, eğitimle ortadan kaldırılmasıyla tinnitus için daha kabul edilebilir, olumlu tepkiler geliştirilmektedir. Daha olumlu reaksiyonların geliştirilmesi duyarsızlaşmanın doğal yolla oluşmasına olanak sağlamaktadır (50). Bu tepki değişimleri, terapilerin temel amacını oluşturmaktadır.

Bunun yanında “ilk danışmanlık” süreci oldukça önemlidir. Çünkü hastalar ilk başvurularında “odyolojik durumlarıyla ilgili doğru ve net olmayan bir özet (örn: sıkıntınız yoktur), tinnitus tedavisi ile ilgili yetersiz bilgilendirme (örn: tinnitus benim yardımcı olabileceğim bir durum değil) ve/veya uygun olmayan profesyonel yardım (örn: sadece bununla yaşamayı öğrenin)” şeklinde yaklaşımlarla karşılaşabilmektedir. Bu tür yaklaşımlarla karşılaşan hastaların tinnitusa karşı geliştirdikleri tutumun, verdikleri tepkinin daha negatif olması söz konusudur (29).

Bireylere şikayetleri hakkında bilgi verilmesi durumlarıyla daha sağlıklı ve aktif şekilde baş edebilmeleri açısından çok önemlidir. Bundan dolayı, bireylere verilen kapsamlı bir tinnitus “danışmanlığı” hangi tedavi/terapi yöntemi kullanılırsa kullanılsın önemli bir bileşen olarak tanımlanmaktadır. Bu “danışmanlık” tinnitus şikayeti olan kişilere ilk basamaktan itibaren verildiğinde tinnitus ve sonuçlarıyla daha iyi baş edebilmeleri olasılığının artacağı düşünülmektedir (44).

2.2.3. Danışmanlığın Aktarım Yöntemi

Hastaların problemleriyle baş edebilmelerinde kullanılan yöntemler ve bu yöntemlerin aktarım yolları büyük önem taşımaktadır. Uzmanların, şikayeti olan bireyle kurdukları ilişki ve bilginin aktarılması yolu şikayetlerle baş edilmesini etkilemektedir.

Anlaşılır ve akılda kalıcı materyal ihtiyacı herhangi bir problemi akut şekilde yaşayan kişiler için doğru tedavi ve terapi yöntemi seçebilmek açısından önemlidir. Aynı zamanda, kronik şekilde problem yaşayan kişiler, tedavilerini anlamak ve uygun şekilde devam ettirebilmek, problemin olumsuz etkileri ile baş edebilmek açısından uygun hazırlanmış materyale ihtiyaç duymaktadırlar. Bu nedenle hem akut hem de kronik şekilde tinnitus yaşayan kişiler içinde anlaşılır ve akılda kalıcı materyal ihtiyacı söz konusudur (55).

Hastalara eğitimin ya da danışmanlığın verilmesi için kullanılan birçok farklı yöntem bulunmaktadır. Yazılı eğitim materyalleri, grup programları gibi yapılandırılmış eğitim programları, uzman ile birebir yapılan sözel uygulama, destek grupları ve video ya da ses kayıtları gibi farklı yöntemlerden bahsedilmektedir. Hangi yöntemin daha etkili olduğuna dair yapılan araştırmaların sonuçları değişkenlik göstermektedir. Hastanın tercihi ve kişilik özellikleri sonuçları değiştirebilmektedir (56). Doak, Doak ve Root tarafından 1993 yılında “materyallerinin uygulununun değerlendirilmesi” (*Suitability Assessment of Materials-SAM*) ölçeği, sağlık bilgilerinin kısa zamanda objektif olarak değerlendirilebilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Bu ölçeğe göre eğitimin ya da danışmanlığın uygunluğu içerik, okur-yazarlık, öğrenim motivasyonu, yazı karakteri, görseller ve kültürel uygunluk gibi noktalara göre değerlendirilmektedir (57).

Hazırlanan danışmanlık materyalinde ilk önemli nokta “içerik” kısmıdır. Bu kısımda danışmanlığın amacının belirtilmesi ana noktanın kaçırılmasını engellemektedir. İçerik kapsamına alınan konular tıbbi bilgilerin yanında daha çok problemleriyle baş etme açısından yapılması gerekenlerden oluşmaktadır. Aynı zamanda anlatıların özetlenmesi, görsellerin ya da örneklerin kullanılması anlaşılabilirliğin artmasını sağlamaktadır (57). Tinnitus danışmanlıkları ihtiyaçlar ve amaç, kulağın anatomisi ve nörofizyolojisi, odyolojik değerlendirmenin sonuçları, ses algısı ve tinnitus, duyarsızlaştırma, dikkat, tedavi yaklaşımları, baş etme stratejileri ve önleme gibi farklı konu başlıklarına göre hazırlanmaktadır. Bu başlıklar danışmanlığın hangi amaç için hazırlanacağına göre değişiklik göstermektedir (58).

İkinci önemli noktayı “okur-yazarlık” oluşturmaktadır. Materyalin anlaşılabilirliği okuyucunun okur-yazarlık seviyesine göre değişmektedir. Cümle yapısı olarak edilgen cümle yerine etken cümle kullanılmasının, birden fazla yüklemi olan

uzun cümleler yerine parçalanmış kısa cümle kullanılmasının; teknik dil, kategori ve tanımlamalardan kaçınılarak genel bir dil kullanılmasının daha uygun olduğu belirtilmektedir. Ayrıca yeni davranış bilgisi verilmeden önce neden o davranışın yapılması gerektiği bilgisinin (örn: işitmenizi korumanız için kulak tıkacı kullanın) verilmesiyle daha çabuk öğrenme sağlanmaktadır (57). Doak ve Doak (1980) okunabilir ve anlaşılır hasta eğitim materyalleri yetişkinler için etkili öğretim araçları olabileceğini belirtmişlerdir. Amerika da 23 milyon kişinin, uzmanlar tarafından verilen bilgiyi anlamakta zorlandıklarına ve hangi okuma yazma seviyesinde olursa olsun bütün insanların karmaşık materyal yerine basit şekilde yazılmış materyalleri tercih ettiklerine değinmişlerdir (55).

Uygun ve anlaşılır dil kullanımının yanında bilgiyi verme yolunun da önemli olduğu belirtilmektedir (57). Hasta eğitim yöntemi olarak resimleme, poster, üç boyutlu gerçek nesnelere, film şeritleri görsel materyaller olarak kullanılmaktadır (59). Kullanılan grafik, tablo ve figürler gibi görsel unsurlar akılda kalıcılığı artırmakta (57) ve aynı zamanda görsel materyaller insanların duydukları şeyleri daha iyi hatırlamalarını sağlamaktadır (59). Ayrıca kullanılan görseller kulağın iç kısımları gibi özellikle açık şekilde görülemeyen yapılar anlatılırken insanların daha kolay öğrenmesine yardımcı olmakta ve insanların daha rahat akışı takip etmelerine olanak sağlamaktadır. Görsel materyal hazırlanırken hitap edilecek grubun yaş, kültür gibi özelliklerine dikkat edilmektedir (59). Tıbbi çizim ya da somut işaretler yerine aşına olunan ve tanımlanmasını kolay, net ve basit olan görsellerin tercih edilmesi daha rahat anlaşılmasına ve hatırlanmasına olanak sağlamaktadır (57, 59). Ayrıca konunun özünden uzaklaşılmasına neden olduğu için gereksiz ayrıntı verilmemeye dikkat edilmektedir (57). Lithner ve Zilling (1999) tarafından yapılan araştırmada sözel, yazılı ve görsel verilen danışmanlıklarda etkinliğin değişiklik gösterdiği belirtilmektedir (6). Literatürde araştırma sonuçlarında farklılık olmasına rağmen, görselliğin vurgulandığı uygulamaların daha etkili ve akılda kalıcı olduğuna ilişkin araştırma bulunmaktadır (60, 61, 62, 63).

Avustralya'da 2009 yılında yapılan araştırmaya göre stroke (*inme/felç*) için verilen eğitimde kullanılan en yaygın yöntemlerin bir uzmanla birebir sözel eğitim ve yazılı eğitim materyali olduğu bulunmuştur. Fakat bu yöntemler ayrı ayrı uygulandığı için hastaların genelde tercih ettiği uygulama şekline uymamaktadır.

Hastalar eğitim açısından hem yazılı materyal hem de sözel uygulamanın birlikte uygulandığı yöntemi tercih etmektedirler. Çünkü Kitching (1990) tarafından yapılan araştırmalarda sadece sözel verilen yöntem genelde hastalar tarafından unutulmakta, Mozar ve arkadaşlarının (2003) yaptığı araştırmada sadece yazılı verilen yöntemin çok da etkili olmadığı belirtilmektedir (56). Literatürde bu sonucu destekler nitelikte insanların okuduklarının %10'unu, duyduklarının %20'sini, gördüklerinin %30'unu ve hem görüp hem de duyduklarının %70'ini hatırladıkları belirtilmektedir (59).

Bilişsel Yük Kuramına (*cognitive load theory*) göre bilginin işlenmesine yönelik bütün bilinç düzeyi işlemler “işleyen bellek”te gerçekleşmektedir. Çevrimiçi işlemler için aktif şekilde bilgileri muhafaza eden ve onları değiştiren bilgi kaynağı olan bu “işleyen bellek” bütün biliş işlemlerinde görev almaktadır. Danışmanlık boyunca verilen bilgilerin işlenmesinde de görev alan “işleyen bellek” sınırlıdır. Yani birim zamanda işlenebilecek bilgi miktarı belirlidir. Bundan dolayı “işleyen bellek”; kişilerin, materyalin sunduğu belirli ve öncelikli unsura odaklanmasını ve önemli bilgilerin izlenmesini ve fazla yüklenmişliği engellemek için gereksiz bilgilerin yok sayılmasını sağlamaktadır. Sağlıkla ilgili bilgi kodlamada, hastaların belirsizlikten dolayı yaşadıkları stresin, biliş süreçleri ile işleyen bellek işlemlerine olumsuz etkisinin olduğu belirtilmektedir. Bu yüzden bilgilerin başarılı şekilde kodlanması ve anlaşılması, materyalin uygun tasarımı ile gerçekleşebilmektedir. Buna göre, hastalara yönelik etkili yazılı materyal hazırlanması için “net ve basit yazı karakteri kullanmak, görsel karmaşadan kaçınmak ve beyaz alanları artırmak, mümkün olduğunda listeleme tarzını kullanmak, uygun olduğunda destekleyici grafikler kullanmak, geniş konuları uygun parçalarla sunmak, uygun dil kullanmak, teknik jargondan kaçınmak, olumlu cümle yapısı kullanmak, abartıdan ve rahatsız edici bilgilerden kaçınmak ve hastaların bakış açısı ve beklentilerine yer vermek” gibi noktalara dikkat edilmektedir (64).

Literatürde hastalara verilecek olan danışmanlık ve bilgilendirmenin nasıl daha etkili hale getirebileceklerine ilişkin birçok araştırma bulunmakta ve bu araştırmaların sonuçları doğrultusunda farklı iyileştirme ve revize çalışmaları yapılmaktadır. Fakat Türkiye koşullarında henüz standart şekilde tinnitus için verilen bir danışmanlık bulunmamaktadır. Bu açıdan en etkin, kullanışlı ve anlaşılır bir materyalin varlığı tinnitus için verilen ilk basamak danışmanlığın yaygınlığını

artırabileceği düşünölmektedir. Bu araştırma kapsamında hazırlanan materyal ile hastaların tinnitus ile baş etmeleri için gerekli olan danışmanlığın daha yaygın uygulanması için ilk basamağın tamamlanması hedeflenmektedir.

BİREYLER VE YÖNTEM

Bu çalışma, Hacettepe Üniversitesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Bilim Dalı'nda GO 13/120 kayıt numarası ile 09. 10. 2013 tarihinde Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınarak yapılmıştır. Çalışmaya katılan bireylere çalışmanın kapsam ve amacı anlatılmış yazılı izinleri alınmıştır.

3.1. Bireyler

Tinnitus şikayeti olan bireylere verilen danışmanlık hizmetinde Türkçe standart görsel materyal kullanımının etkisinin araştırılması amacıyla yapılan çalışma kapsamında, tinnitus şikayeti (Tinnitus Engeli Ölçeğinde 1-5 kategorisinde olan) olan ve 18 yaş üstü yetişkin toplam 41 bireye danışmanlık verilmiştir. Fakat çalışmaya dahil edilme kriterlerinden “danışmanlık almaya engel herhangi bilişsel problemin olması” kriterine uymadığı için 1 birey çalışma dışı bırakılarak, çalışma toplam 40 birey ile yapılmıştır.

Bireyler danışmanlığı yapılandırılmış görsel materyal ile alanlar ve danışmanlığı yapılandırılmış görsel materyal olmaksızın sadece sözel olarak alanlardan oluşacak şekilde iki gruba ayrılmıştır.

Danışmanlığı yapılandırılmış görsel materyal ile alanların bulunduğu birinci grup 20 bireyden oluşmaktadır. Bu grupta bulunan bireylerin 9'u kadın (%45), 11'i erkek (%55), yaş ortalamaları 42 ($SS= 13$) olarak bulunmuştur. Bireylerin medeni duruma göre dağılımı bekar %30 ve evli %70, eğitim seviyesine göre dağılımları ilköğretim %15, lise %20, lisans %55 ve yüksek lisans %10 olarak belirlenmiştir. Bireylerin çoğu kendilerini sosyo-ekonomik statü (S.E.S) açısından orta seviyede (%85) değerlendirirken, %10'u alt ve geriye kalan %5'i ise üst seviye olarak değerlendirmiştir (Tablo 3.1).

Danışmanlığı yapılandırılmış görsel materyal olmaksızın sadece sözel olarak alanların bulunduğu ikinci grup 20 bireyden oluşmuştur. Bu grupta bulunan bireylerin 12'si kadın (%60), 8'i erkek (%40), yaş ortalamaları 40.45 ($SS= 10.4$) olarak bulunmuştur. Bireylerin medeni duruma göre dağılımı bekar %20, evli %75 ve boşanmış %5, eğitim seviyesine göre dağılımları ilköğretim %35, lise %20, lisans %35 ve yüksek lisans %10 olarak belirlenmiştir. Bireylerin çoğu kendilerini sosyo-

ekonomik statü (S.E.S) açısından orta seviyede (%90) değerlendirirken, %5'i alt ve diğer %5'i üst seviye olarak değerlendirmiştir (Bkz. Tablo 3.1).

Tablo 3.1 Görsel ve Sözel Grupun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	Görsel Grup (N = 20)				Sözel Grup (N = 20)			
	%	X	SS	Min-Maks.	%	X	SS	Min-Maks.
Yaş		42	13	22-60		40.45	10.4	23-57
Cinsiyet								
Kadın	45				60			
Erkek	55				40			
Eğitim								
İlköğretim	15				35			
Lise	20				20			
Lisans	55				35			
Y.Lisans	10				10			
Medeni D.								
Bekar	30				20			
Evli	70				75			
Boşanmış					5			
S.E.S								
Alt	10				5			
Orta	85				90			
Üst	5				5			

3.2. Yöntem

Odyolojik değerlendirmeleri yapılmış bütün bireylere tek seansta danışmanlık verilmiş, ölçekler uygulanmıştır. Bireylerin önce tinnitus şikayet seviyelerinin belirmesi amacıyla Tinnitus Engeli Ölçeği (TEÖ) (Bkz. EK 1) ve danışmanlık almaya engel herhangi bilişsel problemin olup olmadığının tespiti için Mini Mental Test (Bkz. EK 2) uygulanmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan bireylere danışmanlık verilmesi için ayrı bir güne randevu verilmiştir. Danışmanlık verilmeden önce bireylerin danışmanlık almadan önceki durumlarını belirlemek

amacıyla bireylere ilk görüşme formu uygulanmıştır (Bkz. EK 3). Bireyler ilk değerlendirmenin ardından iki gruba (Birinci Grup: Danışmanlığı yapılandırılmış görsel materyal ile alanlar; İkinci Grup: Danışmanlığı yapılandırılmış görsel materyal olmaksızın sadece sözel olarak alanlar) rastgele dağıtılmışlardır. İki gruba ayrılan bireylere buldukları gruba göre danışmanlık verilmiş ve bireylerin son durumlarının tespiti için takip formu (Bkz EK 4) ve TEÖ uygulanmıştır.

3.2.1. Ölçekler

Çalışmada veri toplama aracı olarak Tinnitus Engeli Ölçeği (TEÖ) (65), Mini Mental Test (66), ilk görüşme formu ve takip formu kullanılmıştır.

3.2.1.1. Tinnitus Engeli Ölçeği (TEÖ)

Orijinali 1996 yılında Newman ve ark. (67) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışma Aksoy ve ark tarafından 2007 yılında yapılmıştır (Cronbach's alpha coefficient 0.88). TEÖ 25 sorudan oluşmaktadır. Her bir soruda 'evet', 'bazen' ve 'hayır'dan oluşan üç cevap seçeneği bulunmaktadır. Ölçeğin puanlaması evet cevabı; 4, hayır; 0, bazen; 2 puanları kullanılarak yapılmaktadır. Ankette alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 100'dür. TEÖ'nin puanları Tablo 3.2.'de verildiği gibi değerlendirilmektedir. Ayrıca bu ankette, tinnitusu fonksiyonel, emosyonel ve katastrofik açılarından değerlendirmeyi sağlayan üç alt test bulunmaktadır (65).

Tablo 3.2. Tinnitus Engeli Ölçeği Puan Açıklamaları

Puan	Açıklama	Düzy
0-16	Çok hafif (Sadece sessiz ortamlarda duyulabilen)	1
18-36	Hafif (Çevresel seslerle kolaylıkla maskelenen ve aktivitelerle kolaylıkla unutulabilen)	2
38-56	Orta (Arka plan gürültüsünde fark edilebilen, buna rağmen günlük aktiviteleri yerine getirmede engel olmayan)	3
58-76	Şiddetli (Nerdeyse devamlı şekilde işitilen, uykuda rahatsızlığa yol açan ve günlük aktivitelere engel olabilen)	4
78-100	Çok şiddetli (Her zaman işitilen, uyku düzenini bozan, herhangi bir aktivitede zorluk çektiren)	5

3.2.1.2. Mini Mental Test

Orijinali Folstein tarafından geliştirilen Mini Mental Testi'nin geçerlilik güvenilirlik çalışması Güngen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Genel olarak bilişsel düzeyin belirlenmesinde kullanılabilecek kısa ve kullanışlı bir testtir. Toplam 19 maddeden oluşan test, uygulayıcı eğitimi almış kişiler tarafından uygulanmaktadır. Testten 25 ve üstü puan almak başarılı sayılmaktadır (66). Bu çalışmada danışmanlık almaya engel herhangi bilişsel problemin olup olmadığının tespiti için Mini Mental Test kullanılmıştır (Bkz. EK 2).

3.2.1.3. İlk Görüşme Formu

Araştırmacı tarafından danışmanlık almadan önce katılımcıların durumlarının belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Demografik bilgiler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve sosyo-ekonomik seviye), tinnitusun durumu, farkındalığı ve hayatı etkilemesine yönelik bilgilerin yanında Visual Analog Skala (VAS) (68) ölçeği ile tinnitusun şiddeti ve verdiği rahatsızlık hakkında bilgileri içermektedir (Bkz. EK 3).

Sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılan VAS'ta 10 cm'lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılarak hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenmektedir. Tinnitus için “çınlamam yok” ve “çınlamam dayanılmaz” parametreleri kullanılarak uygulanmıştır (68).

3.2.1.4. Takip Formu

Araştırmacı tarafından katılımcıların danışmanlık ardından durumlarının tespit edilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Katılımcıların memnuniyet seviyeleri, danışmanlık hakkında geri bildirimleri ve VAS ölçeği ile tinnitusun şiddeti ve verdiği rahatsızlık hakkında bilgileri içermektedir (Bkz. EK 4).

3.2.2. Danışmanlık Materyali ve Danışmanlık

Danışmanlık materyalinin sözel içeriği “Nörofizyolojik Model” ve “Amerika Tinnitus Derneğinin” web sitesinden edinilen bilgiler doğrultusunda “giriş, anatomi-fizyoloji, nedenler, belirtiler, tanılama, olası tedavi yöntemleri ve baş etme stratejileri” konu başlıklarına göre hazırlanmıştır. Sözel içerik hazırlanırken doğru dil kullanımına, teknik jargondan kaçınılmasına, sosyo-ekonomik seviye açısından genele hitap etmesine, cümle yapısının daha olumlu olmasına, rahatsız ve tedirgin

edici uygun olmayan bilgilerden kaçınılmasına, kaliteli bilgi ve içeriğin sunulmasına dikkat edilmiştir. İçerik hazırlandıktan sonra anlaşılabilirliğine ve uygunluğuna ilişkin konuya hakim bir uzman ve konu dışından bir uzman tarafından incelenmiştir. Bu inceleme ardından alınan geri bildirimler doğrultusunda sözel içerik tekrar gözden geçirilmiştir. Tinnitus şikayeti olan üç bireye pilot uygulama kapsamında revize edilen sözel içerik sunulmuş, takip formu uygulanarak bu kişilerden elde edilen bilgilerle tekrar revize edilmiştir. Daha sonra son hali oluşturulan sözel içerik uygun şekilde görselleştirilmiştir. Görsel materyal uzman görüşüne sunulmuş, baş etme yöntemlerine ilişkin alınan geri bildirimler doğrultusunda eklemeler yapılarak yeniden düzenlenmiştir. Bu düzenlemenin ardından uygulama yapabilmek için hazırlanan sunum basılmış ve üçgen sunu dosyasına yerleştirilerek kullanıma hazır hale getirilmiştir (Resim 3.1). Düzenleme sırasında danışmanlığı alan kişinin gördüğü tarafın uygun şekilde görselleştirilmiş olmasına, uzman sayfasının bütün bilgileri kapsamlı şekilde içermesine ve takip etmesini kolaylaştıracak şekilde düzenlenmesine dikkat edilmiştir. Görsel materyal bu şekilde hazırlandıktan sonra pilot uygulama kapsamında bir uzmana ve tinnitus şikayeti olan dört kişiye tekrar uygulama yapılmış, takip formu kapsamında bulunan sorular sorularak geri bildirimler alınmıştır. Anatomi-fizyoloji kısmının ve bazı görsellerin basitleştirilmesi ve alternatif yöntemlere eklemelerin yapılması ile tekrar düzenlenmiş ve görsel materyalin de en son hali oluşturulmuştur (Bkz. EK 5).



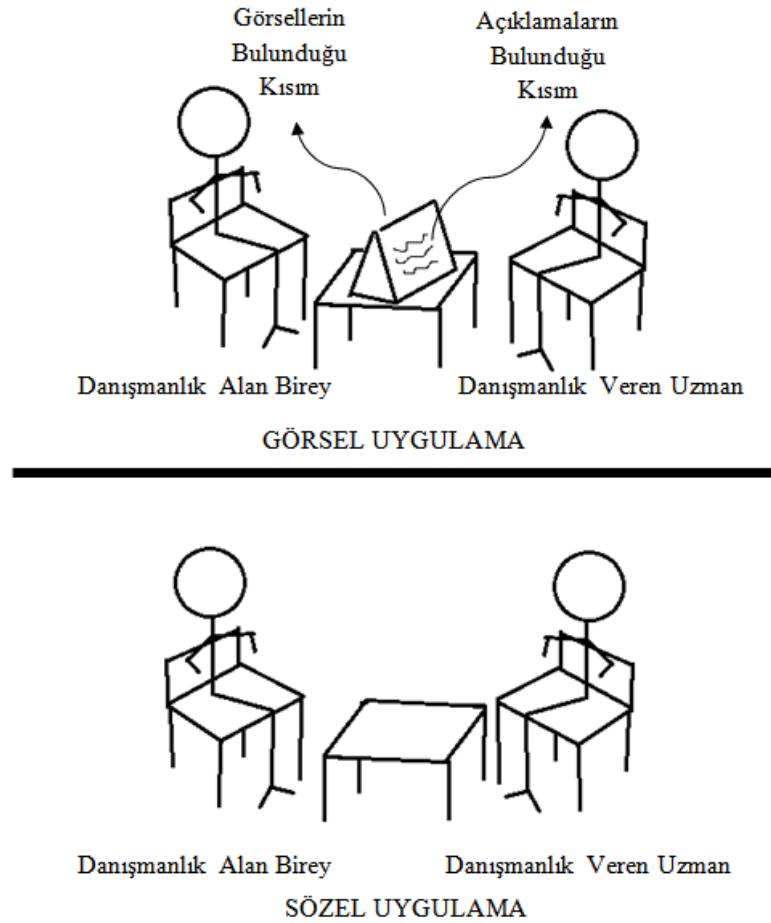
Resim 3.1. Türkçe Standart Görsel Danışmanlık Materyali

Danışmanlık hizmeti katılımcıların buldukları grup türüne göre verilmiştir. Birinci gruba danışmanlık görsel materyal ile verilirken, ikinci gruba görsel materyal olmaksızın sadece sözel olarak verilmiştir. Buna göre birinci grupta bulunan katılımcılara danışmanlık bireysel olarak karşılıklı iki koltuğun ve arada danışmanlık materyalinin konulabileceği küçük bir masanın bulunduğu görüşme odasında

verilmiştir. Danışmanlık materyalinin, katılımcının ön yüzünü ve uzamanın arka yüzünü rahatça görebileceği şekilde masaya yerleştirilmesine dikkat edilmiştir (Şekil 3.1).

İkinci grupta bulunan katılımcılara danışmanlık, bireysel olarak birinci gruba verilen görüşme odasında arada bulunan masa olmadan verilmiştir. Bu grubun katılımcılarına verilen bilgiler ilk gruba verilen bilgilerle birebir aynı olmakla birlikte sadece görseller gösterilmemiştir (Şekil 3.1).

Danışmanlık süresi her iki grup içinde 35-45 dakika arası değişkenlik göstermiştir.



Şekil 3.1. Görsel ve Sözel olarak Verilen Danışmanlık

3.3. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 18.00 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama (X) ve standart sapma (SS) kullanılarak

verilmiştir. Gruplar arası cinsiyet dağılımları bağımsız ki-kare testi ile yaş ortalamaları ise bağımsız t testi ile karşılaştırılmıştır. Gruplarda TEÖ ile VAS ve memnuniyet skor ve skor oranlarının karşılaştırmasında veriler normal dağılım gösterdiği için *t* testi kullanılmıştır. Gruplar arası veriler bağımsız *t* testi, grup içi danışmanlık öncesi ve sonrasında elde edilen veriler *paired t* testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Tinnitus şikayeti olan bireylere verilen danışmanlık hizmetinde Türkçe standart görsel materyal kullanımının etkisinin araştırılması amacıyla yapılan çalışmanın bulguları bu bölümde sunulmuştur.

Görsel grup ile sözel grup yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, medeni durum ve S.E.S gibi demografi değişkenler açısından homojen dağılım göstermiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>.05$).

4.1. Tanımlayıcı İstatistiksel Analizler

Görsel ve sözel grubun tinnitus özelliklerine yönelik tanımlayıcı istatistiksel analizleri yapılmıştır.

Görsel grupta bulunan bireylerin %10.5'i tinnitusu baş kısmında, %26.3'ü tinnitusu sağ, %21.2'i tinnitusu sol ve %42.1'i her iki kulakta da olduğunu belirtmişlerdir. Tinnitus şiddetinin her iki kulakta farklı olduğunu belirten bireyler grubun %84.2'lik kısmını oluşturmaktadır. Tinnitus şiddetinin farklı olduğunu belirten bireylerden %36.8'i tinnitusun sağ kulakta daha şiddetli, %42.1'i tinnitusun sol kulakta daha şiddetli olduğunu belirtmişlerdir. Bireylerin %72.2'lik kısmının tinnitusu sürekliyen, %27.8'lik kısmının aralıklı olduğu görülmüştür. Bireylerin %83.3'ü tinnitus şiddetinin düzensiz olarak değiştiğini belirtmiştir. Bireylerin %69.1'i tinnitusun ani şekilde başladığını ifade etmişlerdir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Görsel ve Sözel Grubun Tinnitus Özelliklerine Göre Dağılımları

Değişkenler	Görsel Grup (%)	Sözel Grup (%)
Tinnitus Lokalizasyonu		
Sağ	26.3	18.8
Sol	21.2	18.8
Baş	10.5	6.3
Her iki kulak	42.1	56.3
Şiddet Değişimi		
Düzenli	16.7	
Düzensiz	83.3	100
Kulaklar Arası Şiddet Farkı		
Var	84.2	43.7
Yok	15.8	56.3
Daha Şiddetli Olan Kulak		
Sağ	36.8	12.5
Sol	42.1	25
Değişken	21.1	62.5
Tinnitusun Sürekliliği		
Sürekli	72.2	81.3
Aralıklı	27.8	18.7
Tinnitus Başlangıcı		
Ani	69.1	57.1
Dereceli	30.9	42.9

Sözel grupta bulunan bireylerin tinnitus lokalizasyonu; %6.3'ü baş, %18.8'i sağ, %18.8'i sol ve %56.3'ü her iki kulakta olacak şekilde dağılım göstermiştir. Tinnitus şiddetinin her iki kulakta da farklı olduğunu belirten bireyler grubun %43.7'lik kısmını oluşturmaktadır. Tinnitus şiddetinin farklı olduğunu belirten bireylerden %12.5'i tinnitusun sağ kulakta daha şiddetli, %25'i tinnitusun sol kulakta daha şiddetli olduğunu belirtmişlerdir. Bireylerin %81.3'lük kısmının tinnitusu sürekliyken, %18.7'lik kısmının aralıklı olduğu görülmüştür. Bireylerin tamamı

(%100) tinnitus şiddetinin düzensiz olarak değiştiğini belirtmiştir. Bireylerin %57.1'i tinnitusun ani şekilde başladığını ifade etmişlerdir. (Bkz Tablo 4.1).

Görsel ve sözel grup yukarıda belirtilen tinnitus özellikleri açısından bağımsız değişkenli t test kullanılarak karşılaştırılmıştır. Gruplar homojen dağılım göstermiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>.05$).

4.2. Çıkarımsal İstatistiksel Analizler

4.2.1. Tinnitus Şiddeti

Tinnitus şiddeti, grupların danışmanlık öncesinde ve sonrasında elde edilen TEÖ ve VAS puanlarına göre belirlenmiştir. Tinnitus şiddetine göre gruplar içi ve gruplar arası olmak üzere iki şekilde analiz yapılmıştır.

İlk olarak görsel ve sözel grup kendi içlerinde danışmanlık öncesinde ve sonrasında elde edilen TEÖ ve VAS puanları açısından *paired t* testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Analiz sonucunda görsel grupta danışmanlık öncesinde elde edilen TEÖ puanları ($X = 58.84$, $SS = 20.38$) danışmanlık sonrasında elde edilen TEÖ puanlarından ($X = 41.26$, $SS = 23.52$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı bulunmuştur ($t(19) = 5.373$, $p < .001$). Benzer şekilde görsel grupta danışmanlık öncesinde elde edilen VAS puanları ($X = 6.47$, $SS = 2.1$) danışmanlık sonrasında elde edilen VAS puanlarından ($X = 4.15$, $SS = 2.5$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı bulunmuştur ($t(19) = 4.326$, $p < .01$) (Bkz. Tablo 4.2). Görsel grupta danışmanlık sonrasında alınan bütün puanların danışmanlık öncesinde alınan puanlara göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu bulunmuştur.

Aynı analizler sözel grup için yapılmıştır. Sözel grupta danışmanlık öncesinde elde edilen TEÖ puanları ($X = 67.18$, $SS = 23.86$) danışmanlık sonrasında elde edilen TEÖ puanlarından ($X = 52.12$, $SS = 26.64$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı bulunmuştur ($t(19) = 4.86$, $p < .001$). Benzer şekilde sözel grupta danışmanlık öncesinde elde edilen VAS puanları ($X = 7.35$, $SS = 2.74$) danışmanlık sonrasında elde edilen VAS puanlarından ($X = 4.53$, $SS = 3.16$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı bulunmuştur ($t(19) = 4.14$, $p < .01$) (Bkz. Tablo 4.2). Sözel grupta danışmanlık sonrasında alınan bütün puanların danışmanlık öncesinde alınan puanlara göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.2. Danışmanlık Öncesinde ve Sonrasında Elde Edilen Görsel ve Sözel Grubun TEÖ ve VAS Puan Ortalamaları ve Paired *t* Puanları

	Danışmanlık Öncesi		Danışmanlık Sonrası		<i>t</i>	<i>p</i>	
	X	SS	X	SS			
Görsel Grup	TEÖ	58.84	20.38	41.26	23.52	5.37	.001
	VAS	6.47	2.1	4.15	2.5	4.32	.01
	Danışmanlık Öncesi		Danışmanlık Sonrası		<i>t</i>	<i>p</i>	
	X	SS	X	SS			
Sözel Grup	TEÖ	67.18	23.86	52.12	26.64	4.86	.001
	VAS	7.35	2.74	4.53	3.16	4.14	.01

İkinci olarak; gruplar, danışmanlık öncesinde ve sonrasında elde edilen TEÖ ve VAS puanları açısından birbirleri ile karşılaştırılmıştır. Öncelikle, görsel ve sözel grup danışmanlık öncesinde ki TEÖ ve VAS puanlarına göre bağımsız değişkenli *t* test kullanılarak karşılaştırılmıştır. Danışmanlık öncesinde görsel gruptan elde edilen TEÖ puanları ($X = 58.84$, $SS = 4.67$) ve VAS puanları ($X = 6.56$, $SS = 0.49$) sözel gruptan elde edilen TEÖ puanları ($X = 68.74$, $SS = 5.31$) ve VAS puanlarından ($X = 7.35$, $SS = 0.66$) istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır ($p > .05$) (Bkz Tablo 4.3). Diğer bir deyişle, danışmanlık öncesinde elde edilen puanlar açısından gruplar arasında farklılık bulunmamıştır. Daha sonra sözel ve görsel grup danışmanlık sonrasında ki TEÖ ve VAS puanlarına göre bağımsız değişkenli *t* test kullanılarak karşılaştırılmıştır. Danışmanlık sonrasında görsel gruptan elde edilen TEÖ puanları ($X = 41.26$, $SS = 5.36$) ve VAS puanları ($X = 4.15$, $SS = 0.61$) sözel gruptan elde edilen TEÖ puanları ($X = 52.12$, $SS = 6.46$) ve VAS puanlarından ($X = 4.53$, $SS = 0.77$) yine istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır ($p > .05$) (Tablo 4.3). Danışmanlık öncesinde elde edilen puanlar açısından gruplar arasında farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4.3. Danışmanlık Öncesinde ve Sonrasında Elde Edilen Görsel ve Sözel Grubun TEÖ ve VAS Puan Ortalamaları ve Bağımsız *t* Puanları

	Görsel Grup		Sözel Grup		<i>t</i>	<i>p</i>	
	X	SS	X	SS			
Danışmanlık							
Öncesi	TEÖ	58.84	4.67	68.74	5.31	1.40	.17
	VAS	6.56	0.49	7.35	0.66	-0.98	.34
	Görsel Grup		Sözel Grup		<i>t</i>	<i>p</i>	
	X	SS	X	SS			
Danışmanlık							
Sonrası	TEÖ	41.26	5.36	52.12	6.46	-1.30	.20
	VAS	4.15	0.61	4.53	0.77	-3.9	.70

4.2.2. Memnuniyet Seviyesi

Sözel ve görsel gruplarda bulunan bütün bireyler aldıkları danışmanlıktan memnun kaldıklarını belirtmişlerdir (%100, N = 40). Memnuniyet seviyesi birden ona kadar verilen puanlama ile belirlenmiştir. Görsel grupta memnuniyet seviyesi ortalaması 9.41 ($SS = 1.06$), sözel grupta ise 9.75 ($SS = 0.58$) şeklinde bulunmuştur. Görsel ve sözel grup memnuniyet seviyesine göre bağımsız değişkenli *t* test kullanılarak karşılaştırılmış, aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > .05$) (Tablo 4.4). Diğer bir deyişle, gruplar arasında memnuniyet seviyesi açısından bir farklılık olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4.4. Memnuniyet Seviyesi Ortalama ve *t* Puanları

	Görsel Grup		Sözel Grup		<i>t</i>	<i>p</i>
	X	SS	X	SS		
Memnuniyet	9.41	1.06	9.75	0.58	-1.124	.27

Aynı zamanda, “Bu şekilde bir danışmanlık almak size nasıl hissettirdi?” sorusuna grup farkı olmaksızın bütün bireyler “iyi, umutlu, mutlu, çok güzel, çaresiz değilmişim” gibi ifadelerle cevap vermiştir (Tablo 4.5). Cevapların hepsinin olumlu içerikli olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. “Bu şekilde bir danışmanlık almak size nasıl hissettirdi” Sorusunun Cevapları

Cevaplar	Görsel Grup	Sözel Grup
Umutlu/Rahat	*	*
İyi	*	
Mutlu		*
Çaresiz değilmişim/ Çaresi varmış	*	*
Keşke önceden anlatılsaydı bunlar	*	*

Son olarak, “danışmanlığın daha iyi olması için neler yapılabilir” sorusuna her iki grupta bulunan bireyler “grup olarak yapılırsa, tek seans olmasa” şeklinde ortak cevaplar verdiği, sözel grupta bulunan bireyler ek olarak “bazı şeyler daha görsel olsa sadece kuru kuru anlatılmasa, resim gibi bir şey olsa daha iyi anlaşılır, daha iyi takip edilir, daha eğlenceli olur” (Tablo 4.6) şeklinde cevaplar verdiği tespit edilmiştir.

Tablo 4.6. “Danışmanlığın Daha İyi Olması İçin Neler Yapılabilir” Sorusunun Cevapları

Cevaplar	Görsel Grup	Sözel Grup
Yeterli/İyi/Uygun/Çok güzel olmuş	*	
Grup uygulaması	*	*
Birden fazla seans	*	*
Görsel olsa/ Anlatıların resmi olsa/ Bilgisayardan resimle anlatılsa		*

TARTIŞMA

Tinnitusla baş etmek amacıyla verilen danışmanlıkların araştırıldığı farklı çalışmalar bulunmaktadır. Bu araştırmalarda, danışmanlığın geliştirilmesinden etkinliğine kadar farklı yönleri ele alınmaktadır.

Tinnitus müdahalesi disiplinler arası bir çalışma gerektirmektedir. Bu çalışmada odyologlara düşen görev, maskeleymeden danışmanlığa kadar değişen farklı tedavi/terapi yöntemlerini uygulamaktır. Bu tedavi/terapi yöntemleri arasında özellikle danışmanlık yöntemi farklılık gösterebilmektedir. Bu yöntem basit şekilde bilgilerin verildiği ya da daha kapsamlı şekilde düzenli takiplerin olduğu uzun süreli danışmanlıkları içerebilmektedir. Danışmanlık süreçlerinin nasıl ilerlediğine ilişkin odyologların net olamamalarından dolayı odyologlar genelde danışmanlık konusunda tedirginlik hissetmektedirler (42). Kliniklerde yapılandırılmış danışmanlık protokollerinin kullanılmasının ya da danışmanlık süreçlerinin yapılandırılmış hale getirilmesinin, odyologların danışmanlık sürecine daha fazla dahil olmalarına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Odyologların etkili ve eşit şekilde uygulama yapmaları için yapılandırılmış materyaller kullanılabilir. Bu çalışma kapsamında hazırlanan Türkçe standart görsel materyalin ilk basamak danışmanlık hizmetinde kullanılabileceği düşünülmektedir.

Genel bilgiler kısmında verilen literatür temelinde oluşturularak yapılan bu çalışmada, tinnitus şikayeti olan bireylere verilen danışmanlık hizmetinde Türkçe standart görsel materyal kullanımının etkinliğinin, tinnitus şiddeti ve memnuniyet seviyesi açısından araştırılması amaçlanmıştır.

Bu çalışma kapsamında oluşturulan görsel ve sözel gruplarda elde edilen tinnitus şiddeti ile memnuniyet seviyesinin grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmasından elde edilen sonuçlar literatür ışığında tartışılacaktır.

Öncelikle bu çalışma kapsamında, danışmanlık “tinnitus hakkında gerekli bilgilerin ve baş etme yöntemlerinin bir uzman tarafından aktarılması” olarak tanımlanmaktadır. Çalışma kapsamında, görsel materyal kullanılarak verilen ve materyal kullanılmadan sadece sözel olarak verilen danışmanlık olmak üzere görsel ve sözel iki grup karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada, danışmanlık tinnitus hakkında bilgileri ve baş etme yöntemlerini içeren tek seanslık ilk basamak danışmanlığı olarak verilmiştir.

İlk olarak, sözel ve görsel grup birbirleriyle danışmanlık öncesi ve sonrasında belirlenen tinnitus şiddeti açısından karşılaştırılmıştır. Sözel ve görsel grup danışmanlık öncesinde ve sonrasında belirlenen şiddet seviyeleri açısından farklılık göstermemiştir ($p > .05$). Diğer bir deyişle yapılan bu çalışmada danışmanlığın sözel ya da görsel verilmesinin istatistiksel olarak bir farklılık yaratmadığı görülmüş ve araştırmanın hipotezi desteklenememiştir. Bununla birlikte, danışmanlığın geliştirilmesi için katılımcıların verdiği önerilerde özellikle sözel grubun görselliği vurgulayan cevaplar verdiği belirlenmiştir. Bu cevapların görsel danışmanlığı destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir. Literatürde verilen bilginin anlaşılabilirliğinin artmasında görsel materyalin daha etkin olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır (60, 61, 62, 63).

Houts ve arkadaşları (2005) tarafından sağlık iletişimini artırmada resimlerin etkisine ilişkin derleme çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada eğitim, tıp, psikoloji ve işletme veritabanlarında görsellik ile ilgili (resim, görsel, resim yazı (piktogram), karikatür ve görsel uyaran) anahtar kelimeler ile yapılan araştırma sonucunda ortaya çıkan çalışmalar bir araya getirilmiştir. Bu çalışmalarda ortaya çıkan sonuçlar a) yazı ya da konuşma metniyle ilişkili olan resimlerin dikkati artırdığı ve sunulan sağlık bilgisinin hatırlanmasına olumlu etkisi olduğu, b) resim ve sunulan bilgi arasındaki ilişkiye değinildiğinde, resimlerin bilgiyi anlamayı artırdığı ve c) resimlerin sağlık yönergelerine uyumu olumlu şekilde değiştirdiği şeklinde belirtilmiştir (60).

Dowse ve Ehlers 2005 yılında 87 hasta ile bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada görsel materyal olarak kullanılan resim yazının (piktogram), ilacın nasıl kullanılacağına anlaşılması ve ilacın düzenli kullanılması üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçlamıştır. Çalışmada açıklama metninin sadece yazıdan oluştuğu ve açıklama metninin yazı ile birlikte resim yazısından oluştuğu iki grup karşılaştırılmıştır. Üç ila beş gün sonra yapılan ev ziyaretlerinde anlaşılabilirlik ve uyum değerlendirmeleri yapılmış, yazı ile resim yazının verildiği grubun bu açılardan çok daha iyi seviyede olduğu bulunmuştur. Araştırmacıların çalışmasında görsel materyal olan resim yazının, anlaşılabilirliği ve uyumu artırdığı belirtilmiştir (61). Literatürde farklı eğitim, kültür ve yaş gruplarına yönelik araştırmalar bulunmaktadır. Sağlıkla ilgili bilgi sunumlarında kullanılan görsel uyaranların özellikle eğitim seviyesi düşük gruplara yardımcı olduğu (69, 61) aynı zamanda

kültürel özelliklerin göz önünde bulundurulmasıyla hazırlanan görsel materyallerin daha da etkili olduğu belirtilmiştir (63, 61).

Net ve basit yazı karakterinin, uygun olduğunda destekleyici grafiklerin kullanıldığı, görsel karmaşadan ve teknik jargondan kaçınıldığı bir materyalin neden tercih edildiği Bilişsel Yük Kuramı (*Cognitive Load Theory*) kapsamında açıklanmıştır. Bu kuram kapsamında bilgileri depolayan ve bilgilerin değişim sürecinde rol oynayan “işleyen bellek”te birim zamanda işlenen bilgi miktarı sınırlı olmaktadır. Bundan dolayı, işleyen bellek aşırı yüklenmişlikten kaçmak için sunulan bilgide öncelikli unsurlara odaklanmaktadır. Net, basit, anlaşılır şekilde sunulan bilgilerde işleyen belleğin öncelikli unsurları çok daha rahat takip ettiği belirtilmektedir (70, 71). Buna ek olarak, daha önce belirtildiği gibi problem yaşayan bireylerin problemlerine yönelik belirsizlik yaşamaları stres seviyelerini artırmaktadır. Artmış stres seviyesi işleyen bellek süreçlerini olumsuz etkilemektedir. Uygun tasarlanmış materyal ile bu olumsuz etki ortadan kaldırılabilir (64, 72).

Literatürde benzer varsayımları yapan farklı araştırmalar bulunmaktadır. Anlaşılır ve akılda kalıcı materyal ihtiyacı herhangi bir problemi akut şekilde yaşayan kişiler için doğru tedavi ve terapi yöntemi seçebilmek açısından önemlidir. Aynı zamanda, kronik şekilde problem yaşayan kişiler tedavilerini anlamak ve uygun şekilde devam ettirebilmek, problemin olumsuz etkileri ile baş edebilmek açısından uygun hazırlanmış materyale ihtiyaç duymaktadırlar (55). Bundan dolayı hem akut hem de kronik şekilde tinnitus yaşayan kişiler içinde anlaşılır ve akılda kalıcı materyal ihtiyacı söz konusudur. Yaşadıkları problemin belirsizliğine ya da hayatlarına nasıl etki edeceğine ilişkin stres yaşarlar. İnsanların özellikle bu stresli zamanlarında basit şekilde verilen bilgileri tercih ettikleri belirtilmektedir (55). Bu çalışma kapsamında hazırlanan görsel materyalin bu ihtiyaca hizmet edebileceği düşünülmektedir.

İkinci olarak, yapılan çalışma kapsamında sözel ve görsel grup kendi içlerinde tinnitus şiddeti açısından karşılaştırıldığında hem sözel hem de görsel grupta danışmanlık ardından bireylerin her iki ölçümde de daha düşük puanlar aldıkları bulunmuştur ($p < .05$). Diğer bir deyişle, her iki grupta da danışmanlık ardından, çalışma kapsamında tanımlanan tinnitus şiddetlerinde azalma görülmüştür.

Bu çalışma kapsamında verilen danışmanlık sürecine benzer danışmanlık sürecinin araştırıldığı bir çalışma Hall ve Ruth (1999) tarafından yapılmıştır. Çalışma, şikayeti temel olarak tinnitus olan 200 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Her hastaya tinnitus konusunda uzman bir odyolog tarafından bir saatlik tinnitusla ilgili danışmanlık verilmiştir. Bu danışmanlık öncesinde ve sonrasında Tinnitus Engel Ölçeği uygulanmıştır. Analizler sonucunda hastaların danışmanlık öncesinde ve sonrasında elde edilen puanlarında farklılık bulunmuştur. Danışmanlık sonrasında hastaların Tinnitus Engel Ölçeği puanlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (29). Araştırmacıların çalışmasının sonuçları, bu çalışma da elde edilen sonuçlar ile paralellik göstermektedir.

Diğer bir çalışma kronik tinitusa sahip 60 hasta ile yapılmış, tinnitus eğitimi ile birlikte bilişsel baş etme beceri eğitimi, sadece tinnitus eğitimi ve bekleme listesi olmak üzere üç grup karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonunda iki çalışma grubunun baş etme yöntemlerini kullanma sıklığı, bunlardan faydalanabilme ve tinnitusla ilgili mantıksız inanç ve bilgilerin varlığı açısından daha iyi olduğu bulunmuştur (73). Kroner-Herwig ve arkadaşları yaptıkları araştırmada sadece minimum iletişimle rutin uygulamanın yapılmasının uygun olacağını belirtmişlerdir. Özellikle tinnitusun başlangıcından sonra kısa süre içinde problemlerine yönelik eğitim ve problemlerini kontrol etme yollarına dair bilgiler vermenin daha ciddi seviyede sıkıntıların gelişmesini engelleyeceğine değinmişlerdir (52). Aynı zamanda, hastaların ilk başvuruların da karşılaştıkları olumsuz yaklaşımlar (odyolojik durumlarının net anlatılmaması, tinnitus tedavisi için tedavisi yok ya da bununla yaşamayı öğrenin gibi yetersiz bilgilendirilmesi) tinitusa karşı geliştirdikleri tutumun ve verdiklerin tepkinin daha olumsuz olmasına neden olabilmektedir (29). İlk basamak danışmanlıkla bu tür yanlış tutum gelişmesinin engellenebileceği düşünülmektedir.

Literatürde tinnitus danışmanlığına yönelik bulunan diğer araştırmalar daha çok uzun süreli danışmanlık protokollerinin değerlendirilmesine yöneliktir. Altı aylık TRT uygulamasının ilk sonuçlarının paylaşıldığı bir çalışma yapılmıştır. İlk değerlendirmeye 123 hasta katılmış, aynı zamanda herhangi bir terapi almayıp takip sürecinde olan hastalardan kontrol grubu oluşturulmuştur. Hasta grubuna çalışma kapsamında standart TRT protokolü uygulanmıştır. Uygulama ardından danışmanlık ardından hastaların %44'ünün başka bir uygulamaya ihtiyaç duymadığı bulunmuştur.

Geri kalan hastalara 6 aylık protokol uygulanmış, sonucunda %40'lık ilerleme sağlandığı belirtilmiştir. Danışmanlık ile sürecin daha etkili ilerlediği belirtilmiştir (49). Süre farklılıkları söz konusu olmasına rağmen verilen danışmanlık içerik açısından bu çalışmada verilen danışmanlığa benzerlik göstermektedir. Bir diğer benzerlik gösteren danışmanlık, tinnitus terapisi açısından etkili olduğu belirtilen ve Henry ve arkadaşları tarafından geliştirilen “Aşamalı Odyolojik Tinnitus Yönetimi” (*Progressive Audiologic Tinnitus Management-PATM*) terapi yaklaşımında bulunmaktadır. Bu terapi yaklaşımında son basamakta verilen danışmanlık üçgen sunum dosyası kullanılarak “ne yapacaksınız ve nasıl yapacaksınız” konusunda bilgilerin verilmesi şeklinde geliştirilmiştir (47). Birebir olarak verilen bu danışmanlığın, içeriği ve sunum tarzı açısından bu çalışmada oluşturulan danışmanlık materyaline benzerlik gösterdiği düşünülmektedir.

Danışmanlığın etkili olduğunu belirten bu araştırmalar göz önünde bulundurulduğunda, tinnitus şikayeti olan bireylere daha fazla yardımcı olabilmek için danışmanlığın içinde bulunduğu kapsamlı ve sistemli tinnitus tedavi protokolünün önemi görülmektedir. Bu tür bir tedavi protokolünün oluşturulabilmesi için bu çalışmada etkili olduğu bulunan materyalin ilk adım olacağı düşünülmektedir.

Son olarak, sözel ve görsel grup memnuniyet açısından değerlendirilmiş, sözel ve görsel grupta bulunan bütün bireyler aldıkları danışmanlıktan memnun kaldıklarını belirtmişlerdir. Bunun yanında, gruplar arasında memnuniyet açısından herhangi bir farklılık saptanmamış ($p > .05$), araştırmanın hipotezi desteklenememiştir. Hastaların hepsinin danışmanlıktan memnun kalmasının bir saatlik verilen ilk danışmanlık ile “uzman benim problemimle ilgileniyor” mesajını hemen ve etkili şekilde hastaya verilmesiyle ilişki olabileceği düşünülmektedir (29). Aynı zamanda danışmanlık kapsamında katılımcılara hastalıkları hakkında bilgi verilmiştir. Bu açıdan hasta eğitim programlarıyla benzerlikler göstermektedir. Genelde, hastaların durumlarıyla ilgili doğru bilgilere ulaşmak, doğru bir anlayış kazanmak ve uygun tutum geliştirmelerine olanak sağlamak amacıyla klinikler eğitim programları geliştirilmektedir. Bu programlar problemin nedenleri, ilerleyişi, tedavi alternatifleri ve problemi tetikleyen faktörleri hakkındaki bilgileri kapsamaktadır (74). Hastalara verilen bu tür bilgiler hem memnuniyet seviyesini artırmakta hem de hasta ve uzman arasında ki ilişkinin gelişmesinde etkili olmaktadır

(5, 75). Yapılan araştırmada hastaların, hastalıkları ile ilgili hem hastanede yattıkları süre içinde hem de daha sonra ki kontrollerinde yeteri kadar bilgiye ulaşamadıkları, akıllarında birçok soru işareti olduğu, kendi hastalıklarını diğer benzer hastalıklardan çok da ayıramadıklarını, hastalıkları ile ilgili daha fazla bilgi ve bu konuda tartışma (*discussion*) istediklerini belirtmişlerdir. Bu tür olan hastaların memnuniyet seviyelerinin ve hastalıkla baş etme başarılarının düşük olacağı düşünülmektedir (56). Bundan dolayı, birçok hastane ya da klinik, herhangi problem veya hastalıklara özgü eğitim programları oluşturmakta, bunların etkinliği üzerine birçok çalışma yapmaktadır. Koroner kalp rahatsızlığına ilişkin yapılan derleme çalışmasında hasta eğitimlerinin etkinliğine değinilmiş, eğitimlerin mortalite ve morbidite üzerinde çok fazla etkisinin olmadığı bulunmuştur. Fakat birkaç araştırmada eğitimin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini artırabileceği ve sağlık maliyetlerinin belirli oranda düşürebileceği belirtilmiştir (76). Böbrek/renal rahatsızlığının son basamağında olan bireylerle yapılan diğer bir çalışmada uygulanan eğitimin terapötik rejime yönelik tutum ve uyumu geliştirdiği bulunmuştur (77). Eğitim ve ilk basamak danışmanlıkların sağlıkla ilgili maliyetler, yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti üzerine olumlu etkileri göz önüne alındığında, sağlık alanında çok önemli ve vazgeçilmez bir yerinin olması gerektiği düşünülmektedir.

Bu tür eğitim ve danışmanlıkların olumlu etkisi biyopsikososyal model açısından ele alınabilmektedir. Biyomedikal modele yapılan ilk eleştirilerle 21. yüzyılda şekillenmeye başlayan biyopsikososyal model, problemi biyoloji, psikoloji ve sosyal çerçevede üçlü bir etkileşim içinde değerlendirerek, kontrolü hastanın kendisine ve ailesine devreden hasta merkezli bir yaklaşımdır. Bu yaklaşıma göre uzmanın değerlendirme ve müdahalede sadece biyolojik faktörleri değil aynı zamanda psikolojik ve çevresel faktörleri hesaba katması gerekmektedir. Üç açıdan yapılan değerlendirmenin ardından elde edilen bilgiler ışığında hastaya problemiyle baş etme sorumluluğu uzman tarafından aktarılmaktadır (78). Bunun sağlanması için yaşanan durumu anlama, karar verme sürecince aktif olarak katılma, baş etme becerisi geliştirme ve işlevselliğın sürdürülmesini izleme gibi basamaklar gerçekleştirilmektedir (47). Hasta uzman ilişkisi bu yaklaşım çerçevesinde kurulduğunda tanı ve tedavi başarısı ile hasta-doktor memnuniyetinin artması, çatışmaların azalması ve tedaviye uyum sağlanmasının gerçekleşeceği

düşünülmektedir (78) Özetle biyopsikososyal model, tinnitus gibi kronik bir problemle baş edebilmek için hastaların yaşadıkları sorunun biyolojik, psikolojik ve çevresel bütün faktörlerine ilişkin bilgilerinin olması gerektiği vurgulamaktadır (47). Bu kapsamda tinnitus için verilen danışmanlık ile bu modelin gereklilik olarak vurguladığı basamak gerçekleştirilebilmektedir. Diğer bir deyişle, tinnitus biyopsikososyal modelin vurguladığı biyolojik, psikolojik ve sosyal bütün faktörleri ile danışmanlık sürecinde ele alındığında, a) hastaların tinnitus hakkında doğru bilgiye ulaşması, b) hastaların tinnitusa ilişkin olumsuz tutum geliştirmelerinin engellenmesi, c) tinnitus için sunulan farklı tedavi yöntemleri hakkında doğru bilgiye ulaşması ve d) hastaların tinnitusa baş etme yöntemleri hakkında bilgilenmesi sağlanmaktadır. Danışmanlıkla bu hedeflere ulaşılmasıyla tinnitus şikayeti olan bireyde hastalığına yönelik kontrol duygusunun artacağı düşünülmektedir.

Danışmanlığın tinnitus şiddetine ve memnuniyet seviyesine olumlu etkisi “kontrol odağı” (*Locus of Control*) ile ilişkilendirilebilmektedir (47). Kontrol odağı, kişinin davranış kontrolünde sorumluluğun merkezi şeklinde tanımlanmaktadır. İçsel ve dışsal kontrol odağı olmak üzere iki farklı boyutu bulunmaktadır. İçsel kontrol odağı, kişinin hayatı üzerinde kendi kontroline olduğuna inanması, dışsal kontrol odağı ise hayatı üzerinde kendi dışında şans, kader gibi dışsal faktörlere bağlı olduğuna inanması olarak tanımlanmaktadır. İç ve dış kontrol odağı bireylerin yaşadıkları duruma göre hayatlarına uyum sağlamada yardımcı olmaktadır (79). Yapılan araştırmalarda sağlıkla ilgili davranışlarda içsel kontrol odağının artmasının olumlu etkisinin olduğu belirtilmiştir (80, 81). Diğer bir deyişle, içsel kontrol odağının yani kişinin hayatı üzerinde kontrolünün olduğu inancı, sağlıkla ilgili davranışların daha fazla sergilenmesine yardımcı olmaktadır (81). Tinnitusla ilgili şikayeti olan bireylerin, tinnitus ile ilgili kontrollerinin olmadığı, bundan dolayı huzursuz ve çaresiz hissettikleri belirtilmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde, verilen danışmanlık ya da eğitimlerle bu kişilerin problemleri üzerinde kontrollerinin olduğu inancı artırılacağı ve baş etme stratejilerinin daha aktif şekilde uygulamaları sağlanabileceği düşünülmektedir (47).

Yapılan bu çalışmada bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. İlk sınırlılık, danışmanlığın tek seans şeklinde verilmesidir. Tinnitus şikayeti olan bireylerin, danışmanlık sırasında verilen birçok bilgiyi anlamak ve özümsemek için zamana

ihtiyaçları olabilmekte ve aynı zamanda danışmanlık sonrasında anlaşılmayan kısımları tekrar konuşma ihtiyaçları doğabilmektedir. Danışmanlık tek seans verildiği için hastaların anlaşılmayan konularda tartışma şansları olmamaktadır. Bu açıdan çalışmanın sınırlılığı olarak değerlendirilmektedir. Fakat bu çalışmada amaç görsel materyalin etkinliğinin incelenmesi olduğu için tek seanslık uygulamanın yeterli olacağı düşünülmüştür. İleri çalışmalarda ilk basamak danışmanlığın en azından iki seans olarak planlanmasının memnuniyeti ve etkinliği daha olumlu etkileyeceği düşünülmektedir. Bununla birlikte gelişmiş kliniklerde ilk basamak danışmanlık tek seansta verilmektedir. Bu kliniklerde hasta takiplerinde danışmanlık farklı uygulamalarla devam etmekte, hastaya özel soru ve yanıtların ele alındığı seanslar terapi protokolüne eklenmektedir

İkinci sınırlılık ölçümlerin yapıldığı zaman faktörüdür. Bu çalışmada ölçümler danışmanlığın hemen ardından yapılmıştır. Danışmanlık ardından belirli periyotlarla tekrar ölçümlerin yapılması danışmanlığın uzun soluklu etkisinin görülmesi açısından önemli bir noktayı oluşturmaktadır. Fakat bu çalışmada ölçümlerin bu şekilde yapılması ile danışmanlığın etkisinin hemen görülmesi amaçlanmıştır. Araya zaman faktörü girdiğinde kontrol edilemeyecek birçok değişkenin söz konusu olacağı düşünülmüştür. Öte yandan, danışmanlığın uzun soluklu etkisinin ölçülmesi söz konusu olamamıştır. Bu açılardan değerlendirildiğinde danışmanlık ardından hemen ölçüm yapılmış olması bu çalışmanın güçlü yönünü oluştururken, takip ölçümlerinin yapılmamış olması çalışmanın sınırlılıklarından birini oluşturmaktadır.

Yapılan bu çalışmada çeşitli sınırlılıklar söz konusu olmasına rağmen hazırlanan görsel materyalin kullanılmasıyla ilk basamak danışmanlığın daha yaygınlaşmasına, danışmanlığın yaygınlaşması ile tinnitusa yönelik geliştirilen bütün olumsuz tepkilerin, tinnitus için daha kabul edilebilir ve olumlu tepkiler geliştirilebilmesine, bu olumlu tepkilerin etkisiyle de tinnitus şikayeti olan bireylerin tinnitusa baş etmek için daha aktif şekilde rol almasına olanak sağlayacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda hasta takip süreçlerinde uygulanan danışmanlığa ve bu danışmanlıkların standart şekilde uygulanabilmesine yönelik yapılan araştırmalara ülkemizde katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada 22-60 yaş arasında tinnitus şikayeti olan bireyden oluşan iki grup (görsel materyal ile verilen danışmanlık ve görsel materyal olmaksızın sadece sözel olarak verilen danışmanlık) tinnitus şiddeti ve memnuniyeti açısından karşılaştırılmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

- 1) Görsel ve sözel grup danışmanlık sonrasında elde edilen tinnitus şiddeti açısından karşılaştırılmış, aralarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.
- 2) Sözel grupta danışmanlık öncesinde ve sonrasında elde edilen tinnitus şiddetleri karşılaştırılmış, aralarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Sözel grupta danışmanlık sonrasında elde edilen puanların daha düşük olduğu görülmüştür.
- 3) Görsel grupta danışmanlık öncesinde ve sonrasında elde edilen tinnitus şiddetleri karşılaştırılmış, aralarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Görsel grupta danışmanlık sonrasında elde edilen puanların daha düşük olduğu görülmüştür.
- 4) Görsel ve sözel grupta bulunan bütün katılımcılar verilen danışmanlıktan memnun kaldıklarını belirtmişlerdir.
- 5) Görsel ve sözel grup memnuniyet seviyesi açısından karşılaştırılmış, aralarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda belirlenen öneriler aşağıda sıralanmıştır.

- 1) Danışmanlığa ayrılan daha fazla zaman hastaların sorunlarının cevaplanmasına, yanlış anlaşılmanın düzeltilmesine, tinnitus ve tedavisine ilişkin bilgilerin/gerçeklerin aktarılmasına harcanabileceği düşünülmektedir.
- 2) Buna benzer bir danışmanlık, hastanın hikayesi daha detaylı gözden geçirilmesi, tanısal tıbbi ve odyolojik değerlendirme ile tedavi ve aynı zamanda daha derin danışmanlıklar için yönlendirilmelerin yapılmasına olanak sağlayabilmektedir.
- 3) Tek görüşmede yapılan bu danışmanlığın kendisi ya da verilen basit tavsiye sonraki tedavilerin sonuçlarını geliştirmekte ve ihtiyaçların azalmasına olanak sağlayabilmektedir.

- 4) Tinnitus şikayeti olan bireylere kendi kendilerine tinnitusla nasıl baş edebileceklerine yönelik verilen eğitim ve danışmanlıklarla sağlık maliyetleri azaltılabileceği düşünülmektedir.
- 5) Odyologların etkili ve eşit şekilde uygulama yapmaları için bu çalışma kapsamında hazırlanan yapılandırılmış materyalin kullanılabileceği düşünülmektedir.
- 6) Yapılandırılmış materyalle verilen ilk basamak danışmanlık ile ilk kez başvuruda bulunan hastaların doğru şekilde bilgi alıp uygun tutum geliştirmeleri ve daha önceden başvurmuş ama eksik bilgilendirmeden dolayı uygun olmayan tutum geliştirmiş hastaların daha sağlıklı tutum geliştirmelerine olanak sağlanabileceği düşünülmektedir.
- 7) Yapılandırılmış materyalle verilen ilk basamak danışmanlığın tinnitus şikayeti olan bireylerin tedavi ve terapilere yönelik gerçekçi beklentiler oluşturmalarına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Henry, J.L. & Wilson, P.H. (2002). *Tinnitus: A Self-Management Guide for the Ringing in Your Ears*. Boston: Allyn and Bacon.
2. Hesser, H., Weise, C., Westin, V.Z., & Andersson, G. (2011). A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive-behavioral therapy for tinnitus distress. *Clinical Psychology Review*, 31 (4), 545-553.
3. Martin, C. (2004). *Tinnitus Retraining Therapy*.
4. Phillips, J.S. & McFerran, D. (2010). Tinnitus Retraining Therapy (TRT) for tinnitus. *Cochrane Database System Review* (3), CD007330.
5. Yağbasan, M. & Çakar, F. (2006). Doktor-Hasta İlişkisinde Dile Ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması, 609-629.
6. Lithner, M. & Zilling, T. (2000). Pre- and postoperative information needs. *Patient Education and Counseling*, 40, 29-37.
7. Wong, S.T., Perez-Stable, E.J., Kim, S.E., Gregorich, S.E., Sawaya, G.F., & Walsh, J.M. (2012). Using visual displays to communicate risk of cancer to women from diverse race/ethnic backgrounds. *Patient Education and Counseling*, 87 (3), 327-335.
8. van Weert, J.C., van Noort, G., Bol, N., van Dijk, L., Tates, K., & Jansen, J. (2011). Tailored information for cancer patients on the Internet: effects of visual cues and language complexity on information recall and satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 84 (3), 368-378.
9. American Tinnitus Association. (t.y.). Erişim: 24.12.2012, **<http://www.ata.org/for-patients/about-tinnitus>**.
10. Henry, J.L., & Wilson, P.H. (2001). *The Psychological Management of Chronic Tinnitus : A Cognitive-Behavioral Approach*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
11. Zoger, S., Svedlund, J., & Holgers, K.M. (2006). Relationship between tinnitus severity and psychiatric disorders. *Psychosomatics*, 47 (4), 282-288.
12. Møller, A.R. (2011). Epidemiology of tinnitus in adults. Møller, A.R., Langguth, B., Ridder, D.D., & Kleinjung, T. (Ed.). *Textbook of Tinnitus*, New York: Springer.

13. Baguley, D., McFerran, D., & Hall, D. (2013). Tinnitus. *The Lancet*, 382 (9904), 1600-1607.
14. Heller, A.J. (2003). Classification and epidemiology of tinnitus. *Otolaryngol Clin North Am*, 36 (2), 239-248.
15. McCormack, A., Edmondson-Jones, M., Fortnum, H., Dawes, P., Middleton, H., & Munro, K.J. (2014). The prevalence of tinnitus and the relationship with neuroticism in a middle-aged UK population. *J Psychosom Res*, 76 (1), 56-60.
16. Xu, X., Bu, X., Zhou, L., Xing, G., Liu, C., & Wang, D. (2011). An epidemiologic study of tinnitus in a population in Jiangsu Province, China. *J Am Acad Audiol*, 22 (9), 578-585.
17. Sogebi, O.A. (2013). Characterization of tinnitus in Nigeria. *Auris Nasus Larynx*, 40 (4), 356-360.
18. Fujii, K., Nagata, C., Nakamura, K., Kawachi, T., Takatsuka, N., & Oba, S. (2011). Prevalence of Tinnitus in Community-Dwelling Japanese Adults. *Journal of Epidemiology*, 21 (4), 299-304.
19. Shulman, A. (1991). Tinnitus Medical Evaluation. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 36, 239-292.
20. Günay, O., Borlu, A., Horoz, D. & Gün, İ. (2011). Tinnitus Prevalence Among the Primary Care Patients in Kayseri, Türkiye. *Erciyes Medical Journal*, 33 (1), 039-046.
21. Aksoy, S., Akdogan, O., Gedikli, Y., & Belgin, E. (2007). The extent and levels of tinnitus in children of central Ankara. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 71 (2), 263-268.
22. Langguth, B., Kreuzer, P.M., Kleinjung, T., & De Ridder, D. (2013). Tinnitus: causes and clinical management. *Lancet Neurol*, 12 (9), 920-930.
23. Davis, A. & Refai, A. (2002). Epidemiology of tinnitus. R. Tyler (Ed.). *Tinnitus Handbook* (s. 1-24). USA: Singular Thomson Learning
24. Chan, Y. (2009). Tinnitus: Etiology, classification, characteristics, and treatment. *Discov Med*, 8 (42), 133-136.
25. De Ridder, D., De Mulder, G., Verstraeten, E., Van der Kelen, K., Sunaert, S., & Smits, M. (2006). Primary and secondary auditory cortex stimulation for

- intractable tinnitus. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*, 68 (1), 48-54; discussion 54-45.
- 26.Henry, J.A., Dennis, K.C., & Schechter, M.A. (2005). General review of tinnitus: prevalence, mechanisms, effects, and management. *J Speech Lang Hear Res*, 48 (5), 1204-1235.
- 27.Henry, J.A., Schechter, M.A., Nagler, S.M., & Fausti, S.A. (2002). Comparison of tinnitus masking and tinnitus retraining therapy. *J Am Acad Audiol*, 13 (10), 559-581.
- 28.Henry, J.A., Trune, D.R., Robb, M.J.A., & Jastreboff, P.J., (2007). *Tinnitus Retraining Therapy: Clinical Guidelines*. Plural Publishing: San Diego.
- 29.Hall, J.W. & Ruth, R.A. (1999). Outcome for Tinnitus Patients After Consultation with an Audiologist. H. J. (Ed.). *Proceedings of The Sixth International Tinnitus Seminar* (s. 378-380). London: The Tinnitus and Hyperacusis Center
- 30.Karabulut, H., Acar, B., Emre Gnbey, Babademez, MA, Genç, S. & Karaşen, R.M. (2010). Tinnitus Hastalarında Tinnitus Engellilik Anketi İle Odyometrik Bulgular Arasındaki İlişki. *Anatol J Clin Investig*, 4 (1), 22-27.
- 31.Health, D.O. (2009). *Provision of Services for Adults with Tinnitus: A Good Practice Guide*.
- 32.Andersson, G. (2002). Psychological aspects of tinnitus and the application of Cognitive-Behavioral Therapy. *Clinical Psychology Review*, 22, 977-990.
- 33.Martinez Devesa, P., Waddell, A., Perera, R., & Theodoulou, M. (2007). Cognitive behavioural therapy for tinnitus. *Cochrane Database Syst Rev* (1), CD005233.
- 34.Tyler, R.S. (2000). *Tinnitus Handbook*. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.
- 35.Searchfield, G.D.,Baguley, D.M. (2011). The Role of the Audiologist in Tinnitus Practice. Møller, A.R., Langguth, B., Ridder, D.D., & Kleinjung, T. (Ed.). *Textbook of Tinnitus*, NewYork: Springer.
- 36.Langguth, B., Kreuzer, P.M., Kleinjung, T., & De Ridder, D. (2013). Tinnitus: causes and clinical management. *The Lancet Neurology*, 12 (9), 920-930.
- 37.Langguth, B., & Elgoyhen, A.B. (2012). Current pharmacological treatments for tinnitus. *Expert Opin Pharmacother*, 13 (17), 2495-2509.

38. Sanchez, T.G., & Bento, R.F. (2000). An Evaluation of Tinnitus Treatment. *Expert Opinion Therapeutic Patents*, 10 (12), 1911-1917.
39. Landis, B., & Landis, E. (1992). Is biofeedback effective for chronic tinnitus? An intensive study with seven subjects. *Am J Otolaryngol*, 13 (6), 349-356.
40. Podoshin, L., Ben-David, Y., Fradis, M., Gerstel, R., & Felner, H. (1991). Idiopathic subjective tinnitus treated by biofeedback, acupuncture and drug therapy. *Ear Nose Throat J*, 70 (5), 284-289.
41. Kleinjung, T. (2011). Low-level Laser Therapy. Møller, A.R., Langguth, B., Ridder, D.D., & Kleinjung, T. (Ed.). *Textbook of Tinnitus*, (s. 749-752). New York: Springer.
42. Searchfield, G.D., Magnusson, J., Shakes, G., Biesinger, E., & Kong, O. (2011). Counseling and Psycho-Education for Tinnitus Management. Møller, A.R., Langguth, B., Ridder, D.D., & Kleinjung, T. (Ed.). *Textbook of Tinnitus*, (s. 535-556). New York: Springer.
43. Tyler, R., Noble, W., & Preece, J.P. (2004). Psychological Treatments for Tinnitus. J. B. Snow (Ed.). *Tinnitus: Theory and Management* (s. 314-352). Ontario: Decker
44. Coles, R.R., & Hallam, R.S. (1987). Tinnitus and its management. *Br Med Bull*, 43 (4), 983-998.
45. Jun, H.J., & Park, M.K. (2013). Cognitive behavioral therapy for tinnitus: evidence and efficacy. *Korean J Audiol*, 17 (3), 101-104.
46. Henry, J.A., Zaugg, T.L., & Schechter, M.A. (2005). Clinical guide for audiologic tinnitus management I: Assessment. *Am J Audiol*, 14 (1), 21-48.
47. Henry, J.A., Zaugg, T.L., Myers, P.J., & Turbin, M.B. (2009). Principles and application of educational counseling used in progressive audiologic tinnitus management. *Noise & Health*, 11 (42), 33-48.
48. Hazell, J. (1999). The TRT method in practice. *Sixth International Tinnitus Seminar 1999*, 92-98.
49. Brehmer, D. & Overhoff, H.M. (2003). The initial results of the effectiveness of outpatient tinnitus retraining therapy—a multicentric study. *International Congress Series*, 1240, 221-223.

50. Bauman, N. (2014). CHaTT – Cognitive Habituation Tinnitus Therapy [Poster]. *8th International TRI Tinnitus Conference*. Auckland, New Zealand.
51. Cima, R.F.F., Maes, I.H., Joore, M.A., Scheyen, D.J.W.M., El Refaie, A., & Baguley, D.M. (2012). Specialised treatment based on cognitive behaviour therapy versus usual care for tinnitus: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 379 (9830), 1951-1959.
52. Kroner-Herwig, B., Frenzel, A., Fritsche, G., Schilkowsky, G., & Esser, G. (2003). The management of chronic tinnitus: comparison of an outpatient cognitive-behavioral group training to minimal-contact interventions. *J Psychosom Res*, 54 (4), 381-389.
53. Dobie, R.A. (2004). Overview: Suffering from Tinnitus. J. B. Snow (Ed.). *Tinnitus: Theory and Management* (s. 1-7). Lewiston, NY: B. C. Decker Inc
54. House, J.W. (1981). Management of the tinnitus patient. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 90 (6 Pt 1), 597-601.
55. Weintraub, D., Maliski, S.L., Fink, A., Choe, S., & Litwin, M.S. (2004). Suitability of prostate cancer education materials: applying a standardized assessment tool to currently available materials. *Patient Educ Couns*, 55 (2), 275-280.
56. Hoffmann, T., & Cochrane, T. (2009). What education do stroke patients receive in Australian hospitals? *Patient Educ Couns*, 77 (2), 187-191.
57. Development, P. (2008). *SAM Suitability Assessment Materials Tools for evaluation of health-related information for adults*. Seattle WA.
58. Roberts, L.E., & Bosnyak, D.J. (2011). Auditory Training in Tinnitus. Møller, A.R., Langguth, B., Ridder, D.D., & Kleinjung, T. (Ed.). *Textbook of Tinnitus* (s. 563-574). New York: Springer
59. Jacobson, K.L., Cucchi, P.S., & Morton, F.J. (2005). *Clear and Effective Patient Education: A Guide for Improving Health Communications in the Hospital Setting*.
60. Houts, P.S., Doak, C.C., Doak, L.G., & Loscalzo, M.J. (2006). The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Educ Couns*, 61 (2), 173-190.

61. Dowse, R. & Ehlers, M. (2005). Medicine labels incorporating pictograms: do they influence understanding and adherence? *Patient Educ Couns*, 58 (1), 63-70.
62. Braich, P.S., Almeida, D.R., Hollands, S., & Coleman, M.T. (2011). Effects of pictograms in educating 3 distinct low-literacy populations on the use of postoperative cataract medication. *Can J Ophthalmol*, 46 (3), 276-281.
63. Cloutier, M., Vaillancourt, R., Pynn, D., Wade, J., Preston, C., & Turpin, P.M. (2014). Design and Development of Culture-Specific Pictograms for Type 2 Diabetes Mellitus Education and Counselling. *Can J Diabetes*.
64. Wilson, E.A. & Wolf, M.S. (2009). Working memory and the design of health materials: a cognitive factors perspective. *Patient Educ Couns*, 74 (3), 318-322.
65. Aksoy, S., Firat, Y., & Alpar, R. (2007). The Tinnitus Handicap Inventory: A study of validity and reliability. *Int Tinnitus J*, 13 (2), 94-98.
66. Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R., & Engin, F. (2002). Standardize Mini Mental Testin Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiatri Dergisi*, , 273-282.
67. Newman, C.W., Jacobson, G.P., & Spitzer, J.B. (1996). Development of the Tinnitus Handicap Inventory. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 122 (2), 143-148.
68. Adamchic, I., Langguth, B., Hauptmann, C., & Tass, P.T. (2012). Psychometric evaluation of visual analog scale for the assessment of chronic tinnitus. *American Journal of Audiology*, (21), 215-225.
69. Dowse, R., Ramela, T., & Browne, S.H. (2011). An illustrated leaflet containing antiretroviral information targeted for low-literate readers: development and evaluation. *Patient Educ Couns*, 85 (3), 508-515.
70. Meissner, B., & Bogner, F.X. (2012). Science teaching based on cognitive load theory: Engaged students, but cognitive deficiencies. *Studies in Educational Evaluation*, 38 (3-4), 127-134.
71. Scheiter, K., Gerjets, P., Vollmann, B., & Catrambone, R. (2009). The impact of learner characteristics on information utilization strategies, cognitive load

- experienced, and performance in hypermedia learning. *Learning and Instruction*, 19 (5), 387-401.
72. Marcus, N., Cooper, M., & Sweller, J. (1996). Understanding instructions. *Journal of Educational Psychology*, 88 (1), 49-63.
73. Henry, J.L., & Wilson, P.H. (1996). The psychological management of tinnitus: comparison of a combined cognitive educational program, education alone and a waiting-list control. *Int Tinnitus J*, 2, 9-20.
74. Greimel, K.V. & Kröner-Herwig, B. (2011). Tinnitus from the perspective of the psychologist. Møller, A.R., Langguth, B., Ridder, D.D., & Kleinjung, T. (Ed.). *Textbook of Tinnitus*, (s. 223-228). New York: Springer.
75. Ikeda, Y. (2014) Importance of patient education on home medical care waste disposal in Japan. *Waste Manag*, 34 (7), 1330-1334.
76. Brown, J.P., Clark, A.M., Dalal, H., Welch, K., & Taylor, R.S. (2011). Patient education in the management of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* (12), CD008895.
77. Fernandes P. & D'Almeida V. (2013). Effectiveness of Individual Education Intervention (IEI) regarding therapeutic regimen on attitude and compliance among patients with end stage renal disease. *International Journal of Nursing Education*, 5 (1), 157-160.
78. Borrell-Carrio, F., Suchman, A.L., & Epstein, R.M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med*, 2 (6), 576-582.
79. Baron, R.A., Byrne, D.E., & Branscombe, N.R. (2006). *Social Psychology*. New York: Pearson/Allyn & Bacon.
80. Cobb-Clark, D.A., Kassenboehmer, S.C., & Schurer, S. (2014). Healthy habits: The connection between diet, exercise, and locus of control. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 98, 1-28.
81. Bellini, A., Zanchi, C., Martelossi, S., Di Leo, G., Not, T., & Ventura, A. (2011). Compliance with the gluten-free diet: the role of locus of control in celiac disease. *J Pediatr*, 158 (3), 463-466.

EKLER

EK 1

TİNNİTUS ENGELİ ÖLÇEĞİ (TEÖ)	Soyadı, Adı:
	Doğum Yılı:
	Anket Tarihi:

Açıklama: Bu anketin amacı, kulak çınlamanızın (tinnitusun) neden olabileceği sorunların derecesinin saptanmasına yardımcı olmaktır. Her soru için 'Evet', 'Hayır' ve 'Bazen' yanıtlarından birini işaretleyiniz.

SORULAR		YANITLAR		
1	Kulak çınlamanız nedeniyle, dikkatinizi toplamakta zorlanıyor musunuz?	Evet	Hayır	Bazen
2	Kulak çınlamanızın yüksekliği nedeniyle, insanları duyarken zorlanıyor musunuz?	Evet	Hayır	Bazen
3	Kulak çınlamanız, sizi sinirlendiriyor mu?	Evet	Hayır	Bazen
4	Kulak çınlamanız, kafanızı karıştırıyor mu?	Evet	Hayır	Bazen
5	Kulak çınlamanız nedeniyle, kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?	Evet	Hayır	Bazen
6	Kulak çınlamanızdan büyük oranda şikayetçi misiniz?	Evet	Hayır	Bazen
7	Kulak çınlamanız nedeniyle, gece uykuya dalmakta güçlük çekiyor musunuz?	Evet	Hayır	Bazen
8	Kulak çınlamanızdan kurtulamayacağınız hissine kapılıyor musunuz?	Evet	Hayır	Bazen
9	Kulak çınlamanız, (dışarıda akşam yemeğine çıkmak veya sinemaya gitmek gibi) sosyal aktivitelerden keyif almanızı engelliyor mu?	Evet	Hayır	Bazen
10	Kulak çınlamanız nedeniyle, kendinizi sinirli/yılgın hissediyor musunuz?	Evet	Hayır	Bazen
11	Kulak çınlamanız nedeniyle, çok kötü bir hastalığa yakalanmış hissine kapılıyor musunuz?	Evet	Hayır	Bazen
12	Kulak çınlamanız, hayattan zevk almanızı güçleştiriyor mu?	Evet	Hayır	Bazen
13	Kulak çınlamanız, işiniz veya eviniz ile ilgili sorumluluklarınızı yerine getirmenizi engelliyor mu?	Evet	Hayır	Bazen
14	Kulak çınlamanız nedeniyle, kendinizi sıklıkla aşırı duyarlı bulduğunuz oluyor mu?	Evet	Hayır	Bazen
15	Kulak çınlamanız nedeniyle, okumak sizin için zor oluyor mu?	Evet	Hayır	Bazen
16	Kulak çınlamanız, sizi üzüyor mu?	Evet	Hayır	Bazen
17	Kulak çınlama probleminizin, ailenizdeki bireylerle ve arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizde baskıya yol açtığını hissediyor musunuz?	Evet	Hayır	Bazen
18	Dikkatinizi, kulak çınlamanızdan uzaklaştırıp diğer şeylere odaklamayı güç buluyor musunuz?	Evet	Hayır	Bazen
19	Kulak çınlamanız üzerinde, hiç kontrolünüzün olmadığını hissediyor musunuz?	Evet	Hayır	Bazen
20	Kulak çınlamanız nedeniyle, sık sık kendinizi yorgun hissediyor musunuz?	Evet	Hayır	Bazen
21	Kulak çınlamanız nedeniyle, kendinizi iç sıkıntılı (depresif) hissediyor musunuz?	Evet	Hayır	Bazen
22	Kulak çınlamanız, sizi endişelendiriyor mu?	Evet	Hayır	Bazen
23	Kulak çınlamanız ile, artık başa çıkamadığınızı düşünüyor musunuz?	Evet	Hayır	Bazen
24	Kulak çınlamanız, sıkıntılıyken daha kötü oluyor mu?	Evet	Hayır	Bazen
25	Kulak çınlamanız, sizde güvensizlik hissi uyandırıyor mu?	Evet	Hayır	Bazen
HER KOLON İÇİN TOPLAM PUAN				
TOPLAM PUAN:				

EK 2

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST**Ad Soyad: Tarih: Yaş:****Eğitim (yıl): Meslek: Aktif El:****T. Puan:**

YONELİM (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz ()

Hangi mevsimdeyiz ()

Hangi aydayız ()

Bu gün ayın kaçı ()

Hangi gündeyiz ()

Hangi ülkede yaşıyoruz ()

Şu an hangi şehirde bulunmaktayız ()

Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()

Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()

Şu an bu binada kaçınca kattasınız ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın

(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan

..... ()

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.

Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65)

..... ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.

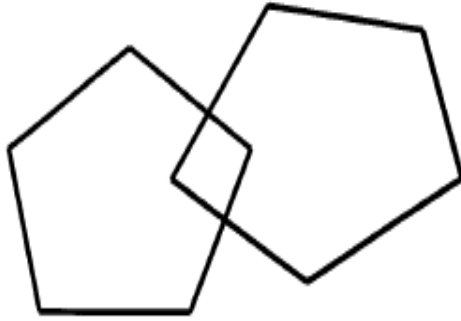
(Masa, Bayrak, Elbise)..... ()

LİSAN (Toplam puan 9)

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

..... ()

- b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan..... ()
- c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan..... ()
- d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan) "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada)..... ()
- e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 Puan)..... ()
- f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan)..... ()



EK 3

İLK GÖRÜŞME FORMU**Tarih:...../...../201...**

Size dört bölümden oluşan bir anket uygulayacağım. Her bölüm başında bölümle ilgili açıklamalar yapacağım. Bazı sorular tekrarlayıcı gibi gözükebilir. Bununla birlikte cevabınızı biliyor olsam da bütün cevapları doğrudan sizden almam gerekmektedir. Bunun nedeni hastalarımızın herhangi bir önyargı ihtimalini en aza indirerek tutarlı olmaya çalışmamızdır. Herhangi yanlış bir cevabın olmayacağını da lütfen biliniz.

I. DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. **Ad-Soyad:**
2. **Cinsiyet:** K E
3. **Yaş:**
4. **Meslek:**
5. **Medeni Durum:** Evli Bekar Boşanmış
6. **Eğitim:** İlköğretim Lise Lisans Yüksek Lisans Doktora
7. **Kendinizi hangi sosyoekonomik düzeyde değerlendirebilirsiniz?**
Alt Orta Üst

II. ÇINLAMA

Çınlama; başınızın içerisindeki zil sesi, ıslık sesi vb. herhangi bir sesi ifade etmektedir. Bu bölümdeki soruları son 1 ay içindeki çınlamanızı düşünerek cevaplayınız. Lütfen yalnızca çınlamanızı düşünerek soruları yanıtlayınız.

1. Çınlamanızın yeri nerededir?
Baş Sağ kulak Sol kulak Her iki kulak
2. Çınlamanız başınızın bir tarafında daha mı şiddetli?
Sağ>Sol Sol>Sağ Her iki kulak
3. Çınlamanız sürekli bir ses halinde mi yoksa aralıklı bir ses mi?
Devamlı Aralıklı
4. Çınlamanızın ses şiddeti düzensiz olarak değişir mi? (örn: kendi kendine şiddeti/seviyesi değişir mi?)
Evet Hayır

Cevabınız EVET ise:

Ne kadar sıklıkla seviyesi değişmektedir? _____ kez _____ 'da.

(Bayan hasta ise; çınlama sesi seviyesinin menstrual siklus değişkenliği sorgulanmalıdır.)

5. Çınlamanızın başlangıcını tanımlar mısınız?

Dereceli Ani

Ne zaman başladı? _____

6. En rahatsız edici çınlama sesiniz nasıldır?

7. Çınlamanızın diğer günlerden daha sıkıcı/üzücü olduğu günler olur mu?

Evet Hayır

Cevabınız EVET ise:

Ne kadar sıklıkla bu kötü günleri yaşarsınız?

Her gün Haftada iki-üç Haftada bir Ayda bir

8. Herhangi bir sesin çınlamanız üzerinde etkisi var mı? Bu ses çınlamanızı daha şiddetli ya da daha yumuşak mı yapıyor? Yoksa hiçbir etkisi yok mu?

Şiddetleniyor Hafifliyor Etkisi yok

Cevabınız şiddetli/hafif ise;

Ne tip seslerin çınlamanız üzerinde etkisi var?

Bu durum ne kadar sürüyor, ne zaman sonlanıyor?

Uyuduktan sonra ertesi sabah çınlamanız hala daha fazla mı oluyor?

Evet Hayır

Eğer ses ertesi sabah sonlanıyorsa bu tip bir sese örnek verin: _____

9. Kulak tıkacı gibi kulak koruyucu kullanır mısınız?

Evet Hayır

Cevabınız EVET ise:

Kulak koruyucularını ne zaman kullanırsınız? _____

Bunları çınlamanız çok az bile olsa kullanır mısınız?

Evet Hayır

(Hasta kulaklarını çınlamadan dolayı aşırı koruyor mu? Evet / Hayır)

10. Çınlamanız için herhangi bir tedavi görüyor musunuz?

Evet Hayır

Cevabınız EVET ise:

Nedir? _____

(Bu tedavi profesyonel ya da kişisel alternatif tedaviler olabilir- vitamin, şifalı bitkiler gibi)

11. Çınlamanızın bir sorun olmasının temel nedeni nedir?

12. Aşağıda sıralanan aktiviteleri yaparken çınlamanızın size engel olup olmadığını / sizi olumsuz etkilemeyip etkilemediğini düşünerek cevap veriniz.

	Engeller	Olumsuz Etkiler	Etkisi Yok
Konsantre olma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uyku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dinlenme aktiviteleri (okuma, gevşeme gibi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çalışma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restorana gitme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katıldığınız spor aktiviteleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir aktivite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kişiler bazen çınlamalarının farkında olabilirler ya da olmayabilirler.

13. Geçtiğimiz son 1 ayda çınlamanızın farkında olduğunuz zaman uyanık olduğunuz toplam zamanın yüzde kaçdır? Son bir ay içindeki ortalama yüzdenizi belirtiniz.

_____ %

14. Çınlamanızdan dolayı sıkıldığınız/ üzüldüğünüz/ sinirlendiğiniz zaman uyanık olduğunuz zamanın yüzde kaçdır? Son bir ay içindeki ortalama yüzdenizi belirtiniz.

_____ %

(Soru 13-14'te farkındalık ve sinirlilik için uyanık olduğunuz zamanın yüzdesini belirttiğinizden emin olunuz.)

Şimdi sizden çınlamanızı 1-10 arasındaki bir skalada şiddetini, sınırlılığınızı ve yaşamınızdaki etkisini ayrı ayrı belirlemenizi isteyeceğim. Lütfen sorularınızı yanıtlarken işitme kaybı ile ilgili sorunlarınızı cevaplarınıza dahil etmeyiniz.

15. Geçtiğimiz 1 ay içerisinde çınlamanızın şiddeti nasıldı? (Lütfen soruyu yanıtlarken işitme kaybı ile ilgili sorunlarınızı cevabınıza dahil etmeyiniz) (0= çınlamam yok, 10= olabilecek en yüksek şiddette)



16. Geçtiğimiz 1 ay içerisinde çınlamanız sizi ne kadar sınırlı yaptı? (0= hiç sınırlandırmadı, 10= olabilecek en yüksek şiddette sınırlandırdı)



17. Geçtiğimiz 1 ay içerisinde çınlamanız sizi ne kadar etkiledi? (0= hiç etkilemedi, 10= olabilecek en yüksek şiddette etkiledi)



18. ınlamanızla ilgi herhangi başka düşünceğiniz var mı?

III. SES TOLERANSI

Ses toleransı; çevrenizdeki farklı seslere nasıl tepki verdiğinizi ifade etmektedir. Bu bölümdeki sorular sesi tolera edebilme yeteneğinizle ilgilidir. Lütfen yalnızca ses toleransınızı düşünerek soruları yanıtlayınız.

19. Sese karşı toleransınızda azalma var mı? Sesler çevrenizdeki diğer insanlara (aile ve arkadaşlarınız) normalken size sıkıcı geliyor ya da hoşunuza gitmediği oluyor mu?

Evet Hayır

Cevabınız HAYIR ise 31. soruya geçin.

Örn: TV, çocukların bağırmaları, tabak-çanak sesleri, bulaşık makinesi çalışırken vb.

20. Cevabınız evet ise: Sesler sizde ağrıya ya da psikolojik rahatsızlığa sebep oluyor mu?

Evet Hayır

21. Ses toleransınızın diğer günlerden daha fazla olduğu günler olur mu?

Evet Hayır

Cevabınız EVET ise:

Ne kadar sıklıkla bu kötü günleri yaşarsınız? Günde _____ kez

22. Herhangi bir sesin ses toleransınız üzerinde etkisi var mı? Bu ses ses toleransınızı arttırır ya da azaltır mı? Yoksa hiçbir etkisi yok mu?

Arttırır Azaltır Etkisi yok

Cevabınız arttırır/azaltır ise:

Ne tip sesler ses toleransınız etkiler?

Bu durum ne kadar sürüyor?

Bu etki en az uyuduktan sonra ertesi sabah sonlanır mı?

Evet Hayır

Eğer en az ertesi sabah sonlanıyorsa bu tip bir sese örnek veriniz:

(Uygulayıcı: 9. soruya göre: eğer hasta kulak koruyucu kullanmıyorsa, 24. soruya geçin. Kulak koruyucu kullanıyor ise, ses toleransı nedeniyle mi kullandığını belirleyin.)

23. Ses toleransınız nedeniyle kulak tıkacı gibi kulak koruyucu kullanır mısınız?

Evet Hayır

Cevabınız EVET ise:

Zamanınızın yüzde kaçında ses toleransınızdan dolayı kulak koruyucu kullanırsınız?

_____ %

Cevabınız EVET ise:

Ses toleransınızdan dolayı kulak koruyucularını özellikle sessiz ortamlarda mı kullanırsınız?

Evet Hayır

(Uygulayıcı: Ses toleransından dolayı hasta kulaklarını aşırı koruyor mu?

(Evet/Hayır)

24. Ses toleransı için herhangi bir tedavi görüyor musunuz?

Evet Hayır

Cevabınız EVET ise: Nedir? _____

25. Ses toleransınızın bir sorun olmasının temel nedeni nedir?

26. Şimdi sizi yaşamınızda yer alan bazı aktiviteleri açıklayacağım. Lütfen ses toleransınızın bu aktiviteleri yaparken sizi engelliyorsa ya da herhangi bir şekilde olumsuz etkiliyorsa bana bildirin.

	Engeller	Olumsuz Etkiler	Etkisi Yok
Konserler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alışveriş yapma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restorana gitme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araba kullanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katıldığınız spor aktiviteleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ezan sesleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev temizliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuk bakma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosyal Aktiviteler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir aktivite? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Şimdi sizden ses toleransınızı 1-10 arasındaki bir skalada şiddetini, sınırlılığınızı ve yaşamınızdaki etkisini ayrı ayrı belirlemenizi isteyeceğim.

27. Geçtiğimiz 1 ay içerisinde ses toleransınızın şiddeti nasıldı? (0= tüm sesleri tolere edebiliyorsunuz, 10= hiçbir sesi tolere edemiyorsunuz)



28. Geçtiğimiz 1 ay içerisinde ses toleransınız sizi ne kadar sınırlı yaptı? (0= hiç sınırlandırmadı, 10= olabilecek en yüksek şiddette sınırlandırdı)



29. Geçtiğimiz 1 ay içerisinde ses toleransınız sizi ne kadar etkiledi? (0= hiç etkilemedi, 10= olabilecek en yüksek şiddette etkiledi)



30. Ses toleransınızla ilgili herhangi başka düşünceniz var mı?

IV. İŞİTME

İşitme; çevrenizdeki sesleri fark edebilme/diğerlerinin konuşmaları anlayabilme yeteneğinizi ifade etmektedir.

31. Şimdiye kadar herhangi bir işitme cihazı kullandınız mı?

Evet Hayır

32. Şimdiye kadar size işitme cihazı öneren birisi oldu mu?

Evet Hayır

Cevabınız EVET ise:

Kim önerdi? Uzman?/Aile?/Arkadaş? _____

V) PROBLEMLERİ DERECELENDİRME

0-10 arası bir skalada, çınlama, ses toleransı ve işitmenizin sizin için ortalama ne kadar önemli bir problem olduğunu son 1 ayı düşünerek derecelendirmenizi isteyeceğim.

(‘0’ Hiç problem değil, ‘10’ Olabilecek en önemli)

33. Çınlamanız ne kadar problem? (0= Hiç problem değil, 10=Olabilecek en çok)



34. Ses toleransınız ne kadar problem? (0= Hiç problem değil, 10=Olabilecek en çok)



35. İşitmeniz ne kadar problem? (0= Hiç problem değil, 10=Olabilecek en çok)



EK 4

Takip Formu

1. Şuanda kulak çınlamanızın şiddeti nasıl? (Lütfen soruyu yanıtlarken işitme kaybı ile ilgili sorunlarınızı cevabınıza dahil etmeyiniz) (0= çınlamam yok, 10= olabilecek en yüksek şiddette)



2. Çınlamanız ne kadar problem? (0= Hiç problem değil, 10=Olabilecek en çok)



3. Ses toleransınız ne kadar problem? (0= Hiç problem değil, 10=Olabilecek en çok)



4. İşitmeniz ne kadar problem? (0= Hiç problem değil, 10=Olabilecek en çok)



5. Kulak çınlaması hakkında verilen bu danışmanlıktan/bilgilendirmeden memnun kaldınız mı?

Evet Hayır Kararsızım

6. Bu danışmanlık/bilgilendirme sizce faydalı oldu mu?

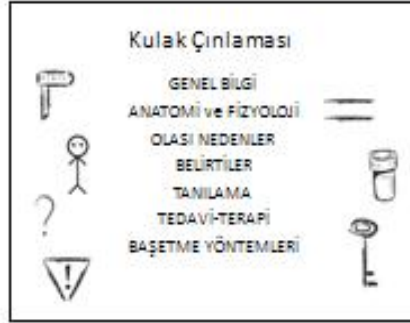
Evet Hayır Kararsızım

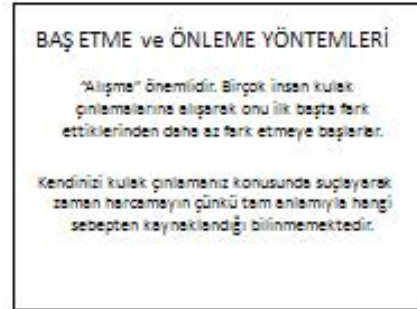
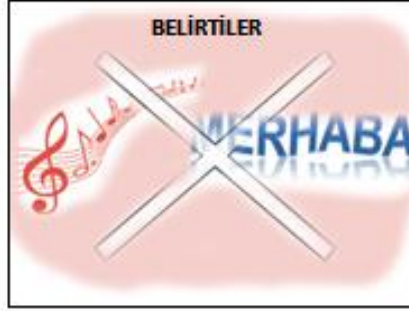
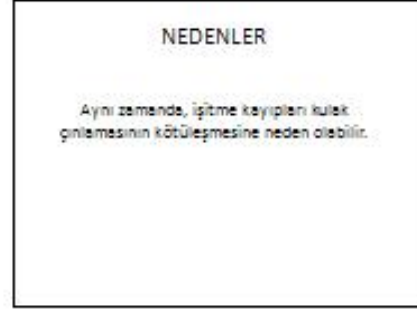
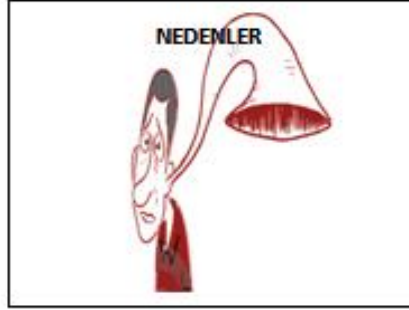
7. Kulak çınlaması şikayetiniz hakkında bilgi almak sizi kulak çınlamanız hakkında nasıl hissettirdi? (karamsar, umutlu, değiştirmede,)

8. Bu danışmanlık/bilgilendirme sizce daha farklı nasıl yapılabilir?
-

EK 5

GÖRSEL DANIŞMANLIK MATERYALİ





EK 6

ETİK KURUL İZİNİ



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

06100 Sıhhiye-Ankara
 Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580
 E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

16969557-966

Sayı: 16969557-966

10 Ekim 2013

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 09.10.2013 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2013/17
Proje No : GO 13/120 (Değerlendirme Tarihi (13.02.2013))
Karar No : GO 13/120 - 07

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Bölümü öğretim üyelerinden Doç.Dr. Songül AKSOY'un sorumlu araştırmacı olduğu Özge KOÇAK'ın tezi olan GO 13/120 kayıt numaralı ve "**Tinnitus Şikayeti Olan Bireylere Verilen Danışmanlık Hizmetinde Türkçe Standart Görsel Materyal Kullanımının Etkisinin Araştırılması**" başlıklı proje önerisi araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan) | 9 Prof. Dr. Melahat Görduysus (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye) | 10. Prof. Dr. Cansın Saçkesen (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım Sara (Üye) | 11. Doç. Dr. R. Köksal Özgül (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu (Üye) | 12. Doç. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer (Üye) | 13 Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye) | 14. Prof. Dr Leyla Dinç (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Songül Vaizoglu (Üye) | 14. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal (Üye) | 15. Av. Meltem Onurlu (Üye) |