



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**İŞİTME YETERSİZLİĞİ OLAN 8-18 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN YAŞAM
KALİTELERİNİN ANNE GÖRÜŞLERİNE GÖRE İNCELENMESİ**

Beyhan Özge YERSEL

**ÇOCUK GELİŞİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Ender DURUALP**

**ANKARA
2019**

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İŞİTME YETERSİZLİĞİ OLAN 8-18 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN YAŞAM
KALİTELERİNİN ANNE GÖRÜŞLERİNE GÖRE İNCELENMESİ

Beyhan Özge YERSEL

ÇOCUK GELİŞİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Ender DURUALP

ANKARA
2019

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Yüksek Lisans tezi olarak hazırladığım “İşitme Yetersizliği Olan 8-18 Yaş Arası Çocukların Yaşam Kalitelerinin Anne Görüşlerine Göre İncelenmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümle ve yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Tarih:

İmza:

KABUL ve ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Çocuk Gelişimi Anabilim Dalında
Beyhan Özge YERSEL tarafından hazırlanan
“İşitme Yetersizliği Olan 8-18 Yaş Arası Çocukların Yaşam Kalitelerinin Anne
Görüşlerine Göre İncelenmesi” adlı tez çalışması
aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZİ olarak OY
BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile kabul/ret edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

Üniversitesi

Jüri Başkanı

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

Üniversitesi

Raportör

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

Üniversitesi

Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vii
Simgeler ve Kısaltmalar	viii
Çizelgeler	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. İşitme ve İşitme Yetersizliği	2
1.1.1. İşitme Yetersizliğinin Nedenleri	3
1.1.2. İşitme Yetersizliğinin Sınıflandırılması	4
1.1.2.1. İşitme Yetersizliğinin Derecesine Göre Sınıflandırılması	4
1.1.2.2. İşitme Yetersizliğinin Oluş Yerine Göre Sınıflandırılması	5
1.1.2.3. İşitme Yetersizliğinin Oluş Zamanına Göre Sınıflandırılması	6
1.1.3. İşitme Yetersizliğinin Değerlendirilmesi	7
1.1.3.1. Objektif Testler	7
1.1.3.2. Davranım Testleri	8
1.1.4. İşitme Yetersizliğinde Erken Tanı ve Erken Müdahalenin Önemi	9
1.1.5. İşitme Yetersizliğinin Gelişim Alanlarına Etkisi	10
1.2. Dil-Konuşma Bozukluğu	12
1.2.1. Dil-Konuşma Bozukluklarının Sınıflandırılması	12
1.2.2. Dil-Konuşma Bozukluklarının Görülme Sıklığı	14
1.2.3. Dil-Konuşma Bozukluklarının Nedenleri	14
1.2.4. Dil-Konuşma Bozukluklarının Gelişime Etkisi	14
1.3. Yaşam Kalitesi	15

1.3.1. Yaşam Kalitesi Göstergeleri	16
1.3.2. Çocuk ve Ergenlerde Yaşam Kalitesinin Önemi	16
1.3.3. Çocuk ve Ergenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	17
1.3.4. İşitme Yetersizliğinde Yaşam Kalitesi ve Önemi	19
1.4. İşitme Yetersizliği ve Yaşam Kalitesi ile İlgili Alanyazında Yapılmış Çalışmalar	20
1.4.1. İşitme Yetersizliği ve Yaşam Kalitesi ile İlgili Türkiye’de Yapılmış Çalışmalar	21
1.4.2. İşitme Yetersizliği ve Yaşam Kalitesi ile İlgili Dünyada Yapılmış Çalışmalar	27
2. GEREÇ ve YÖNTEM	34
2.1. Araştırmanın Modeli	34
2.2. Araştırmanın Çalışma Grubu	34
2.3. Araştırmanın Değişkenleri	39
2.4. Veri Toplama Araçları	39
2.4.1. Genel Bilgi Formu	39
2.4.2. Anne Görüşme Formu	40
2.4.3. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) Ebeveyn Formu	41
2.5. Veri Toplama Yöntemi	42
2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	43
2.7. Araştırmanın Etik Boyutu	43
2.8. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi	44
3. BULGULAR	46
3.1. Araştırmanın Nicel Boyutundan Elde Edilen Bulgular	46
3.2. Araştırmanın Nitel Boyutundan Elde Edilen Bulgular	66

4.TARTIŞMA	80
4.1. Araştırmanın Nicel Boyutundan Elde Edilen Bulguların Yorumlanması	80
4.2. Anne Görüşme Formu'ndan Elde Edilen Bulguların Yorumlanması	88
5. SONUÇ ve ÖNERİLER	95
ÖZET	97
SUMMARY	99
KAYNAKLAR	101
EKLER	113
Ek-1. Genel Bilgi Formu	113
EK-2. Anne Görüşme Formu	115
Ek-3. Aydınlatılmış Onam Formu (Araştırmanın Nicel Boyutu)	117
Ek-4. Aydınlatılmış Onam Formu (Araştırmanın Nitel Boyutu)	119
Ek-5. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Alt Etik Kurulu Karar Örneği	121
ÖZGEÇMİŞ	122

ÖNSÖZ

Bu araştırmanın amacı doğuştan işitme yetersizliği tanısı almış sekiz-18 yaş arasındaki çocukların yaşam kalitelerini annelerinin görüşlerine göre incelemek, çocukların yaşam kalitelerini etkileyen değişkenleri saptamaktır.

Lisansüstü eğitime başladığım günden itibaren bana her konuda her zaman yardımcı olan, mesleki deneyimini, akademik tecrübelerini her fırsatta benimle paylaşan, her konuda ufkumu geliştiren danışmanım Sayın Doç. Dr. Ender Durualp'e büyük bir minnet borçluyum.

Beni bugünlere büyük bir özveriyle getiren, çalışmalarım ve fikirlerimde beni her zaman destekleyen biricik annem ve babam Hanife ve Uğur Baki Yersel ile kardeşim Göktuğ Yersel'e, tezimin veri toplama aşamasında sonsuz bir sabırla yardımlarını esirgemeyen Ayşe Kara ile Sayın Gonca Açıklı'e ve tezimin istatistik bölümünde içtenlikle yardım eden, sorularımı sabırla yanıtlayan Sayın Nazmiye Kurşun'a sonsuz teşekkürlerimle...

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASHA	American Speech-Language-Hearing Association
CHQ	Child Health Questioners
ÇİYKÖ	Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği
DİAB	Duygusal İşlevsellik Alt Boyut
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FİAB	Fiziksel İşlevsellik Alt Boyut
KINDL	KINDER Lebensqualitätsfragebogen: Children Quality of Life-Questionnaire
OİAB	Okul İşlevselliği Alt Boyutu
PAQLO	Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire
PedsQL	Pediatric Quality of Life Inventory TM
PİAB	Psikososyal İşlevsellik Alt Boyut
QOL	Quality of Life
SİYK	Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
IDQOL	Quality of Life Index
CDLQI	Children's Dermatology Life Quality Index
DFI	The Dermatitis Family Impact Questionnaire
WÇZÖ-IV	Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği-IV

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. İşitme Yetersizliğinin Derecesine Göre Sınıflandırılması-ASHA Kriteri	4
Çizelge 2.1. İşitme Yetersizliği Olan Çocuklara Ait Bazı Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı	35
Çizelge 2.2. Araştırmaya Alınan Anne ve Babalara Ait Bazı Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı	36
Çizelge 2.3. İşitme Yetersizliği Olan Çocuklara Ait Bazı Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı	37
Çizelge 2.4. Anneler ve Babalara Ait Bazı Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı	38
Çizelge 2.5. Araştırmadan Elde Edilen ÇİYKÖ Alt Boyutları İçin İç Tutarlık Sonuçları	42
Çizelge 2.6. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Normal Dağılıma Uygunluğu	45
Çizelge 3.1. Anne Görüşlerine Göre Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarına Ait Betimsel İstatistikler	46
Çizelge 3.2. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Anne Yaşına Göre Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları	47
Çizelge 3.3. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Anne Yaşına Göre Anova Sonuçları	47
Çizelge 3.4. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Anne Öğrenim Durumuna Göre Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları	48
Çizelge 3.5. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Anne Öğrenim Durumuna Göre Anova Sonuçları	48
Çizelge 3.6. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Anne Çalışma Durumuna Göre Mann Whitney U Sonuçları	49
Çizelge 3.7. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Anne Çalışma Durumuna Göre T Testi Sonuçları	49
Çizelge 3.8. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Anne Medeni Durumuna Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları	50

Çizelge 3.9. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Anne Medeni Durumuna Göre T Testi Sonuçları	50
Çizelge 3.10. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Annelerin Gelir Düzeyi Algılarına Göre Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları	51
Çizelge 3.11. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Annelerin Gelir Düzeyi Algısına Göre Anova Test Sonuçları	51
Çizelge 3.12. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Babaların Yaş Durumuna Göre Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları	53
Çizelge 3.13. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Babanın Yaşına Göre Anova Sonuçları	53
Çizelge 3.14. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Babanın Öğrenim Durumuna Göre Kruskal Wallis-H Testi Varyans Analizi Sonuçları	54
Çizelge 3.15. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Babanın Öğrenim Durumuna Göre Anova Sonuçları	54
Çizelge 3.16. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Babanın Çalışma Durumuna Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları	55
Çizelge 3.17. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Babanın Çalışma Durumuna Göre T Testi Sonuçları	55
Çizelge 3.18. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Annelerin Çocuk Sayısına Göre Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları	56
Çizelge 3.19. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Çocuk Sayılarına Göre Anova Sonuçları	56
Çizelge 3.20. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Kuruma Devam Eden Çocuk Sayısına Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları	57
Çizelge 3.21. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Kuruma Devam Eden Çocuk Sayılarına Göre T Testi Sonuçları	57
Çizelge 3.22. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Çocuğun Cinsiyetine Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları	59
Çizelge 3.23. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Çocukların Cinsiyetine Göre T Testi Sonuçları	59

Çizelge 3.24. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Çocuk Yaş Gruplarına Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları	60
Çizelge 3.25. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Çocuk Yaş Gruplarına Göre T Testi Sonuçları	60
Çizelge 3.26. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Annelerin Çocuklarının Devam Ettiği Okula Göre Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları	61
Çizelge 3.27. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Annelerin Çocuklarının Okul Durumuna Göre Anova Sonuçları	61
Çizelge 3.28. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Annelerin Çocuklarının Özel Eğitime Devam Ettiği Yıla Göre Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları	62
Çizelge 3.29. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Annelerin Çocuklarının Özel Eğitime Devam Ettiği Yıla Göre Anova Sonuçları	62
Çizelge 3.30. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Çocuğun İşitme Yetersizliği Derecesine Göre Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları	63
Çizelge 3.31. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Çocuğun İşitme Yetersizliği Derecesine Göre Anova Sonuçları	63
Çizelge 3.32. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Çocuklarda Dil-Konuşma Bozukluğu Durumuna Göre Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları	64
Çizelge 3.33. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Çocuklarda Dil-Konuşma Bozukluğu Durumuna Göre Anova Sonuçları	64
Çizelge 3.34. Anne Görüşlerine Göre Çocuğun Fiziksel İşlevselliği	66
Çizelge 3.35. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Özbakım Becerilerine Yönelik Sorun Yaşama Durumu	67
Çizelge 3.36. Anne Görüşlerine Göre Çocuğun Kaza ve Tehlikelerden Korunma ve Cihaz Kullanma Durumu	68
Çizelge 3.37. Anne Görüşlerine Göre Çocuğun Duygu Durumu	69
Çizelge 3.38. Anne Görüşlerine Göre Çocuğun Duygusal İlişkileri	70
Çizelge 3.39. Anne Görüşlerine Göre Çocuğun Yetersizlikten Dolayı Yaşadığı Problemler	72

Çizelge 3.40. Anne Görüşlerine Göre Sosyodemografik Özelliklerin Çocuğun Yaşam Kalitesine Etkisi	73
Çizelge 3.41. Annelerin Yetersizlikle İlgili Hizmetlere İlişkin Görüş, Endişe ve Yaşam Kalitesini Arttırmaya Yönelik Önerileri	78



1. GİRİŞ

Disiplinlerarası bir kavram olan yaşam kalitesi sosyoloji, psikoloji, iktisat, siyaset ve sağlık bilimleri gibi farklı alanlarda son yıllarda popüler bir kavram haline gelmiştir (Nemli, 2015). Yaşam kalitesi, belli yaşam şartlarında kişisel tatmini etkileyen rahatsızlıkların bedensel, ruhsal ve sosyal etkilerine günlük hayatta verilen kişisel cevap şeklinde tanımlanmaktadır (Eser ve ark., 2008). Bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında temel gereksinimlerinin karşılanması, özbakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin sıklığı, engel sahibi olmak, gelecek kaygısı taşımak, akut sağlık sorunları, kronik sağlık sorunları, ekonomik ve sosyal güvenceye sahip olmak, kendini ifade edebilmek, yakın çevreyle olumlu ilişkiler kurmak vb. faktörler bulunmaktadır (Perim, 2007).

Yaşam kalitesini belirleyen faktörlerden biri olan yetersizliğe sahip olmak, yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Duyusal kayıplar, işlevsel yetersizlikler ve bu durumların sonucunda görülen engellilik halleri yaşam kalitesinin öncelikli olarak ele alınmasını gerektiren durumlardır (Doğan ve ark., 2016). İşitme de yaşamla ilişki kurmaya yarayan, bireyin zihinsel ve dil gelişimi alanında önemli bir yere sahip temel duyulardandır (Genç ve ark., 2005). İşitme yetersizliği olan çocuklar dili anlama, sosyal iletişimi başlatma ve devam ettirme, akademik hayatta başarısızlık, sosyal ve duygusal gelişimde güçlükler yaşama ve bunların sonucunda sosyal izolasyon ve düşük özgüven problemleriyle karşı karşıya kalmaktadır (Ekim ve Ocakçı, 2012). Yaşanılan bu sıkıntılar, çocukların yaşam kalitelerinin de olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Elbasan ve ark., 2013; Hintermair ve ark., 2011; Keilman ve ark., 2007; Petrou ve ark., 2007 ; Strawbridge ve ark., 2000). Bu nedenle işitme yetersizliği yaşayan çocuklar ile ergenlerin yaşam kalitesinin belirlenmesi; çocuk ve ergenlerin hangi duyguları hissettiklerini, günlük yaşam becerilerini nasıl yaptıklarını, yetersizlik hali ve yetersizlik tedavisinden ne derece etkilendiklerinin tespit edilmesi, çocukların yaşam kalitelerine ışık tutması, çocuklara yönelik programlar ve hizmetlere olanak sağlaması, çocukların yaşam kalitelerinin

güçlendirilmesine yönelik ailelere, eğitimcilere ve uzmanlara öneriler sunması açısından son derece önemli görülmektedir.

Bu bölümde işitme yetersizliği, dil konuşma bozukluğu, yaşam kalitesi ve sözkonusu konularla ilgili yapılan araştırma örneklerine yer verilmiştir.

1.1. İşitme ve İşitme Yetersizliği

Sesin beyne ulaşma süreci işitme olarak adlandırılmaktadır. Bu süreç, çevresel faktörleri kontrol altına alarak ve işitme teknolojisini kullanarak, sinyallerin ses dalgalarına dönüşmesini içerir (Flexer, 2009, s:43). İşitmeyi meydana getiren aşamalar şunlardır:

- I. İşitmenin gerçekleşmesi için, ses dalgalarının atmosferin korti organına iletimi gerekmektedir.
- II. Kortide ses enerjisi biyokimyasal olaylar aracılığıyla mekanik enerjiden sinir enerjisine dönüşür.
- III. İç ve dış tüylü hücrelerde meydana gelen elektrik akımı kendisiyle alakalı sinir liflerini uyarır.
- IV. Tek tek gelen bu sinir iletimleri işitme merkezinde birleştirilir ve çözülür. Sonuçta sesin karakteri ve anlamı anlaşılır hale getirilmektedir (Kurtaran ve Altuntaş, 2015, s:269) .

İşitme sisteminin bir veya birden fazla noktasında meydana gelen patoloji, işitme yetersizliğinin sebebi olmaktadır. İşitme yetersizliği dış, orta, iç kulakta ve işitsel yollarda meydana gelen patolojiler sonucunda çevresel sesin algılanamaması şeklinde tanımlanmaktadır (Şahlı ve Belgin, 2011). Ülkemizde özel gereksinimi olan bireylerle ilgili en geniş çalışma 2010 yılında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından gerçekleştirilmiştir. Buna göre işitme yetersizliği yaşayan nüfus, nüfusun %5,9'unu oluşturmaktadır. Bunun da %9,6'sını sıfır-altı yaş, %17,4'ünü yedi-14 yaş, %20,9'unu ise 15-24 yaş arası oluşturmaktadır (TÜİK, 2010).

1.1.1. İşitme Yetersizliğinin Nedenleri

Çocuklarda işitme yetersizliği farklı gelişim dönemlerinde ortaya çıkmaktadır. Prenatal, perinatal ve postnatal dönemde görülen riskler, çocuklarda işitme kaybına neden olabilir. Belgin (2011, s:87), işitme kaybının nedenlerini aşağıdaki biçimde açıklamıştır:

Prenatal (Doğum Öncesi) Nedenler: Doğum öncesi dönem annenin hamileliği sırasında bebeğin ve annenin sağlık durumuyla ilgili bazı faktörler işitme yetersizliğine yol açabilir. Bu faktörler;

- Ailede ve yakın akrabalarda işitme yetersizliğinin görülmesi,
- Annenin X ışınlarına maruz kalması,
- Hamilelik sırasında annenin yaşadığı enfeksiyon hastalıkları,
- Hamilelik sırasında annenin ilaç ve alkol kullanması, sigara içmesi,
- Hamilelik sırasında geçirilen kazalar,
- Doğuştan gelen kulak yapısındaki bozukluklardır.

Perinatal (Doğum Sırası) Nedenler: Doğum anında yaşanan bazı problemlerin bebekte işitme yetersizliğine neden olabilir. Bu nedenler;

- Prematüre doğum,
- Çok düşük doğum ağırlığı (1500 gr ve altı),
- Anoksi-Hipoksi,
- Doğum travmaları vb. olarak sıralanabilir.

Postnatal (Doğum Sonrası) Nedenler: Doğum sonrasında çocuğun;

- Kızıl, kızamık, menenjit, boğmaca, difteri, kabakulak, otitis media vb. enfeksiyon rahatsızlıkları geçirmesi,

- Çocuğun kaza geçirmesi,
- Çocuğa verilen yüksek dozda antibiyotikler, postnatal dönemde işitme yetersizliğine yol açmaktadır.

1.1.2. İşitme Yetersizliğinin Sınıflandırılması

İşitme yetersizliği; işitme yetersizliğinin derecesi, işitme yetersizliğinin oluş yeri ve işitme yetersizliğinin oluş zamanına göre farklı biçimlerde sınıflandırıldığı görülmektedir.

1.1.2.1. İşitme Yetersizliğinin Derecesine Göre Sınıflandırılması

İşitme yetersizliğinin derecesine göre sınıflandırılmasında American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), Clark (1981)'in yaptığı sınıflandırmanın kullanılması gerektiğini bildirmiştir. Bu sınıflandırma aşağıdaki tablodadır.

Çizelge 1.1. İşitme Yetersizliğinin Derecesine Göre Sınıflandırılması-ASHA Kriteri

İşitme Yetersizliğinin Derecesi	İşitme Yetersizliğinin Aralığı
Normal	-10 ile 15 dB
Çok Hafif	16 ile 25 dB
Hafif	26 ile 40 dB
Orta	41 ile 55 dB
Orta-İleri	56 ile 70 dB
İleri	71 ile 90 dB
Çok İleri	91 dB ve üzeri

Stach (2010)'a göre işitme yetersizliğinin derecelerinin etkileri aşağıda açıklanmıştır:

Çok Hafif Düzeyde İşitme Yetersizliği: Gürültülü ortamlarda sessiz konuşmayı anlamada zorlanma olmasıdır.

Hafif Düzeyde İşitme Yetersizliği: Sessiz ortamlarda dahi sessiz veya uzak konuşmaları anlamada zorluk yaşanmasıdır.

Orta Düzeyde İşitme Yetersizliği: Konuşma seslerinin sadece yakından duyulabilmesidir.

Orta-İleri Düzeyde İşitme Yetersizliği: Yüksek sesli konuşmaları duyabilmedir.

İleri Düzeyde İşitme Yetersizliği: Konuşma sesini duyamamaktır.

Çok İleri Düzeyde İşitme Yetersizliği: Gürültülü seslerin duyulabilmesi; işitmenin temel iletişim kanalı olmamasıdır.

1.1.2.2. İşitme Yetersizliğinin Oluş Yerine Göre Sınıflandırılması

İşitme yetersizliği oluş yerine (meydana geldiği bölgeye göre) beş bölümde incelenir. Bunlar; iletim tipi, sensörinöral, mixt tip, retrokoklear ve fonksiyonel işitme yetersizliği başlıkları altında toplanmaktadır.

İletim Tipi İşitme Yetersizliği: İletim tipi işitme yetersizliği sesin, dış kulaktan kokleaya ulaşması sürecinde anormal derecede azalması veya sönümlenmesi şeklinde ortaya çıkan bir yetersizliktir. Dış kulak, ses dalgalarının timpanik membrana iletilmek üzere toplanması, yönlendirilmesi ve iletilmesi esasına göre çalışmaktadır. Timpanik membrandan enerji, kemikçikler vasıtası ile kokleaya ulaşır. Burada orta kulak ve dış kulak bir nevi iletim hattı oluştururlar. Bu sebeple burada ortaya çıkan kayıplara iletim tipi işitme kaybı adı verilir (Nemli, 2015). İletim tipi işitme yetersizlikleri medikal veya cerrahi yöntemlerle tedavi edilebilir (Kurtaran ve Altuntaş, 2015, s:269).

Sensörinöral Tip İşitme Yetersizliği: Sensörinöral işitme yetersizliği, koklea, işitme siniri ya da işitme yollarında meydana gelen sorunlardan kaynaklanan yetersizliktir. Bu işitme yetersizliği çocukluk çağında en sık görülen yetersizliktir. Yenidoğan ve bebeklerde işitme kaybı sıklığı 1000 sağ doğumda bir buçuk ile altı

arasındadır (Akdaş, 2012). Sensörinöral işitme kaybını oluşturan belli başlı nedenler arasında sendromik ve/veya işitme kayıpları, iç kulak anomalileri, ototoksik ilaçlar, radyasyon, ani işitme kaybı vb. yer almaktadır.

Mixt Tip İşitme Yetersizliği: Hem iletim tipi, hem de sensörinöral işitme bozuklukları birlikte görülür (Aydemir ve Zinciroğlu, 2004).

Retrokoklear Tip İşitme Yetersizliği: İç kulaktan sonra üst beyin merkezlerine kadar olan kısımdaki hasar veya lezyonların sonucunda görülen işitme kaybıdır. Bu işitme yetersizliğinin tipik klinik özelliği konuşmayı ayırt etme yüzdelerinin işitme eşiklerine kıyasla çok daha düşük olmasıdır. Bu nedenle özellikle çocuklarda konuşma testlerinin yapılması zor olduğu için, subjektif testlerle tanısı zordur (Kemaloğlu, 2017, s:2).

Fonksiyonel Tip İşitme Yetersizliği: Fonksiyonel tip işitme yetersizliği, yapılan subjektif ve objektif değerlendirmelerle işitme yetersizliğinin bulunmadığı saptanan ancak kişinin işitme ile ilgili şikâyetinin olduğu bir yetersizliktir (Kilercioğlu, 2015).

1.1.2.3. İşitme Yetersizliğinin Oluş Zamanına Göre Sınıflandırımı

İşitme yetersizliği, dil gelişimiyle olan ilişkisine göre üç grupta ele alınmaktadır. Bunlar; prelingual, perilingual ve postlingual işitme yetersizlikleridir.

Prelingual İşitme Yetersizliği: Prelingual işitme yetersizliği, doğuştan iki yaşa kadar olan sürede dilin karakteristik özelliklerini öğrenmeden gerçekleşen işitme yetersizliğidir. Bu işitme kayıplarının erken tespit edilebilmesi için “Yenidoğan İşitme Tarama Programları” geliştirilmiştir (Çolak, 2016).

Perilingual İşitme Yetersizliği: Dilin özelliklerinin öğrenilmesi sırasında oluşur. İki-altı yaş döneminde meydana gelir. Cihaz kullanımının ve gerekli eğitimin

sağlandığı durumlarda dil anlamında tatmin edici gelişmeler sağlanabilir (Can, 2009).

Postlingual İşitme Yetersizliği: İşitmenin konuşma öğrenildikten sonra yitirilmesidir. Genelde beş yaş ve sonrasında işitmesini yitiren çocuklar, postlingual (dil sonrası) işitme yetersizliğine sahip olarak sınıflandırılırlar (Erten, 2010).

1.1.3. İşitme Yetersizliğinin Değerlendirilmesi

İşitme yetersizliğinde odyolojik değerlendirmenin ilk adımı *gözlem ve öykü almadır*. Tanının doğru olması için aileden çocuğun tıbbi ve gelişimsel öyküsünün detaylı bir şekilde alınması gerektiği unutulmamalıdır (ASHA, 2004; Güven, 2015, s:231).

İşitme kaybının tanı ve değerlendirilmesinde kullanılan testler iki grupta toplanmaktadır.

1.1.3.1. Objektif Testler

Objektif testler sayesinde işitme sisteminin farklı kısımları, kişinin davranım göstermesine ihtiyaç kalmadan değerlendirilebilmektedir (Cankuvvet Aykut, 2017, s:101). İşitme yetersizliğinin tanısında en yaygın kullanılan objektif testler şunlardır:

Akustik İmmittansmetri: Kulak zarı ve orta kulak sisteminin sesi iletmedeki etkinliğini değerlendiren test yöntemidir. Bu değerlendirme orta kulak bozukluklarının ortaya çıkarılması, koklear ve retrokoklear patolojilerin ayırt edilmesi, saf ses odyometrik değerlendirmenin doğrulanması amaçları ile kullanılabilir (Cankuvvet Aykut, 2017; Stach, 2010).

Otoakustik Emisyon (OAE): Kokleada üretilen ve dış kulak yolundan ölçülebilen en düşük şiddetli ses enerjilerine “Otoakustik Emisyon” adı verilir.

OAE'ler temel olarak koklear fonksiyonun değerlendirilmesinde kullanılırlar. Objektif, pratik ve güvenilir oldukları için yeni doğan işitme taramalarında kullanılırlar ve pediatrik hasta grubunda faydalı olurlar. Ayrıca ABR ve immitansmetrik değerlendirmeler ile birlikte ele alınarak retrokoklear patolojilerin değerlendirilmesinde de kullanılabilirler (Belgin, 2015, s:69).

İşitsel Beyinsapı Davranım Testi (ABR): İşitsel Beyinsapı Davranım Testi (ABR) ile santral işitme sistemindeki belirli bir bölgenin, sese yönelik olarak ortaya çıkardığı elektrofizyolojik işlev ölçülmektedir (Stach, 2010).

1.1.3.2. Davranım Testleri

Yaşlara göre farklılık gösteren odyometrik incelemelerdir. Testlerin sonucu çocuğun olgunluk yaşı ve test eden kişinin becerisine bağlı olduğu için çoğu zaman tek başına yeterli görülmezler (İlarslan ve ark., 2005, s:379). Davranım testlerinden bazıları aşağıda açıklanmıştır:

Davranışsal Gözlem Odyometrisi (Sıfır-Altı ay): İşitsel uyarana karşı refleksif davranımlardır. İşitme duyarlılığına ait bilgi verir.

Görsel Pekiştireç Odyometrisi (Altı-36 ay): İşitsel uyarana karşı görsel pekiştireçle şartlanmış dönme davranımıdır. İşitme duyarlılığıyla ilgili bilgi vermeye yarar.

Oyun Odyometrisi (36-60 ay): İşitsel uyarana cevap olarak öğrenilmiş motor hareketlerdir. Eşik seviyesinde ve tüm frekanslarda güvenilir cevap elde edilir.

Saf Ses Odyometrisi (60 ay ve üstü): İşitsel uyarana cevap olarak istemli tepkilerdir. Eşik seviyesinde ve tüm frekanslarda güvenilir cevap elde edilir (Cankuvvet Aykut, 2017, s:101).

1.1.4. İşitme Yetersizliğinde Erken Tanı ve Erken Müdahalenin Önemi

İşitme yetersizliği, çocukların ve ergenlerin tüm gelişim alanlarını ve akademik başarılarını olumsuz yönde etkileyen duyu kaybıdır. Dil gelişimi alanında yaşanan gecikmeler öğrenme güçlüğüne ve bunun sonucunda akademik yetersizliğe yol açar. Yeteri düzeyde dış uyaran alamama zihinsel faaliyetlerin olumsuz yönde etkilenmesine, iletişimde yaşanan güçlükler sosyal alanda yalnızlık ve özgüvende eksikliğe ve meslek başarısının olumsuz yönde etkilenmesine neden olur (Kırman ve Sarı, 2011). Bu yüzden işitme yetersizliğinin erken tespiti ve gerekli müdahalelerin yapılması, çocuğun dil gelişiminin yanı sıra sosyal-duygusal ve akademik gelişimini ve kişiliğini olumlu yönde etkiler (Kennedy ve ark., 2006).

Erken tanılama ve işitme cihazının erken dönemde kullanılmaya başlaması ile işitme yetersizliği olan çocukların dil gelişimleri ve bunun sonucunda akademik başarılarının arttığına dair görüşler mevcuttur. Bu görüşler de evrensel düzeyde işitme taraması yöntemlerinin oluşturulmasına olanak tanımıştır. Erken tanıda yenidoğan işitme taramalarının uygulanması büyük öneme sahiptir. Günümüzde işitme kayıplı bebekler için erken tanı kriteri işitme kaybının doğumdan sonraki ilk üç ay içinde saptanarak kesinleştirilmesi, erken eğitim kriteri ise bebeğin en geç altı aylıkken cihazlandırılarak aile merkezli programlarda eğitime başlanması olarak kabul edilmektedir (Erenberg ve ark., 1999).

Ülkemizde de 2004 yılında “Ulusal Yenidoğan İşitme Taraması Kampanyası” başlatılmıştır. Bu tarama ile amaç bütün bebeklerin hastaneden taburcu olmadan önce işitmelerinin güvenilir ve doğru biçimde test edilmesidir. Bebeklik ve ilk çocukluğu kapsayan erken çocukluk dönemi her çocuğun yaşamındaki en önemli dönemdir. Bu kadar önemli bir dönemde gelişim sürecinin olumsuz etkilenmesi, çocukların gelişimsel gecikme, gelişimsel yetersizlik ya da gelişimsel gecikme riski yaşamalarına neden olmaktadır (Sola ve Diken, 2008). Gelişimsel gecikme yaşayan çocuklar için erken yıllar çocuğun gereksinimlerini gidermek için belirlenmiş erken müdahale stratejilerinden yararlanma olasılığının artmasına, ailelerin müdahale sürecinde kendilerine verilecek destekten yararlanabilmelerine, çocukların

öğrenmeye hazır bir şekilde okul dönemine ulaştıkları için okulların ve toplumların daha az maliyetle karşılaşmalarına olanak tanımaktadır (Bruder, 2010).

1.1.5. İşitme Yetersizliğinin Gelişim Alanlarına Etkisi

İşitme; iletişim, dil ve konuşma, öğrenme gibi becerilerin sağlıklı bir biçimde işleyebilmesi için oldukça önemli ve temel bir yere sahiptir. İşitme yetersizliği dil gelişimini, sosyal ilişkileri, bilişsel gelişimi, akademik başarıyı ve iş olanaklarını kısıtlama risklerini taşımaktadır (Belgin, 2015, s:69). İşitme yetersizliğinin iletişimsel yetersizliğe yol açma derecesini etkileyen faktörler, yetersizliğin derecesi, odyometrik konfügirasyonu, işitme yetersizliğinin tipi, konuşma algısındaki sorunun derecesi ve doğası, işitme yetersizliğinin başlangıç yaşı, yetersizliğin ani veya zamanla artarak devam edip etmemesi, hastanın iletişim ile ilgili beklentileri belirlemektedir (Stach, 2010). İşitme yetersizliğinin gelişim alanlarına olan etkisi aşağıda özetlenmiştir:

Bilişsel Gelişim: Bilişsel gelişim, dil gelişimi, iletişim becerilerinin gelişimi ve akademik gelişimle bağlantılı bir gelişim alanıdır. İşitme yetersizliği olan çocuk ve ergenlerin, dil ve kavram gelişimlerindeki yetersizlikler ile işitsel uyarıların yetersiz olması bilişsel gelişimin olumsuz etkilenmesine neden olur. Çocuklar ve ergenler, düşüncelerini ifade etmede ve başka kişilerin düşündüklerini anlama konusunda engelle yüzleşir. Erken tanı ve erken eğitim ile birçok çocuğun yetersizliğine karşın yaşitlarını yalnızca birkaç yıl geriden takip ettiği bildirilmektedir (Akçamete, 2003).

Fiziksel Gelişim: İşitme yetersizliğine sahip çocuklar, tipik gelişim gösteren çocuklarla kıyaslandığında, fiziksel gelişim alanında belirgin farklılık göstermeseler de, kulağın anatomik yapısındaki bozukluklar ve kulak anatomisinin gelişiminde belirgin farklılıklar görülebilir. Doğuştan kulak kemikçiklerinin ya da kokleanın olmaması veya yapısal bozukluklar, kulak kepçesinin olmaması gibi anatomik bozukluklar buna örnek olarak gösterilebilir (Çolpan, 2015, ; Doğan ve Akkaya, 2017).

Motor Gelişim: Motor gelişim alanında da işitme yetersizliğine sahip çocuklarla tipik gelişime sahip çocukların aynı gelişim basamaklarından geçtiği görülmektedir. Ancak koruyucu aile tutumu, işitme yetersizliğine eşlik eden ek bir gelişimsel problemin varlığı, bu çocuklarda motor gelişim hızını yavaşlatabilmektedir. Doğuştan işitme yetersizliğine sahip çocuklar sesleri duymadıklarından dolayı görsel motor becerilerinde gecikmeler yaşayabilir. Bunun sonucunda da, işitme yetersizliği olan çocukların genel dinamik koordinasyon, top yakalama, fırlatma, koşma gibi kaba motor becerileri gerçekleştirmede, davranışların tepki ve zamanında, yaşıtlarına göre anlamlı düzeyde farklılık olduğu ifade edilmektedir (Savelsberg ve ark., 1991). İşitme yetersizliğine eşlik eden nörolojik bozukluklar el-göz koordinasyonunu etkileyebilir, aşırı koruyucu aile tutumu da çocukların özbakım becerilerinde yaşıtlarına göre daha geride kalmalarına neden olabilir.

Psikososyal Gelişim: İşitme yetersizliği çocukların psikososyal gelişim alanını en fazla etkileyen yetersizliktir. Kluwin ve ark., (2002), gerçekleştirdikleri araştırmalarında işitme yetersizliği olan çocukların kendileri gibi işitme yetersizliği olan akranlarıyla daha fazla etkileşimde bulunduklarını, daha az sosyal olgunluğa sahip olduklarını ve yalnızlık duygusunun okul çağı ile birlikte artış gösterdiğini belirtmişlerdir. İşitme yetersizliği, çocuk ve ergenlerde yalnızlığa sebep olabilmektedir.

Akademik Gelişim: İşitme yetersizliği, çocuk ve ergenlerin akademik başarılarını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. İşitme yetersizliği olan çocuklarda, okuma yazma ve dili kullanmayı gerektirecek becerileri kazanma noktasında sorunlar görülmesi olasıdır (Van Oyen ve ark., 2001).

Dil Gelişimi: İşitme yetersizliği, etkisini en çok dil gelişimi ve iletişim alanlarında göstermektedir. İşitme yetersizliği yaşayan çocuk ve ergenlerin işitme kayıpları, alıcı ve ifade edici dil becerilerinin olumsuz yönde etkilenmesine sonuçta işitme yetersizliği yaşayan çocuk ve ergenin dili kullanma becerilerinde sorunlar yaşamasına sebep olmaktadır (Akçamete ve Gürgür, 2009 ; Smith, 2001).

İşitme yetersizliği olan çocukların sözlü dilde mecaz ve soyut kavramlar yerine somut anlamlı ifadeler tercih ettikleri, tipik gelişim gösteren akranlarına göre daha kısa ve basit cümleler kullandıkları, bağlaç, edat, fiilimsi gibi yapıları eksik veya hatalı kullandıkları, eş sesli ve mecaz anlamlı sözcükleri anlamada zorluk yaşadığı görülmektedir (Tüfekçioğlu, 2007). Yine işitme kaybı olan çocuk ve ergenlerin işiten bireyler kadar etkili bir iletişim kurması zordur. Abartılı ağız hareketleri, bağırarak konuşma, konuşmanın akıcılığını etkileyecek kadar yavaş konuşma, yüze bakmadan iletişim kurmaya çalışma işitme yetersizliği yaşayan çocuk ve ergenlerin iletişim kurmalarını zorlaştırmaktadır (Doğan ve Akkaya, 2017).

İşitsel girdilerin az olmasından dolayı dilde yaşanan bu zorluklar, kişilerin dil konuşma bozukluğu yaşamasına neden olmaktadır. Bu nedenle bu bölümde dil-konuşma bozukluğu, sınıflandırılması, sıklığı, nedenleri, çocuk ve ergenin gelişimine etkisi ele alınmıştır.

1.2. Dil-Konuşma Bozukluğu

Sağlıklı bir işitmenin, sağlıklı dil ve konuşma gelişiminde önemli bir rolü vardır. İşitme yetersizliği, etkisini dil ve konuşma üzerinde göstermekte ve bu etkiler dil-konuşma bozukluklarına neden olabilmektedir. İşitme yetersizliği tanısı almış birçok çocukta dil-konuşma bozuklukları tanısı da mevcuttur. Dil-konuşma bozuklukları, çocuğun akademik performansını olumsuz yönde etkileyecek ses, akıcılık ve artükülasyon problemleri ile alıcı ve ifade edici dildeki iletişim bozuklukları olarak tanımlanmaktadır (IDEA, 2004).

1.2.1. Dil-Konuşma Bozukluklarının Sınıflandırılması

Dil-konuşma bozukluklarının sınıflandırılmasında farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) dil-konuşma bozukluklarını dil bozuklukları ve konuşma bozuklukları olarak iki bölüme ayırmış, konuşma bozukluğunu “Sesletim (Artükülasyon) Bozukluğu, Akıcılık

Bozukluğu ve Ses Bozukluğu” olarak sınıflandırmıştır. ASHA, dil bozukluğunu ise “konuşma, yazı ve diğer sembol sistemlerinin algılaması ve kullanılması alanında gözlenen bozukluk” olarak tanımlamış, bu bozukluğun ise dilin/lisanın biçimi, dilin içeriği, dilin iletişimde işlevini kapsayabileceğini ifade etmiştir (Konrot, 2007, s:227). Milli Eğitim Bakanlığı (2008) da Dil ve Konuşma Güçlüğü Destek Eğitim Programı’nda, kişilerin yaşadıkları sorunları göz önüne alarak sınıflandırma yapmıştır. Sınıflandırma, “Sesletim ve Ses Bilgisi, Akıcı Konuşma, Ses Bozukluklarının Sağaltımı, Gelişimsel Dil, Edinilmiş Dil Bozukluklarının Sağaltımı” biçiminde düzenlenmiştir.

Sesletim (Artükülasyon) Bozukluğu: Konuşma seslerinin çıkarılış yeri, şekli, hızı, zamanlaması ve basıncının yanlış üretiminin neden olduğu bozukluklardır (Topbaş, 2006).

Akıcılık Bozukluğu: Özellikle çocuklarda oldukça sık görülen konuşma akışındaki bozuklukların en yaygın örneklerinden birisi de kekemeliktir. İki-altı yaşlarında görülmeye başlanan kekemelik tekrar, duraklama ve ses uzatmalarıyla konuşma ritminin aksaması şeklinde görülür (Ege, 2006) .

Ses Bozuklukları: Doğuştan, kafa, boyun ya da göğüs travması, psikojenik ya da ses mekanizmasının yanlış kullanımı gibi pek çok sebebe bağlı ortaya çıkabilen ve sesin güçsüz olması, afoni, gergin ses, düşük perde, ses şiddetinde değişiklikler görülmesi, konuşma esnasında boğazda hissedilen farklı sorunlar ile belirti gösteren bir bozukluktur (Özkan ve Demirhan, 2014).

Gelişimsel Dil Bozukluğu: Gelişimsel dil bozukluğu, zihinsel yetersizlik, işitme kaybı, genetik bir bozukluk sonucu veya bu durumlardan bağımsız olarak ortaya çıkabilen dil bozukluğudur (Turan ve Akoğlu, 2011).

Edinilmiş Dil Bozuklukları: Doğumdan sonraki bir zamanda geçirilen bir kaza, yaralanma, travma vb. olaylar sonucunda ortaya çıkmaktadır (Turan ve Akoğlu, 2011).

1.2.2. Dil-Konuşma Bozukluklarının Görülme Sıklığı

TÜİK (2015) verilerine göre ülkemizde konuşma bozukluğu, tutukluk, kekemelik gibi sebeplerden ötürü konuşma güçlüğü görülen nüfusun (üç ve daha üstü yaşta) oranı %0,7'dir. Konuşma güçlüğü çeken erkeklerde oran %0,8 iken kadınlarda bu oran %0,6'dır.

1.2.3. Dil-Konuşma Bozukluklarının Nedenleri

Dil-konuşma bozukluklarının birçok alt grubunun nedeni bilinmemekle birlikte, bazı biyolojik ve çevresel faktörlerin dil-konuşma bozukluğunun görülmesinde etkili olduğu belirtilmektedir. Bu faktörler arasında beyin ve sinir sistemindeki bozukluklar, konuşmayı sağlayan organlardaki bozukluklar, sesin yanlış kullanılması sayılabilir (Bishop, 2002; Wang ve Baron, 1997). Bununla birlikte işitme yetersizliği zihinsel engel, görme engeli, otizm, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, duygusal bozukluklar da dil-konuşma problemine neden olarak gösterilebilmektedir. Ayrıca sık tekrarlayan kulak enfeksiyonlarının da işitme problemine neden olduğu, dolayısıyla dil gelişimini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir.

1.2.4. Dil-Konuşma Bozukluklarının Gelişime Etkisi

Dil-konuşma bozukluğu görülen çocukların özellikleri birçok alanda tipik gelişim gösteren çocukların özellikleriyle benzerlik gösterse de çocuklarda zaman zaman çeşitli problemler görülmektedir. Dil-konuşma bozukluğunun etkilerini en yoğun gösterdiği alanlardan birisi dil gelişimidir. Dil-konuşma bozukluğu olan çocuk ve ergenler cümle kurmakta güçlük çektikleri için arzu ve isteklerini sözcüklerle

anlatmak yerine jest, mimik veya işaretlerle anlatmaya çalışırlar. Başkalarının konuşmalarına ilgi duymaz ve dinlemezler. Sesleri çok çabuk çıkarmalarından dolayı konuşmalarını takip etmek oldukça güçtür (Gürsoy ve Aral, 2008)

Dil-konuşma bozuklukları, bazen bilişsel gelişimde de gecikmelere neden olabilmektedir. Adler ve King (1994)'e göre, nesne kavramı ve neden-sonuç ilişkisinin öğrenimi dil öğrenimi ile ilgili önemli bilişsel yeteneklerdendir ve dil-konuşma bozukluğu olan çocukların bilişsel becerilerin bir kısmını veya tamamını elde edememiş olabileceği söylenebilir. Ayrıca bu çocuklar düşünme yeteneklerinde de problemler yaşamaktadır.

Dil-konuşma bozukluklarında, çocuk ve ergenin karşısına çıkan gerçek veya algıladığı engeller; sosyal, eğitsel ve mesleki çabalarında kısıtlamalara sebep olabilir. Karşılaşılan bu sorunlar, bireyi fiziksel sorunlardan daha fazla etkileme potansiyeline sahip olabilmektedir (Erdem, 2013).

1.3. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, psikoloji, sosyoloji, sosyal hizmet, siyaset bilimi, sağlık, ekonomi vb. gibi pek çok alanda irdelenen disiplinlerarası bir kavramdır. Bu nedenle yaşam kalitesine yönelik tanımlar oldukça fazladır. Psikoloji alanındaki araştırmalarda tatmin ve mutluluk gibi kavramlar ön plandayken; iktisat araştırmalarında bireylerin iyilik hallerini sürdürmeleri ön plandadır (Rahman ve ark., 2011). Dünya Sağlık Örgütü (1997), yaşam kalitesini “Bireylerin yaşadığı kültür ve değer sistemi çerçevesinde kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişelerine ilişkin olarak yaşamdaki konumlarını nasıl algıladıklarıdır.” biçiminde tanımlamıştır. Schalock (2000) kişinin hayatındaki duygusal yeterlilik, şahıslararası ilişki, evlilik yeterliği, kişisel gelişim, fiziksel yeterlik, bağımsız karar alabilme, sosyal kaynaşma ve haklar olmak üzere sekiz temel başlıkla ilişkili ve bireyin arzu ettiği yaşam koşullarına denk bir kavram olarak açıklamıştır. Sonuçta yaşam kalitesi kavramı bireyin içinde bulunduğu yaşam koşulları ile beraber fiziksel, duygusal ve

sosyal davranışlarındaki algı ve onlara verdiği yanıtları içeren evrensel bir kavramdır (Sezer, 2012).

Yaşam kalitesini inceleyen çalışmalar başlangıçta sosyoloji ve psikoloji alanında yoğunlaşsa da gelişen teknoloji, sağlık alanında yaşanan gelişmeler ve buna bağlı olarak yaşam süresinin uzama beklentisi, sağlık alanında da yaşam kalitesi çalışmalarına hız kazandırmıştır. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SIYK), hastanın kendi sağlığından hoşnut olma durumuyla alakalı öznel algısı biçiminde tanımlanmaktadır (Fırat, 2014).

1.3.1. Yaşam Kalitesi Göstergeleri

Yaşam kalitesinin göstergeleri, objektif boyut ve subjektif boyut olarak iki kısımda ele alınmaktadır. Subjektif yaşam kalitesi psikolojik iyilik halinin açıklamasıyken, objektif yaşam kalitesi de fiziksel iyilik halini içermektedir. Yaşam kalitesinde objektif göstergeler temelde fiziksel iyilik hali kavramıyla açıklanabilmektedir. Fiziksel iyilik hali; fiziki etkinlikleri yaparken karşılaşılan zorluk, işlevsel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık bulguları ve sağlık durumuyla alakalı konuları içerir. Subjektif göstergeler de temel olarak psikolojik iyilik halini yansıtır ve duygusal iyilik hali, yaşam tatmini, psikolojik etki ile ilişkili noktaları içermektedir (Kaplan, 1998; Koot, 2002).

1.3.2. Çocuk ve Ergenlerde Yaşam Kalitesinin Önemi

Çocuk ve ergenler açısından ele alındığında yaşam kalitesi; çocuklar ve ergenlerin fiziksel, sosyal ve duygusal fonksiyonlarının yanı sıra, gelişim dönemlerinde meydana gelen değişimlere de duyarlı olması şeklinde tanımlanmaktadır (Bradlyn ve ark., 1996). Çocuklarda gelişim dönemleri nedeniyle yaşam kalitesinin tespiti yetişkinlerden ve kendi içindeki değişik dönemlerden farklı olmaktadır. Kronik hastalık sahibi çocuk da tipik gelişim gösteren çocukların gelişim basamaklarından geçseler de, çocuğun mental ve motor gelişimini olumsuz biçimde

etkileyen bir kronik hastalık olduğunda; bu basamakların başarı ile atlatılması son derece zor olmaktadır (Eser ve ark., 2008).

Bütün yaş dönemlerinde çocuğun yetersizliği algılayışı yaşam kalitesini etkileyen faktörlerdendir. Okul öncesi dönemdeki çocuklar yetersizliği sihir, kötü davranışın sonucu ve tedaviyi de ceza aracı şeklinde düşünebilir (Tan, 1994). Okul öncesi dönemdeki çocuklar tedavinin sebeplerini anlamada problem yaşayabilir, ağrı gibi yaşam kalitesi kistaslarından bazılarını değerlendirerek dile getirmekte zorlanabilir (Tekeli, 2004). Okul çağı çocuklarının gelişiminde ise okul önemli bir yere sahiptir. Okul çağında hastalık veya yetersizlik öğrenmeyi ve ders başarısını olumsuz etkiler ve bu durum uzun vadede ciddi problemlere sebep olabilmektedir. Yetersizliğin veya tedavi sürecinin sonucunda halsizlik ve yorgunluk nedeniyle okula devamsızlık, spor aktivitelerine katılamama ve sonuçta sosyal ilişkilerde ve özgüvende azalma gözlenmektedir (Casas, 1997). Ergenlerde ise yetersizlikten dolayı ebeveynlere bağılılık sürmekte, ebeveyn-çocuk ilişkisi zarar görmektedir. Öğrenim hayatında kritik kararların alındığı ve sınavların olduğu bir dönem olduğu için geleceğe dair pek çok plan da çocuğun yetersizlik durumundan etkilenebilmektedir. Küçük çocuklar yetersizlikleri hakkında kısa bir bilgilendirmeye yetinirken ergenler hastalığın nedenleri, oluş mekanizması ve tedavi süreci gibi konularda daha kapsamlı bir açıklamaya gereksinim duyarlar. Ayrıca, hayatı tehdit eden durumları küçük çocuklara kıyasla iyi kavrayabilmektedir (Casas, 1997).

Tüm bu açıklamalar göz önüne alındığında erken yaşlarda yaşam kalitesinin tespitinin, ilerleyen yaşlarda oluşabilecek yaşam kalitesi sorunlarından korunma ve sorunların önlenmesi açısından önemli olduğunu göstermektedir (Eiser, 1997; Eiser ve Morse, 2001).

1.3.3. Çocuk ve Ergenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Çocuklarla yetişkinlerin yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde ciddi farklılıklar olacağı bilinmektedir. Erişkinlerin yaşam kalitesi değerlendirmelerinde

fiziksel işlevsellik ön plana çıkmakta ve bunlar da genel olarak öz bakım, aile içi sorumluluklar, merdiven çıkma veya evi süpürebilme vb. aktivitelere odaklanmaktadır. Ancak çocuklar için daha basit olarak yemek yeme, kendi başına tuvalete gidebilme, oyun oynayabilme vb. aktivitelerin değerlendirilmesi söz konusu olmaktadır. Sosyal işlevsellik açısından da ciddi farklılıklar olacağı bir gerçektir. Erişkin bireylerin, sosyal işlevsellik alanı belirlenirken okul ya da arkadaş ilişkisi önemli değilken çocuklar açısından arkadaşlar ile görüşme, birlikte oyun oynama, okula uyum düzeyi ön plana çıkmaktadır. Bu sebeple yetişkinlerde kullanılan değerlendirme araçlarının ergenlerde, ergenlere yönelik geliştirilen değerlendirme araçlarının çocuklarda kullanılmasının uygun olmadığı belirtilmektedir (Eiser, 1997; Matza ve ark., 2004).

Çocuklar ve ergenlerin yaşam kalitesini doğru biçimde anlayabilmek için, ebeveyn-çocuk ve/veya ergenin değerlendirmesinin birlikte ele alınması gerekmektedir (Demirsoy, 2013). Ancak özellikle küçük çocukların okuma-yazma becerileri veya bilişsel yeterlilikleri açısından kendi kendilerine değerlendirme araçlarını doldurmaları mümkün olmadığından yaygın olarak ebeveyn veya öğretmenler tarafından doldurulan formlar tercih edilmektedir. Özellikle çok küçük çocukların, formu dolduramayacak durumdaki hastaların veya bilişsel olarak yetersiz olan yaşlıların varlığı durumunda ebeveyn-yakını-öğretmen tarafından doldurulan formların faydalı olabileceği düşüncesi yaygınlaşmıştır (Eiser ve Morse, 2001; Sprangers ve Aaronson, 1992).

Çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerini değerlendirmeye yönelik kullanılan ölçme araçları yetişkinlerin yaşam kalitesini değerlendiren ölçme araçlarına göre daha sınırlıdır. Ülkemizde geçerlik güvenirlik çalışması yapılan çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesini değerlendiren ölçeklerden bazıları şunlardır:

Çocuk Sağlığı Anketi - Child Health Questiones (CHQ): 1998 yılında Aitken ve ark. tarafından geliştirilen ölçek dört-18 yaşlarındaki çocuk ve ergenlerin genel yaşam kalitesini değerlendirmektedir. Özdoğan ve ark. (2001), ölçeğin

geçerlilik güvenirlik çalışmalarını Juvenil İdiopatik Artriti olan hastalarda yapmıştır.

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) - Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL): İki–18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini değerlendirebilmek amacıyla Varni ve ark. (1999) geliştirmiştir. Türkiye’de Çakın Memik (2005) tarafından sekiz–18 yaşlar için, Üneri (2005) tarafından iki–yedi yaşları için geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçek Türkçeye Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) ismiyle uyarlanmıştır.

KINDER Lebensqualitätsfragebogen: Children Quality of Life-Questionnaire (KINDL): Ravens-Sieberer ve Bullinger (1998) tarafından Almanca geliştirilmiştir. Yaşa özel sürümleri çocuk gelişimindeki yaşam kalitesinin boyutlarında gözlenebilen değişimi göz önünde tutmaktadır. Çocukların cevapladığı Kid-KINDL (Sekiz-11 Yaş) ve ergenlerin cevapladığı Kiddo-KINDL (12-16 Yaş) mevcuttur. KINDL 2008 yılında Eser ve ark. tarafından Türkçeye çevrilmiştir ve geçerlik güvenirliği yüksek bir yaşam kalitesi ölçeği olarak değerlendirilmektedir.

Çocuklar İçin Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği - Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLO): Juniper EF ve ark. (1996) yılında geliştirilen ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını Yüksel ve ark. (2004) yapmıştır. Ölçek, yedi-17 yaşları arasındaki astım hastası olan çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

1.3.4. İşitme Yetersizliğinde Yaşam Kalitesi ve Önemi

İşitme, dil gelişimi, konuşma ve öğrenme üzerinde kritik bir etki ve öneme sahiptir. İşitme yetersizliğinin tipi, derecesi, ortaya çıkış yaşı bireylerin yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Özellikle dil öncesi dönemde ortaya çıkıp müdahale edilmezse, çocuğun gelişiminde çok riskli bir probleme sebep olmaktadır. İşitmenin azalması ve bunun sonucunda iletişimde yaşanan sorunlar

çocuk ve ergen için son derece moral bozucu bir süreçtir. Bu dönemde depresyon ve yaşamdaki işlevsellikte azalmalar, işitme yetersizliği olan çocuk ve ergenin yaşadıkları zorlukların artmasına neden olur (Yueh ve ark., 2003). İşitme kaybının hafif düzeyde olması bile çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki yaratabilmektedir (Wake ve ark., 2004). Bu nedenle Raj ve Kumari (2014), işitme yetersizliği olan çocukların dinleme becerileri, işitme cihazı kullanmaları, dil becerisi ve konuşma becerilerine ek olarak yaşam kalitelerinin de takip edilmeleri gerektiğinin önemini vurgulamıştır.

İşitme yetersizliği olan çocuk ve ergenlerin deneyimlerini ve yaşam kalitelerini anlamak; işitme yetersizliğiyle ortaya çıkan işlevsel engelleri, kayıp ve zorlukları anlamakla gerçekleşir (Doğan ve ark., 2016). İşitme yetersizliği olan çocuklarda genel olarak iletişimsel uyum, zekâ, akademik başarı, işitme kaybı ileri ve çok ileri olan küçük çocuklarda ise alıcı ve ifade edici dilde kısıtlılık, amplifikasyonun dil ile ilgili sorunları dengelemede yetersiz olduğu görülmektedir (Raj ve Swarna, 2014). Yetersizliğin şiddetinin artmasıyla yaşam kalitesinin de azaldığını gösteren araştırmalar genelde fiziksel yönü ağır basan hastalıklarda görülmüştür (Bordeianou ve ark., 2015; Chou ve ark., 2015).

1.4. İşitme Yetersizliği ve Yaşam Kalitesi ile İlgili Alanyazında Yapılmış Çalışmalar

Yapılan çalışmalar incelendiğinde işitme yetersizliği olan çocukların ve ergenlerin yaşam kalitelerinin ayrı olarak ele alındığı görülmüştür. Farklı hastalık ve tanıya sahip çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinin incelendiği araştırmalar mevcuttur. İşitme yetersizliği olan çocukların yaşam kalitelerinin incelendiği çalışmaların sınırlı olduğu dikkat çekmektedir. Bu konularda Türkiye’de ve dünyada yapılan araştırmalar aşağıda özetlenmiştir.

1.4.1. İşitme Yetersizliği ve Yaşam Kalitesi ile İlgili Türkiye’de Yapılmış Çalışmalar

Konuk (2005), Zonguldak ili merkezinde yaşayan, yedi ila 11 yaş arası işitme yetersizliği yaşayan ve yaşamayan çocukların psikososyal gelişimini karşılaştırmıştır. Araştırmanın örneklemini konuşma dönemi öncesinde işitmesini yitiren yedi ila 11 yaş grubu 30 işitme engelli çocuk ile normal işiten 67 çocuk oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak Yavuzer tarafından Türk çocuklarına uyarlanan, 135 maddeden oluşan Psiko-Sosyal Gelişim Ölçeği kullanılmıştır. Değerlendirme sonucunda yedi ve 11 yaş işitme engelli çocukların normal işiten yaşıtlarından daha düşük psikososyal gelişime sahip oldukları bulunmuştur. Yaş ile psikososyal gelişim arasındaki ilişkiyi belirlemek açısından değerlendirme yapıldığında, yaşı artmasıyla psikososyal gelişimin güçlendiği belirlenmiştir. Her iki grupta, araştırmaya katılan erkek çocukların puan ortalamasının kızların ortalamasından yüksek olarak saptanmıştır. Yine iki grupta da orta sosyoekonomik düzeydeki çocukların puanının, sosyoekonomik açıdan daha kötü durumda olan çocuklara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Küçük ve Arıkan (2006), işitme yetersizliği olan çocukların toplumsal uyum problemlerini belirlemek ve sosyodemografik değişkenlerle karşılaştırmak amacıyla Erzurum’da işitme engelliler okulunda öğrenim gören 13 yaş ve üzerinde olan 50 ergenle bir araştırma yürütmüştür. Araştırma sonucunda, ergenlerin büyük bir çoğunluğunun 13-15 yaş aralığında, yine çoğunun erkek olduğu görülmüştür. Bulgulara göre, işitme yetersizliği olan ergenlerin %42’si işitme cihazı kullanmakta, %58’i dudak okuyabilmekte, işitme cihazı kullanan ergenlerden %81’i ise insanlarla kaynaşabilmektedir.

Üneri ve ark. (2009), 13 ila 18 yaş arası, ilk defa migren tanısı alan ergenlerin yaşam kalitelerini incelemişlerdir. Örnekleme Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) uygulanmıştır. Migren tanılı ergenlerin ÇİYKÖ puan ve alt boyutlarının tamamı, sağlıklı ergenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olarak değerlendirilmiştir.

Kartal (2009), yatılı-gündüzlü ilköğretime devam eden işitme yetersizliği olan ergenlerin benlik kavramı ve akademik başarısı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Verilerin toplanmasında, Piers-Harris Çocuklarda Öz-Kavramı Ölçeği ve çocukların okul başarısını değerlendirmek amacıyla öğrencilerin ders notları kullanılmıştır. Araştırma dört, beş, altı, yedi ve sekizinci sınıflara devam eden 130 ergen üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bulgular, yatılı ve gündüzlü öğrenimdeki işitme yetersizliği olan ergenlerin benlik kavramı ve okul başarıları arasında manidar bir ilişki olduğunu ve farklı ortamlarda öğrenim gören işitme yetersizliği olan ergenlerin benlik kavramı seviyeleri arasında anlamlı fark bulunmadığını göstermiştir.

Yavuz ve ark. (2010), işitme yetersizliği olan ve olmayan dokuz-17 yaş arasındaki çocukların sosyal uyumlarını karşılaştırmıştır. Ankara'da özel rehabilitasyon merkezine devam eden kırk işitme yetersizliği olan çocuk ve bir etüt eğitim merkezindeki işitme yetersizliği olmayan kırk çocuk olmak üzere 80 çocuk araştırmaya katılmıştır. Verilerin toplanmasında Hacettepe Kişilik Envanteri-Sosyal Uyum Alt Ölçeği tercih edilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; işitme yetersizliği olan ve olmayan çocukların sosyal uyum puanları arasında işitme yetersizliği olmayan çocukların avantajına anlamlı bir fark olduğu söylenebilir.

Kanyılmaz ve ark. (2010), sağlıklı ve işitme yetersizliği olan ergenlerin mesleki tercihlerinin karşılaştırılması ve etkileyen faktörlerin belirlenmesini amaçladıkları çalışma 119 işitme yetersizliği olan 119 sağlıklı olmak üzere toplam 238 ergenle yürütülmüştür. Seçilen meslekler için gerekli eğitim seviyesi kıstası 11 sene şeklinde belirlenmiştir. Ayakkabı boyacılığı, demircilik, marangozluk vb. meslekler 11 seneden az eğitim gerektiren; pilot, öğretmen, doktor, hemşire gibi meslekler ise 11 sene ve üstünde eğitim gerektiren meslekler olarak yer almıştır. Seçilen meslek için gereken eğitim seviyesini etkileyen etmenlere bakıldığında, işitme yetersizliği okuluna devam eden ergenler ile erkeklerin diğer gruplara göre daha fazla oranda 11 seneden az eğitim gerektiren meslek tercihinde bulundukları görülmüştür. Halen devam edilen sınıf, annenin yaşı, çalışma durumu ve eğitimi ile babanın yaşı, çalışma durumu ve eğitiminin tercih edilen meslek için gereken eğitim seviyesi ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Kariyer ve meslek tercihi,

konusunda özellikle çok ileri derecede işitme yetersizliği yaşayan ergenlerin henüz yaşamlarının ilk yıllarında beklentilerini yüksek tutmadıkları saptanmıştır.

Durualp ve ark. (2010), sekiz-18 yaş arası kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların yaşam kalitesi düzeylerini karşılaştırmak için bir çalışma yürütmüştür. Verileri toplamak için Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Çocuk-Ergen ve Ebeveyn Formu'ndan yararlanılmış, sonuç olarak sağlık problemi olmayan çocuk, ergen ve ebeveynlerinin bildirimlerine göre saptanan yaşam kalitesi kronik hastalığı olan çocuk ergen ve ebeveynlerin bildirimlerinden daha yüksektir.

Yıldız ve ark. (2010), dikkat eksikliği ve hiperaktivite (DEHB) tansı almış çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, DEHB'nun şiddeti ve eştanı olma durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin saptanması ve sonuçların normal gelişen kontrol grubu ile karşılaştırılmasını amaçlayan bir araştırma yürütmüşlerdir. Veriler Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ), DEHB tanılı çocukların belirti şiddeti Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları İçin DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBÖ) ile toplanmıştır. Araştırmanın sonunda, DEHB'nun çocuk ve ergen ile ebeveyn bildirimlerinde yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir faktör olarak dikkat çektiği söylenebilir.

Açak ve Karademir (2011), ilköğretim okullarındaki işitme yetersizliği olan çocuk ve ergenlerin spor faaliyetlerine katılma durumunu ve bazı değişkenlere göre benlik saygılarının nasıl etkilendiğini saptamak amacıyla bir araştırma gerçekleştirmişlerdir. Araştırmanın örneklemini 1274 ergen oluşturmuştur. Araştırmada benlik saygısı Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile belirlenmiştir. Sonuçta, ergenlerin benlik saygısının cinsiyet bakımından anlamlı farklılık göstermediği, spor etkinliklerine katılımın ise benlik saygısını arttırdığı, kulaklık ile duyanların benlik saygısının yüksek olduğu görülmüştür. Araştırma sonunda, işitme yetersizliği olan sporcular üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu düşünülen sosyal ve sportif faaliyetleri arttırmanın işitme yetersizliği yaşayan bireylerin toplumla iletişim ve uyum sağlamada kolaylık göstermesi ve benlik saygılarının yükseltilmesi açısından kıymetli olabileceği görülmüştür.

Şirinkan (2011), 10-15 yaşlarında işitme yetersizliği olan ergenlerde sportif eğitsel oyunların fiziksel gelişimlerine etkisini inceleyen bir çalışma gerçekleştirmiştir. Araştırmaya 21 deney grubu ve 21 kontrol grubu olmak üzere 42 ergen katılmıştır. Araştırma cumartesi ve pazar günleri 90 dakikalık çalışma olarak sürdürülmüş, çalışmalar öncesinde çocuklara Brockport Fiziksel Uygunluk Testleri uygulanmıştır. Dört aylık çalışma sonrasında bu testler ergenlere yeniden uygulanmıştır. Yapılan eğitsel oyun çalışmaları kuvvet, sürat, çabukluk, denge ve koordinasyon amacıyla seçilmiş ve her çalışmada bu motorsal özelliklerle ilgili oyunlara yer verilmiştir. Araştırmadan elde edilen en önemli sonuç, eğitsel oyunların işitme yetersizliği olan ergenlerin fiziksel özelliklerine katkı sağladığı yönünde olmuştur.

Ateş ve Akbaş (2012), araştırmalarında 14-18 yaş arası ergenlerin kuraldışı davranışların aile işlevselliği ve yaşam kalitesi perspektifinden incelenmesini amaçlamıştır. Dokuz, 10, 11 ve 12. sınıflara devam eden 695 ergen araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Kuraldışı Davranış Ölçeği, Aile Değerlendirme Ölçeği, Kiddo Kindl Yaşam Kalitesi Ölçeği ile veriler toplanmıştır. Araştırmanın sonucunda yaşam kalitesi düştükçe ergenlerin kuraldışı davranış sıklığının arttığı bulunmuştur.

Yıldız ve ark. (2012), 12-16 yaş arasında işitme yetersizliği olan sporcuların cinsiyet etmenine göre sosyal kaygı düzeylerini incelenmesini amaçladığı çalışmada, erkek sporcuların olumsuz değerlendirme korkularının kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, fakat genel ve yeni durumlarda sosyal kaçınma ile cinsiyet etmeni arasında anlamlı farkın olmadığı tespit edilmiştir.

Kirazlı (2014), dokuz-11 yaş arası koklear implant kullanıcısı çocukların genel ve duygusal zekâ, zihin kuramı, duyguları ve yüz ifadelerini tanıma ve uyum becerilerini incelediği araştırmasının örneklemini 66 koklear implantlı çocuk, aileleri ve öğretmenleri oluşturmuştur. Çocukların zekâ değerlendirmesi Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği-IV (WÇZÖ-IV) ile duygusal zekâ ölçümleri Bar-On Duygusal Zekâ Ölçeği: Çocuk ve Ergen Formu'nu anne-babaların doldurmasıyla, ruhsal uyum değerlendirmesi de ebeveynlerin Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği'ni doldurmasıyla

elde edilmiştir. Katılımcıların sosyal duygusal uyumları ise Meadow-Kendall Sağır ve İşitme Engelli Öğrenciler için Sosyal-Duygusal Değerlendirme Envanteri'nin (SDDE) öğretmenler tarafından doldurulmasıyla elde edilmiştir. Duygu ifadelerini anlama ve adlandırma becerilerini değerlendirmek amacıyla altı duygu (mutlu, üzgün, şaşırılmış, korkmuş, kızgın ve iğrenmiş/tiksinmiş) kullanılmıştır. Kısa öykülerden duyguları tanıma becerilerini incelemek amacıyla her bir duygu için beşer adet olmak üzere toplam otuz öykü kullanılmıştır. Zihin kuramı becerisi ise birinci ve ikinci düzey zihin kuramı görevleri kullanılarak değerlendirilmiştir. İmplant olma zamanlarına (üç yaş öncesi ve üç yaş sonrası) ve zihin kuramı becerilerine göre oluşturulmuş gruplar (zihin kuramı becerisi geliştirememiş, birinci düzey zihin kuramı becerisine sahip ve ikinci düzey zihin kuramı becerisine sahip) sözü edilen beceriler açısından değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda; üç yaş sonrasında koklear implant olan çocukların, üç yaş öncesinde implant olanlara göre içselleştirme sorunlarını daha fazla gösterdikleri bulunmuş; fakat zihinsel beceriler, duygu tanıma, yüz ifadelerinden duyguları tanıma ve adlandırma becerileri açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Zihin kuramı becerisi gruplarına göre bilişsel beceriler, duygusal zekâ, duyguları tanıma, yüz ifadelerinden duyguları tanıma ve adlandırma ile kısa öykülerden duyguları tanıma becerileri açısından gruplar arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Ayrıca zihin kuramı yeteneği gelişmemiş gruptaki çocukların sözü edilen beceriler açısından yeteneği geliştiren çocuklara göre düşük puan aldığı da gözlenmiştir.

Turgut ve ark., (2015), ilköğretimde kaynaştırma ortamında dört ila yedinci sınıftaki işitme yetersizliği olan çocukların yazılı dil becerileri ve bu beceri üzerinde etkisi olduğu düşünülen işitme derecesi, işitsel yoksunluk zamanı, okul öncesi eğitime devam edip etmeme durumu ve sosyoekonomik düzey gibi faktörler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bir araştırma yürütmüşlerdir. İşitme yetersizliği yaşayan çocuklardan kimisi işitme cihazı kullanırken kimisi de koklear implant kullandıcısı olduğu için çalışma grubu ikiye ayrılmıştır. Araştırma sonunda işitme yetersizliğinin yazılı dil becerisini olumsuz etkilediği ve işitme yetersizliği olanların işiten akranlarına göre daha düşük seviyede yazılı dil becerisine sahip olduğu saptanmıştır.

Kocaaslaan (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, astımlı çocuklara hastalığın yönetimi ile ilgili verilen eğitimin çocukların yaşam kalitesi ve öz etkililik düzeylerine etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Araştırma 10-18 yaşlar arasındaki 60 çocuk ve ergen üzerinde gerçekleştirilmiştir. Veriler Astımlı Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Astımlı Çocuk ve Adölesanlar İçin Öz Etkililik Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır. Çocukların yaşam kalitesi ve öz etkililik düzeylerinin düşük olduğu görülmüş, eğitim sonrasında ise bunların manidar biçimde arttığı saptanmıştır. Çocukların annelerinin yaşı, kardeşlerin sayısı, evde yaşayan kişi sayısı, aktivite durumu, belirti yaşama sıklığı, ilacını kendi başına kullanabilme durumları yaşam kalitelerini; çocukların sınıfı, astım hastalığına neden olan faktörleri bilme, ilacını kendi başına kullanabilme durumları da öz etkililik seviyelerini etkilemiştir.

Eroğlu ve Acet (2017), işitme engelliler okulunun dört-sekizinci sınıflarına devam eden toplam 83 çocuk ve ergenle araştırma yürütmüşlerdir. Veriler Doğan tarafından dilimize uyarlanan Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği ile Aksungur tarafından dilimize uyarlanan Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplanmıştır. Sonuçta işitme yetersizliği olan çocuk ve ergenlerin spor yapıp yapmama durumlarının yaşam kalitesi ve sosyal görünüş kaygısında herhangi etkisi olmadığı belirlenmiştir.

Ural ve Çakır İlhan (2018), işitme engelli ergenlerin sanat yapıtları ile düzenlenmiş etkinlikler yolu ile öz duyarlıklarını geliştirmek amacıyla bir araştırma gerçekleştirmişlerdir. Araştırmaya, özel eğitim meslek lisesinindokuzuncu, 10. ve 11. sınıflarına devam eden, 15-21 yaş arası işitme engelli toplam 24 ergen dâhil edilmiştir. Katılımcılara sekiz haftalık 90 dakikalık etkinlik programı uygulanmıştır ve ergenlerin öz duyarlıklarını ölçmek amacıyla İşitme Engelliler İçin Öz Duyarlık Ölçeği geliştirilmiştir. Araştırma sonucunda deney grubundaki ergenlerinin öz duyarlık düzeyinin gelişmiş olduğu bulunmuştur.

Şentürk ve Keskin (2018), işitme engelli ilkokulu ve ortaokula devam eden çocuk ve ergenlerin internet bağımlılığını araştırmıştır. Araştırmanın verileri, İnternet Bağımlılık Ölçeği ile toplanmıştır. Araştırmanın sonucunda elde edilen bulgulara göre işitme yetersizliği olan ergenlerin patolojik internet kullanıcısı, sınırlı ve büyük

bir çoğunluğu da belirti göstermeyen çocuklar şeklinde sınıflandığı görülmüştür. Bununla birlikte ailenin ekonomik gelir düzeyi, annenin öğrenim durumu, cinsiyet değişkenleri açısından anlamlı fark saptanmazken, babanın öğrenim durumu, sınıf düzeyleri ve evde internet olma durumuna göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

1.4.2. İşitme Yetersizliği ve Yaşam Kalitesi ile İlgili Dünyada Yapılmış Çalışmalar

Dünyada yaşam kalitesi ile ilgili ilk çalışmaların 1980’li yıllarda yapılmaya başladığı görülmektedir.

Çocuklarda yaşam kalitesiyle ilgili bilinen ilk araştırmalardan birini Herndon ve ark. (1986) gerçekleştirmiştir. Herndon ve ark. (1986), temelinde fiziksel işlev, yaranın derecesi ve psikolojik uyum yer alan ciddi yanıkları olan 12 çocuğun takipleri süresince yaşam kalitelerini değerlendiren bir araştırma yapmışlardır. Araştırma sonucunda çocukların üçte birinde aşırı korku, regresyon, nevrotik ve somatik şikâyetler olduğu saptanmış ancak tüm çocukların engellerine uyum sağlamada dikkate değer bir enerji gösterdiği bulunmuştur.

Ditesheim ve Templeton (1987), imperfore anüsü olan bebeklerin cerrahi müdahale sonrasındaki yaşam kalitelerini incelemek, fekal kontinansı maksimuma çıkarmak için klinik teknikleri tanımlamak ve inatçı fekal inkontinansı olan çocukların uzun süreli takibini yapmak amacıyla bir çalışma yürütmüştür. 61 çocuk iki buçuk yıldan 24 yıla kadar değişen zaman aralığında takip edilmiştir. Yaşam kalitesi skorlarının erkekler ve kadınlar için benzer olduğu saptanmıştır. Hasta yaşının yaşam kalitesinde etkili olduğu, yaşı 10 ve daha küçük olan çocukların %92’sinin çok destekleyici ailelere sahip olduğu, daha büyük çocuklarda ise ebeveyn korumasının ve öğretmenler ile akranların çocuğu tolere etmesinin azaldığı görülmüştür.

Henning ve ark. (1988), Ocak 1972 ve Haziran 1977 arasında tedavi edilen, yaş ortalaması o dönemde 11 olan böbrek yetmezliği yaşayan 46 çocuktan 1985 yılında hayatta olan 31'iyle yaşam kalitesini ve renal fonksiyonun derecesini belirlemek amacıyla bir çalışma yürütmüştür. Araştırmada hastane kayıtları ve sosyal ve psikolojik problemleri saptamak amacıyla tasarlanmış bir anket kullanılmıştır. Sonuçta; 26'sında işleyen bir böbrek olduğu, tedavi sırasında büyüme hızının normal olduğu, 31'inin de yürüyebildiği, 27'sinin çalışabildiği ve dokuzunun da bağımsız yaşayabildiği tespit edilmiştir.

Rosenfeld ve ark. (1997), orta kulak iltihabı olan çocuklarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışma yürütmüşlerdir. Fiziksel acı, işitme kaybı, konuşma bozukluğu, duygusal sıkıntı, aktivite kısıtlamaları ve bakıcı kaygılarının etkilerini değerlendiren altı maddelik bir yaşam kalitesi anketi olan The Otitis Media-6 (OM-6) veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Bir metropolde bulunan, efüzyonlu veya tekrarlayan akut orta kulak iltihabı olan 186 çocuk araştırmaya alınmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular, OM-6 ölçeğinin orta kulak iltihabı olan çocuklar için yaşam kalitesini ölçmede güvenli bir araç olduğunu göstermiştir.

Huber (2005), koklear implantlı çocukların sağlıkla ilgili yaşam kalitesini incelemek amacıyla bir araştırma yürütmüştür. Koklear İmplant Merkezine devam eden, en az üç yıl işitme deneyimi olan çocuklar ve anne-babaları araştırmaya alınmıştır. Veriler çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendiren KINDLr kullanılarak toplanmıştır. Koklear implant kullanıcısı (n = 18), 8–12 yaş grubundaki çocukların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin işiten akranlarına göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Yaşam kalitesi toplam puanları ile odyolojik konuşma testlerinin sonuçları, işitme engelinin süresi ve implantasyondaki yaş arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Williams ve ark. (2005), araştırmalarında çocuklukta şişmanlığın ve obezitenin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerini incelemiştir. 1456 katılımcının olduğu araştırmada 1099 kişiyi aşırı kilolu değil, 294 kişiyi aşırı kilolu ve 63 kişiyi de obez

olarak sınıflanmıştır. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ölçeği veri toplama aracı olarak kullanılmış, hem çocuk hem ebeveyn ölçek formunu doldurmuştur. Çocuğun ağırlığının arttıkça, çocuk formundaki puanların arttığı saptanmış, duygusal ve okul işlevselliği puanlarıyla kilo kategorisindeki azalmanın anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Grootenhius ve ark. (2006), tarafından yürütülen çalışmada kronik böbrek yetersizliği tanısı almış ergenlerle çalışılmıştır. Çalışmada elde edilen önemli bulgulardan biri, hastalığın başladığı andan itibaren geçen süreyle yaşam kalitesi arasında güçlü korelasyonun olduğudur. Hastalık yaşının artmasıyla yaşam kalitesinde azalma olduğu çalışmada elde edilen sonuçlardan birisidir.

Hamiel ve ark. (2006), obezitesi olan çocukların ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini (SİYK) normal toplumla karşılaştırmak istemişlerdir. Araştırmaya pediatri ve hastane tabanlı obezite kliniğinden 182 çocuk ve ergen alınmıştır. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Puanları çocuklar ve ergenler ile aileleri tarafından doldurulan Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (PedsQL) aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmanın bulgularına göre obez çocukların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin fiziksel, sosyal ve okul alt boyutlarında normal ağırlıktaki çocuklara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Orta düzeyde obez olan çocukların duygusal ve okul alanındaki yaşam kalitesi puanlarının normal ağırlıktaki çocuklarla benzer olduğu görülmüştür. Hastane kliniğinde değerlendirilen çocukların SİYK puanları ile toplum pediatri kliniğinde değerlendirilen çocukların SİYK puanları benzer bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bulgular, SİYK'ni geliştirmeye yönelik erken müdahale programlarının hem çocukları hem de aileleri kapsayıcı bir şekilde düzenlenmesi gerektiğini göstermiştir.

Ganemove ark. (2007), çocukluk çağı egzamalı çocuklarda yaşam kalitesini belirlemeye yönelik bir çalışma yürütmüşlerdir. Egzama tanılı, 78 İsveçli çocuk ile yürütülen çalışmada The Infants' Dermatitis Quality of Life Index (IDQOL), The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) ve The Dermatitis Family Impact Questionnaire (DFI) veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Erkeklerde ve

kızlarda, anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular, çocukluk egzamasının çocuk ve ailelerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermiştir.

Ingerskive ark. (2007), kilolu ve obezite tanısı almış 12-17 yaş arası 107 ergenin ve ebeveynlerinin katılımıyla bir araştırma yürütmüşlerdir. Araştırmada, ebeveynlerin çocukları için bildirdikleri yaşam kalitesi puan ortalamaları, çocuğun kendi için bildirdiği yaşam kalitesi puan ortalamalarından daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır.

Mcclellan ve ark. (2008), orak hücreli anemi tanısı almış 84 çocuk ve ergen ile bir çalışma gerçekleştirmiştir. Araştırmacılar, çocuklar ve ebeveynlerinin değerlendirdikleri yaşam kalitesi puanları arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Ölçek alt boyutlarında da fiziksel sağlık ile psikososyal sağlık alanında önemli bir ilişki olduğunu saptamışlardır.

Jozefiak ve ark. (2010), psikiyatri kliniğinde ayakta tedavi edilen çocuklar ile yaşlılarının ve anne-babalarının bildirimlerine göre yaşam kalitelerini karşılaştıran bir çalışma yürütmüşlerdir. Yaşları sekiz-15,5 arasında değişen hasta ve sağlıklı çocukların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla çocuk ve ebeveynler tarafından Inventory of Life Quality in Children and Adolescents (ILC) ölçeği kullanılmıştır. Araştırma sonunda, ayakta tedavi edilen çocuklar ve ailelerin yaşam kalitelerinin aynı yaşta ve cinsiyetteki sağlıklı çocuklara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Araştırmacılar, bu araştırmadan elde edilen bulguların ruh sağlığı hizmetine başvuran çocukların yaşam kalitelerini ele almanın son derece önemli olduğunu savunmuştur.

Theunissen ve ark. (2011), işitme engelli ve normal gelişim gösteren çocuklarda depresyon belirtilerinin düzeylerini ve baş etme ve duygu düzenlemelerinin depresyonun gelişimine olan etkisini incelemek amacıyla çalışma yürütmüşlerdir. Çalışma grubu koklear implantlı 27, konvensiyonel işitme cihazı kullanan 56 ve normal gelişen 117 çocuktan oluşmuştur. Grupları karşılaştırmak için, depresyon belirtileri, baş etme stratejileri ve duygudurum durumları ile ilgili

özbildirim anketleri kullanılmıştır. Araştırma sonunda, işitme engelli çocukların tipik gelişim gösteren çocuklardan daha fazla depresyon belirtisine sahip olduğu ancak bu durumun işitme kaybı derecesi, sosyoekonomik durum, cinsiyet ve yaş, depresif belirtiler düzeyiyle ilgisiz olduğu tespit edilmiştir. Araştırmacılar, araştırma sonunda işitme engelli çocuklarda depresyonun önlenmesi ve tedavisi başa çıkma stratejilerinin yeterince kullanılmasına odaklanılabileceğini, çünkü bu durumun depresyon düzeyiyle doğrudan ilişkili olduğunu bildirmişlerdir.

Kasai ve ark. (2012), bilateral işitme kaybı olan Japon çocuklarda yenidoğan işitme taramasının ve erken müdahalenin sözlü iletişimin geliştirilmesine yönelik etkilerini araştırmıştır. Yaşları dört ile 10 arasında değişen 319 çocuk Test of Question-Answer Interaction Development ile değerlendirilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre erken müdahale dil gelişiminin daha iyi olmasını sağlamaktadır. Yenidoğan işitme taramasına katılmak bir dereceye kadar daha iyi dil gelişimini sağlamakta ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmamaktadır. Sonuçta erken müdahalenin dil gelişiminin daha iyi olmasına katkı sağladığı söylenebilir.

Lieu (2013), altı ile 12 yaş arası tek taraflı işitme yetersizliği olan çocukların dil, biliş ve başarılarını normal işitmeye sahip kardeşleriyle karşılaştırmıştır. Tek taraflı işitme yetersizliği olan çocuklar, normal kardeşlerine göre düşük dil ve sözel IQ'ya sahip olarak bulunmuştur.

Hornsby ve ark. (2014), işitme kaybının okul çağı çocuklarında yorgunluğa etkisini incelemişlerdir. İşitme kaybı olan 10 çocuk ve kontrol grubuna normal işitmeye sahip çocuklar alınmıştır. Verilerin toplanmasında Pediatrik Yaşam Kalitesi Ölçeği (PedsQL) ve Multidimensional Fatigue Scale (Varni, Burwinkle, Katz, Meeske; Dickinson, 2002) kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar, işitme kaybı olan okul çağındaki çocukların öznel yorgunluğunun arttığını ortaya koymuştur. Aynı zamanda çocuklarda, genel, uyku ve dinlenme ile bilişsel yorgunluk, kontrol grubundaki çocuklara göre daha fazla olarak bulunmuştur.

Devine ve ark. (2015), koklear implant veya işitme cihazı olan işitme yetersizliği olan bireyler için özel olarak tasarlanmış bir yaz kampına katılan gençlerin sosyal kabul ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek için bir araştırma yürütmüşlerdir. Araştırmaya yaşları sekiz ila 18 arasında değişen 46 kişi katılmıştır. Veriler The Social Acceptance Scale ve The PedsQL General Well-Being Scale ile toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular, işitme engelli çocuk ve ergenlerin sosyal kabul algıları ve yaşam kalitelerinin artmasına yönelik kamp vb. etkinliklerin önemini ortaya koymuştur.

Reyhani ve ark. (2016), İran’da, işitme yetersizliği olan ergenlerin algıladıkları sosyal desteği ve yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla bir çalışma yürütmüştür. Araştırmaya işitme engeli olan 83 ergen katılmıştır. Veriler Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (PedsQL) Ergen Formu ve Perceived Social Support Inventory (aile ve arkadaşlardan) ile toplanmıştır. Araştırma sonuçları, işitme engeli olan ergenlerin yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu bildirilmiştir. Katılımcıların çoğunluğu aileden algılanan sosyal desteğin orta düzeyde, arkadaşlarından algılanan sosyal desteğin ise aileden algılanana göre daha düşük olduğunu bildirmişlerdir.

Geers ve ark. (2017), işitme engelli çocuğu olan ebeveynlerin koklear implanttan önce ve sonra işaret dilini kullanıp kullanmamalarının işitsel konuşmayı tanıma, konuşma anlaşılabilirliği, konuşulan dil ve okuma sonuçlarına etkisini incelemiştir. Ulusal veritabanından koklear implant kullanıcısı olan ve işaret diline maruz kalma süresi bakımından farklılık gösteren üç çocuk grubu örnekleme alınmıştır. Gruplar implantasyon öncesi demografik, işitsel veya dilsel özellikler bakımından farklılık göstermemiştir. Araştırmada işaret dili kullanmayan çocukların işaret diline maruz kalanlardan daha anlaşılır konuşmaya sahip oldukları belirlenmiştir. Erken dönemde işaret diline maruz kalmayan çocukların, ilk üç yıldan sonra konuşmatanım becerilerinin daha iyi olduğu görülmüştür ve konuşma dilinde ve okumalarında daha başarılı olduğu tespit edilmiştir.

Jaiyeola ve Adeyemo (2018), Nijerya’da işitme yetersizliği olan ve işitme zorluğu çeken çocukların yaşam kalitesini incelemiştir. Araştırmaya, 110 işitme

yetersizliği yaşayan çocuklar ile işitme zorluğu çeken çocuklar alınmıştır. Veri toplama aracı olarak DSÖ Yaşam Kalitesi anketinin 26 maddelik versiyonu kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, örneklemin çoğunun (%57,8) kötü yaşam kalitesine sahip olduğu görölmüştür. Özel okula gitmenin, üst düzeyde sosyoekonomik durum ve yaşın (17 yaş) daha iyi yaşam kalitesi ile önemli ölçüde ilişkili olduğu saptanmıştır.

Bu bulgular ışığında bu araştırmada, doğuştan işitme yetersizliği tanısı almış sekiz-18 yaş arasındaki çocukların yaşam kalitelerini annelerinin görüşlerine göre incelemek, çocukların yaşam kalitelerini etkileyen değişkenleri belirlemek ve annelerin çocukların yaşam kaliteleri hakkındaki görüşlerini saptamak amaçlanmıştır.

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Doğuştan işitme yetersizliği tanısı almış sekiz-18 yaş arasındaki çocukların yaşam kalitelerini annelerinin görüşlerine göre incelemek, çocukların yaşam kalitelerini etkileyen değişkenleri belirlemek ve annelerin çocukların yaşam kaliteleri hakkındaki görüşlerini saptamak amacıyla yapılan araştırmanın nicel ve nitel olmak üzere iki boyutu bulunmaktadır. Araştırmanın nicel boyutunda betimsel tarama modelinden nedensel tarama yöntemi kullanılmıştır. Bunun nedeni, tarama modellerinin geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekli ile betimlemeyi amaç edinen araştırmalar için uygun bir model olmasıdır (Karasar, 2006). Araştırmanın nitel boyutunda ise annelerin çocuklarının yaşam kaliteleri hakkındaki düşüncelerini tanımlamaya ve yorumlamaya odaklanılmıştır. Böylece araştırmanın bütününde “karma model” yönteminden yararlanılmıştır. Karma model, nicel ve nitel yaklaşımları birlikte kullanarak her iki yaklaşımı tek başına kullanmaya oranla araştırma problemlerinin daha anlaşılır olmasının sağlanabileceğini ifade eden bir araştırma modelidir (Creswell, 2006).

2.2. Araştırmanın Çalışma Grubu

Bu araştırmanın çalışma evrenini, Ankara’da yaşayan, doğuştan işitme yetersizliği tanısı alan, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezine devam eden sekiz-18 yaş arasında çocuklar/ergenlerin anneleri oluşturmaktadır. Bu doğrultuda Ankara il merkezinde yer alan işitme yetersizliği ve dil-konuşma bozukluğu alanında eğitim veren özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri belirlenmiş ve araştırmaya izin veren üç özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde özel eğitim alan, doğuştan işitme yetersizliği olan, majör gelişimsel bozukluğu ve nörolojik sorunları olmayan, işitme yetersizliği ve dil-konuşma bozukluğu dışında engeli bulunmayan sekiz-18 yaşları arasındaki 200 çocuk-ergenin anneleri gönüllük esasına göre araştırmanın nicel boyutuna katılmıştır. Araştırmanın nicel boyutuna katılan annelerden bağımsız olarak

sekiz-18 yaşlarında 25 çocuk/ergenin anneleri yine gönüllülük esasına göre araştırmanın nitel boyutuna dâhil edilmiştir. Araştırmanın nicel boyutuna katılan annelerin çocuklarının, annelerin ve babalarının sosyodemografik özellikleri aşağıda verilmiştir.

Çizelge 2.1. İşitme Yetersizliği Olan Çocuklara Ait Bazı Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	n	%
Çocuğun cinsiyeti		
Kız	104	52
Erkek	96	48
Çocuğun yaşı		
8-12	100	50
13-18	100	50
Çocuğun öğrenim durumu		
İlkokul	74	37
Ortaokul	64	32
Lise	62	31
Çocuğun özel eğitime devam etme süresi		
1-5	23	11,5
6-10	114	57
11 ve üzeri	63	31,5
İşitme kaybının derecesi		
Orta	48	24
İleri	71	35,5
Çok ileri	81	40,5
Dil-konuşma bozukluğunun türü		
Gelişimsel dil bozukluğu	62	31
Sesletim ve Ses Bilgisi	56	28
Yok	82	41
Toplam	200	100

Çizelge 2.1 incelendiğinde araştırmaya alınan annelerin işitme yetersizliği olan çocuklarının %52'sinin kız, %50'sinin sekiz-12 ve yine %50'sinin 13-18 yaş arasında olduğu görülmektedir. Çocukların %37'sinin ilkokula devam ettiği, %57'sinin altı ila 10 yıldır özel eğitim ve rehabilitasyon merkezine devam ettiği saptanmıştır. Çocukların %40,5'inde çok ileri düzeyde işitme yetersizliği görülmekte ve %31'inde gelişimsel dil bozukluğu bulunmaktadır. Çocukların yaş ortalaması ise $12,36 \pm 3,21$ 'dir.

Çizelge 2.2. Araştırmaya Alınan Anne ve Babalara Ait Bazı Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	n	%
Annenin yaşı		
25-35	81	40,5
36-46	93	46,5
47 yaş ve üzeri	26	13
Annenin öğrenim durumu		
İlkokul	72	36
Ortaokul	28	14
Lise	60	30
Üniversite	40	20
Annenin çalışma durumu		
Çalışıyor	52	26
Çalışmıyor	148	74
Annenin mesleği		
Ev hanımı	148	74
Serbest Meslek	24	12
Memur	28	14
Annenin medeni durumu		
Evli	181	90,5
Bekâr	19	9,5
Aile tipi		
Çekirdek	138	69
Geniş	43	21,5
Tek ebeveyn	19	9,5
Gelir durumu		
0-1500 TL	47	23,5
1501-2500 TL	55	27,5
2501-3000 TL	55	27,5
3001 ve üzeri TL	43	21,5
Algılanan gelir düzeyi		
Düşük	68	34
Orta	114	57
Yüksek	18	9
Babanın yaşı		
25-35	44	22
36-46	117	58,5
47 yaş ve üzeri	39	19,5
Babanın öğrenim durumu		
İlkokul	59	29,5
Ortaokul	28	14
Lise	67	33,5
Üniversite	46	23
Babanın çalışma durumu		
Çalışıyor	188	94
Çalışmıyor	12	6
Babanın mesleği		
Serbest Meslek	113	56,5
İşçi	42	21
Memur	33	16,5
Emekli	12	6
Çocuk sayısı		
Tek çocuk	49	24,5
2 çocuk	80	40
3 çocuk	52	26
4 ve üzeri çocuk	19	9,5
İşitme ve dil konuşma bozukluğu olan çocuk sayısı		
1 çocuk	170	85
2 çocuk	30	15
Toplam	200	100

Araştırmaya alınan annelerin büyük bir çoğunluğu 36-46 yaş grubundadır. Annelerin %36'sının ilkokul mezunu, %74'ünün ev hanımı, %90,5'inin evli, %69'unun çekirdek aileye sahip olduğu, %27,5'sinin 1501-2500 ve 2501-3000 TL arasında geliri olduğu, %57'sinin gelir düzeyini orta olarak algıladıkları tespit edilmiştir. Araştırmaya alınan annelerin eşlerinin %58,5'i 36-46 yaş grubunda %33,5'inin lise mezunu, %94'ü bir işte çalışmaktadır. Annelerin %40'ının iki çocuk sahibi olduğu ve %85'inin işitme yetersizliği ve dil-konuşma bozukluğu olan çocuk sayısının bir olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan anneler 25- 60 yaş aralığındadır, yaş ortalaması 37,98±6,68 olarak bulunmuştur. Babalar ise 26-65 yaş aralığındadır ve yaş ortalamaları ise 41,04±6,81 olarak tespit edilmiştir.

Araştırmanın nitel boyutuna katılan 25 annenin işitme yetersizliği olan çocuklarının, annelerin ve babalarının sosyodemografik özellikleri aşağıdaki tablolarda açıklanmıştır.

Çizelge 2.3. İşitme Yetersizliği Olan Çocuklara Ait Bazı Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	f
Çocuğun cinsiyeti	
Kız	13
Erkek	12
Çocuğun yaşı	
8-12	12
13-18	13
Çocuğun öğrenim durumu	
İlkokul	9
Ortaokul	10
Lise	6
Çocukların özel eğitime devam ettiği süre	
6-10	18
11 ve üzeri	7
İşitme derecesi	
Orta	8
İleri	11
Çok ileri	6
Dil-konuşma bozukluğunun türü	
Gelişimsel dil bozukluğu	6
Sesletim ve Ses Bilgisi	7
Yok	12
Toplam	25

Çizelge 2.3. incelendiğinde araştırmaya alınan annelerin çocuklarının 13'ü kız, 13'ü 13-18 yaş arasında, 10'u ortaokula devam eden, 18 tanesi altı-10 yıldır özel eğitime devam eden, 11'inde ileri düzeyde işitme yetersizliği olan çocuklar olduğu

görülmektedir. Araştırmaya alınan çocuklarının 12'sinde dil-konuşma bozukluğu bulunmamaktadır.

Çizelge 2.4.'te ise anneler ve babalara ait bazı sosyodemografik özelliklerin dağılımları yer almaktadır.

Çizelge 2.4. Anneler ve Babalara Ait Bazı Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	f
Annenin yaşı	
25-35	6
36-46	14
47 yaş ve üzeri	5
Annenin öğrenim durumu	
İlkokul	10
Ortaokul	7
Lise	6
Üniversite	2
Annenin çalışma durumu	
Çalışıyor	3
Çalışmıyor	22
Annenin mesleği	
Ev hanımı	22
Serbest Meslek	2
Memur	1
Annenin medeni durumu	
Evli	24
Bekar	1
Aile tipi	
Cekirdek	15
Geniş	9
Tek ebeveyn	1
Gelir durumu	
0-1500	6
1501-2500	13
2501-3000	4
3001 ve üzeri	2
Algılanan gelir düzeyi	
Düşük	11
Orta	14
Babaların yaş düzeyi	
25-35	5
36-46	15
47 yaş ve üzeri	5
Babaların öğrenim durumu	
İlkokul	5
Ortaokul	5
Lise	12
Üniversite	3
Babaların çalışma durumu	
Çalışıyor	21
Çalışmıyor	4
Babaların mesleği	
Serbest Meslek	10
İşçi	7
Memur	4
Emekli	4
Toplam	25

Araştırmanın nitel boyutunda, görüşmeye katılan annelerin 14'ü 36-46 yaşında, 10'u ilkokul mezunu, 22'si çalışmayan, 20'si evli ve 13'ü 1500-2500 TL arasında gelire sahiptir. Annelerin 14'ü orta düzeyde gelir algısına sahip annelerden olmuştur.

Babaların ise 15'i 36-46 yaş aralığında, 12'si lise mezunu, 21'i çalışan ve 10'u serbest meslek sahibidir.

2.3. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmaya katılan çocuk-ergen ve annelerin Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Ebeveyn Formundan aldıkları puan ortalamaları ile Anne Görüşme Formundan elde edilen sonuçlar araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

Katılımcıların demografik özelliklerinden annenin yaşı, öğrenim durumu, çalışma durumu, medeni hali, aylık gelir, gelir düzeyi algısı, eşinin yaşı, öğrenim durumu, çalışma durumu, çocuk sayısı, işitme yetersizliği nedeniyle kuruma devam eden çocuk sayısı, yaşam kalitesi değerlendirilen çocuğun cinsiyeti, çocuğun yaşı, çocuğun devam ettiği okul, çocuğun özel eğitime devam ettiği yıl, işitme yetersizliğinin derecesi ve varsa dil-konuşma bozukluğunun türü araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

2.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada nicel veriler, araştırmacı tarafından geliştirilen “Genel Bilgi Formu”, ve Varni ve ark. (1999) tarafından geliştirilip Çakın Memik (2005) tarafından Türkçeye uyarlanan “Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇIYKÖ)-Ebeveyn Formu” ile toplanmıştır. Nitel verilerin toplanmasında ise “Anne Görüşme Formu” kullanılmıştır.

2.4.1. Genel Bilgi Formu

Annelerin; yaş, öğrenim ve çalışma durumu, sosyoekonomik düzeyi, gelir ve aile türü, çocuk sayısı, eşlerinin; yaş, öğrenim ve çalışma durumu, çocuklarının; yaş, cinsiyet, yetersizlik düzeyi, devam ettiği okul, özel eğitime devam ettiği süre, işitme

yetersizliğinin türü ve dil konuşma bozukluğunun türünün yer aldığı soruları içermektedir (EK-1).

2.4.2. Anne Görüşme Formu

Bu form, annelerin çocuklarının yaşam kaliteleri hakkındaki görüşlerini içeren, araştırmacı tarafından hazırlanan, alan uzmanlarının görüşleri doğrultusunda son şekli verilen, yarı yapılandırılmış sorulardan oluşan bir formdur. Yarı yapılandırılmış görüşme formu belirli seviyedeki standartlığı ve esnek olması, yazmaya ve doldurmaya dayalı testler ve anketlerdeki sınırlılığı ortadan kaldırması ve belirli bir konuda derinlemesine bilgi edinmeye yardımcı olması nedeniyle araştırmacılar tarafından sıkça tercih edilen bir formdur (Yıldırım ve Şimşek, 2003).

Anne Görüşme Formu, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) Ebeveyn Formu'ndaki sorulardan yola çıkarak hazırlanmıştır. Form hazırlandıktan sonra amaca uygunluğunun değerlendirilmesi, anlaşılabilirliğinin ve uygulanabilirliğinin tespiti için üç alan uzmanının görüşüne sunulmuştur. Alan uzmanları, çocuk gelişimi alanında uzman, yaşam kalitesiyle ilgili çalışmalarını sürdüren kişilerden oluşmaktadır. Uzmanların görüş belirtebilmeleri için araştırmacı tarafından "Uzman Görüş Formu" hazırlanmıştır. Formda her soru için "uygun", "kısmen uygun" ve "uygun değil" bölümü oluşturulmuştur. Uzmanlardan gelen önerilerin ardından form düzenlendikten sonra soruların anlaşılabilirliğinin tespiti, uygulama süresinin tespiti için 19 yaşında işitme yetersizliğine sahip çocuğu olan bir anneyle pilot görüşme yapılmıştır. Yapılan görüşme sonucunda soruların anlaşılabilirliğinde herhangi bir problem olmadığı görülmüş ve form son şeklini almıştır. Form anne görüşlerine göre çocuğun fiziksel işlevselliği, özbakım becerileri, kaza ve tehlikelerden kendini koruyabilme ve cihaz kullanım durumu, duygu durumu, duygusal ilişkileri, yetersizlik nedeniyle problem yaşama durumu, sosyoekonomik özelliklerin çocuğun yaşam kalitesine etkisi ve yetersizlikle ilgili hizmetlere ilişkin görüş, endişe ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik önerileri temalarından oluşan toplam 21 sorudan oluşmaktadır (EK-2).

2.4.3. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) Ebeveyn Formu

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ), Varni ve ark. (1999) tarafından geliştirilen, sekiz-18 yaş Türkçeye uyarlaması Çakın Memik (2005) tarafından yapılan, çocuklarda ve ergenlerde yaşam kalitesini ölçen bir öz bildirim ölçeğidir. Sekiz-18 yaşlarına yönelik ebeveyn formunun yanında çocuk/ergen formu mevcuttur. Bu araştırmada kullanılan ebeveyn formları sekiz-12 ve 13-18 yaşları için toplamda iki formdan, çocuk/ergen formları ise sekiz-12 ve 13-18 yaşları için toplam iki formdan oluşur. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn Formu 23 maddeden oluşmaktadır ve ölçeğin üç alt boyutta puanlaması yapılmaktadır. Bu alt boyutlar aşağıda açıklanmıştır:

- Fiziksel İşlevsellik,
- Psikososyal İşlevsellik (Duygusal İşlevsellik, Sosyal İşlevsellik ve Okul İşlevselliğinin toplamından oluşmaktadır)
- Ölçek Toplam Puandır (Fiziksel ve Psikososyal İşlevselliğin toplamından oluşmaktadır).

Ölçeğin iç tutarlığı sekiz-12 yaş ebeveyn formunda 0,88; 13-18 yaş ebeveyn formunda 0,87 olarak bulunmuştur. Ölçekteki sorular, ebeveyn tarafından okunarak doldurulmaktadır. Ebeveynden çocuğuna uyan en uygun seçeneği işaretlemesi istenir. Ölçek maddeleri sıfır ila 100 arasında puanlandırılmaktadır. Hiçbir zaman seçeneği 100 puan, nadiren seçeneği 75 puan, bazen seçeneği 50 puan, sıklıkla seçeneği 25 puan ve hemen her zaman seçeneği sıfır puandır. Eğer ölçeğin yarısından fazlası boş bırakılırsa, ölçek geçersiz sayılır. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği yaşam kalitesinin yüksekliğini göstermektedir. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin kısa olması, beş-10 dakikada doldurulabilmesi, araştırmacı tarafından uygulama ve puanlamasının basit oluşu en önemli özelliklerindendir (Çakın Memik ve ark., 2007). Çizelge 2.5'de bu araştırmada elde edilen Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) Ebeveyn Formu'na ait iç tutarlık sonuçları yer almaktadır.

Çizelge 2.5. Araştırmadan Elde Edilen ÇIYKÖ Alt Boyutları İçin İç Tutarlık Sonuçları

Alt Boyutlar	İç Tutarlık Cronbach's Alpha
Fiziksel İşlevsellik Alt Boyut	0,938
Psikososyal İşlevsellik Alt Boyut	0,898
Duygusal İşlevsellik Alt Boyut	0,818
Sosyal İşlevsellik Alt Boyut	0,886
Okul İşlevselliği Alt Boyut	0,862
Ölçek Toplam Puan	0,919

İç tutarlık; maddelerin aynı boyutta ölçme yapıp yapmadığını ifade etmektedir (Baykul, 2000). Analiz sonuçlarına göre; Fiziksel İşlevsellik Alt Boyut için 0,938, Duygusal İşlevsellik, Sosyal İşlevsellik ve Okul İşlevselliği Alt Boyut toplamlarından oluşan Psikososyal İşlevsellik Alt Boyut için 0,898, Duygusal İşlevsellik Alt Boyut için 0,818; Sosyal İşlevsellik Alt Boyut için 0,886; Okul İşlevselliği Alt Boyut için 0,862; Ölçek Toplam Puan için 0,919 iç tutarlık katsayıları bulunmuştur (Çizelge 2.5). Bulunan değerler incelendiğinde, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn Formu'nun iç tutarlığının tüm alt boyutlar için oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

2.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri toplanmadan önce, Ankara il merkezinde bulunan işitme ve dil konuşma bozuklukları alanında eğitim veren tüm kurumlar belirlenmiştir. Belirlenen kurumların yöneticileri ile görüşülerek araştırmanın amacı anlatılmış ve izin talep edilmiştir. Araştırmaya izin veren kurumlar arasından basit tesadüfi örnekleme yöntemiyle üç özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi seçilmiş ve resmi olarak kurum izinleri alınmıştır. Kurum izinlerinin alınmasını takiben araştırmanın yürütülebilmesi için Ankara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Kurum yöneticileri ve öğretmenler ile işbirliği yapılarak, doğuştan işitme yetersizliği olan, majör gelişimsel bozukluğu olmayan ve dil konuşma bozukluğu dışında başka bir yetersizliği olmayan sekiz-18 yaş aralığındaki çocuk ve ergenler ile anneleri tespit edilmiştir. Araştırmacı, annelere araştırmanın amacını ve yöntemini açıkladıktan sonra, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden annelere Aydınlatılmış Onam Formunu imzalatmıştır (EK-3). Araştırmanın nicel boyutuna katılan 200 anneden,

Genel Bilgi Formu’nu doldurmaları, çocuklarının özellikle son bir ayını düşünerek ÇİYKÖ Ebeveyn Formu’nu cevaplamaları istenmiştir. Veri toplama araçları annelere okunmuştur ve annelerin yanıtları işaretlenmiştir. Bu uygulama yaklaşık olarak 10-15 dakika kadar sürmüştür.

Araştırmanın nitel boyutunda ise araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 25 anne ile görüşmeler yapılmıştır. Görüşme yapılmadan önce annelere Aydınlatılmış Onam Formu imzalatılmıştır (EK-4). Annelere yanıtlarının ses kaydına alınmasını isteyip istemedikleri sorulmuş, izin veren annelerin (beş anne) verdiği yanıtlar ses kaydına alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan tüm annelerin verdikleri yanıtlar hiçbir değişiklik yapılmaksızın yazılı olarak kayıt altına alınmıştır. Bu uygulama ise yaklaşık 40-45 dakika kadar sürmüştür. Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak Mart 2018-Nisan 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıklarını Ankara ili Altındağ ve Çankaya ilçelerine bağlı işitme yetersizliği-dil konuşma bozukluğu programı olan kurumlara devam eden, doğuştan işitme yetersizliği olan, majör gelişimsel bozukluğu ve nörolojik sorunları olmayan, işitme yetersizliği ve dil-konuşma bozukluğu dışında engeli bulunmayan sekiz-18 yaşları arasındaki çocuk-ergenlerin anneleri olmak oluşturmaktadır. Araştırma, “Genel Bilgi Formu”, “Anne Görüşme Formu”ve “Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) Ebeveyn Formu”na verdiği yanıtlarla ve Mart 2018-Nisan 2018 tarihleriyle sınırlıdır.

2.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn Formu’nun dilimize uyarlamasını yapan Nursu Çakın Memik’ten e-posta yoluyla ve Çakın Memik’in yönlendirmesiyle, ölçeğin kullanım haklarına sahip olan Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği’nden e-posta yoluyla izin alınmıştır.

Araştırmanın yürütülebilmesi için araştırmanın yapılacağı özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinden yazılı resmi izin, Ankara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (03/48) yazılı onay alınmıştır (EK-5).

Araştırmaya dâhil edilen sekiz-18 yaş arası işitme yetersizliğine sahip çocuğu olan tüm annelere araştırma ile ilgili bilgi verilerek Aydınlatılmış Onam Formu ile yazılı onamları alınmıştır.

2.8. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Nicel veriler değerlendirilirken, sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde ortalama standart sapma, ortanca, minimum, maksimum değerleri, kesikli verilerde ise yüzde değerleri kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Kolmogorov-Smirnov testinden yararlanılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerin bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında grup sayısı iki ise t testi, normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerin ikiden fazla grup karşılaştırılmasında One Way ANOVA, normal dağılım göstermeyen verilerin ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H Varyans Analizi kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalarda ise Tukey testinden yararlanılmıştır. Değerlendirmelerde IBM SPSS Statistics 20 programı kullanılmış ve istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir. Çizelge 2.6' da Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) Ebeveyn Formu'nun alt boyutlarının normal dağılım gösterip göstermediği test edilmiştir.

Çizelge 2.6. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Normal Dağılıma Uygunluğu

Alt Boyutlar		
Fiziksel İşlevsellik Alt Boyut	Kolmogorov-Smirnov	0,115
	p	0,000
Psikososyal İşlevsellik Alt Boyut	Kolmogorov-Smirnov	0,069
	p	0,041
Duygusal İşlevsellik Alt Boyut	Kolmogorov-Smirnov	0,134
	p	0,000
Sosyal İşlevsellik Alt Boyut	Kolmogorov-Smirnov	0,135
	p	0,000
Okul İşlevselliği Alt Boyut	Kolmogorov-Smirnov	0,129
	p	0,000
Ölçek Toplam Puan	Kolmogorov-Smirnov	0,052
	p	0,200

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) Ebeveyn Formu toplam ve alt boyutlarının normal dağılıma uygunluğunun verildiği Çizelge 2.6'ya göre; ölçek toplam puanları normal dağılım göstermektedir ($p>0,05$). Fiziksel İşlevsellik Alt Boyut (FİAB) ile Duygusal İşlevsellik Alt Boyut (DİAB), Sosyal İşlevsellik Alt Boyut (SİAB) ve Okul İşlevselliği (OİAB) Alt Boyutlarında ve bu alt boyutların toplamından oluşan Psikososyal İşlevsellik (PİAB) Alt Boyutunda ise normal dağılım göstermemektedir ($p<0,05$).

Nitel veriler analiz edilirken içerik analizi ve betimsel analiz yönteminden yararlanılmıştır. Annelerle yapılan görüşmelerin tamamlanmasından sonra, görüşmeler yapılaş sırasına göre numaralandırılmış ve kodlar verilerek yazıya aktarılmıştır. Yapılan tüm görüşmelerin analiz edilmesiyle temalar tespit edilmiş, belirlenen temalar için alt temalar oluşturulmuştur. Her bir alt temada yer alan katılımcı kodları ile belirlenen her bir temaya ait görüş bildiren katılımcıların frekansları belirlenmiş, bulgular alıntılanarak açıklanmıştır.

3. BULGULAR

3.1’de araştırmaya katılan annelerin ve çocuklarının sosyodemografik özelliklerinin dağılımları, annelerin Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) Ebeveyn Formu’ndan aldıkları puanlara ait betimsel istatistikler yer almaktadır. 3.2’de ise Anne Görüşme Formu’ndan elde edilen yanıtlara yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Nicel Boyutundan Elde Edilen Bulgular

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) Ebeveyn Formu’ndan elde edilen bulgular bu bölümde yer almaktadır.

Çizelge 3.1. Anne Görüşlerine Göre Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarına Ait Betimsel İstatistikler

ÇİYKÖ Ebeveyn Formu Alt Boyut	Ortalama $\bar{x} \pm S$	Medyan	En Yüksek Puan	En Düşük Puan
Fiziksel İşlevsellik	54,84±28,85	50	100	0
Psikososyal İşlevsellik	48,71±18,32	48,3	100	0
Duygusal İşlevsellik	48,35±21,18	50	100	0
Sosyal İşlevsellik	49,70±25,58	50	100	0
Okul İşlevselliği	48,07±21,54	50	100	0
Ölçek Toplam Puan	50,84±18,48	50	100	0

Çizelge 3.1 incelendiğinde, çocukların annelerinin görüşlerine göre Fiziksel işlevsellik alt boyutundan 54,84±28,85, Duygusal işlevsellik alt boyundan 48,35±21,18, Okul işlevselliği alt boyutundan 48,07±21,54, psikososyal işlevsellik alt boyundan 48,71±18,32 ve ölçek toplamından 50,84±18,48 puan aldıkları saptanmıştır. Puanlar incelendiğinde; duygusal, sosyal ve okul işlevselliği alt boyutlarından aldıkları puanların ortalamanın altında, fiziksel, psikososyal işlevsellik ve ölçek toplam puanlarının ise ortalamanın üzerinde olduğu görülmektedir.

Çizelge 3.2. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Anne Yaşına Göre Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Annenin Yaşı	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p	Anlamlı Fark
FİAB	25-35 yaş ¹	81	105,56	2	11,081	0,004	1-2
	36-46 yaş ²	93	105,91				2-3
	47 yaş ve + ³	26	65,37				
PİAB	25-35 yaş	81	103,89	2	1,373	0,503	
	36-46 yaş	93	100,86				
	47 yaş ve +	26	88,65				
DİAB	25-35 yaş	81	105,02	2	3,167	0,205	
	36-46 yaş	93	101,66				
	47 yaş ve +	26	82,25				
SİAB	25-35 yaş	81	100,12	2	0,957	0,620	
	36-46 yaş	93	103,48				
	47 yaş ve +	26	91,04				
OİAB	25-35 yaş	81	105,09	2	1,045	0,593	
	36-46 yaş	93	98,55				
	47 yaş ve +	26	93,13				

Çizelge 3.3. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Anne Yaşına Göre Anova Sonuçları

ÇİYKÖ	Annenin Yaşı	n	$\bar{x} \pm S$	Varyansların Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Ölçek	25-35 ¹	81	52,94±18,82	Gruplararası	2742,152	2	1371,076	4,140	0,017	1-3
Toplam	36-46 ²	93	51,66±17,92	Grupları içi	65238,56	197	331,160			2-3
Puan	47 ve + ³	26	41,39±17,83	Toplam	67980,71	199				

Analiz sonuçlarına göre, araştırmaya katılan annelerin yaşları ile çocuklarına ait fiziksel işlevsellik alt boyutu arasında anlamlı fark saptanmıştır [χ^2 (sd=2, n=200)=11,081, p<0,05]. Bu farkın ise 25-35 yaş ve 36-46 yaş arasındaki annelerin lehine olduğu görülmüştür. 47 yaş ve üzerindeki annelerin çocuklarının fiziksel işlevsellik algıları daha düşüktür.

Annelerin yaşları ile psikososyal işlevsellik alt boyutu [χ^2 (sd=2, n=200)=1,373, p>0,05], bu boyutu oluşturan duygusal işlevsellik [χ^2 (sd=2, n=200)=3,167, p>0,05], sosyal işlevsellik [χ^2 (sd=2, n=200)=0,957 p>0,05] ve okul işlevselliği alt boyutu [χ^2 (sd=2, n=200)=1,045 p>0,05] arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çizelge 3.3 incelendiğinde, araştırmaya alınan annelerin yaşları ile çocuklarına ait yaşam kaliteleri algıları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur

[F(2,199)=4,140, $p<0,05$]. Tukey Testi sonucuna göre, 47 yaş ve üzerindeki annelerin çocuklarının toplam yaşam kalitelerini 25-35 yaş ve 36-46 arası annelerden anlamlı düzeyde düşük değerlendirdikleri saptanmıştır.

Çizelge 3.4. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Anne Öğrenim Durumuna Göre Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Annenin Öğrenim Durumu	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p	Anlamlı Fark
FİAB	İlkokul	72	91,79	3	5,974	0,113	
	Ortaokul	28	91,77				
	Lise	60	103,62				
	Üniversite	40	117,61				
PİAB	İlkokul	72	91,71	3	5,469	0,141	
	Ortaokul	28	103,18				
	Lise	60	98,16				
	Üniversite	40	117,96				
DİAB	İlkokul	72	94,40	3	2,620	0,454	
	Ortaokul	28	93,30				
	Lise	60	105,28				
	Üniversite	40	109,35				
SİAB	İlkokul	72	95,14	3	5,864	0,118	
	Ortaokul	28	119,27				
	Lise	60	92,14				
	Üniversite	40	109,55				
OİAB	İlkokul ¹	72	89,40	3	8,491	0,037	4-1
	Ortaokul ²	28	94,79				
	Lise ³	60	102,35				
	Üniversite ⁴	40	121,71				

Çizelge 3.5. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Anne Öğrenim Durumuna Göre Anova Sonuçları

ÇİYKÖ	Öğrenim Durumu	n	$\bar{x} \pm S$	Varyansların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
	İlkokul ¹	72	47,18±18,53	Gruplararası	2719,402	3	906,46	2,722	0,046	4-1
Ölçek Toplam Puan	Ortaokul ²	28	50,12±18,89	Gruplarıçi	65261,310	196	332,96			
	Lise ³	60	51,19±17,57	Toplam	67980,712	199				
	Üniversite ⁴	40	57,42±18,28							

Araştırmaya alınan annelerin öğrenim durumları ile çocuklarının fiziksel [χ^2 (sd=3, n=200)=5,974 $p>0,05$], psikososyal, [χ^2 (sd=3, n=200)= 5,469, $p>0,05$] duygusal [χ^2 (sd=3, n=200)= 2,620, $p>0,05$] ve sosyal işlevsellik [χ^2 (sd=3, n=200)= 5,864 $p>0,05$] algıları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak, analiz sonuçları incelendiğinde, annelerin öğrenim durumları ile çocuklarının okul işlevselliği alt boyutu arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir [χ^2 (sd=3, n=200)= 8,491,

$p<0,05$]. Tukey testi sonucunda, ilkokul mezunu annelerin çocuklarının okul işlevselliği algısını üniversite mezunu olan annelerin çocuklarına göre daha düşük algıladıkları görülmüştür (Çizelge 3.4).

Çizelge 3.5'e göre, annelerin öğrenim durumları ile çocuklarına ait yaşam kalitesi algıları arasındaki fark anlamlıdır [$F(3,199)=2,722$, $p <0,05$]. Farkın kaynağını tespit etmek amacıyla yapılan Tukey testi ile ilkokul mezunu annelerin çocuklarının toplam yaşam kalitelerini üniversite mezunu annelere göre daha düşük olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir.

Çizelge 3.6. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Anne Çalışma Durumuna Göre Mann Whitney U Sonuçları

Alt Boyutlar	Annenin Çalışma Durumu	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
FİAB	Çalışıyor	52	111,69	5808,00	3266,000	0,104
	Çalışmıyor	148	96,57	14292,00		
PİAB	Çalışıyor	52	107,14	5571,50	3502,500	0,336
	Çalışmıyor	148	98,17	14528,50		
DİAB	Çalışıyor	52	100,88	5246,00	3828,000	0,955
	Çalışmıyor	148	100,36	14854,00		
SİAB	Çalışıyor	52	107,35	5582,00	3492,000	0,318
	Çalışmıyor	148	98,09	14518,00		
OİAB	Çalışıyor	52	107,77	5604,00	3470,000	0,289
	Çalışmıyor	148	97,95	14496,00		

Çizelge 3.7. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Anne Çalışma Durumuna Göre T Testi Sonuçları

ÇİYKÖ	Annenin Çalışma Durumu	n	$\bar{x}$	S	sd	t	p
Ölçek Toplam Puan	Çalışıyor	52	53,97	17,11	198	1,423	0,156
	Çalışmıyor	148	49,74	18,87			

Çizelge 3.6 incelendiğinde annelerin çalışma durumu ile fiziksel [$U=3266,000$, $p>0,05$], psikososyal [$U=3502,500$, $p>0,005$], duygusal, [$U=3828,000$, $p>0,05$], sosyal işlevsellik [$U=3492,000$ $p>0,05$] ve okul işlevselliği [$U=3470,000$, $p>0,05$] arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Çizelge 3.7'ye göre çalışan annelerle çalışmayan annelere göre çocuklarının toplam yaşam kalitesi algıları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [t (198)=1,423 p>0,05].

Çizelge 3.8. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Anne Medeni Durumuna Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Annenin Medeni Durumu	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
FİAB	Evli	181	101,87	18438,50	1471,500	0,300
	Bekâr	19	87,45	1661,50		
PİAB	Evli ¹	181	103,28	18694,50	1215,500	0,036
	Bekâr ²	19	73,97	1405,50		
DİAB	Evli ¹	181	103,40	18715,00	1195,000	0,028
	Bekâr ²	19	72,89	1385,00		
SİAB	Evli	181	101,67	18403,00	1507,000	0,373
	Bekâr	19	89,32	1697,00		
OİAB	Evli	181	102,79	18605,00	1305,000	0,082
	Bekâr	19	78,68	1495,00		

Çizelge 3.9. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Anne Medeni Durumuna Göre T Testi Sonuçları

ÇİYKÖ	Medeni Durum	n	$\bar{x}$	S	sd	t	p
Ölçek	Evli	181	51,64	18,39	198	1,895	0,060
Toplam Puan	Bekâr	19	43,25	18,14			

Analiz sonuçları incelendiğinde, annelerin medeni durumları ile çocuklarının fiziksel, [U=1471,500, p>0,05] sosyal işlevsellik [U=1507,000 p>0,05] ve okul işlevselliği alt boyutu arasında fark bulunmamıştır [U=1305,000, p>0,05]. Ancak annelerin medeni durumu ile çocuklarının psikososyal [U=1215,500, p<0,05] ile duygusal işlevsellik alt boyutu arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. [U=1195,000, p<0,05]. Evli olan annelerin çocuklarının psikososyal ve duygusal işlevsellik algısının, bekâr olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Çizelge 3.8).

Evli annelerle bekâr annelerin görüşlerine göre çocuklarının toplam yaşam kalitesi arasındaki fark anlamlı değildir [t (198)= 1,895 p>0,05]. (Çizelge 3.9).

Çizelge 3.10. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Annelerin Gelir Düzeyi Algılarına Göre Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Gelir Düzeyi Algısı	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p	Anlamlı Fark
FİAB	Düşük ¹	68	83,99	2	12,498	0,002	3-1
	Orta ²	114	104,99				
	Yüksek ³	18	134,47				
PİAB	Düşük ¹	68	73,23	2	29,584	0,000	3-1
	Orta ²	114	109,38				3-2
	Yüksek ³	18	147,28				
DİAB	Düşük ¹	68	78,40	2	21,286	0,000	2-1
	Orta ²	114	107,1				3-1
	Yüksek ³	18	132,19				
SİAB	Düşük ¹	68	79,93	2	15,978	0,000	3-1
	Orta ²	114	107,76				
	Yüksek ³	18	132,19				
OİAB	Düşük ¹	68	76,66	2	20,098	0,000	3-1
	Orta ²	114	109,77				2-1
	Yüksek ³	18	132,03				

Çizelge 3.11. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Annelerin Gelir Düzeyi Algısına Göre Anova Test Sonuçları

ÇİYKÖ	Gelir Düzeyi Algısı	n	$\bar{x} \pm S$	Varyansların Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Ölçek	Düşük ¹	68	42,15±17,2	Gruplararası	10269,358	2	5334,679	17,527	0,000	2-1
Toplam	Orta ²	114	53,59±17,0	Gruplarıçi	57711,354	197	292,951			3-1
Puan	Yüksek ³	18	66,24±16,9	Toplam	67980,712	199				

Çizelge 3.10'a göre araştırmaya alınan annelerin gelir düzeyi algıları ile çocuklarının fiziksel işlevsellik algıları arasındaki fark anlamlıdır [χ^2 (sd=2, n=200)=12,498, $p<0,05$] ve bu farkın gelir düzeyi yüksek olanların lehine olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Annelerin gelir düzeyi algıları ile çocuklarının psikososyal işlevsellik algıları anlamlı bir fark tespit edilmiştir [χ^2 (sd=2, n=200)=29,584, ($p<0,005$)]. Gelir düzey algısı düşük olan annelerin psikososyal işlevsellik algılarının, gelir düzeyi algısı yüksek olan annelerden daha düşük olarak değerlendirdiği bulunmuştur ($p<0,0$). Gelir düzeyi algısı düşük olan annelerin psikososyal işlevsellik algıları da gelir düzeyi algısı yüksek olanlardan daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Gelir düzeyi orta olanların psikososyal işlevsellik algıları da gelir düzeyi algısı yüksek olanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Annelerin gelir düzeyi algıları ile çocuklarının duygusal işlevsellik alt boyutu arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür [χ^2 (sd=2, n=200)=21,286, $p<0,05$]. Gelir düzeyi algısı düşük olan annelerin çocuklarının duygusal işlevsellik

algısı, gelir düzeyi algısı orta olanlardan daha düşüktür ($p<0,05$). Yine, gelir düzeyi algısı düşük olan annelerin çocuklarının duygusal işlevselliği, gelir düzeyi algısı yüksek annelerin çocuklarına göre daha düşük olarak algıladıkları saptanmıştır ($p<0,05$). Gelir düzey algısı orta olan annelerin çocuklarının duygusal işlevsellik algısının da gelir düzey algısı yüksek annelerden daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Annelerin gelir düzeyi algıları ile çocuklarının sosyal işlevsellik algıları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [$\chi^2(sd=2, n=200)=15,978, p<0,05$]. Farkın kaynağını tespit etmek amacıyla yapılan Tukey Testi sonuçlarına göre, gelir düzeyi algısı düşük olan annelerin sosyal işlevsellik algısı, gelir düzeyi algısı yüksek olanlardan daha düşüktür ($p<0,05$). Gelir düzeyi algısı düşük annelerin çocuklarının sosyal işlevsellik algısı, gelir düzeyi algısı yüksek olanlara göre daha düşük olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Annelerin gelir düzeyi algıları ile okul işlevselliği alt boyutu arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir [$\chi^2(sd=2, n=200)=20,098, (p<0,05)$]. Yapılan Tukey testi ile gelir düzey algısı düşük olan annelerin okul işlevselliği algılarının, gelir düzeyi algısı yüksek olan annelerden daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Gelir düzeyi algısı düşük olan annelerin çocuklarının okul işlevselliği algıları da gelir düzeyi algısı yüksek olanlardan daha düşük bulunmuştur.

Araştırmaya alınan annelerin, gelir düzeyi algıları ve işitme yetersizliği olan çocuğunun toplam yaşam kalitesi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [$F(2,199)=17,527, p<0,05$]. Tukey testine göre, düşük gelir düzeyine sahip annelerin çocuklarının yaşam kalitesi algısı ile orta düzeyde gelir algısına sahip annelerin yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark vardır. Orta düzeyde gelir algısına sahip annelerin çocuklarının yaşam kalitesi algısı, düşük düzeyde gelir algısına sahip annelerin çocuklarından daha yüksektir. Düşük düzeyde gelir algısına sahip anneler ile yüksek düzeyde gelir algısına sahip annelerin yaşam kalitesi arasında anlamlı fark saptanmıştır. Yüksek düzeyde gelir algısına sahip anneler, çocuklarının yaşam kalitesini düşük düzeyde gelire sahip annelere göre daha yüksek bulmaktadır (Çizelge 3.11).

Çizelge 3.12. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Babaların Yaş Durumuna Göre Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Eşin Yaşı	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p	Anlamlı Fark
FİAB	25-35 yaş ¹	44	110,28	2	10,338	0,006	1-2
	36-46 yaş ²	117	105,62				1-3
	47 yaş ve+ ³	39	74,12				
PİAB	25-35 yaş	44	102,55	2	0,099	0,952	
	36-46 yaş	117	100,37				
	47 yaş ve+	39	98,58				
DİAB	25-35 yaş	44	105,52	2	0,433	0,805	
	36-46 yaş	117	99,19				
	47 yaş ve+	39	98,76				
SİAB	25-35 yaş	44	102,47	2	0,082	0,960	
	36-46 yaş	117	100,28				
	47 yaş ve+	39	98,94				
OİAB	25-35 yaş	44	104,00	2	0,350	0,839	
	36-46 yaş	117	100,51				
	47 yaş ve+	39	96,53				

Çizelge 3.13. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Babanın Yaşına Göre Anova Sonuçları

ÇİYKÖ	Baba Yaş	n	$\bar{x} \pm S$	Varyansların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Ölçek	25-35 ¹	44	54,64±18,75	Gruplararası	1898,451	2	949,225	2,230	0,061
Toplm	36-46 ²	11	51,29±18,27	Gruplarıçi	66082,26	197	335,443		
Puan	47 + ³	39	45,21±17,96	Toplam	67980,71	199			

Çizelge 3.12'ye göre araştırmaya katılan annelerin çocuklarının babalarının yaşları ile çocuklarının fiziksel işlevsellik algıları arasında anlamlı fark bulunmuştur [χ^2 (sd=2, n=200)=10,338 p<0.05]. Annelere göre 47 yaş üzeri babaya sahip çocukların fiziksel işlevsellik algılarının hem 25-35 yaş, hem de 36-46 yaş arası babaya sahip çocuklardan daha düşüktür. Ancak babaların yaşları ile psikososyal [χ^2 (sd=2, n=200)=0,099, p>0,05], duygusal [χ^2 (sd=2, n=200)=0,433, p>0,05], sosyal işlevsellik [χ^2 (sd=2, n=200)=0,082, p>0,05] ve okul işlevselliği [χ^2 (sd=2, n=200)=0,350, p>0.05] alt boyutunda anlamlı fark saptanmamıştır.

Çizelge 3.13 incelendiğinde araştırmaya alınan annelerin çocuklarının babalarının yaşları ile çocuklarının yaşam kalitesi toplam algıları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [F(2,199)=2,230, p<0,061].

Çizelge 3.14. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Babanın Öğrenim Durumuna Göre Kruskal Wallis-H Testi Varyans Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar	Öğrenim Durumu	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p	Anlamlı Fark
FİAB	İlkokul ¹	59	83,97	3	9,833	0,020	3-1
	Ortaokul ²	28	90,71				4-1
	Lise ³	67	110,63				
	Üniversite ⁴	46	112,90				
PİAB	İlkokul	59	86,03	3	5,860	0,119	
	Ortaokul	28	99,07				
	Lise	67	109,30				
	Üniversite	46	107,11				
DİAB	İlkokul	59	88,86	3	4,053	0,256	
	Ortaokul	28	104,43				
	Lise	67	109,09				
	Üniversite	46	100,52				
SİAB	İlkokul	59	88,29	3	5,798	0,122	
	Ortaokul	28	94,52				
	Lise	67	112,18				
	Üniversite	46	102,79				
OİAB	İlkokul	59	87,07	3	5,166	0,160	
	Ortaokul	28	101,91				
	Lise	67	104,34				
	Üniversite	46	111,28				

Çizelge 3.15. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Babanın Öğrenim Durumuna Göre Anova Sonuçları

ÇİYKÖ	Öğrenim Durumu	n	$\bar{x} \pm S$	Varyansların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Ölçek Toplam Puan	İlkokul ¹	59	44,86±20,42	Gruplararası	3600,776	3	1200,597	3,654	0,014	3-1
	Ortaokul ²	68	49,18±15,99	Gruplarıçi	64379,936	196	328,469			4-1
	Lise ³	67	54,44±17,51	Toplam	67980,712	199				
	Üniversite ⁴	46	54,28±17,02							

Çizelge 3.14'e göre babaların öğrenim durumu ile işitme yetersizliği olan çocuklarının fiziksel işlevsellik alt boyutu arasında anlamlı fark saptanmıştır [χ^2 (sd=3, n=200)=9,833 p<0,05]. Babası ilkokul mezunu olan çocukların fiziksel işlevsellik algıları, hem lise hem de üniversite mezunu babası olan çocuklara göre daha düşüktür. Öğrenim düzeyi ilkokul ile lise ve üniversite olan babaların fiziksel işlevsellik alt boyutu arasında fark saptanmıştır. Çocukların babalarının öğrenim durumu ile çocukların psikososyal işlevsellik [χ^2 (sd=3, n=200)=5,860, p>0,05], duygusal [χ^2 (sd=3, n=200)=4,053, p>0,05] ve sosyal işlevsellik [χ^2 (sd=3, n=200)=5,798, p>0,05] ile okul işlevselliği [χ^2 (sd=3, n=200)= 5,166, p>0,05] alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Çizelge 3.15 incelendiğinde babaların öğrenim durumu ve çocuklarının toplam yaşam kalitesi arasında manidar fark bulunmuştur [$F(3,199)=3,654$, $p<0,05$]. Tukey testine göre ilköğretim mezunu eşi sahip annelerin algıları lise mezunu annelerden ve üniversite mezunu annelerden daha düşüktür ($p<0,05$).

Çizelge 3.16. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Babanın Çalışma Durumuna Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Eşin Çalışma Durumu	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
FİAB	Çalışıyor	188	101,90	19156,50	865,500	0,176
	Çalışmıyor	12	78,63	943,50		
PİAB	Çalışıyor	188	101,95	19166,50	855,500	0,161
	Çalışmıyor	12	77,79	933,50		
DİAB	Çalışıyor	188	102,30	19233,00	789,000	0,079
	Çalışmıyor	12	72,25	867,00		
SİAB	Çalışıyor	188	101,30	19044,50	977,500	0,436
	Çalışmıyor	12	87,96	1055,50		
OİAB	Çalışıyor	188	101,45	19073,00	949,000	0,353
	Çalışmıyor	12	85,58	1027,00		

Çizelge 3.17. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Babanın Çalışma Durumuna Göre T Testi Sonuçları

ÇİYKÖ	Çalışma Durumu	n	$\bar{x}$	S	sd	t	p
Ölçek Toplam Puan	Çalışıyor	188	51,42	18,29	198	1,541	0,082
	Çalışmıyor	12	41,85	19,88			

Araştırmadan elde edilen bulgular incelendiğinde, annelerin eşlerinin çalışma durumu ile çocuklarının fiziksel [$U=865,500$, $p>0,05$], psikososyal [$U=855,500$, $p>0,05$], duygusal [$U=789,000$, $p>0,05$], sosyal [$U=977,500$, $p>0,05$] ve okul işlevselliği [$U=949,000$, $p>0,05$] alt boyutları arasında anlamlı fark saptanmadığı görülmektedir (Çizelge 3.16).

Babaların çalışma durumu ve çocuklarının toplam yaşam kalitesi arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$t(198)= 1,541$, $p >0,05$] (Çizelge 3.17).

Çizelge 3.18. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Annelerin Çocuk Sayısına Göre Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Çocuk Sayısı	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p	Anlamlı Fark
FİAB	1 ¹	49	95,06	3	16,926	0,001	2-4
	2 ²	80	113,57				3-4
	3 ³	52	102,50				
	4 ⁴	19	54,03				
PIAB	1 ¹	49	102,46	3	11,712	0,008	1-4
	2 ²	80	104,71				2-4
	3 ³	52	107,82				
	4 ⁴	19	57,71				
DIAB	1	49	104,44	3	4,320	0,229	
	2	80	101,67				
	3	52	104,39				
	4+	19	74,76				
SIAB	1 ¹	49	94,87	3	15,186	0,002	2-4
	2 ²	80	105,69				3-4
	3 ³	52	113,97				
	4 ⁴	19	56,32				
OİAB	1 ¹	49	105,82	3	9,030	0,029	1-4
	2 ²	80	106,81				2-4
	3 ³	52	99,06				
	4 ⁴	19	64,16				

Çizelge 3.19. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Çocuk Sayılarına Göre Anova Sonuçları

ÇİYKÖ	Çocuk Sayısı	n	$\bar{x} \pm S$	Varyansların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Ölçek Toplam Puan	1 ¹	49	50,73±17,86	Gruplararası	7414,541	3	2471,514	7,998	0,000	1-4
	2 ²	80	54,10±17,38	Gruplarıçi	60566,171	196	309,011			2-4
	3 ³	52	52,63±17,77	Toplam	67980,712	199				
	4 ⁴	19	32,49±17,15							

Çizelge 3.18 incelendiğinde annelerin çocuk sayısı ile duygusal işlevsellik alt boyutu arasında anlamlı fark saptanmamıştır [χ^2 (sd=3, n=200)=4,320, p>0,05]. Bununla birlikte, araştırmaya alınan annelerin görüşlerine göre, annelerin çocuk sayısı ile işitme yetersizliği olan çocuklarının fiziksel işlevsellik alt boyutu arasında anlamlı fark bulunmuştur [χ^2 (sd=3, n=200)=16,926, p<0,05]. Tukey testi sonucunda dört çocuk sahibi annelerin fiziksel işlevsellik algıları iki çocuk sahibi annelere göre daha düşüktür. Yine dört çocuğu olan annelerin fiziksel işlevsellik algılarının üç çocuğu olan annelerden daha düşük olduğu görülmüştür, (p<0,05). Annelerin çocuk sayısı ile sosyal işlevsellik alt boyutu arasında anlamlı fark vardır [χ^2 (sd=3, n=200)=15,1866, p<0,05]. Tukey testinden elde edilen bulgulara göre; dört çocuk sahibi annelerin algıları, iki çocuk sahibi annelerden daha düşüktür, (p<0,05). Dört

çocuğu olan annelerin sosyal işlevsellik algısı da üç çocuğu olan annelerden daha düşüktür, ($p<0,05$). Annelerin çocuk sayısı ile okul işlevselliği alt boyutu arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir [$\chi^2(sd=3, n=200)=9,030, (p<0,05)$]. Yapılan Tukey testi ile dört çocuğu olan annelerin çocuklarının okul işlevselliği algısı, bir çocuğu olan ve iki çocuğu olan annelerin çocuklarından daha düşüktür, ($p<0,05$). Araştırmaya alınan annelerin çocuk sayısı ile çocuklarının psikososyal işlevsellik alt boyutu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır, [$\chi^2(sd=3, n=200)=11,1712, p<0,01$]. Tukey testi sonucunda, dört çocuğu olan annelerin psikososyal işlevsellik algısı, bir çocuğu olan annelerden, dört çocuğu olan annelerin algısı da iki çocuğu olan annelerden daha düşüktür, ($p<0,05$).

Çizelge 3.19’da, annelerin çocuk sayısı ile çocuklarının yaşam kalitesi algıları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur, [$F(3,199)=7,998, p <0,05$]. Yapılan Tukey Testi sonucunda, dört çocuk sahibi annelerin ölçek toplam puanlarının bir çocuk sahibi annelerden, yine dört çocuk sahibi annelerin ölçek toplam puanlarının iki çocuk sahibi annelerden daha düşük olduğu görülmüştür, ($p<0,05$) .

Çizelge 3.20. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Kuruma Devam Eden Çocuk Sayısına Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Kuruma Devam Eden Çocuk	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
FİAB	1	170	103,02	17513,50	2121,500	0,141
	2+	30	86,22	2586,50		
PİAB	1	170	105,82	17989,00	1646,000	0,002
	2+	30	70,37	2111,00		
DİAB	1	170	104,80	17816,00	1819,000	0,012
	2+	30	76,13	2284,00		
SİAB	1	170	103,46	17587,00	2047,500	0,084
	2+	30	83,75	2512,50		
OİAB	1	170	105,52	17939,00	1696,000	0,003
	2+	30	72,03	2161,00		

Çizelge 3.21. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Kuruma Devam Eden Çocuk Sayılarına Göre T Testi Sonuçları

ÇİYKÖ	Kuruma Devam Eden Çocuk	n	$\bar{x}$	S	sd	t	p
Ölçek Toplam Puan	1	170	52,42	18,24	198	2,922	0,004
	2+	30	41,92	17,56			

Çizelge 3.20 incelendiğinde, annelerin işitme yetersizliği nedeniyle kuruma devam eden çocuk sayısı ile çocuklarının fiziksel [$U=2121,500$, $p>0,05$] ve sosyal işlevsellik alt boyutu arasında anlamlı fark görülmemektedir, [$U=2047,500$, $p>0,05$].

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, annelerin işitme yetersizliği nedeniyle kuruma devam eden bir çocuğu olanlarla iki ve daha fazla çocuğu olanların psikososyal alt boyut puanları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir [$U=1646,000$, $p<0,01$]. Kuruma devam eden bir çocuğu olan annelerin çocuklarının psikososyal işlevsellik algıları iki ve daha fazla çocuğu olanlara göre daha yüksektir. Annelerin işitme yetersizliği nedeniyle kuruma devam eden çocuk sayısı ile duygusal işlevsellik alt boyutu arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir [$U=1819,000$, $p<0,05$]. Kuruma devam eden bir çocuğu olan annelerin çocuklarının duygusal işlevsellik algıları, kuruma devam eden iki ve daha fazla çocuk sahibi annelerden daha yüksek olarak değerlendirdikleri görülmüştür. Annelerin işitme yetersizliği nedeniyle kuruma devam eden çocuk sayıları ile çocuklarının okul işlevselliği arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir [$U=1696,000$, $p<0,01$]. Kuruma devam eden bir çocuğu olan annelerin çocuklarının okul işlevselliği alt boyut puanları iki ve daha fazla çocuğu olanlara göre daha yüksektir.

Araştırmaya alınan annelerin, işitme yetersizliği nedeniyle kuruma gelen bir çocuğu olanlarla iki ve daha fazla çocuğu olanların ölçek toplam puanları arasında manidar bir fark saptanmıştır [$t(198)=2,922$, $p<0,001$]. İşitme yetersizliği nedeniyle kuruma gelen bir çocuğu olan annelerin çocuklarının yaşam kalitesi algısı ($\bar{X}=52,42$) iki ve daha fazla çocuğu olan annelerden ($\bar{X}=41,92$) daha yüksektir (Çizelge 3.21).

Çizelge 3.22. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Çocuğun Cinsiyetine Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Çocuğun Cinsiyeti	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
FIAB	Kız	104	97,17	10105,50	4645,500	0,395
	Erkek	96	104,11	9994,50		
PIAB	Kız	104	98,87	10282,50	4822,500	0,678
	Erkek	96	102,27	9817,50		
DIAB	Kız	104	98,85	10280,50	4820,500	0,673
	Erkek	96	102,29	9819,50		
SIAB	Kız	104	100,84	10487,50	4956,500	0,930
	Erkek	96	100,13	9612,50		
OIAB	Kız	104	94,62	9840,00	4380,000	0,131
	Erkek	96	106,88	10260,00		

Çizelge 3.23. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Çocukların Cinsiyetine Göre T Testi Sonuçları

ÇİYKÖ	Çocuğun Cinsiyeti	n	$\bar{x}$	S	sd	t	p
Ölçek Toplam Puan	Kız	104	49,69	17,61	198	-0,920	0,359
	Erkek	96	52,09	19,39			

Araştırmaya katılan annelerin, işitme yetersizliğine sahip çocuklarının cinsiyeti ile fiziksel [$U=4645,500$, $p>0,05$], psikososyal [$U=4822,500$, $p>0,678$] duygusal [$U=4820,500$, $p>0,05$] sosyal [$U=4956,500$, $p>0,05$] ve okul işlevselliği [$U=4380,000$, $p>0,05$] alt boyutu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 3.22).

Annelerin görüşlerine göre çocukların cinsiyeti ile toplam yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır $t(198)=-0,920$ $p>0,05$. Ancak, Çizelge 3.23’de yer alan annelerin görüşlerine göre puanlar incelendiğinde erkek çocuğa sahip anneler, çocuklarının yaşam kalitelerini, ($\bar{X}=52,09$), kız çocuğu olan annelere göre ($\bar{X}=49,69$) daha yüksek algılamaktadır.

Çizelge 3.24. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Çocuk Yaş Gruplarına Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Çocuğun Yaşı	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
FİAB	8-12	100	99,18	9917,50	4867,500	0,745
	13-18	100	101,83	10182,50		
PİAB	8-12	100	105,05	10505,00	4545,000	0,266
	13-18	100	95,95	9595,00		
DİAB	8-12	100	106,41	10640,50	4409,500	0,146
	13-18	100	94,60	9459,50		
SİAB	8-12	100	102,33	10233,00	4817,000	0,653
	13-18	100	98,67	9867,00		
OİAB	8-12	100	103,75	10375,00	4675,000	0,423
	13-18	100	97,25	9725,00		

Çizelge 3.25. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Çocuk Yaş Gruplarına Göre T Testi Sonuçları

ÇİYKÖ	Çocuğun Yaşı	n	$\bar{x}$	S	sd	t	p
Ölçek	8-12	100	51,76	18,08	198	1,412	0,160
Toplam Puan	13-18	100	49,92	18,92			

Annelerin, işitme yetersizliğine sahip çocuklarının yaşları ile fiziksel [U=4867,500, $p>0,05$], psikososyal [U=4545,000, $p>0,05$], duygusal [U= 4409,500 $p>0,05$], sosyal işlevsellik, [U=4817,000, $p>0,05$] ve okul işlevselliği [U=4675,000 $p>0,05$] alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 3.24).

Çizelge 3.25'e göre yapılan analizler sonucu, annelerin işitme yetersizliği olan sekiz-12 yaş arasındaki çocuklarıyla 13-18 yaş arasındaki çocuklarının toplam yaşam kalitesi algıları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$t(198)=1,412$ $p>0,05$].

Çizelge 3.26. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Annelerin Çocuklarının Devam Ettiği Okula Göre Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Çocuğun devam ettiği okul	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p
FİAB	İlkokul	74	102,53			
	Ortaokul	64	105,56	2	1,672	0,433
	Lise	62	92,85			
PİAB	İlkokul	74	104,42			
	Ortaokul	64	106,67	2	3,331	0,189
	Lise	62	89,45			
DİAB	İlkokul	74	102,51			
	Ortaokul	64	106,74	2	2,316	0,314
	Lise	62	91,66			
SİAB	İlkokul	74	98,73			
	Ortaokul	64	108,91	2	2,245	0,325
	Lise	62	93,94			
OİAB	İlkokul	74	108,79			
	Ortaokul	64	102,41	2	3,331	0,189
	Lise	62	88,63			

Çizelge 3.27. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Annelerin Çocuklarının Okul Durumuna Göre Anova Sonuçları

ÇİYKÖ	Çocuğun Devam Ettiği Okul	n	$\bar{x} \pm S$	Varyansların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Ölçek	İlkokul	74	52,53±18,56	Gruplararası	1253,570	2	626,785	1,850	0,160
Toplam	Ortaokul	64	52,51±18,96	Gruplarıçi	66727,142	197	338,716		
Puan	Lise	62	47,11±17,62	Toplam	67980,712	199			

Çizelge 3.26’da araştırmaya alınan annelerin, işitme yetersizliğine sahip çocuklarının devam ettikleri okul ve çocuklarının fiziksel [$\chi^2(sd=2, n=200)=1,672$, $p>0,05$] psikososyal [$\chi^2(sd=2, n=200)=3,331$, $p>0,05$], duygusal [$\chi^2(sd=2, n=200)=2,316$, $p>0,05$], sosyal işlevsellik [$\chi^2(sd=2, n=200)=2,245$, $p>0,05$] ve okul işlevselliği [$\chi^2(sd=2, n=200)=4,263$, $p>0,05$] alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir.

Annelerin, işitme yetersizliğine sahip çocuklarının devam ettikleri okul ile çocuklarının yaşam kaliteleri algısı arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir [$F(2,199)=1,850$, $p>0,05$]. Çizelge 3.27 incelendiğinde, liseye giden çocukların yaşam kalitesi algılarının, ilkokul ve ortaokula devam eden çocuklardan daha düşük olduğu görülmektedir.

Çizelge 3.28. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Annelerin Çocuklarının Özel Eğitime Devam Ettiği Yıla Göre Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Özel eğitime devam yılı	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p
FİAB	1-5 yıl	23	97,67	2	3,366	0,186
	6-10 yıl	114	106,73			
	11+ yıl	63	90,26			
PİAB	1-5 yıl	23	95,93	2	3,108	0,211
	6-10 yıl	114	106,64			
	11+ yıl	63	91,06			
DİAB	1-5 yıl	23	97,20	2	2,532	0,282
	6-10 yıl	114	105,95			
	11+ yıl	63	91,85			
SİAB	1-5 yıl	23	93,02	2	3,200	0,202
	6-10 yıl	114	106,81			
	11+ yıl	63	91,81			
OİAB	1-5 yıl	23	99,35	2	0,804	0,669
	6-10 yıl	114	103,51			
	11+ yıl	63	95,48			

Çizelge 3.29. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Annelerin Çocuklarının Özel Eğitime Devam Ettiği Yıla Göre Anova Sonuçları

ÇİYKÖ	Özel Eğitime devam yılı	n	$\bar{x} \pm S$	Varyansların Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Ölçek	1-5	23	50,66±15,09	Gruplararası	1412,520	2	706,260	2,090	0,126
Toplam	6-10	114	52,96±18,73	Gruplarıçi	66568,193	197	337,910		
Puan	11+	63	47,07±18,79	Toplam	67980,712	199			

Araştırmaya katılan annelerin çocuklarının özel eğitime devam ettiği yıl ile fiziksel [$\chi^2(sd=2, n=200)=3,366$ $p>0,05$] psikososyal [$\chi^2(sd=2, n=200)=3,108$ $p>0,05$] duygusal [$\chi^2(sd=2, n=200)=2,532$ $p>0,05$] sosyal [$\chi^2(sd=2, n=200)=3,200$, $p>0,05$] ve okul işlevselliği [$\chi^2(sd=2, n=200)=0,804$ $p>0,05$] alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık yoktur (Çizelge 3.28).

Çizelge 3.29 incelendiğinde annelerin, işitme yetersizliğine sahip çocuklarının özel eğitime devam ettikleri yıl ile çocuklarının toplam yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir [$F(2,197)=2,090$, $p>0,05$].

Çizelge 3.30. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Çocuğun İşitme Yetersizliği Derecesine Göre Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Yetersizlik Derecesi	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p
FİAB	Orta	48	103,60	2	1,058	0,589
	İleri	71	104,20			
	Çok İleri	81	95,42			
PIAB	Orta	48	108,68	2	2,216	0,330
	İleri	71	102,81			
	Çok İleri	81	93,63			
DİAB	Orta	48	103,01	2	0,414	0,813
	İleri	71	102,40			
	Çok İleri	81	97,35			
SİAB	Orta	48	109,30	2	1,929	0,381
	İleri	71	101,06			
	Çok İleri	81	94,79			
OİAB	Orta	48	106,49	2	1,984	0,371
	İleri	71	104,27			
	Çok İleri	81	93,64			

Çizelge 3.31. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Çocuğun İşitme Yetersizliği Derecesine Göre Anova Sonuçları

ÇİYKÖ	Yetersizlik Derecesi	n	$\bar{x} \pm S$	Varyansların Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	P
Ölçek	Orta	68	53,21±20,78	Gruplararası	666,505	2	349,753	1,024	0,36
Toplam	İleri	114	51,70±14,89	Gruplariçi	67281,207	197	341,529		
Puan	Çok İleri	18	48,68±19,83	Toplam	67980,712	199			

Çizelge 3.30 incelendiğinde, annelere göre çocuklarının işitme yetersizliğinin derecesi ile çocuklarının fiziksel [$\chi^2(\text{sd}=2, n=200)=1,058, p>0,05$] psikososyal [$\chi^2(\text{sd}=2, n=200)=2,216, p>0,05$] duygusal [$\chi^2(\text{sd}=2, n=200)=0,414, p>0,05$] sosyal [$\chi^2(\text{sd}=2, n=200)=1,929, p>0,05$] ve okul işlevselliği [$\chi^2(\text{sd}=2, n=200)=1,984, p>0,05$] alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Çizelge 3.31'e göre annelerin çocuklarının yetersizlik dereceleriyle çocuklarının toplam yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir, [$F(2,199)=1,024, p>0,005$].

Çizelge 3.32. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kalitelerinin Çocuklarda Dil-Konuşma Bozukluğu Durumuna Göre Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Bozukluğun Türü	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p	Anlamlı Fark
FIAB	Gelişimsel ¹	62	81,39	2	27,837	0,000	3-1
	Sesletim Ses ²	56	83,88				3-2
	Yok ³	82	126,30				
PIAB	Gelişimsel ¹	62	81,65	2	12,326	0,002	3-1
	Sesletim Ses ²	56	99,04				
	Yok	82	115,75				
DIAB	Gelişimsel	62	96,03	2	1,215	0,545	
	Sesletim Ses	56	97,66				
	Yok	82	105,82				
SIAB	Gelişimsel ¹	62	75,85	2	19,396	0,000	2-1
	Sesletim Ses ²	56	101,51				3-1
	Yok	82	118,45				
OIAB	Gelişimsel	62	87,27	2	5,792	0,055	
	Sesletim Ses	56	100,54				
	Yok	82	110,50				

Çizelge 3.33. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Yaşam Kaliteleri Toplamının Çocuklarda Dil-Konuşma Bozukluğu Durumuna Göre Anova Sonuçları

ÇİYKÖ	Bozukluğun Türü	n	$\bar{x} \pm S$	Varyansların Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Ölçek	Gelişimsel ¹	62	44,00±15,9	Gruplararası	7898,685	2	3949,343	12,949	0,000	3-2
Toplam	Sesletim Ses	56	47,65±20,3	Gruplarıçi	60082,027	197	304,985			3-1
Puan	Yok ³	82	58,19±16,3	Toplam	67980,712	199				

Araştırmaya alınan annelerin, çocuklarının dil-konuşma bozukluğu türü ile çocuklarının fiziksel işlevsellik algıları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir [χ^2 (sd=2, n=200)=27,837 p<0,05] ve gelişimsel dil bozukluğuna sahip çocuğu olan annelerin çocuklarının fiziksel işlevsellik algıları, dil konuşma bozukluğu olmayanlardan daha düşük olarak değerlendirdikleri görülmüştür (p<0,05). Çocuğunda sesletim ve ses bilgisi bozukluğu olan annelerin fiziksel işlevsellik algıları, dil konuşma bozukluğu olmayan annelerin çocuklarına göre daha düşük saptanmıştır, (p<0,05). Annelere göre çocuklarının dil konuşma bozukluğu türü ile çocuklarının psikososyal işlevsellik algısı arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür, [χ^2 (sd=2, n=200)=12,326 p<0,05]. Yapılan Tukey testi ile çocuğu gelişimsel dil bozukluğuna sahip annelerin çocuklarının psikososyal işlevsellik algısı, dil konuşma bozukluğu olmayan çocuklardan daha düşüktür (p<0,05). Annelere göre çocuklarının dil-konuşma bozukluğunun türü ile çocuklarının sosyal işlevselliği arasında anlamlı fark bulunmuştur [χ^2 (sd=2, n=200)=19,396, p<0,05]. Buna göre, gelişimsel dil bozukluğuna sahip çocuğu olan annelerin sosyal işlevsellik algılarının sesletim ve ses

bilgisi bozukluđuna sahip çocuđu olan annelerden daha dűşűk olduđu belirlenmiřtir. Annelerin, geliřimsel dil bozukluđu yařayan çocuklarının sosyal iřlevsellik algısının, dil konuřma bozukluđu olmayan çocuklardan daha dűşűk olarak deđerlendirdikleri tespit edilmiřtir. Annelerin, çocuklarının dil-konuřma bozukluđu tűrű ile çocuklarının duygusal iřlevsellik ve $[\chi^2(sd=2, n=200)=1,215 \text{ } p>0,05]$ okul iřlevselliđi alt boyutu arasında ise anlamlı bir farklılık bulunmamıřtır $[\chi^2(sd=2, n=200)=5,792 \text{ } p>0,05]$.

Çizelge 3.33'te annelerin görüşlerine göre iřitme yetersizliđi olan çocuklarının dil-konuřma bozukluđunun tűrű ile toplam yařam kaliteleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuřtur $[F(2,199)=12,942, \text{ } p<0,001]$. Farkın kaynađının nerede olduđunu belirlemek için yapılan Tukey testi ile geliřimsel dil bozukluđuna sahip çocuđu olan annelerin çocuklarının toplam yařam kalitesi algılarının, dil-konuřma bozukluđu olmayanlara göre dűşűk olduđu saptanmıřtır, $(p<0,001)$. Sesletim ve ses bilgisi bozukluđu olan çocukların algıları da, dil konuřma bozukluđu olmayanlardan daha dűřűktűr, $(p<0,05)$.

3.2. Araştırmanın Nitel Boyutundan Elde Edilen Bulgular

Bu bölümde, araştırmanın nitel boyutundan elde edilen bulgular ve açıklamalarına yer verilmiştir. Bu doğrultuda Anne Görüşme Formu'ndan elde edilen verilerin analizi sonucu ortaya çıkan temalar şu şekildedir: “Anne görüşlerine göre çocuğun fiziksel işlevselliği, anne görüşlerine göre çocuğun özbakım becerilerine yönelik sorun yaşama durumu, anne görüşlerine göre çocuğun kaza ve tehlikelerin korunma ve cihaz kullanma durumu, anne görüşlerine göre çocuğun duygu durumu, anne görüşlerine göre çocuğun duygusal ilişkileri, anne görüşlerine göre çocuğun yetersizlikten dolayı yaşadığı problemler, anne görüşlerine göre sosyodemografik özelliklerin çocuğun yaşam kalitesine etkisi ve annelerin yetersizlikle ilgili hizmetlere ilişkin görüş, endişe ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik önerileri”dir. Bu temalara yönelik alt temalar, alt kategoriler ve frekansları Çizelge 3.34-3.41’de açıklanmıştır.

Çizelge 3.34. Anne Görüşlerine Göre Çocuğun Fiziksel İşlevselliği

Alt Temalar	Alt Kategoriler	f
Fiziksel Aktivitelerde Sorun Yaşama Durumu	Sorun Yaşamıyor: A1, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21, A22, A25	22
	Bazen: A2, A23, A24	3

Araştırmaya alınan annelerin çoğunluğu işitme yetersizliği olan çocuklarının koşma, egzersiz yapma veya sporla uğraşma, gündelik işlerini yapma gibi fiziksel aktivitelerde sorun yaşamadığını belirtmiştir (f=22). Çocuğunun fiziksel aktivite boyutunda bazen sorun yaşadığını ifade eden annelerin ise tipik gelişim gösteren akranlarıyla aynı düzeyde hareket edememekten dolayı sorun yaşadıklarından bahsettikleri görülmüştür (f=3).

Araştırmaya katılan annelerden çocuğunun fiziksel aktivitelerde sorun yaşamadığını belirten bir anne düşüncelerini şu sözlerle dile getirmiştir:

A22: Sorun yaşamıyor. Aksine bi hareketli, çok hareketli, Kıpır kıpırdır. Öğretmeni ona coşkun kız diyor.

Çocuğunun fiziksel aktivitelerde bazen sorun yaşadığını ifade eden bir görüşlerini şu cümlelerle açıklamıştır:

A23: Bazen, arkadaşları takla atıyor mesela ama Çınar atamıyor. Çınar ağaca tırmanamıyor mesela. Yaşıtları gibi değil.

Çizelge 3.35. Anne Görüşlerine Göre Çocukların Özbakım Becerilerine Yönelik Sorun Yaşama Durumu

Alt Temalar	Alt Kategoriler	f
Özbakım Becerileri	Sorun Yaşamıyor: A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A17, A18, A19, A20, A21, A23, A24, A25	23
	Anne Desteği: A16, A22	2
Beslenme Araç-Gereç Kullanımında	Sorun Yaşamıyor: A1, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A17, A18, A19, A20, A24	19
	Sorun Yaşar: A2, A16, A21, A22, A23, A25	6

Annelerin çocuklarının özbakım becerilerinde yaşadığı sorunlar ile ilgili görüşleri incelendiğinde, çoğunluğunun verilen en sık yanıtın sorun yok (f=23) olduğu görülmüş, iki annenin de bazı durumlarda çocuğunun özbakım becerilerine yardım ettiğini ifade etmiştir. Yine annelerin büyük bir çoğunluğu çocuklarının beslenme ve araç gereç kullanma ile ilgili problem yaşamadığını belirtmiştir (f=19). Çocuğunun beslenme ile ilgili sorun yaşadığını bildiren altı anne ise genelde düzenli ve dengeli beslenmede problem yaşadıklarından bahsetmiştir.

Çocuğunun özbakım becerilerinde anne desteğine ihtiyaç duyduğunu ifade eden bir anne görüşünü şöyle açıklamıştır:

A16: Nadiren duşunu, banyosunu falan kendi yapamaz. Ben yardım ederim. Ama diş fırçalama, tuvalet gibi sorumlulukları kendisindedir.

Çocuğunun beslenmeyle ilgili problemini dile getiren bir annenin açıklaması:

A25: Yemekle hiç arası yok. Hiç severek bir şey yemez. Anca peşinde dolaşacaksın da öyle ağzına lokma sokarsan yer. Yoksa gidip de bir parça ekmek alıp yiyeyim demez. Şeklindedir.

Çizelge 3.36. Anne Görüşlerine Göre Çocuğun Kaza ve Tehlikelerden Korunma ve Cihaz Kullanma Durumu

Alt Temalar	Alt Kategoriler	f
Kaza ve Tehlikelerden Korunma	Koruyabilir: A2, A3, A4, A5, A7, A8, A10, A12, A13, A14, A15, A16, A17, A18, A20, A21, A23, A24, A25	19
	Koruyamaz: A1, A6, A9, A11, A19, A22	6
Cihaz Kullanımında Yaşanan Sorunlar	Sorun Yaşamıyor: A1, A2, A3, A4, A5, A6, A8, A9, A10, A11, A14, A15, A16, A18, A19, A20, A21, A25	18
	Sorun Yaşar: A7, A12, A13, A17, A22, A23, A24	7

Araştırmaya katılan annelerin büyük bir çoğunluğu çocuklarının kaza ve tehlikelerden kendini koruyabildiğini belirtmiştir (f=19). Çocuğunun kaza ve tehlikelerden kendini koruyamadığını bildiren altı anne, çocuklarının hareketli olduğu, sosyal medyada kendini koruyamadığı, büyük şehirde yaşamının zorluklarından dolayı kaza ve tehlikelerden koruyamadıklarından bahsetmiştir. Annelerin büyük bir çoğunluğu çocuğunun cihaz kullanımında sorun yaşamadığını dile getirmiştir (f=18). Yedi anne de çocuğunun cihaz kullanımında pil değiştirme, kalıp oturtma veya insanların işitme cihazına karşı tutumundan dolayı sıkıntı yaşadığını anlatmıştır.

Çocuğunun tehlike ve kazalardan kendini koruyamadığını belirten bir anne görüşlerini şöyle açıklamıştır:

A1: Çok haylaz olduğu için bazen koruyamıyor. Orada burada koştururken kendine zarar veriyor. Aslında rahat dursa, vallahi ben de cihazına da zarar gelecek diye korkuyorum.

Çocuğunun cihaz kullanımında sıkıntı yaşamadığını belirten bir anne ise;

“A18: Küçükken çok yaşadık, cihazı fırlatır atardı. 10 yaşında şimdi. Bazen diyorum bunu bir gözlük gibi düşün. Ben öyle dedikçe alıştı galiba. Bakımını ben yapıyorum, pilini kendi takıyor.” Diyerek görüşlerini dile getirmiştir.

Çizelge 3.37. Anne Görüşlerine Göre Çocuğun Duygu Durumu

Alt Temalar	Alt Kategoriler	f
Yetersizlikten Kaynaklanan Korku, Üzüntü, Endişe vb. Duyguların Varlığı	Var: A5, A6, A7, A8, A9, A10, A13, A14, A16, A18, A19, A22, A23	13
	Bazen Var: A1, A2, A3, A11, A12, A15, A20, A21, A24, A25	10
	Yok: A4, A17	2
Bu Duyguların Ne ile İlgili Olduğu	Yetersizlik: A3, A5, A8, A13, A18, A23, A25	7
	Ergenlik: A2, A9, A12, A15	4
	Ölüm: A7, A11, A14, A16, A22	5
	Kardeş İlişkileri: A19, A21, A25	3
	Arkadaş İlişkileri: A3, A16, A20, A24	4
	Okul ve Dersler: A1, A6, A10, A16, A25	5
Yaşamdan Memnun Olma Durumu	Memnun: A1, A2, A3, A4, A7, A9, A10, A11, A13, A14, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21, A22	18
	Memnun Değil: A5, A6, A8, A12, A23, A24, A25	7
Yaşamdan Mutlu Olma Durumu	Mutlu: A1, A2, A3, A4, A7, A9, A10, A11, A13, A14, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21, A22	18
	Mutlu Değil: A5, A6, A8, A12, A23, A24, A25	7

Çizelge 3.37’de annelerin görüşlerine göre çocuklarının duygu durumları yer almaktadır. Annelere sorulan “Çocuğunuzun engelinden kaynaklanan korku/üzüntü/endişe/öfkesi var mı? Varsa bu duygular ne ile ilgilidir?” sorusuna, 13 anne “var”, 10 anne “bazen var”, iki anne de “yok” yanıtını vermiştir. Bu duyguların ne ile ilgili olduğu sorulduğunda ise yedi anne “yetersizliğinden”, dört anne “ergenlikten”, beş anne “ölümden”, üç anne “kardeş ilişkisinden”, dört anne “arkadaşlık ilişkilerinden” ve beş anne de “okul ve derslerle ilgili” kaynaklandığını belirtmiştir. Annelere, işitme yetersizliği olan çocuklarının yaşamdan memnun olma durumuna ilişkin görüşlerine dair soru yöneltilmiş, annelerin çoğunun “memnun” olduğuna dair yanıt alınmıştır (f=18). Yedi anne de çocuğunun yaşamdan memnun olmadığını dile getirmiştir. Annelere sorulan “çocuğunuzun yaşamdan mutlu olma durumuna ilişkin görüşleriniz nelerdir” sorusuna, annelerin çoğundan “mutlu”

olduğuna dair yanıt alınmıştır (f=18). Yedi anne de çocuğunun yaşamdan mutlu olmadığını dile getirmiştir.

Annelerden A14, çocuğundaki korku duygusunun nedeninin ölüm olduğunu düşünmektedir.

A14: Evet var, korkusu var. En büyük korkusu benim lmem. Ben geçenlerde basit de olsa bir ameliyat oldum ama çok korktu, üzüldü. Hani görüyor, sağlığım yerinde ama o korku çocuğun içine girdi bir kere.

Çocuğunun yaşamdan memnun olduğunu ifade eden annenin görüşü;

A11: Memnun çünkü ondan daha engelli arkadaşları olduğunu bilir.

Çocuğunun yaşamdan mutlu olduğunu söyleyen annelerden A7;

A7: Sevdiği, hoşnut olduğu şeyleri yapmaktan son derece mutlu oluyor. Keyfine doyum olmuyor. rnek vereyim, Galatasaray maı izlediğinde, yeni ıkan bir oyun indirdiğinde. şeklinde grş bildirmiştir.

izelge 3.38. Anne Grşlerine Gre ocuğun Duygusal İlişkileri

Alt Temalar	Alt Kategoriler	f
Arkadaş İlişkileri	İyi: A1, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A12, A13, A15, A17, A19, A21, A22, A23, A25	17
	Problem Yaşar: A2, A3, A11, A14, A16, A18, A20, A24	8
ğretmen İlişkileri	Sorun Yaşamıyor: A2, A3, A7, A8, A10, A12, A13, A15, A17, A19, A20, A21, A22	13
	ekingen: A1, A4, A11, A24	4
	Saygılı: A5, A9, A14, A18	4
	Kt: A6, A16, A23, A25	4
Aile Bireyleriyle Olan İlişkiler	İyi: A1, A2, A3, A4, A5, A7, A10, A11, A14, A15, A18, A19, A20, A24	14
	Kardeş Kıskanlığı: A6, A8, A9, A12, A16, A19, A21, A25	8
	Olumsuz: A6, A12, A17, A23	4

Annelere yöneltilen “çocuğunuzun arkadaşlarıyla ilişkileri nasıldır?” sorusuna büyük bir çoğunluk “araları iyi” (f=17) yanıtını vermiştir. Sekiz anne de çocuklarının arkadaş ilişkilerinde genellikle yetersizliğinden dolayı problem yaşadığından bahsetmiştir. Yine çocuklarının “öğretmenleriyle olan ilişkileri” sorulduğunda, annelerin çoğunluğu “sorun yaşamıyor.” diyerek görüş bildirmiştir (f=13). Annelerin işitme yetersizliği olan çocuklarının aile bireyleriyle olan ilişkilerine ait görüşleri incelendiğinde, verilen yanıtların büyük bir çoğunluğu “iyi” şeklinde olmuştur (f=14). Sekiz anne, aile ilişkilerinde kardeş kıskançlığının bir sorun olduğundan bahsetmiş, dört anne de aile ilişkilerinin olumsuzluğunu anlatmıştır.

Çocuğunun arkadaşlık ilişkilerinde problem yaşadığını söyleyen A3’ün görüşleri aşağıda verilmiştir:

A3: Şimdi şöyle, bu çocuk iyi duyamadığı için bazı şeyleri iyi şekilde doğru şekilde anlayamıyor. Biri ona bir şeyi ne maksatla söyledi algılayamıyor. Arkadaşlarına da yansıyor bu. Bazen iyi anlamda bir şey söylemek istiyor ama yanlış anlamda sözcükler kullanıyor. Bu da tepki çekiyor arkadaşlarından. Arkadaşları mesafe koyuyor. .

Çocuğunun öğretmenleriyle ilişkisine “sorun yaşamıyor” yanıtını veren A8;

A8: İyidir, öğretmenlerine sorduğumda “bize kendisini anlatabiliyor, sıkıntısını dile getirebiliyor diyorlar” diyerek görüş bildirmiştir.

Araştırmaya alınan annelerden çocuğunun öğretmenleriyle olan ilişkisinin kötü olduğunu söyleyen A6’nın açıklamaları;

A6: Hep iyiydi bu güne kadar aslında. Ama sınava hazırlanacağını duyan birkaç öğretmeni hevesini kırdı, boş ver senin kapasiten yetmez üniversiteye

gibisinden laflar demişler, onlara çok kızıyor, çok saygı duymuyor. Çok üzüliyorum böyle konuşanlara. Yöntündedir.

İşitme yetersizliği olan çocuğunun, aile ilişkilerinde kardeş kıskançlığının olduğunu vurgulayan A16;

A16: Hırçın, inatçı ama sevgi doludur kızım. Ablayı niye doğurdun, keşke aldırıydın diyor. Abiyle daha samimi, ona duygularını mektupla yazıyor diye görüş bildirerek kardeş kıskançlığından bahsetmiştir.

Çizelge 3.39. Anne Görüşlerine Göre Çocuğun Yetersizlikten Dolayı Yaşadığı Problemler

Alt Temalar	Alt Kategoriler	f
Sosyal Aktivitelere Katılma Konusunda Yaşanan Problemler	Katılıyor: A1, A4 A6, A7, A12, A13, A15, A16, A20, A21, A22, A24	12
	Katılmak İstemiyor: A2, A3, A5, A8, A10, A11	6
	Sportif Faaliyetlerde Sorun: A14, A17, A18, A19	4
	Maddi Durum Yetersizliği: A9, A23, A25	3
Okul ve Derslerde Yaşanan Problemler	Okuma Anlama/ A2, A3, A6, A9, A11, A12, A13, A15, A16, A17, A18, A22, A24	12
	Matematik:	
	Dil Derslerinde: A1, A7, A8, A20, A22, A24, A25	7
	Sorun Yaşamıyor: A4, A5, A10, A19, A21, A23	6

Araştırmaya alınan annelere sorulan “Çocuğunuz engelinden dolayı sosyal aktivitelere katılmada sorun yaşıyor mu? Varsa bu sorunlar nelerdir?” sorusuna, annelerin çoğunluğu (f=12), “katılabiliyor” yanıtını vermiştir. Annelere yöneltilen, “işitme yetersizliği olan çocuklarının okul veya derslerine ilişkin görüşleri” ile ilgili soruya, annelerin çoğunluğu “okuma-anlama/matematik” derslerinde (f=12) sorun yaşıyor yanıtını vermiştir.

A9 kodlu anne de sosyal aktivitelere katılmada maddi duruma dikkat çekmiştir:

A9: İmkân elverdikçe bir şeyler yapmak çabasıdayız. Ama çoğu şey de paraya bakıyor. Okul gezisi oluyor mesela, tamam hadi ona gidiyor ama çoğu şeyde para durumuna bakmak mecburiyetinde kalıyoruz.

Çocuğunun okuma-anlama/matematik alanında sıkıntı yaşadığını ifade eden

A11: Sıkıntı yaşıyor, bu sene liseye başladı önceden işitme engelliler ilk ortadaydı, o zaman çok sorun yaşamıyordu şimdi normal lisede olunca mesela edebiyatta çok zorlandı. Tekrar eski okuluna geçmeyi istiyor. diyerek çocuğunun yaşadığı probleme dikkat çekmiştir.

Çizelge 3.40. Anne Görüşlerine Göre Sosyodemografik Özelliklerin Çocuğun Yaşam Kalitesine Etkisi

Alt Temalar	Alt Kategoriler	f
Gelir Düzeyinin Nitelikli Bir Yaşam İçin Yeterli Olma Durumu	Yeterli Değil: A3, A4, A7, A9, A11, A13, A14, A17, A18, A21, A22, A23, A24, A25	14
	Yeterli: A1, A2, A5, A6, A8, A10, A12, A15, A16, A19, A20	11
Yetersizlikten Dolayı Fazla Harcama Yapma Durumu	Fazla Harcama: A3, A4, A5, A6, A8, A9, A10, A12, A13, A14, A15, A17, A18, A19, A20, A22, A23, A24	19
	Normal: A1, A2, A7, A11, A16, A21	6
Ev Ortamının Çocuğa Uygunluğu	Uygun: A1, A2, A3, A5, A6, A7, A8, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A17, A19, A20, A21, A24	18
	Uygun Değil: A4, A9, A16, A18, A22, A23, A25	7
Çocuk Sayısının Yaşam Kalitesine Etkisi	Etkilemiyor: A1, A2, A3, A4, A13, A16, A17, A19, A20, A21, A24	11
	Olumsuz Etkiliyor: A7, A8, A9, A10, A11, A12, A18, A22, A23, A25	10
	Olumlu Etkiliyor: A5, A6, A14, A15	4
Annenin Çalışma Durumunun Etkisi	Çalışıyor: A3, A11, A19	3
	Çalışmıyor: A1, A2, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A12, A13, A14, A15, A16, A17, A18, A20, A21, A22, A23, A24, A25	22
	Olumlu Etkiliyor: A1, A2, A7, A11, A19, A21	6
	Olumsuz Etkiliyor: A3, A4, A5, A9, A10, A13, A14, A15, A17, A18, A22, A23, A24, A25	14
	Etkilemiyor: A6, A8, A12, A16, A20	5

Araştırmaya alınan annelerin, gelir düzeylerinin çocuklarına nitelikli bir yaşam sürmeye yetmeyle ilgili görüşlerine verilen yanıtların birbirine yakın olduğu

görülmektedir. 14 anne gelirlerinin yetersiz olduğunu söylerken, 11 anne nitelikli bir yaşam sunmak için gelirlerinin yeterli olduğunu söylemiştir. Araştırmaya dâhil edilen annelerin, çocuklarının yetersizliklerinden dolayı yaptıkları harcamalara ilişkin görüşleri incelendiğinde, annelerin büyük bir çoğunluğunun (f=19), daha fazla harcama yaptığı ve diğer ihtiyaçlarından kısıtları görülmüştür. Altı anne de çocuklarının yetersizliğine rağmen harcamalarının normal düzeyde olduğuna dair yanıtlar vermiştir. Annelerin ev ortamlarının işitme yetersizliği olan çocuklarına uygun olma durumuna ilişkin görüşlerinde, “uygundur” (n=18) yanıtını veren anneler çoğunluktadır. Yedi anne, ev ortamlarının kardeşlerle aynı odayı paylaşma, evin güvenli bir bölgede olmaması vb. sebeplerle çocuk için uygun olmadığını dile getirmiştir. Annelere sorulan “çalışma durumunuz çocuğunuzun yaşam kalitesini nasıl etkiliyor?” sorusuna verilen yanıtların dağılımı yer almaktadır. Üç anne çalışmakta, 20 anne çalışmamaktadır. 14 anne çalışma durumlarının çocukların yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini söylemiştir. Altı anne, çalışma durumundan çocuklarının yaşam kalitesinin olumlu etkilendiğini, beş anne de çalışma durumunun yaşam kalitesini değiştirmeyeceğini savunmuştur. Araştırmaya alınan annelere “çocuk sayılarının işitme yetersizliği olan çocuklarının yaşam kalitesine etkisine ilişkin görüşleri” sorulmuş, çoğu annenin (f=11), “etkilemiyor” yanıtı verdiği görülmüştür. 10 anne “olumsuz etkileniyor”, dört anne ise “olumlu etkileniyor” şeklinde yanıt vermiştir.

Çocukları için nitelikli/iyi bir yaşam sunmak için gelir düzeyinin yeterli olduğunu ifade eden annelerden bazılarının açıklamaları aşağıda verilmiştir

A2: Yeterli yani, ne isterse hemen alınıyor.

A19: Şimdilik nitelikli ve iyi bir yaşam sunmaya yeterli. Umarım daha iyisini yapabiliriz.

Gelir düzeylerinin çocukları için nitelikli/iyi bir yaşam sunmak için yetersiz olduğunu söyleyen annelerden bazılarının görüşleri şöyledir:

A4: Hiç yeterli değil. Bir şekilde aile büyüklerinin desteğine ihtiyaç duyuyoruz. Buse'nin çoğu şeyini amcaları da destek olarak alıyoruz. Cümleleriyle düşüncelerini belirtmiştir.

Çocuğuma iyi bir yaşam sunamıyoruz. Gelirimiz yetmiyor. Biz temel şeylerimizi karşılayınca şükrediyoruz. Evlatlarıma daha fazla şey sağlayamıyoruz.

A16 kodlu anne, harcamalarının normal düzeyde olduğuna dair açıklama yapmıştır:

A16: Engelinden dolayı sadece pil, kalıp gibi şeylere para harcıyoruz ama bunlar bütçemizi etkilemiyor.

Çocuklarının yetersizliklerinden dolayı daha çok harcama yaptıklarını belirten bazı annelerin açıklamaları şu yöndedir:

A14: Zaman zaman cihazla ilgili yaşanan problemler bir şekilde bütçeye yansıyor ve harcamalarımızı etkiliyor. Diğerleri önemsizse daha sonraya bırakıyoruz önemsizleri.

A20: Cihaz en büyük derdimiz. Pahalı, 7 yıldan sonra değişmesi lazım. Pile çok masraf ediyoruz. Kısmıyoruz desek yalan olur. şeklindedir.

Çocuğu için uygun ev ortamı olduğunu söyleyen annelerin görüşlerinden bazıları şöyledir:

A1: Evimiz geniş ve yani biz onu çok seviyoruz. Tehlikeli bir şey yok. Çok uygun ona.

A2: Yeni eve taşındık orası ona çok uygun bi halde oldu. Büyüklüğü, odası her şeyiyle daha uygun ev.

Ev ortamının çocuğu için uygun olmadığını ifade eden annelerden bazılarının görüşleri şöyledir:

A9: Güvenli mi, Hayır değil. Gecekondu mahallesindeyiz, kiradayız. Güvenli değil, ablayla aynı odada kalıyor, abla onu istemiyor.

A18: Kızlarım ve Emir aynı odada kalıyor. Kızlar da istemiyor, abinin yanına, teras katına yollayım diyorum bu sefer. Kızlar da haklı, hepsi ergenlikte. Abi askere gidince Emir'e oda yapmayı düşünüyorum. Hepsi rahat eder.

A3 kodlu anne, çalışan bir annedir ancak çalışma durumunun çocuğunun yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini şu sözlerle anlatmıştır:

A3: Çalışıyorum, sosyal etkinliklerde çok etkiliyor. Çok fazla zamanım olmuyor ona katılmakta.

A18 kodlu anne, çalışmayan bir annedir ve bu durumun çocuğunun yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini düşünmektedir.

A18: Şimdi büyük kız kulak içi cihaz istiyor. Utanıyor. O biraz pahalı. Ben çalışsam daha rahat alırdım. Büyüyünce belki Emir de ister, o zaman da ben vicdan azabı çekeceğim keşke yetse param diye.

Çalışmayan annelerden A2, çalışmamasının çocuğunun yaşam kalitesini olumlu etkilediğini savunanlardan birisidir:

A2: Çalışsaydım çocuğuma vakit ayıramazdım. Çalışmıyorum, özel eğitime geliyorum, derslerine yardım ediyorum, okulunu takip edebiliyorum. Evet tabi ekonomik olarak bi olumsuzdur ama böyle de daha fazla vaktim oluyor.

Çalışan annelerden A19, çalışma durumunun çocuğunu olumlu etkilediğini düşünen annelerden birisidir.

A19: Ben de Efe ile aynı okulda okul öncesi öğretmeniyim. Her alanda destek olabiliyorum, olumlu etkilendiğini düşünüyorum.

Çalışmayan annelerden A12 ise çalışma durumunun çocuğunun yaşam kalitesini değiştirmeyeceğini söylemiştir.

A12: Çalışmıyorum. Hiç düşünmedim. Sadece parasal yönden avantajlı olurdu. Şimdi de çocuklarımın yaşam kalitesi etkilenmiyor.

A1 kodlu anne, çocuk sayısının çocuğun yaşam kalitesini etkilemediğini söylemiştir.

A1: Zaten 2 kardeşler hatta ikizler. Etkilenmiyor Emin'in yaşamı. Aslında şanslı yani aynı ihtiyaçlar, aynı şeyler hep ikisine de yapılıyor.

Çocuk sayısının işitme yetersizliği olan çocuğunun yaşam kalitesini olumlu etkilediğini savunan annelerin açıklamaları:

A14: İki çocuğum var ekonomik olarak sıkıntımız yok. Hem en iyi iki dost hem de destekçiler.

A15: Birbirlerini koruyup kollarlar. Para yönünden destek verirler. 4 kardeş, belki de yaş farklarından dolayı böyle maddiyattan zorlamıyorlar büyükler yolunu çizdi.

Çocuğunun yaşam kalitesinin çocuk sayısından olumsuz etkilendiğini düşünen A10 düşüncelerini şöyle açıklamıştır:

A10: Her çocuk ekstra masraf tabi, yine de bizim canımız onlar ama 1 çocuğa ettiğin masrafla 2 ye aynı olmuyor. Hele engelli çocuğa daha fazla masraf.

Çizelge 3.41. Annelerin Yetersizlikle İlgili Hizmetlere İlişkin Görüş, Endişe ve Yaşam Kalitesini Arttırmaya Yönelik Önerileri

Alt Temalar	Alt Kategoriler	f
Hizmetlere Erişime Yönelik Görüşleri	Erişebilir: A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A10, A11, A12, A13, A19, A20, A21, A22, A24	17
	Personelin Olumsuz Tutumu: A14, A15, A17, A18, A23, A25	6
	Sağlık Hizmetlerinde Problem: A9, A14, A15, A16, A23	5
	Arkadaş İlişkileri: A14, A18, A26	3
Çocuğun Yetersizliği ile İlgili Endişelerine Ait Düşünceleri	Gelecek Kaygısı: A1, A2, A4, A5, A7, A8, A9, A10, A14, A17, A19, A21, A22, A23, A25	15
	Sosyal Hayatla İlgili Endişe: A3, A10, A11, A13, A17, A18, A19, A20, A23	10
	Eğitimle İlgili Endişeler: A1, A2, A6, A10, A12, A15, A18, A19, A20, A24	10
	Eğitim: A1, A2, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A11, A12, A13, A14, A17, A18, A19, A20, A22, A23, A24, A25	20
Yaşam Kalitesini Arttırmaya Dair Öneriler	Sağlık Hizmetleri: A9, A15, A16, A18, A21, A23	6
	Sosyal Çevre ve Aktivite: A2, A12, A14, A15, A16, A22	6
	İş İmkânlarının İyileştirilmesi: A5, A9, A14	3
	Cihazlarla İlgili Düzenlemeler: A3, A7, A18	3
	Ekonomik Yardım: A11	1

Araştırmaya alınan annelere “çocuğunun yetersizliği ile ilgili hizmetlere erişebilirliğine ilişkin görüşleri” sorulduğunda, annelerin büyük bir çoğunluğu “erişebiliyoruz” yanıtını vermiştir (f=17). Hizmetlere erişimde problem yaşayan annelerden altı anne personelin olumsuz tutumlarından, beş anne sağlık hizmetlerinden, üç anne de eğitim hizmetlerinden dolayı problem yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Annelerin çoğu çocuğunun işitme yetersizliğinden dolayı yaşadığı endişelerin gelecek kaygısından dolayı olduğunu belirtmiştir (f=15). Annelere işitme yetersizliği olan çocuğunun yaşam kalitesini arttırmaya yönelik öneriler sorulmuş ve annelerin çoğunluğu “eğitimle ilgili (f=20)” öneriler vermiştir.

Hizmetlere erişimde problem yaşayan annelerden A14, personelin olumsuz tutumları ile ilgili görüşlerini şöyle açıklamıştır:

A14: Hiçbir hizmetten, kişilerden ve kurumlardan memnun değilim. Ne sağlık ne eğitim ne sosyal. Çok insan dışı davranan personeller var, işin sağlık boyutunda farklı reklamlar dönüyor, ego dolu yaklaşımlarla canımızdan bezdiriyorlar. Bizi saf sanıyorlar ama böyle tavırlar artarsa ben de gerekeni yapacağım.

Çocuğuyla ilgili gelecek kaygısı taşıyan anneler görüşlerini şu şekilde dile getirmiştir:

A5: Normal bir anne bile endişelenir yani, siz bi de beni düşünün. 3 çocuk, 2 si işitme engelli. Enes erkek çocuğu. Her annenin 3 5 misli derdi bende. İşi ne olur, eşi kim olur, mutlu olacak mı hep belirsizlik. Zaman gösterecek bakalım, mutlu olsunlar da.

Yaşam kalitesini arttırmaya yönelik eğitimle ilgili öneri veren bir anne, görüşlerini şöyle açıklamıştır:

A2: Taha gibi arkadaşları gibi çocuklar konuşabiliyor da ama bence herkes zorunlu olarak işaret dili öğrenmeli, ben bunu isterim. Okullara yerleştirilsin bu ders. Hastanedeki her doktor, hemşire işaret dili bilsin. Noterdekiler bilsin. En basidinden kasiyer bile bilsin, hiç konuşamayan engelliler zorda kalıyor kimse de “ya ben bu insana nasıl yardım ediyim” diye çabalamıyor. Kesinlikle bu çocuklar için herkes işaret dili öğrensin, bol bol dersler kurslar açılsın ki sokaklarda rahatça gezsinsinler, hastaneye tek başlarına gitsinler, markette özgürce alışveriş yapsınlar

4. TARTIŞMA

Araştırmanın bulguları, alanyazındaki ulusal-uluslararası çalışmalarla birlikte değerlendirilmiştir. İlk bölümde ÇİYKÖ Ebeveyn Formu'ndan elde edilen bulgular, ikinci bölümde Anne Görüşme Formu'ndan elde edilen yanıtlar değerlendirilmiş ve ilgili literatür ışığında yorumlanmıştır.

4.1. Araştırmanın Nicel Boyutundan Elde Edilen Bulguların Yorumlanması

Araştırmaya alınan annelerin yaşı ile çocukların fiziksel işlevsellik ile Ölçek Toplam Puanları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Annelerden 47 yaş ve üstü yaşa sahip olanların çocuklarının bir bloktan fazla yürümek, koşmak, spor veya egzersiz yapmak, ağır bir şeyler kaldırmak vb. faktörleri içeren fiziksel işlevsellik algıları, 25-35 ve 36-45 yaş arası annelerin çocuklarının algılarından daha düşüktür. Yine yaşam kalitesi toplam puanları incelendiğinde 47 yaş ve üstü annelerin çocuklarının yaşam kalitesi algısının diğer yaş grubundaki annelerin çocuklarına göre daha düşük olarak saptanmıştır. Fiziksel alanı ilgilendiren yaşam kalitesi günlük işleri yürütme becerisi, ilaca veya tedaviye bağlı olma, canlı veya bitkin hissetme beden hareketli olma, ağrı ya da rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışma gücüdür (Eroğul ve Dingiltepe, 2012). Kocaaslan (2016), astımlı çocukların yaşam kalitelerini araştırmış ve annelerin yaşının artmasıyla çocukların yaşam kalitelerinde artış olduğunu saptamıştır ve bu durumu yaşça küçük annelerin hastalık konusunda deneyimsiz olmalarına bağlamıştır. Bulgular arasında farklılık olmasının nedenleri arasında örneklem gruplarının farklı olması, çocukların yetersizlik türü ve düzeylerinin aynı olmaması sayılabilir.

Annelerin öğrenim durumları ile çocuklarının korkmuş, ürkmüş, hüzünlü, üzgün, öfkeli hissetmek, uyku problemleri yaşamak ve kendisine ne olacağıyla ilgili endişe sahibi olmaktan oluşan duygusal işlevsellik, sınıfta dikkat toplayabilme, bazı şeyleri hatırlayamama, derslerden geri kalma, kendini kötü hissettiği için okula gidememe ve doktor veya hastaneye gittiği için okula devam edemeden oluşan

okul işlevselliği ve ölçek toplam puanları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Genellikle yüksek öğrenim düzeyine sahip kişilerin daha yüksek gelire ve iyi niteliğe sahip işe, gelişmiş sosyal imkânlarla ve bunların sonucunda daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları; ancak öğrenim seviyesi düşük olanların işsizlik, ağır koşullarda çalışma, az maaş, sosyal imkânlardan faydalanamama, süregelen ekonomik, sosyal ve psikolojik endişe, beslenmenin yetersizliği gibi nedenlerden dolayı yaşam kalitesi algılarının düşük olduğu bilinmektedir (Torlak ve Yavuzçehre, 2008). Ayrıca anne ve babanın öğrenim durumu çocuğun yetiştirilme biçimini de belirlemektedir. Eser ve ark. (2008), Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (Kid-KINDL) psikometrik özelliklerini ele aldığı çalışmasında, annenin daha iyi eğitilmiş olmasının, yaşam kalitesi toplam puanlarında ve ölçek alt boyutlarında anlamlı fark yaratan bir etmen olarak bulmuşlardır. Wong ve ark., (2010) da idiyopatik skolyoz tanılı ergenlerin yaşam kalitelerini tespit etmek amacıyla gerçekleştirdiği araştırmalarında ebeveynin öğrenim düzeyi arttıkça ergenlerin yaşam kalitesi algılarının arttığını tespit etmişlerdir. Sonuçta, anne babanın öğrenim düzeyinin yüksek olması, iyi bir işe ve iyi bir gelir düzeyine sahip olma olasılığını arttırmasına bağlı olarak çocuklarının yaşam kaliteleri olumlu yönde etkilenmiştir.

Araştırmada, annelerin çalışma durumu ile ÇİYKÖ Ebeveyn Formu ölçek alt boyutlarında anlamlı fark saptanmamıştır. Farklı bir özel gereksinim grubu olan diyabetli çocukların yaşam kalitesini inceleyen Al-Akour ve ark. (2010) anne babanın istihdamının çocuğun yaşam kalitesini etkilemediğini tespit etmiştir. Araştırmanın nitel boyutuna katılan bir anne de çalışma durumunun çocuğun yaşam kalitesini etkilemediğini “A12: *Çalışmıyorum. Hiç düşünmedim. Sadece parasal yönden avantajlı olurdu. Şimdi de çocuklarımın yaşam kalitesi etkilenmiyor.*” cümleleriyle dile getirmiştir. Herhangi bir iş sahibi olmayan ailelerin ekonomik durumlarının iyi olmaması ve bu duruma ek olarak yetersizlik sahibi çocuğun ihtiyaçlarının eklenerek artması ailelerin ekonomik ihtiyaçlarını arttırabilir ve bu durum çocukların yaşam kalitesi algısının azalmasına neden olabilir (Kaytez ve ark., 2015).

Annelerin medeni durumları ile çocuklarının duygusal ve duygusal, sosyal ve okul işlevselliğinin toplamından oluşan psikososyal işlevsellik alt boyutlarında anlamlı fark tespit edilmiştir. Evli annelerin çocuklarının psikososyal ve duygusal işlevsellik algıları bekâr annelerin çocuklarına göre daha yüksektir. Aile, ailenin yapısı, ailenin sunduğu sosyal, duygusal destek son derece önemlidir. Aile yaşamı çocuk ve ergenin gelişimi noktasında çok önemli bir role sahiptir (Ünal ve Şahin, 2013). Annelerde çocuğu tek başına yetiştirmeye ilgili endişelerin yanında ekonomik ve sosyal hayatta karşılaşılabilecek problemlerin yarattığı endişeler mevcuttur. Tek ebeveynli olmak, çocukların sosyal hayatının olumsuz yönde etkilenmesine neden olur. Çocuk ve ergenler ebeveyn sayısının teke düştüğü ilk dönemlerde, ayrılan ebeveyni bir daha görememeye dair korku ya da yaşamını yitiren ebeveyni özleme nedeniyle üzüntü, mutsuz olma ve yalnızlık duygusuyla yüzleşir (Bedel ve Işık, 2015). Yaşanılan bu duygular çocukların duygusal işlevsellik alanında tam ebeveyne sahip çocuklardan daha düşük algılara sahip olmasına neden olmaktadır. Alanyazın incelendiğinde de tek ebeveynli çocukların yaşam kalitesinin psikolojik alan alt boyutunda tam ebeveyne sahip çocuklara göre daha düşük algıya sahip olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Mahon ve ark., 2003; Malone ve ark., 2004 ve Qu ve Weston, 2012).

Araştırmaya alınan annelerin gelir düzeyi algısı ile fiziksel, duygusal, yaşlılarıyla ilişkilerini içeren sorulardan oluşan sosyal işlevsellik ve okul işlevselliği ile ölçek toplam puan alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmuştur ve gelir düzeyi algısı düşük olan annelerin çocuklarının yaşam kalitesi algıları orta ve yüksek olan annelerden daha düşüktür. Araştırmanın nitel boyutunda da çoğu anne de gelir düzeylerinin çocuğa nitelikli bir yaşam sunmak için yetersiz olduğundan bahsetmiştir. Bir anne “A25: *Çocuğuma iyi bir yaşam sunamıyoruz. Gelirimiz yetmiyor. Biz temel şeylerimizi karşılayınca şükrediyoruz. Evlatlarıma daha fazla şey sağlayamıyoruz.*” diyerek bu konudaki görüşlerini dile getirmiştir. Yetersizliğin şiddeti, eğitim, istihdam, kazanç ve yetersizlikle ilgili harcamaların artması nedeniyle yaşam standartlarının azalması ve yoksulluğun artmasına neden olur (Zaidi ve Burchardt, 2005). Çocuğunun yetersizliği nedeniyle fazla harcama yaptığını belirten bir anne de, “A20: *Cihaz en büyük derdimiz. Pahalı, 7 yıldan sonra değişmesi lazım.*

Pile çok masraf ediyoruz. Kısmıyoruz desek yalan olur.” diyerek bu konuda zorlandıklarını ifade etmiştir. Looi ve ark. (2016), Singapur’da, işitme kaybı olan iki-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesini incelemiştir. Araştırma sonunda elde ettikleri bulgulardan birisi orta düzeyde hane gelirine sahip çocuklarının yaşam kalitesi puanlarının yüksek gelire sahip olanlardan daha kötü olduğudur. Farklı bir özel gereksinim grubundan olan tip bir diyabet hastası 13-16 yaş arası çocukların yaşam kalitesini inceleyen Fırat (2014), aylık gelir ile toplam yaşam kalitesi puanları arasında olduğunu saptamıştır ve sıfır-800 TL gelire sahip çocukların yaşam kalitesinin, 2401+ TL gelire sahip çocuklardan daha düşük olduğunu tespit etmiştir. Bu bulgulardan hareketle aylık gelirin yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkisi olduğu söylenebilir.

Annelerin eşlerinin yaşları ile ÇİYKÖ Ebeveyn Formu fiziksel işlevsellik ve ölçek toplam puan alt boyutları arasında anlamlı fark saptanmıştır. 47 yaş ve üstü babaların algıları, 25-35 ve 36-46 yaş arası babalardan daha düşüktür. Şahan (2010)’da kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin yaşam kaliteleri ve özbakım gücünü değerlendirdiği araştırmasında, ebeveynlerinin yaş aralığı 34-39 olan ergenlerin yaşam kalitelerini ebeveynlerinin yaşı daha büyük olan ergenlere kıyasla yüksek bulmuştur.

Annelerin eşlerinin öğrenim durumu ile çocukların fiziksel işlevsellik ve ölçek toplam puan alt boyutları arasında anlamlı fark görülmüştür. Annelerin verdiği yanıtlara göre babası ilkokul mezunu çocukların algıları, ortaokul, lise ve üniversite mezunlarından daha düşüktür. Davis-Kean (2005), ebeveynlerin sosyoekonomik durumunun (özellikle gelir ve öğrenim durumu) çocuklarının akademik başarı ve davranışlara etkisini incelediği araştırmasında ebeveynlerin öğrenim durumunun yüksek olmasının çocukların akademik başarı ve davranışsal kazanç anlamında olumlu etkilediğini bulmuştur. Anne babanın öğrenim durumunun yüksek olması işitme yetersizliği olan çocuk için şans yaratan bir durumdur. Çünkü ebeveynlerin öğrenim durumunun yükselmesi onları bilinçli yapmakta, üst düzey ekonomik olanaklara kavuşmasına imkân tanımakta, çocuklarına fiziksel, sosyal, kültürel etkinlikler sunabilmelerini sağlamaktadır. Bu sayede ebeveynler yetersizliği olan

çocuğa nasıl davranacağını bilebilmekte ve daha fazla eğitsel imkan sağlayabilmektedir (Yavuz ve ark., 2010).

Araştırmaya alınan annelerin eşlerinin çalışma durumu ile ÇİYKÖ Ebeveyn Formu ölçek alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Kendisi ve eşi çalışan annelerin aylık geliri olmakta, çocuklarının yaşam kalitelerini yükseltmek için daha iyi imkânlara sahip olmaktadır. Erdoğanoglu ve Günel (2007) serebral paralizili çocuğu olan ailelerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini değerlendirdikleri araştırmalarında, anne babanın çalışma durumunun yaşam kalitesinde anlamlı bir fark yaratmadığını tespit etmiştir.

Araştırmada, annelerin çocuk sayıları ile çocukların fiziksel, sosyal, okul işlevselliği ve psikososyal işlevsellik ile ölçek toplam puan alt boyutları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Dört ve üzeri çocuğu olan annelerin çocuklarının bu alt boyutlardaki algıları bir, iki ve üç çocuğu olan annelerin çocuklarına göre daha düşüktür. İşitme yetersizliği olan çocukların tıbbi bakıma ve cihaz kullanımına ihtiyaç duyması, tıbbi ihtiyaçların ve cihaz donanımının pahalı olması ve bunların minimum düzeyde karşılanması aileyi genellikle maddi sorunlarla baş başa bırakmaktayken çocuk sayısının artması da ailenin yükünün artmasına neden olmaktadır (Akçamete ve Kargın 1996). Dolayısıyla bu durum çocukların yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Araştırmanın nitel boyutunda da çocuk sayısının işitme yetersizliği olan çocuğun yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini dile getiren annelerin sayısı dikkat çekmiştir (f=10). Bir anne “*Her çocuk ekstra masraf tabi, yine de bizim canımız onlar ama bir çocuğa ettiğin masrafla ikiye aynı olmuyor. Hele engelli çocuğa daha fazla masraf.*” şeklinde bir açıklamada bulunarak bu durumun olumsuzluğundan yakınmıştır. Yetersizliği olan çocuk ve ergenin yaşam kalitesini etkileyen unsurlardan birisi de kardeşler aralarındaki iletişimidir. Kardeşler arası iletişim, ailenin yapısı, ailenin çocuğu yetiştiriş tarzı, yaşam standartları, aile içi çocuk sayısı, kardeşlerin arasındaki yaş farkı, kardeşlerin farklı cinsiyette olması, ailenin sosyoekonomik ve kültür seviyesi, çocuğun yetersizliği ve derecesi gibi birçok nedenden etkilenebilmektedir (Dolanay, 2016). Fırat (2014), diyabetli

çocukların yaşam kalitesini incelediği araştırmasında kardeş sayısının arttıkça çocukların yaşam kalitesi toplam puanının düştüğünü saptamıştır.

Annelerin işitme yetersizliği nedeniyle özel eğitim kurumuna devam eden çocuk sayısı ile çocuklarının duygusal işlevsellik, okul işlevselliği ve ölçek toplam puan alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kuruma gelen bir çocuğu olan annelerin puanları, kuruma gelen iki ve üzeri çocuğu olan annelerden daha yüksektir. İşitme yetersizliği nedeniyle özel eğitim kurumuna gelen çocuk sayısı arttıkça ailenin yaşadığı stres artabilir. Aile, yetersizliği olan birden fazla çocuğu olduğunda psikolojik olarak yıpranabilir, birden fazla çocuğun eğitimiyle ilgilenmek aileleri yıpratır. Bu durum, ailelerin çocuklarıyla yeteri kadar ilgilenememesi, çocuklarına destek olamaması ve bunun sonucunda çocukların üzgün, mutsuz, endişeli hissetmesi gibi sonuçlar doğurabilmektedir. İşitme yetersizliği nedeniyle özel eğitim kurumuna devam eden bir çocuğu olan annelerin çocuklarının yaşam kalitesi puanlarının yüksek olması, ailelerin çocuklarına daha fazla vakit ayırabildiği, çocuklarına daha fazla destek olabildiği ve bunun sonucunda çocuğun duygusal, okul işlevselliği alanında daha başarılı olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Annelerin, işitme yetersizliği olan çocuklarının cinsiyeti ile ÇİYKÖ Ebeveyn Formu ölçek alt boyutları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Alanyazındaki çalışmalar incelendiğinde, Ekim ve Ocakçı'nın (2012) sekiz-12 yaş arası işitme engelli çocukların yaşam kalitelerini incelediği çalışmalarında, yaşam kalitesi toplam puanının cinsiyete göre anlamlı bir fark göstermediği görülmektedir. Bir başka özel gereksinim grubu olan santral sinir sistemi tümörlü çocukların yaşam kalitesini inceleyen Bhat ve ark., (2005) da cinsiyetin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkisinin olmadığını saptamıştır. Yaşam kalitesi algısının cinsiyete göre farklılaşması, hem kız hem erkeklerin yaşam kalitelerinin benzer biçimde algılanması, cinsiyetçi bir bakış açısına sahip olunmadığının göstergesi olarak düşünülebilir.

Araştırmada, annelerin çocuklarının yaş grupları ile çocukların fiziksel, sosyal, okul işlevselliği ve psikososyal işlevsellik ile ölçek toplam puan alt boyutları arasında anlamlı fark görülmemektedir. Ancak Ölçek Toplam Puanlar

incelendiğinde, annelerin sekiz-12 yaş arası çocuklarının yaşam kalitesi algıları 13-18 yaş arası çocuğu olan annelerden daha yüksektir. Warner-Czyz ve ark. (2011), koklear implant kullanıcısı dört-16 yaş arası 138 çocuk ve ergenle yürüttüğü çalışmada çocukların yaşam kalitesinin ergenlere göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir.

Annelerin görüşlerine göre işitme yetersizliği olan çocuklarının devam ettiği okul ile çocuklarının fiziksel, sosyal, okul işlevselliği ve psikososyal işlevsellik ile yaşam kalitesi toplam puan alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ölçek Toplam Puanlar incelendiğinde ise, işitme yetersizliği olan çocuğu liseye devam eden annelerin çocuklarının yaşam kalitesi puanlarının, ilkokul ve ortaokula giden annelerden daha düşük olduğu görülmüştür. Çakmak Dereli (2014), iki-18 yaş arası koklear implant uygulanmış çocukların demografik ve odyolojik parametrelerini ve yaşam kalitesini inceleyerek primer veya revizyon olgular arasındaki olası farkları araştırmak amacıyla yürüttüğü çalışmada, çocuğun eğitim durumuna göre toplam yaşam kalitesi ve alt boyutları anlamlı farklılık bulunmadığını tespit etmiştir. Ergenlik dönemi belirtilerinin en yoğun yaşandığı zaman aralığına denk gelen lise yılları yaşamda önemli kararların verildiği bir dönemdir. Yaşanan fiziksel duygusal ve zihinsel gelişimlere uyum sağlamanın yanında meslek seçimine karar vermek, ruhsal açıdan yaşanan problemler, ergenlerin yaşam kalitesini, yaşamdan doyum almasını olumsuz olarak etkilemektedir (Yazıcı Çelebi ve Çelebi, 2018).

Annelerin, işitme yetersizliği olan çocuklarının özel eğitime devam ettiği yıl ile ÇİYKÖ Ebeveyn Formu ölçek alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak, 11 yıldan daha uzun süredir özel eğitime devam eden çocukların annelerinin puanlarının, bir-beş ve altı-10 yıldır devam eden çocuklardan daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Çakmak Dereli (2014), koklear implantlı çocukların yaşam kalitesini incelediği araştırmasında da özel eğitime başlangıç yaşı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. Uzun yıllar özel eğitime devam eden çocuklar bu durumdan bıkebilir, özel eğitime devam etmek istemeyebilir, duygusal anlamda yıpranabilir. Ayrıca özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinin niteliği,

çocukların ergenlik dönemine girmiş olmaları gibi etmenler yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesine neden olabilir.

Annelerin, işitme yetersizliği olan çocuklarının işitme yetersizliğinin derecesi ile çocuklarının, sosyal, duygusal, okul işlevselliği ve psikososyal işlevsellikle ölçek toplam puan alt boyutları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Yetersizliğin basit veya kompleks düzeyde olması yaşam kalitesinin farklı boyutlarda etkilenmesine sebep olur (Vergili ve ark., 2015). Borujeni ve ark. (2015) 11-19 yaş arası işitme kaybı olan ergenlerle yürüttükleri çalışmalarında, işitme kaybı daha hafif olan ergenlerin yaşam kalitelerinin, işitme kaybı daha fazla olan ergenlere göre daha iyi olduğunu tespit etmişlerdir.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre dil konuşma bozukluğu görülme durumu ile çocukların fiziksel, sosyal ve psikososyal işlevsellik ve ölçek toplam puan alt boyutları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Annelere göre gelişimsel dil bozukluğu olan çocukların fiziksel işlevsellik algıları, dil konuşma bozukluğu olmayanlardan daha düşüktür. Yine sesletim ve ses bilgisi bozukluğu olan çocukların algıları ise, dil konuşma bozukluğu olmayanlardan daha düşüktür. Sosyal işlevsellik algılarında ise, gelişimsel dil bozukluğu görülen çocukların algıları, sesletim ve ses bilgisi bozukluğu görülen çocuklardan daha düşüktür. Gelişimsel dil bozukluğu görülen annelerin sosyal işlevsellik algıları, dil konuşma bozukluğu olmayanlardan daha düşüktür. Psikososyal işlevsellik alt boyutunda, gelişimsel dil bozukluğu görülen annelerin algıları, dil konuşma bozukluğu olmayanlardan daha düşük olarak saptanmıştır. Ölçek Toplam Puanda ise gelişimsel dil bozukluğu ve sesletim ve ses bilgisi olan çocukların algılarının ise daha düşük olduğu görülmüştür. İşitme yetersizliğinin genellikle dil ve konuşma bozukluklarını beraberinde getirmesi, çocukların dil gelişiminde yaşıtlarına göre gecikmeler yaşamaları, çocukların yaşıtlarıyla olan ilişkilerini etkileyebilmekte, yaşam kalitelerinin alt boyutlarındaki algılarının azalmasına neden olabilmektedir.

4.2. Anne Görüşme Formu’ndan Elde Edilen Bulguların Yorumlanması

Araştırmaya katılan annelere yöneltilen “fiziksel işlevsellik” temasında “işitme yetersizliği olan çocuklarının fiziksel aktivitelerde sorun yaşama durumu” ile ilgili olan soruya annelerin büyük bir çoğunluğu yaşamıyor yanıtını vermiştir. İki annenin yanıtı da “bazen yaşıyor” olmuştur. Alanyazındaki araştırmalar incelendiğinde, Rajendran ve Roy (2010) işitme yetersizliği olan çocuklarla normal gelişim gösteren çocukların fiziksel sağlık durumunun farklılık göstermediğini bulmuştur. Ekim ve Ocakçı (2012) de, sekiz-12 yaş arası işitme engellilerle yaptıkları çalışmalarında işitme engelli çocukların en yüksek puanı bedensel iyilik alt boyutunda aldıklarını tespit etmiştir. İşitme yetersizliği olan çocukların motor becerileri, tipik gelişim gösteren çocukların motor becerileriyle aynı gelişimsel sırayı izlese de bu çocukların bazılarında motor gelişim kısmen daha yavaş olabilmektedir (Doğan ve Akkaya, 2017). Yetersizliğe eşlik eden ek engel, ailelerin koruyucu tutumları buna neden olarak gösterilebilir. Araştırmaya alınan annelerin çoğunun çocuklarının fiziksel aktivitelerde sorun yaşamadığını ifade etmesi çocuklarının yaşlılarıyla benzer bir fiziksel ve motor gelişim aşamalarından geçtikleri şeklinde yorumlanabilir.

Annelerin “işitme yetersizliği olan çocuklarının özbakım becerilerinde sorun yaşama durumu” ile ilgili yanıtlar incelendiğinde ise, “yaşamıyor” yanıtının çoğunlukta olduğu görülmüştür. İki annenin verdiği yanıtlarda ise “anne desteği” ön plana çıkmaktadır. Beslenme ve araş gereç kullanımında da birçok anne çocuğunun sorun yaşamadığını dile getirmiş, sorun yaşayan aileler ise dengeli ve sağlıklı beslenme konusundaki zorluklara değinmiştir. Çocukluk dönemi, büyüme ve gelişim sürecine has besin ögesi ihtiyaçlarında oluşan değişimlerin yanı sıra, ömür boyu devam edecek beslenme alışkanlıklarının kazanılmasından dolayı son derece önemlidir (Montero, 2005). Çok erken dönemde temel atılan; yemek yeme, giyinme-soyunma, temizlik, tuvalet vb. öz bakım ile ilgili becerileri kazandırmada annelere önemli görev düşer. Ancak koruyucu tutumlar çocukta bu becerilerin kazanılmasının gecikmesine yol açar. Bu nedenle anneler çocuklarını, öz bakım becerileriyle ilgili davranışları yapmak için teşvik edip yönlendirmeli, çocuklarını yüreklendirmelidir (Demiriz ve Dinçer, 2000).

Araştırmaya katılan annelere yöneltilen “kaza ve tehlikelerden korunma ve cihaz kullanmında yaşanan sorunlar” ile ilgili sorulara anneler genellikle çocuklarının kaza ve tehlikelerden kendini koruyabildiğini ifade etse de, dikkatsizlik, koruyucu ebeveyn tutumu, sosyal medya ortamında kendini koruyamama gibi sebeplerden dolayı çocuklarının kendini koruyamadığını dile getiren anneler de olmuştur. Yine annelerin çoğu, çocuğunun cihaz kullanımında bir problem yaşamadığını dile getirmiştir. Özel gereksinimli çocuklarda kaza ve tehlike riski tipik gelişim gösteren çocuklara göre daha fazladır. Yıldırım Sarı ve Girli de (2012) yetersizlik sahibi çocuklar ve ergenlere özel eğitim uzmanları aracılığıyla, ailelerine ise toplum sağlığı ve/veya klinikte çalışan pediatri hemşireleri yardımıyla eğitimler verilmesini, güvenilir yaşama alanları düzenlenmesinin gerekli olduğunu vurgulamıştır. Bu eğitimler işime yetersizliği olan çocukların kendilerini ve cihazını kaza ve tehlikelerden koruyabilmelerini sağlamak açısından son derece önemli olacaktır.

Annelere “çocuğun duygu durumu” temasında yöneltilen “Çocuğunuzun engelinden kaynaklanan korku/üzüntü/endişe/öfkesi var mı? Varsa bu duygular ne ile ilgilidir?” sorusuna çoğu anne “var” yanıtını vermiş, bu duyguların ise genellikle yetersizlikten, ergenlikten, ölümden, arkadaşlık ve kardeş ilişkisinden ve okul ve derslerden dolayı kaynaklandığını ifade etmiştir. Çocuğun yaşamdan mutlu ve memnun olması sorularına da anneler, çocuklarının genellikle yaşamdan mutlu ve memnun olduğunu dile getirmiştir. Fellingner ve ark. (2008), işitme engelli öğrencilerin yaşam kalitesini ve mental sağlığını değerlendikleri araştırmalarında işitme engelli öğrencilerin normal işiten akranlarına göre daha fazla duygusal sorunlar yaşadığını bulmuştur. Duygusal gelişim çocuk ve ergenler için son derece önemlidir. İşitme yetersizliği, çocukların ve ergenlerin duygusal gelişiminde olumsuz etkilere sebep olabilir. İşitme yetersizliğinin etkisini en çok gösterdiği alan dil ve konuşma gelişimidir. Bu güçlüklerle, ailenin koruyucu tutumları da eklendiği zaman çocukların kendi duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri zorlaşabilmekte, bu durum da onların aşırı huysuz, sinirli ve gergin olmalarına neden olmaktadır (Aral ve Gürsoy, 2007).

Annelere “çocuğun duygusal ilişkileri” başlığında “arkadaş, öğretmen ve aile bireyleriyle olan ilişkileri” sorulmuştur. Annelerin, çocuklarının arkadaşlık ilişkilerine yönelik verdikleri yanıtlar incelendiğinde, çoğunluğunun çocuklarının problem yaşamadığını söylemesi dikkat çekici bir bulgudur. Çocuklarının öğretmenleriyle ilişkilerine ait görüşleri incelendiğinde genellikle bir sıkıntı olmadığı göze çarpmaktadır. Çocukların, öğretmenlerine karşı saygılı davrandıkları da diğer önemli bir noktadır. Anne görüşlerine göre çocukların aile bireyleriyle olan ilişkilerinde ilişkilerinin iyi olduğunu ifade eden annelerle kardeş kıskançlığı ve olumsuz ilişkilerin olduğunu ifade eden annelerin sayısının birbirine yakın olduğu görülmüştür. Alanyazın incelendiğinde, işitme yetersizliği olan çocukların duygusal ilişkilerine yönelik araştırmaların olduğu görülmektedir. Kargın ve Baydık (2002), meslek liselerinde kaynaştırma ortamında normal işitmeye sahip ergenlerin işitme yetersizliği olan akranlarına ilişkin tutumlarını incelemiş ve daha küçük sınıflarda olan, işitme yetersizliğine yönelik bilgi alan öğrencilerin tutumlarının daha olumlu olduğunu, işitme engeline yönelik bilgi alanların işitme engelli arkadaşlarına daha olumlu tutum gösterdiğini bulmuştur. Warner-Czyz ve ark. (2018), işitme yetersizliği olan yedi-18 yaş arası çocukların akran zorbalığına uğrayıp uğramama durumlarını incelemiştir. Araştırma sonucunda özellikle 12 yaşından küçük çocuklar ergenlere göre daha az “kabadayılık” davranışına maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. İşitme yetersizliği olan ergenler genel nüfusa göre daha fazla zorbalık ve dışlanmayla karşı karşıya olduklarını belirtmişlerdir. Öğretmenlerin, çocuğa karşı tutumunun olumlu olmadığı durumlarda çocuk ve öğretmen arasındaki ilişkinin olumsuz etkileneceği görülmüştür. Öğretmenin yaşı, mizaç özellikleri gibi özellikleri de araştırmaya katılan annelerin, çocukları ve öğretmenleriyle ilişkisinde önemli rol oynayan etmenlerden biri olarak görülmüştür. Eğitim sistemimizde, üniversitelerin eğitim fakültelerinden mezun olmuş, kaynaştırma eğitim sistemindeki sınıf öğretmenlerinin pek çoğu, işitme yetersizliği gibi yetersizliği olan öğrencilere nasıl davranacağını, onların kendilerine özgü sorunlarına nasıl yaklaşacağını, nasıl eğitim vereceğini bilememektedir (Akbulut, 2012). Bu durum, araştırmaya alınan annelerin, çocuklarının öğretmenleriyle olan ilişkilerindeki çekimserliğin veya öğretmenin olumsuz tutumunun nedeni olarak düşünülebilir. Zihinsel ve bedensel yetersizlik, hiperaktivite ve davranış bozukluğu ve ortopedik-travmatolojik hastalıklar

yetersizliği olan kişilerin yanı sıra onların aile üyelerini de pek çok yönden etkiler (Korkmaz ve ark., 2014). Kardeş ilişkileri de yetersizliği olan bireylerin yaşam kalitelerini etkilemektedir. Kahraman ve Karadayı (2015), yetersizliği olan kardeşe sahip normal gelişim gösteren çocukların kardeşleriyle deneyimlerine ait görüşlerini incelediği araştırmasında çocuklardan birçoğunun; kardeşinin yetersizliği ile ilgili tatmin edici bilgiye sahip olmadıklarını, yetersizlikle ilgili yeterli düzeyde açıklama yapılmadığını, zaman geçtikçe kardeşe yönelik duygularının olumlu olarak değiştiğini, yetersizlik sahibi kardeşlerinin problem davranışlarının yaşamlarını olumsuz etkilediğini ve çevredeki kişilerin kardeşlerine olumsuz gözle bakmalarından dolayı üzgün olduklarını saptamıştır. Bu bulgulardan hareketle, yetersizliği olan çocuğun yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmemesi için ailenin de süreçte desteklenmesi, aileye gerekli bilgilendirmelerin yapılması, kardeş ilişkilerinde aile ve uzmanların dikkatli olması gerektiği söylenebilir.

Annelerin birçoğu, “çocuğun yetersizlikten dolayı yaşadığı problemler” teması altında “sosyal aktivitelere katılmada” herhangi bir problem yaşamadığını ancak yetersizlikten dolayı okuma anlama ve matematik derslerinde çocukların sıkıntı yaşadığını dile getirmiştir. Alanyazında yetersizlikten dolayı yaşanan problemleri ele alan çalışmalar mevcuttur. Çöl (2015), özel gereksinimi olan çocukların boş zaman aktivitelerine katılımını etkileyen faktörleri ele aldığı araştırmasında, yardımcı cihaz kullanmayan çocukların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu ve bunun nedeninin çocukların kendilerini daha rahat hissettikleri için aktivitelere katılımlarının yüksek olmasından kaynaklandığını bulmuştur. Çöl (2015)’e göre, yardımcı cihazlar ile aktivitelere katılım koşullarının uygun olmaması ve toplumun bu konuda bilinçsiz olması hem bu çocukların yaşam kalitesini etkilemekte hem de ev içi aktivitelere yönlenmesine sebep olmaktadır. Raj ve ark., (2014) de işitme yetersizliği olan sekiz-18 yaş çocukların anneleriyle yürüttüğu çalışmasında çocukların boş vakit değerlendirme yöntemi ve eğlence anlayışlarının televizyon seyretmekle sınırlı olduğunu bulmuştur. Ailelerin maddi durumlarının yetersiz oluşu çocuklarını sosyal aktivitelere yönlendirememelerine, çocukların da “cihaza zarar gelir” endişesiyle özellikle sportif aktivitelere katılamaması ev içerisinde vakit geçirmelerine, televizyon, bilgisayar vb. araçlara yönelmelerine sebep olmaktadır.

Yetersizlikten dolayı okul ve derslerle ilgili yapılan araştırmalarda, Uzuner ve Derican (2013), lkemizde işitme yetersizliği olan bireylerin çoğunun yeterli bir şekilde eğitim alamadığını, nlisans ve lisans programlarına çok azının girebildiğini, girebilenlerin ise dil, genel bilgi, deneyim, eksik yaşantı gibi pek çok etmenden dolayı okuma yazma ve dil desteğine ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir. Sarıkaya ve Uzuner (2013), işitme yetersizliği olan çocukların okuma yazma öğrenmelerine ilişkin ğretmen görüşlerini incelediği araştırmalarında öğretmenlerin okuma-yazma ğretiminde kullanılan araç-gereçlerin eksik ve yetersiz olması, öğrenciler arası düzey farkının olması, okuma-yazma programının ve kitaplarının öğrencilerin düzey ve gelişimine uygun olmaması, ailelerin okuma-yazma öğreniminde ev ortamında çocuklarına destek vermemeleri, ailelerin çocuklarının yetersizliğini kabul etmemesi ve işitme yetersizliği hakkında bilgisiz olması gibi sorunlardan bahsettiğini bulmuştur. Ayrıca işitme yetersizliği olan çocukların, kullandıkları cihaza zarar gelme endişesi nedeniyle etkinliklere katılmak istememesi gibi sorunlar görülebilmektedir. Bu nedenle öğretmenlerin, etkinlik planlarken işitme yetersizliği olan öğrencilerini de dikkate alması gerekmektedir.

Anne görüşlerine göre sosyodemografik özelliklerin çocuğun yaşam kalitesine etkisinin sorulduğu sorularda, annelerin çoğunluğu gelir düzeylerinin çocuklarına iyi bir yaşam sunmak için yetersiz olduğunu, çocuklarının yetersizliğinden dolayı daha çok harcama yaptıklarını belirtmiştir ve bu harcamaların nedeninin de işitme cihazları olduğu görülmektedir. Anneler genellikle, ev ortamlarının çocukları için uygun olduğunu dile getirmiştir. Ev ortamının uygun olmadığından bahseden anneler ise bunun nedeninin oda azlığı, olumsuz evre koşulları gibi sebeplerden kaynaklandığını söylemiştir. Araştırmada alışan anneler, ailesine ekonomik olarak destek olurken çalışmayan anneler de bu desteği sağlayamadığını belirtmiştir. Ancak, alışmayan bazı anneler de çalışmama durumlarının çocuklarına daha fazla vakit ayırmalarını sağladığını açıklamıştır. Alanyazındaki alışmalar incelendiğinde, İşitme yetersizliği olan çocukların kullandıkları işitmeyle ilgili teknolojik aletlerin giderlerinin devlet tarafından karşılandığı yasalarla belirtilmiştir. Koklear implantların ameliyat giderleri devlet tarafından karşılansa da, implanta yönelik kullanımda oluşacak hasar onarımları, yedek parçalar ve piller aileler için son derece

zorlayıcı giderlerdir. İşitme cihazlarında da koklear implanta benzer bir durum söz konusudur (Cankuvvet, 2015). Cihaz masraflarına eğitime yönelik ek masraflar, kırtasiye giderleri de ailelerin bütçesini etkileyebilmektedir. Bireylerin yaşadığı ev ve özellikleri yaşam kalitesinde önemli bir faktördür. Güvenilir ve konfor dolu bir ev, kişinin temel gereksinimlerinden biridir. Yaşanılan evin tip ve niteliği de güvenli ve konforlu bir evin önemli göstergelerinden sayılabilir (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Çocuğun sağlığı, rehabilitasyonu ve eğitimi belki de uzun yıllar sürecek ve birlikte yürütülmesi gereken üç önemli alandır ve tedavi konusunda, eğitim hakkında pek çok uzmanla görüşme zorunluluğu, fazla zaman, para ve enerjiye ihtiyaç duyulmasına neden olabilir (Tezel, 2003; Fazlıoğlu ve ark., 2016). Bu araştırmada da çalışan anneler, ailesine ekonomik olarak destek olurken çalışmayan anneler de bu desteği sağlayamadığını belirtmiştir. Ancak, çalışmayan bazı anneler de çalışmama durumlarının çocuklarına daha fazla vakit ayırmalarını sağladığını açıklamıştır. Çalışmayan anneler, çocuklarının sağlık problemleri, okulu, özel eğitim kurumlarına devamı vb. konularda çalışan annelere göre daha rahat vakit ayırabilme fırsatı buluyor olabilir.

Annelerin “yetersizlikle ilgili hizmetlere ilişkin görüş, endişe ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik önerileri” incelendiğinde, annelere sorulan “hizmetlere erişebilirlik” ile ilgili soruya çoğu anne “erişebiliyoruz” yanıtı verse de, personelin olumsuz tutumu ve sağlık ve eğitimle ilgili problemler yüzünden aksamalar yaşadığını anlatan anneler de olmuştur. “Çocuğunuzun yetersizliği ile ilgili endişeleriniz nedir” sorusunda verilen yanıtlar “gelecek kaygısı, sosyal hayat ile ilgili endişeler ve eğitim ile ilgili endişeler” başlıklarında toplanabilir. İşitme yetersizliğine sahip çocuğu olan annelere sorulan “çocuğunuzun yaşam kalitesini arttırmaya yönelik öneriniz nelerdir?” sorusunda anneler, eğitim, sağlık hizmetlerinde iyileştirme, sosyal çevre ve aktivitelere yönelik düzenlemeler, işitme cihazıyla ilgili öneriler ve ekonomik yardım gibi önerilerde bulunmuştur. Yetersizliği olan bireylerin ve ailelerin hizmetlere doğrudan ulaşabilmesi, çocukların yaşam kalitesini olumlu etkileyecektir. Sart ve ark. (2016), yetersizliği olan çocukların eğitime erişimi ile ilgili bir araştırma yürütmüşlerdir. Araştırmada, yetersizliği olan çocukların eğitim süreçlerinde yer alan öğretmenler, psikolojik danışmanlar, Rehberlik ve

Araştırma Merkezi'nde çalışan uzmanlar ve yetersizliği olan çocuk ve velilerinin görüşleri yer almıştır. Araştırmadan elde edilen bulgularda annelerin genelde, tıbbi tanılama sürecinde hastane personelinin olumsuz ve ilgisiz tutumlarından, öğretmenlerin engelli çocuklara karşı ilgisiz olmalarından bahsettiği görülmüştür. Özmen ve Çetinkaya (2012) da, engelli çocuğa sahip ailelerin yaşadığı sorunların saptanmasını amaçladıkları araştırmalarında, yetersizliği olan çocuğun geleceği ile ilgili kaygıların ailede sorun oluşturduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca yetersizliği olan birey ve ailelerinin toplumsal yaşamda aktif bir biçimde katılmalarının sağlanması amacıyla tıbbi tedavinin yanı sıra, eğitim, rehabilitasyon ve bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi ve bu konularda bilgilendirilmeleri oldukça önemlidir (Seydel ve ark., 2016). Bu yüzden yetersizliği olan birey ve ailelerin sorunlarıyla ilgili çalışmaların yapılması, çocuk-ergen ve ailelerin gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu konuda gerekli önlemlerin alınması, çocuk-ergen ve ailelerin yaşam kalitelerini arttırmada son derece önemli bir role sahiptir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmanın nicel boyutunda işitme yetersizliği olan yaşam kaliteleri anne görüşlerine göre incelenmiştir. Buna göre yaşı 25-35 ve 36-45 olan annelerin fiziksel işlevsellik ve toplam yaşam kalitesi, üniversite mezunu annelerin okul işlevselliği ve toplam yaşam kalitesi, evli annelerin psikososyal ve duygusal işlevsellik, gelir düzeyi algısı orta ve yüksek olanların fiziksel, psikososyal, duygusal, sosyal ve okul işlevselliği ile toplam yaşam kalitesi algıları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Eşinin yaşı 25-35 ve 36-45 olan annelerin fiziksel işlevsellik, eşi lise ve üniversite mezunu olan annelerin fiziksel işlevsellik ve toplam yaşam kalitesi, çocuk sayısı bir olan annelerin fiziksel, duygusal, okul ve toplam yaşam kaliteleri anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Kuruma devam eden bir çocuğu olan annelerin psikososyal, duygusal ve okul işlevselliği ve dil konuşma bozukluğu olmayan çocukların ise fiziksel, psikososyal, sosyal ve toplam yaşam kaliteleri anlamlı derecede yüksektir.

Araştırmanın nitel boyutunda, araştırmaya katılan annelerin, “Anne Görüşme Formu”na verdikleri yanıtlar incelendiğinde ise annelerin birçoğunun çocuklarının fiziksel aktivite, özbakım becerileri, beslenme ve araç kullanımı, kendini kaza ve tehlikelerden koruma, cihaz kullanma becerilerinde sorun yaşamadığını belirttiği görülmektedir. Annelerin çoğu, işitme yetersizliği olan çocuklarında korku, üzüntü, endişe ve öfke gibi duyguların var olduğundan, çocuklarının arkadaşlık ilişkilerinin iyi olduğundan ve öğretmenleriyle ilişkilerinde sıkıntı yaşamadıklarından bahsetmiştir. Annelerin görüşlerine göre çocukların aile bireyleriyle ilişkisi iyi, sosyal aktivitelere katılabilen, en çok okuma-anlama ve matematik derslerinde problem yaşayan çocuklar olduğu gözlenmiştir. Gelir durumlarının nitelikli ve iyi bir yaşam sunmak için yetersiz, çocuklarının yetersizliği nedeniyle fazla harcama yapan, ev ortamlarının uygun, çocukların yaşamdan memnun ve mutlu, annelerin çalışma durumunun çocuğun yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, çocuk sayısının yaşam kalitesine etkisi olmadığını düşünen ve yetersizlikle ilgili hizmetlere ulaşabildiğini ifade eden anneler çoğunluktadır. Annelerin çocuklarıyla ilgili endişelerinden en çok

gelecek kaygısı ön plana çıkmış, çocuklarının yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik verilen önerilerin ise çoğunlukla eğitimle ilgili olduğu görülmüştür.

Araştırmadan elde edilen bu bulgular ışığında ailelere, uzmanlara ve araştırmacılara şu öneriler verilebilir:

- Düşük sosyoekonomik gelire sahip çocukların fiziksel, sosyal, duygusal, okul işlevselliğini arttırmak amacıyla çocuklara ve gelir düzeylerine uygun sanat, spor ve okul destek etkinlikleri planlanabilir.
- İşitme yetersizliği nedeniyle özel eğitim kurumuna devam eden birden fazla çocuğu olan anne ve çocuklarına yönelik destekleyici hizmetler verilebilir.
- İşitme yetersizliği olan çocukların korku, üzüntü, endişe vb. duygularını azaltmak ve duygusal işlevselliklerini güçlendirmek amacıyla çocuk/ergenlere psikolojik destek sağlanabilir.
- Okuma-Anlama/Matematik gibi derslerin içerikleri işitme yetersizliği olan çocuk ve ergenlerin düzeylerine uygun olarak düzenlenebilir. Öğretmenlere bu konuda eğitim verilebilir.
- İşitme yetersizliği olan çocuğun ve annenin geleceğe yönelik kaygılarını azaltmak için psikolojik, mesleki danışmanlık hizmetleri sağlanabilir.
- İşitme yetersizliğine sahip çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi babaların, kardeşlerinin veya çocuğa bakım veren kişilerin görüşlerine göre değerlendirilebilir.
- Yaşam kalitesi yüksek ve düşük olan çocukların aileleriyle nitel çalışmalar yapılabilir.
- Farklı yetersizlik grubundan çocukların yaşam kaliteleri annelerin görüşlerine göre incelenebilir.

ÖZET

İşitme Yetersizliği Olan 8-18 Yaş Arası Çocukların Yaşam Kalitelerinin Anne Görüşlerine Göre İncelenmesi

Araştırmanın amacı doğuştan işitme yetersizliği tanısı almış sekiz-18 yaş arasındaki çocukların yaşam kalitelerini annelerinin görüşlerine göre incelemek, çocukların yaşam kalitelerini etkileyen değişkenleri belirlemek ve annelerin çocukların yaşam kaliteleri hakkındaki görüşlerini saptamaktır. Araştırmanın modeli nicel ve nitel türdedir. Araştırmanın nicel boyutunda tarama ve nedensel karşılaştırmalı desenden, nitel boyutunda ise fenomenolojiden yararlanılmıştır. Araştırmanın evrenini, Ankara’da yaşayan, doğuştan işitme yetersizliği tanısı alan sekiz-18 yaş arasında çocukları olan anneler oluşturmuş ve evrenin tamamına ulaşmak güç olduğundan örneklem seçimine gidilmiş, öncelik olarak Ankara il merkezinde yer alan işitme yetersizliği ve dil-konuşma bozukluğu alanında eğitim veren özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri belirlenmiştir. Belirlenen ve araştırmaya izin veren kurumlarda özel eğitim alan, doğuştan işitme yetersizliği olan, majör gelişimsel bozukluğu ve nörolojik sorunları olmayan, işitme yetersizliği ve dil-konuşma bozukluğu dışında engeli bulunmayan sekiz-18 yaşları arasındaki 225 çocuğun anneleri gönüllük esasına göre araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırmaya alınan annelerin çalışmaya katılabilmesi için yazılı onayları alınmıştır. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından geliştirilen “Genel Bilgi Formu”, “Anne Görüşme Formu” ve Varni ve ark. (1999) tarafından geliştirilen ve Çakın Memik (2005) tarafından Türkçeye uyarlanan “Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) Ebeveyn Formu” ile toplanmıştır. Araştırma verileri yüz yüze görüşme tekniği ile Mart-Nisan 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın nicel boyutundan elde edilen bulgulara göre, annenin yaşı, öğrenim düzeyi, medeni durumu, aylık geliri, gelir düzeyi algısı, eşinin yaşı, eşinin öğrenim düzeyi, çocuk sayısı, işitme yetersizliği nedeniyle kuruma devam eden çocuk sayısı ve eşlik eden dil konuşma bozukluğunun türünün, işitme yetersizliğine sahip çocuğu olan annelerin çocuklarının yaşam kalitesi algısına etki eden faktörlerden olduğu tespit edilmiştir. Araştırmanın nitel boyutunda, annelerin, “Anne Görüşme Formu”na verdikleri yanıtlarda annelerin birçoğunun çocuklarının fiziksel aktivite, özbakım becerileri, beslenme ve araç kullanımı, kendini kaza ve tehlikelerden koruma, cihaz kullanma becerilerinde sorun yaşamadığını belirttiği görülmektedir. Annelerin çoğu, işitme yetersizliği olan çocuklarında korku, üzüntü, endişe ve öfke gibi duyguların var olduğundan, çocuklarının arkadaşlık ilişkilerinin iyi olduğundan

ve öğretmenleriyle ilişkilerinde sıkıntı yaşamadıklarından bahsetmiştir. Annelerin görüşlerine göre çocukların aile bireyleriyle ilişkisi iyi, sosyal aktivitelere katılabilen, en çok okuma-anlama ve matematik derslerinde problem yaşayan çocuklar olduğu gözlenmiştir. Gelir durumlarının nitelikli ve iyi bir yaşam sunmak için yetersiz, çocuklarının yetersizliği nedeniyle fazla harcama yapan, ev ortamlarının uygun, çocukların yaşamdan memnun ve mutlu, annelerin çalışma durumunun çocuğun yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, çocuk sayısının yaşam kalitesine etkisi olmadığını düşünen ve yetersizlikle ilgili hizmetlere ulaşabildiğini ifade eden anneler çoğunluktadır. Annelerin çocuklarıyla ilgili endişelerinden en çok gelecek kaygısı ön plana çıkmış, çocuklarının yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik verilen önerilerin ise çoğunlukla eğitimle ilgili olduğu görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Anne, Çocuk, Ergen, İşitme Yetersizliği, Yaşam Kalitesi,

SUMMARY

Investigation of Quality of Life in Children with Hearing Impairment Between 8-18 Years Old According to Mothers' Perspective

In the study, it is aimed to investigate the quality of life of eight-18 years old children with hearing impairment, according to mothers' perspective, to identify variables that affect children's life quality, and to determine the opinions of mothers about their quality of life. The model of the study is quantitative and qualitative. This quantitative research has benefited from the survey and causal comparison model. This qualitative research has benefited from phenomenology. The universe of the study consisted of mothers with children between eight-18 years of age who were diagnosed with congenital hearing loss, living in Ankara. Sample selection was preferred, since it was difficult to reach the entire universe. Special education and rehabilitation centers providing education in the field of hearing impairment and speech language disorder located in Ankara city center were identified. Voluntary participants of the research were mothers of 225 children aged eight to 18 with congenital hearing disorders who receive education in predetermined and research-allowing institutions, and who does not have major developmental disorders or neurological problems or any other handicaps than hearing and motor speech disorders. Written consent were obtained from the mothers in order for them to take part in the study. The data of the research were collected with the General Information Form and Mother Interview Form developed by the researcher, and PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory)- Parent Form developed by Varni et al. (1999) and adapted to Turkish Çakın Memik (2005). The data of the study was collected using the face-to-face interview technique between March-April 2018. According to the findings obtained from the quantitative dimension of the study, it was determined that mother's age, level of education, marital status, monthly income, income level perception, spouse's age, spouse's level of education, number of children, number of children attending the institution due to hearing impairment and motor speech disorder type that accompanies it are the factors affecting the perception of life quality in mothers who have children with hearing impairment.

In the qualitative part of the research, mothers stated that their children don't have any problems with physical activities, self-care ability, nutrition and tool-device usage,

protection from accidents/dangers. Their relationships with family, friends, and teachers are fine. They have most difficulty in reading comprehension and mathematics lessons due to their impairment. Their income level doesn't suffice for offering a quality life to their children and they have been overspending due to the impairment. They are contented with their children's life. Mother's working status and number of children affect children's quality of life negatively. They have concerns about future. Suggestions to improve their lifestyles should concentrate on education.

Keywords: Adolescent, Child, Hearing Impairment, Quality of Life, Mother



KAYNAKLAR

- AÇAK M, KARADEMİR T (2011). İşitme engelli öğrencilerin benlik saygılarının bazı değişkenlere göre incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **12(2)**: 165-179.
- ADLER DA, KING, DA (1994). Oral communication problems in children and adolescents. Allyn and Bacon, Boston.
- AKBULUT S (2012). Gerçekten eşit miyiz? Acı (ma), zayıf gör (me) ve yok say (ma) ekseninde engelli ayrımcılığı. Çok boyutlu yaklaşımlar, İstanbul: *İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları*.
- AKÇAMETE G, KARGIN T (1996). İşitme engelli çocuğa sahip annelerin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, **2(2)**: 7-24.
- AKÇAMETE G (2003). İşitme engelliler eğitiminde öğretmen el kitabı. Ankara: MEB.
- AKÇAMETE AG, GÜRGÜR H (2009). İşitme yetersizliği olan çocukların eğitimi. A.G.
- AKDAŞ FV (2012). Çocuklarda sensörinöral işitme kayıpları ve odyolojik değerlendirme. *Türkiye Klinikleri J.E.N.T.-Special Topics*, **5(2)**: 32-42.
- AKTURAN U, ESEN A (2008). Fenomenoloji. İçinde Nitel araştırma yöntemleri, Ed. BAŞ T, AKTURAN U, Seçkin Yayıncılık, Ankara. 83-98.
- AL-AKOUR N, KHADER YS, SHATNAWI NJ (2010). Quality of life and associated factors among Jordanian adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*, **24**: 43-47.
- ARAL N, GÜRSOY F (2007). Özel Gereksinimli Çocuklar ve Özel Eğitime Giriş. İstanbul: Morpa Yayıncılık.
- ASHA-American Speech and Hearing Association- (2004). Erişim Adresi: [<http://www.asha.org>]. Erişim Tarihi: 10/6/2018.
- ATEŞ FB, AKBAŞ T (2012). Ergenlerde görülen kural dışı davranışların aile işlevselliği ve yaşam kalitesi açısından incelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **21(2)**: 337-35.
- AYDEMİR C, ZİNCİROĞLU A (2004). Yenidogan bebeklerde işitme tarama testleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*. **13(11)**: 418-421.
- AYDINER BOYLU A, PAÇACIOĞLU B (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, **8(15)**: 137-150.
- BACHMANN C, LEHR D, JANHSEN E, SAMBACH H, MUEHLAN H, GONTARD A, BACHMANN H (2009). Health Related Quality of Life of a Tertiary Referral Center Population with Urinary Incontinence Using the DCGM-10 Questionnaire. *The Journal of Urology*, **182**: 2000-6.
- BAŞALAN F, ÖZER M (2003). Yaşam doyumu ve yaşam kalitesi kavramlarına bir bakış. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. **6(4)**: 24-26.

- BAYTEKİN M (2017). Kanser tanısı almış çocukların yaşam kalitesi: Çocuk ve Ebeveyn Değerlendirmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- BAYKUL Y (2000). *Eğitimde ve psikolojide ölçme: Klasik test teorisi ve uygulaması*. ÖSYM Yayınları, Ankara.
- BEDEL A, IŞIK E (2015). Tek ebeveyni olan ve iki ebeveyni olan öğrencilerin kişiler arası problem çözme ve yaşam doyumu düzeylerinin karşılaştırılması. *Kuramsal Eğitim Bilim Dergisi*, **8(1)**: 70-85.
- BELGİN E (2011). Çocuklarda işitme kayıpları. İçinde: Özel Gereksinimli Çocuklar ve Özel Eğitim, Ed. BAYKOÇ N, Eğiten Kitap, Ankara. 187-190.
- BELGİN E (2015). Saf ses odyometri. İçinde: Temel Odyoloji. Ed. BELGİN E, ŞAHLI S. Güneş Yayınları, İstanbul: 69-76.
- BESS FH, HORNSBY BWY (2014). Commentary: Listening can be exhausting-fatigue in children and adults with hearing loss. *Ear and Hearing*, **35(6)**: 592-599.
- BHAT SR, GOODWIN TL, BURWINKLE TM, LANSDALE MF, DAHL GV, HUH N SL (2005). Profile of daily life in children with brain tumors: an assesment of health-related quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, **23(24)**: 5493-500.
- BISHOP DVM (2002). Motor immaturity and spesific speech and language impairment. Evidence for a common genetic basis. *American Journal of Medical Genetics*, **114**: 56-63.
- BROWN I, PETROWSKI N, EDWARDS M, ISAACS BJ, BROWN RI, BAUM N, WERNER S (2010). A family quality of life approach for social workers: lessons from the field of intellectual and developmental disabilities. *Journal of Family Social Work*, 1-25.
- BOLAT H, GENÇ A (2012). Türkiye ulusal yenidoğan işitme taraması programı: Tarihçesi ve prensipleri. *Türkiye Klinikleri Journal of ENT Special Topics*, **5(2)**: 11-14.
- BORDEIANOU L, HICKS CW, OLARIU A, SAVITT L, PULLIAM SJ, WEINSTEIM M (2015). Effect of coexisting pelvic floor disorders on fecal incontinence quality of life scores: A Prospective, Survey-Based Study. *Dis Colon Rectum*, **58**: 1091-7.
- BORUJENI SS, HATEMIZADEH N, VAMEGHI R, KERASKIAN A (2015). Hearing loss related quality of life in adolescents with hearing loss. *Iranian Rehabilitation Journal*, **13(1)**: 38-43.
- BORTON SA, MAUZE E, LIEU JEC (2010). Quality of life in children with unilateral hearing loss: A pilot study. *American Journal of Audiology*, **19**: 61-72.
- BRADLYN AS, RITCHEYAK, HARRIS CV (1996). Quality of life research in pediatric oncology. *Cancer*, **78**: 1333-9.
- BRUDER MB (2010). Early childhood intervention: promise to children and families for their future. *Exceptional children*, **76(3)**: 339-355.
- CAN E (2009). İşitme kayıplı Türk çocuklarda alıcı ve ifade edici dil becerilerinin gelişimi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- CANKUVVET AYKUT N (2015). Çocuğu koklear implant adayı ebeveynlerin gereksinimlerine dayalı bilgilendirme programı geliştirilmesi. *Yayınlanmamış doktora tezi*, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.

- CANKUVVET AYKUT N (2017). İşitme yetersizliğinde tarama, tanı, değerlendirme. İçinde: İşitme ve Görme Yetersizliği, Ed. GÜRGÜR H, ŞAFAK P. Pegem Akademi, Ankara. 101-123.
- CASAS F (1997). Children's rights and children's quality of life: conceptual and practical issues. *Social Indicators Research*, **42**: 283-298.
- CHISHOLM TH, JOHNSON CE, DANHAUER JL, PORTZ LJ, ABRAMS HB, LESNER S, NEWMAN, CW (2007). A systematic review of health-related quality of life and hearing aids: final report of the American Academy of Audiology Task Force On the Health-Related Quality of Life Benefits of Amplification in Adults. *Journal of the American Academy of Audiology*, **18**(2): 151-183.
- CHOU AB, COHAN JN, VARMA MG (2015). Differences in symptom severity and quality of life in patients with obstructive defecation and colonic Inertia. *DisColonRectum*, **58**: 994-8.
- CLARK JG (1981). Uses and abuses of hearing loss classification. *Asha: a journal of the American Speech-Language-Hearing Association*. **23**(7): 493-500.
- CRAIG A, BLUMGART E, TRAN Y (2009). The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. *J Fluency Disord*, **34**: 61-71.
- CRESWELL JW (2006). Understanding Mixed Methods Research, (Chapter 1). Available at: http://www.sagepub.com/upm-data/10981_Chapter_1.pdf
- ÇAKIN MEMİK N, AĞAOĞLU B, COŞKUN A, KARAKAYA I (2007). Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13-18 yaş çocuk formunun geçerlik ve güvenilirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, **18**(4): 353-363.
- ÇAKIN MEMİK N, AĞAOĞLU B, COŞKUN A, KARAKAYA I (2008). Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 8-12 yaş çocuk formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, **15**(2): 87-98.
- ÇOLAK M (2016). Prelingual sensörinöral işitme kaybı nedeniyle koklear implant tatbik edilen olguların karşı kulağında konvansiyonel işitme cihazı kullanımının dil gelişimine ve işitme performanslarına olan etkisinin belirlenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- ÇOLPAN B (2015). İşitme kayıplarının etiyojisi. İçinde: Temel Odyoloji, Ed. Belgin,E, ŞAHLI S. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara. 257-284.
- ÇÖL G (2015). Özel gereksinimi olan çocukların boş zaman aktivitelerine katılımını etkileyen faktörler. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- DAVIS K, GAVIDIA-PAYNE S (2009). The impact of child, family and professional support characteristics on the quality of life in families of young children with disabilities. *Journal of Intellectual&Developmental Disability*, **34**(2): 153-162.
- DAVIS-KEAN P (2005). The influence of parent education and family income on child achievement: the indirect role of parental expectations and the home environment. *Journal of family psychology*, **19**(2): 294.
- DEMİRİZ S, DİNÇER Ç (2000). Okulöncesi dönem çocuklarının özbakım becerilerinin annelerinin çalışıp çalışmama durumlarına göre incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **19**: 58-65.

- DEMİRİSOY N (2013). 6-17 yaş grubu çocuklarda “Child Health and illness Profile-Chip” yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- DERELİ GÇ (2014). 2-18 yaş arası primer ve revizyon uygulanmış koklear implant hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- DEVINE MA, PIATT J, DAWSON SL (2015). The role of a disability-specific camp in promoting social acceptance and quality of life for youth with hearing impairments. *Therapeutic Recreation Journal*, **4**: 293-309.
- DITESHEIM JA, TEMPLETON JM (1987). Short-Term-Long-Term quality of life in children following repair of high imperforate anus. *Journal of Pediatric Surgery*, **22(7)**: 581-587.
- DOĞAN M, NEMLİ N, YÜKSEL M, BAYRAMOĞLU İ, KEMALOĞLU YK (2016). İşitme kaybının yaşam kalitesine etkisini İnceleyen anket çalışmalarına ait bir derleme. *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi*, **24(1)**: 33-42.
- DOĞAN M, AKKAYA E (2017). İşitme yetersizliği olan çocukların gelişim özellikleri. İçinde: İşitme ve Görme Yetersizliği, Ed. GÜRGÜR H, ŞAFAK P. Pegem Akademi, Ankara. 35-63.
- DOLANAY D (2016). Annelerin özel gereksinimli çocuklarını kabul etmeleri ile kardeşlerin özel gereksinimli çocukları kabulü arasındaki ilişki. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Yakındoğu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa.
- DURADEMİR A (1999). Kronik kalp yetmezlikli hastaların yaşam kaliteleri ve özbakım davranışları. *Yoğun bakım hemşireleri Dergisi*, **3**: 16-20.
- DURUALP E, KARA FN, YILMAZ V, ALABEYOĞLU K (2010). Kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin görüşlerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, **63(2)**: 55-63.
- EGE P (2006). Farklı engel gruplarının iletişim özellikleri ve öğretmenlere öneriler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, **7(2)**: 1-23.
- EKİM A, OCAKÇI AF (2012). 8-12 yaş arası işitme engelli çocuklarda yaşam kalitesi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **11(1)**: 18-22.
- ELBASAN B, DÜZGÜN İ, OSKAY D (2013). Is there any difference in health related quality of life, self care and social function in children with different disabilities living in Turkey? *Iranian Journal of Pediatrics*, **23**: 281-288.
- EISERC. (1997). Childrens quality of life measures. *ArchDis Child*, **77**: 350- 354.
- EISER C, MORSE R (2001). Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health TechnolAssess*, **5**: 1-156.
- ERDEM İ (2013). Kekeme öğrencilere ilişkin öğretmen tutumları: bir ölçek geliştirme çalışması. *The Journal of Academic Social Science Studies*, **6(7)**: 401-416.
- ERDOĞANOĞLU Y, KEREM GÜNEL M (2007). Serebral paralizili çocukların motor ve fonksiyonel seviyeleri ile sağlıkla ilgili yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Toplum Hekimliği Bülteni*, **26(3)**: 13- 18.
- ERENBERG A, LEMONS J, SIA C, TUNKEL DE, ZIRING P, ADAMS M (1999). Newborn and infant hearing loss. *Pediatrics*, **103(2)**: 527-530.

- EROĞLU SY, ACET M (2017). İşitme engelli öğrencilerin spor yapma değişkenine göre sosyal görünüş kaygısı ile yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Sports Sciences*, **9(2)**: 65-70.
- EROĞUL ÇAR, DİNGİLTEPE T (2012). Parçalanmış ve tam aileye sahip ergenlerin yaşam doyumu düzeyleri ile yaşam kalite düzeylerinin karşılaştırılması. *Elementary Education Online*, **11(4)**: 1077-1086.
- ERTEN N (2010). İşitme engelli koklear implant kullanıcısı çocukların (re)habilitasyonunda müziğin pragmatik kullanımı. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Güzel Sanatlar Enstitüsü, İzmir.
- ERTURAN İ, AKTEPE E, KOCAMAN O, SÖNMEZ Y, BAŞAK PY, CEYHAN AM, AKKAYA VB (2014). Akneli ergenlerin yaşam kalitesi, yalnızlık ve yaşam doyumu düzeylerinin değerlendirilmesi. *Türkderm Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi*, **48(4)**: 172-176.
- ESER E, YÜKSEL H, BAYDUR H, ERHART M, SAATLI G, ÖZYURT C, ÖZCAN C, Ravens-SIEBERER (2008). Çocuklar için genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe sürümünün psikometrik özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **19(4)**: 409-417.
- FAZLIOĞLU Y, TEZEL D, CANARSLAN H (2016). Engelli Çocuğu olanailer, İçinde: Aile Yaşam Dinamiği, Ed. BARAN G. Pelikan Yayıncılık, Ankara: 213-233.
- FELLINGER J, HOLZINGER D, SATTEL H, LAUCHT M (2008). Mental health and quality of life in deaf pupils. *European Child & Adolescent Psychiatry*, **17(7)**: 414-23.
- FLEXER (2009).Tecnology and listening. In: Literacy and deafness: Listening and spoken language, Ed. ROBINSON L. Plural Publishing Inc., San Diego: 43-65.
- FIRAT E (2014). 13-16 yaş tip 1 diyabetli çocukların yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin araştırılması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- GANEMO A, SVENSSON A, LINDBERG M, WAHLGREN CF (2007). Quality of life in Swedish children with eczema. *Acta Dermato-Venereologica*, **87(4)**: 345-349.
- GEERS AE, MITCHELL CM, WARNER-CZYZ A, WANG NY, EISENBERG LS (2017). Early sign language exposure and cochlear implantation benefits. *Pediatrics*, **140(1)**: 1-8.
- GENÇ AG, ERTÜRK BB, BELGİN E (2005) Yenidoğan işitme taraması: *Başlangıçtan günümüze, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, **48**: 109-118.
- GROOTENHUIS MA, STAM H, LAST BF, GROOTHOFF JW (2006). The impact of delayed development on the quality of life of adults with end-stage renal disease since childhood. *Pediatr Nephrol* ,**21**: 538-544.
- GÜLTEKİN BK, DEREBOY İF (2011). Üniversite öğrencilerinde sosyal fobinin yaygınlığı ve sosyal fobinin yaşam kalitesi, akademik başarı ve kimlik oluşumu üzerine etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **22(3)**:150-158.
- GÜVEN A (2015). Bebek ve çocuklarda işitmenin davranım testleriyle değerlendirilmesi, İçinde: Temel Odyoloji. Ed. BELGİN E, ŞAHLI S. Güneş Yayınları, İstanbul: 231-244.
- HAMIEL PO, SINGER S, PILPEL N, FRADKIN A, MODAN D, REICHMAN B (2006). Health-related quality of life among children and adolescent: associations with obesity. *Indternational Journal of Obesity*, **30**: 267-272.

- HENNING P, TOMLINSON L, RIGDEN S, HAYCOCK G, CHANTLER C (1988). Long term outcome of treatment of end stage renal failure. *Archives of Disease in Childhood*, **63(1)**: 35-40.
- HERNDON DN, LEMASTER J, BEARD S, BERNSTEIN N, LEWIS SR, RUTAN TC, WINKLER JB, COLE M, BJARNASON D, GORE D, et al.(1986) The quality of life after major thermal injury in children: an analysis of 12 survivors with greater than or equal to 80% total body, 70% third-degree burns. *J Trauma*, **26(7)**: 609-19.
- HINTERMAIR M (2011). Health-related quality of life and classroom participation of deaf and hard-of hearing students in general schools. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, **16**:254-271.
- HUBER M (2005).Health-related quality of life of Austrian children and adolescents with cochlear implants. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, **69(8)**: 1089-1101.
- IDEA. (2004). *Sec. 300.8 Child With a Disability*. Erişim: 24 Ekim 2017. <http://idea.ed.gov/>.
- INGERSKI LM, JANICKE DM, SILVERSTEIN H. (2007). Brief report: Quality of Life in overweight youth the role of multiple informants and perceived social support. *Journal of Pediatric Psychology*, **32(7)**: 869-874.
- İLARSLAN NEÇ, GÜL O, SAYILI A (2005). İşitme engeli, önleyici ve sağaltıcı yaklaşımlar. İçinde: Gelişimsel Pediatri, Ed. ERTEM İÖ. Çocuk Hastalıkları Araştırma Vakfı, Ankara: 379-397.
- JAIYEOLA MT, ADEYEMO AA (2018). Quality of life of deaf and hard of hearing students in Ibadan metropolis, Nigeria. *Plos One*, **13(1)**: 1-11.
- JOSEFIAK T, LARSSON B, WICHSTROM L, WALLANDER J, MATTEJAT F (2010). Quality of life as reported by children and parents: a comparison between students and child psychiatric outpatients. *Health and Quality of Life Outcomes*, **8(1)**: 136.
- JUNIPER EF, GUYATT GH, FEENY DH, GERRIE PJ, GRIFFITH LE, TOWNSEND M (1996). Measuring quality of life children with asthma. *Quality of Life Research*, **5**: 35-46.
- KAHRAMAN Ö, KARADAYI N (2015). Engelli kardeşe sahip olan çocukların engelli kardeşleriyle deneyimlerine ilişkin görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **1**: 390-408.
- KANYILMAZ O, ÇALIşKAN, İDİL A (2010). İşitme engeli olan ve olmayan öğrencilerin mesleki tercihlerinin karşılaştırılması. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, **8(3)**: 127-135.
- KAPLAN RM (1998). Measuring Health – Related Quality of Life in Children and Adolescents .*Lawrence Erlbaum Associates* 63-70.
- KASAI N, FUKISHIMA K, OMORI K, SUGAYA A, OJİMA T (2012). Effects of Early identification and intervention on language development in Japanese children with prelingual severe to profound hearing impairment. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, **202**: 16-20.
- KARASAR N (2009). Bilimsel araştırma yöntemi. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- KARTAL H (2009). Yatılı ve gündüzlü işitme engelli ilköğretim öğrencilerinin benlik kavramları ve akademik başarıları arasındaki ilişki. *e-Journal of New World Sciences Academy*, **4(3)**: 716-728.

- KARGIN T, BAYDIK B (2002). Kaynaştırma ortamındaki işiten öğrencilerin işitme engelli akranlarına yönelik tutumlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, **3(2)**: 27-39.
- KAYTEZ N, DURUALP E, KADAN G (2015). Engelli çocuğu olan ailelerin gereksinimlerinin ve stres düzeylerinin incelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, **4(1)**: 197-214.
- KEILMANN A, LIMBERGER A, MANN WJ (2007). Psychological and physical well-being in hearing impaired children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, **71**:1747-1752.
- KEMALOĞLU Y (2017). İşitme yetersizliği: tanımı, sınıflama, yaygınlık ve nedenler. İçinde: Erken Çocukluk Eğitimi, Ed. GÜRGÜR H, ŞAFAK P. Pegem Akademi, Ankara. 2-31.
- KENNEDY CR, McCANN DC, CAMPBELL MJ, LAQ CM, MULLEE M, PETROU S, STEVENSON J (2006). Language ability after early detection of permanent childhood hearing impairment. *New England Journal of Medicine*, **354(20)**: 2131-2141.
- KIRMAN A, YILDIRIM SARI H (2011). İşitme engelli çocuk ve adölesanların sağlık durumları. *Guncel Pediatri*, **9**: 85-92.
- KIESSLING J, MARGOLF-HACKL S, GELLER S, OLSEN SØ (2003). Researchers report on a field test of a non- occluding hearing instrument. *The Hearing Journal*, **56(9)**: 36- 38.
- KİLERCİOĞLU S (2015). Belirli bir yaş grubunda tek kulağı total işitme kayıplı, diğer kulağı normal işiten erkek bireylerde ce-chirp abr ve click abr bulgularının karşılaştırılması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- KİRAZLI MÇ (2014). 9–11 yaş grubu koklear implantlı çocukların genel zeka, duygusal zeka, zihin kuramı, duygu tanıma, yüz ifadesi tanıma ve uyum becerilerinin incelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- KLUWIN TN, STINSON MS, COLAROSSİ GM (2002). Social processes and outcomes of inschool contact between deaf and hearing pers. *Journal of Deaf Studies and Education*, **7(3)**:200-213.
- KOCAASLAN EN (2016). Astımlı çocuklarda hastalık yönetimi konusunda verilen eğitimin çocukların yaşam kalitesi ve öz etkililik düzeylerine etkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- KOOT HM (2002). Challenges in Child and Adolescent Quality of Life Research, *Acta Paediatrica*, **91**: 265-266.
- KONROT A (2007). İletişim, dil ve konuşma bozuklukları. İçinde: Dil ve Kavram Gelişimi, Ed: TOPBAŞ S. Kök Yayıncılık, Ankara: 227-248.
- KONUK D (2005). Zonguldak il merkezinde 7-11 yaş grubu işitme engeli olan ve olmayan çocukların psikososyal gelişimlerinin karşılaştırılması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
- KORKMAZ M, YÜCEL AS, ÇELEBİ N, KILIÇ B (2014). 7-17 yaş arası farklı gelişimsel özellikleri olan çocuklara sahip ailelerin stresle başa çıkma yöntemlerinin incelenmesi. *Uluslararası Aile Çocuk ve Eğitim Dergisi*, **4(2)**: 16-50.
- KURTARAN H, ALTUNTAŞ E (2015). İşitme kayıpları. İçinde: Odyolojide Temel Kavramlar ve Yaklaşımlar, Ed. GÜNDÜZ M. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul: 269-285.

- KÜÇÜK Y, ARIKAN D (2006). İşitme engelli çocukların topluma uyum sorunlarının incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **9(4)**: 23.
- LIEU JEC (2013). Unilateral hearing loss in children: speech-language and school performance. *B-ENT*, **21**: 107-115.
- LOOI V, LEE ZZ, LOO HYJ (2016). Quality of life outcomes for children with hearing impairment in Singapore. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, **80**: 88-100.
- MAHON NE, YARCHESKİ A, YARCHESKİ TJ (2003). Anger, anxiety, and depression in early adolescents from intact and divorced families. *Journal of Pediatric Nursing*, **4**: 267-273.
- MALONE PS, LANSFORD JE, CASTELLIONE DR, BERLIN LJ, DODGE KA., BATES JE., PETTIT GS (2004). Divorce and child behavior problems: applying latent change score models to life event data. *Child and Family*, **73**: 401-423.
- MARSCHARK M (1993). *Psychological development of deaf children*. Oxford University Press, New York.
- MATZA LS, SWENSEN AR, FLOOD EM, SECNIK K, LEIDY NK (2004). Assessment of health related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value Health*, **7(1)**:79-92.
- MCCLELLAN CB, SCHATZ J, SANCHEZ C, ROBERTS, CW (2008). Validity of the pediatric quality of life inventory for youth with sickle cell disease. *Journal of Pediatric Psychology*, **33(10)**: 1153-1162.
- MONTERO P (2005). Nutritional assessment and diet quality of visually impaired Spanish children. *Annals of Human Biology*, **32(4)**: 498-512.
- NEMLİ N (2015). İşitme kayıplı çocuklar için yaşam kalitesi değerlendirme aracı (HEAR-QL)'NİN Türkçe uyarlaması ve 7-12 yaş çocuklarda işitme kaybına etkisinin değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- QU L, WESTON R (2012). Parental marital status and children's wellbeing. *FaHCSIA Occasional Paper*.
- ÖZKAN ET, DEMİRHAN E (2014). Pediatrik ses bozuklukları ve ses terapisinin etkinliği. *Kocaeli Tıp Dergisi*, **2**: 27-33.
- ÖZMEN D, ÇETİNKAYA A (2012). Engelli çocuğa sahip ailelerin yaşadığı sorunlar. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **28(3)**:35-49.
- PERİM A (2007). Trakya Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin kaliteli yaşam algısının belirlenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- PETROU S, MCCAN D, LAW CM, WATKIN PM, WORSFOLD S, KENNEDY CR (2007). Health status and health-related quality of life preference-based outcomes of children who are aged 7 to 9 years and have bilateral permanent childhood hearing impairment. *Pediatrics*, **120**:1044-1052.
- RAHMAN T, MITTELHAMMER RC, WANDSCHNEIDER PR (2011). Measuring quality of life across countries: A multiple indicators and multiple causes approach. *The Journal of Socio-Economics*, **40(1)**:43-52.

- RAJ LJ, KUMARI S (2014). Factors impacting the quality of life of children with hearing loss. A Literary Review *International Journal of Scientific Research*, **3(4)**.
- RAJ LJ, KUMARI S, MARTINA T (2014). Developing the content of a new quality of life questionnaire for children with hearing loss. *Disability, CBR & Inclusive Development*, **25(2)**: 76-89.
- RAJANDREN V, ROY FG (2010). Comparison of health related quality of life of primary school deaf children with or without motor impairment. *Italian Journal of Pediatrics*, **36(1)**: 36-75.
- RAVENS-SIEBERER U, ERHART M, WILLE N, WETZEL N, BULLINGER M (2006). Generic health-related quality-of-life assessment in children and adolescents methodological considerations. *Pharmacoeconomics*, **24(12)**:1199-1220.
- REYHANI T, MOHAMMADPOUR V, AEMMI SZ, MAZLOM SR, NEKAH SMA (2016). Status of perceived social support and quality of life among hearing-impaired adolescents. *International Journal of Pediatrics*, **4(2)**:1381-1386.
- ROSENFELD RM, GOLDSMITH AJ, TETLUS L, BALZANO A (1997). Quality of life for children with otitis media. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, **123(10)**: 1049-54.
- SARIKAYA E, UZUNER Y (2013). İşitme engelli çocukların okuma yazma öğrenmelerine ilişkin öğretmen görüşleri. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi – ENAD*, **1(1)**: 31-61.
- SART ZH, BARIŞ S, SARIİŞİK Y, DÜŞKÜN Y (2016). Engeli olan çocukların Türkiye’de eğitime erişimi: durum analizi ve öneriler. *Eğitim Reformu Girişimi*, 7-64.
- SAVELSBERGH GJ, NETELENBOS JB WHITING HT (1991). Auditory perception and the control of spatially coordinated action of deaf and hearing children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, **32(3)**: 489-500.
- SCHALOCK RL (2000). Three decades of quality of life. *Focus on autism&other developmental disabilities*, **15(2)**: 116-128.
- SEYDEL EH, YIKILKAN H, GÖRPELİOĞLU S (2016). Engelli çocuk yakınlarının gereksinimleri ve mevcut hak ve hizmetlerden yararlanma durumları. *Smyrna Tıp Dergisi*, **3(1)**: 47-52.
- SEZER TA (2012). Kronik hastalığa sahip çocuk-ergen ve ebeveynlerinin yaşam kalitesi algıları. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- SHU BC, LUNG FW (2005). The effect of support group on the mental health and quality of life for mothers with autistic children. *Journal of Intellectual Disability Research*, **49(1)**: 47-53.
- SIMPSON A, ENTICOTT JC, DOUGLAS J (2016). Socioeconomic status as a factor in Indigenous and non-Indigenous children with hearing loss: analysis of national survey data. *Australian Journal of Primary Health*, **23(2)**:202-207
- SOLA C, DİKEN İH (2008). Gelişimsel gerilik riski altındaki prematüre ve düşük doğum ağırlıklı çocuğa sahip annelerin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, **9(2)**: 21-36.
- SMITH DD (2001). Introduction to special education. (4th Edition). Allyn&Bacon: Boston.
- SPRANGERS MA, AARONSON NK (1992). The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease: a review. *Journal of Clinical Epidemiology*, **45(7)**: 743-760.

- STACH BA (2010). Clinical Audiology An Introduction. Amerika Birleşik Devletleri; Delmar Cengage Learning.
- STRAWBRIDGE WJ, WALLHAGEN MI, SHEMA SJ, KAPLAN GA (2000). Negative Consequences of Hearing Impairment in Old Age A Longitudinal Analysis. *The Gerontologist*, **40(3)**: 320-326.
- ŞAHAN E (2010). Kronik böbrek yetmezliği tanısı ile izlenen adölesanlarda yaşam kalitesi ve özbakım gücü. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- ŞAHLI S, BELGİN E (2011). Ülkemizde işitme kayıplı çocukların profili ve tedavi yaklaşımları. *Hacettepe Tıp Dergisi*, **42**:82-87.
- ŞENTÜRK Ş, KESKİN A (2018). İşitme engelli öğrencilerde internet bağımlılığı. *Gazi Eğitim Bilimleri Dergisi*, **4(2)**: 51-60.
- ŞİMŞEK N, KALGI ME (2018). Yaşam kalitesi ile ilgili öğretmen görüşlerinin incelenmesi: nicel ve nitel (karma) bir analiz. *International Online Journal of Educational Sciences*, **10(4)**: 367-391
- ŞİRİNKAN A (2011). 10-15 yaş işitme engelli öğrencilerde sportif eğitsel oyunların fiziksel gelişimlerine etkisinin araştırılması. *Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi*, **13**: 74-80.
- TAŞ F (2009). Kemoterapi Alan Çocukların Yaşadıkları Semptomların Yaşam Kalitesine Etkisi ve Ebeveynlerin Uygulamaları. *Doktora Tezi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- TEZEL D (2003). Bir psikolojik destek programının engelli bebek annelerinin duygu durumlarına etkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- THEUNISSEN SCPM, RIEFFE C, KOUWENBERG M, DERAEEVE JI, SOEDE W, BRIAIRE JJ, FRIJINS JHM (2014). Behavioral problems in school-aged hearing-impaired children: the influence of sociodemographic, linguistic, and medical factors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, **23(4)**: 187-196.
- TURAN F, AKOĞLU G (2011). İletişim, dil ve konuşma bozuklukları olan çocuklar ve eğitimleri. . İçinde: Özel Gereksinimli Çocuklar ve Özel Eğitim, Ed. BAYKOÇ N, Eğitim Kitap, Ankara. 335-359.
- TURGUT M, BAYRAK E, BAŞ M (2015). Engelli çocukların ailelerinin beslenme bilgi ve davranışlarının belirlenmesi. *International Journal of Science Culture and Sport*, **2(2)**:126-135.
- TOPBAŞ S (2006). Türkçe sesletim-ses bilgisi testi: geçerlik-güvenirlik ve standardizasyon çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, **21(58)**: 39-56.
- TORLAK SE, YAVUZÇEHRE PS (2008). Denizli kent yoksullarının yaşam kalitesi üzerine bir inceleme. *Çağdaş Yerel Yönetimler*, **17(2)**: 23-44.
- TAN M (1994). “Çocukluk: Dün ve Bugün”, Toplumsal Tarihte Çocuk, Tarih Vakfı Yayınları: İstanbul. 11-30.
- TEKELİ İ (2004). Yaşam kalitesi göstergeleri: Türkiye için bir veri sistemi önerisi, *TÜBA Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları*; Ankara.

- THEUNISSEN SCPM, RIEFFE C, KOUWENBERG M, SOEDE W, BRIARIE JJ, FRIJINS JHM (2011). Depression in hearing-impaired children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, **75(10)**: 1313-1317.
- TURĞUT ON, KARLIDAĞ T, BAŞAR F, YALÇIN Ş, KAYGUSUZ İ, KELEŞ E, BİRKENT ÖF (2015). İşitme engelli 10-14 yaş arası çocuklarda işitme düzeyi ile yazılı dil becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi*, **25(1)**: 32-38.
- TÜFEKÇİOĞLU U (2007). Çocuklarda işitme kaybının etkileri. *İçinde: İşitme, konuşma ve görme sorunu olan çocukların eğitimi*, Ed. TÜFEKÇİOĞLU U, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir. 1-46.
- TÜİK (2015). Dünya nüfus günü. Erişim Adresi: [http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18617]. Erişim Tarihi: 10/6/2018.
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (TÜİK). (2010) Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni 71.
- URAL B, ÇAKIR İLHAN A (2018). İşitme engelli öğrencilerin öz duyarlıklarının sanat yapıtlarına dayalı etkinlikler ile geliştirilmesi. *Journal of Human Sciences*, **15(1)**: 293-308.
- UZUNER Y, DERİCAN T (2013). İşitme engelli gençlerde iş başvurusu dosyası geliştirme çabalarının incelenmesi: Eylem araştırması. *Anadolu Üniversitesi Sanat ve Tasarım Dergisi*, **5(5)**, 1-23.
- ÜNAL AÖ, ŞAHİN M. (2013). Lise öğrencilerinin yaşam doyumlarının bazı değişkenlere göre yordanması. *Cumhuriyet International Journal of Education*, **3**: 46-63.
- ÜNERİ ÖŞ (2005). Çocuklar için yaşam kalitesi Ölçeğinin 2- 7 yaşlarındaki Türk çocuklarında geçerlik ve güvenirliği. *Basılmamış Uzmanlık Tezi*. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli.
- ÜNERİ ÖŞ, ŞENBİL N, TURGUT S (2009). Migrenli ergenlerde yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **10(2)**: 137-141.
- ÜNERİ Ö, MEMİK NÇ (2007). Çocuklarda yaşam kalitesi kavramı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin gözden geçirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, **14(1)**: 48-56.
- ÖZDOĞAN H, RUPERTO N, KASAPÇOPUR O, BAKKALOĞLU A, ARISOY N (2001). The Turkish version of childhood assessment questionnaire (CHAQ) and the child health questionnaire (CHQ), *Clin. Exp. Rheumatol*, **19 (23)**: 158-162.
- VARNI JW, SEID M, RODE CA (1999). The PedsQL: Measurement model for the pediatric quality of life inventory. *MedCare*, **37**: 126-139.
- VAN OYEN H, TAFFOREAU J., DEMANESR S. (2001). The impact of hearing disability on well-being and health. *Soz Praventivmed*, **46(5)**: 335-343.
- VERGİLİ Ö, OKTAŞ B, KOÇULU E (2015). Engelli çocuğun bağımsızlık düzeyinin kendisine bakım verenler üzerindeki sağlıkla ilgili yaşam kalitesi açısından etkisinin incelenmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, **1(1)**: 1-7.
- WAGNER VM, MULLER-GODEFFROY E, SENG BUSH SV, HAGER S, THYEN U (2005). Age, metabolic control and type of insulin regime influences health- related quality of life in children and adolescents with type 1 diabetes. *Eur J Pediatr*, **164**: 491-496.

- WANG PP, BARON MA (1997). Language: A code for communicating. In M.I, Batshaw (Ed). *Children with Disabilities*. Baltimore, Maryland: Paul H. Brooks Publishing Co. 275-292.
- WARNER-CZYZ AD, LOY B, TOBEY EA, NAKONEZNY P, ROLAND PS (2011). Health-related quality of life in children and adolescents who use cochlear implants. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, **75(1)**: 95-105.
- WARNER-CZYZ AD, LOY B, POURCHOT H, WHITE T, COKELY E (2018). Effect of hearing loss on peer victimization in school-age children. *Exceptional Children*, **84(3)**: 280-297.
- WAKE M, HUGHES EK, COLLINS CM, POULAKIS Z (2004). Parent-reported health related quality of life in children with congenital hearing loss: a population study. *Ambulatory Pediatrics*, **2(5)**:411-417
- WILLIAMS J, WAKE M, HESKETH K, MAHER E, WATERS E (2005). Health-related quality of life of overweight and obese children. *JAMA*, **293(1)**: 70-76.
- WHOQOL: Measuring Quality of Life. World Health Organization; 1997.
- WONG C, XU W, HE S, GU S, ZHAO Y, ZHANG J, ZHU X, LI M. (2010), Differences in postoperative quality of life between adolescent patients with idiopathic scoliosis residing in urban and rural environments. *Spine*, **35(6)**: 652-656.
- YAVUZ H, BARAN G, YILDIZ BIÇAKÇI M (2010). İşitme engelli ve işitme engeli olmayan 9-17 yaş grubundaki çocukların sosyal uyumlarının karşılaştırılması. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, **21(1)**: 7-23.
- YAZICI ÇELEBİ G, ÇELEBİ B (2018). Lise öğrencilerinin yaşam doyumu düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Erciyes Journal of Education*, **2(2)**: 1-15
- YILDIRIM SARI H, GİRLİ A (2012).Gelişimsel yetersizliği olan çocuklarda kaza ve yaralanma. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **15(4)**: 283-288.
- YILDIRIM A, ŞİMŞEK H (2003). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Seçkin Yayınları. Ankara.
- YILDIZ K, PEPE O, SARITAŞ N, KAYA EÖ (2012). 12-16 yaş ergen işitme engelli sporcuların cinsiyet faktörlerine göre sosyal kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, **6(1)**: 56-61.
- YILDIZ Ö, ÇAKIN MEMİK N, AĞAOĞLU B (2010). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanımlı çocuklarda yaşam kalitesi: kesitsel bir çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **47**:314-318.
- YUEH B, SHAPIRO N, MacLEAN CH, SHEKELLE PG (2003) Screening and management of adult hearing loss in primary care: Scientific review. *JAMA*, **289(15)**: 1976-85.
- YÜCEL E (2012). İşitme Engelli Çocuklar, İçinde: Özel Gereksinimli Çocuklar, Ed. METİN N, Maya Akademi, Ankara. 109-142.
- YÜKSEL H, ESER E, ÇELİK C, AKINCI G, ESER S (2004). Çocukluk çağı için astım yaşam kalitesi ölçeğinin (PAQLQ) Türkçe çevirisinin güvenilirliği ve geçerliliği. *1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı*, **77** İzmir.
- ZAIDI A, BURCHARDT T (2005). Comparing incomes when needs differ: equivalization for the extra costs of disability in the UK. *Review of Income and Wealth*. **51(1)**: 89-114.

EKLER

Ek-1. Genel Bilgi Formu

Değerli anne ve babalar,

Cevaplamanız için verilen bu form bilimsel bir araştırmaya yardımcı olmanız amacıyla hazırlanmıştır. Bu formda verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak ve yapılacak olan bu araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılımda gönüllülük esastır. Araştırmanın sonuçlarının güvenilir olabilmesi verilen cevapların içtenliğine bağlıdır. Lütfen cevapsız soru bırakmamaya özen gösteriniz. Verdiğiniz katkı için teşekkür ederim.

1.Yaşınız:.....

1. Çekirdek

2.Öğrenim durumunuz: (En son mezun olduğunuz okul)

2. Geniş

3. Tek ebeveynli aile

1. Okuryazar değil

7. Aylık geliriniz:

2. Okuryazar

1. 0-1500 TL

3. İlkokul

2. 1501-2500 TL

4. Ortaokul

3. 2501-3000 TL

5. Lise

4. 3001TL üzeri

6. Üniversite

8.Gelir düzeyiniz:

3. Çalışma durumunuz:

1. Düşük

1. Çalışıyor

2. Orta

2. Çalışmıyor

3. Yüksek

4.Mesleğiniz:

9. Eşinizin yaşı:.....

1. Ev Hanımı

10. Eşinizin öğrenim durumu:

2. Serbest meslek

1. Okuryazar değil

3. İşçi

2. Okuryazar

4. Memur

3. İlkokul

5. Diğer.....

4. Ortaokul

5.Medeni durumunuz:

5. Lise

1. Evli

6. Üniversite

2. Bekâr

11.Eşinizin çalışma durumu:

3. Ayrı yaşıyor

1. Çalışıyor

4. Eş Vefat

2. Çalışmıyor

6. Aile tipiniz:

12. Eşinizin mesleği:

1. Serbest meslek
2. İşçi
3. Memur
4. Emekli
5. Diğer

1. Evet
2. Hayır

13.Çocuk sayınız:

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4 ve üzeri

14.İşitme yetersizliği ve dil-konuşma bozukluğu nedeniyle kuruma devam eden kaç çocuğunuz var?

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4 ve + üzeri

15.İşitme yetersizliğive dil-konuşma bozukluğu olan çocuğunuzun cinsiyeti:

1. Kız
2. Erkek

16. İşitme yetersizliği ve dil-konuşma bozukluğu olan çocuğunuzun devam ettiği okul:

1. İlkokul
2. Ortaokul
3. Lise

17. Çocuğunuz kaç yıldır özel eğitime devam ediyor?

1. 0-1 yıl
2. 2- 3 yıl
3. 4 yıl ve üzeri

18. Çocuğunuzun işitme cihazı kullanıyor mu?

19.İşitme yetersizliğinin derecesi

1. Çok Hafif
2. Hafif
3. Orta
4. İleri
5. Çok İleri

20.Dil-konuşma bozukluğunun türü

1. Sesletim (Artikülasyon) ve Ses Bilgisi (Fonoloji) Bozuklukları
2. Akıcı Konuşma Bozuklukları
3. Gelişimsel Dil Bozuklukları
4. Edinilmiş Dil Bozuklukları
5. Ses Bozukluklarının Sağaltımı

EK-2. Anne Görüşme Formu

Hazırlanan bu görüşme formu, bilimsel bir araştırmaya yardımcı olmanız amacıyla planlanmıştır. Bu görüşmede verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak ve yapılacak olan bu araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Görüşme sorularına verdiğiniz yanıtlar not edilecek ve izniniz dâhilinde kayıt altına alınacaktır. Araştırmaya katılımda gönüllülük esastır. Araştırmanın sonuçlarının güvenilir olabilmesi verilen cevapların içtenliğine bağlıdır. Lütfen cevapsız soru bırakmamaya özen gösteriniz. Verdiğiniz katkı için teşekkür ederim.

SORULAR

1. Çocuğunuz yetersizliğinden dolayı fiziksel/bedensel (yürümek, koşmak, spor yapmak, merdiven çıkmak, evdeki günlük işler vb.) aktiviteleri yapmakta sorunlar yaşıyor mu? Varsa bu sorunlar nelerdir?
2. Çocuğunuz yetersizliğinden dolayı özbakım becerileri ve ilgili araçları kullanmada sıkıntı yaşıyor mu? Varsa bu sıkıntılar nelerdir?
3. Çocuğunuz yetersizliğinden dolayı beslenme ve ilgili araç kullanımı ile ilgili sorunlar yaşıyor mu? Varsa bu sorunlar nelerdir?
4. Çocuğunuz yetersizliğinden dolayı kendini tehlikelerden ve kazalardan koruma ile ilgili sorunlar yaşıyor mu? Varsa bu sorunlar nelerdir?
5. Çocuğunuz cihaz kullanımından dolayı sorunlar yaşıyor mu? Varsa bu sorunlar nelerdir?
6. Çocuğunuzun engelinden kaynaklanan korku/üzüntü/endişe/öfkesi var mı? Varsa bu duygular ne ile ilgilidir?
7. Çocuğunuzun arkadaşları ile ilişkileri nasıldır?
8. Çocuğunuzun öğretmenleri ile ilişkileri nasıldır?
9. Çocuğunuzun aile bireyleri ile ilişkileri nasıldır?
10. Çocuğunuz engelinden dolayı sosyal aktivitelere katılmada sorun yaşıyor mu? Varsa bu sorunlar nelerdir?
11. Çocuğunuz engelinden dolayı okul veya derslerle ilgili sorun yaşıyor mu? Varsa bu sorunlar nelerdir?
12. Ailenizin gelir düzeyi sizce çocuğunuza nitelikli/iyi bir yaşam sunabilmek için yeterli mi? Değilse çocuğunuz bu durumdan nasıl etkileniyor?
13. Çocuğunuzun engelinden dolayı daha çok harcama yapıyor musunuz? Bu sizin ihtiyaçlarınızı karşılamayı sınırlandırıyor mu?
14. Çocuğunuzun yaşamdan memnun olma durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?
15. Çocuğunuzun yaşamdan mutlu olma durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

16. Sizin öğrenim durumunuz ve çalışma durumunuz çocuğunuzun yaşam kalitesini sosyal, kültürel ve ekonomik olarak nasıl etkiliyor?
17. Çocuk sayınız çocuğunuzun yaşamını sosyal, kültürel ve ekonomik olarak nasıl etkiliyor?
18. Çocuğunuzun yetersizliği ile ilgili hizmetlere erişebilirliği hakkında ne düşünüyorsunuz?
19. Ev ortamınızın çocuğunuz için uygunluğu hakkında ne düşünüyorsunuz?
20. Sizin çocuğunuzun yetersizliğiyle ilgili endişeleriniz var mı? Varsa nelerdir?
21. Çocuğunuzun yaşam kalitesini yükseltmek için önerileriniz nelerdir?



Ek-3. Aydınlatılmış Onam Formu (Araştırmanın Nicel Boyutu)

ARAŞTIRMANIN ADI: İşitme Yetersizliği Olan 8-18 Yaş Arası Çocukların Yaşam Kalitelerinin Anne Görüşlerine Göre İncelenmesi

Sayın gönüllü,

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı yüksek lisans tezi kapsamında planlanmış olan yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Bu araştırmada İşitme Yetersizliği Olan 8-18 Yaş Arası Çocukların Yaşam Kalitelerinin Anne Görüşlerine Göre İncelenmesi amaçlanmıştır. Çocukların yaşam kalitelerine dikkat çekmek, çocukların yaşam kalitelerini anne görüşlerine göre ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu çalışmayla elde edilecek sonuçların, anne görüşlerine göre çocukların yaşam kalitelerine ışık tutacağı, çocukların yaşam kalitelerini geliştirmeye yönelik, öneriler sunacağı, işitme yetersizliğinin yaşam kalitelerine olan etkilerini ortaya konacağı düşünülmektedir. Araştırma, Ankara ili Altındağ ve Çankaya ilçesinde bulunan, İşitme Yetersizliği-Dil Konuşma Bozukluğu üzerine eğitim veren Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezine devam eden çocukların anneleri üzerinde gerçekleştirilecektir. Araştırma, yaklaşık 200 gönüllü anne ile yürütülecektir. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizde, sizden yaklaşık 10 dk. sürecek olan “Genel Bilgi Formu” ve “Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Ebeveyn Formu”nda bulunan sorulara içtenlikle yanıt vermeniz beklenmektedir.

Bu araştırmada yer almak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çocuğumun annesi olarak şahsımın bu araştırmaya katılmasında bir sakınca görmüyorum. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

İmza:

Tarih:

Katılımcının Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

Araştırmacının Adı Soyadı:

Ek-4. Aydınlatılmış Onam Formu (Araştırmanın Nitel Boyutu)

ARAŞTIRMANIN ADI: İşitme Yetersizliği Olan 8-18 Yaş Arası Çocukların Yaşam Kalitelerinin Anne Görüşlerine Göre İncelenmesi

Sayın gönüllü,

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Mezuniyet Tezi dersi kapsamında planlanmış olan yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Bu araştırmada İşitme Yetersizliği Olan 8-18 Yaş Arası Çocukların Yaşam Kalitelerinin Anne Görüşlerine Göre İncelenmesi amaçlanmıştır. Çocukların yaşam kalitelerine dikkat çekmek, çocukların yaşam kalitelerini anne görüşlerine göre ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu çalışmayla elde edilecek sonuçların, anne görüşlerine göre çocukların yaşam kalitelerine ışık tutacağı, çocukların yaşam kalitelerini geliştirmeye yönelik, öneriler sunacağı, işitme yetersizliğinin yaşam kalitelerine olan etkilerini ortaya konacağı düşünülmektedir. Araştırma, Ankara ili Altındağ ve Çankaya ilçesinde bulunan, İşitme Yetersizliği-Dil Konuşma Bozukluğu üzerine eğitim veren Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezine devam eden çocukların anneleri üzerinde gerçekleştirilecektir. Araştırma, yaklaşık 20 gönüllü ebeveyn ile yürütülecektir. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizde, sizden yaklaşık 10 dk. sürecek olan “Anne Görüşme Formu” ‘nda bulunan sorulara içtenlikle yanıt vermeniz beklenmektedir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar ses kayıt cihazıyla kayıt altına alınacaktır.

Bu araştırmada yer almak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler

kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çocuğumun ebeveyni olarak şahsımın bu araştırmaya katılmasında bir sakınca görmüyorum. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

İmza:

İmza:

Tarih:

Tarih:

Katılımcının Adı Soyadı:

Araştırmacının Adı Soyadı:

Ek-5 Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Alt Etik Kurulu Karar Örneği

ANKARA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : 19/02/2018
Toplantı Sayısı : 03
Karar Sayısı : 48

48-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisi **Beyhan Özge Yersel**'in "İşitme Yetersizliği Olan 8-18 Yaş Arası Çocukların Yaşam Kalitelerinin Anne Görüşlerine Göre İncelenmesi" başlıklı tez projesi ile ilgili 03/01/2018 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, **Beyhan Özge Yersel**'in "İşitme Yetersizliği Olan 8-18 Yaş Arası Çocukların Yaşam Kalitelerinin Anne Görüşlerine Göre İncelenmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
19/02/2018


Prof. Dr. Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı: Beyhan Özge

Soyadı: YERSEL

Doğum yeri ve tarihi: Eskişehir 24.12.1991

Uyruğu: TC

Medeni durumu: Bekâr

İletişim adresi ve telefonu: Eryaman Mah. 2. Meşrutiyet Cad. Atakent Sitesi 41 B

Blok No: 19 İç Kapı No: 35 Etimesgut/Ankara

II- Eğitimi 2016 Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi

Bölümü- Tezli Yüksek Lisans

2015 Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi

Bölümü- Lisans

2010 Eryaman Lisesi Ankara

Yabancı dili: İngilizce (Orta Düzey)

III- Unvanları 2016- Çocuk Gelişimi ve Eğitimcisi/Uzman Öğretici

IV- Mesleki Deneyimi 2016- Devam Ediyor: Özel İlkemiz Özel Eğitim ve

Rehabilitasyon Merkezi-Uzman Öğretici

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar-

VI- Bilimsel İlgi Alanları

- Yersel BÖ, Durualp E. (2017). Social Support Perception of Mothers with Children Who Have Hearing Impaired-Speech and Language Disorder. International Conference on Science and Education (IConSE), Proceeding Book, Ed.: Mack Shelley and Mehmet Ozaslan. pp. 278-288, Sözel bildiri, 26-29 Ekim 2017, Antalya.
- Yersel, B.Ö., and Durualp, E. (2018). The Social Support Satisfaction Situations of Mothers Who Have Children with Hearing Impairment and Speech and Language Disorder. EDUSREF 2018 Education, Society, and Reform Research, Abstract Book, Ed.: Mustafa Ozmusul. pp. 55, Oral presentation, 6-7 Nisan 2018, Ankara.
- Yersel, B.Ö., and Durualp, E. (2018). Social Support Needs of Parents of Children With Hearing Impairment or Speech and Language Disorders. Chapter 48. Recent Researches in Education. Ed.: Recep Efe, pp:673-683. England: CSP.

- Yersel B.Ö and Durualp, E. (2018). İşitme Yetersizliği Olan Çocukların Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi: Nitel Bir Çalışma. Uluslararası IV.Çocuk Gelişimi Kongresi, Sözel Bildiri, 24 Ekim 2018, Ankara.

VII- Diğer Bilgiler

- 10/2018 Uluslararası IV.Çocuk Gelişimi Kongresi Katılım Belgesi
- 04/2018 EDUSREF 2018 Katılım Belgesi
- 10/2017 ICONSE 2017 Katılım Belgesi
- 04/2017 AB Koklear İmplantlı Çocuklarda İşitsel Sözel Gelişim ve AB ile Koklear İmplantlı Çocukların Eğitimi Katılım Belgesi
- 12/2015 Cochlear Rehabilitasyon Eğitimi Katılım Belgesi
- 06/2015 Hacettepe Üniversitesi 0-3 Yaş Gelişim Değerlendirme Ölçeği Kullanma Sertifikası
- 01/2014 Denver II Gelişimsel Tarama Envanteri- Kullanım Sertifikası
- 05/2013 GOBDÖ-2-TV Bireysel KULLANIM SERTİFİKASI
- 05/2013 İşitsel İşleme, Dinleme, Dil ve Konuşma Eğitim Yöntemi Uygulamalı Eğitimi/DİKDE-PARE Uygulayıcı Belgesi
- 11/2012-01/2013 T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü Kurs Bitirme Belgesi