



**BEBEKLERDE VE OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARDA
SALYA AKINTISI ÖLÇEĞİ: TÜRKÇE'YE UYARLAMA,
GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİLİK ÇALIŞMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Eskişehir 2022

**BEBEKLERDE VE OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARDA SALYA AKINTISI
ÖLÇEĞİ: TÜRKÇE'YE UYARLAMA, GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİLİK
ÇALIŞMASI**



YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dil ve Konuşma Terapistliği Anabilim Dalı

Eskişehir

Anadolu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Haziran 2022

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

“Bebeklerde ve Okul Öncesi Çocuklarda Salya Akıntısı Ölçeği: Türkçe’ye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” başlıklı tezi 22/06/2022 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek “Anadolu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği”nin ilgili maddeleri uyarınca, Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

	<u>Unvanı Adı Soyadı</u>	<u>İmza</u>
Üye (Tez Danışmanı)	:.....	
Üye	:.....	
Üye	:.....	

.....

Enstitü Müdürü

FINAL APPROVAL FOR THESIS

This thesis titled “The Drooling Scale in Infants and Pre-School Children: A Study Of Adaptation To Turkish, Validity and Reliability” has been prepared and submitted by in partial fulfillment of the requirements in “Anadolu University Directive on Graduate Education and Examination” for the Degree of Master of Science Speech and Language Therapy Department has been examined and approved on 22/06/2022

	<u>Commite Members</u>	<u>Signature</u>
Member (Supervisor)	:	
Member	:	
Member	:	
		

Director Graduate School of Health Sciences

ÖZET

BEBEKLERDE VE OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARDA SALYA AKINTISI ÖLÇEĞİ: TÜRKÇEYE UYARLAMA, GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİLİK ÇALIŞMASI

Dil ve Konuşma Terapistliği Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Haziran 2022

Bu çalışmanın amacı:

Karen.van Hulst ve arkadaşları tarafından geliştirilen “Bebekler ve Okul Öncesi Çocuklarda Salya Akıntısı Ölçeği’nin (The Drooling Infant and Preschooler scale (DRIPS) Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmaktır. 2008 yılında geliştirilen ölçek, çocukların psikomotor gelişimi ve salya kontrolünün gelişimi hakkında ebeveynler ve çocuk bakıcıları için salya akıntısı hakkında bilgi edinmeyi sağlamaktadır. Ölçek ebeveyn/bakıcılardan sorular aracılığıyla veri toplanması biçiminde kullanılmaktadır. Toplamda üç bölümden oluşan ölçeğin birinci bölümünde; demografik ve sağlık özellikleriyle ilgili maddeler (1-7. Maddeler) yer almaktadır. İkinci bölümünde ise salya akma sıklığı ve ciddiyeti ile ilgili sorular (8–16. Maddeler) bulunmaktadır. Üçüncü ve son bölümünde ise; diş çıkarma ve burun akıntısına sebep olan soğuk algınlığı (madde 17-20) sırasında salya akması ile ilgili iki taraflı sorular yer almaktadır.

Çalışmada 163 kız (%52,4), 148 erkek (%47,6) olmak üzere toplam 311 çocuğun ebeveynleri ölçeği doldurmuştur. Çocukların yaş ortalaması 26,94 aydır, en küçük çocuk 0,33 aylık en büyük çocuk ise 48 aylıktır.

Ölçeğin uzman görüş tutarlılığı %92 $[230/(230+20)]$ olarak belirlenmiştir. Yapılan yapı geçerlik çalışmaları kapsamında açıklayıcı faktör analizi (AFA) sonucunda orijinal formuna benzer şekilde 4 faktörün 1’in üzerinde öz değere sahip olduğu ve toplam açıklanan varyansın %75,7 olduğu bulunmuştur. Çalışmada elde edilen faktör ve madde örüntüleri ölçeğin orijinal formu ile tamamen uyum içindedir. Bu çalışmada da orijinal çalışmada olduğu gibi Aktiviteler, Uyku, Beslenme Dışı Emme ve Beslenme olarak dört

faktörlü yapı desteklenmektedir. Orijinal formda yer alan faktör yapısı ve maddelerin faktörlere dağılımlarında herhangi bir yer değişikliği yaşanmamıştır. Her bir faktör altında yer alan maddeler yorumlanabilir ve kabul edilebilir yüklerle sahiptir.

Elde edilen 4 faktörlü yapı varyansın toplam %73,983'ünü açıklamıştır ve bu varyans değerine birinci faktörün katkısı %36,696; ikinci faktörün katkısı %18,095; üçüncü faktörün katkısı %11,563 ve dördüncü faktörün katkısı %7,630 olarak elde edilmiştir.

Ölçeğin yapısına ilişkin Cronbach alfa ile ulaşılan iç tutarlık katsayısı $\alpha = .887$ olarak belirlenmiştir.

Çalışmanın sonucunda Bebekler ve Okul Öncesi Çocuklarda Salya Akıntısı Ölçeği'nin, güvenilir ve dilsel, psikometrik, aynılık olarak geçerli bir ölçek olduğu anlaşılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Salya akışı, Tipik gelişim, Drooling şiddeti, Drooling frekansı, Yüzdelik eğriler, Ebeveyn anketi

ABSTRACT

THE DROOLING SCALE IN INFANTS AND PRE-SCHOOL CHILDREN: A STUDY OF ADAPTATION TO TURKISH, VALIDITY AND RELIABILITY

Department of Language And Speech Therapist

Anadolu University, Graduated School of Health Sciences, June 2022

The aim of the present study is to make Turkish adaptation, validity and reliability of “The Drooling Infant and Preschooler scale (DRIPS)” developed by Karen.van Hulst et al. Developed in 2008, the scale provides information about drooling on the psychomotor development of children and the development of saliva control for parents and babysitters. The scale is used in the form of data collection through questions from parents, caregivers and babysitters. In the first part of the scale, which consists of three parts in total questions related to demographic and health characteristics (questions 1-7) are included. In the second part, there are questions about the frequency and severity of drooling (questions 8-16). In the third and last part, bilateral questions about drooling during teething and the common cold causing a runny nose (questions 17-20).

In the study, the parents of a total of 311 children, 163 F (52.4%) and 148 M (47.6%), completed the scale. The average age of the children is 26.94 months, the youngest child is 0.33 months old and the oldest is 48 months old.

The expert opinion consistency of the scale was determined as 92% [230/(230+20)]. As a result of the exploratory factor analysis (EFA) within the scope of the structure validity studies, it was found that 4 factors had an eigenvalue above 1, similar to the original form, and the total explained variance was 75.7%. The factor and question patterns obtained in the study are in complete harmony with the original form of the scale. In this study, as in the original study, the four-factor structure: Activities, Sleep, Non-Nutrition Suction and Nutrition have been supported. There was no place change in the factor structure and the distribution of the items to the factors in the original form. The items under each factor have interpretable and acceptable loads (> 0.32 ; Worthington ve Whittaker, 2006).

The 4-factor structure obtained explained 73,983% of the total variance, and the contribution of the first factor to this variance value was 36,696%; the contribution of the second factor was 18,095%; the contribution of the third factor was 11,563% and the contribution of the fourth factor as 7,630%.

The internal consistency coefficient reached by Cronbach's alpha regarding the structure of the scale was determined as $\alpha = .887$.

As a result of the study, it was understood that the Drooling Scale in Infants and Preschoolers is a reliable and a valid scale in terms of linguistically, psychometrically, and sameness.

Keywords: Sialorrhea, Typically development, Drooling severity, Drooling frequency, Percentile curves, Parent questionnaire

TEŞEKKÜR



ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Anadolu Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programı”yla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

STATEMENT OF COMPLIANCE WITH ETHICAL PRINCIPLES AND RULES

I hereby truthfully declare that this thesis is an original work prepared by me; that I have behaved in accordance with the scientific ethical principles and rules throughout the stages of preparation, data collection, analysis and presentation of my work; that I have cited the sources of all the data and information that could be obtained within the scope of this study, and included these sources in the references section; and that this study has been scanned for plagiarism with “scientific plagiarism detection program” used by Anadolu University, and that “it does not have any plagiarism” whatsoever. I also declare that, if a case contrary to my declaration is detected in my work at any time, I hereby express my consent to all the ethical and legal consequences that are involved.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET	iv
TEŞEKKÜR.....	viii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ.....	ix
STATEMENT OF COMPLIANCE WITH ETHICAL PRINCIPLES AND RULES	ix
İÇİNDEKİLER	x
TABLolar DİZİNİ	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xv
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	xvi
1. GİRİŞ.....	1
1.1.Amaç	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1.Salya.....	4
2.2.Salya Anatomisi	4
2.2.1. Ağız boşluğu	4
2.2.2 Dil.....	5
2.2.3 Dudaklar.....	6
2.3.Tükürük Bezleri	6
2.4. Salyanın Nöroanatomik Kontrolü	8
2.5.Salya Fizyolojisi.....	9
2.6. Salya Ölçme ve Değerlendirme Yöntemleri	10
3. YÖNTEM.....	12
3.1. Kapsam.....	12

3.2. Araştırmanın Modeli	13
3.3. Katılımcılar	13
3.3.1 Katılımcılara ulaşma süreci.....	13
3.3.2. Örneklem/çalışma grubu	14
3.4 Veri Toplama Araçları	17
3.4.1 DRIPS	18
3.4.2 Gönüllü katılım formu	18
3.5. Uygulama Prosedür.....	18
3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi	20
4. BULGULAR	22
4.1. Geçerlilik Analizleri.....	22
4.1.1. Kapsam/Görünüş Geçerliliği.....	22
4.1.2. Yapı geçerliliği.....	24
4.2. Güvenirlik Analizleri	30
4.2.1. İç tutarlılık.....	30
4.2.2. Test tekrar test.....	30
4.2.3. Testi yarılama.....	31
4.2.4. Madde analizleri.....	32
4.3. Karşılaştırma Analizleri	34
4.4. İlişki Analizleri	41
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ.....	51
7. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI	53
8. ÖNERİLER.....	54
KAYNAKÇA.....	55
EK-1. Araştırma Gönüllü Katılım Formu	61

EK-2. İzin Belgesi	62
EK-3. İkinci danışman Atama Kararı.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK-4. Etik Kurul Kararı	64
EK-5. Türkçe Ölçek	65
EK-6.....	70



TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 2.1.	Uyarılmış ve uyarılmamış sekresyonun genel sekresyondaki yeri (10). ...	10
Tablo 3.1	Katılımcı Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri.....	15
Tablo 3.2.	Katılımcı Özelliklerine İlişkin Betimleyici İstatistikler	16
Tablo 4.1.	Değerlendirme Yapan Uzmanların Alan Bilgileri.....	23
Tablo 4.2.	Maddeler Bağlamında Uzman Görüşü Sonuçları	24
Tablo 4.3.	Açımlayıcı Faktör Analizi ve Paralel Analizden Elde Edilen Özdeğerlerin Karşılaştırılması	25
Tablo 4.4.	Bebekler ve Okul Öncesi Çocuklarda Salya Akıntısı Ölçeği Faktör Deseni.....	26
Tablo 4.5.	Ölçek Faktör ve Maddelere İlişkin Betimleyici İstatistikler	28
Tablo 4.6.	Faktörler ve Toplam Puanlar Arasındaki İlişki (n=311)	29
Tablo 4.7.	İç Tutarlık Analizi Sonuçları	30
Tablo 4.8.	Test Tekrar Test Sonucu Ulaşılan Güvenirlik Katsayıları.....	31
Tablo 4.9.	Maddeler Düzeyinde Test Tekrar Test Sonucu Ulaşılan Güvenirlik Katsayıları.....	31
Tablo 4.10.	Testi Yarılama Yöntemi İle Elde Edilen Güvenirlik Katsayıları	32
Tablo 4.11.	Ölçek Maddeleri Bağlamında, Alt ve Üst %27'lik Dilimler Arası Karşılaştırmalar	34
Tablo 4.12.	Faktör ve Toplam Puanın Cinsiyet Bağlamında Karşılaştırılması	35
Tablo 4.13.	Faktör ve Toplam Puanın Doğum Haftası Bağlamında Karşılaştırılması .	36
Tablo 4.14.	Faktör ve Toplam Puanın İlaç Kullanım Durumu Bağlamında Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.15.	Faktör ve Toplam Puanın Yeni Diş Çıkarma Durumu Bağlamında Karşılaştırılması.....	37

Tablo 4.16. Faktör ve Toplam Puanın Soğuk Algınlığı Geçirme Durumu Bağlamında Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.17. Faktör ve Toplam Puanın Katılımcı Yaş Grupları Bağlamında Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.18. Anlamlı Fark Bulanan Puan Türlerine İlişkin Çoklu Karşılaştırma Sonuçları	40
Tablo 4.19. Faktör ve Toplam Puanın Katılımcı Yaşları ile Korelasyonları	41
Tablo 4.20 Cinsiyet,Gelişim ve Alt Faktörler Bağlamında Betimleyici İstatistikler..	43

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 2.1. Tükürük Bezlerinin Yerleşimi.....	7
Şekil 3.1. Uygulama Prosedürleri.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Şekil 4.1. Catell Yamaç Grafiği Görüntüsü.....	25
Şekil 4.2. Toplam Puan Histogram Görüntüsü.....	33



SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

DRIPS	: Drooling Infants and Preschoolers Scale
DFSS	: Drooling Frequency and Severity Scale
AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
EFA	: Exploratory Factor Analysis
SP	: Serebral Palsi
ALS	: Amyotrofik Lateral Skleroz
KBB	: Kulak Burun Boğaz
DKT	: Dil ve Konuşma Terapisti
KMO	: Kaiser–Meyer–Olkin
UD	: Uygun DEĞİL
DİLKOM	: Dil ve Konuşma Bozuklukları Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi

1. GİRİŞ

Ağız boşluğunda (Oral kavite) tükürük bezleri tarafından üretilen sekresyona salya (tükürük) denilmektedir. Sindirim fonksiyonunda önemli bir rolü bulunan ve birçok fonksiyonel immün maddeyi içeren salya ağız boşluğu ve tüm vücut için hayati önem taşıyan bir sıvıdır. Salyanın yutma esnasında lokmanın (bolus) hazır hale getirilmesi ve ağız içi bakteriyel dengenin korunmasına kadar birçok görevi bulunmaktadır. Salyanın salgılanmasında hem mekanik hem de nörofizyolojik uyarılar etkilidir. Belli bir süre içindeki salya üretim miktarının aşırı olmasına hipersalivasyon, salyanın ağız içindeki kontrolünün kaybedilip dışarıya akmasına ise Salya Kontrol Problemi (Drooling) denilmektedir (Johnson vd., 2001).

Büyük bir kısmı major tükürük bezlerinden olmak üzere günde yaklaşık olarak 1,5 litre tükürük üretilmektedir (Freeman vd., 1994). Tükürük sekresyonunun % 20'si parotis bezinden %7-8'i sublingual ve % 65'i submandibuler bezlerden salgılanmaktadır (Humphrey ve Williamson, 2001).

Salya akması yutma kontrolünün yetersiz olması sebebiyle tükürüğün ağızdan istemsiz ve pasif olarak dökülmesidir (Naghavi, ve Jalali, 2010). Salya kontrol probleminde ilaçlar, sistemik hastalıklar, psikiyatrik hastalıklar, ağız patolojileri ve toksik maddeler sebep olabilmektedir (Tahmassebi ve Curzon, 2003). İki yaşından küçük, sağlıklı çocuklarda da salya kontrol problemi görülmekte ancak bu durum normal kabul edilmektedir. Bu durum, çocukların duyu ve motor fonksiyonları geliştikçe düzelmekte (Brei, 2003) ve sıklıkla orofasiyal dokuların ve yutmanın olgunlaşması ile ortadan kalkmaktadır. Bazı durumlarda 4-6 yaşından büyük çocuklarda özellikle diş çıkarırken salya kontrol problemi görülebilmektedir. Daha büyük çocuklar ve/veya yetişkinlerde salya akma problemi genellikle, Serebral Palsi (SP), Amyotrofik Lateral Skleroz (ALS), Parkinson hastalığı, travma, inme, fasiyal paralizi, ağır mental retardasyon, epileptik nöbetler, Ensefalopati ve Ensefalit gibi nöromüsküler hastalığa sahip olanlarda görülmektedir. Bu tür hastalıklar, yutmanın oral fazında koordinasyon bozukluğuna neden olmakta, salyanın ağızın çıkışında birikmesine ve ağızdan dışarı doğru dökülmesine sebep olmaktadır (Lal ve Hotaling 2006). SP'li çocukların %58'i hafif ve orta derecede, %33'ü ise şiddetli derecede salya akmasından etkilenmektedir (Torres vd., 2006). Nörolojik hastalığı olan çocukların %28'i salya kontrol problemiden dolayı muzdarip olmaktadır (Sullivan vd., 2000).

Tipik olarak gelişmekte olan çocuklarda salya akıntısı, yutma hassasiyeti ve yutma koordinasyonuna yol açan oral duyu-motor fonksiyonların olgunlaşması sonucu azalmaktadır. Yutma, gönüllü olarak başlatılabilen ancak daha sonra refleks kontrolü altında olan fizyolojik bir süreçtir. Yutma, Medulla oblongata ve ponsda 'yutma merkezleri' adı verilen yutma için entegre alanlara uyarı gönderen faringeal reseptörlerin dokusal uyarımı ile başlar. Bu merkezlerden motor uyarılar ilgili yapılara, N. Trigemini, N. Fasialis, N. Glossoparingeus, N. Vagus, N. Asesorius ve N. Hipoglossus yoluyla iletilir. Yutma sırasında kasılan faringeal ve üst özofagus kaslarının ardışık peristaltik hareketlerinin koordinasyonunu bu merkezlerden tarafından kontrol edilmektedir. Kortikal ve subkortikal merkezlerden girdiler yutmayı başlatır ve düzenler.

Salya kontrol problemi olan kişide ciltte tahriş, sıvı kaybı, hijyen ve enfeksiyon problemleri sıkça görülmektedir. Salya Kontrol Problemi kişiyi etkilediği kadar hasta yakınlarını da etkilemektedir. Okul öncesi dönemden itibaren, salya kontrolü ile ilgili problem yaşayan çocuklarda utanma ve akranlarından kaçınma gibi sorunlar ortaya çıkabilir. Küçük yaşlarda aşırı salya akması tıbbi bir durum değildir, ancak daha büyük yaşlarda çocuklarda hala salya akıntısı devam ediyorsa, bu durum çocuk ve ebeveynleri için sosyo-duygusal yüke yol açabilir (Dias vd., 2016). Tükürüğün yutulamamasından dolayı aspirasyon pnömonisi riski yükselmektedir. Bebeklerin önlüğünün ve giysilerinin sürekli değiştirilme zorunluluğu, ev eşyalarının, halıların ve elektronik cihazların sürekli olarak temizlenmesi gerekmektedir. Salya akıtan çocuklar yetişkinler tarafından daha az kucaklandığından dolayı sevgiden ve sosyal iletişimden mahrum kalabilmektedir. Daha büyük çocuklarda ise salya akması yaşlılarından utanmasına neden olabilmekte ve bu durum arkadaşlık ilişkilerini olumsuz etkileyebilmektedir (Lal ve Hotaling, 2006).

Salya akıtma miktarını ölçmek için subjektif ve objektif yöntemler bulunmaktadır. Tükürük kanalı kanülasyonu altın standart olarak kabul edilmektedir (Suskind ve Tilton, 2002). Jongerius ve ark. tükürük akışını ölçmek için tükürük kanal ağzına yerleştirdikleri pamuk rulo ağırlığındaki değişimi kullanmışlardır (Jongerius vd., 2004). Salya akış oranı doğrulanmış, yarı-kantitatif doğrudan gözlem yöntemidir. Salya akış oranı skalası gibi anketler ve Quesand Salya Akış Şiddet Ve Sıklık Ölçeği de mevcuttur (Jongerius vd., 2004).

Van Hulst ve arkadaşları tarafından 2012 yılında, çocukların psikomotor gelişimi ve salya kontrolünün gelişimi hakkında ebeveynler ve çocuk bakıcıları için salya akması

hakkında Bebekler ve Okul Öncesi Çocuklarda Salya Akıntısı Ölçeğini (DRIPS) geliştirilmiştir. Ölçeğin ilk bölümü demografik ve sağlık özellikleriyle ilgili maddelerden (1-7. Maddeler) oluşmaktadır. Salya akma sıklığı ve ciddiyeti ile ilgili sorular ölçeğin ikinci bölümüne dâhil edilmiştir (8-16. Maddeler). Bu bölümde, ebeveynlerden çocuklarının dokuz farklı aktivitede salya akma durumunu değerlendirmeleri istenmiştir. Cevaplar Salya akma Sıklığı ve Şiddet Ölçeği'nin (DFSS) sıra dağılımına göre sınıflandırılmıştır (Thomas-Stonell ve Greenberg, 1988). Diş çıkarma ve burun akıntısı yapan soğuk algınlığı (madde 17-20) sırasında salya akması ile ilgili iki taraflı cevaplar ölçeğin üçüncü bölümünde toplanmıştır.

Ölçek ilk olarak Hollanda da uygulanmıştır. 2008'de tipik gelişim gösteren 119 çocuk ve ebeveynlerini içeren bir çalışma geliştirilmiş ve daha sonra araştırma grubunda uyarlamalar için uzlaşmaya varılmıştır. DRIPS'in son versiyonu, ölçeği 15 dakika içinde tamamlanacak şekilde 2012 yılında geliştirilmiştir. Bu çalışmada DRIPS ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik güvenirliği çalışılmıştır.

1.1.Amaç

Bu çalışmanın amacı, Van Hulst ve arkadaşları tarafından 2012 yılında geliştirilen DRIPS ölçeğinin Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmaktır. Bu kapsamda tipik gelişim gösteren 0-4 yaş aralığında yer alan çocuklarla çalışılmıştır.

Bu amaç doğrultusunda, aşağıda belirtilmiş sorulara yanıtlar aranmıştır.

1. DRIPS Ölçeği'nin maddeleri Türkçe olarak Türk kültüründe uygulandığında; kapsam, görünüş ve yapı geçerliliği bağlamında orijinal halindeki faktör yapısına uygun şekilde geçerlilik değerlerine sahip midir?
2. DRIPS Ölçeği'nin güvenirliği için iç tutarlılığı, Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı değerleri, test tekrar test test güvenirlik katsayısı değerleri ve yarılama madde analizleri güvenirlik katsayısı değerleri nelerdir?
3. DRIPS Ölçeği'nden elde edilen puanlar çocukların cinsiyet, doğum haftası, ilaç kullanım durumu, yeni diş çıkarma durumu, soğuk algınlığı geçirme durumu ve yaş değişkenleri açısından anlamlı farklılık göstermekte midir?
4. DRIPS Ölçeği'nden elde edilen puanlar ile tüm çocukların, kız çocuklarının ve erkek çocuklarının yaş değişkenleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Salya

Ağız boşluğunda tükürük bezleri tarafından üretilen sekresyona salya denilmektedir. Salya, üç çift büyük tükürük bezi (parotis, submandibular ve sublingual) ile çok sayıda küçük tükürük bezi tarafından üretilmekte (Hall, 2011) ve otonom sinir sistemi tarafından kontrol edilmektedir. Sağlıklı bir salya akışı, hem ağız hem de genel sağlık sisteminin korunması için kritik bir öneme sahiptir. Bu nedenle, tükürük bezi hücrelerinin gelişimi, işlevi ve farklılaşma durumunun tüm vücudun sağlığı ve rahatlığı üzerinde bir etkisi bulunmaktadır. Salyanın % 99'u sudan oluşur. Geriye kalan kısmını ise organik, inorganik ve sellüler yapılar meydana getirir (Humphrey ve Williamson, 2001). Salya, yabancı maddeleri temizleyerek ve bakteri dengesini koruyarak üst solunum yolunu korumaktadır. Hem ağız boşluğu hem de genel homeostazının devamı için önemli bir role sahiptir. Dişlerin mineralizasyonunu sağlar (Rudney ve Smith, 1985). Özefagusun asit düzeyini dengeler. Bazı besinleri sindirerek ve tat tomurcuklarını temizleyerek tat alma duyusuna yardımcı olur. Lokmayı (bolus) ıslatarak şekillendirir ve yutulmasına yardımcı olur (Dawes, 2008).

2.2. Salya Anatomisi

Genel ağız anatomisi ve tükürük bezlerinin fizyolojisinin iyi bilinmesi salyanın hangi şartlarda fazla salgılandığı, nasıl düzenlendiğinin anlaşılmasında önemlidir. Burada bakılacak anatomik yapılar sırasıyla; ağız boşluğu yanaklar, dil ve dudaklar ve tükürük bezleri ile kanallarıdır.

2.2.1. Ağız boşluğu

Ağız boşluğunun ön duvarında dudaklar bulunur. Arka duvarında ise anterior plikalar, tonsiller ve isthmus faucium vardır. Üst duvarında sert ve yumuşak damak ile sınırlıdır. Alt duvarında ise sublingual ve submandibular bezleri örten mukoza ve yan taraflarda bukkal mukoza bulunur (MacComb ve Fletcher, 1967). Ağız boşluğunun içerisinde de dişler ve alveolar prosesler, Stenon kanalı ve Wharton kanalı bulunmaktadır (Frederick ve Byron, 2001).

Parotis, Submandibular ve Sublingual olmak üzere üç büyük tükürük bezi vardır. Ayrıca oral ve farengeal mukozada 700-1000 kadar küçük tükürük bezleri bulunmaktadır (Edgar, 1992).

Mukoza ağız içi bölgelerini örten nemli iç dokuya verilen isimdir. Mukozanın nemli kalabilmesi için ağız içinde bulunan gözle görülemeyen küçük tükürük bezleri gün boyunca bu boşluklara salya üretir ve salgılar. Böylece mukozanın nemli kalması sağlanır. (Edgar, 1992)

Bez çiftlerinden her bir farklı tipte salyalar üretir. Parotis bezi ince ve sulu (seröz) salya üretir. Submandibular bezler ağırlıklı olarak seröz ve daha az viskoz (mukus) salgı üretir. Sublingual bezler ise ağırlıklı olarak mukus salgılar üretirler (Ten, 1998).

2.2.2 Dil

Dil lokmayı oluşturan önemli bir organımızdır. Bolus ve salyanın yutulmasında yutma fonksiyonu açısından dil iki kısma ayrılır; oral ve farengeal kısım. Dilin oral kısmı, hareketli olan 2/3 ön kısmıdır. Dil ucu, dil önü, dil sırtı, dil ortası, dil arkası (anatomik olarak circumvalat papilla da son bulur). Hareket ve fonksiyon açısından daha önemli olan bu kısım oral dil kaslarından oluşmaktadır (Van Der Waal ve Pindborg, 1986). Faringeal kısım dilin hareketsiz olan 1/3 arka kısmıdır. Anatomik olarak circumvalat papilla da başlar ve hiyoid kemiğe uzanır. Yutmanın farengeal evresinde aktıfdir (Moore ve Persaud, 2003). Dilin hareketliliği ekstrasik ve intrinsik dil kasları ile sağlanır. Ekstrasik kaslar dil dışından başlayıp dilde sonlanırken, intrinsik kaslar dilde başlayıp dilde sonlanırlar (Arıncı ve Elhan, 1997).

Ekstrasik dil kasları;

M. Genioglossus,

M. Hyoglossus,

M. Styloglossus ve

M. Palatoglossus'dur.

İntrinsik dil kasları;

M. Longitudinalis Süperior,

M. Longitudinalis Inferior,

M. Transversus Linguae ve

M. Verticalis Linguae'dir (Johnson ve Scott, 2006).

Dilin M. Palatoglossus hariç bütün kasları N. Hypoglossus ile innerve olur. M.Palatoglossus ise N. Vagus ile innerve olur.

Dil, tat ve ağız içi somatik duyuların algılanmasında önemli bir rolü üstlenmektedir. Dilin ön 2/3'ündeki genel temas duyusunu N. Mandibularis'in dalı olan N. Lingualis alır. Dilin ön 2/3'ündeki tat duyusunu N. Facialis'in dalı olan Chorda Tympani alır. Sulcus terminalis'in arkasında kalan 1/3'ünden hem tat hem de genel temas duyusunu N.Glossopharyngeus'un dile gelen dalı alır (Van Der Waal ve Pindborg, 1986). Dilin ağız boşluğundaki bolusun pozisyonunun algılanmasındaki rolü çok önemlidir. Dil çiğneme en önemli organdır. Dil bolusu lateral ve rotasyonel hareketleri ile azı dişleri üzerine taşır ve çiğneme esnasında bu bölgede tutar. Yutulmaya hazır hale gelince de farengeal bölgeye taşınması da dil ile sağlanır (Logemann, 2014). Bu nedenle dil, oral kavitenin dinamik yapısında kilit bir öneme sahiptir. Sadece çiğneme sırasında değil, istirahat halinde oral kavitenin salya ile temizlenmesinde ve yıkanmasında görevi vardır.

2.2.3 Dudaklar

Dudakların yakalama, tutma, kavrama fonksiyonları vardır. Oral kavite içindeki maddelerin çıkışına engel olur. Dudakları kapatan ve büzen kas M. Orbikülaris Oris'dir. N. Fasialis tarafından inerve olur. Dış yüzeyi deri, iç yüzeyi mukoza ile örtülüdür (Broniatowski vd., 1999).

2.3. Tükürük Bezleri

Tükürük bezleri sindirim sisteminin bir parçasıdır (Nater ve Rohleder, 2009) ve ana fizyolojik işlevleri, sindirim, bağışıklık ve vücuttaki homeostazın genel bakımı için gerekli olan ağız boşluğuna tükürük salgılamaktır. Stoma ve Parankimden oluşmaktadır. Stoma bağ dokusundan oluşmaktadır. Tükürük, tükürük bezlerinin büyüklüğü ile orantılı olarak yüksek miktarlarda aktif olarak salgılanmakta ve otonom sinir sisteminin parasempatik ve sempatik bölümleri tarafından inerve edilmektedir. Parankim ise salgı kanalı ve boşaltım kanalı kısımlarından oluşmaktadır (Jongorius vd., 2001). Tükürük salgılanmasında parasempatik inervasyon esastır, sempatik uyarı ise tükürük yapısını belirlemektedir. Tükürük salgılaması N. Facialis ve N. Glassofaringus sinirleri ile kontrol edilir (Jongorius vd., 2001).

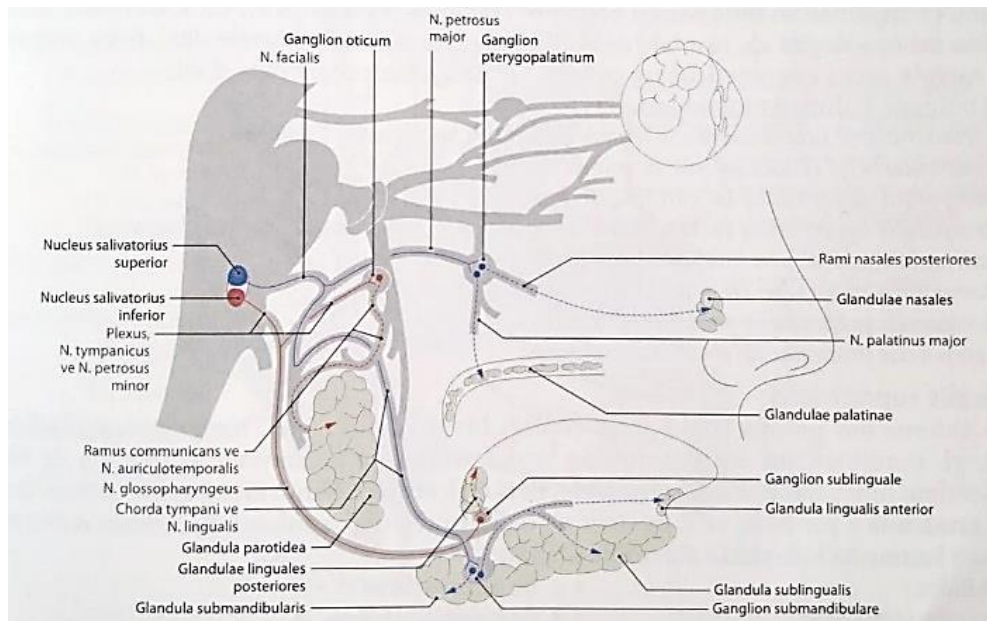
Erişkinde günde 1000-1500 ml salya salgılanır. Bunun %25'i sindirim için gereklidir. Tükürük bezleri majör ve minör tükürük bezleri olarak sınıflandırılır. Majör

ve minör terimleri, bezlerin anatomik büyüklüğü ve üretilen tükürük hacmi ile ilişkilidir (Edgar, 1990). Başlıca tükürük bezleri bilateral eşleştirilmiş bezlerdir ve maksiller ilk azı dişlerinin karşısında bulunan Parotis ve ağız tabanında bulunan Submandibular ve Sublingual bezlerini içerir (Ferreira ve Hoffman, 2013; Humphrey ve Williamson, 2001). Tükürük bezleri Şekil 1 de gösterilmiştir. Her ne kadar orta çizgiden dış kulak kanalına at nalı şeklinde dağılsalar da, insan çenesini sınırlarlar (Velayos ve Santana, 2007).

Parotis bezleri, yüzümüzün her iki yanında kulak kepçemizin önünden aşağıya çene kemiğinin (Os Mandibula) arkasına doğru uzanırlar. Tükürük, Parotis bezlerinden Stenson kanalı ile salgılanmaktadır. Yüz mimik kaslarının hareketlerini yapmamızı sağlayan N. Fasiyalis parotis bezlerinin içinden geçmektedir.

Submandibuler terimi, alt çene kemiği altı anlamına gelir. Çenemizin altında her iki tarafta birer tane bulunan Submandibular bezler Parotis bezinden sonra en büyük ikinci tükürük bezimizdir. Submandibular bezler Warton kanalından tükürük salgırlar. N. Fasiyalis'in alt dallarından olan marjinal mandibuler sinir Submandibular bezin kılıfının yüzeyinden geçmektedir.

Sublingual terimi dilaltı anlamına gelir. Sublingual bez ise dilin her iki tarafında arkada ve altta yerleşmiştir. Sublingual bezler ağız tabanındaki kanallardan tükürük salgırlar.



Şekil 2.1. Tükürük Bezlerinin Yerleşimi (Tillman, 2018)

Minör tükürük bezleri ise ağız içerisinde, farinks, nazal kavite, sinüsler, larenks ve trakea mukozası altında dağınık olarak yerleşim gösterirler. Bütün salya üretiminin yaklaşık %5-8'ini oluştururlar. Bu bezler bulundukları bölgede Epitel yüzeyine salgılarını boşaltırlar. Çeşitli yerlerde bulunurlar ve bulundukları yere göre isim alırlar:

- i. Labiyal tükürük bezleri: dudaklarda bulunur,
- ii. Bukkal tükürük bezleri: yanakta bulunur,
- iii. Lingual tükürük bezleri: dilde bulunur,
- iv. Palatinal tükürük bezleri: damakta yer alır.

İstirahat halinde Submandibuler bez %65'ini, Parotis %20, Sublingual bezler %7-8'ini ve minör salgı bezleri de %10'dan az kısmını salgılar (Humphrey ve Williamson, 2001).

2.4. Salyanın Nöroanatomik Kontrolü

Medulla Oblangata da bulunan Nuc. Salivatorius Superior ve İnferiorda tükürük refleksinin merkezi bulunmaktadır. Bunlar ayrıca Nuc. Originis Salivatorius Pontis ve Nuc. Originis Salivatorius Medulla Oblangata olarak da isimlendirilir. Refleks merkezi, visseral refleks merkezlerine ve tadın kortikal merkezlerine de bağlıdır.

Tükürük bezleri, otonom sinir sistemi tarafından inerve edilir. Sinir sisteminde iki bölümü vardır. Bunlar sempatik ve parasempatiktir. Tükürük bezleri çift innervasyon sistemine sahiptir. Parasempatik bölüm düzenli ve günlük olarak daha aktiftir. Daha sulu salya akışının artmasını sağlar. Sempatik bölüm ise stresli zamanlarda daha aktiftir. Daha fazla mukoid viskoz salya üretilir. Korku anlarında ağız kuruluğu veya sert fiziksel aktiviteden sonra ip gibi salya salgılanması olur.

Nuc. Salivatorius Superiordan çıkan parasempatik lifler N.Facialisin bir dalı olan Chorda Tympani, N.Facialis fallop kanalı içinde iken, Foramen Stylomastoideum yakınında ondan ayrılarak seyreder. Sonra N.Trigeminusun bir dalı olan N.Lingualis lifleri arasında ilerler ve Ganglion Submandibulareye gelir. Bu gangliondan çıkan postganglioner lifler Submandibular ve Sublingual bezlere ulaşır (Proctor ve Carpenter, 2007).

Nuc. Salivatorius Inferiordan çıkan parasempatik lifler ise N.Glossopharyngeus ile beyinden ayrılırlar. Sonra N.Tympanicusa katılırlar. Daha sonra N.Petrosus Superficialis Minor içinde Ganglion Oticuma gelirler. Ganglion Oticumdan çıkan postganglioner lifler N.Trigeminusun bir dalı olan N.Auriculatemporalis içinde Parotis bezine ulaşırlar.

Sempatik lifler Medulla Spinalisin 2. ve 4. dorsal segmentlerinden çıkarlar. Ganglion Cervicale Superiusta kesintiye uğrarlar. Sonra postganglioner lifler halinde A.Carotis boyunca ilerleyerek tükürük bezlerine gelirler. A.Carotis Externa etrafında pleksus yapanlar Submandibular ve Sublingual bezlerde, A.Carotis Interna etrafında pleksus yapanlar ise Parotis bezinde sonlanırlar (Proctor ve Carpenter, 2007).

2.5. Salya Fizyolojisi

Parotis bezler seröz (az yoğun) salya üretirler. Özellikle yemek ve sıvı tüketimi esnasında salya üretiminden sorumludurlar. Submandibular bezler hem seröz, hem de mukoz (kıvamlı) salya üretiminden sorumludurlar. Aktivite dışında oral kaviteyi yıkayan seröz salyayı üretirler. Sublingual bezler ise hem seröz, hem mukoz salya üretirler. Fakat mukoz salya üretimi daha baskındır. Sublingual bezler ve minör bezler tüm salya üretimin yaklaşık 10%'nu oluştururlar. Oral mukozadaki mukin tabakasının korunmasında görev alırlar (Frederick ve Byron, 2001).

Bir insan günlük ortalama 1000-1500ml salya üretmektedir. Salyanın büyük miktarı yemek sırasında üretilmektedir. Watanabe ve diğ. (1995) yaptıkları çalışmada 5 yaşında bir çocuğun günlük 500 ml salya ürettiğini bulmuşlardır (Rotteveel vd., 2004). Temel salya akış oranı 0.001- 0.2 ml /dk /bezdir, uyurken 0.1 mL/ dak olur. Uyarı ile akış oranı 0.18- 1.7 ml /dk /bezdir, çiğnerken ve yemek yerken 4-5 mL/ dakikaya kadar yükselebilir. Minör bezlerdeki salya uyarılmadan üretilir (Rotteveel vd., 2004). Uyarılmamış salya temel üretimdir. Ağız içi dokuları koruyan salya uyarılmadan üretilir. Submandibular ve minör tükürük bezleri bu üretimde çok önemlidir. Uyarılmış salyada ise Parotid bezinden üretilen salya önemli bir yere sahiptir. Çiğneme sırasında bolusu oluşturur, ağız içi dokuları korur ve yutmaya yardımcı olur. Uyarılmış ve uyarılmamış durumlarda tükürük bezlerinin toplam üretimleri belirgin şekilde farklılık gösterir (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. *Uyarılmış ve uyarılmamış sekresyonun genel sekresyondaki yeri.*

	Bez ismi	Genel salivasyona katkı yüzdesi
Uyarılmış salivasyon	Parotid bezi	69%
	Submandibular bez	26%
	Sublingual bez	5%
	Submandibular bez	69%
Uyarılmamış salivasyon	Parotid bezi	26%
	Sublingual bez	5%

Salya içeriği bazı faktörlerden etkilenir bunlar; uyarılmış veya uyarılmamış olması, yaş faktörü, ilaçlar ve hastalıklardır (Torres vd., 2006). İnsanlar uyanırken daha fazla salya üretir ve salya üretimi öğleden sonra en yüksek seviyesine ulaşır. Salya üretimini etkileyen duyu uyarıları için bir hiyerarşi söz konusudur. Uyarı etkinlikleri çoktan aza doğru; yutma, çiğneme, tat, koku, görüntü, düşünce olarak sıralanır (Frederick ve Byron, 2001). Ayrıca salya üretimi kişinin açlık durumuyla doğrudan ilgilidir (Erasmus vd., 2009). Araştırmacılar okul çocuklarındaki yüksek salya üretim aktivitesinin daha ileri yaşlarda azaldığını belirtmişlerdir. Erişkinlerde ise toplam salya üretiminin yaştan bağımsız olduğu bulunmuştur (Rotteveel vd., 2004). İçerdiği sodyum ve klor konsantrasyonuna bağlı olarak salya her zaman plazmaya göre hipotoniktir. Salya akış miktarı arttıkça salyanın tonisitesi yükselir (Aps ve Martens, 2005).

2.6. Salya Ölçme ve Değerlendirme Yöntemleri

Salya akışı miktarını ölçmek için subjektif ve objektif yöntemler mevcuttur. Salya kanalı kanülasyonu altın standart olarak kabul edilir (Suskind ve Tilton, 2002).

Bazı araştırmacılar ise salya toplamak için çeneye sarılı bardak kullanmaktadır; fakat bu metotta buharlaşma dikkate alınmamaktadır ve toplama haznesinin çeneye sabitlenmesi zordur. Başka bir yöntem ise belli bir zaman aralığında değiştirilen kıyafetlerin ve önlüklerin sayılmasıdır. Bu zaman aralığını standardize etmek ise zordur ve yine buharlaşma sorunu vardır. Drooling quotient (salya akmasının sorgulaması) doğrulanmış, yarı-kantitatif doğrudan gözlem yöntemidir. Bazı araştırmacılar ise salya

miktarını ölçmek için görsel analog skalası kullanmaktadırlar. Teacher Drool Scale gibi gün içi gözlem yöntemleri ve salya akış şiddet ve sıklık ölçeği de mevcuttur (Devyani ve Hotaling, 2006).

Sochaniwskyj çeneye bağlanan kişiye uyarlanmış toplama cihazı geliştirmiştir. Bu sistem yüksek viskozitedeki veya dudaklardan toplama sistemine düşmeyen salyayı ölçemez (Erasmus vd., 2012).

Yukardaki ölçümler büyük çoğunlukla salya kontrol problemi yaşayanlarda ağızdan dökülen salya miktarını ölçer. Üretilen salyanın (salyanın akış oranı) ölçülmesi için başka prosedürlerin kullanılması gereklidir. Bunlardan biri Saxon testidir. Bu testte kişiden belli büyüklükteki gazlı bez parçasını çiğnemesi, bu sırada yutkunmaması ve salyayı ağızından akıtmaması istenir daha sonra gazlı bezde toplanan salya ağırlık ölçümleri ile tespit edilir. Çiğnemeyle elde edilen bu miktar uyarılmış salya akış oranıdır.

Çiğneme uyarısını içine alan bir yöntem kullanılacaksa, bireylerin çiğneme etkinliği ve çiğneme hızları bilinmelidir. Aynı etkinlikte ve hızda çiğneme oluşturulsa bile salya üretimine eşit yükleme yaptığı söylenemez, çünkü eşit duyusal girdinin stimulusa alışma ve kişisel farklılıklar nedeniyle eşit tepki çıkartacağı şüphelidir. Bu yüzden böyle bir ölçümde mevcut çiğneme miktarı kadar uyarılan akış oranları bulunur.

Temel salya akış oranları test edilirken herhangi bir oromotor beceri gerektirmeyen Swab Testi yutma performanslarındaki farklılıkların elimine edilerek saf akış oranlarının karşılaştırılması için uygundur.

3. YÖNTEM

3.1. Kapsam

Salya akması, istemeden tükürüğün ağızdan dökülmesidir. Tipik olarak gelişmekte olan çocuklarda, salya akması yutma hassasiyeti ve yutma koordinasyonuna yol açan oral duyusal-motor fonksiyonların olgunlaşması sonucu azalır. Yutma, dudak, dil, damak, farinks, larenks ve özefagus kaslarının toplamını ve koordinasyonunu gerektiren dinamik bir süreçtir. (Prasse ve Kikano, 2009). Okul öncesi dönemden itibaren, salya kontrolü ile ilgili problem yaşayan çocuklarda utanma ve akranlarından kaçınma gibi sorunlar ortaya çıkabilir. Küçük yaşlarda aşırı salya akması tıbbi bir durum değildir, ancak daha büyük yaşlarda çocuklarda hala salya akması devam ediyorsa, bu durum çocuk ve ebeveynleri için sosyo-duygusal yüke yol açabilir (Lal ve Hotaling, 2006). Hollanda’da, çocukların psikomotor gelişimi ve salya kontrolünün gelişimi hakkında ebeveynler ve çocuk bakıcıları için salya akması hakkında Van Hulst ve arkadaşları tarafından 2012 yılında DRIPS ölçeği geliştirilmiştir. Ölçeğin ilk bölümü demografik ve sağlık özellikleriyle ilgili maddelerden (1-7. Maddeler) oluşmaktadır. Salya akma sıklığı ve ciddiyeti ile ilgili sorular anketin ikinci bölümüne dâhil edilmiştir (8–16. Maddeler). Bu bölümde, ebeveynlerden çocuklarının aşağıda belirtilen dokuz aktivitede salya akma durumunu değerlendirmeleri istenmiştir:

1. Yüzüstü yatış postüründe,
2. Destekli oturma sırasında,
3. Kaba motor aktiviteleri yaparken,
4. İnce motor aktiviteleri yaparken,
5. Yeme ve içme aktivitelerinde,
6. Gündüzleri başparmağını emerken ve emzik emmiyorken,
7. Gece anneyi emerken,
8. Uyurken,
9. Mırıldanırken veya konuşurken.

Cevaplar Salya akma Sıklığı ve Şiddet Ölçeği'nin (DFSS) sıra dağılımına göre sınıflandırılmıştır. Diş çıkarma ve burun akıntısı yapan soğuk algınlığı (madde 17-20)

sırasında salya akması ile ilgili iki taraflı cevaplar anketin üçüncü bölümünde toplanmıştır. Anket ilk olarak Hollanda da uygulanmıştır. 2008'de tipik gelişim gösteren 119 çocuk ve ebeveynlerini içeren bir çalışma geliştirilmiş ve daha sonra araştırma grubunda uyarlamalar için uzlaşmaya varılmıştır. DRIPS'in son Hollanda versiyonu, anketi 15 dakika içinde tamamlanacak şekilde 2012 yılında geliştirilmiştir. Bu çalışmada DRIPS ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik güvenirliği çalışılmıştır.

Bu amaçla bebeklerde salya akmasının tipik gelişim basamaklarını belirleyebilmek, bebek ve küçük çocuklarda salya akma şiddet ve sıklığını ölçmek amacı ile DRIPS ölçeğinin Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada küçük çocuklarda salya akıtma şiddet ve sıklığı ölçmek için bir ebeveyn anketinin Türkçesini geliştirmek ve doğrulamak amaçlanmıştır. 0-4 yaş arası tipik gelişim gösteren Türk çocuklarında tükürük kontrolünün gelişimi araştırılmıştır.

3.2. Araştırmanın Modeli

Araştırma modelinde karma desenlenmiş araştırma yöntemleri kullanılmıştır. Bu bağlamda öncelikle DRIPS ölçeğinin Türkçe versiyonu uyarlanması çalışması yapılmıştır. Bu çerçevede öncelikle araştırma modeli ölçek geliştirme/ uyarlama çalışması olarak yürütülmüştür. Ayrıca ölçek puanlarından elde edilen değerler tipik gelişim gösteren 0-48 ay arasındaki çocuklarını yaş, cinsiyet, hastalık ve dış çıkarma vs özellikleri bağlamında gruplar arası karşılaştırma yoluyla belirlenmiştir. Bu bağlamda gruplar arası farklarının ve değişkenlerin birbirleriyle korelasyonlarının incelenmesi araştırmayı hem nedensel-karşılaştırmalı model hem bağıntısal araştırma modeline götürmektedir (Gay vd, 2012).

3.3. Katılımcılar

Araştırmanın katılımcılarına ilişkin bilgiler katılımcılara ulaşma süreci ve örneklem olarak iki ayrı başlık altında sunulmuştur.

3.3.1 Katılımcılara ulaşma süreci

Araştırmanın hedef popülasyonunu 0-48 aylık bebek ve çocuğa sahip ebeveynlere ulaşmak için hem kişisel hem de kurum bazlı girişimler ve temaslar gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda gerçekleştirilen etkileşimler aşağıda sunulmuştur.

Cri-du-chat Türkiye derneği sayfasında

Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği ile
Psikologlar Derneği ile
Beden Eğitimi Öğretmenleri Derneği ile
ÖZDER- Özel Eğitimciler Derneği ile
Araştırmacının şahsen tanıdıkları ve telefon rehberinde bulunanlar ile
Ankara emniyetinde görev yapan personellerin Whatsapp grupları ile
Eskişehir emniyetinde görev yapan personellerin Whatsapp grupları ile
Malatya emniyetinde görev yapan personellerin Whatsapp grupları ile
TBMM görev yapan personellerin Whatsapp grupları ile
THY pilot olarak görev yapan personellerin Whatsapp grupları ile
Eskişehir Milli Eğitim’de görev yapan öğretmenlerin Whatsapp grupları ile
Konya Kulu ilçe Milli Eğitim’de görev yapan öğretmenlerin Whatsapp grupları ile
Çanakkale Milli Eğitim’de görev yapan öğretmenlerin Whatsapp grupları ile
Anadolu üniversitesi açık öğretim fakültesi öğrencileri ile araştırmanın veri toplama linki paylaşılmıştır.

3.3.2. Örneklem/çalışma grubu

Ulaşılan popülasyon içerisinde katılım açısından olumlu ya da olumsuz geri dönüş sağlayan kişi sayısı toplam 1554’tür. İlk veri toplama sürecinin ardından ulaşılan 1554 kişinin cevapları incelendiğinde 707 kişinin araştırmaya katılmak istemediğini belirttiği belirlenmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen ve ölçek sorularına cevap veren kişi sayısı 847 kişidir. Ulaşılan 847 kişiden elde edilmiş olan veri seti incelendiğinde araştırmaya dâhil etme ve dışlama kriterlerinden dolayı 180 katılımcı araştırma dışında tutulmuştur. Dâhil etme ve dışlama kriterleri Tablo 3.1’de sunulmuştur.

Tablo 3.1 Katılımcı Dâhil Etme ve Dışlama Kriterleri

Dâhil edilme kriterleri	Dışlama kriterleri
4 yaşından küçük çocuğa sahip ebeveynler,	4 yaşından büyük çocuğa sahip ebeveynler,
Herhangi bir oral veya yüz anatomisi bozukluğu tanısına sahip olmayan çocukların ebeveynleri,	Herhangi bir oral veya yüz anatomisi bozukluğu tanısına sahip çocukların ebeveynleri,
Bilinen herhangi bir konjenital sendrom veya doğrulanmış nörolojik problemleri bulunmayan çocukların ebeveynleri.	Bilinen herhangi bir konjenital sendrom veya doğrulanmış nörolojik problemleri bulunan çocukların ebeveynleri.

Tablo 3.1’de yer alan dâhil etme ve dışlama kriterleri sonrası nihai olarak ilk veri toplama sürecinde 667 ebeveynin cevaplarına ulaşılmıştır. Güvenirlik çalışması kapsamında ilk verileri ve iletişim bilgileri olan 667 ebeveyne 4 hafta sonra farklı aralıklarla üçer kez sms yoluyla hatırlatma mesajları gönderilmiştir. İkinci veri toplama sürecinde 667 ebeveynden 311’i geri dönüş sağlamıştır. Sonuç olarak hem araştırma amacı kapsamında hem de test tekrar test güvenirlik çalışması kapsamında ulaşılan toplam katılımcı sayısı 311 olarak belirlenmiştir. Katılımcılara ilişkin betimleyici istatistikler Tablo 3.2’de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Katılımcı Özelliklerine İlişkin Betimleyici İstatistikler

Kategorik Değişkenler	N	%
Cinsiyet		
Kız	163	52,4
Erkek	148	47,6
Gebeliğin 37. Haftasından Önce Doğum		
Evet	46	14,8
Hayır	265	84,2
Geçmişte Çocuğu Değerlendiren Uzman		
Çocuk Doktoru	133	42,8
Çocuk Doktoru + KBB	67	21,5
Çocuk Doktoru+ KBB +Çocuk Nöroloğu	22	7,1
Çocuk Doktoru+ KBB +Çocuk Nöroloğu +DKT	6	1,9
Çocuk Doktoru +Çocuk Nöroloğu	8	2,6
KBB	6	1,9
Çocuk Doktoru +KBB +DKT +Çocuk Nöroloğu +Fizyoterapist;	4	1,3
Çocuk Doktoru +KBB +Göz	7	2,3
Fizyoterapi + Diğer Branş Kombinasyonları	14	4,5
DKT + Diğer Branş Kombinasyonları	9	2,9
Diğer Kombinasyonlar	9	2,9
Sağlık Ocağı	26	8,3
Çocuğunuz İlaç Kullanım Durumu		
Evet	55	17,7
Hayır	256	82,3
Çocuğunuz Son İki Hafta İçinde Yeni Diş Çıkarma Durumu		
Evet	73	23,5
Hayır	238	76,5
Diş Çıkarmasa Salya Miktarında Değişim (n=73)		
Çocuğum Salya Akıntısından Daha Az Rahatsız Olurdu	57	78,1
Çocuğum Salya Akıntısından Daha Fazla Rahatsız Olurdu	16	21,9
Çocuğunuz Son İki Hafta İçinde Soğuk Algınlığı Geçirdi Mi?		
Evet	201	64,6
Hayır	110	35,4
Soğuk Algınlığı Geçirmemiş Olsa Salya Miktarında Değişim (n=201)		
Çocuğum Salya Akıntısından Daha Az Rahatsız Olurdu	28	13,9
Çocuğum Salya Akıntısından Daha Fazla Rahatsız Olurdu	37	18,4
Değişmezdi	136	67,7

Tabloda yer alan ve katılımcıların çocuklarına yönelik beyan ettikleri bulgular incelendiğinde araştırmada değerlendirmeye alınan çocukların %52,4'ünün (n=163) kız; %47,6'sının (n=148) ise erkeklerden oluştuğu görülmektedir. Katılımcı çocukların çoğunluğunu ifade eden %84,2'sinin (n=265) 37.haftadan sonra doğduğu görülmektedir.

Geçmişte çocuğu değerlendiren uzmanlara ilişkin dağılımlar incelendiğinde %42,8'lik (n=133) oran ile en yüksek uzmanlığın çocuk doktoru olduğu; ikinci sırada %21,5 (n=67) ile çocuk doktoru + kulak burun boğaz (KBB) doktoru kombinasyonu olduğu belirlenmiştir. 26 (%8,3) ebeveyn çocuklarının sadece sağlık ocağı hizmetleri tarafından değerlendirilmediğini belirtmiştir. Kombinasyonlar içinde fizyoterapist bulunan 14 (%4,5); Dil ve Konuşma Terapisti (DKT) olan 15 (%4,8); fizyoterapist ve DKT birlikte olan ise 4 (%1,3) çocuk bulunmaktadır. Çocukların ilaç kullanıp kullanmama durumuna göre dağılım incelendiğinde çocukların %17,7'sinin (n=55) bir ilaç kullandığı; %23,5'inin (n=73) ise son iki hafta içinde yeni dış çıkardığı bilgilerine ulaşılmıştır.

Yeni dış çıkaran 73 çocuğun ebeveyninden alınan bilgilere göre eğer çocukları dış çıkarmamış olsaydı daha az salya akıntısı olacağını ifade eden kişi sayısı 57 (%76,5) olarak belirlenmiştir. Ayrıca çocukların %64,6'sı (n=201) son iki hafta içinde soğuk algınlığı geçirmiştir. Benzer şekilde soğuk algınlığı geçiren çocukların ebeveynlerine eğer çocukları soğuk algınlığı geçirmemiş olsaydı salya akıntı miktarında değişim olur muydu sorusuna ebeveynlerin %67,7'si (n=136) bir değişim olmayacağını; %18,4'ünün (n=37) daha fazla olacağını ve %13,9'u (n=28) daha az olacağını ifade etmişlerdir.

Katılımcı çocukların yaşlarına ilişkin betimleyici istatistikleri incelendiğinde çocukların yaş ortalamasının 26,94 (ss 14,44) ay olduğu, en küçük çocuğun 0,33 aylık en büyük çocuğun ise 48 aylık olduğu görülmektedir.

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında kullanılan veri toplama araçları ile DRIPS ve gönüllü katılım formundan oluşmaktadır. DRIPS kendi içinde demografi bilgi formuna ilişkin maddeleri barındırdığı için yeni bir demografik bilgi formu geliştirilmemiştir

3.4.1 DRIPS

Van Hulst ve arkadaşları tarafından 2012 yılında, çocukların psikomotor gelişimi ve salya kontrolünün gelişimi hakkında ebeveynler ve çocuk bakıcıları için salya akıntısı hakkında bilgi edinmek amacıyla DRIPS ölçeğini geliştirmiştir. Ölçek ebeveyn/bakıcılardan sorular aracılığıyla veri toplanması biçiminde kullanılmaktadır. Üç bölümden oluşan ölçeğin birinci bölümünde (1-7. Maddeler); demografik ve sağlık özellikleriyle ilgili sorular yer almaktadır. İkinci bölümünde ise (8-16. Maddeler) salya akma sıklığı ve ciddiyeti ile ilgili sorular bulunmaktadır. Üçüncü ve son bölümünde ise (17-20. Madde); diş çıkarma ve burun akıntısına sebep olan soğuk algınlığı sırasında salya akması ile ilgili iki yönlü sorular yer almaktadır.

3.4.2 Gönüllü katılım formu

Çalışma kapsamında araştırmacı tarafından geliştirilen, katılımcı aydınlatma ve gönüllü katılım formu katılımcı ebeveynlerine gönderilen ölçek bağlantısı açıldığında karşılaşılan ilk metin olarak sunulmuş ve katılımcıların onayı istenmiştir (EK-1)

3.5. Uygulama Prosedür

İlk aşamada çocukların psikomotor gelişimi ve salya kontrolünün gelişimi hakkında bilgi almak için Van Hulst ve arkadaşları tarafından 2012 yılında geliştirilen “Bebeklerde ve Okul Öncesi Çocuklarda Salya Akıntısı Ölçeği’nin” Türkçe uyarlaması amacı ile ölçeği geliştiren yazarlardan izin alınmıştır (EK-2).

Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden ikinci tez danışmanı atama talebine 10.11.2020 tarih ve 33/7 sayılı enstitü yönetim kurul kararı ile Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölüm Başkanı Dr. Öğr. Üyesi Didem ÇEVİK atanmıştır. (EK-3)

Bu çalışmanın yapılabilmesi için Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulundan izin alınmıştır. (Etik kurul onay tarihi: 27.01.2021. Protokol No: 73063) (EK-4)

Uyarlama amacı ile izin alınan ölçeğin çevirisi ilk olarak; (1) Dil ve Konuşma Terapistliği alanında yüksek lisans derecesine sahip bir uzman ve Anadolu Üniversitesi’nde Eğitim Fakültesi İngilizce bölümünde Öğretim Görevlisi, (2) Dil ve Konuşma Terapisi’nde doktorasını yapan bir uzman, (3) Dil ve Konuşma Terapistliği

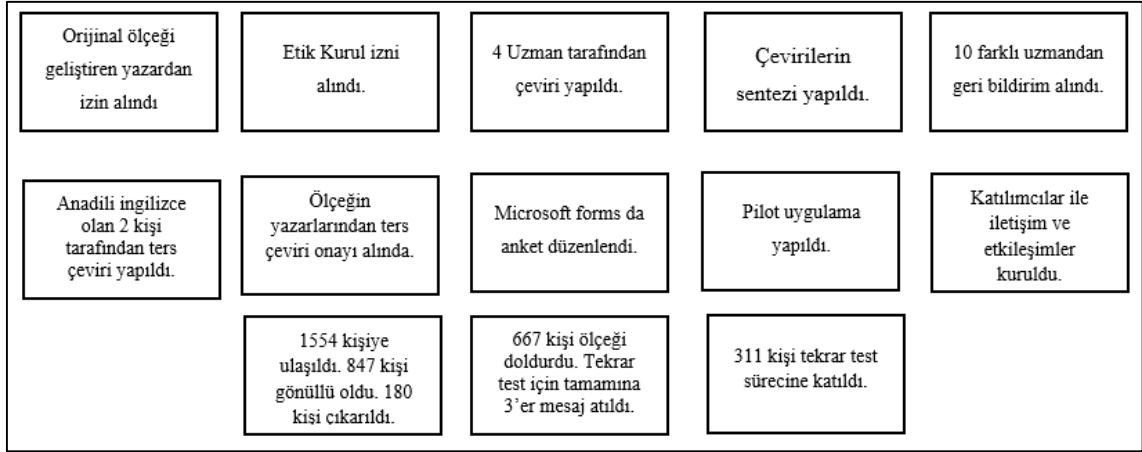
bölümünde eğitim görmekte olan ve Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil Ve Konuşma Terapistliği bölümünde Araştırma Görevlisi ve (4) diğeri de Anadolu Üniversitesi Engelliler Araştırma Enstitüsünde çalışan yüksek lisans öğrencisi olmak üzere toplam 4 kişi tarafından yapılmıştır.

Daha sonra elde edilen dört çeviri; bir profesör, yabancı diller bölümünde çalışan öğretim görevlisi ve araştırmacılar tarafından karşılaştırılmış ve ortak metin oluşturulmuştur. Dört çeviri arasındaki anlamsal, deyimsel, kavramsal, dilsel ve bağlamsal farklılıklar değerlendirilmiştir. Çevirideki yetersiz ifadelerin-kavramların tanımlamak ve çözmek, aynı zamanda ileri çevirilerle iki dil arasındaki tutarsızlıkları tespit etmek ve çözümllemek amacı ile 10 uzman görüşü alınmıştır. Bu uzmanlar biri Anadolu üniversitesinde DKT olan bir Profesör, ikisi Anadolu Üniversitesi'nde Araştırma Görevlisi olan Uzman DKT'ler, biri yüksek lisan eğitime devam eden Türkiye Spastik Çocuklar Vakfı Metin Sabancı merkezinde çalışmakta olan DKT, biri Anadolu Üniversitesi Dil ve Konuşma Bozuklukları Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi (DİLKOM) da çalışan bir Uzman DKT, biri İstanbul'da özel bir üniversitede Öğretim Görevlisi olan Dr. DKT, ikisi sağlık bakanlığında çalışan Uzman DKT, biri özel bir kurumda çalışan Uzman DKT ve biri de Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Eğitim Fakültesi Özel Eğitim Bölümü İşitme Engelliler Eğitimi Anabilim Dalında görevli Dr.Öğr. Üyesi'nin (Bknz. Tablo 4.1) görüşleri ile ölçek son haline getirilmiştir. (EK-5)

Çalışmanın diğer aşamasında birbirinden bağımsız ana dili İngilizce olan ve Türkçe bilen iki çevirmen tarafından ölçeğin ters çevirisi yapılmıştır.

Ölçek forumun çeviri işlemlerinin tamamlanmasından sonra ölçek maddeleri Microsoft formlara yüklenmiştir. Maddeler birbirinin öncülü konumunda olduğu için Google Forms kullanılamamıştır. Online hali hazırlanan ölçeğin kullanım elverişliliği, farklı marka ve işletim sistemlerinde çalışıp çalışmadığının belirlenmesi amacıyla öncelikle pilot çalışması yapılmıştır. Bu aşamada Samsung, Iphone, Xiaomi, Huawei gibi farklı markalar ve İOS, Android ve Windows işletim sistemlerine ölçek linkinin çalışıp çalışmadığı kontrol edilmiştir. Pilot çalışmada toplam 21 katılımcıdan veri toplanmıştır.

Araştırmada gerçekleştirilen uygulama prosedürleri Şekil 3.1 de özetlenmiştir:



Şekil 3.1 Uygulama Prosedürleri

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmanın istatistiksel analizlerine başlanılmadan önce veri seti uç değerler ve kayıp değerler çerçevesinde incelenmiştir. Veri toplama süreci online olarak gerçekleştirildiği için kayıp ya uç değer verisi olmadığı belirlenmiştir. Elde edilen veri seti öncelikle ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışmaları bağlamında analiz edilmiştir.

En genel anlamda ölçeğin geliştirildiği amaç doğrultusunda ne denli doğru olarak çalıştığını ifade eden geçerlilik (Kartal ve Bardakçı, 2018), görünüş/kapsam, ölçüt bağımlı ve yapı geçerliliği olarak ele alınmaktadır (Büyüköztürk, 2007; Cohen ve Swerdlik, 2018). Görünüş ve kapsam geçerliliği uzman görüşü alınarak test edilir (Büyüköztürk, 2007). Bu çerçevede kapsam ve görünüş geçerliliği için 10 uzmandan görüş alınarak sonuçlar analiz edilmiştir. Yapı geçerliliği için açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Güvenirlik çalışmaları kapsamında ise; iç tutarlılık katsayıları, test tekrar test analizleri, testi yarılama analizi ve madde analizleri gerçekleştirilmiştir. Ölçek puanlarına ilişkin karşılaştırma analizlerinden önce veri setinin analiz varsayımlarını karşılayıp karşılamadığı test edilmiştir. Bu bağlamda değerlendirilen veri seti; çarpıklık basıklık, histogramlar, Q-Q grafikler, P-P- grafikleri incelenmiş ve veri setinin normal dağılım sergilemediği belirlenmiştir. Analizlerde parametrik olmayan test teknikleri (Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Spearman) kullanılmıştır.

Analizlerde I. tip hata olasılığının maksimum değeri olarak %5, yani $p \leq .05$ kabul edilmiştir daha küçük hata olasılıklarına duyarlık açısından raporlaştırmalarda $p \leq .01$ ve $p \leq .001$ anlamlılık düzeyleri de dikkate alınmış p değerleri belirtilmiştir.



4. BULGULAR

Araştırmanın bulgularına, öncelikle ölçeğin Türkçe versiyonunun hazırlık aşamalarında gerçekleştirilen güvenirlik ve geçerlik analizleri ile başlanmıştır. Sonrasında elde edilen ölçek yapısının uygulanması ve ulaşılan veri setine ilişkin karşılaştırma ve ilişki analizleri sunulmuştur.

4.1. Geçerlilik Analizleri

Yapı geçerliliğinin test edilmesi için faktör analizi, kümeleme analizi ve iç tutarlılık analizlerinden yararlanılır. Araştırmada yapı geçerliliği için açımlayıcı faktör analizi ve iç tutarlılık analizleri yapılmıştır. Ölçüt bağımlı geçerlilik ise geliştirilmekte ya da uyarlanmakta olan ölçeğin alanyazında kullanılan ve benzer amaçla geliştirilmiş olan bir ya da birkaç standart ölçüm aracı ile arasındaki korelasyonu ifade eder. Ancak araştırmada ele alınan DRIPS alanda kullanılan tek ölçme aracı olduğu için araştırmada ölçüt bağımlı geçerlilik analizleri gerçekleştirilememiştir.

4.1.1. Kapsam/Görünüş Geçerliliği

Araştırma kapsamında ele alınan DRIPS ölçeğine ilişkin kapsam ve görünüş geçerliliği amacıyla farklı alanlarda görev alan 10 uzmandan her bir maddenin amacına uygunluk durumlarını değerlendirmeleri istenmiştir. Uzman görüş formu madde değerlendirme skalası; uygun, biraz düzeltilmeli, oldukça düzeltilmeli ve uygun değildir seçenekleri olmak üzere dörtlü derecelendirme sistemi şeklinde tasarlanmıştır. Madde değerlendirme seçenekleri evet/hayır tarzında dikotomik bir yapıya sahip olmadığı için uzmanların görüşleri; uygun=görüş birliği, diğer seçenekler= görüş ayrılığı olarak ele alınmıştır. Bu bağlamda Miles ve Huberman (1994) modelinde içsel tutarlılık/güvenirlik olarak ifade edilen ve uzmanlar arasındaki tutarlılık olarak kabul gören formül kullanılmıştır:

$$\text{Güvenirlik} = \text{Görüş Birliği} / (\text{Görüş Birliği} + \text{Görüş Ayrılığı})$$

Ölçeğimizin orijinal formu 20 maddeden oluşmaktadır. Ancak ölçeğin orijinal formunda da yer alan; hamilelik süresi, ilaç kullanım durumu, değerlendirme yapan uzman sayısı ve alanı gibi demografik soruları da Türkçe uyarlama çalışması kapsamına dahil edilerek uzman görüş formunda değerlendirilmesi istenen 25 madde uzmanlara sunulmuştur. Bu durum 10 uzman bağlamında 250 değerlendirmeyi ifade etmektedir. Elde edilen değerlendirme sonuçlarına göre uzmanlar 250 değerlendirmenin 230'una

“uygun (Görüş birliği)”, 20’sine “biraz düzeltilmeli (Görüş ayrılığı)” cevabını vermiştir. Yapılan hesaplama sonucunda ölçeğimizin uzman görüş tutarlılığı %92 $[230/(230+20)]$ olarak belirlenmiştir. %80 ve üzeri ulaşılan değerler güvenilir olarak değerlendirilmektedir, bu çerçevede ulaşılan %92 değeri ölçeğe ilişkin uzman görüşlerinin güvenilir ve tutarlı olduğu ifade etmektedir. Değerlendiren uzmanlara ve maddelere ilişkin detaylı sonuçlar Tablo 4.1 ve 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Değerlendirme Yapan Uzmanların Alan Bilgileri

No	Uzmanlık Alan Bilgisi
1	Uzman Dil Konuşma Terapisti (Araştırma Görevlisi)
2	Uzman Dil Konuşma Terapisti (Araştırma Görevlisi)
3	Özel Eğitim Alan Uzmanı (Araştırma Görevlisi)
4	Dil Konuşma Terapisti
5	Uzman Dil Konuşma Terapisti (Araştırma Görevlisi)
6	Uzman Dil Konuşma Terapisti (Öğretim görevlisi)
7	Uzman Dil Konuşma Terapisti (Öğretim görevlisi)
8	Özel Eğitim Alan Uzmanı (Profesör Doktor)
9	Uzman Dil Konuşma Terapisti
10	Uzman Dil Konuşma Terapisti

Tablo 4.2. Maddeler Bağlamında Uzman Görüşü Sonuçları

Madde	Uygun	Biraz Düzeltilmeli	%	Madde	Uygun	Biraz Düzeltilmeli	%
Madde 1	10	0	100	Madde 14	7	3	70
Madde 2	10	0	100	Madde 15	7	3	70
Madde 3	10	0	100	Madde 16	10	0	100
Madde 4	9	1	90	Madde 17	10	0	100
Madde 5	8	2	80	Madde 18	10	0	100
Madde 6	7	3	70	Madde 19	10	0	100
Madde 7	10	0	100	Madde 20	10	0	100
Madde 8	10	0	100	Madde 21	9	1	90
Madde 9	10	0	100	Madde 22	10	0	100
Madde 10	10	0	100	Madde 23	9	1	90
Madde 11	10	0	100	Madde 24	9	1	90
Madde 12	8	2	80	Madde 25	8	2	80
Madde 13	9	1	90	Toplam	230	20	92

Tablo 4.2’de sunulan bulgular incelendiğinde uzman görüşü için ele alınan 25 maddeden 14’üne bütün uzmanların uygun olarak görüş bildirdiği görülmektedir. Başka bir ifade ile maddelerin %56’sı tüm uzmanlar tarafından uygun olarak değerlendirilmiştir. 5 maddede (%20) uzmanların %90’ı uygun olarak; 3 maddede (%12) uzmanların %80’i uygun olarak ve 3 maddede de (%12) uzmanların %70’i uygun olarak görüş bildirmiştir. Toplam oran olarak görüş birliği %92 şeklinde elde edilmiştir.

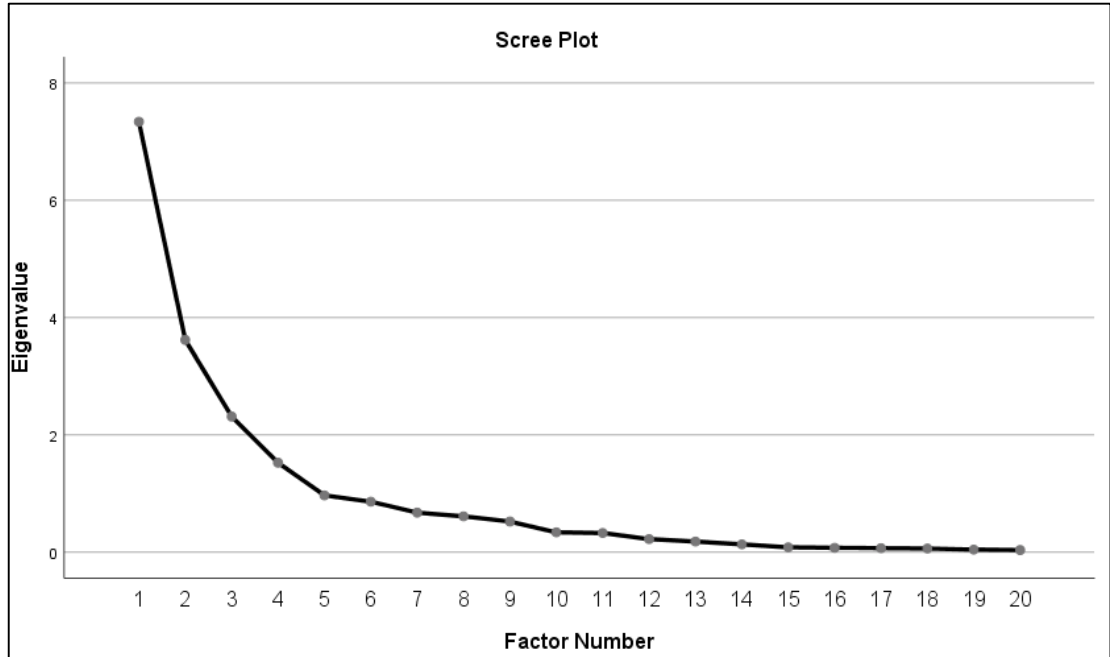
4.1.2. Yapı geçerliliği

DRIPS ölçeği Türkçe sürümünün geçerlilik çalışmaları kapsamında açıklayıcı faktör analizi (AFA) yapılmıştır. Faktör analizi yapılmak üzere ele alınan 20 maddeden oluşan ve 311 katılımcıya uygulanan ölçeğin öncelikle analize uygunluğu test edilmiştir. Bu bağlamda araştırmada ulaşılan katılımcı sayısı (300 den fazla olması, Tabachnick ve Fidell; 10/1 Nunally) korelasyon matrisinin incelenmesi (.3 ve üzeri pek çok katsayının varlığı) Kaiser*Mayer-Olkin değerinin .6 dan büyük olması (.754) ve Bartlett Test sonuçlarının anlamlı olması (.000) ile kontrol edilmiş ve korelasyon matrisinin faktörlenebileceği görülmüştür. 20 maddelik ölçeğin temel bileşenler analizi sonucunda orijinal formuna benzer şekilde 4 faktörün 1’in üzerinde öz değere sahip olduğu ve toplam açıklanan varyansın %75,70 olduğu bulunmuştur. Ulaşılan faktör sayısı Kaiser- Guttman

kriterinin faktör yapısını koruyucu özelliği nedeni ile Catell yamaç grafiği ile de kontrol edilmiş ve kırılma noktasının 4. faktörden sonra olduğu görülmüştür (Henson ve Roberts, 2006). Ayrıca faktör yapısına karar verebilmek için Monte Carlo paralel analiz prosedürü kullanılmıştır. 20 X 311 matrisinde 100 kez rastgele olarak oluşturulmuş olan örneklem için ortalama özdeğerler elde edilmiştir. Açımlayıcı faktör analizi ve paralel analiz sonucunda ulaşılan özdeğerler Tablo 4.3.'de sunulmuştur.

Tablo 4.3. *Açımlayıcı Faktör Analizi ve Paralel Analizden Elde Edilen Özdeğerlerin Karşılaştırılması*

Faktör Numarası	AFA'dan elde edilen Özdeğer	Paralel Analiz Kriter Değer	Karar
1	7,799	1,482	Kabul
2	3,622	1,392	Kabul
3	2,246	1,325	Kabul
4	1,473	1,226	Kabul
5	,900	1,212	Red
6	,824	1,169	Red



Şekil 4.1. *Catell Yamaç Grafiği Görüntüsü*

Tablo 4.3’de sunulan özdeğerlerin incelenmesinde gerçekleştirilmesi gereken prosedür AFA ile elde edilen özdeğerler ile paralel analiz sonucu elde edilen özdeğerlerin karşılaştırılmasıdır. Bu karşılaştırmada AFA’dan elde edilen özdeğer daha yüksek olan faktör sayısının tutulması, düşük olanların reddedilmesi gerekmektedir. Tablo da yer alan değerleri incelendiğinde paralel analiz sonucunda da 4 faktörlü yapının desteklendiği görülmektedir. Ayrıca ulaşılan Catell yamaç grafiği Şekil 4.1’de sunulmuştur.

Maddelerin yük değerleri incelenmiş ve küçük yük değerine ($< .32$) sahip madde olmadığı ve çapraz yüklemelerde hiçbir maddenin iki ayrı faktöre $.30$ ’un üzerinde yük değerine sahip olmadığı belirlenmiştir. Analiz sürecinde döndürme (Rotation) yöntemi olarak Varimax döndürme ve ölçeğin geliştirme değil uyarlama çalışması olduğu için çıkarma metodu olarak maksimum benzerlik (Extraction Method: Maximum Likelihood) kullanılarak nihai sonuç hesaplanmıştır. Gerçekleşen analiz sonucu Tablo 3.4.’de sunulmuştur.

Tablo 4.4. *Bebekler ve Okul Öncesi Çocuklarda Salya Akıntısı Ölçeği Faktör Deseni*

Maddeler	Aktiviteler	Uyku	Beslenme Dışı Emme	Beslenme	Ortak Faktör Varyansı
M3	,900	-,110	,042	,090	,837
M4	,885	-,066	,103	,107	,809
M2	,836	,097	,194	,041	,747
M8	,814	-,001	,134	,090	,694
M7	,796	,052	,029	,123	,675
M1	,788	,095	,182	,051	,667
M6	,767	-,053	,103	,090	,603
M5	,755	,056	-,075	,033	,579
M20	,626	-,063	,093	,287	,480
M19	,583	-,101	,133	,208	,435
M17	-,046	,904	,054	-,027	,823
M18	-,032	,859	,088	-,030	,750
M15	-,027	,831	,094	,009	,698
M16	,040	,772	,064	,045	,604
M11	,179	-,079	,934	,153	,870
M12	,276	-,057	,876	,220	,976
M14	,101	,320	,519	,087	,390
M13	-,011	,262	,498	,007	,346
M10	,293	,022	,176	,918	,924
M9	,221	,018	,203	,884	,942

Tablo 4.4’de sunulan faktör deseni incelendiğinde 20 ölçek maddesinin 4 farklı faktörde bir araya geldikleri görülmektedir. Elde edilen faktör ve madde örüntüleri ölçeğin orijinal formu ile tamamen uyum içindedir. Maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan faktör yük değerleri incelendiğinde tüm maddelerin alanyazında faktör örüntüsünün oluşturulmasında 0,30 ya da 0,40 olarak kabul edilen kesme noktasından daha yüksek yük değerlerine sahip oldukları görülmektedir. İlk faktör konumunda olan aktiviteler al boyutu 10 maddeden (m3, m4, m2, m8, m6, m1, m7, m5, m20 ve m19) oluştuğu madde yük değerlerinin ,900- ,583 aralığında olduğu görülmektedir. İkinci faktör olarak elde edilen uyku, dört maddeden (m17, m17, m15 ve m16) oluşmaktadır ve maddelerin yük değerleri ,904-,772 aralığında değişmektedir. Üçüncü faktör olan beslenme dışı emme boyutu da dört maddeden (m11, m12, m14 ve m13) oluşmakta ve madde yük değerleri ,934-,498 aralığındadır. Son faktör olan beslenme boyutu iki maddeden (m10 ve m9) oluşmakta ve maddelerin yük değerleri ,924 ve ,942’dir. Faktör ve maddelere ilişkin içerik ve betimleyici bilgiler Tablo 4.5’de sunulmuştur.

Tablo 4.5. Ölçek Faktör ve Maddelere İlişkin Betimleyici İstatistikler

Faktörler ve Maddeler	ÖzDeğer	Varyans	Ortalama	SS	Madde toplam r
Aktiviteler ($\alpha=.940$)					
3.Çocuğunuz dik ve/ veya destekli otururken (örneğin anne-baba desteği ile veya sırt destekli bir sandalyede otururken) salya akıntısı oluyor mu?			3.12	1.11	.44
4.Salya akıntısının derecesi nedir?			3.16	1.07	.38
2.Salya akıntısının derecesi nedir?			3.02	1.25	.31
8.Salya akıntısının derecesi nedir?			2.91	1.16	.32
6.Salya akıntısının derecesi nedir?			3.10	1.09	.36
1.Çocuğunuz uyanık ve/veya yüzüstü pozisyonundayken (örneğin yerde oynarken) salya akıntısı oluyor mu?	7,799	38,994	3.24	1.13	.39
7. Çocuğunuz elini ve parmaklarını kullanırken (örneğin çingirakla ve küplerle oynarken, çizim yaparken, boncukları dizerken) salya akıntısı oluyor mu?			3.07	1.11	.44
5. Çocuğunuz hareket halindeyken (örneğin yuvarlanırken, emeklerken, yürürken, zıplarken ya da spor yaparken) salya akıntısı oluyor mu?					
20. Salya akıntısının derecesi nedir?			3.45	.83	.57
19. Ses çıkarırken/ konuşurken çocuğunuzda salya akıntısı oluyor mu?			3.30	.92	.50
Uyku ($\alpha=.891$)					
17. Yan uyuduğu zaman, salya akma derecesi nedir?			3.22	.90	.59
18.Salya akıntısının derecesi nedir?	3,622	18,110	3.28	.91	.43
15. Uykudayken çocuğunuzda salya akıntısı oluyor mu?			3.29	.89	.42
16.Salya akıntısının derecesi nedir?					
Beslenme Dışı Emme ($\alpha=.845$)					
11. Gün boyunca emzik, başparmak, parmak, dudak veya biberon emerken çocuğunuzda salya akıntısı oluyor mu?			1.78	1.26	.28
12.Salya akıntısının derecesi nedir?	2,246	11,232	2.58	1.28	.40
14..Salya akıntısının derecesi nedir?			2.41	1.27	.42
13. Gece boyunca emzik, başparmak, parmak, dudak veya biberon emerken çocuğunuzda salya akıntısı oluyor mu?			2.40	1.29	.45
Beslenme ($\alpha=.924$)					
10..Salya akıntısının derecesi nedir?			3.06	1.15	.39
9. Çocuğunuz yerken ve içerken salya akıntısı oluyor mu?	1,473	7,365	2.46	1.28	.38

n = 311; genel alfa = 0.892; Toplam Varyans = 75.701 %; KMO = 0.787; Bartlett's Tets (Chi-Square: 6923.249; df: 190; p < .000)

Tablo 4.5’de yer alan bulgular incelediğinde ulaşılan nihai sonuç 0.887 alfa iç tutarlılık değeri ile varyansın %73,983’ünün açıklandığı görülmektedir. Kaiser–Meyer–Olkin’in (KMO) sonuçları, örneklem büyüklüğünün uygunluğunu (0.878); Bartlett’in testinin sonuçlarının anlamlılığı (Ki-Kare: 6923.249; df: 190; $p < .001$) analiz sonuçlarını desteklemektedir. Kısacası ölçeğin AFA sonuçlarına göre orijinal formuna benzer şekilde 4 faktör ve 20 maddeden oluştuğu görülmektedir. Orijinal formda yer alan faktör yapısı ve maddelerin faktörlere dağılımlarında herhangi bir yer değişikliği yaşanmamıştır. Ölçeğin geliştirilmesi aşamasında elde edilen toplam açıklanan varyans oranı %75,7’dir, bu çalışmada ulaşılan toplam açıklanan varyans oranı da benzer şekilde %75,7 olarak elde edilmiştir. Her bir faktör altında yer alan maddeler yorumlanabilir ve kabul edilebilir yüklerle sahiptir (> 0.32 ; Worthington ve Whittaker, 2006). Ayrıca her bir madde tarafından varyansın ne kadar açıklandığını ifade eden ortak faktör varyansları (Communalities) incelendiğinde tüm maddelerin kabul eşik değeri olan .3’den daha yüksek değerlere sahip oldukları görülmektedir.

Elde edilen 4 faktörlü yapı varyansın toplam %75,701’ini açıklamıştır ve bu varyans değerine birinci faktörün katkısı %38,994; ikinci faktörün katkısı %18,110; üçüncü faktörün katkısı %11,232 ve dördüncü faktörün katkısı %7,365 olarak elde edilmiştir.

Yapı geçerliği bağlamında elde edilen faktörlere ilişkin puanların ve ölçeğin toplam puanının korelasyon matrisleri incelenmiş ve Pearson Korelasyon katsayı değerleri Tablo 4.6.’da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Faktörler ve Toplam Puanlar Arasındaki İlişki ($n=311$)

	Aktiviteler	Uyku	Beslenme Dışı Emme	Beslenme	Toplam
Aktiviteler	1				
Uyku	,018	1			
Beslenme Dışı Emme	,351***	,168**	1		
Beslenme	,422***	,023	,396***	1	
Toplam	,880***	,361***	,618***	,557***	1

Not: * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$.

DRIPS ölçeği faktör yapılarının birbiri ile ve toplam puan ile ilişkileri incelendiğinde uyku ile aktiviteler ($r=.018$; $p>.05$) ve uyku ile beslenme ($r=.023$; $p>.05$)

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir. Elde edilen diğer ilişkiler incelendiğine tüm korelasyonların pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı oldukları görülmektedir.

4.2. Güvenirlik Analizleri

4.2.1. İç tutarlılık

DRIPS ölçeği yapısına ilişkin Cronbach alfa ile ulaşılan iç tutarlık katsayısı $\alpha = .892$ olarak belirlenmiştir. Her bir faktöre ilişkin iç tutarlık katsayıları ise Tablo 4.7.'de sunulmuştur.

Tablo 4.7. İç Tutarlık Analizi Sonuçları

Faktörler	Cronbach alfa
Aktiviteler	,940
Uyku	,891
Beslenme Dışı Emme	,845
Beslenme	,924
Toplam	,892

Tablo 4.7'de sunulan elde edilen değerler incelendiğine ulaşılan iç tutarlılık değerlerinin tamamının 0,8'den büyük olduğu görülmektedir. 0,7'nin üzerindeki değerlerin kabul edilir düzeyde olduğu düşünülürse ölçeğe ilişkin ulaşılan güvenirliliğinin yüksek olduğu ifade edilmektedir.

4.2.2. Test tekrar test

Ölçeğe ilişkin gerçekleştirilen bir diğer güvenirlik analizi test tekrar test analizidir. Bu çerçevede yöntem kısmında detaylı olarak ifade edilen veri toplamı sürecinde katılımcı 311 ebeveyne ulaşılarak dört hafta sonra tekrar ölçeği doldurmaları istenmiştir. Katılımcılardan elde edilen birinci ve ikinci veri setleri, tüm madde eşleri, faktörler ve toplam puanlar çerçevesinde ele alınarak korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Elde edilen ilk ve ikinci teste ilişkin korelasyon katsayıları Tablo 4.8 ve 4.9'da sunulmuştur.

Tablo 4.8'de sunulan tutarlılık/korelasyon katsayıları incelendiğinde katılımcıların ilk uygulama ile ikinci uygulamaları aralarında ,672 ile ,998 aralığında bir benzerlik/ilişki elde edilmiştir. Toplam puan bağlamında ulaşılan korelasyon katsayısı ,943 olarak

hesaplanmıştır. Elde edilen sonuçlar iki veri seti arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğunu, farklı bir ifade ile %94,3 oranında benzer sonuçlar çıktığını göstermektedir.

Tablo 4.8. Test Tekrar Test Sonucu Ulaşılan Güvenirlik Katsayıları

	Aktiviteler	Uyku	Beslenme Dışı Emme	Beslenme	Toplam
Aktiviteler	,998***				
Uyku		,809***			
Beslenme Dışı Emme			,729***		
Beslenme				,680***	
Toplam					,943***

Not: * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$.

Tablo 4.9. Maddeler Düzeyinde Test Tekrar Test Sonucu Ulaşılan Güvenirlik Katsayıları

Madde Eşleri	r	Madde Eşleri	r
1-1	,769***	11-11	,699***
2-2	,810***	12-12	,696***
3-3	,785***	13-13	,714***
4-4	,830***	14-14	,681***
5-5	,732***	15-15	,813***
6-6	,755***	16-16	,680***
7-7	,741***	17-17	,749***
8-8	,797***	18-18	,760***
9-9	,677***	19-19	,764***
10-10	,657***	20-20	,759***

Not: * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$.

Tablo 4.9’da yer alan madde eşleri arasındaki korelasyonlar incelendiğinde test tekrar test bağlamında ulaşılan katsayılar ,657 ile ,830 arasında değişmektedir.

4.2.3. Testi yarılama

Ölçeğin güvenirlik çalışmaları arasında elde edilen ilk veri bağlamında testi yarılama analizleri de gerçekleştirilmiştir. Her bir faktör kendi içinde ayrı ayrı analiz edilmiş ve toplam puan bağlamında gerçekleştirilen analiz ise tüm maddeleri içerecek şekilde yapılmıştır. Elde edilen analiz sonuçları Tablo 4.10’da yer almaktadır.

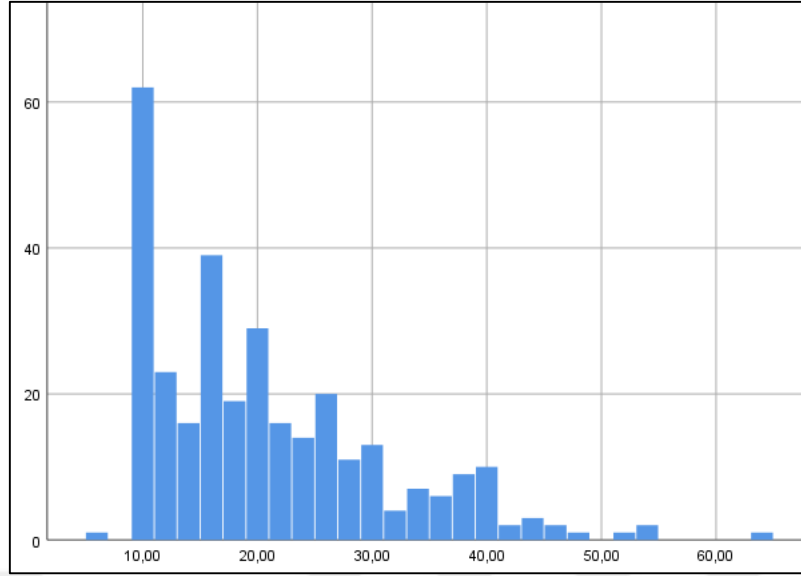
Tablo 4.10. *Testi Yarılama Yöntemi İle Elde Edilen Güvenirlik Katsayıları*

	Cronbach Alfa		Spearman-Brown	Guttman Split Half
	Bölüm 1	Bölüm 2		
Aktiviteler	,919	,844	,920	,876
Uyku	,886	,768	,905	,841
Beslenme Dışı Emme	,921	,898	,645	,636
Beslenme	1,00	1,00	,964	,924
Toplam	,871	,751	,770	,757

Tablo 4.10’da yer alan analiz sonuçlarına göre analizde oluşturulan bölümler arasındaki cronbach alfa değerleri incelendiğinde faktörler ve toplam puan bağlamında oluşturulan bölümler arasında ki korelasyon katsayısının ,768 ile 1,00 arasında değiştiği görülmektedir. Bu durum oluşturulan iki yarının birbiri ile tutarlı puanlarını ifade etmektedir. Ayrıca hem Spearman-Brown hem de Guttman testi yarılama skorları analiz kapsamında oluşturulan grupların birbiri ile olan benzerliklerini başka bir ifade ile ölçeğe ilişkin elde edilen başka bir güvenilirlik katsayısının yüksek olduğunu göstermektedir. Referans değeri olarak .70’in üstü değerlerde ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğunu ifade edilmektedir. Bu çerçevede elde edilen sonuçlar ölçeğimizin yüksek güvenilirlik gösterdiğini ifade etmektedir.

4.2.4. Madde analizleri

Ölçekte yer alan maddelerin ayırt edicilik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla ölçek toplam puan bağlamında belirlenen alt ve üst % 27’lik dilimler arasında ikili karşılaştırmalar gerçekleştirilmiştir. Analizlere geçilmeden önce verinin normal dağılım sergileyip sergilemediği test edilmiştir. Gerçekleştirilen kontrollerde veri setinin normal dağılım göstermediği belirlenmiş ve analizler parametrik olmayan Mann Whitney U analizi ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin dağılımına ilişkin Histogram Şekil 3.2’de sunulmuştur. Alt ve üst gruplar arasında her bir maddeye ilişkin elde edilen analiz sonuçları Tablo 4.11.’de sunulmuştur.



Şekil 4.2. *Toplam Puan Histogram Görüntüsü*

Şekil 4.2’de normal dağılım göstermediği belirlenen veri seti bağlamında gerçekleştirilen analiz sonuçlarının yer aldığı Tablo 4.11 incelendiğinde; alt ve üst %27’lik gruplar arasında hem tüm maddeler hem tüm faktörler hem de toplam puan bağlamında istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir ($U = ,000-2331,50$; $p \leq .001$). Analize dâhil edilen madde, faktör ve toplam puanlara ilişkin ortalamalar incelendiğinde toplam puan bağlamında oluşturulan gruplarından üst grubun; alt faktör ve maddeler bağlamında da daha yüksek puan ortalamalarına sahip oldukları belirlenmiştir. Ancak ifade edilmesi gereken bir nokta özellikle bulguların devamında gerçekleştirilecek olan analizlerde de belirtileceği üzere ölçekten yüksek puan almanın daha fazla salya akıntısını ifade ettiğinin unutulmamasıdır.

Tablo 4.11. Ölçek Maddeleri Bağlamında, Alt ve Üst %27'lik Dilimler Arası Karşılaştırmalar

Faktörler		Üst % 27 (n=84)		Alt % 27 (n=84)		U	Z	p
		Ortalama	SS	Ortalama	SS			
Aktiviteler	M3	1,36	0,86	0,00	0,00	740,00	-9,880	.000***
	M4	2,24	1,18	0,00	0,00	672,00	-10,316	.000***
	M2	2,43	1,01	0,04	0,24	243,50	-11,302	.000***
	M8	2,15	1,08	0,08	0,32	534,50	-10,354	.000***
	M6	1,89	1,15	0,02	0,22	716,50	-10,026	.000***
	M1	1,62	0,88	0,02	0,15	311,00	-11,024	.000***
	M7	1,43	0,88	0,07	0,26	811,50	-9,258	.000***
	M5	1,17	0,80	0,01	0,11	1133,00	-8,290	.000***
	M20	1,31	1,12	0,01	0,11	1239,00	-8,696	.000***
	M19	0,88	0,83	0,01	0,11	1294,50	-8,494	.000***
Toplam		16,48	6,58	0,27	0,77	13,50	-11,580	.000***
Uyku	M17	0,99	1,33	0,04	0,19	1918,50	-6,847	.000***
	M18	0,93	1,39	0,04	0,19	2128,50	-6,262	.000***
	M15	0,69	0,81	0,05	0,21	1712,00	-7,342	.000***
	M16	0,71	0,87	0,01	0,11	1764,00	-7,387	.000***
Toplam		3,32	3,87	0,13	0,62	1680,00	-7,409	.000***
Beslenme Dışı Emme	M11	0,94	0,91	0,07	0,26	1672,00	-6,688	.000***
	M12	1,43	1,27	0,10	0,37	1471,50	-7,642	.000***
	M14	0,88	1,18	0,01	0,11	2002,00	-6,621	.000***
	M13	0,61	0,84	0,01	0,11	2331,50	-4,651	.000***
Toplam		3,86	3,46	0,19	0,65	1420,50	-7,393	.000***
Beslenme	M10	1,21	1,26	0,06	0,32	1778,50	-7,040	.000***
	M9	0,74	0,85	0,04	0,19	1789,50	-7,024	.000***
Toplam		1,95	2,06	0,10	0,51	2637,50	-3,580	.000***
TOPLAM		25,61	7,57	0,69	1,14	,000	-11,464	.000***

Not: * = $p \leq 05$; ** = $p \leq 01$; *** = $p \leq 001$.

4.3. Karşılaştırma Analizleri

Araştırmanın bu bölümünde katılımcıların demografik özellikleri bağlamında gerçekleştirilen karşılaştırma analizleri yer almaktadır. İfade edilen analizler hem güvenilirlik çerçevesinde ele alınan madde analizlerinin devamı niteliğinde hem de araştırma çerçevesinde ele alınan alt amaçları ifade etmektedir. Karşılaştırma analizleri faktör ve toplam puanlar üzerinden gerçekleştirilmiş ele alınan değişkenler; cinsiyet,

37.hafta bağlamında hamilelik süresi, ilaç kullanım durumu, diş çıkarma durumu ve soğuk algınlığı geçirip geçirmeme durumları olarak belirlenmiştir. Ele alınan değişkenlere yönelik analizler sırası ile Tablo 4.12 ile 4.18 arasında sunulmuştur.

Tablo 4.12. *Faktör ve Toplam Puanın Cinsiyet Bağlamında Karşılaştırılması*

Puan	Grup	$\bar{X}$	SS	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Aktiviteler	Kız	4,96	6,63	138,35	22473,50	9184,500	-3,813	.000***
	Erkek	8,35	8,43	175,96	26042,50			
Uyku	Kız	2,24	3,34	151,81	24745,50	11379,50	-0,969	.333
	Erkek	2,61	3,52	160,61	23770,50			
Beslenme Dışı Emme	Kız	1,64	2,72	155,33	25319,50	11574,50	-0,151	.484
	Erkek	1,71	2,44	156,73	23196,50			
Beslenme	Kız	,61	1,35	147,88	24104,00	10850,00	-2,153	.043*
	Erkek	,92	1,56	164,95	24412,00			
TOPLAM	Kız	9,46	9,30	139,62	22757,50	9358,500	-3,386	.001***
	Erkek	13,59	11,22	174,04	25758,50			

Not: * = $p \leq 05$; ** = $p \leq 01$; *** = $p \leq 001$.

Tablo 4.12’de sunulan analiz sonuçları incelendiğinde katılımcıların cinsiyetleri bağlamında aktivite ($U = 9184,50$; $p \leq .001$), beslenme ($U = 10850,00$; $p \leq .05$) ve toplam puan ($U = 9358,50$; $p \leq .001$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir. İfade edilen anlamlı farklılıklara yönelik puan ortalamaları incelendiğinde aktiviteler boyutunda erkeklerin salya akıntı miktarı (8,35), kızların salya akıntı miktarından (4,96) daha fazla olduğu görülmektedir. Benzer durum hem beslenme hem de toplam puan bağlamında da geçerlidir. Beslenme faktörü bağlamında erkeklerin puan ortalaması ,92 iken kızların puan ortalaması ,61 olarak elde edilmiştir. Ölçek toplam puan bağlamında erkeklerin ortalaması 13,59 iken yine kızların ortalaması daha düşük olarak 9,46 şeklinde elde edilmiştir.

Tablo 4.13’de katılımcı çocukların hamileliğin 37. Haftasından önce ya da sonra doğması açısından sunulan karşılaştırma sonuçları incelendiğinde tüm alt faktörlerde ve ölçek toplam puanında 37.haftadan önce ve sonra doğanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık elde edilmemiştir. Anlamlı farklılık olmaksızın puan ortalamaları incelendiğinde ortalamaların birbirine yakın olduğu; aktivite ve beslenmede 37.haftadan

önce doğanların; uyku, beslenme dışı emme ve toplam puanda ise 37.haftadan sonra doğanların daha yüksek salya akıntı ortalamasına sahip oldukları görülmektedir. Farklı bir ifade ile hem anlamlı farklılık elde edilememiş hem de ortalamalar arası farklar tutarlı şekilde bir grubun daha yüksek ya da düşük olduğu şeklinde çıkmamıştır.

Tablo 4.13. *Faktör ve Toplam Puanın Doğum Haftası Bağlamında Karşılaştırılması*

Puan	37. Hafta	$\bar{X}$	SS	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Aktiviteler	Önce	8,35	9,70	166,48	7658,00	5613,00	-0,875	.382
	Sonra	6,27	7,31	154,18	40858,00			
Uyku	Önce	2,11	3,11	150,72	6933,00	5852,00	-0,485	.628
	Sonra	2,48	3,49	156,92	41583,00			
Beslenme Dışı Emme	Önce	1,22	2,43	134,35	6180,00	5099,00	-1,955	.051
	Sonra	1,75	2,62	159,76	42336,00			
Beslenme	Önce	0,61	1,42	161,10	7410,50	5860,50	-0,537	.592
	Sonra	0,78	1,47	155,12	41105,50			
TOPLAM	Önce	12,28	12,17	158,03	7269,50	6001,50	-0,167	.868
	Sonra	11,28	10,14	155,65	41246,50			

Not: * = $p \leq 05$; ** = $p \leq 01$; *** = $p \leq 001$.

Tablo 4.14. *Faktör ve Toplam Puanın İlaç Kullanım Durumu Bağlamında Karşılaştırılması*

Puan	İlaç Kull.	$\bar{X}$	SS	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Aktiviteler	Evet	8,85	8,32	182,64	10045,00	5575,00	-2,475	.008**
	Hayır	6,09	7,52	150,28	38471,00			
Uyku	Evet	2,47	3,67	154,92	8520,50	6980,50	-0,111	.912
	Hayır	2,41	3,39	156,23	39995,50			
Beslenme Dışı Emme	Evet	2,49	3,24	171,51	9433,00	6187,00	-1,558	.073
	Hayır	1,50	2,40	152,67	39083,00			
Beslenme	Evet	1,25	1,88	156,00	8580,00	5865,00	-2,566	.010**
	Hayır	0,65	1,34	156,00	39936,00			
TOPLAM	Evet	15,07	11,35	186,38	10251,00	5369,00	-2,796	.005**
	Hayır	10,65	10,10	149,47	38265,00			

Not: * = $p \leq 05$; ** = $p \leq 01$; *** = $p \leq 001$.

Tablo 4.14’de yer alan ilaç kullanım durumuna göre yapılan analiz sonuçlarına göre; tüm faktör ve toplam puan bağlamında ilaç kullananların salya akıntı ortalaması ilaç kullanmayanlardan da yüksek bulunmuştur. İfade edilen farklılık aktiviteler ($U = 5575,00$; $p \leq .05$), beslenme ($U = 5865,00$; $p \leq .01$) ve toplam puan türlerin ($U = 5369,00$; $p \leq .01$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Diğer faktörlerde tutarlı bir şekilde ilaç kullananların daha fazla salya akıntısına sahip oldukları görülse de bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

Tablo 4.15. *Faktör ve Toplam Puanın Yeni Diş Çıkarma Durumu Bağlamında Karşılaştırılması*

Puan	Yeni Diş	$\bar{X}$	SS	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Aktiviteler	Evet	8,07	8,00	178,17	13006,50	7068,50	-2,461	.022*
	Hayır	6,12	7,60	149,20	35509,50			
Uyku	Evet	1,71	2,96	138,98	10145,50	7444,50	-2,078	.038*
	Hayır	2,64	3,54	161,22	38370,50			
Beslenme Dışı Emme	Evet	1,51	2,00	158,35	11559,50	8515,50	-0,282	.756
	Hayır	1,73	2,75	155,28	36956,50			
Beslenme	Evet	0,81	1,50	159,66	11655,50	8419,50	-0,513	.741
	Hayır	0,74	1,45	154,88	36860,50			
TOPLAM	Evet	12,10	10,43	163,71	11950,50	8124,50	-0,840	.442
	Hayır	11,23	10,48	153,64	36565,50			

Not: * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$.

Tablo 4.15’de yer alan son iki hafta içinde yeni diş çıkarıp çıkarmaması durumuna göre yapılan analiz sonuçlarına göre; aktiviteler ($U = 7068,00$; $p \leq .05$) ve uyku alt faktöründe ($U = 7444,00$; $p \leq .05$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Puan ortalamaları incelendiğinde aktiviteler bağlamında yeni diş çıkaranların daha fazla salya akıntısı (13,03) gösterdiği; uyku bağlamında ise yeni diş çıkarmayanların (3,64) daha fazla salya akıntı miktarına sahip oldukları görülmektedir. Diğer faktörler ve toplam puan bağlamında puan ortalamaları incelendiğinde yine tutarlı bir farklılık olmadığı görülmüş, beslenmede yeni diş çıkaranların; beslenme dışı emme ve toplam puanda ise yeni diş çıkarmayanların yüksek salya akıntısı gösterdikleri belirlenmiştir.

Yeni diş çıkarma değişkeninde olduğu gibi son iki hafta içinde soğuk algınlığı geçirip geçirmeme değişkeni ele alınmış ve elde edilen analiz sonuçları Tablo 4.16’da sunulmuştur.

Tablo 4.16. *Faktör ve Toplam Puanın Soğuk Algınlığı Geçirme Durumu Bağlamında Karşılaştırılması*

Puan	Soğuk Algınl.	$\bar{X}$	SS	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Aktiviteler	Evet	5,73	7,29	147,16	29580,00	9279,00	-2,394	.006**
	Hayır	8,12	8,27	172,15	18936,00			
Uyku	Evet	2,69	3,58	162,19	32600,50	9810,50	-1,845	.065
	Hayır	1,94	3,10	144,69	15915,50			
Beslenme Dışı Emme	Evet	1,43	2,34	148,87	29922,50	9699,50	-2,034	.042*
	Hayır	2,12	2,96	169,03	18593,50			
Beslenme	Evet	0,62	1,37	153,66	30885,50	9654,50	-2,443	.015*
	Hayır	1,01	1,60	160,28	17630,50			
TOPLAM	Evet	10,47	10,21	148,41	29830,00	9529,00	-2,021	.026*
	Hayır	13,18	10,71	169,87	18686,00			

Not: * = $p \leq 05$; ** = $p \leq 01$; *** = $p \leq 001$.

Son iki hafta içinde çocuklarının soğuk algınlığı geçirip geçirmediğini ifade eden ebeveynlerin yanıtları doğrultusunda oluşturulan gruplar arası karşılaştırma sonuçları incelendiğinde; aktiviteler ($U = 7068,00$; $p \leq 05$), beslenme dışı emme ($U = 9699,00$; $p \leq 05$), beslenme ($U = 9654,00$; $p \leq 05$) ve toplam puan bağlamında ($U = 9529,00$; $p \leq 05$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir. Puan ortalamaları incelendiğinde anlamlı farklılık elde edilen tüm puan türlerinde soğuk algınlığı geçirmeyenlerin daha fazla salya akıntı miktarına sahip oldukları görülmüştür.

Araştırma kapsamında doğrudan katılımcı ebeveyninin bildirimine dayalı olarak elde edilen değişkenler arası karşılaştırma analizleri bitmiştir. Ancak katılımcılar yine katılımcılara ilişkin elde edilen yaş değişkenine göre dört gruba ayrılmıştır. Bu çerçevede oluşturulan yeni yaş grupları arasında salya akıntı miktarında farklılaşma olup olmadığının belirlenmesi amacıyla Kruskal Wallis H analizleri gerçekleştirilmiştir. Analize ilişkin bulgular Tablo 4.17 ve 4.18’de sunulmuştur.

Tablo 4.17. Faktör ve Toplam Puanın Katılımcı Yaş Grupları Bağlamında Karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Ölçekler	Alt Grup	N	$\bar{X}$	SS	Sıra Ortalaması	Ki Kare	p
Aktiviteler	0-12 Ay	64	10,58	8,15	198,63	34,878	.000***
	13-24 Ay	64	8,17	8,46	175,29		
	25-36 Ay	70	5,90	7,05	154,05		
	37-48 Ay	113	3,82	6,20	122,14		
Uyku	0-12 Ay	64	1,59	2,71	138,32	6,734	.081
	13-24 Ay	64	2,19	3,52	147,58		
	25-36 Ay	70	2,53	3,37	159,73		
	37-48 Ay	113	2,96	3,71	168,47		
Beslenme Dışı Emme	0-12 Ay	64	2,66	3,01	185,32	15,680	.001***
	13-24 Ay	64	1,84	2,61	164,52		
	25-36 Ay	70	1,70	2,85	153,13		
	37-48 Ay	113	1,01	1,91	136,35		
Beslenme	0-12 Ay	64	1,11	1,67	159,80	10,778	.013*
	13-24 Ay	64	1,03	1,64	172,50		
	25-36 Ay	70	0,60	1,30	155,85		
	37-48 Ay	113	0,50	1,26	144,59		
Toplam	0-12 Ay	64	15,94	10,45	194,71	23,716	.000***
	13-24 Ay	64	13,23	11,51	170,45		
	25-36 Ay	70	10,73	10,24	149,87		
	37-48 Ay	113	8,29	8,84	129,69		

Not: * = $p \leq 05$; ** = $p \leq 01$; *** = $p \leq 001$.

Tablo 4.17’de sunulan analiz sonuçlarına göre katılımcıların yaş grupları arasında aktivite ($X^2=34,878$; $p \leq .00$), beslenme dışı emme ($X^2=15,680$; $p \leq .00$) ve toplam puan ($X^2=23,716$; $p \leq .00$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir. Ancak analizin doğası gereği elde edilen anlamlı farklılığının hangi iki grup karşılaştırması arasında olduğu bilinmemektedir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi için anlamlı farklılık elde edilen puan türlerinde; yaş gruplarının ikili karşılaştırmaları (Mann Whitney U) yapılmıştır. Ancak gerçekleştirilen her bir ikili karşılaştırmada tip 1 hata yapma olasılığı arttığı için tedbir olarak p anlamlılık değeri Bonferroni düzeltmesi sonucu hesaplanmıştır. 4 alt değişken yer aldığı için 4’ün 2’li kombinasyonu olan 6 Mann-Whitney U analizi gerçekleştirilmiş dolayısıyla Bonferroni düzeltmesi sonucu

dikkate alınması gereken yeni anlamlılık değeri (p) 0,05/6= 0,008 olarak belirlenmiştir. Çoklu karşılaştırma analiz sonuçları Tablo 4.18’de sunulmuştur.

Tablo 4.18. *Anlamlı Fark Bulanan Puan Türlerine İlişkin Çoklu Karşılaştırma Sonuçları*

Ölçek ve Alt Ölçekler	Alt Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplam	U	Z	p
Aktiviteler	0-12 Ay	64	77,87	4983,50	1576,50	-2,987	,003**
	25-36 Ay	70	58,02	4061,50			
	0-12 Ay	64	116,27	7441,50	1870,50	-5,493	,000***
	37-48 Ay	113	73,55	8311,50			
	13-24 Ay	64	108,57	6948,50	1076,5	-2,744	,006**
	37-48 Ay	113	77,92	8804,50			
Beslenme Dışı Emme	0-12 Ay	64	74,55	4771,00	1789,00	-2,145	,032*
	25-36 Ay	70	61,06	4274,00			
	0-12 Ay	64	106,74	6831,50	2480,50	-3,860	,000***
	37-48 Ay	113	78,95	8921,50			
	13-24 Ay	64	99,51	6368,50	2943,50	-2,349	,019*
	37-48 Ay	113	83,05	9384,50			
Beslenme	0-12 Ay	64	106,74	6831,50	2939,50	-2,774	,006**
	37-48 Ay	113	78,95	8921,50			
	13-24 Ay	64	108,57	6948,50	3018,00	-2,474	,013*
	37-48 Ay	113	77,92	8804,50			
Toplam	0-12 Ay	64	77,02	4929,50	1630,50	-2,723	,006**
	25-36 Ay	70	58,79	4115,50			
	0-12 Ay	64	113,44	7260,00	2052,00	-4,798	,000***
	37-48 Ay	113	75,16	8493,00			
	13-24 Ay	64	103,41	6618,50	2693,50	-2,833	,005**
	37-48 Ay	113	80,84	9134,50			

Not: * = $p \leq 05$; ** = $p \leq 01$; *** = $p \leq 001$.

Tablo 4.18’de yer alan çoklu karşılaştırma sonuçları incelendiğinde anlamlı fark elde edilen aktiviteler, beslenme dışı emme, beslenme ve toplam puan bağlamında; 0-12 ay/25-36 ay; 0-12 ay/37-48 ay ve 13-24 ay/37-48 ay grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir. Ancak Bonferroni düzeltmesi sonucu ulaşılan yeni anlamlılık değeri (,008) çerçevesinde değerlendirildiğinde beslenme dışı emme faktöründe yer alan 0-12 ay/25-36 ve 13-24 ay/37-48 ay karşılaştırmaları ve beslenme

faktöründe yer alan 13-24 ay/37-48 ay karşılaştırma sonuçları anlamlılıklarını yitirmektedir.

Tablo 4.17’de sunulan puan ortalamaları incelendiğinde aktiviteler; beslenme dışı emme, beslenme ve toplam puan türlerinde katılımcıların yaşı büyüdükçe salya akıntısında doğrusal bir şekilde azalmaktadır. Farklı bir ifade ile her bir yaş grubu bir öncekinden daha az bir sonraki yaş grubundan daha çok salya akıntı miktarına sahiptir. Çoklu karşılaştırma analizlerinde anlamlı bulunmayan ikili grup karşılaştırması 13-24 ay/25-36 ay grupları olmuştur. Yani 13-24 ay aralığında yer alan çocuklar ile 25-36 ay aralığında yer alan çocukların salya akıntı miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

4.4. İlişki Analizleri

Araştırma kapsamında katılımcı çocukların yaşları doğum tarihleri ve ölçeği doldurma tarihleri arasındaki gün farkı formülü ile gün olarak elde edilmiştir. Bu çerçevede çocukların yaşları ile salya akıntıları arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Spearman’s rho korelasyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Analizler hem tüm katılımcılar hem de cinsiyet bağlamında kız ve erkek öğrenciler özelinde gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.19’da sunulmuştur.

Tablo 4.19. *Faktör ve Toplam Puanın Katılımcı Yaşları ile Korelasyonları*

Ölçek ve Alt Ölçekler		Yaş	Yaş (Kızlar)	Yaş (Erkekler)
Aktiviteler	r	-,341***	-,400***	-,383***
Uyku	r	,133*	,135	,112
Beslenme Dışı Emme	r	-,231***	-,264***	-,193
Beslenme	r	-,188***	-,225*	-,183*
Toplam	r	-,279***	-,341**	-,233***

Not: * = $p \leq 05$; ** = $p \leq 01$; *** = $p \leq 001$.

Tablo 4.19’da yer alan korelasyon matrisi incelendiğinde tüm katılımcıları bağlamında yaş ile bütün faktör puanları ve toplam puan arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir. Elde edilen ilişki uyku alt faktörü dışında negatif yönlüdür. Yani çocukların yaşları büyüdükçe aktivite, beslenme dışı emme, beslenme ve toplam puan

olarak ulaşılan salya akıntıları azalmaktadır. Ancak katılımcıların yaşları ile uyku esnasında gerçekleşen salya akıntısı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki belirlenmiştir. Farklı bir ifade ile katılımcıların yaşları büyüdükçe uyku esnasında gerçekleşen salya akıntı miktarı da artmaktadır.

Kız ve erkek katılımcılar bağlamında ulaşılan korelasyon katsayıları tüm katılımcılar ile ulaşılan korelasyon katsayılarının yn tamamen uyumludur. Ancak hem kızlarda hem de erkeklerde uyku ve beslenme faktörleri ile yaş değişkeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. Genel olarak ifade edilecek olursa; kız erkek ve tüm katılımcılar bağlamında yaş arttıkça aktivite, beslenme dışı emme ve toplam puan bağlamında salya akıntısı giderek azalmaktadır.

Araştırma kapsamında ulaşılan katılımcı çocukların salya akıntısına ilişkin genel betimleyici istatistikler; cinsiyet, geleişim ve alt faktör puanları bağlamında Tablo 4.20’de sunulmuş.

Tablo 4.20. Cinsiyet, Gelişim ve Alt Faktörler Bağlamında Betimleyici İstatistikler

	Gelişim Dönemi (Ay)	Ortalama			Gelişim Dönemi (Ay)	Ortalama	
		Kızlar	Erkekler			Kızlar	Erkekler
AKTİVİTELER	0-3	9,27	10,14	BESLENME DIŞI EMME	0-3	2,82	3,29
	4-6	11,31	13,25		4-6	3,54	3,00
	7-9	11,71	15,44		7-9	3,86	2,11
	10-12	6,62	8,00		10-12	2,08	0,70
	13-15	5,00	9,86		13-15	1,18	0,29
	16-18	4,00	12,25		16-18	1,50	2,13
	19-21	16,00	12,00		19-21	3,00	2,73
	22-24	2,00	9,00		22-24	0,60	4,20
	25-27	3,50	6,08		25-27	0,80	2,77
	28-30	3,44	7,55		28-30	1,78	0,64
	31-33	3,88	9,40		31-33	2,75	2,20
	34-36	1,00	5,83		34-36	0,00	0,50
	37-39	2,33	4,29		37-39	0,83	1,43
	40-42	2,50	5,41		40-42	1,17	1,14
	43-45	3,12	4,86		43-45	0,29	0,29
	46-48	2,57	6,82		46-48	1,50	1,55
UYKU	0-3	3,09	1,57	BESLENME	0-3	0,45	0,71
	4-6	0,85	0,75		4-6	1,23	1,50
	7-9	0,57	1,44		7-9	1,86	2,33
	10-12	3,15	3,20		10-12	1,23	0,20
	13-15	0,91	2,43		13-15	0,91	0,71
	16-18	1,00	2,00		16-18	0,83	2,13
	19-21	0,00	1,73		19-21	0,00	1,27
	22-24	0,60	5,80		22-24	0,20	0,80
	25-27	2,00	3,08		25-27	0,40	0,92
	28-30	3,11	2,00		28-30	0,22	0,64
	31-33	1,75	3,10		31-33	1,00	0,20
	34-36	1,50	3,50		34-36	0,00	2,33
	37-39	2,92	2,14		37-39	0,33	0,29
	40-42	4,00	3,41		40-42	0,44	0,59
	43-45	3,18	0,71		43-45	0,12	0,29
	46-48	2,00	3,45		46-48	0,36	0,91

5. TARTIŞMA

Yapılan bu çalışmada temel amaç Türkiye’de yaşayan ve tipik gelişim gösteren 0-4 yaş arası Bebekler ve Okul Öncesi Çocuklarda Salya Akıntısı Ölçeği: Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasını gerçekleştirmektir. Tipik gelişmekte olan bebek ve okul öncesi çocuklarının 4 yaşına kadar geniş bir katılımla salya akıntısının ve tükürük kontrolünün gelişimini analiz eden Türkiye’deki ilk çalışmadır. Veriler, Van Hulst ve ark. tarafından geliştirilen ölçek olan Development of the Drooling Infants and Preschoolers Scale/DRIPS ile toplanmıştır.

DRIPS ölçeği üç bölümden oluşmaktadır. 1-7. Maddeleri kapsayan birinci bölümde demografik ve sağlık ile ilgili sorulara yer verilmiştir. 8-16. Maddeleri kapsayan ikinci bölümde ise salya akma sıklığı ve ciddiyetine ilişkin sorular yer alırken 17-20. Maddeleri kapsayan üçüncü bölümde ise diş çıkarma ve burun akıntısına sebep olan soğuk algınlığı sırasında salya akması ile ilgili iki taraflı sorular yer almaktadır.

DRIPS ölçeğinin Türkçe uyarlama çalışması kapsamına uzman görüş formunda değerlendirilmesi istenen 25 madde uzmanlara sunulmuştur. Alanında uzman 10 uzman bağlamında 250 değerlendirmeyi ifade etmektedir. Elde edilen değerlendirme sonuçlarına göre uzmanlar 250 değerlendirmenin 230’una “uygun”, 20’sine “biraz düzeltilmeli” cevabını vermiştir. Yapılan hesaplama sonucunda ölçeğin uzman görüş tutarlılığı %92 olarak belirlenmiştir.

DRIPS ölçeğinin orijinali geliştirilirken 676 katılımcı alınmıştır (Van Hulst vd., 2012). Bu çalışmada ise ulaşılan kişi sayısı toplam 1554’tür. İlk veri toplama sürecinin ardından cevapları incelendiğinde 707 kişinin araştırmaya katılmak istemediğini belirttiği belirlenmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen ve ölçek sorularına cevap veren kişi sayısı 847 kişidir. Dahil etme kriterleri 4 yaşından küçük çocuğa sahip ebeveynler, herhangi bir oral veya yüz anatomisi bozukluğu tanısına sahip olmayan çocukların ebeveynleri ve bilinen herhangi bir konjenital sendrom veya doğrulanmış nörolojik problemleri bulunmayan çocukların ebeveynleridir. Dışlama kriterleri 4 yaşından büyük çocuğa sahip ebeveynler, herhangi bir oral veya yüz anatomisi bozukluğu tanısına sahip çocukların ebeveynleri ve bilinen herhangi bir konjenital sendrom veya doğrulanmış nörolojik problemleri bulunan çocukların ebeveynleridir. Ulaşılan 847 kişiden elde edilmiş olan veri seti incelendiğinde araştırmaya dâhil etme ve dışlama

kriterlerinden dolayı 180 katılımcı araştırma dışında tutulmuştur. Nihai olarak ilk veri toplama sürecinde 667 ebeveynin cevaplarına ulaşılmıştır. Güvenirlilik çalışması kapsamında ilk verileri ve iletişim bilgileri olan 667 ebeveyne 4 hafta sonra farklı aralıklarla üçer kez sms yoluyla hatırlatma mesajları gönderilmiştir. İkinci veri toplama sürecinde 667 ebeveynden 311'i geri dönüş sağlamıştır. İstatistiksel analizler için katılımcı sayısının yüksek tutulması anlamlı sonuçlara ulaşırması bağlamında önem arz etmektedir. Çalışmanın bu bağlamda İngilizce adaptasyon çalışmasından olumlu yönde etkilendiği düşünülmektedir.

Bir ölçeğin farklı dil ve kültürde çevrilmesi durumunda dilbilimsel içeriğinin korunması ile kültürel olarak da uyarlanması gerektiği kabul edilmektedir (Beaton vd., 2007; Coster ve Mancini, 2015; Esin, 2014). Farklı dillerde geliştirilen ölçeklerin kaynak dilden hedef dile çevrilmesi, ölçeğin hem dilsel hem de kültürel olarak eşitliğinin sağlanması için birçok analiz metodunun kullanılmasını gerektirmektedir (Yasir, 2016). Uyarlanmış ölçeğin kullanımı zamandan tasarrufu sağlar, toplanan veriler ile genelleme imkânını artırır ve ölçüm yapılan toplumlar arasında benzerlik ve farklılıkların araştırılmasına imkân sağlar (Borsa vd., 2012; Nilsson vd., 2016).

En genel anlamda ölçeğin geliştirildiği amaç doğrultusunda ne denli doğru olarak çalıştığını ifade eden geçerlilik (Kartal ve Bardakçı, 2018), görünüş/kapsam, ölçüt bağımlı ve yapı geçerliliği olarak ele alınmaktadır (Büyüköztürk, 2007; Cohen ve Swerdlik, 2018). Ancak bu çalışmada ölçüt bağımlı geçerliliği sağlayabilmek için bu çalışma dışında herhangi geliştirilmiş başka benzer bir ölçek bulunamadığından yapılamamıştır. Görünüş ve kapsam geçerliliği uzman görüşü alınarak test edilmiştir (Büyüköztürk, 2007). Bu amaçla 5 farklı uzmanlık alanında çalışan toplam 10 uzmandan görüş ve değerlendirme istenmiştir. Uzmanların alan bilgileri Tablo 4.1 de gösterilmiştir. 25 ayrı maddeden oluşan görünüş ve kapsam geçerliliği için düzeltme istenilen formda uygun olarak işaretlenen maddelere 1 değeri, biraz düzeltilmeli denilen maddelere 0 değeri verilmiştir. Yapılan analiz sonucunda %92 oranında uygun cevabı verildiği yani görüş birliğine varıldığı görülmüştür (Tablo 4.2).

Açımlayıcı faktör analizi (AFA), ele alınan çok sayıdaki değişkenin kovaryans yapısını incelemek ve bu değişkenler arasındaki ilişkileri, çok daha az sayıdaki gözlenemeyen gizli değişkenler olarak tanımlanan faktörler bakımından açıklamayı sağlamak üzere düzenlenmiş bir analiz biçimidir (Stapleton, 1997). Bu çalışmada yapı

geçerliliği kapsamında değişkenler bakımından açıklamayı sağlamak için AFA yapılmıştır. 20 maddeden oluşan ve 311 katılımcıya ulaşılan ölçeğin öncelikle analize uygunluğu test edilmiştir. Çalışmada ulaşılan katılımcı sayısı (300 den fazla olması, Tabachnick ve Fidell; 10/1 Nunally) korelasyon matrisinde ulaşılan (.3 ve üzeri pek çok katsayının varlığı) Kaiser*Mayer-Olkin değerinin .6 dan büyük olması (.754) ve Bartlett Test sonuçlarının anlamlı olması (.000) ile kontrol edilmiş ve korelasyon matrisinin faktörlenebileceği görülmüştür.

Yapılan AFA sonucunda herhangi bir maddenin herhangi bir faktör içerisinde yer değiştirmeden ölçeğin geliştirildiği makaledeki yapı korunarak aynı maddeler aynı faktörlerde kalmayı sürdürdüğü görülmüştür. Analiz sonucunda açıklanan toplam varyans oranı %75.7 olarak elde edilmiştir. Ulaşılan faktör yapısı Monte Carlo paralel analizi ile de öz değerler açısından karşılaştırılmıştır ve elde edilen faktörlerin rassal olarak oluşturulan Monte Carlo daki değerlerle ile de uygun olduğu görülmüştür. Ayrıca yamaç grafiği ile de kırılımın 4. faktörden sonra olduğunu görülmüştür. Çalışmada açımlayıcı faktör analizinde Varimax döndürme yöntemi kullanılmıştır. Maximum Likelihood diye ifade edilen çıkarma metodu kullanılarak açımlayıcı faktör analizini tamamlanmıştır.

AFA demografik ve sağlıkla ilgili maddeler dışında kalan 20 ölçek maddesi üzerinden yapılmıştır. Maddelerin yük değerlerinin yüksek olduğu genellikle .583 ile .498 arasında yer aldığı herhangi bir şekilde bunun 0.3 ile 0.4 kesme noktasından yüksek değerlere sahip olduğu için maddelerin faktörler içerisinde bulunmasının anlamlı olduğu görülmüştür.

Maddelerin öz değerleri ile ilgili kısımda aktiviteler bağlamında varyansın %38.994, uykuda % 18.110, beslenme dışı emmede %11.232 ve beslenmede %7.365 açıkladığını görülmüştür. Ulaşılan toplam açıklanan varyans oranı ölçeğin orijinal çalışmasında ulaşılan varyans oranı (%75.7) ile benzerlik göstermektedir. Herhangi bir şekilde maddelerde binişiklik olmadığı, tüm maddelerin madde kabul eşik değerleri olan $\alpha = .03$ den yüksek olduğu yapılan AFA ile ortaya koyularak ölçeğin yapı geçerliliği değerleri elde edilmiştir. Ayrıca ölçek faktörleri ile toplam puan arasındaki ilişkiye baktığımız zaman hepsinin anlamlı olduğu sadece uyku / aktiviteler ve uyku / beslenme arasında bir korelasyon çıkmadığı görülmüştür.

Ölçeğin orijinal makalesi bir ölçek geliştirme çalışması olduğu için çalışmalarında güvenirlik bağlamında sadece iç tutarlık analizleri yapılmıştır. Bir ölçümün farklı yöntemlerle geçerlilik güvenirlik analizlerini yaparak uygun güvenirlik katsayılarına ulaşılmalı. Böylelikle ölçüm standartlaştırılmış olur (Şencan, 2005). Bu çalışmada ise güvenirlik kapsamında iç tutarlılık analizlerine ek olarak test tekrar test, test yarılama ve madde analizleri yapılmıştır. Gerçekleştirilen toplam 4 güvenirlik çalışmasına ilişkin sonuçlar şu şekildedir.

Van Hulst ve arkadaşları 2012 yılında DRIPS'in yapısına ilişkin Cronbach alfa ile ulaşılan iç tutarlılık katsayısı $\alpha = .88$ olarak belirlenmiştir. Yapılan bu çalışmada ise uyarlanan ölçeğin yapısına ilişkin Cronbach alfa ile ulaşılan iç tutarlılık katsayısı $\alpha = .89$ olarak belirlenmiştir. Ölçekte bulunan maddelerin homojen yapısını açıklamak veya sorgulamak üzere kullanılan Cronbach alfa katsayısı şu şekilde gibi ifade edilmektedir: $0 < R^2 < 0.40$ ise güvenirli değil, $0.40 < R^2 < 0.60$ ise düşük güvenirlikte, $0.60 < R^2 < 0.80$ ise oldukça güvenirli ve $0.80 < R^2 < 1.00$ ise yüksek güvenirlikte (Uzunsakal ve Yıldız, 2018). Bu çalışmada elde edilen değerler incelendiğine ulaşılan iç tutarlılık değerlerinin tamamının, $\alpha = .88$ 'den büyük olduğu görülmektedir. Bu bağlamda ölçeğe ilişkin ulaşılan güvenirliğinin 2012 yılında geliştirilen DRIPS'ten bile yüksek olduğu görülmektedir.

Test tekrar test aynı gruba aynı ölçek veya testin farklı iki zaman aralığında uygulanıp aradaki sonuçlara bakılmasıdır. Aynı sonucu veriyorsa güvenirliği fazladır (Scott ve Garrood, 2000). Yapılan test tekrar test analizinde aktivitelerde $\alpha = .99$, uykuda $\alpha = .81$, beslenme dışı emmede $\alpha = .73$, beslenmede $\alpha = .68$ ve toplamda $\alpha = .94$ tutarlılık katsayılarına ulaşılmıştır. Bu çalışmada ayrıca her bir maddenin birinci ve ikinci test tekrar test sürecindeki korelasyonlarına da bakılmıştır. Burada maddelerde en düşük $\alpha = .66$ ile $\alpha = .83$ arasında değiştiğini gösteriyor (Bkz.Tablo 4.9).

Testi yarılama da Spearman-Brown hem de Guttman Split Half testi yarılama skorları analizler yapılmıştır. Spearman-Brown analizine göre aktivitelerde $\alpha = .88$, uykuda $\alpha = .84$, beslenme dışı emme de $\alpha = .64$, beslenme de $\alpha = .92$ ve toplamda $\alpha = .76$ değerleri bulunmuştur. Guttman Split Half analizine göre de aktivitelerde $\alpha = .92$, uykuda $\alpha = .91$, beslenme dışı emme de $\alpha = .65$, beslenme de $\alpha = .96$ ve toplamda $\alpha = .77$ değerleri bulunmuştur. Ulaşılan değerlere göre analiz kapsamında oluşturulan her iki test yarisının

birbiri ile olan korelasyonları başka bir güvenirlik katsayılarının yüksek olduğunu göstermektedir.

Madde analizlerinde ise ölçekte yer alan maddelerin ayırt edicilik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla ölçek toplam puan bağlamında belirlenen alt ve üst % 27'lik dilimler arasında ikili karşılaştırmalar gerçekleştirilmiştir. Ölçek toplam puanına göre katılımcılar yüksekten düşüğe doğru sıralandı. Yüksek %27'lik kısım ile düşük %27'lik kısım katılımcılar arasından seçildi. Yani en yüksek puanı olan 84 kişi ile en düşük puanı olan 84 kişi tek tek hem maddeler hem de faktörler ve toplam puanlar üzerinde karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmaların tamamının istatistiksel olarak anlamlı olduğu yani her bir maddenin ayırt edicilik özelliğinin yüksek dolayısıyla da güvenirliliğinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.11).

Ölçeğin güvenirlik, geçerlilik ve uyarlama çalışması tamamlandıktan sonra ölçek bağlamında katılımcı çocukların demografik bilgilerine ilişkin özelliklerinin salya akıntı miktarı üzerindeki etkisinin belirlenmesi için çeşitli karşılaştırma analizleri yapılmıştır. Bu karşılaştırma analizleri güvenirlik çalışmaları olarak da bazı kaynaklarda ifade edilmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2016). Çünkü gruplar arası karşılaştırmalarda seçiciliği göstermektedir. Bu çalışmada karşılaştırma analizleri yapılırken demografik özelliklerden cinsiyet, doğum haftası, ilaç kullanıp kullanmama, yeni diş çıkarıp çıkarmama, soğuk algınlığı geçirip geçirmeme, yaş ve yaş grupları bağlamında karşılaştırılmıştır. Ayrıca yaş değişkenimiz sürekli değişken olarak toplandığı için ilişki analizlerinde de yaş ve alt faktörlerin toplam puanı ilişkisi de incelenmiştir.

Katılımcı sayısı cinsiyet faktörü açısından incelendiğinde 2012 yılında geliştirilen ölçeğin orijinal makalesinde erkek çocuk oranı %48.2 ve kız çocuk oranı %51.8 dir. Bu çalışmadaki katılımcıların cinsiyet faktörü açısından oranı ise erkek çocuk %47,6 (n=148) ve kız çocuk %52.4'dür (n=163). Türkiye istatistik kurumunun 2021 yılı verilerine göre Türkiye nüfusunun %49,9'unu kadınlar, %50,1'ini erkekler oluşturduğu düşünüldüğünde katılımcı oranlarının uygun olduğu görülmektedir. Bu çalışmada cinsiyet bağlamında ulaşılan istatistiksel sonuçlara bakıldığında aktiviteler, beslenme ve toplam puan üzerinde erkeklerde kızlarda daha yüksek salya akıntısı olduğu görülmektedir. Bu sonuç DRIP's orijinal makalesinde ifade edilen referans çizgileri incelendiğinde tüm alt boyutlarda erkeklerin kızlarda daha fazla salya akıttığı görülmektedir. Anlamlı çıkmayan beslenme dışı emme ve uyku bağlamındaki puan

ortalamaları incelendiğinde tüm alt boyutlarda erkeklerin kızlardan daha yüksek puan aldığı görülmekte ve bu bulguda orijinal makalenin referans çizgileri ile örtüşmektedir. Ancak buradaki farklılık sadece beslenme, aktivite ve toplam puanda istatistiksel olarak anlamlıdır (Bkz. Tablo 4.12).

Katılımcıları doğum haftası açısından incelendiğinde ölçeğin orijinal makalesinde 37 hafta ve öncesi doğanların oranı %6.6 dır. Erken doğum, tüm doğumların %5-18'ini oluşturur (Romero ve diğ., 2014). Bu çalışmada ise 37 hafta ve öncesi doğanların oranı %15,8 dir. Doğum haftası olarak ele alındığında 37 hafta öncesinde ve sonrasında doğan çocukların salya akıntı miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını sorgulanan analiz sonuçlarında hiç bir alt boyutta ve toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (Bkz. Tablo 4.13). Bu sonuç ölçeğin orijinal makalesinde yer almadığı için bir karşılaştırma yapılamamıştır.

Katılımcıların ilaç kullanıp kullanmaması incelendiğinde ölçeğin orijinal makalesinde ilaç kullananların oranı %11 dir. Bu çalışmada ise ilaç kullananların oranı %17,7 bulunmuştur. Burada aktivite, beslenme ve toplam puan bağlamında ilaç kullanan katılımcıların ilaç kullanmayan katılımcılara oranla daha yüksek salya akıntı miktarlarına sahip oldukları ulaşılan bulgular arasındadır (Bkz. Tablo 4.14). Klozapin, lityum gibi ilaçlar ve parasempatik ilaçlar (kolinerjik ve anti-kolines-terazlar) salya akışına neden olabilmektedir. (Boyce ve Bakheet, 2005). Burada ilaç kullanımından kaynaklı bir salya akıntı miktarı ifadesi yanlış olacağı düşünülmektedir. Çünkü ilaç kullanımının asıl nedeninin ne olduğu bilinmemektedir ve ülkemizdeki ilaç kullanma kültürü ile Hollanda'daki kültür arasında önemli farklılıklar olabileceği düşünülmektedir.

Geçmişte çocuğu değerlendiren uzmanlara ilişkin dağılımlar incelendiğinde ile en yüksek oran çocuk doktoru olduğu; ikinci sırada çocuk doktoru + kulak burun boğaz (KBB) doktoru olduğu belirlenmiştir.

Yeni diş çıkarma boyutunda aktivitede yeni diş çıkaranların daha fazla salya akıttıkları ve uykuda ise yeni diş çıkarmayanların daha az salya akıttıklarını bulgusuna ulaşılmıştır. Aktivitede yeni diş çıkaranlar uyanık ve hareket halinde oldukları için salya akıntı miktarlarında artış olabileceği düşünülmektedir (Fairhurst ve Cockerill, 2011). Fakat uyku bağlamında herhangi bir değişiklik olmadığı görülmüştür (Bkz. Tablo 4.15). Bu bulgu literatür ile uygun olmayabilir. Bu da çalışmanın literatür ile uymayan kısmı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Son iki hafta içinde çocuklarının soğuk algınlığı geçirip geçirmediğini ifade eden ebeveynlerin yanıtları doğrultusunda oluşturulan gruplar arası karşılaştırma sonuçları incelendiğinde; aktivitelerde, beslenme dışı emmede, beslenmede ve toplam puan bağlamında istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir (Bkz. Tablo 4.16). Puan ortalamaları incelendiğinde anlamlı farklılık elde edilen tüm puan türlerinde soğuk algınlığı geçirmeyenlerin daha fazla salya akıntı miktarına sahip oldukları görülmüştür.

Yaş grupları bağlamında karşılaştırılmasında ise analiz sonuçlarına göre katılımcıların yaş grupları arasında aktivite, beslenme, beslenme dışı emme ve toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir (Bkz. Tablo 4.16). Sadece uyku alt maddesinde anlamlı bir fark görülmemiştir. Uyku haricinde tüm alt boyutlarda salya akma miktarı ile yaş arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Yani yaş arttıkça salya akıtma miktarı azalmaktadır.

6. SONUÇ

Bu çalışmada Türkiye’de yaşayan ve 0-4 yaş arası bebekler ve okul öncesi çocuklarda kullanılmak üzere Van Hulst ve arkadaşları tarafından geliştirilen DRIPS ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanarak, geçerliliği ve güvenirliliği test edilmiştir.

0- 4 yaş arası bebekler ve okul öncesi çocuklarda salya akıtma kontrolünün sağlanması tipik gelişimin bir parçasıdır. Salya kontrolünün gelişimi bebekler ve okul öncesi çocuklarda salya kontrolünün gelişimi ve salya akma şiddeti için referans değerlerinin olması, çocuk nörologları, çocuk doktorları, kulak burun boğaz uzmanları, dil ve konuşma terapistleri, fizyoterapistler ve diğer mesleklerden salya kontrol çalışan ekipler için önemlidir. DRIPS ölçeği ebeveynlerin ve bakıcıların, çocuklarının salya akmasının şiddeti ve yaşıtlarına oranla salya kontrolünün gelişimi hakkında bilgi edinmelerini amaçlamaktadır. Bu sayede gecikmiş salya kontrolünün tespit edildiği durumlarda uygun bir müdahale başlatılabilir. Bu çalışmada kullanılan ölçeğin sağladığı cinsiyete ve yaşa özgü referans değerlerine dayalı olarak oluşturulacak olan çizelgeler sağlık çalışanlarının 4 yaşına kadar salya akma davranışının gelişim aşamalarını izlemesine ve bireysel olarak hedeflenen müdahaleleri zamanında başlatmasına olanak tanıyabilmektedir. Ayrıca tipik gelişim gösteren çocukların skorlarından elde edilecek olan yüzdelik eğriler (percentile değerleri) izleme ve tarama çalışmaları için yararlı olabilir.

Salya akma problemi sadece çocukları değil, ebeveynleri, bakıcıları ve sosyal çevrelerini de çok yakından olumsuz etkilemektedir. Savaş (2018) salyası akma problemi olan çocuklar ve ailelerin bu problem nedeniyle daha izole bir yaşam sürmek zorunda kalabileceklerini, dolayısıyla hayat kalitelerinin olumsuz etkileneceğini ifade etmektedir. Bu çalışmada kullanılan ölçekten elde edilen skora dayalı olarak yapılacak bir değerlendirme sonrasında, tipik gelişen akranlarından anlamlı bir şekilde fazla salya akıtma sorunları olan çocuklar ve aileleri için, belirli becerileri geliştirmek üzere bireysel destek önerilerinde bulunulabilir. Örneğin, aktivite sırasında salya akma konusunda yüksek puanlar muhtemelen gelişimini tamamlamamış motor becerilerle ilişkilidir ve bir çocuk fizyoterapistine yönlendirmek faydalı olabilir. Diğer yandan bir çocuk beslenme sırasında aşırı salya akması gösterirse, oral motor problemler olabileceği ihtimali vardır. Bu durumda dil ve konuşma terapistine başvurmanın uygun olacağı yönünde ebeveynlere tavsiyede bulunulabilir. Diğer yandan başka bir örnekte, çocuk tüm faktörlerde yüksek

puan aldığında, genel bir sağlık sorunu (örneğin kulak-burun-boğaz patolojisi) veya altta yatan genel bir gelişimsel gecikme bir neden olabilir. Bu nedenle ebeveyne doğru tıbbi yönlendirme sağlanabilir. Ancak ileri çalışmalarda, klinik uygulamayı geliştirmek için yararlı bir araç olup olmadığı hem tipik olarak gelişen çocuklar hem de aşırı patolojik salya akma sorunu olan çocuklar da dâhil olmak üzere yüzdeler eğrilerinin stabilitesini test ederek daha geniş bir veri düzeyine ulaşılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.



7. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

Yapmış olduğumuz bu çalışmada patolojik salya akma sorunu olan çocuklar dâhil edilmemiştir.

Katılımcı sayısı 500 olması hedeflenirken 311 kişi ile sınırlanmıştır.

Van Hults'un çalışma onayını verirken kesin uyulması gereken 7 maddelik talebi olmuştur. Mümkün olduğunca Hollanda Versiyonunun orijinal düzeninin korunmasını ve orijinal çeviri ile önerilen DRIPS çeviriniz arasında mümkün olan en yakın ilişkiyi sağlamak için olası seçenekleri tartışmanın önemli olduğunu vurgulamıştır.



8. ÖNERİLER

Klinik Öneriler;

Ölçek riskli ve tanı almış bebekler ve okul öncesi 0-4 yaş aralığındaki çocukları değerlendirirken standart bir ölçek olarak kullanılması önerilir.

Araştırma Önerileri;

Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik analizi ilk kez uygulandığı için bu çalışmayı destekleyecek başka çalışmalar yapılması önerilir.

Ölçek normal gelişim gösteren 0-4 yaş arası çocuklar ile aşırı patolojik salya akma sorunu olan çocuklar için karşılaştırma çalışması yapılabilir.

Hollanda’da geliştirilen bu ölçeğin başka dil ve kültürlerle uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Aps, J. K., & Martens, L. C. (2005). The physiology of saliva and transfer of drugs into saliva. *Forensic science international*, 150(2-3), 119-131.
- Arinci, K., & Elhan, A. (1997). *Anatomi*. Volume, 1(4), 138-40.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. *Institute for Work & Health*, 1(1), 1-45.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: Some considerations. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22, 423-432.
- Boyce, H. W., & Bakheet, M. R. (2005). Sialorrhea: a review of a vexing, often unrecognized sign of oropharyngeal and esophageal disease. *Journal of clinical gastroenterology*, 39(2), 89-97.
- Brei, T. J. (2003, December). Management of drooling. In *Seminars in pediatric neurology* (Vol. 10, No. 4, pp. 265-270). WB Saunders.
- Broniatowski, M., Sonies, B. C., Rubin, J. S., Bradshaw, C. R., Spiegel, J. R., Bastian, R. W., & Kelly, J. H. (1999). Current evaluation and treatment of patients with swallowing disorders. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 120(4), 464-473.
- Büyüköztürk, Ş. (2007). Performansa dayalı durum belirleme nedir. *İlköğretmen Dergisi*, 8, 28-32.
- Coster, W. J., & Mancini, M. C. (2015). Recommendations for translation and cross-cultural adaptation of instruments for occupational therapy research and practice. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 26(1), 50-57.
- Dawes, C. (2008). Salivary flow patterns and the health of hard and soft oral tissues. *The Journal of the American Dental Association*, 139, 18S-24S.
- Devyani, L., & Hotaling, A. J. (2006). Drooling. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*, 14, 381-386.
- Dias, B. L. S., Fernandes, A. R., & Maia Filho, H. D. S. (2016). Sialorrhea in children with cerebral palsy. *Jornal de pediatria*, 92, 549-558.

- Edgar, W. M. (1992). Saliva: its secretion, composition and functions. *British dental journal*, 172(8), 305-312.
- Erasmus, C. E., Van Hulst, K., Rotteveel, L. J., Jongerius, P. H., Van Den Hoogen, F. J., Roeleveld, N., & Rotteveel, J. J. (2009). Drooling in cerebral palsy: hypersalivation or dysfunctional oral motor control? *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51(6), 454-459.
- Erasmus, C. E., van Hulst, K., Scheffer, A. R., van Limbeek, J., van den Hoogen, F. J., Rotteveel, J. J., & Jongerius, P. H. (2012). What could predict effectiveness of botulinum toxin to treat drooling: a search for evidence of discriminatory factors on the level of body functions or structures. *European journal of paediatric neurology*, 16(2), 126-131.
- Esin, M. N. (2014). Veri toplama yöntem ve araçları & veri toplama araçlarının güvenirlik ve geçerliği. S. Erdoğan, N. Nahcivan ve M. N. Esin (Ed.), *Hemşirelikte araştırma: Süreç, uygulama ve kritik içinde* (s.169–192). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Fairhurst, C. B. R., & Cockerill, H. (2011). Management of drooling in children. *Archives of Disease in Childhood-Education and Practice*, 96(1), 25-30.
- Ferreira, J. N., & Hoffman, M. P. (2013). Interactions between developing nerves and salivary glands. *Organogenesis*, 9(3), 199-205.
- Frederick, S. R., Byron J. B. (2001). *Anatomy and Physiology of The Salivary Glands, Grand Rounds Presentation UTMB Department of Otolaryngology*
- Frederick, S. R., Byron J. B. (2001). *Anatomy and Physiology of The Salivary*
- Freeman, J. J., Altieri, R. H., Baptiste, H. J., Kuo, T., Crittenden, S., Fogarty, K., ... & Kanegis, K. (1994). Evaluation and management of sialorrhea of pregnancy with concomitant hyperemesis. *Journal of the national medical association*, 86(9), 704.
- Gay, L., Mills, G., & Airasian, P. (2012). Overview of qualitative research. *Educational research: Competencies for analysis and applications*.
- Henson, R. K., & Roberts, J. K. (2006). Use of exploratory factor analysis in published research: Common errors and some comment on improved practice. *Educational and Psychological measurement*, 66(3), 393-416.

- Humphrey, S. P., & Williamson, R. T. (2001). A review of saliva: normal composition, flow, and function. *The Journal of prosthetic dentistry*, 85(2), 162-169.
- JE, H. (2011). Guyton and Hall textbook of medical physiology. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier, 107, 1146.
- Johnson, H. I. L. A. R. Y., & Scott, A. M. A. N. D. A. (2006). Saliva management (p. 126). John Wiley & Sons Ltd: West Sussex, UK.
- Johnson, H., King, J., & Reddihough, D. S. (2001). Children with sialorrhoea in the absence of neurological abnormalities. *Child: care, health and development*, 27(6), 591-602.
- Jongerius, P. H., Rotteveel, J. J., van den Hoogen, F., Joosten, F., van Hulst, K., & Gabreëls, F. J. (2001). Botulinum toxin A: a new option for treatment of drooling in children with cerebral palsy. Presentation of a case series. *European journal of pediatrics*, 160(8), 509-512.
- Jongerius, P. H., Rotteveel, J. J., Van Limbeek, J., Gabreëls, F. J. M., Van Hulst, K., & Van den Hoogen, F. J. A. (2004). Botulinum toxin effect on salivary flow rate in children with cerebral palsy. *Neurology*, 63(8), 1371-1375.
- Jongerius, P. H., van den Hoogen, F. J., Limbeek, J. V., Gabreëls, F. J., Hulst, K. V., & Rotteveel, J. J. (2004). Effect of botulinum toxin in the treatment of drooling: a controlled clinical trial. *Pediatrics*, 114(3), 620-627.
- Kartal, M., & Bardakçı, S. (2018). SPSS ve AMOS Uygulamalı Örneklerle Güvenirlilik ve Geçerlilik Analizi. 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Lal, D., & Hotaling, A. J. (2006). Drooling. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, 14(6), 381-386.
- Logemann, J. A. (2014). Critical factors in the oral control needed for chewing and swallowing. *Journal of texture studies*, 45(3), 173-179.
- MacComb, W. S., & Fletcher, G. H. (1967). Hypopharynx and cervical esophagus. *Cancer of the Head and Neck*, 213-240.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). Qualitative data analysis: An expanded sourcebook. sage.

- Moore, K. L., Persaud, T. V. N., & Torchia, M. G. (2003). The skeletal system. The developing human: clinically oriented embryology, 405-24.
- Naghavi, S. E., & Jalali, M. M. (2010). Management of drooling for patients in the north of Iran: analysis of the surgical management. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 15(1), 1.
- Nater, U. M., & Rohleder, N. (2009). Salivary alpha-amylase as a non-invasive biomarker for the sympathetic nervous system: current state of research. *Psychoneuroendocrinology*, 34(4), 486-496.
- Nilsson, J., Gardulf, A., & Lepp, M. (2016). Process of translation and adaptation of the Nurse Professional Competence (NPC) Scale. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(1), 100.
- Prasse, J. E., & Kikano, G. E. (2009). An overview of pediatric dysphagia. *Clinical pediatrics*, 48(3), 247-251.
- Proctor, G. B., & Carpenter, G. H. (2007). Regulation of salivary gland function by autonomic nerves. *Autonomic Neuroscience*, 133(1), 3-18.
- Romero, P. L. One Syndrome, Many Causes. *Science*, (345).
- Rotteveel, L. J., Jongerius, P. H., van Limbeek, J., & van den Hoogen, F. J. (2004). Salivation in healthy schoolchildren. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 68(6), 767-774.
- Rudney, J. D., & Smith, Q. T. (1985). Relationships between levels of lysozyme, lactoferrin, salivary peroxidase, and secretory immunoglobulin A in stimulated parotid saliva. *Infection and immunity*, 49(3), 469-475.
- Santana, H., & Velayos, J. L. (2007). Anatomía de la cabeza para odontólogos. *Madrid, Spain: Editorial Médica Panamericana*.
- Sayaca, Ç. (2018). Salya Akması (Drooling); Değerlendirme Ve Tedavi Yöntemleri. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 22-28.
- Scott, D. L., & Garrood, T. (2000). Quality of life measures: use and abuse. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 14(4), 663-687.
- Stapleton, C. D. (1997). Basic Concepts and Procedures of Confirmatory Factor Analysis.

- Sullivan, P. B., Lambert, B., Rose, M., Ford-Adams, M., Johnson, A., & Griffiths, P. (2000). Prevalence and severity of feeding and nutritional problems in children with neurological impairment: Oxford Feeding Study. *Developmental medicine and child neurology*, 42(10), 674-680.
- Suskind, D. L., & Tilton, A. (2002). Clinical study of botulinum-A toxin in the treatment of sialorrhea in children with cerebral palsy. *The Laryngoscope*, 112(1), 73-81.
- Swerdlik, M. E., & Cohen, R. J. (2005). Psychological testing and assessment: An introduction to tests and measurement.
- ŞAHİN, Z. G., & Gürbüz, R. (2016). Kaynaştırma öğrencilerini eğiten ortaokul öğretmenlerinin yeterlikleri üzerine. *Adıyaman University Journal of Educational Sciences*, 6(1), 138-160.
- Şencan, H. (2005). Güvenilirlik ve geçerlilik. Hüner Şencan.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). Using multivariate statistics (Vol. 5, pp. 481-498). Boston, MA: pearson.
- Tahmassebi, J. F., & Curzon, M. E. J. (2003). Prevalence of drooling in children with cerebral palsy attending special schools. *Developmental medicine and child neurology*, 45(9), 613-617.
- TEN, C. A. (1998). Development of the tooth and its supporting tissues. *Oral Histology*, 78-103.
- Thomas-Stonell, N., & Greenberg, J. (1988). Three treatment approaches and clinical factors in the reduction of drooling. *Dysphagia*, 3(2), 73-78.
- Torres, S. R., Nucci, M., Milanos, E., Pereira, R. P., Massaud, A., & Munhoz, T. (2006). Variations of salivary flow rates in Brazilian school children. *Brazilian oral research*, 20(1), 8-12.
- Uzunsakal, E., & YILDIZ, D. (2018). Alan araştırmalarında güvenilirlik testlerinin karşılaştırılması ve tarımsal veriler üzerine bir uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 14-28.
- van der Waal, I., & Pindborg, J. J. (1986). Diseases of the Tongue. Quintessence Publishing (IL).

- Van Hulst, K., van Den Engel-Hoek, L., Geurts, A. C. H., Jongerius, P. H., Van der Burg, J. J. W., Feuth, T., ... & Erasmus, C. E. (2018). Development of the Drooling Infants and Preschoolers Scale (DRIPS) and reference charts for monitoring saliva control in children aged 0–4 years. *Infant Behavior and Development*, 50, 247-256.
- Watanabe, S., Ohnishi, M., Imai, K., Kawano, E., & Igarashi, S. (1995). Estimation of the total saliva volume produced per day in five-year-old children. *Archives of oral biology*, 40(8), 781-782.
- Worthington, R. L., & Whittaker, T. A. (2006). Scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. *The counseling psychologist*, 34(6), 806-838.
- Yasir, A. S. M. (2016). Cross cultural adaptation & psychometric validation of instruments: Step-wise description. *International Journal of Psychiatry*, 1(1), 1–4.

EK-1. Araştırma Gönüllü Katılım Formu

ARAŞTIRMA GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Bu tez çalışması Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü öğretim üyelerinden danışmanlığında, yüksek lisans öğrencisi tarafından yürütülmektedir. Çalışma kapsamında “Development of the Drooling Infants and Preschoolers Scale (DRIPS)” ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik analizlerinin yapılması; sonrasında ise Türkçe’ye uyarlanan ölçek ile 0-4 yaş arası tipik gelişmekte olan Türk çocuklarında tükürük kontrolünün gelişimi araştırılacaktır.

- Çalışmaya katılım tamamıyla gönüllülük esası içermektedir.
- Çalışma esnasında alınan bütün bilgiler gizli tutulacaktır.
- Veri toplama sürecinde / süreçlerinde size rahatsızlık verebilecek herhangi bir soru / talep olmayacaktır.
- Araştırma kapsamında toplanan veriler, sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak, araştırmanın amacı dışında ya da bir başka araştırmada kullanılmayacak ve gerekmesi halinde, sizin (yazılı) izniniz olmadan başkalarıyla paylaşılmayacaktır.
- İsteminiz halinde sizden toplanan verileri inceleme hakkınız bulunmaktadır.
- Sizden toplanan veriler korunacak ve araştırma bitiminde arşivlenecek veya imha edilecektir.
- Yine de katılımınız sırasında herhangi bir sebepten rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zamanda ayrılabilirsiniz.
- Çalışmadan ayrılmanız durumunda sizden toplanan veriler çalışmadan çıkarılacak ve imha edilecektir.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya / gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamı ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Bu çalışma boyunca elde edilen verilerin isminin geçmediği yayınlarda kullanılabileceğini, sonuçların internet aracılığıyla veya basılı yayın aracılığıyla yayımlanmasını kabul ediyorum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Gönüllü katılım formunu okumak ve değerlendirmek üzere ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Bu çalışmaya tamamen kendi rızamla, istediğim takdirde çalışmadan ayrılabilceğimi bilerek verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:

İletişim Tel:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının:

Adı-Soyadı

İletişim Tel:

Adres:

EK-2. İzin Belgesi





EK-4. Etik Kurul Kararı



EK-5. Türkçe Ölçek

Bebekler ve Okul Öncesi Çocuklarda Salya Akıntısı Ölçeği (DRIPS)

Anne-Baba Bölümü,

Anne-Babalara/ Velilere

Çocuğunuzda salya akıntısı olduğunu düşünüyor veya gözlüyorsanız bu anketi doldurmanızı rica ediyoruz. Bu anketin amacı, salya akıntısına neden olan faktörleri belirlemektir (Bu anketi çocuğunuzda **son iki haftayı dikkate alarak** doldurmanız önemlidir).

Her soru iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm, çocuğunuzda salya akıntısının ne zaman olduğu ile ilgili, ikinci bölüm ise salya akıntı derecesini kapsamaktadır. Örneğin, çocuğunuz asla yüzüstü yatar pozisyonunda oynamıyorsa (soru 8), Uygun Değil (UD) seçeneğini işaretleyebilirsiniz.

BÖLÜM 1:

1. Çocuğunuzun Adı/ Soyadı:

2. Anketi Doldurma Tarihi:

3. Çocuğunuzun Doğum Tarihi?

4. Çocuğunuzun Cinsiyeti?

- ☐ Erkek
- ☐ Kız

5. Çocuğunuz gebeliğin 37. haftasından önce mi doğdu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

6. Çocuğunuz aşağıdaki uzmanlar tarafından değerlendirildi mi? (1'den çok cevap işaretleyebilirsiniz)

- | | |
|--|-----------------|
| ☐ Çocuk Nöroloğu | Başvuru nedeni: |
| ☐ Çocuk Doktoru | Başvuru nedeni: |
| ☐ Kulak Burun Boğaz Uzmanı | Başvuru nedeni: |
| ☐ Dil ve Konuşma Terapisti | Başvuru nedeni: |
| ☐ Fizyoterapist | Başvuru nedeni: |
| ☐ Yukarıdakilerin hiçbiri | |

7. Çocuğunuz herhangi bir ilaç kullanıyor mu? Kullanıyor ise hangi ilaçlar?

- ☐ Evet, ilaç/ ilaçlar:
- ☐ Hayır.

BÖLÜM 2:

8. Çocuğunuz uyanık ve/ veya yüzüstü pozisyonundayken (örneğin yerde oynarken) salya akıntısı oluyor mu?

☐Hiçbir zaman ☐Ara sıra ☐Sıklıkla ☐Her zaman ☐Uygun Değil (UD)

(9. soruya geçin)

(9. soruya geçin)

Salya akıntısının derecesi nedir?

☐Dudakları ıslanır ☐Dudakları ve çenesi ıslanır ☐Ayrıca giysi/önlüğü de ıslanır ☐Giysileri, elleri, masa, yerler ve eşyalar ıslanır

9. Çocuğunuz dik ve/ veya destekli otururken (örneğin anne-baba desteği ile veya sırt destekli bir sandalyede otururken) salya akıntısı oluyor mu?

☐Hiçbir zaman ☐Ara sıra ☐Sıklıkla ☐Her zaman ☐Uygun Değil (UD)

(10. soruya geçin)

(10. soruya geçin)

Salya akıntısının derecesi nedir?

☐Dudakları ıslanır ☐Dudakları ve çenesi ıslanır ☐Ayrıca giysi/önlüğü de ıslanır ☐Giysileri, elleri, masa, yerler ve eşyalar ıslanır

10. Çocuğunuz hareket halindeyken (örneğin yuvarlanırken, emeklerken, yürürken, zıplarken ya da spor yaparken) salya akıntısı oluyor mu?

☐Hiçbir zaman ☐Ara sıra ☐Sıklıkla ☐Her zaman ☐Uygun Değil (UD)

(11. soruya geçin)

(11. soruya geçin)

Salya akıntısının derecesi nedir?

☐Dudakları ıslanır ☐Dudakları ve çenesi ıslanır ☐Ayrıca giysi/önlüğü de ıslanır ☐Giysileri, elleri, masa, yerler ve eşyalar ıslanır

11. Çocuğunuz elini ve parmaklarını kullanırken (örneğin çingirakla ve küplerle oynarken, çizim yaparken, boncukları dizerken) salya akıntısı oluyor mu?

☐Hiçbir zaman ☐Ara sıra ☐Sıklıkla ☐Her zaman ☐Uygun Değil (UD)

(12. soruya geçin)

(12. soruya geçin)

Salya akıntısının derecesi nedir?

☐Dudakları ıslanır ☐Dudakları ve çenesi ıslanır ☐Ayrıca giysi/önlüğü de ıslanır ☐Giysileri, elleri, masa, yerler ve eşyalar ıslanır

12. Çocuğunuz yerken ve içerken salya akıntısı oluyor mu?

☐Hiçbir zaman ☐Ara sıra ☐Sıklıkla ☐Her zaman

(13. soruya geçin)

Salya akıntısının derecesi nedir?

☐Dudakları ıslanır ☐Dudakları ve çenesi ıslanır ☐Ayrıca giysi/önlüğü de ıslanır ☐Giysileri, elleri, masa, yerler ve eşyalar ıslanır

13. Gün boyunca emzik, başparmak, parmak, dudak veya biberon emerken çocuğunuzda salya akması oluyor mu?

☐Hiçbir zaman ☐Ara sıra ☐Sıklıkla ☐Her zaman ☐Uygun Değil (UD)

(14. soruya geçin)

(14. soruya geçin)

Salya akıntısının derecesi nedir?

☐Dudakları ıslanır ☐Dudakları ve çenesi ıslanır ☐Ayrıca giysi/önlüğü de ıslanır ☐Giysileri, elleri, masa, yerler ve eşyalar ıslanır

14. Gece boyunca emzik, başparmak, parmak, dudak veya biberon emerken çocuğunuzda salya akıntısı oluyor mu?

☐Hiçbir zaman ☐Ara sıra ☐Sıklıkla ☐Her zaman ☐Uygun Değil (UD)

(15. soruya geçin)

(15. soruya geçin)

Salya akıntısının derecesi nedir?

☐Dudakları ıslanır ☐Dudakları, çenesi ve yanakları ıslanır ☐Giysileri ıslanır ☐Yastıkları, çarşafı ve sarıldığı oyuncakları ıslanır

15. Uykudayken çocuğunuzda salya akıntısı oluyor mu?

☐Hiçbir zaman ☐Ara sıra ☐Sıklıkla ☐Her zaman

(16. soruya geçin)

Çocuğunuz sırtüstü uyuduğu zaman salya akma derecesi nedir? ☐ Uygun Değil (UD)

Bu durumda uyuduğu zaman, salya akma derecesi nedir?

☐Dudakları ıslanır ☐Dudakları, çenesi ve yanakları ıslanır ☐Giysileri ıslanır ☐Yastıkları, çarşafı ve sarıldığı oyuncakları ıslanır

Çocuğunuz yan yatıp uyuduğu zaman salya akma derecesi nedir? ☐ Uygun Değil (UD)

Bu durumda uyuduğu zaman, salya akma derecesi nedir?

☐Dudakları ıslanır ☐Dudakları, çenesi ve yanakları ıslanır ☐Giysileri ıslanır ☐Yastıkları, çarşafı ve sarıldığı oyuncakları ıslanır

Çocuğunuz yüzüstü uyuduğu zaman salya akma derecesi nedir? ☐ Uygun Değil (UD)

Bu durumda uyuduğu zaman, salya akma derecesi nedir?

☐Dudakları ıslanır ☐Dudakları, çenesi ve yanakları ıslanır ☐Giysileri ıslanır ☐Yastıkları, çarşafı ve sarıldığı oyuncakları ıslanır

16. Ses çıkarırken/konuşurken çocuğunuzda salya akıntısı oluyor mu?

☐Hiçbir zaman ☐Ara sıra ☐Sıklıkla ☐Her zaman ☐Uygun Değil (UD)

(17. soruya geçin)

(17. soruya geçin)

Salya akıntısının derecesi nedir?

☐Dudakları ıslanır ☐Dudakları ve çenesi ıslanır ☐Ayrıca giysi/önlüğü de ıslanır ☐Giysileri, elleri, masa, yerler ve eşyalar ıslanır

BÖLÜM 3:

17. Çocuğunuz son iki hafta içinde (yeni) diş çıkardı mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır (19. soruya geçin)

18. Çocuğunuz son iki hafta içinde (yeni) diş çıkarmamış olsaydı, bu anketteki sorulara daha farklı bir yanıt verir miydiniz?

- ☐ Evet, çocuğum salya akıntısından daha fazla rahatsız olur.
- ☐ Evet, çocuğum salya akıntısından daha az rahatsız olur.
- ☐ Hayır.

19. Çocuğunuz son iki hafta içinde soğuk algınlığı (burun tıkanıklığı) geçirdi mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır (Anketi sonlandırabilirsiniz)

20. Çocuğunuz son iki hafta içinde soğuk algınlığı geçirmemiş olsaydı, bu anketteki sorulara daha farklı bir yanıt verir miydiniz?

- ☐ Evet, çocuğum salya akıntısından daha fazla rahatsız olur.
- ☐ Evet, çocuğum salya akıntısından daha az rahatsız olur.
- ☐ Hayır.



EK-6.**UZMANLARA YÖNELİK FORM**

Sayın yetkili, aşağıda görüşlerinize sunulan ölçek soruları “Bebekler ve Okul Öncesi Çocuklarda Salya Akıntısı Ölçeği: Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması” amacıyla kullanılacaktır. Sizden istenilen her bir maddenin “amacına uygunluk” durumlarını incelemenizdir.

Eğer ölçek sorusu, bebekler ve okul öncesi çocuklarda salya akıntısını tespit etmeye aday bir soru ise “**Uygundur**”; soru konu kapsamı içerisinde ve biraz düzenlenmeli ise “**Biraz Düzeltilmeli**”; soru konu kapsamı içerisinde ancak oldukça düzenlenmeli ise “**Oldukça Düzeltilmeli**” ama soru belirtilen özelliği temsil etmiyorsa “**Uygun Değildir**” seçeneklerini işaretleyiniz. Düzeltmesini düşündüğünüz kısımları belirtiniz.

	Uygundur	Biraz Düzeltilmeli	Oldukça Düzeltilmeli	Uygun Değildir
Çocuğunuzun adı/Soyadı?				
Değerlendirme Tarihi?				
Çocuğunuzun Doğum Tarihi?				
Çocuğunuzun Cinsiyeti?				
Çocuğunuz gebeliğin 37. haftasından önce mi doğdu/doğmuş?				
Çocuğunuz daha önce aşağıdaki uzmanlar tarafından değerlendirildi mi? (birden çok cevap işaretleyebilirsiniz)				
Çocuğunuz herhangi bir ilaç kullanıyor mu?				
Çocuğunuz uyanırken yüzüstü uzandığında (örneğin yerde oynarken) salya akıntısı gözleniyor mu?				
Salya akıntısının miktarı nedir?				

Çocuğunuz dik ve destekli şekilde otururken (örneğin yetişkin tarafından destekleniyorken veya sırtı dayalı olacak şekilde oturuyorken) salya akıntısı gözleniyor mu?				
Çocuğunuz hareket halindeyken (örneğin yuvarlanırken, emeklerken, yürürken, zıplarken ya da spor yaparken) salya akıntısı gözleniyor mu?				
Çocuğunuz ince motor beceri gerektiren nesneleri kullanırken (örneğin çingırak, bloklar, çizim yaparken, boncukları dizerken) salya akıntısı gözleniyor mu?				
Çocuğunuz bir şeyler yiyip içerken salya akıntısı gözleniyor mu?				
Gün içinde emzik, başparmak, parmak, dudak veya kukla emerken çocuğunuzda salya akıntısı oluyor mu?				
Gece boyunca emzik, başparmak, parmak, dudak veya kukla emerken çocuğunuzda salya akıntısı oluyor mu?				
Uyurken çocuğunuzda salya akıntısı oluyor mu?				
Çocuğunuz sırt üstü uyurken salya akma seviyesi nedir?				
Bu durumda salya akma seviyesi nedir?				
Çocuğunuz yan yatıp uyurken salya akma seviyesi nedir?				
Çocuğunuz yüzüstü uyurken salya akma seviyesi nedir?				
Çocuğunuz ses çıkarırken / konuşurken çocuğunuzda salya akıntısı oluyor mu?				
Çocuğunuz son iki hafta içinde (yeni) diş çıkardı mı?				
Çocuğunuz son iki hafta içinde (yeni) diş çıkarmamış olsaydı, bu ölçekteki sorulara daha farklı bir yanıt verir miydiniz?				
Çocuğunuz son iki hafta içinde soğuk algınlığı geçirdi mi (burnu tıkanı mı)?				
Çocuğunuz son iki hafta içinde soğuk algınlığı geçirmemiş olsaydı, bu ölçekteki sorulara daha farklı bir yanıt verir miydiniz?				