

**T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Odyoloji Anabilim Dalı

**GECİKMİŞ KONUŞMA BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARIN AİLELERİNİN GÜNLÜK YAŞAM
KALİTESİ VE REHABİLİTASYONDA AİLE
İŞLEVSELLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Şeyma İLİ

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Burak OLGUN

İstanbul – 2025

TEZ TANITIM FORMU

Yazar Adı Soyadı : Şeyma İLİ

Tezin Dili : Türkçe

Tezin Adı : Gecikmiş Konuşma Bozukluğu Olan Çocukların Ailelerinin
Günlük Yaşam Kalitesi ve Rehabilitasyonda Aile
İşlevselliğinin Değerlendirilmesi

Enstitü : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Anabilim Dalı : Odyoloji

Tezin Türü : Yüksek Lisans

Tezin Tarihi : 30/ 07/2025

Sayfa Sayısı : 111

Tez : Dr. Öğr. Üyesi Burak OLGUN

Danışmanları

Dizin Terimleri : Gecikmiş dil konuşma, rehabilitasyonda aile işlevselliği,
günlük yaşam kalitesi, aile katılımı

Türkçe Özet : Gecikmiş konuşma bozukluğu tanısı almış çocukların ailelerinin
rehabilitasyon sürecine katılım düzeylerini ve bu sürecin
ailelerin günlük yaşam kaliteleri üzerindeki etkisinin
incelenmesi

Dağıtım Listesi : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

İmzası

Şeyma İLİ

**T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Odyoloji Anabilim Dalı

**GECİKMİŞ KONUŞMA BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARIN AİLELERİNİN GÜNLÜK YAŞAM
KALİTESİ VE REHABİLİTASYONDA AİLE
İŞLEVSELLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Şeyma İLİ

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Burak OLGUN

İstanbul – 2025

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Şeyma İLİ

...../...../2025



İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Şeyma İLİ'nin Gecikmiş Konuşma Bozukluğu Olan Çocukların Ailelerinin Günlük Yaşam Kalitesi ve Rehabilitasyonda Aile İşlevselliğinin Değerlendirilmesi adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Odyoloji anabilim dalı, Odyoloji bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof. Dr. Cenk EVREN

Üye

Doç. Dr. Mustafa ÇELİK

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Burak OLGUN

(Danışman)

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 2025

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, gecikmiş konuşma bozukluğu tanısı almış çocukların ailelerinin rehabilitasyon sürecine katılım düzeylerini ve bu sürecin ailelerin günlük yaşam kaliteleri üzerindeki etkisini incelemektir. Çalışmada, aile işlevselliği ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki değerlendirilmiş; ailelerin rehabilitasyon sürecindeki rolleri, karşılaştıkları güçlükler ve bu sürecin bireysel ve sosyal yaşantılarına yansımaları araştırılmıştır.

Erken çocukluk döneminde dil ve konuşma bozuklukları, sadece çocuğun gelişimini değil, aynı zamanda ailenin psikososyal yaşamını da derinden etkileyen sorunlardandır. Bu bağlamda çalışma, çocukların yaşadığı dil gelişimi problemlerinin aile bireyleri üzerindeki etkilerini çok yönlü olarak incelemektedir. Araştırma kapsamında 0-6 yaş aralığında gecikmiş konuşma bozukluğu tanısı almış çocuklara sahip 109 ailenin verileri toplanmış ve analiz edilmiştir.

Araştırma nicel bir yöntemle yürütülmüş ve betimsel tarama modeli kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak, aile işlevselliği ve yaşam kalitesini ölçmeye yönelik geçerliği ve güvenirliği sağlanmış ölçekler uygulanmıştır. Veri toplama sürecinde, katılımcılardan sosyodemografik bilgi formu, günlük yaşam kalitesi ölçeği ve aile işlevselliği değerlendirme ölçeği doldurmaları istenmiştir. Elde edilen veriler, SPSS-27 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma bulguları, aile işlevselliği düzeyinin rehabilitasyon sürecine katılımı ve günlük yaşam kalitesini doğrudan etkilediğini göstermiştir. Aile işlevselliği yüksek olan bireylerin yaşam kalitesinin daha olumlu olduğu, stres düzeylerinin daha düşük, sosyal destek ağlarının ise daha güçlü olduğu belirlenmiştir. Öte yandan, işlevselliği düşük ailelerde günlük yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği ve bakım yükünün daha fazla hissedildiği görülmüştür. Aile içi iletişim ve iş birliği düşük olan bireylerde stres düzeyinin arttığı, bakım yükünün daha ağır hissedildiği ve yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada ayrıca, çocukların terapiye başlama yaşı ile ailelerin yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüş; erken yaşta başlayan müdahalenin aile üzerindeki yükü azalttığı ve rehabilitasyon sürecini daha verimli hale getirdiği vurgulanmıştır. Ailelerin çocuklarına karşı olan tutumları, süreci sahiplenmeleri ve

düzenli terapi katılımı gibi faktörlerin hem çocuğun gelişimsel kazanımlarında hem de aile dinamiklerinde belirleyici olduğu görülmektedir.

Araştırmanın sonuçları, gecikmiş konuşma bozukluğu olan çocukların rehabilitasyon süreçlerinde aile katılımının yalnızca çocuk gelişimi açısından değil, aynı zamanda aile bütünlüğü ve yaşam kalitesi açısından da kritik bir rol oynadığını ortaya koymuştur. Bu bağlamda, ailelere yönelik psikososyal destek hizmetlerinin yaygınlaştırılması, aile eğitim programlarının geliştirilmesi ve rehabilitasyon merkezlerinde aile katılımını artırıcı uygulamaların teşvik edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gecikmiş konuşma bozukluğu, aile işlevselliği, yaşam kalitesi, rehabilitasyon, aile katılımı

SUMMARY

The aim of this study is to examine the level of parental involvement in the rehabilitation process of children diagnosed with delayed speech disorders and to assess the impact of this process on the daily quality of life of families. The relationship between family functioning and quality of life was evaluated; the roles of families in the rehabilitation process, the challenges they encounter, and the reflections of this process on their individual and social lives were investigated.

Speech and language disorders in early childhood are issues that deeply affect not only the child's development but also the psychosocial lives of family members. In this context, the study examines the multifaceted impact of children's language development problems on their families. Data were collected and analyzed from 109 families with children aged 0–6 diagnosed with delayed speech disorders.

The research was conducted using a quantitative method and employed a descriptive survey model. Valid and reliable scales were used as data collection tools to measure family functioning and quality of life. During the data collection process, participants were asked to complete a sociodemographic information form, a daily quality of life scale, and a family functioning assessment scale. The data were analyzed using SPSS-27. Findings revealed that the level of family functioning directly affects participation in the rehabilitation process and daily quality of life. Families with high levels of functioning were found to have better quality of life, lower stress levels, and stronger social support networks. In contrast, families with low functioning reported poorer quality of life and a higher perceived caregiving burden. Low levels of communication and cooperation within the family were associated with increased stress and a greater sense of burden.

The study also found a significant relationship between the child's age at the start of therapy and the family's quality of life. Early intervention was shown to reduce the family's burden and enhance the efficiency of the rehabilitation process. Factors such as parental attitudes, ownership of the process, and regular participation in therapy were found to be crucial not only in the child's developmental progress but also in shaping family dynamics.

The results of the study highlight that family involvement in the rehabilitation process of children with delayed speech disorders plays a critical role not only in the child's development but also in maintaining family integrity and enhancing quality of life. In this regard, it is recommended to expand psychosocial support services for families, develop family education programs, and promote practices that encourage family involvement in rehabilitation centers.

Keywords: Delayed speech disorder, family functioning, quality of life, rehabilitation, parental involvement



İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
SUMMARY	iii
KISALTMALAR	ix
TABLolar	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
ÖNSÖZ	xii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM GENEL BİLGİLER

1.1. İletişim, Dil ve Konuşma	3
1.1.1. İletişim	3
1.1.2. Dil	4
1.1.3. Konuşma	5
1.2. Konuşmada Görev Alan Organlar	6
1.3. Dilin Bileşenleri	7
1.3.1. Fonoloji	8
1.3.2. Sentaks.....	8
1.3.3. Morfoloji	9
1.3.4. Semantik	9
1.3.5. Pragmatik	9
1.4. Dil Teorileri	9
1.4.1. Davranışçı Yaklaşım	10
1.4.2. Doğalcı Yaklaşım	10
1.4.3. Etkileşimci Yaklaşım	10
1.4.4. Sosyal Öğrenme Yaklaşımı	11
1.5. Dil Gelişimi	11
1.6. Dil Gelişim Dönemleri	14
1.6.1. Konuşma Öncesi Dönem	14
1.6.2. Refleksif Dönem	14
1.6.3. Gıgıldama Dönemi	15
1.6.4. Genişletme Evresi	15
1.6.5. Düzenli Mırıldanma Evresi	16
1.6.6. Çeşitlendirilmiş Mırıldanma Evresi	16
1.6.7. Konuşma Dönemi	16
1.6.8. Ses Sözcük Dönemi	16

1.6.9. Tek Sözcük Dönemi	17
1.6.10. İki Sözcük Dönemi	17
1.6.11. Gramer Kurallarına Uygun Konuşma Dönemi	17
1.7. Dil Gelişimi Etkileyen Faktörler	18
1.7.1. Zekâ	18
1.7.2. Cinsiyet	19
1.7.3. Genetik	19
1.7.4. Çevre	20
1.7.5. Sosyo-ekonomik Düzey	20
1.7.6. Fizyoloji	21
1.7.7. Bilişsel ve Nörolojik Gelişim	21
1.7.8. Düşük Doğum Ağırlığı ve Erken Doğum	22
1.7.9. Doğum Sırası	22
1.7.10. İki Dillilik	22
1.7.11. Ailenin Eğitim Seviyesi	23
1.7.12. Sosyal Etkileşim	23
1.7.13. Diğer Faktörler	23
1.8. Gecikmiş Konuşma	23
1.8.1. Gecikmiş Dil Konuşmaya Sebep Olan Klinik Bulgular.....	26
1.8.1.1. Gelişimsel Dil ve Gecikmiş Konuşma	26
1.8.1.2. İfade Edici Dil Bozukluğu	26
1.8.1.3. Alıcı Dil Bozukluğu	27
1.8.1.4. Otizm Spektrum Bozukluğu	27
1.8.1.5. Serebral Palsi	27
1.8.1.6. Selektif Mutizm	27
1.8.1.7. Postlingual İşitme Kaybı	28
1.8.1.8. Prelingual İşitme Kaybı	28
1.8.2. Dil Konuşma Gecikmesinin Tespiti İçin Kullanılan Bazı Ölçme Araçları.....	28
1.8.3. Okul Öncesi Dil Ölçeği (PLS-5)	29
1.8.4. Türkçe Erken Dil Gelişimi Testi	29
1.8.5. Türkçe İfade Edici ve Alıcı Dil Testi (TİFALDİ)	30
1.8.6. Peabody Resim Kelime Testi	30
1.8.7. Gelişimsel Tarama Envanteri 2 (DENVER 2)	30
1.8.8. Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE)	30
1.8.9. Gazi Erken Çocukluk Değerlendirme Aracı (GEÇDA)	31
1.9. Terapi.....	31
1.10. Terapist-Aile İş Birliği	33

İKİNCİ BÖLÜM

MATERYAL VE METOD

2.1.1.	Katılımcılar	35
2.1.2.	Veri Toplama Araçları	35
2.1.3.	Verilerin Değerlendirilmesi	35
2.1.4.	Araştırma Ölçeklerinin İçeriği	35
2.1.5.	Kişisel Bilgi Formu	35
2.1.6.	Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği.....	36
2.1.7.	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form (WHOQOL-BREF)	36
2.1.8.	İstatistiksel İnceleme	37

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1.	Ölçeklerin Normallik Varsayımı Analizi ve Güvenilirlik Analizi Sonucu	38
3.2.	Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgiler Tablosu	39
3.3.	Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Ölçeklerin Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	40
3.4.	Çocuk Cinsiyeti Değişkenine Göre Ölçeklerin Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	42
3.5.	Çocukların Kreşe Gitme Durumu Değişkenine Göre Ölçeklerin Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	44
3.6.	Ailelerin Medeni Durum Değişkeninin Günlük Yaşam Kalitesi ve Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeklerinin Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	45
3.7.	Çocukların Düzenli Özel Eğitime Gitme Durumu Değişkenine Göre Ölçeklerin Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	47
3.8.	Evde Konuşması Gecikmiş Birey Olma Durumu Değişkenine Göre Ölçeklerin Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	48
3.9.	Evde Konuşulan İkinci Dil Olma Durumu Değişkenine Göre Ölçeklerinin Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	50
3.10.	Ailenin Ekonomik Düzey Değişkenine Göre Ölçeklerin Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	52
3.11.	Ailenin Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Ölçeklerin Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	54
3.12.	Çocuğun Bakım Sorumlusu Değişkenine Göre Ölçeklerin Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	56
3.13.	Çocukların TV İzleme Sıklığı Değişkenine Göre Ölçeklerin Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	57

3.14. Çocukların Teknolojik Cihaz Kullanma Sıklığı Değişkenine Göre İşlevselliği Ölçeklerinin Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	59
3.15. Günlük Yaşam Kalitesi ve Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği Alt Boyutlarının Korelasyon Analizi	61
TARTIŞMA	66
SONUÇLAR VE ÖNERİLER	69
KAYNAKÇA	71
EKLER	82



KISALTMALAR

AAP	:	Amerikan Pediatri Akademisi
AGTE	:	Ankara Gelişim Tarama Envanteri
ASHA	:	Amerikan Konuşma ve İşitme Derneği
DENVER 2	:	Gelişimsel Tarama Envanteri 2
DKT	:	Dil ve Konuşma Terapisti
GEÇDA	:	Gazi Erken Çocukluk Değerlendirme Aracı
PLS-5	:	Okul Öncesi Dil Ölçeği
PPVT	:	Peabody Picture Vocabulary Test
PPVT- 4	:	Peabody Picture Vocabulary Test Fourth Edition
RAM	:	Rehberlik Araştırma Merkezi
TEDİL	:	Türkçe Erken Dil Gelişim Testi
TELD-3	:	Test of Early Language Development
TİFALDİ	:	Türkçe İfade Edici ve Alıcı Dil Testi

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1. Alıcı ve ifade edici dil gelişim basamakları	12
Tablo 2. Dil gelişimini etkileyen faktörler	18
Tablo 3. Ölçeklerin normallik varsayımı analizi ve güvenilirlik analizi sonucu	38
Tablo 4. Katılımcıların sosyo-demografik bilgiler tablosu	39
Tablo 5. Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre ölçeklerin alt boyutları	40
Tablo 6. Çocuk cinsiyeti değişkenine göre ölçeklerin alt boyutları	42
Tablo 7. Çocukların kreşe gitme durumuna göre ölçeklerin alt boyutları	44
Tablo 8. Ailelerin medeni durumuna göre ölçeklerin alt boyutları	45
Tablo 9. Çocukların özel eğitime gitme durumuna göre ölçeklerin alt boyutları	47
Tablo 10. Evde konuşması gecikmiş birey olma durumuna göre alt boyutlar	48
Tablo 11. Evde konuşulan ikinci dil durumuna göre alt boyutlar	50
Tablo 12. Ailenin ekonomik düzeyine göre ölçeklerin alt boyutları	52
Tablo 13. Ailenin eğitim düzeyine göre ölçeklerin alt boyutları	54
Tablo 14. Çocuğun bakım sorumlusuna göre ölçeklerin alt boyutları	55
Tablo 15. Çocukların TV izleme sıklığına göre ölçeklerin alt boyutları	57
Tablo 16. Çocukların teknolojik cihaz kullanım sıklığına göre alt boyutlar	59
Tablo 17. Günlük yaşam kalitesi ile aile işlevselliği alt boyutları korelasyon analizi	61

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. İletişim öğeleri	4
Şekil 2. Konuşma organları	7
Şekil 3. Dilin bileşenleri	8



EKLER

EK- A	101
EK- B	103
EK- C	105
EK- D	110
EK- E	111



ÖNSÖZ

Bu tez çalışması, gecikmiş konuşma bozukluğu tanısı almış çocukların ailelerinin rehabilitasyon sürecindeki işlevselliklerini ve bu sürecin ailelerin günlük yaşam kalitelerine olan etkilerini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Araştırma sürecinde hem çocukların gelişimsel özellikleri hem de ailelerin bu sürece nasıl dâhil oldukları dikkatle incelenmiş ve elde edilen bulgular doğrultusunda çeşitli sonuçlara ulaşılmıştır.

Çalışma boyunca, yalnızca akademik bir bilgi üretme gayesiyle değil; aynı zamanda bu alanda çalışan uzmanlara, eğitimcilere ve en önemlisi de çocukları için çaba sarf eden ailelere katkı sağlamak amacı güdülmüştür. Rehabilitasyon sürecinde ailelerin rolünün ne kadar önemli olduğu, bu süreçte yaşadıkları duygusal, sosyal ve ekonomik zorluklar bu çalışmanın merkezini oluşturmuştur.

Araştırmanın tüm aşamalarında bilgi ve tecrübesiyle yol gösteren, her zaman desteğini esirgemeyen değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Burak Olgun'a en içten teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca, veri toplama sürecinde iş birliği yapan tüm ailelere ve katkı ve anlayışları için minnettarım.

Tez çalışmam sırasında beni destekleyen, motive eden, sabır ve sevgiyle yanımda olan aileme teşekkür ederim.

Bu çalışmanın, alan yazına katkı sağlaması ve benzer araştırmalara ışık tutması en büyük temennimdir.

GİRİŞ

İletişim, insan yaşamının temel bir parçasıdır. Bireyin kendini ifade edebilmesi, duygu ve düşüncelerini aktarabilmesi, sosyal ilişkiler kurabilmesi ve çevresiyle etkileşimde bulunabilmesi iletişim becerilerine bağlıdır. Bu becerilerin en önemli araçlarından biri ise dil ve konuşmadır. Dil ve konuşma gelişimi, bireyin bilişsel, sosyal ve duygusal gelişimini doğrudan etkileyen bir süreçtir. Özellikle erken çocukluk döneminde bu gelişimin sağlıklı bir şekilde ilerlemesi, çocuğun akademik başarısı ve sosyal uyumu açısından büyük önem taşımaktadır.

Ancak bazı çocuklar, çeşitli nedenlere bağlı olarak dil ve konuşma gelişiminde gecikmeler yaşayabilmektedir. Gecikmiş konuşma bozukluğu, çocuğun yaşına uygun dilsel becerileri kazanamaması ya da yaşıtlarına göre anlamlı konuşmalar geliştirmede geride kalması durumudur. Bu durum, sadece çocuğun bireysel gelişimini değil, aynı zamanda aile içi ilişkileri ve genel yaşam kalitesini de olumsuz etkileyebilmektedir. Dil ve konuşma problemleri olan çocukların aileleri, çocuklarının rehabilitasyon sürecinde aktif roller üstlenmekte; zaman, emek ve duygusal kaynaklarını bu sürece yönlendirmektedir.

Dil ve konuşma bozukluğu yaşayan çocukların rehabilitasyonu, yalnızca bireysel terapi sürecini değil, aynı zamanda aile merkezli müdahaleleri de içermelidir. Rehabilitasyonun başarısında, ailenin bu sürece aktif katılımı ve işlevsel bir şekilde süreci desteklemesi belirleyici bir faktördür. Aile içi iletişim kalitesi, ebeveynlerin bilgi düzeyi, çocuğa karşı tutumları ve stresle baş etme becerileri gibi faktörler, rehabilitasyon sürecinin verimliliğini doğrudan etkilemektedir.

Bu doğrultuda, gecikmiş konuşma bozukluğu olan çocukların ailelerinin günlük yaşam kaliteleri ile rehabilitasyon sürecinde gösterdikleri işlevsellik düzeylerinin değerlendirilmesi hem aile dinamiklerini anlamak hem de terapötik müdahaleleri doğru yönlendirebilmek açısından önemlidir. Ailelerin yaşadığı psikososyal zorlukların belirlenmesi, bu zorluklara yönelik destek programlarının geliştirilmesine olanak sağlayacaktır.

Bu tez çalışmasında, gecikmiş konuşma bozukluğu tanısı almış çocukların ailelerinin günlük yaşam kaliteleri ile rehabilitasyon sürecinde gösterdikleri aile

işlevselliği arasındaki ilişki incelenmiştir. Ayrıca, çeşitli sosyo-demografik değişkenlerin bu iki kavram üzerindeki etkileri araştırılarak, ailelerin ihtiyaçlarını daha iyi anlamaya yönelik bulgular sunulmuştur.



BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. İletişim, Dil, Konuşma

İletişim, dil ve konuşma birbirleriyle ilişkisi olmayan kavramlar gibi görünse de, oldukça ilişkili olan kavramlardır (Akçamete, 1993). Toplumsal yaşamımızın esas gereksinimlerimden biri de iletişim kurmaktır. İletişim, insanın birey olması için en temel ögedir (Topbaş, 2005a). Konuşma eylemini yaparken dili kullanırız. İletişim sağlarken hem dili hem de konuşma becerilerimden yararlanırız. Bu üç kavramın en önemli ortak özelliği ise evrendeki tüm canlıların birbirleriyle etkileşim halinde olmasını sağlamaktır (Yılmaz Çiftçi, 2021).

1.1.1. İletişim

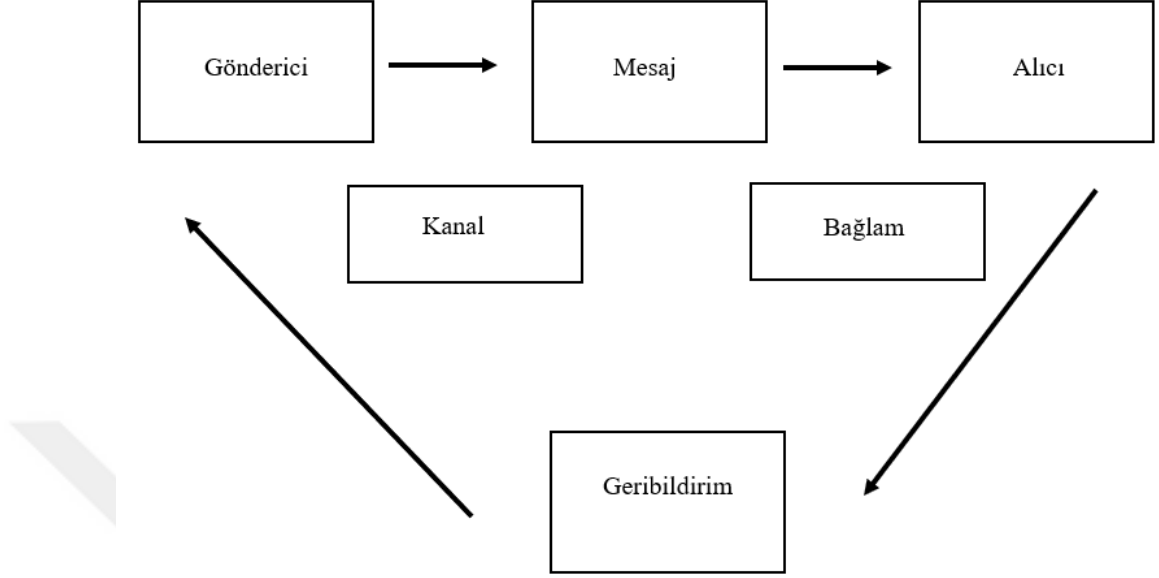
İletişim ile ilgili literatürde farklı görüşler bulunsa da genel anlamda, bilgilerin, düşüncelerin, mesajların veya duyguların birden fazla kişiler arasında iletilmesi ve iletilen kişinin mesajı alması anlamına gelmektedir (Reed, 2018a).

İletişim verbal veya nonverbal olmak üzere iki farklı biçimde yapılmaktadır. Eğer duygu ve düşüncelerimizi dil yoluyla ifade ediyorsak, bu verbal iletişim; dili kullanmadan beden dili, jest ve yüz ifadeleri kullanılarak yapılan iletişime ise nonverbal iletişim olarak adlandırılır (Kılıç, 2000). İletişim, dilin etkin kullanımı, sözel olmayan ipuçları, motivasyon ve sosyokültürel roller gibi birbiriyle ilişkili faktörleri içeren geniş bir etkileşimi gerektirir. Dil, iletişim için mutlak gereklilik olmasa da iletişim dilin temel ve tanımlayıcı bir parçasıdır (Owens Jr R. , 2011).

İletişimin gerçekleşebilmesi için gerekli olan iletişim ögeleri şunlardır:

- **Gönderici:** Mesajı hazırlayan ve ileten taraftır.
- **Alıcı:** Mesajı alan taraftır.
- **İleti (Mesaj):** Göndericinin karşı tarafa iletmek istediği her türlü bilgi, düşünce ve duygudur. Bu gönderilen bir kod veya şifre şeklinde anlaşılabilir.
- **Kanal:** İletinin alıcıya gidene kadar izlediği yol.
- **Bağlam (Ortam):** İletiyi etkileyebilecek her türlü unsurdur. Örneğin, yer, zaman.

•**Dönüt (Geribildirim):** Mesajı, alıcının anlayıp mesaja uygun geri dönüt vermesidir (Şekil 1.1.) (Yılmaz Çiftçi, 2021).



Şekil 1.1. İletişimin Öğeleri

Kaynak: Yılmaz Çiftçi, (2021, s. 2)

1.1.2. Dil

Dil, insanların düşüncelerini, fikirlerini ve deneyimlerini ifade etmelerini sağlayan, keyfi bir kod ve semboller bütünüdür (Hegde ve Pomaville, 2021). Noam Chomsky gibi bazı dil bilimciler ve Steven Pinker gibi bazı psikologlar, dilin sadece insana özgü bir özellik olduğunu belirtmişlerdir (Kuder, 2017). Bu sayede de insanlar birbirleriyle iletişim kurabilmektedir. En sık kullanılan iletişim aracı olarak sözel dil kabul edilmektedir (Ege, 2006).

Dil ve konuşma insanoğlunun yaşamının ayrılmaz bir parçasıdır. Bazı insanlarda dil kendiliğinden ve doğal olarak gelişir ki, birçok insan genetik olarak sahip olduğunu düşünmektedir. Aynı zamanda dil içinde yaşadığımız kültürün bir yansımasıdır. Bütün diller sistematik bir düzene sahip olması sebebiyle dilin öğrenilmiş davranış olduğu görülmektedir (Yapıcı, 2004). İnsanlar dili öğrenme yeteneğine doğuştan sahiptir. Birçok çocuk bu yetenekle doğar ancak içinde büyüdükleri toplumun dil özelliklerini öğrenirler (İzbul, 1983; Yapıcı, 2004).

1.1.3. Konuşma

Konuşma, dilin sözel bir şekilde ortaya konulması ve dili iletmek için bir araç olarak kullanılmasıdır (Bakanlığı, 2016; Reed, 2018a). Konuşmanın oluşabilmesi için; beyinde ki mesajın konuşma organlarına iletilmesi ve aynı zamanda konuşmada görev alan kasların gerekli motor hareketini yapabiliyor olması gerekir (Zileli ve Baysal, 1973).

Konuşmanın beyinde başlayabilmesi için sol beyin hemisferindeki motor konuşma merkezi (Broca alanı) ile gyrus precentralisin alt bölümü arasında kapsula eksternadaki liflerle bağlantı kurulması gerekmektedir. (Zileli ve Baysal, 1973)

Konuşma esnasında kasların çift yönlü ve uyumlu hareket edebilmesi için sol beyin hemisferinde bulunan konuşma ile ilgili kortikal merkezler, korpus kallozum aracılığıyla sağ beyin hemisferindeki aynı bölgeye temas eder. Aşağı doğru inen motor kortikal nöronların aksonları piramidal traktus içinde çaprazlaştıktan sonra pons ve bulbusda V. (Trigeminus), X. (Vagus) ve XII. (Hypoglossus) kafa çiftinin çekirdeklerinde sonlanır daha sonra ilgili kranial sinir olarak dil, dudak, damak, yanak, çene, gırtlak ve solunum kaslarına giderler. Bu yolun düzenli olarak yapılabilmesinde serebral ve serebellar yollar da rol almaktadır. (Öge, 1977)

Konuşma sırasında jest ve mimikler kullanıldığında, dinleyici konuşmacının amacını ve ne yapması gerektiğini anlar. Ekstralinguistik yapılar üçe ayrılmaktadır: Paralinguistik, nonlinguistik ve metalinguistik (Reed, 2018a).

1. **Paralinguistik:** Konuşmacının duyguları ve niyetiyle ilgilidir. Eğer konuşmada. Paralinguistik özellikler olmasaydı konuşmalar robotik şekilde duygular aktarılmadan konuşma gerçekleşir (Weismer ve Brown, 2021a).

2. **Nonlinguistik:** Sözsüz iletişimdir. Konuşmada ve iletişimde jestler ve yüz ifadeleri gibi vücut hareketlerinin kullanılmasıdır (Reed, 2018a).

3. **Metalinguistik:** Görme ve dil becerilerini ifade etmede kullanılmaktadır. Konuştuğumuz ve duyduğumuz dilin birbirleriyle uyumluluğu için kullanılır (Owens Jr R. , 2011).

Konuşmanın anlaşılır ve doğru olabilmesi için bazı özellikleri olması gerekmektedir. Bu nitelikler:

1. **Açıklık:** Anlatılmak istenenin açık ve sade olması dinleyicinin anlamasını kolaylaştırır.
2. **Artikülasyon:** Konuşma seslerinin doğru ve net bir şekilde çıkarılmasına dikkat edilmesidir.
3. **Dil bilgisi:** Her dilin kendine ait özgü belirli dil kuralları bulunur. Dil bilgisi, kullanılan dilin kurallarına uygun şekilde kullanılmazsa dilde bazı bozukluklar meydana gelebilir.
4. **Sürat:** Konuşmanın hızı ifade edilir. Bir insan akıcı ve anlaşılır konuşması için normal sürat dakikada 90-100 kelime olarak kabul edilir. Eğer dakikada daha fazla kelime kullanılırsa konuşmanın anlaşılabilirliği bozulur.
5. **Duraklama:** Konuşma sırasında da aynı metin okurken ki gibi noktalama işaretlerine dikkat edilerek konuşulmasıdır.
6. **Ses tonu ve doğru nefes alma:** Konuşmaya uygun ses tonu kullanmak ve konuşma sırasında doğru nefes alıp vermek konuşmanın akıcılığı ve anlaşılabilirliği için büyük öneme sahiptir.
7. **Ses gücü:** Konuşan kişinin konuşmasının karşısındaki kişilerin duyabileceği şekilde olmasına denir.
8. **Beden dilinin kullanılması:** Konuşma sırasında konuşmaya uygun jest ve mimikler kullanılması konuşmanın anlaşılabilirliğini kolaylaştırır (MEB, 2016).

1.2. Konuşmada Görev Alan Organlar

Konuşma da görev alan organlar vokal organlar olarak isimlendirilmektedir (Şekil 1.2).

- Akciğerler
- Toraks Boşluğu
- Diyafram
- Trakea
- Larenks
- Burun ve Paranasal Sinüsler
- Farinks

- Ağız, yumuşak damak, sert damak, dil, dişler ve dudaklardır (Polat, 2007) .



Şekil 1.2. Konuşma Organları

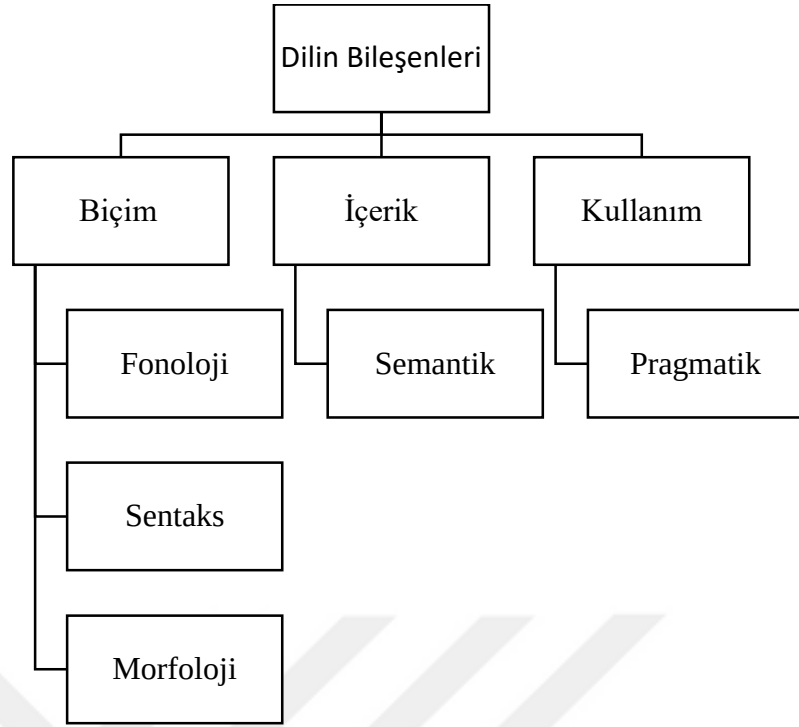
Kaynak: Polat, (2007)

1.3. Dilin Bileşenleri

Dil karmaşık bir sistemdir. Bu yüzden dil bilimcileri dili bileşenlerine ayırarak açıklamaktadırlar. Birçok dil bilimci, dili beş ana unsurda incelemiştir; fonoloji, morfoloji, semantik, sentaks ve pragmatik (Owens, 2016b).

Bloom ve Lahey (1978) dili biçim, içerik ve kullanım olmak üzere üç bileşene ayırmıştır. Biçim bileşeni morfoloji, fonoloji, sentaks bileşenleri kapsamaktadır. İçerik bileşeni, semantik bileşeni kapsamaktadır. Kullanım bileşeni, pragmatik bileşenini kapsamaktadır (Bloom ve Lahey, 1978).

Bu bileşenlerden herhangi birinde bir problem olması durumunda dilde bozulmalar ve aynı zamanda yazı dilinde de problemler görülmektedir (Şekil 1.3) (Paul, 2007).



Şekil 1.3. Dilin Bileşenleri

Kaynak: Kaya (2021)

1.3.1. Fonoloji

En basit ifadeyle fonoloji dilin ses sistemidir (Koch , 2018; Wilson ve Keil, 2001). Fonoloji, seslerin yapısını, dağılımını, sıralamasını ve hecelerin biçimini ele alarak inceleyerek kurallar bütünüdür. Bütün dillerde vardır ve en küçük ses birimi olan fonemlerle birlikte çalışmaktadır (Owens, 2016b). Fonem, dildeki anlam farklılıklarını sağlar. Örneğin ‘tabak’ ve ‘kabak’ farklı fonemle başlar ve anlam değişikliğine neden olmaktadır. Eğer fonolojide kurallar olmasaydı fonemlerin dağılımı gelişiğüzel ve anlamsız olurdu (Reed, 2018a).

1.3.2. Sentaks

Cümledeki kelimelerin sıralanışını ve kelimelerin birbirleriyle ilişkisini düzenleyen kurallar bütünüdür (Reed, 2018a). Sentaks, kelimelerin anlamını iletmek için sözcüklerin hangi sırayla sıralanacağını belirler. Sentaks ise cümlelerin özne, nesne ve fiil sıralamasına göre ayırarak inceler. İngilizcede cümle sıralaması; özne, fiil, nesne olarak yapılır iken Türkçede özne, nesne, fiil sıralaması olarak yapılmaktadır (Owens Jr R. E., 2016; Reed, 2018a).

1.3.3. Morfoloji

Dildeki en küçük anlamlı yapıya morfem denir. Morfemler ikiye ayrılır; bağımlı ve bağımsız morfemler olarak. Bağımsız morfemler, tek başına da anlam taşıyan yapılardır. Bağımsız morfemler ise tek başına anlam ifade etmeyen anlam kazanmak için serbest morfemlere bağlanan yapılardır. Dilde herhangi bir gecikme veya bozukluğu olan çocuklar morfemleri oluştururken problem yaşamaktadır (Weismer ve Brown, 2021b).

1.3.4. Semantik

Semantik bileşeni, kelimelerin ve cümlelerin anlamı ile ilgilenmektedir (Owens Jr R. , 2011; Fromkin, Rodman ve Hyams, 2013). Semantik bileşen sadece kelimelerin gerçek anlamıyla değil mecazi dili ve betimsel anlamlarıyla da ilgilenmektedir. Konuşma ve dil gelişimi sağladıkça çocukların kelime hazneleri de gelişmektedir (Koch , 2018).

1.3.5. Pragmatik

Pragmatik dil sosyal iletişim becerilerini sağlamak için kullanılmaktadır. Pragmatik dil konuşma sırasında nasıl kullanıldığı ile ilgilenmektedir. Pragmatik kurallar çerçevesinde sosyal ve iletişim becerileri şekillenmektedir (Ska, Duong ve Joannette, 2004). Bu kurallar sayesinde konuşmanın akışı şekillenmektedir. Konuları ve sırayı yönetmek, sosyal hedeflere ulaşmak, uygun nezaket ifadelerini kullanmak pragmatik dil kuralları olarak tanımlanmaktadır. Pragmatik dil çocukların akademik, sosyal ve duygusal gelişimi için gereklidir (Levey, 2017; Allan ve Jaszczolt, 2012).

1.4. Dil Teorileri

Uzun yıllar çocukların dili nasıl kazandığı merak edilmiş ve araştırmacılar tarafından dil kazanımını farklı yönleriyle ele alıp açıklamaya çalışmışlardır (Muslugüme, 2016; Owens Jr R. , 2011). Birçok araştırmacı dil kazanımı için çeşitli teoriler söylemiş olsalar bile her bir araştırmacının dil kazanımı için dili farklı yönleriyle açıkladığı görülmektedir. Dilin nasıl öğrenildiğine dair araştırmacıların yaklaşımları nedeniyle teoriler arasında belirgin farklılık olmasına neden olmuştur. Bazı araştırmacılar dil kazanımının, doğuştan geldiğini söylerken, bazıları da çevrenin

etkisinin olduğunu söylemişlerdir. Son zamanlarda ikisinin birlikte önemli olduğu görüşü kabul edilmektedir (Owens Jr R. , 2011; Kuder, 2017).

1.4.1. Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı yaklaşıma göre çocuklar dili taklit ederler yani dili kullanmaya başladıklarında çevrelerinden aldıkları olumlu tepkiler sayesinde dili tekrar edip pekiştirdikleri zaman dili öğrenirler. Bu kuram dil kazanımını için çevresel faktörlerin önemli olduğunu söylemektedir (Lightbown ve Spada, 2000).

Bu kuramın öncülerinden Watson ve Skinner, dil kazanımını edimsel koşullamayla açıklamış ve çocukların bilinçsiz olarak çıkardıkları sesleri ailelerinden aldıkları olumlu tepkilerle pekiştirildiğinde zamanla tekrarların alışkanlık haline gelerek öğrenildiğini öne sürmüşlerdir (Bochner ve Jones, 2005).

Aynı evde yaşayan çocukların farklı zamanlarda konuşmaya başlaması, çok farklı kültürde yaşayan çocukların ilk seslerinin benzer olması, hiç işitemeyen çocuğun özel eğitim sayesinde konuşmayı öğrenmesi nedeniyle davranışçı yaklaşımının eksikliğini ve diğer teorilerin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Berk, 2010; Ersan, 2013).

1.4.2. Doğalcı Yaklaşım

Doğalcı yaklaşıma göre çocukların dili doğuştan öğrendiklerini savunmuşlardır. Dil kazanımı için çevreden etkilenilmediğini savunmaktadırlar. Bu yaklaşıma göre, dil kazanımı için doğuştan gelen dürtülerin yeterli olduğunu çevre koşullarının kötü olmasının çocuğun dil kazanımı için engel oluşturmadığını savunurlar (Maviş, 2007).

Senemoğlu'nun (2004) araştırmasına göre dili işleme, dili anlama, dili yaratma gibi yeteneğin doğuştan geldiğini açıklamaktadır.

Doğalcı yaklaşımın en önemli temsilcisi olan Chomsky'e (1968) göre çocuklar dili kazanırken sadece kelimeleri değil aynı zamanda gramer yapılarını da öğrendiklerini söylemiştir. Aynı zamanda Chomsky dil kazanımının zekâ ve bilişsel süreçlerden bağımsız olduğunu ayrıca kendine özgü bağımsız olduğunu vurgulamaktadır (Cüceloğlu, 2011; Hoff, 2005).

1.4.3. Etkileşimci Yaklaşım

Etkileşimci yaklaşıma göre dil kazanımını işlevsel olarak ele almaktadır. Etkileşimciler, gelişim sürecini, sosyal, dil bilimsel, biyolojik ve zihinsel olarak birçok faktörün birbirini etkilediğini savunurlar (Maviş, 2007).

Etkileşimci yaklaşımcılardan olan Piaget dil kazanımında hem doğanın hem de çevrenin etkili olduğunu savunmaktadır ve etkileşimci yaklaşımı 3 kuram ile açıklamaktadır (Lightbown ve Spada, 2000). Bunlar; Gelişimsel Bilişsel Kuram, Bilgiyi İşleme Kuramı ve Rekabetçi Model'dir.

Çocukla yetişkinin düşünce süreçlerinde bir değişiklik olduğunu öne süren ilk psikologlardan biri Piaget'dir. Bilişsel görüşü benimseyenlere göre dil, bireyin biliş düzeyini yansıtmaktadır. Piaget'e göre, dil gelişimi için biliş tek faktör olarak görmekte ve bu görüşe göre zihinsel gelişim dil hızını da etkilemektedir (Maviş, 2007).

Bilgiyi işleme kuramında içsel bilgi işleme mekanizmasına önem vermektedir. Rekabetçi model ise hem doğuştancılığı hem de çevrecilik anlayışını önerir ve dili aynı diğer davranışlar gibi edinilebileceğini söylemektedir (Maviş, 2007).

1.4.4. Sosyal Öğrenme Yaklaşımı

Sosyal öğrenme kuramına göre dil kazanımında hem biyolojik hem de çevrenin etkisinin birlikte olduğu vurgulanmaktadır (Levey, 2017). Bu modele göre çocukların konuşmayı gözlem ve taklit etme sayesinde öğrendiklerini kabul ederler. Çevredeki bireyler çocuk için model olur ve bu model sayesinde çocuk gözlemleyerek onları taklit eder (Ersan, 2013).

Vygotsky (1998), çocuğun düşünme ve konuşma kapasitesine sahip olduğunu, iki yaş civarında ise içsel olarak konuşmaya başladığını söylemektedir. İçsel konuşma, çocuğun yapacağı işlere yoğunlaşmasını, bilgiyi hafızada tutmayı, gerektiğinde bilgiyi ortaya çıkarmayı sağlamaktadır. Sosyal öğrenme kuramında ifade edici dilin önemi vurgulanmaktadır (Ersan, 2013).

1.5. Dil Gelişimi

Dil gelişimi; kelimelerin, sayıların, sembollerin öğrenmesi, belleğinde tutması ve dilin kurallarına uygun biçimde kullanılması olarak tanımlanır. Dil gelişimi doğum

ile başlayıp yaşam boyu devam etmektedir (Liu, Zahrt ve Simms, 2018; McQuiston ve Kloczko, 2011). Dil gelişiminin temel amacı, etkili iletişim kurma, çevresindeki kişilerin dikkatini çekebilmesi, duygu ve düşünce ile isteklerini ifade edebilmesidir. Dil gelişimi; bilişsel, sosyal, duygusal gelişim alanları için önemli bir etkiye sahiptir (Muslugüme, 2016).

3-4 yaşına geldikleri zaman çocuklar, hangi kültürün içinde olursa olsun konuşulan dilin temel yapılarını öğrenmiş olurlar. Dil gelişimi insanoğlunun temel ve evrensel başarısıdır. Çocuklar yetişkinleri taklit ederek dili öğrenirler ve dili farkına vardıktan sonra öğrenme süreci hızla ilerlemektedir (Muslugüme, 2016; Gleason ve Ratner, 2016).

Çocuklar, dil gelişimi için gerekli işitsel uyaranlara maruz kalmadıklarında dil becerilerini yitirmeye başladıkları görülmüştür. Aynı zamanda dil gelişimi için sesi ve dili kullanabilecekleri bir ortamın olması gerekmektedir (Liu vd., 2018).

Yapılan çalışmalarda dili alıcı ve ifade edici dil olarak iki kategoriye ayrıldığı görülmüştür. Alıcı dil, dinleyici tarafından duyulan ve anlaşılan dildir. İfade edici dil konuşan kişi tarafından üretilen dildir. Alıcı dilde bir gecikme olduğu zaman başkalarının söylediklerini anlamada zorluk görülürken; ifade edici dilde ise kişinin fikirlerini paylaşmakta zorluklar yaşadığı görülmektedir (Law, Boyle, Harris, Harkness ve Nye, 1998).

Alıcı ve ifade edici dil gelişim basamakları Tablo 1.1. 'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Alıcı ve ifade edici dil basamakları

Yaş Aralığı	Alıcı Dil Becerileri	İfade Edici Dil Becerileri
0–3 Ay	Ani yüksek seslerden korkar. Beklenmedik seslere tepki verir. Seslere döner ve gülümser. Anne ve babasının sesini diğer seslerden ayırt edebilir.	Mırıldanma (gıgıldama) sesleri çıkarır. İhtiyaçlarına göre farklı ağlama sesi olur. Tek başınayken babıldar. Gülümser.
4–6 Ay	Sesin geldiği yönü gözleriyle arar. Ses tonundaki değişikliklere tepki verir. Sesli ve müzikli oyuncaklara tepki verir.	Tek başına olduğunda veya kendisiyle oyun oynandığında gıgıldar ve babıldar. ‘Ba’, ‘pa’, ‘mm’ gibi sesler çıkarır. Güler.

		Mutlu ve üzgün olduğunu belli eden sesler çıkarır.
7-9 Ay	Sesin geldiği yöne gözlerini ve başını çevirir. Aile üyelerinin adını tanıyabilir. Alkış, gel, bay bay, çak gibi kelimelere uygun jestler yapar. Adına tepki verir. Sık duyduğu nesnelerin isimlerini öğrenir. Hayır kelimesini anlar.	Adını duyduğunda ses çıkarmaya başlar. Anlamsız olarak 'baba', 'dede' gibi kelimeleri kullanabilir.
10-12 Ay	'Ce-eee' gibi oyunlardan hoşlanır. Basit istek ve yönergeleri anlar. Örneğin; 'Bebegi al.'	Anlamlı olarak 'anne, baba' gibi sözcükleri kullanmaya başlar. Vücut dilini kullanmaya başlar. Örneğin; 'bay bay' yapar, 'hayır' anlamında başını sallar.
13-15 Ay	Tek adımlık yönergeleri anlayıp yerine getirir. Vücut kısımlarını tanımaya başlar ve bir vücut bölümünü gösterir. 'Nerede' sorusunu anlar.	Jargon konuşmaya başlar. 7 ve daha fazla anlamlı kelimesi vardır.
16-18 Ay	Nesneleri işaret eder. Daha fazla vücut kısımlarını gösterir. Jargon konuşma biter.	İsteklerini sözcüklerle ifade eder.
19-24 Ay	İki basamaklı yönergeleri anlar ve yapar. Zamirleri anlamaya başlar. Olumsuz yapıları anlar.	Telegrafik konuşmaya başlar. 2 kelimelik sözcükler kurar. 'Nerede' sorusunu sorar. 50 kelimesi vardır.
25-30 Ay	Tüm zamirleri anlar. Nesnelerin işlevini anlar. Büyük/küçük gibi nesnelerin farklılıklarını anlamaya başlar.	Yakın akrabaların isimlerini öğrenir. 2-3 kelimelik cümleler kurar. Zamirleri yerinde kullanır. Çoğul eklerini kullanmaya başlar. Basit sorulara cevap verir. Olumsuzluk bildiren ifadeleri kullanır. Konuşmasının %50'si anlaşılır.
31-36 Ay	Zaman kavramlarını anlar.	Bazı bağlaçları kullanmaya başlar.
37-42 Ay	Hikâyeyi 10-15 dakika boyunca dinler. Nesnelere yönelik kavramları anlar. Gece ve	Nesnelerin işlevlerini kullanır. 'Ne zaman, kaç tane' sorularını sorar.

	gündüz kavramlarını anlayabilir. Karşılaştırma cümlelerini anlar.	Problem çözmeye yönelik sorulara cevap verir.
43–48 Ay	Çoğul ve tekil sözcükleri anlar. Geçmiş, gelecek ve şimdiki zaman kavramlarını anlar. Ortamda olmayan nesneleri bulur.	Karşılaştırma cümleleri kurar. Gramer kurallarına uygun cümleler kullanır.
49–60 Ay	Niteleyici kavramları anlar. -cı, -ci ekini anlar. Anlatılan nesnenin ismini bulup söyler.	Sözcüklerin kategorilerini söyler. Uzun cümleleri tekrarlar.
61–72 Ay	Edilgen yapıyı cümleleri anlar.	Gramer kurallarına uygun cümle kurar ve soru sorar. Yapım eklerini kullanır. Basit sözcükleri tanımlayabilir.

Kaynak: Altınyay, Kara, Yücel, Önder, Şahin ve Tezer, (2016) ; Yaman Artunç, (2020).

1.6. Dil Gelişim Dönemleri

Bu dönem konuşma öncesi ve konuşma dönemi diye ele alınmaktadır.

1.6.1. Konuşma Öncesi Dönem

Bu dönem çocukların, ilk iletişim, ilk seslendirmeler, ilk kavramlar, ilk konuşma algısı ve sözel ifadeleri anlama yer almakta ve bunlar alıcı dil gelişimini oluşturmaktadır. Bu yüzden bu dönemde alıcı dil gelişiminden bahsetmek daha doğru olacaktır. Alıcı dil yalnızca konuşmaya odaklanmak ve sesleri ayırt etmek ile ilgili değil, aynı zamanda sesleri işleme, şifreleri çözme ve anlam çıkarma yeteneğiyle de ilişkilidir. Bundan dolayı da bebeklerin bilgi işleme yetilerinin doğuştan geldiği görüşü desteklenmektedir (Baykoç, Abidoğlu, Dinçer, Erdemir ve Gümüşçü, 2000; Gander ve Gardiner, 2004).

1.6.2. Refleksif Dönem

Bu dönemde bebeğin ağlaması, öksürmesi ve mızırdanması doğal ve refleksif sesler olarak kabul edilir. Bebeğin çıkardığı ilk ses, ağlama sesi olup çevreyle kurdukları ilk iletişim olarak değerlendirilir. Yavuzer (1993) ağlamanın fizyolojik bir olay olmasının yanı sıra bebeğin çevresiyle iletişim kurması için kullandığı bir yöntem olduğunu ve aynı zamanda bebeğin ağlamasının dil gelişiminin bir parçası olduğunu söyler (Yavuzer, 1993; Reed, 2018b).

Emme ve yutma gibi reflekslerin sıkça tekrarlanması ise, ağlama ve seslenmelerle beraber ağız-yüz yapılarının gelişmesine önemli katkı sağlamaktadır. Kısa ve derin soluk alış-verişler konuşmanın temelini oluşturmaktadır. Ağlama sırasında seslerin çıkması için gerekli dudak, çene ve dil hareketlerini tekrarlama fırsatı bulmaktadır (Baykoç Dönmez, 1986b).

İlk üç haftada çıkarılan sesler anlamsızdır. Dördüncü haftadan itibaren sesler uyarıcıyla ilişkili ve bunlar genellikle açlık ve rahatsızlık ağlamalarıdır (Temiz, 2002).

1.6.3. Gııldama Dönemi (6 hafta-3 Ay)

Bebek bu dönemde iki önemli davranışta bulunmaktadır. İlk olarak hoşnut sesleri, ikinci olarak hoşnutluk sesleriyle birlikte gülümseme gözlemlenir. Bu dönemde ünsüz seslerin üretiminin temeli oluşmaktadır. Ünsüz seslerden /k/, /g/ seslerini üretir aynı zamanda ünlü seslerden /a/, /o/, /u/ ünlüleri eşlik etmeye başlamaktadır. Yaklaşık 16.haftada kahkaha ortaya çıkmaktadır (Reed, 2018b).

Çocukların ikinci aydan itibaren çıkardıkları anne ve babaların agucuk olarak nitelendirdiği seslere sık rastlandığı için agulama evresi de denilmektedir (Paul ve Baker, 1996). Bu sesler öğrenilmemiş ve geneldir. İşitme kaybı olan çocuklar taklit edebilecekleri insan sesi duymadıkları halde agular (Gander ve Gardiner, 2004).

Bu dönemde bebeğin çıkardığı sesleri desteklemek çok önemlidir. Anne bebekle birlikte bu sesleri tekrar etmesi, bebek için birer uyarıcı olarak işlev görür. Böylece çocuğun konuşması gelişecektir. Yapılan çalışmalarda çocuklarının konuşmasını destekleyen annelerin çocuklarının, konuşmasını desteklemeyen annelerin çocuklarına göre daha erken konuştuğu gözlemlenmiştir (Çakır, 2013; Gander ve Gardiner, 2004).

1.6.4. Genişletme Evresi (4-6 Ay)

Ses oyunu olarak da bilinen bu dönemde, çocuklar ünlü, yarı ünlü seslerle tiz veya bas seslemeler yaparlar. 4. aydan itibaren ses yolu yeniden şekillenir. Bu sayede daha farklı dil hareketleri başlar ve gırtlak sesleri çeşitlenir, dudak ünsüzleri üretilmeye başlamaktadır. Konuşma benzeri seslendirmeler /b/, /p/, /m/ gibi dudakla ilgili sesleri içermekte ve bu dönemin sonlarına doğru ‘‘ba, da’’ gibi hece tekrarlarına başlar ve bebekler bu döneme konuşmaya benzer vokalizasyon geliştirir (Baker & Cantwell, 1996; Bleile, 2004; Hoff, 2005; Peccei, 2006; Topbaş , 2005b).

Bebek bu sesleri artık çevresinden tepki almak için kullanmaktadır. Artık ses üretimi bilinçli olarak gerçekleşir ve ses çıkarma onun için keyif verici bir deneyim haline gelir. 4.ayda seslerdeki ritim gruplarını ayırtabilir (Brosseau-Lapr  ve Rvachew, 2018; Topbaş, Konrot ve Ege, 2002).

1.6.5. Düzenli Mırıldanma Evresi (7-9 Ay)

Bu dönem babıldama dönemi olarak da bilinmektedir. Başlangışta refleks olan sesler bu dönemde amaçlı hale gelmektedir. Bu dönemde bebekler tonlamaları ayırt edebilir, ismine karşılık verir, insan seslerine tepki verir ve mırıldanırken konuşma benzeri sesler çıkartmaktadır. Ba-ba-ba, ma-ma-ma gibi sesler çıkartmaktadır. En yaygın kullanılan  ns zler /b/, /p/, /t/, /d/, /m/ ve /n/’ dir. Bu dönem dil geşişimleri için aktif bir dönem ve ana dillerine hassasiyet 6-12.aylar arasında artmaktadır (Paul ve Baker, 1996; Baykoç vd., 2000; Taner, 2003).

1.6.6. Çeşitlendirilmiş Mırıldanma Evresi (10-12 Ay)

Bu dönemde çocuklar yaklaşık 11.aya geldiklerinde anne ve babalarının söylediği sözcükleri tekrar etmeye çalışırlar. Bu dönemde farklı ezgi ve vurgu taşıyan uzun hece dizilerini üretir, yetişkinlere benzeyen ses tonu kullanırlar (Behrman ve Vaughan, 1987; Bleile, 2004).

1.6.7. Konuşma Dönemi

Bu dönemde ocuk sık sık mırıldanır ve yetişkin konuşmasına benzer diziler oluşturur. Jargon olarak da bilinen bu dönemde anlaşılmayan cümle veya soruya benzeyen mırıltılar sözcüklerin yerini tutar (Baykoç Dönmez, 1986a).

1.6.8. Ses Sözcük Dönemi (9-12 Ay)

Çocuğun bilinçli olarak yetişkinlerin sesini taklit ettiği dönemdir. Bu dönemde ocuk tarafından çıkarılan sesler, genellikle ana diline özgü seslerdir. ocuk kendisine sorulan basit sorulara göz teması kurarak ve işaret yoluyla tepki verir. Yetişkin ile ocuk arasındaki konuşmada ise sesler ve sözcükler, mırıldanmalar aracılığı ile bir köprü görevi görmektedir. Mimiklerin ne anlama geldiğini bu süreçte öğrenir ve jestlerin konuşmayı öğrenmesine yardımcı olduğu kabul edilmektedir. Jest-kelime birlikte kullanıldığı zaman birden fazla kelimeli cümleler kurmanın işareti olduğu

söylenmektedir (Smith , 2013; Baykoç Dönmez, 2000; Papalia, Olds ve Feldman, 2009).

1.6.9. Tek Sözcük Dönemi (12-18 Ay)

Bu dönem çocuğun gerçek konuşmaya geçiş dönemidir. Jargon ile asıl konuşmanın arasındaki bir dönemdir. Çocuk, bir yaşını tamamladığı zaman bu dönemin ortaya çıktığı düşünülmektedir. Konuşmadan bahsedebilmek için çocuğun kelimeleri tutarlı ve doğru şekilde kullanması gerekmektedir (Saxton, 2018).

İlk kelimeler isimlerden oluşmaktadır. Örneğim çocuk ‘‘de-de’’ dediği zaman ‘‘Dede beni kucağına al.’’ anlamında söylemiş olabilir. Bu dönemde çocuğun konuşmayı anlaması, konuşma becerisinden ileridedir. Aynı zamanda çocuk bu dönemde ses taklitlerini de kullanmaktadır. Çocuk 10 veya daha fazla kelime ve yansıma sesi kullanmaktadır (Saxton, 2018; Temiz, 2002; Baykoç Dönmez, 1986a).

1.6.10. İki Sözcük Dönemi (12-18 Ay)

Bu dönemde çocuklar iki kelimelik cümleler kurmaya başlar ve bu sayede temel ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik iletişim kurmaktadır. Aynı zamanda bu dönem telegrafik konuşma olarak da isimlendirilmektedir. Telegrafik konuşmada cümleler isim ve fiillerden oluşur çekim eklerini çocuk henüz kullanmamaktadır (Baykoç Dönmez, 1986b; Reed, 2018b).

Hareketle ve işaretle anlatmak yerine artık bu dönemde çocuk konuşarak kendini ifade etmeye çalışır. Cümleler her ne kadar anlamlı gibi olsa da çocuğun konuşmasını yakın çevresi anlar yabancı bir kişi çocuğun konuşmasından tam olarak ne demek istediğini anlamakta zorluk çeker. Bu dönemin sonunda çocuğun kelime dağarcığı 200 kelimeye ulaşır (Reed, 2018b; Cüceloğlu, 1998; Clark, 1993).

1.6.11. Gramer Kurallarına Uygun Konuşma Dönemi (2-6 Yaş)

Bu dönemde çocukların kelime dağarcıkları hızla artmaktadır. Bir çocuk 25 aylık olduğunda, kelime dağarcığı genellikle 300 kelimeye ulaşır. Çocuk 2.5-4 yaş arasına geldiğinde soru sorma ve konuşma isteği artmaktadır. Çocuk eylemlerle öğrenme döneminden artık kavramlarla öğrenme evresine geçiş yapmaktadır (Karakaya , 2008).

3-4 yaşına geldiğinde cümle dizilimi yetişkinlere benzerdir. 4 yaşına geldiklerinde çekim eklerinin yanı sıra zaman eklerini de kullanmaya başladığı görülür. 4-5 yaşların da dili kolay ve doğru kullanılmaya başlar ve konuşmaları hem daha akıcı hem de daha anlaşılır olduğu görülür. 5-6 yaşına geldiğinde dil kullanımı yetişkinlerle yarış edebilecek düzeydedir. 6 yaşına geldiğinde 10.000 kelimenin anlamını bilir. 4-7 kelimelik cümleler kurar. Çocuk bağlaçları, kişi ve çoğul eklerini cümlelerde doğru bir şekilde kullanmaya başlar. Çocuk bu dönemde dili muhakeme, problem çözme, olayları anlatma ve hayali oyunlar için kullanmaktadır (Baykoç vd.,2000; Kandır, 2004).

1.7. Dil Gelişimini Etkileyen Faktörler

Dil gelişimi karmaşık aşamalar sonucu oluşmaktadır. Bu süreç, çocuğun bilişsel, duyuşsal ve sosyal gelişim arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Sensör, nöro-motor ve zihinsel açıdan problemleri olan çocuklar, dili kullanmada problem yaşamaktadır. Dil gelişiminde problem olan çocuklar dil gelişiminde problem olmayan çocuklara göre akademik hayatta, psikolojik veya davranışsal problemler açısından daha fazla riske sahiptir. Bu yüzden neden olan problemlerin ayrıntılı olarak ele alınması gerekmektedir (Tablo 1.2.) (Law vd., 1998; Bornehag, Lindh, Reichenberg, Wiskström,Hallerback,Evans, Sathyanarayana, Barret, Nguyen, Bush, Swan, 2018; Johnston, 2010).

Tablo 2: Dil gelişimini etkileyen faktörler

Zekâ	Düşük Doğum Ağırlığı ve Erken Doğum
Cinsiyet	Doğum Sırası
Genetik	İki Dillilik
Çevre	Ailenin Eğitim Seviyesi
Sosyoekonomik Düzey	Sosyal Etkileşim
Fizyoloji	Diğer Faktörler
Bilişsel ve Nörolojik Gelişim	

Kaynak: Şenkal, (2018, s. 66)

1.7.1. Zekâ

Zihinsel gelişim sürecinde algı, bellek, imgelemelerin tam olarak gelişmemesi durumunda çocukların dil gelişimini engellediği görülür. Somut kavramdan soyut kavramlara geçmek ve ilişkilendirmek ancak zekâ ile olmaktadır (Binbaşıoğlu, 1990). Zekâ ve dil arasındaki ilişkiden bahsederken yapılan en büyük hata çocuğun dili bozursa sadece zekâ seviyesi düşük olarak nitelendirmektir. Ancak zekâ seviyesinin yanında diğer faktörler de dil gecikmesine sebep olabilir (Lightbown ve Spada, 2000). Yapılan araştırmalarda zekâ düzeyi yüksek olan çocuklarda kelime dağarcığı, cümle yapılarının uzunluğu ve dil bilgisi doğruluğu daha yüksek bulunmuş ve zekâ düzeyi yüksek olan çocuklar daha kısa sürede konuşmayı öğrendikleri görülmektedir (Çayırçımen Aydeniz, 1999).

1.7.2. Cinsiyet

Erkek çocuklarında dil gelişim problemleri kız çocuklarına göre 4 kat daha fazladır (Robinson, 1991). McCarthy'e göre, doğumun ilk yıllarında cinsiyet farkı yoktur ve çocuklar annelerini örnek alarak hecelelemeye başlar. Ancak zamanla kızlar annelerini, erkekler ise babalarını rol model almaya başlarlar. Babanın işi gereği evden ayrı olması nedeniyle erkek çocukları babalarını daha az rol model alırlar ve kızların anne-kız ilişkileri daha sıkı olduğu için dil gelişimi daha çabuk ve doğru konuşurlar (Yavuzer, 2008).

Literatüre bakıldığı zaman sol hemisferin insanların dil becerisinden sorumlu olduğu görülmüştür. Geschwind ve Galaburda (1980) yaptığı çalışmada doğum öncesi erkek çocuklarının beyin gelişiminde testosteronun sol hemisfer bölgesinde geciktirici etkisinin olduğunu ve bunun sonucunda kız çocuklarının kelime öğrenme becerilerinin erkek çocuklarına kıyasla daha ileride olduğu gözlemlenmiştir (San Bayhan ve Artan, 2007; Öktem, 2006).

1.7.3. Genetik

Dil edinimi sadece çevresel değil genler yoluyla da olduğu açıklanmaktadır. Dil edinimi çocukta doğuştan vardır. Bu algısal beceri sayesinde aynı yaş dönemindeki çocuklar kendi ana dillerine hâkim olmaktadır (Papalia, Olds ve Feldman, 2009). Dil edinimi için FOXP ve CNTNAP2 spesifik genlerdendir. Aynı zamanda bazı genetik

sendromlar dil kullanımını olumsuz yönde etkilemektedir (Moriano-Gutierrez, Colomer, Sanjuan, Carot, Sierra, 2017). Bilişsel yeteneklerde genetiğin etkisi olduğundan dolayı doğrudan dil gelişimini de etkilemektedir (Bee, 2000). Birinci derece aile bireylerinde de dil gecikme hikayesi olması genetik yatkınlık olabileceğini göstermektedir (Vicki, 2018).

1.7.4. Çevre

Dil problemi olan çocukların günlük yaşamlarında odaklanma ve dikkat sorunları yaşayabilir. Çevrede aşırı uyaran olması odaklanma sorunlarından biridir ve dil gelişimini olumsuz etkilemektedir (Slobin, 1979). Çevre uyaranlarından eksik büyüyen çocukların dil düzeylerinin düşük olması, çevresel faktörlerin dil gelişimi üzerinde önemli etkisi olduğunu ortaya koymaktadır. Çevre, çocuğun doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası etkileyen bir durumdur ve uygun çevrede büyümeyen çocukların gelişimi gecikmektedir (Jersild, 1979).

İlk 6 ay içinde çevresinde ailesi ile büyüyen çocukların, ailesi ile birlikte büyümeyen çocuklara göre daha fazla ses çıkarttığı ve çevrenin çocuğun dil gelişiminde etkili olduğu görülmektedir. Kağıtçıbaşı, Bekman ve Sunar, ‘‘Erken Destek Projesi’’ adlı araştırmalarında çevrenin çocukların bilişsel ve dil gelişim üzerinde etkisi olduğunu göstermişlerdir (Demir, 2006).

1.7.5. Sosyoekonomik Düzey

Yapılan birçok araştırmada, düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerin konuşmadan ziyade çocukla kurduğu iletişimin davranışa yönelik olduğu gözlemlenmiştir (Karacan, 1998). Jersild’e (1979) göre, aynı zekâ seviyesine sahip olmalarına rağmen farklı ekonomik düzeyleri nedeniyle cümle uzunluğu, soru sayısı ve kelime dağarcığı açısından yüksek sosyoekonomik düzeye sahip çocukların daha fazla avantajlı olduğu görülmüştür. Düşük sosyoekonomi düzeyine sahip çocukların çevre yoksunluğu nedeniyle dil gelişimi kısıtlanmaktadır (Temel, 1999).

Maddi imkânı olan aileler çocuklarını kolayca oyun alanlarına, aktivite merkezlerine ulaştırabilmektedir. Düşük ve orta ekonomik düzeye sahip ailelerin çocukları oyun alanlarına, aktivite merkezlerine kolayca ulaşamamakta ve her konuda çocuğa bakım verene fazla sorumluluk düşmektedir (Mercan, 2007).

Çocuk büyüdükçe, dil gelişimindeki çeşitli değişiklikler meydana gelir; sözcük dağarcığı artar, dilin doğru kullanışı ve ifade etme becerisi gelişmektedir. Ayrıca maddi durumu iyi olan ailelerin çocukları daha erken yaşlarda ve düzgün konuşmaya başladığı gözlemlenmiştir. Yapılan birçok araştırmada ekonomik düzeyi düşük ailelerin çocukları sözel iletişim becerilerini daha az kullandığı için dil gelişiminde sınırlılıklar gözlemlenmiştir (Seifert ve Hoffnung, 2000).

1.7.6. Fizyoloji

Konuşma üretimi, larinks ve ses telleri aracılığı ile fonasyon ve ağız yapıları (dil, dudak, damak ve dişler) ile gerçekleşir; bu fizyolojik yapıların uygun olması normal dil gelişimi için önemlidir. İşitme duyusunun normal olması çocuğun çevredeki sesleri algılayıp bu sesleri doğru taklit edebilmesi için kritik öneme sahiptir. Bundan dolayı da işitme dil gelişimini etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada beş yaş civarında sensörinöral işitme kaybına sahip koklear implant olan çocuklarla işitmesi normal çocukların dil becerileri ve fonolojik farkındalıklarına bakılmış ve koklear implant olan grupta dil becerilerinin ve fonolojik farkındalıklarının anlamlı düzeyde geri olduğu görülmüştür (Soleymani, Mahmoodabadi ve Nouri, 2016).

Dil gelişimini etkileyen diğer bir fizyolojik faktörde görsel algıdır. Ciddi görme kaybı olan çocukların dil gelişimleri daha geç başlar (Karacan, 2000). Bu da dil girdilerinin sadece işitsel değil, aynı zaman da görsel girdilerle desteklendiği görülmektedir.

1.7.7. Bilişsel ve Nörolojik Gelişim

Çocuklarda dilin kazanılması için sadece çevresel uyarıcılar değil aynı zamanda nörolojik ve bilişsel gelişim de önemlidir. Apgar skorları da bilişsel ve nörolojik gelişim ile doğrudan ilişkilidir. Yapılan çalışmada apgar skoru 0-3 olan çocukların 0-7 olan çocuklara göre dil ile ilgili iki kattan daha fazla problem yaşadığı görülmüştür. Beyin fetal dönemden itibaren yapısal, metabolik ve genetik hastalıklar nedeniyle oluşan beyin hasarları dil gelişimini de olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle travmatik beyin hasarı olan çocuklarda hasarın tipine, şiddetine ve yerine göre dil ve konuşma alanında kalıcı problemlere neden olabilmektedir (Feldman ve Messick, 2008; Chaimay, Thinkamrop ve Thinkhamrop, 2006).

Dil becerisi bilişsel gelişimin önemli bir parçasıdır. Çocuk dili kullanabilmesi için düşünme, ilişki kurma, problem çözme gibi bilişsel becerilerinin yeterli düzeyde olması gereklidir. Eğer çocukta hafif düzeyde bile bilişsel problemi varsa dil gelişimi yavaş hızda geliştiği görülmektedir. Eğer ciddi bilişsel bozukluk varsa da zihinsel yetersizlikten söz edilebilir (Feldman ve Messick, 2008; Chaimay, Thinkamrop ve Thinkhamrop, 2006).

1.7.8. Düşük Doğum Ağırlığı ve Erken Doğum

Düşük doğum ağırlığı ve erken doğumla dünyaya gelen çocukların dili anlama ve etkin bir şekilde dil üretme açısından risk altında oldukları tespit edilmiştir (Luoma, Herrgård, Martikainen ve Ahonen, 1998).

1.7.9. Doğum sırası

Çocukların dil gelişiminde doğum sırasının doğrudan dil gelişimi üzerinde etkisi belirtilmekle ancak anne ve babanın tutumu dil gelişimini önemli ölçüde etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda doğum sırasının dil gelişimi üzerine etkisi olduğu bulunmuştur. İlk çocuğa ayrılan zaman daha fazla olduğu için ve anne ile daha fazla birebir iletişim içinde olduğundan dolayı dil gelişimi üzerinde olumlu yönde etkisi olacaktır (Yavuzer, 1993). Ortanca çocuklar gözden kaçıp iki kardeş arasında zorlanıp aile içinde yerini bulmakta zorlanır ve ailenin ilgisinden yeterince yararlanamadıkları için dezavantajlı çocuk olarak kabul edilir. Küçük kardeşler ise hoş tutulduğu çevresinde fazla insan olduğu için uyarılardan yoksun kalmayıp dil gelişimine olumlu yönde katkı sağlayacaktır (Öztürk, 1995).

1.7.10. İki Dillilik

Okul öncesi dönemde iki dil öğrenmeye çalışmaları çocuklarda bazı karışıklığa sebep olmaktadır. İki dili aynı anda öğrenen çocuklarda ilk kelimeler biraz geç çıkabilir ve 3-4 yaşına kadar kelime ve dil bilgisi kurallarında karışıklık yaşanabilir. İlk dil ne kadar güzel öğrenilirse ikinci dili öğrenmede de o kadar başarılı olacaktır. Eğer çocuğun konuşmasında gecikme var ise çocuğun baskın olduğu dil tercih edilip konuşmaya teşvik edilmelidir. Yapılan araştırmalarda normal dil gelişimi gösteren çocuklarda iki dil kullanımının dil gecikmesine yol açmadığı kabul edilmiştir (McQuiston ve Kloczko, 2011).

1.7.11. Ailenin Eğitim Seviyesi

Yapılan birçok araştırmada özellikle annelerinin eğitim düzeyinin çocukların dil gelişimi üzerine etkisi olduğu bulunmuştur. Eğitim seviyesi lise ve üstü olan annelerin çocuklarının, lise düzeyinden daha düşük eğitim seviyesine sahip annelerin çocuklarından daha fazla dil gelişimi gösterdiği tespit edilmiştir (Dollaghan, Campbell, Paradise, Feldman, Janosky, Pitcairn ve Kurs-Lasky, 1999). Dereli ve Koçak (2009) tarafından yapılan bir araştırmada, 4-6 yaş arasında okul öncesi ve okul öncesi eğitimine devam eden çocukların anne-baba eğitim düzeyine göre ifade edici dil becerilerini incelenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına bakıldığı zaman babanın eğitim düzeyinin çocukların dil gelişimi üzerinde önemli bir farklılığa neden olmadığı tespit edilmiştir (Dereli ve Koçak, 2009).

1.7.12. Sosyal Etkileşim

Dil tek başına öğrenilmeyen sosyal bir olgudur. İlk etkileşim bebeğin bakımını sağlayan kişiyle bebek arasında göz teması kurulmasıyla başlar ve böylelikle ortak dikkat sağlanmış olmaktadır. Çocuk büyüyüp özellikle oyun becerileri geliştiği zamanda sözel dili kullanmaya başlamaktadır. Aynı zamanda çocukların sözel dili kullanma becerileri geleceğe yönelik gelişim ve öğrenmesi hakkında bilgi vermektedir (Otto, 2006).

1.7.13. Diğer Faktörler

Diğer faktörlere bakıldığı zaman televizyon, tablet, bilgisayar ve oyun konsollarının çok fazla kullanıldığı ortamda yetişen çocukların çevresiyle kurulan sözel iletişim azalır ve dil gelişimini olumsuz yönde etkilenmektedir (Anderson ve Subrahmanyam, 2017). Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), çocukların ekran maruziyeti üzerine çeşitli öneriler sunmaktadır. 18 aya kadar bebeklerin ekrana maruz kalmamasını, 18-24 ay arasında yetişkin eşliğinde ve birlikte içerik hakkında konuşulmasını, 2-5 yaş arasında da günde bir saatten fazla olmayacak şekilde eğitici içerikler izlenebileceğini önermektedir (AAP, 2016).

1.8. Gecikmiş Konuşma

Gecikmiş konuşma, çocuğun olması gereken dil gelişim yaşının kronolojik yaşından geride olması durumunu ifade etmesine denir (McLaughlin, 2011). Bazı

çocuklar daha erken konuşup söylenenleri anlamlandırırken bazı çocuklar daha geç konuşur ve söylenenleri anlamlandırmada problem yaşayabilir. Çocuklar ifade edici dilde, alıcı dilde veya hem alıcı dil hem de ifade edici dilde gecikme yaşayabilir (ASHA, 2019).

Amerikan Konuşma ve İşitme Derneği (ASHA) dil gecikmesi yaşayan çocukları şu şekilde tanımlamaktadır:

- Anlama becerisinde problem olmayıp
- Sınırlı ifade edici dil becerileri
- Soru sormada
- Nesne isimlendirmede
- Jestleri kullanmada
- Kelimeleri cümle içerisinde bir araya getirmede
- Doğru zamirleri kullanmada
- İletişimi başlatma ve sürdürmede zorluk yaşayan 3-5 yaş arası çocuklar olarak tanımlamıştır (Rescorla ve Achenbach, 2002).

Literatüre bakıldığında ise gecikmiş konuşma tanısı alabilmesi için belirli kriterler bulunmaktadır. Bu kriterler arasında aile öyküsü, dil öncesi pragmatik dilde gözlemlenen farklılıklar, 12 ay civarına geldiğinde ilk sözcüklerinin üretilmemiş olması, 18 ay civarında 50 sözcük üretilmemiş olması ve 24 ay civarında 200 kelime üretilmemesi yer almaktadır (Hawa ve Spanoudis, 2014).

Gecikmiş konuşma, primer ve sekonder dil ve konuşma gecikmesi olarak ikiye ayrılmaktadır. Primer dil gecikmesi alıcı ve ifade edici dil bozukluklarını içermektedir. Sekonder dil ve konuşma gecikmesi olan çocuklarda genellikle klinik bulgulara bağlı olarak ek problemlerde eşlik ettiği gözlenmektedir. Özellikle işitme kaybı, zihinsel gerilik (mental retardasyon), otizm spektrum bozukluğu, mutizm ve fiziksel problemler eşlik eder (McLaughlin, 2011). Gecikmiş konuşmanın prevalansına bakıldığında 3 yaşındaki çocuklarda %15,6'ya kadar yükseldiği, 6 yaşına geldikleri zaman birçoğu normal dil gelişimi gösteren yaşlıtlarını yakaladığı görülmektedir. 6 yaşında gecikmiş konuşması devam eden çocukların insidansı %4'e kadar düştüğü

görülmektedir (Vick, Campbell, Shriberg, Green, Truemper, Rusiewicz ve Moore, 2014).

Gecikmiş konuşması olan çocuklarda sıklıkla gözlenen dil özellikleri şunlardır (MEB, 2016):

- Kısıtlı sözcük dağarcıkları vardır. Çocuklar ya hiç konuşmazlar ya da sınırlı sözcük kullanabilirler.
- Yutma, çiğneme, salya akıtma sorunları olabilir.
- İstek ve düşüncelerini sözel yolla anlatmakta zorluk yaşıyor olabilir.
- Jest, mimik ve işaret gibi alternatif iletişim kullanımı görülür.
- İletişim kurmak istememe görülür.
- Çevredeki seslere, konuşmalara ilgisiz kalabilirler, bu da karşısındaki kişiyi dinlemiyor olarak görünmelerine neden olabilir.
- Anlamsız sesler çıkarırlar.
- Yeni girdikleri ortama uyum sağlamada güçlük çekerler ve daha çok tek kalmayı tercih edebilirler.
- İsteklerini vurma, ağlama ve bağırma davranışı yaparak gösterebilir.
- Dikkat süreleri kısa olabilir.
- Kavramları geç öğrenebilirler.
- Bellekleri zayıf olabilir.
- Öğrendikleri bilgileri transfer etmede problem yaşayabildikleri gözlemlenmektedir (Bakanlığı, 2016) .

Hem ifade edici dilde hem de alıcı dilde gecikmesi olan çocuklar 3-4 yaşlarına geldikleri zaman özgül dil tanısı alabilmektedir (Ward, 1999). Anaokulu döneminde ifade edici dil gecikmesi olan çocukların kalıcı dil bozukluklarına sebep olduğu aynı zamanda sınırlı dil becerileri ve akademik olarak öğrenme güçlükleri yaşadıkları görülmektedir (Rescorla ve Achenbach, 2002). Dil gecikmesi olan çocukların 5 yaşına geldiklerinde normal dil gelişim gösteren çocukları yakalayabildikleri ancak bazı çocukların dil problemlerinin hala daha devam ettiği görülmektedir (Paul, 1996). 7.5-13 yaş arasında dil ve konuşma problemi devam eden çocukların imla ve noktalama işaretleri açısından daha kötü yazım yeteneklerine sahip olduğu görülmektedir

(Burden, Stott, Forge ve Goodyer, 1996). Aileler gecikmiş konuşması yaşayan çocuklarını genellikle 2 yaşında fark edebilmektedir. Gecikmiş konuşması olan çocuklara ilk önce işitme testi yapılmalı daha sonra artikulator organlar ve ağız-yüz kaslarının muayenesi yapılarak problem olup olmadığına bakılması gerekmektedir (Ellis ve Thal, 2008; Coplan, 1985).

Broen ve McGue (1994) yaptıkları bir çalışmada dil ve konuşma gelişimindeki problemler ile ilişkili olabilecek davranış problemlerinin, yetişkinlik dönemine geldiklerinde de devam edebileceğini ifade etmişlerdir. Dil ve konuşma gecikmesi olan bireylerin çalışma hayatına katıldıklarında daha düşük beceri gerektiren işlerde çalışabileceklerini ve işsiz kalma ihtimallerinin daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır (Law, Rush, Schoon ve Parsons, 2009).

Çocuğa gecikmiş konuşma tanısı koyarken dil ve konuşma terapistleri (DKT), psikologlar, psikiyatristler, odyologlar, özel eğitim öğretmenleri ve çocuk hastalıkları uzmanları gibi birçok uzmanın birlikte görev aldığı multidisipliner bir çalışma gerektirmektedir (Bishop, Snowling, Thompson, Greenhalgh ve Consortium, 2016). Değerlendirme için dil gelişim basamakları göz önüne alarak hem formal hem de informal değerlendirmeler yapılmaktadır (Prelock, Hutchins ve Glascoe, 2008). Formal testlerin sonuçları yorumlanırken aile ve çocuğun yakın çevresinden toplanan bilgi ve klinisyenin gözlemi ile birleştirilerek yapılması gerekmektedir (Bishop vd., 2016).

1.8.1. Gecikmiş Dil ve Konuşmaya Sebep Olan Klinik Bulgular

1.8.1.1. Gelişimsel Dil ve Gecikmiş Konuşma

Gecikmiş konuşmaya sahip olan çocukların dil gelişimleri geridedir ancak normal algılama, zekâ, işitme yeteneği, duygusal ilişki kurma ve kendini ifade etme yetenekleri vardır (McRae ve Vickar, 1991). Bu çocuklarda 8 haftadan uzun süren terapi programları yapıldığında çocuğun dil gelişimini olumlu yönde etkilediği gözlemlenmiştir. Bu süreçte terapistin ve ailenin aktif olarak katılması ve terapide sağladığı katkılar çok önemlidir (McLaughlin, 2011). Bu çocuklar genelde okul çağına geldiklerinde normal konuşma gösterirler Law, Garrett ve Nye, 2003).

1.8.1.2. İfade Edici Dil Bozukluğu

İfade edici dil bozukluğu olan çocuklar normal anlama, zekâ, işitme, duygusal ilişkiler ve artikülasyon becerilerine sahip olup ancak konuşma gecikmiştir. İfade edici dil bozukluğuna aktif bir şekilde müdahale edilmesi gerekmektedir. Çünkü kendiliğinden düzelmeyen bir bozukluktur (McLaughlin, 2011).

1.8.1.3. Alıcı Dil Bozukluğu

Alıcı dil bozukluğu olan çocuklarda da konuşma gecikmiştir. Konuşmada artikülasyon hataları ve dil bilgisi kurallarına uygun olarak konuşamama görülür. Çocuklar, ailelerinin söyledikleri nesne veya kişilere bakmazlar ve parmakla göstermezler. Çocuk nonverbal uyarılara tepkileri vardır ancak verbal uyarılara tepkileri yoktur. Bu durumu yaşıyan çocukların dil gelişimi nadir olarak görülmektedir (Whitman ve Schwartz, 1985).

1.8.1.4. Otizm Spektrum Bozukluğu

Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların genel gelişiminin değerlendirilmesi için testler yapılmalıdır (Bell, 1994). Bu çocuklar da konuşma gecikmesi, ekolali, iletişimi başlatma ve sürdürme problemleri görülebilmektedir (Paul, 2008). Otizm spektrum bozukluğuna sahip çocukların dil eğitimlerinin yanı sıra yoğun özel eğitim programı almaları gerekmektedir. Dil eğitim programlarındaki amaç ise çocuğun iletişim kurma becerilerini geliştirmektir (Parr, 2010).

1.8.1.5. Serebral Palsi

Serebral palsili çocuklarda konuşma gelişimi yaşıtlarına göre belirgin düzeyde geriden gelmektedir. Konuşma gecikmesinin temelinde korteksteki yapısal ve işlevsel bozukluklara bağlı olarak ortaya çıkan motor koordinasyon problemleri yer almaktadır. Dil kaslarının kontrolünde koordinasyon problemleri, işitme kaybı, zihinsel gerilik ve serebral korteksteki problemlerden kaynaklı gecikmiş konuşmaya yol açabilir (McLaughlin, 2011). Bu çocukların eğitimlerinde amaç alternatif iletişim becerileri kazandırmak, normal konuşmayı geliştirmek ve çevresindeki kişileri eğitmek amacıyla terapiler yapılmaktadır (Pennington, Goldbart ve Marshall, 2004).

1.8.1.6. *Selektif Mutizm*

Selektif mutizmi olan çocuklarda normal dil gelişimi olmasına rağmen bazı sosyal ortamlarda konuşamama durumları görülmektedir (McLaughlin, 2011). Selektif mutizmin olduğu durumlarda çocukta davranışsal ve bilişsel terapiler etkili olmaktadır (Manassis, 2009).

1.8.1.7. *Postlingual İşitme Kaybı*

Postlingual işitme kaybı durumunda aileler çocuklarının onların söylediklerini dinlemediğini ama konuştuğunu söyler. Dil ve konuşma kademeli olarak etkilenmektedir. İlerleyen zamanlarda kelime kazanımında eksiklik ve artikülasyon problemleri ile karşımıza çıkmaktadır. Bu problemi yaşayan çocuklar erken dönemde tanınıp, amplifikasyon cihazlarıyla desteklenip ve bireyselleştirilmiş rehabilitasyon programları ile eğitime başladıkları zaman yaşlıları olan normal işitmeye sahip çocuklara benzer dil gelişimi göstermektedir (McLaughlin, 2011).

1.8.1.8. *Prelingual İşitme Kaybı*

Prelingual işitme kaybı yaşayan çocuklarda konuşma gecikmesi görülür. Aynı zamanda konuşmanın prozodik bileşenlerinde (ritim, tonlama, hız ve şiddet) çeşitli sorunlar görülmektedir. Bu çocuklar ailenin gösterdiği nesnelere bakmaz ve nesneleri işaret ederek gösterme davranışı sergilemezler. Prelingual işitme kayıplı çocuklar genellikle yenidoğan işitme tarama programları aracılığıyla veya ailenin gelişimsel farklılıkları fark etmesi sonucu kliniklere başvurulmaktadır. Bu çocuklar hızlıca tanınmalı ve amplifikasyonu sağlanmalıdır. Daha sonra bireysel ihtiyaçlarına uygun rehabilitasyon programlarına başvurması dil gelişimi açısından büyük öneme sahiptir (McLaughlin, 2011).

1.9. **Dil ve Konuşma Gecikmesinin Tespiti İçin Kullanılan Bazı Ölçme Araçları**

Türkiye’de çocukların dil ve konuşma gelişimini değerlenmek için kullanılan yaygın testler aşağıda belirtilmiştir.

Tamamında Alıcı-ifade Edici Dili Ölçen Testler:

–Okul Öncesi Dil Ölçeği (PLS-5)

- Türkçe Erken Dil Gelişim Testi (TEDİL)
- Türkçe İfade Edici ve Alıcı Dil Testi (TİFALDİ)
- Peabody Resim Kelime Testi

Alt testlerinde alıcı-ifade edici dili ölçen testler:

- Gelişimsel Tarama Envanteri (DENVER 2)
- Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE)
- Gazi Erken Çocukluk Değerlendirme Aracı (GEÇDA)

1.9.1. Okul Öncesi Dil Ölçeği (PLS-5)

Bu ölçek 0-7 yaş 11 ay arasındaki çocuklarda işitsel algı ve ifade edici dil becerilerini değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bu ölçeğin Türkçe uyarlaması ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 1320 çocuk üzerinde Şahlı ve Belgin (2017) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ancak 7 yaş 11 aydan daha büyük çocuklar için normatif değerleri bulunmadığı için testin sınırlılığını göstermektedir (Şahlı ve Belgin, 2017).

1.9.2. Türkçe Erken Dil Gelişimi Testi

Bu test Test of Early Language Development (TELD-3) dil gelişim testinin Türkçeye uyarlanmış versiyonudur. 1999 yılında Hresko ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. TEDİL, 2 yaş 0 ay ve 7 yaş 11 ay arasındaki çocukların alıcı ve ifade edici sözel dil becerilerini değerlendirme amacıyla geliştirildi. Türkçe uyarlamasını 2013 yılında Toptaş ve Güven tarafından gerçekleştirilmiştir. TEDİL, çocukların dil gelişim düzeyini daha ayrıntılı olarak ölçmek için A ve B formu olmak üzere iki ayrı formdan oluşmaktadır. Alt testlerde dilin anlam bilgisini, biçim bilgisini ve söz dizimi gibi dilin farklı bileşenlerini değerlendiren maddeler bulunmaktadır.

TEDİL'in beş amacı bulunmaktadır:

- Erken çocukluk döneminde çocukluk döneminde dil becerilerinin gelişimi açısından yaşlılarından geride kalmış çocukları belirlemek ve erken müdahale programlarına almasını sağlamak,
- Erken müdahale programıyla bireysel olarak çocuğun sözel iletişim bakımından kuvvetli ve zayıf olan yanları belirlemek,

- Çocuğun alacağı dil terapisi programı ve süreci belirlemek,
- Erken çocukluk döneminde dil becerilerini değerlendirmek,
- Diğer değerlendirme tekniklerini desteklemek (Güven ve Topbaş, 2014).

1.9.3. Türkçe İfade Edici ve Alıcı Dil Testi (TİFALDİ)

Türkçe İfade Edici ve Alıcı Dil Kelime Testi (TİFALDİ) Türkiye’de standardizasyonu yapılmış bir dili değerlendirme aracıdır. Kazak Berument ve Güven tarafından 2-12 yaş arasında anadili Türkçe olan çocukların dil gelişimini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Alıcı Dil Kelime Alt Testi için sıklığına göre Türkçe’de kullanılan farklı zorlukta bulunan 242 soyut ve somut kelime bulunmaktadır (Kazak Berument ve Güven, 2013).

1.9.4. Peabody Resim Kelime Testi

Peabody Picture Vocabulary Test (PPVT) asıl formu İngilizce olan bu ölçek bireylerin kelime dağarcığını ölçmek için kullanılmaktadır. Dunn ve Dunn tarafından 2007 yılında Peabody Picture Vocabulary Test, Fourth Edition (PPVT-4) olarak güncellenmiştir. Özekeş (2016) tarafından Peabody Resim Kelime Testinin standardizasyon çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu testte her biri 4 resimden oluşan 100 kart ve kayıt formu bulunmaktadır. Uygulama sırasında kişinin kendisine söylenen kelimeye uygun olan resmi göstermesi istenir ve bu sayede kişinin kelimenin anlamını doğru bir şekilde tanıyıp tanımadığı değerlendirilmektedir (Özekes, 2016).

1.9.5. Gelişimsel Tarama Envanteri 2 (DENVER 2)

Gelişimsel Tarama Envanteri (DENVER 2) ilk kez 1967 yılında Frankenburg ve Dodds tarafından yayımlanmıştır. Bu test 50’den fazla ülkede standardizasyon çalışması yapılarak uygulanmaya başlanmıştır. DENVER 2 testi 0-6 yaş arasındaki çocukların gelişimini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Frankenburg ve Dodds 1990 yılında bu testi revize ederek özellikle dil gelişimi ile ilgili maddeler ekleyerek Denver 2 ismiyle yayınlanmıştır. Türkiye’deki bu standardizasyon çalışmasını ise Anlar ve Yalaz tarafından 1996 yılında gerçekleştirilmiştir (Anlar ve Yalaz, 1996).

1.9.6. Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE)

Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) Savaşır, Sezgin ve Erol tarafından geliştirilmiş kapsamlı bir ölçe aracıdır. AGTE 0-6 yaş arasındaki çocukların gelişimsel

düzeylerini değerlendirilmesi için kullanılan kapsamlı bir ölçme aracıdır. Bu envanter sayesinde çocukların, zihinsel becerilerini, küçük ve büyük-kas gelişimini, sosyal gelişimini ve öz bakım becerileri ile birlikte dil gelişim alanlarının sistematik biçimde incelenmesini sağlamaktadır (Savaşır, Erol ve Sezgin, 1994).

1.9.7. Gazi Erken Çocukluk Değerlendirme Aracı (GEÇDA)

Temel ve arkadaşlar tarafından Gazi Erken Çocukluk Değerlendirme Aracı (GEÇDA) 2004 yılında geliştirilmiştir. GEÇDA 0-72 ay arasındaki çocukların gelişimlerini ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesine olanak tanır aynı zamanda eğitim hayatlarının düzenlenmesinde ve çocuklardaki gelişimsel problemlerinin erken belirlenip tanılanmasında da etkin bir şekilde kullanılmaktadır. GEÇDA, Psikomotor (73 madde), Bilişsel (360 madde), Dil (60 madde), Sosyal-Duygusal Gelişim (56 madde) olmak üzere dört alt test ve toplamda 249 maddeden oluşmaktadır (Temel, Ersoy, Avcı ve Turla, 2004).

1.10. Terapi

Dil ve konuşma bozuklukları problemi yaşayan çocuklar kendilerini yeterli düzeyde ifade edemedikleri için akranlarına ve diğer yetişkin bireylere karşı hırçınlık, öfke vb. duyguları daha fazla yaşayabilirler. Bunun yanı sıra akademik olarak okuma-yazmada güçlük, akran zorbalığı ve sosyal ortamlardan uzaklaşma gibi durumlarda görülebilmektedir. Bu nedenle dil ve konuşma problemi olan çocukların erken dönemde değerlendirilmesi, tanılanması ve müdahale edilmesi çocuğun sosyal-duygusal ve akademik açıdan karşılaşılabileceği problemleri engellemeyi veya var olan problemin en aza indirgenmesi açısından büyük öneme sahiptir (Kayhan Aktürk, 2021).

Çocuğun değerlendirilmesi için bir ekip çalışması gereklidir. Bu ekipte DKT, odyologlar, doktorlar (psikiyatrist, nörolog, kulak burun boğaz uzmanı vb.), psikologlar, özel eğitim ve sınıf öğretmenleri, çocuk gelişimciler, psikolojik danışman ve rehber öğretmenler, ergoterapistler ve ortodontistler gibi birçok profesyonellerin bir araya gelmesiyle çalışılmaktadır (Kayhan Aktürk, 2021).

Dil ve konuşma bozukluğu olduğu şüphesi olan öğrenciler ise, gerekli değerlendirme ve yönlendirmelerin yapılabilmesi için Rehberlik Araştırma

Merkezlerine (RAM) sevk edilir. Burada çocuk değerlendirilir ve uygun görülen çocuğa dil raporu çıkartılmaktadır. Bu rapor sayesinde Millî Eğitim Bakanlığı'na bağlı rehabilitasyon merkezlerinden bireysel ve grup eğitimi alabilirler (Kayhan Aktürk, 2021).

Rehabilitasyon merkezine başvurulduğu zaman aile ve çocuk değerlendirme seansına alınır. Değerlendirme seansında çocuğun durumuyla ilgili aileden öykü alınır ve gerekli bilgi formları doldurtulur. Bunun yanı sıra değerlendirme seansında konuşması için gerekli olan artikülatör organların değerlendirilmesi yapılmaktadır. Değerlendirmede ayırıcı tanıyı koyabilmek için standart ve standart olmayan testlerde kullanılmaktadır (Kayhan Aktürk, 2021).

Literatüre bakıldığında çocukların dil terapilerine ne zaman başlanması gerektiğine dair farklı görüşler vardır. Bekle ve gör yöntemine göre çocuk 3-6 aylık aralıklarla gözlemlenerek takip edilmektedir (Whitehurst, Arnold, Smith, Fischel, Lonigan ve Valdez-Menchaca, 1991).

Okul çağında, dil ve konuşma bozukluğu problemi ile karşılaşılacak çocukların birçoğu geçmiş dönemde gecikmiş konuşma tanısıyla ilişkili olduğu görülmektedir. Aynı zamanda alıcı dil bozukluğu tanısı alan çocuklar ifade edici dil bozukluğu tanısı alan çocuklara göre daha fazla risk altında olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalarda alınan dil terapilerinde kısa sürede çocuğun sözcük ve cümle düzeyinin arttığı, sosyal becerilerinin geliştiği ve ailenin de kaygı düzeylerinde azalma olduğu tespit edilmiştir (Girolametto, Pearce ve Weitzman, 1997).

Terapinin yanı sıra çocuk ve aileler dili uyarıcı aktiviteler yapmaları büyük önem taşımaktadır. Uyaran eksikliğine maruz kalan çocuklarda da yapılandırılmış/teşvik edici çocuk bakım merkezleri, kreş anaokulu veya aile ile çocuğun birlikte katılabileceği etkinliklerde dil gelişimi için faydalı olacaktır (Robertson ve Ellis Weismer, 1999).

Terapi programı hazırlanırken çocuğun bireysel ihtiyacına uygun olarak hazırlanmış olması gerekmektedir (Paul ve Norbury, 2012). Terapide çok sık kullanılan stratejiler arasında model olma, sözel ve sözel olmayan ip uçları verme, çocuğa geri dönütte bulunma yer almaktadır (Prelock vd., 2008). Dil terapisinde birçok

yaklaşım bulunmakta ve daha çok etkileşimsel yaklaşım kullanılmaktadır. Bu yaklaşım sayesinde dilbilgisel yapılar, soru kalıpları, karmaşık cümleler ve dilin sosyal boyutu model olarak sunulur ve çocuğun aktif olarak kullanması için fırsat sunulmaktadır (Eisenberg, 2004).

Cable ve Domsch (2011) gecikmiş konuşma için temel olarak 4 teknikten söz etmişlerdir. Bu teknikleri Odaklı uyarım yaklaşım (Focused Stimulation), Tekli kelimeler için model olma, Sözcüklerin taklit edilmesi ve Geleneksel bireysel dil ve konuşma terapisi olarak sınıflandırılmıştır. Odaklı uyarım yaklaşımı aile temelli bir yaklaşımdır. Terapist model olur ama taklit kullanılmadığı için spontan olarak üretilmesi beklenmektedir. Terapistlerin daha çok tercih ettiği aile temelli yaklaşımlardan biri de ‘‘Konuşma İki Kişiliktir: *Hanen* (It Takes Two to Talk: The *Hanen*)’’ olduğu belirtilmektedir. Bu yaklaşımla aileye etkileşim temelli dilsel stratejiler öğretilmektedir (McCauley, Fey ve Gillam, 2006). Sıklıkla tercih edilen aile temelli yaklaşımda ‘Doğal Bağlama Dayalı Dil Öğretimi (*Milieu Teaching*)’ dir. Bu yaklaşım çevresel düzenleme ve ipuçlarına dayanmaktadır. Bu süreçte iletişim tahtaları gibi alternatif ve destekleyici iletişim sistemlerinden de yararlanılabilmektedir (Paul ve Norbury, 2012). Dil terapilerinde birçok yaklaşım kullanılmaktadır; ancak hangi yaklaşımı kullanacağına terapist deneyim ve eğitiminin yanı sıra aile ve çocuğun beklentileri ve ihtiyaçlarına göre karar verilmektedir.

Terapideki asıl hedef çocuğun konuşulan dili anlamasını, düşüncelerini ifade etmesini, konuşmayı başlatıp sürmesini öğretmektir. Terapilere ailelerin aktif olarak katılması çocukların iletişim yeteneklerini olumlu yönde geliştirmektedir. Yapılan araştırmalara göre; ifade edici dil bozukluğu olan çocuklar, alıcı dil bozukluğu olan çocuklara göre terapiden daha fazla yarar sağladığı ve 8 haftadan uzun süreli terapinin 8 haftadan daha kısa süreli olan terapiye göre daha fazla etkili olduğu görülmektedir (Law vd., 2003).

1.11. Terapist-Aile İş Birliği

Bir anne ve babanın en önemli görevi dünyaya getirdiği çocuklarına en iyi şekilde bakım vererek onları yetiştirebilmektir. Anne ve babaların çocuk yetiştirme konusunda ne kadar çok doğru bilgiye sahipse çocuklarını ancak o kadar iyi yetiştirebilirler. Ancak ailelerin farkında olmadan ve iyi niyetle gerçekleştirdiği

davranışlar çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir (Kuo, Cohen, Agrawal, Berry ve Casey, 2011; MEB, 2001).

Özel gereksinimli çocuğa sahip ailelerin özel yaşamlarında, sosyal çevrelerinde, beklentilerinde, planlarında ve iş yaşamlarında birtakım değişiklikler yapmaları gerektiği görülmektedir. Özel gereksinimli bir çocuğun düzenli sağlık kontrolleri, rehabilitasyon eğitimi ve tıbbi ekipmanlara ihtiyacı olduğu için de bu durum ailelerin yaşantılarını, maddi, fiziksel ve ruhsal durumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu tür olumsuzlukların olmaması içinde aile eğitiminin önemi vurgulanmaktadır (Kuo vd., 2011; MEB, 2001).

Aile eğitimindeki amaçlar aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- a) Ailenin, özel gereksinimli çocuğunun kabulünü sağlamak,
- b) Ailelerin sahip olduğu haklarının ve sorumluluklarının farkına varabilmesini sağlamak,
- c) Aile ile iş birliği yapmak,
- d) Aileyi diğer destek hizmetleri hakkında bilgilendirmek.

Aile eğitim programları; Odyolog, DKT, özel eğitim öğretmenleri, psikiyatrist, fizyoterapist, fizik tedavi uzmanı, çocuk gelişimci, psikolog, nörolog, okul öncesi eğitim öğretmeni, psikolojik danışman, sosyal hizmet uzmanı, özel eğitim sınıf öğretmeni, aile ve evlilik terapisti gibi farklı mesleklerden oluşan ekip tarafından verilmelidir (MEB, 2001).

Pediyatrik rehabilitasyonda aile merkezli yaklaşımının temel unsurlarından biri, terapist-aile arasındaki iş birliğidir. Terapist-aile iş birliği sayesinde çocuğun gelişimi ve işlevselliği, ailenin memnuniyeti artmasına ve terapiye aktif olarak katılımını sağlamaktadır. Bu İş birliği sayesinde çocuk sadece okulda öğrendikleri becerilerle sınırlı kalmayıp, günlük yaşamında da bu becerileri uygulayarak çocuğun süreklilik kazanmasına yardımcı olacaktır (Ufkun Ötesi Bilim Dergisi, 2005; An & Palisano, 2014).

İKİNCİ BÖLÜM

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma için İstanbul Gelişim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'nın 2024 tarihli toplantısında, İstanbul Gelişim Üniversitesi Etik Kurul Yönergesine göre yapılan değerlendirme sonucu etik kurallara uygun olduğuna dair onay alınmıştır.

2.1. Katılımcılar

Çalışma 0-6 yaş arasında gecikmiş konuşması olan çocukların ailelerinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Google Form ve yüz yüze toplanarak gerçekleştirilmiştir. Ailelerin günlük yaşam kalitesini ve rehabilitasyondaki işlevselliğini ölçmek için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Sürümü ve Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği kullanıldı.

2.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma Google Form ve yüz yüze toplanarak gerçekleştirildi. Ankette hiçbir sorunun boş bırakılmaması istendi. Çalışmaya 68 anne ve 41 baba olmak üzere 109 ebeveyn katıldı.

Dahil Edilme Kriterleri

- 0-6 yaş arası gecikmiş konuşması olan çocukların anne ve babaları
- Sadece gecikmiş konuşma tanısı almış çocukların anne-babaları
- Rehabilitasyona gidiyor olmak

Hariç Tutulma Kriterleri

- 6 yaşından büyük çocuğa sahip olmak
- Gecikmiş konuşma dışında ek bir engelinin olması
- Rehabilitasyona devam etmemek

2.4. Araştırma Anketinin İçeriği

2.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Ailelerin demografik bilgileri için form hazırlandı (EK 1). Forumun içeriğinde; Anne-babanın adı soyadı, cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, ekonomik düzeyi, eğitim düzeyi, ocuk sayısı, çocuğa bakımından kimin sorumlu olduğu, kaç çocuğu olduğu, evde başka bir kişide de gecikmiş konuşma olup olmadığı, evde kullanılan ikinci bir dil varlığı, çocuğun gecikmiş konuşmasıyla ilgili sorular, çocuğun yaşı, ne zaman tanı aldığı, özel eğitime devam edip etmediği, çocuğun günlük ekran süresiyle ilgili sorular değerlendirilerek kaydedildi.

2.4.2. Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği lği

Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği lği gecikmiş konuşması olan çocukların ailelerinin rehabilitasyon programındaki işlevselliğini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Bu lek 2005 yılında Abaoğlu tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin ilk 1-18. maddeleri farkındalık, 19-34. maddeleri tutum ve davranış, 35-42. maddeleri toplumsal katılım, 43-48. maddeleri ise rehabilitasyona katılım alt boyutlarını oluşturmaktadır. Böylelikle ailenin rehabilitasyon programına göstermiş olduğu tutum ve davranışlar ile günlük yaşamları üzerine etkisi incelemesi yapılabilir.

Ölçeğin değerlendirilmesi için 5’li Likert tipi puanlama kullanılmaktadır. Her bir madde için 1-5 arası derecelendirme yapılmaktadır. Ölçek maddelerinin derecelendirilmesi; “1: Hiç Katılmıyorum”, “2: Katılmıyorum”, “3: Kısmen Katılıyorum”, “4: Katılıyorum” ve “5: Tamamen Katılıyorum” şekilindedir.

2.4.3. Dünya Sağlık rgt Yaşam Kalitesi leği-Kısa Form (WHOQOL-BREF)

Dünya Sağlık rgt Yaşam Kalitesi Değerlendirme leği (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL): Dünya Sağlık rgt (DSÖ) tarafından kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmalara olanak veren geniş kapsamlı bir ölçektir. Dünya çapında 15 merkezde yapılan pilot çalışmalar sonucu, 100 soruluk WHOQOL-100 ve arasından seçilen 26 sorudan oluşan WHOQOL-BREF oluşturulmuştur. WHOQOL-BREF leği, biri genel algılanan

yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soruyla birlikte toplam 26 soru, fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alanlar olmak üzere 4 alandan meydana gelmiştir. Bu ölçeğin toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır.

WHOQOL-BREF'in Türkçe uyarlama çalışmaları Eser ve diğ. (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe adaptasyonunda çevre ile ilgili bir soru daha bulunmakta ve toplam 27 soruyu kapsamaktadır (Ek 2). Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları, fiziksel yaşam kalitesi 0.76, psikolojik yaşam kalitesi 0.67, sosyal yaşam kalitesi 0.56 ve çevresel yaşam kalitesi 0.74 olarak elde edilmiştir. Test tekrar test güvenilirliği 0.51 ile 0.81 arasında değişmektedir.

2.5. İstatistiksel İnceleme

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken; istatistiksel analiz için SPSS-27 kullanılarak analiz edildi. Sosyo-demografik sorular için frekans tablosu oluşturuldu. Değişkenlerin grup ortalamalarındaki farklılıkları görebilmek için 2 gruplu değişkenlerde bağımsız örneklem t-test ve non-parametrik Mann Whitney U analizi, 3 ve daha fazla gruplu değişkenlerde non-parametrik Kruskal Wallis-H analizi uygulandı. Ölçeklerin birbirleri arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü tespit edebilmek için Pearson ve Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Analizler alfa=0,05 seviyesinde uygulanmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Çalışma 0 ile 6 yaş arasında olan ve çocuklarında gecikmiş konuşması olan 109 aile ile yapılmıştır.

Tablo 3: Ölçeklerin normallik varsayımı analizi ve güvenilirlik analizi sonucu

Ölçek	n	Ort.	SS	Kolmogorov Smirnov (p)	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach's Alpha
Bedensel Boyut	109	67,09	15,902	,007	-,396	-,005	,821
Ruhsal Boyut	109	62,22	11,823	,012	-,084	,057	,534
Sosyal İlişkiler Boyutu	109	60,71	17,650	,000	-,304	,111	,601
Çevre Boyutu	109	61,49	13,700	,006	-,289	1,191	,820
Farkındalık	109	78,94	10,587	,000	-,539	-,373	,863
Tutum ve Davranış	109	77,81	11,589	,140*	,091	-,582	,845
Toplumsal Katılım	109	73,22	14,953	,003	,065	-,503	,745
Rehabilitasyona Katılım	109	74,85	15,226	,084*	-,350	,251	,617
Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği	109	77,10	10,374	,200*	-,038	-,523	,927

* $p>0,05$

Tablo 3’de normallik analizi ve güvenilirlik analizleri yer almaktadır. Kolmogorov-Smirnov Analizi incelendiğinde Tutum ve Davranış, Rehabilitasyona Katılım ve Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeğinin normal dağılım gösterdiği görülmektedir ($p>0,05$). Diğer ölçeklerin/değişkenlerin basıklık ve çarpıklık değerleri -2; +2 sınırını aşmadığında analizlerde parametrik testler kullanılırken bu sınırı aşanlarında veya grup gözlem sayısı yetersiz ($n<30$) olduğunda non-parametrik testler kullanılacaktır. Kaynak: George, D., & Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson. Ölçeklerin güvenilirlikleri yeterli düzeydedir. Cronbach Alpha katsayısının 0,60 ile 0,80 arasında olması ölçeğin orta güvenilir, 0,80 ile 1,00 arasında olması ise ölçeğin yüksek güvenilir olduğunu göstermektedir.

Araştırma kullanılan ölçeklere ilişkin verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Tutum ve Davranış ($p=140$), Rehabilitasyona Katılım ($p= ,084$) ve Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği ($p=200$) puanları $p> 0,05$ olduğu için bu değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Çevre Boyutu, Farkındalık ve Toplumsal Katılım $p < 0,05$ olduğu için normal dağılım varsayımını karşılamamaktadır.

Ölçeklerin güvenilirliği, Cronbach's Alpha katsayısı ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucuna göre ölçeklerin iç tutarlılık düzeyleri kabul edilebilir düzeydedir. En yüksek güvenilirlik katsayısı Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği için ,927 olarak bulunmuştur. Diğer boyutlara ait güvenilirlik katsayıları şu şekildedir: Farkındalık (,863), Tutum ve Davranış (,845), Bedensel Boyut (,821), Çevre Boyutu (,820), Toplumsal Katılım (,745), Rehabilitasyona Katılım (,617), Sosyal İlişkiler Boyutu (,601) ve Ruhsal Boyutu (,534). Bakıldığı zaman Ruhsal boyut ve Sosyal İlişkiler Boyutunun güvenilirlik düzeyin sınırlı olduğu görülmektedir. Ancak genel olarak ölçeklerin araştırma kapsamında kullanılır düzeyde güvenilirlik sunmaktadır.

Tablo 4: Katılımcıların sosyo-demografik bilgiler dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Dolduran Kişi	Anne	68	62,4
	Baba	41	37,6
Cinsiyet	Kadın	68	62,4
	Erkek	41	37,6
Medeni Durum	Bekar	4	3,7
	Evli	103	96,3
	Boşanmış	0	0,0
Ekonomik Düzey	Düşük	10	9,2
	Orta	94	86,2
	Yüksek	5	4,6
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	18	16,5
	Lise	41	37,6
	Lisans	39	35,8
	Lisansüstü	11	10,1
Bakım Sorumlusu	Anne	76	74,5
	Baba	0	0,0
	Anne, Baba	22	21,6
	Anne ve bakıcı	4	3,9

Çocuk Cinsiyeti	Kız	34	32,7
	Erkek	70	67,3
Düzenli Özel Eğitime	Evet	105	97,2
Gitme Durumu	Hayır	3	2,8
Kreşe Gitme Durumu	Evet	74	67,9
	Hayır	35	32,1
TV İzleme Sıklığı	1 saatten az	47	43,1
	1-2 saat	45	41,3
	3-5 saat	16	14,7
	6-10 saat	1	0,9
Teknolojik Cihaz Kullanma	1 saatten az	53	48,6
Sıklığı	1-2 saat	40	36,7
	3-5 saat	16	14,7
	6-10 saat	0	0,0
Evde Konuşması Gecikmiş	Evet	17	15,6
Ek Hastalık Durumu	Hayır	92	84,4
Evde Konuşulan İkinci Dil	Evet	12	11,0
Olma Durumu	Hayır	97	89,0

Bu tabloda katılımcılarının çoğunun %62,4'ü annelerden oluştuğu. Cinsiyet dağılımına bakıldığında %62,4'ü kadın, %37,6'sı erkektir. Katılımcıların büyük çoğunluğunu evli ve ekonomik gelir açısından değerlendirildiğinde %86,2'nin orta gelir düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Eğitim düzeylerine bakıldığında ise lise mezunları %37,6, lisans mezunları ise %35,8, ilköğretim mezunu %16,5, lisansüstü mezunların %10,1 dir.

Çocuklara dair bilgilere bakıldığında ise, bakım sorumluluğunun %74,5 anneye ait olduğu ve çocukların %67,3'ünün erkek olduğu görülmektedir. Katılımcı çocukların %97,2 düzenli olarak özel eğitime ve %67,9'u kreşe gitmektedir. Televizyon izleme süresine bakıldığında %84,4 ve teknolojik cihaz kullanımı %85,3 günlük 2 saat altındadır.

Çocukların %15,6'sında evde konuşma gecikmesi olduğu, %11'inin ise evde ikinci bir dil olduğu görülmektedir. Ek hastalığının sahip olmayan çocuklar %84,4'dür.

Tablo 5: Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre ölçeklerin alt boyutlarının değerlendirilmesi

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	t	Sd	p
Bedensel Boyut	Kadın	68	65,26	16,128	-1,555	107	,123
	Erkek	41	70,12	15,231			
Ruhsal Boyut	Kadın	68	62,93	13,737	,924	107	,357
	Erkek	41	61,03	7,683			
Sosyal İlişkiler Boyutu	Kadın	68	58,82	18,986	-1,441	107	,153
	Erkek	41	63,83	14,878			
Çevre Boyutu	Kadın	68	60,42	15,012	-1,057	107	,293
	Erkek	41	63,28	11,137			
Farkındalık	Kadın	68	81,47	10,647	3,374	107	,001*
	Erkek	41	74,73	9,146			
Tutum ve Davranış	Kadın	68	79,32	12,697	1,919	107	,058
	Erkek	41	75,30	9,072			
Toplumsal Katılım	Kadın	68	76,84	15,753	3,688	107	,000*
	Erkek	41	67,23	11,356			
Rehabilitasyona Katılım	Kadın	68	77,70	13,172	2,409	107	,019*
	Erkek	41	70,14	17,287			
Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği	Kadın	68	79,51	10,737	3,264	107	,001*
	Erkek	41	73,10	8,436			

*p<0,05

Tablo 5’de cinsiyet değişkeni için Bağımsız Örneklem T-Test Analizi sonuçları verilmiştir.

Cinsiyet değişkeni gruplarına göre Bedensel Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,123>0,05$).

Cinsiyet değişkeni gruplarına göre Ruhsal Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,357>0,05$).

Cinsiyet değişkeni gruplarına göre Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,153>0,05$).

Cinsiyet değişkeni gruplarına göre Çevre Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,293>0,05$).

Cinsiyet değişkeni gruplarına göre Tutum ve Davranış Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,058>0,05$).

Cinsiyet değişkeni gruplarına göre Farkındalık Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,001<0,05$). Kadınların Tutum ve Davranış Puanı ortalaması, erkeklerin Tutum ve Davranış Puanı ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Cinsiyet değişkeni gruplarına göre Toplumsal Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,000<0,05$). Kadınların Toplumsal Katılım Puanı ortalaması, erkeklerin Toplumsal Katılım Puanı ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Cinsiyet değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyona Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,019<0,05$). Kadınların Rehabilitasyona Katılım Puanı ortalaması, erkeklerin Rehabilitasyona Katılım Puanı ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Cinsiyet değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,001<0,05$). Kadınların Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği Puanı ortalaması, erkeklerin Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği Puanı ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Tablo 6: Çocuk cinsiyeti değişkenine göre ölçeklerin alt boyutlarının değerlendirilmesi

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	t	Sd	p
Bedensel Boyut	Kız	34	72,02	13,999	2,337	102	,021*
	Erkek	70	64,44	16,195			
Ruhsal Boyut	Kız	34	62,62	11,851	,131	102	,896
	Erkek	70	62,29	11,996			
	Kız	34	62,51	15,810	,687	102	,494

Sosyal İlişkiler Boyutu	Erkek	70	60,12	17,019			
Çevre Boyutu	Kız	34	64,05	12,251	1,414	102	,160
	Erkek	70	60,00	14,355			
Farkındalık	Kız	34	79,37	10,677	,340	102	,735
	Erkek	70	78,61	10,718			
Tutum ve Davranış	Kız	34	77,07	10,312	-,425	102	,672
	Erkek	70	78,10	12,235			
Toplumsal Katılım	Kız	34	70,50	13,745	-1,310	102	,193
	Erkek	70	74,60	15,529			
Rehabilitasyona Katılım	Kız	34	75,88	16,184	,472	102	,638
	Erkek	70	74,35	15,208			
Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği	Kız	34	76,69	9,940	-,252	102	,801
	Erkek	70	77,24	10,704			

*p<0,05

Tablo 6’da çocuk cinsiyeti değişkeni için Bağımsız Örneklem T-Test Analizi sonuçları verilmiştir.

Çocuk cinsiyeti değişkeni gruplarına göre Bedensel Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,021<0,05$). Kız çocuğu olan bireylerin Bedensel Boyut Puanı ortalaması, erkek çocuğu olan bireylerin Bedensel Boyut Puanı ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Çocuk cinsiyeti değişkeni gruplarına göre Ruhsal Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,896>0,05$).

Çocuk cinsiyeti değişkeni gruplarına göre Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,494>0,05$).

Çocuk cinsiyeti değişkeni gruplarına göre Çevre Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,160>0,05$).

Çocuk cinsiyeti değişkeni gruplarına göre Farkındalık Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,735>0,05$).

Çocuk cinsiyeti değişkeni gruplarına göre Tutum ve Davranış Puanı

istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,672>0,05$).

Çocuk cinsiyeti değişkeni gruplarına göre Toplumsal Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,193>0,05$).

Çocuk cinsiyeti değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyona Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,638>0,05$).

Çocuk cinsiyeti değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,801>0,05$).

Tablo 7: Çocukların kreşe gitme durumu değişkenine göre ölçeklerin alt boyutlarının değerlendirilmesi

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	t	Sd	p
Bedensel Boyut	Evet	74	67,40	16,420	,298	107	,766
	Hayır	35	66,43	14,958			
Ruhsal Boyut	Evet	74	61,86	11,788	-,460	107	,646
	Hayır	35	62,98	12,033			
Sosyal İlişkiler Boyutu	Evet	74	60,66	18,107	-,039	107	,969
	Hayır	35	60,80	16,898			
Çevre Boyutu	Evet	74	60,96	14,186	-,588	107	,558
	Hayır	35	62,62	12,735			
Farkındalık	Evet	74	78,47	10,558	-,665	107	,507
	Hayır	35	79,92	10,734			
Tutum ve Davranış	Evet	74	77,98	10,988	,219	107	,827
	Hayır	35	77,46	12,931			
Toplumsal Katılım	Evet	74	73,61	14,223	,388	107	,699
	Hayır	35	72,41	16,579			
Rehabilitasyona Katılım	Evet	74	74,67	14,049	-,166	107	,868
	Hayır	35	75,24	17,676			
Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği	Evet	74	77,02	9,895	-,113	107	,911
	Hayır	35	77,26	11,471			

* $p<0,05$

Tablo 7’de kreşe gitme durumu değişkeni için Bağımsız Örneklem T-Test Analizi sonuçları verilmiştir.

Kreşe gitme durumu değişkeni gruplarına göre Bedensel Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,766>0,05$).

Kreşe gitme durumu değişkeni gruplarına göre Ruhsal Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,646>0,05$).

Kreşe gitme durumu değişkeni gruplarına göre Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,969>0,05$).

Kreşe gitme durumu değişkeni gruplarına göre Çevre Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,558>0,05$).

Kreşe gitme durumu değişkeni gruplarına göre Farkındalık Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,507>0,05$).

Kreşe gitme durumu değişkeni gruplarına göre Tutum ve Davranış Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,827>0,05$).

Kreşe gitme durumu değişkeni gruplarına göre Toplumsal Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,699>0,05$).

Kreşe gitme durumu değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyona Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,868>0,05$).

Kreşe gitme durumu değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,911>0,05$).

Tablo 8: Anne ve babanın medeni durum değişkenine göre ölçeklerin alt boyutlarının değerlendirilmesi

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	z	Sd	p
Bedensel Boyut	Bekar	4	69,64	19,453	-,256	105	,798
	Evli	103	66,77	15,896			
Ruhsal Boyut	Bekar	4	73,96	9,239	-2,017	105	,044*
	Evli	103	61,79	11,736			

Sosyal İlişkiler Boyutu	Bekar	4	68,75	12,500	-1,013	105	,311
	Evli	103	60,52	16,753			
Çevre Boyutu	Bekar	4	66,67	7,172	-1,030	105	,303
	Evli	103	61,17	13,807			
Farkındalık	Bekar	4	81,94	19,870	-1,126	105	,260
	Evli	103	78,69	10,231			
Tutum ve Davranış	Bekar	4	82,03	16,949	-,526	105	,599
	Evli	103	77,73	11,467			
Toplumsal Katılım	Bekar	4	73,44	30,778	-,016	105	,987
	Evli	103	73,27	14,432			
Rehabilitasyona Katılım	Bekar	4	81,25	21,916	-,594	105	,553
	Evli	103	74,64	15,083			
Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği	Bekar	4	80,47	19,949	-,616	105	,538
	Evli	103	76,96	10,033			

*p<0,05

Tablo 8’de medeni durum değişkeni için Bağımsız Örneklem Mann-Whitney U Test Analizi sonuçları verilmiştir.

Medeni durum değişkeni gruplarına göre Bedensel Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,798>0,05$).

Medeni durum değişkeni gruplarına göre Ruhsal Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,044<0,05$). Bekarların Ruhsal Boyut Puanı ortalaması, evlilerin Ruhsal Boyut Puanı ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Medeni durum değişkeni gruplarına göre Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,311>0,05$).

Medeni durum değişkeni gruplarına göre Çevre Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,303>0,05$).

Medeni durum değişkeni gruplarına göre Farkındalık Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,260>0,05$).

Medeni durum değişkeni gruplarına göre Tutum ve Davranış Puanı istatistiksel

olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,599>0,05$).

Medeni durum değişkeni gruplarına göre Toplumsal Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,987>0,05$).

Medeni durum değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyona Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,553>0,05$).

Medeni durum değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,538>0,05$).

Tablo 9: Çocukların düzenli özel eğitime gitme durumu değişkenine göre ölçeklerin alt boyutlarının değerlendirilmesi

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	z	Sd	p
Bedensel Boyut	Evet	105	67,06	15,999	-,038	106	,970
	Hayır	3	66,67	18,327			
Ruhsal Boyut	Evet	105	62,16	12,013	-,555	106	,579
	Hayır	3	65,28	4,811			
Sosyal İlişkiler Boyutu	Evet	105	60,80	17,680	-,869	106	,385
	Hayır	3	52,78	19,245			
Çevre Boyutu	Evet	105	61,67	13,730	-1,267	106	,205
	Hayır	3	51,85	11,565			
Farkındalık	Evet	105	78,90	10,527	-,402	106	,687
	Hayır	3	76,39	14,699			
Tutum ve Davranış	Evet	105	77,74	11,549	-,150	106	,881
	Hayır	3	78,65	17,423			
Toplumsal Katılım	Evet	105	73,01	14,950	-,131	106	,896
	Hayır	3	76,04	18,311			
Rehabilitasyona Katılım	Evet	105	74,57	15,024	-,028	106	,978
	Hayır	3	76,39	21,382			
Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği	Evet	105	76,99	10,250	-,290	106	,772
	Hayır	3	77,08	16,788			

* $p<0,05$

Tablo 9’da düzenli özel eğitime gitme durumu değişkeni için Bağımsız Örneklem Mann-Whitney U Test Analizi sonuçları verilmiştir.

Düzenli özel eğitime gitme durumu değişkeni gruplarına göre Bedensel Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,970>0,05$).

Düzenli özel eğitime gitme durumu değişkeni gruplarına göre Ruhsal Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,579>0,05$).

Düzenli özel eğitime gitme durumu değişkeni gruplarına göre Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,385>0,05$).

Düzenli özel eğitime gitme durumu değişkeni gruplarına göre Çevre Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,205>0,05$).

Düzenli özel eğitime gitme durumu değişkeni gruplarına göre Farkındalık Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,687>0,05$).

Düzenli özel eğitime gitme durumu değişkeni gruplarına göre Tutum ve Davranış Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,881>0,05$).

Düzenli özel eğitime gitme durumu değişkeni gruplarına göre Toplumsal Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,896>0,05$).

Düzenli özel eğitime gitme durumu değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyona Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,978>0,05$).

Düzenli özel eğitime gitme durumu değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,772>0,05$).

Tablo 10: Evde konuşması gecikmiş birey olma durumu değişkenine göre ölçeklerin alt boyutlarının değerlendirilmesi

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	z	Sd	p
-------	------	---	------	----	---	----	---

Bedensel Boyut	Evet	17	64,92	16,810	-,545	107	,586
	Hayır	92	67,49	15,792			
Ruhsal Boyut	Evet	17	62,01	12,576	-,193	107	,847
	Hayır	92	62,25	11,751			
Sosyal İlişkiler Boyutu	Evet	17	56,37	22,732	-,532	107	,595
	Hayır	92	61,51	16,574			
Çevre Boyutu	Evet	17	55,72	12,480	-1,840	107	,066
	Hayır	92	62,56	13,711			
Farkındalık	Evet	17	78,02	9,934	-,623	107	,533
	Hayır	92	79,11	10,746			
Tutum ve Davranış	Evet	17	78,68	14,234	-,326	107	,744
	Hayır	92	77,65	11,118			
Toplumsal Katılım	Evet	17	73,16	17,886	-,335	107	,738
	Hayır	92	73,23	14,461			
Rehabilitasyona Katılım	Evet	17	75,98	12,971	-,159	107	,873
	Hayır	92	74,64	15,662			
Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği	Evet	17	77,18	11,628	-,217	107	,828
	Hayır	92	77,08	10,195			

*p<0,05

Tablo 10’da evde konuşması gecikmiş birey olma durumu değişkeni için Bağımsız Örneklem Mann-Whitney U Test Analizi sonuçları verilmiştir.

Evde konuşması gecikmiş birey olma durumu değişkeni gruplarına göre Bedensel Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,586>0,05$).

Evde konuşması gecikmiş birey olma durumu değişkeni gruplarına göre Ruhsal Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,847>0,05$).

Evde konuşması gecikmiş birey olma durumu değişkeni gruplarına göre Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,595>0,05$).

Evde konuşması gecikmiş birey olma durumu değişkeni gruplarına göre Çevre Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,066>0,05$).

Evde konuşması gecikmiş birey olma durumu değişkeni gruplarına göre Farkındalık Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,533>0,05$).

Evde konuşması gecikmiş birey olma durumu değişkeni gruplarına göre Tutum ve Davranış Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,744>0,05$).

Evde konuşması gecikmiş birey olma durumu değişkeni gruplarına göre Toplumsal Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,738>0,05$).

Evde konuşması gecikmiş birey olma durumu değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyona Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,873>0,05$).

Evde konuşması gecikmiş birey olma durumu değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,828>0,05$).

Tablo 11: Evde konuşulan ikinci dil olma durumu değişkenine göre ölçeklerinin alt boyutlarının değerlendirilmesi

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	z	Sd	p
Bedensel Boyut	Evet	12	66,07	21,671	-,160	107	,873
	Hayır	97	67,22	15,183			
Ruhsal Boyut	Evet	12	59,72	14,900	-1,199	107	,231
	Hayır	97	62,52	11,443			
Sosyal İlişkiler Boyutu	Evet	12	55,56	22,567	-1,165	107	,244
	Hayır	97	61,34	16,982			
Çevre Boyutu	Evet	12	60,19	18,590	-,870	107	,384
	Hayır	97	61,66	13,088			

Farkındalık	Evet	12	76,16	14,468	-,489	107	,625
	Hayır	97	79,28	10,051			
Tutum ve Davranış	Evet	12	76,30	15,379	-,363	107	,716
	Hayır	97	78,00	11,121			
Toplumsal Katılım	Evet	12	67,71	20,354	-1,364	107	,173
	Hayır	97	73,90	14,135			
Rehabilitasyona Katılım	Evet	12	69,10	14,153	-1,764	107	,078
	Hayır	97	75,57	15,271			
Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği	Evet	12	73,91	14,533	-,959	107	,338
	Hayır	97	77,49	9,769			

*p<0,05

Tablo 11’de evde konuşulan ikinci dil olma durumu değişkeni için Bağımsız Örneklem Mann-Whitney U Test Analizi sonuçları verilmiştir.

Evde konuşulan ikinci dil olma durumu değişkeni gruplarına göre Bedensel Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,873>0,05$).

Evde konuşulan ikinci dil olma durumu değişkeni gruplarına göre Ruhsal Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,231>0,05$).

Evde konuşulan ikinci dil olma durumu değişkeni gruplarına göre Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,244>0,05$).

Evde konuşulan ikinci dil olma durumu değişkeni gruplarına göre Çevre Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,384>0,05$).

Evde konuşulan ikinci dil olma durumu değişkeni gruplarına göre Farkındalık Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,625>0,05$).

Evde konuşulan ikinci dil olma durumu değişkeni gruplarına göre Tutum ve Davranış Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,716>0,05$).

Evde konuşulan ikinci dil olma durumu değişkeni gruplarına göre Toplumsal Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,173>0,05$).

Evde konuşulan ikinci dil olma durumu değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyona Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,078>0,05$).

Evde konuşulan ikinci dil olma durumu değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,338>0,05$).

Tablo 12: Ailenin ekonomik düzey değişkenine göre ölçeklerinin alt boyutlarının değerlendirilmesi

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	SD	H	p	Fark
Bedensel Boyut	a) Düşük	10	51,43	15,721	2	15,229	,000*	b,c>a
	b) Orta	94	67,77	14,763				
	c) Yüksek	5	85,71	12,111				
	Toplam	109	67,09	15,902				
Ruhsal Boyut	a) Düşük	10	52,50	11,318	2	7,116	,029*	b>a
	b) Orta	94	62,92	11,218				
	c) Yüksek	5	68,33	16,298				
	Toplam	109	62,22	11,823				
Sosyal İlişkiler Boyutu	a) Düşük	10	44,17	18,023	2	9,676	,008*	b>a
	b) Orta	94	61,79	16,557				
	c) Yüksek	5	73,33	19,896				
	Toplam	109	60,71	17,650				
Çevre Boyutu	a) Düşük	10	49,72	14,956	2	12,524	,002*	c>a
	b) Orta	94	61,91	12,717				
	c) Yüksek	5	77,22	12,012				
	Toplam	109	61,49	13,700				
Farkındalık	a) Düşük	10	75,14	15,977	2	2,146	,342	
	b) Orta	94	79,08	9,850				
	c) Yüksek	5	83,89	11,352				
	Toplam	109	78,94	10,587				
Tutum ve Davranış	a) Düşük	10	76,41	17,375	2	,066	,968	
	b) Orta	94	77,91	10,873				
	c) Yüksek	5	78,75	13,870				
	Toplam	109	77,81	11,589				
Toplumsal Katılım	a) Düşük	10	70,00	19,162	2	,534	,766	
	b) Orta	94	73,50	14,395				
	c) Yüksek	5	74,38	19,060				
	Toplam	109	73,22	14,953				
Rehabilitasyona Katılım	a) Düşük	10	75,83	19,023	2	,204	,903	
	b) Orta	94	74,83	14,830				

	c) Yüksek	5	73,33	18,066			
	Toplam	109	74,85	15,226			
Rehabilitasyonda	a) Düşük	10	74,79	16,296	2	,362	,834
Aile İşlevselliği	b) Orta	94	77,23	9,609			
Ölçeği	c) Yüksek	5	79,27	11,908			
	Toplam	109	77,10	10,374			

*p<0.05

Tablo 12’de ekonomik düzey değişkeni için Kruskal Wallis-H Analizi sonuçları verilmiştir.

Ekonomik düzey değişkeni gruplarına göre Bedensel Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,000<0,05$). Orta ve yüksek gelir durumuna sahip bireylerin Bedensel Boyut Puanı ortalaması, düşük gelir durumuna sahip bireylerin Bedensel Boyut Puanı ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Ekonomik düzey değişkeni gruplarına göre Ruhsal Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,029<0,05$). Orta gelir durumuna sahip bireylerin Ruhsal Boyut Puanı ortalaması, düşük gelir durumuna sahip bireylerin Ruhsal Boyut Puanı ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Ekonomik düzey değişkeni gruplarına göre Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,008<0,05$). Orta gelir durumuna sahip bireylerin Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ortalaması, düşük gelir durumuna sahip bireylerin Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Ekonomik düzey değişkeni gruplarına göre Çevre Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,002<0,05$). Yüksek gelir durumuna sahip bireylerin Çevre Boyutu Puanı ortalaması, düşük gelir durumuna sahip bireylerin Çevre Boyutu Puanı ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Ekonomik düzey değişkeni gruplarına göre Farkındalık Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,342>0,05$).

Ekonomik düzey değişkeni gruplarına göre Tutum ve Davranış Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,968>0,05$).

Ekonomik düzey değişkeni gruplarına göre Toplumsal Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,766>0,05$).

Ekonomik düzey değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyona Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,903>0,05$).

Ekonomik düzey değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,834>0,05$).

Tablo 13: Ailelerin eğitim düzeyi değişkenine göre ölçeklerinin alt boyutlarının değerlendirilmesi

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	SD	H	p	Fark
Bedensel Boyut	a) İlköğretim	18	66,59	18,597	3	2,211	,530	
	b) Lise	41	64,98	16,832				
	c) Lisans	39	67,86	13,513				
	d) Lisansüstü	11	73,05	16,001				
	Toplam	109	67,09	15,902				
Ruhsal Boyut	a) İlköğretim	18	56,71	14,373	3	7,034	,071	
	b) Lise	41	64,49	12,286				
	c) Lisans	39	61,11	9,623				
	d) Lisansüstü	11	66,67	10,035				
	Toplam	109	62,22	11,823				
Sosyal İlişkiler Boyutu	a) İlköğretim	18	53,24	22,891	3	3,773	,287	
	b) Lise	41	62,47	19,128				
	c) Lisans	39	60,61	13,350				
	d) Lisansüstü	11	66,67	13,437				
	Toplam	109	60,71	17,650				
Çevre Boyutu	a) İlköğretim	18	56,48	9,993	3	6,875	,076	
	b) Lise	41	61,25	16,089				
	c) Lisans	39	62,54	12,338				
	d) Lisansüstü	11	66,92	12,696				
	Toplam	109	61,49	13,700				
Farkındalık	a) İlköğretim	18	77,24	11,315	3	,535	,911	
	b) Lise	41	79,23	11,883				
	c) Lisans	39	79,45	8,316				
	d) Lisansüstü	11	78,79	12,594				
	Toplam	109	78,94	10,587				
Tutum ve Davranış	a) İlköğretim	18	75,09	10,090	3	1,354	,716	
	b) Lise	41	79,04	12,708				
	c) Lisans	39	77,16	11,208				
	d) Lisansüstü	11	79,97	11,307				
	Toplam	109	77,81	11,589				
Toplumsal Katılım	a) İlköğretim	18	68,40	12,632	3	1,990	,575	
	b) Lise	41	73,63	17,358				
	c) Lisans	39	73,96	12,771				
	d) Lisansüstü	11	76,99	16,073				

	Toplam	109	73,22	14,953			
Rehabilitasyona Katılım	a) İlköğretim	18	71,06	13,057	3	3,975	,264
	b) Lise	41	73,27	16,271			
	c) Lisans	39	77,69	12,916			
	d) Lisansüstü	11	76,89	21,194			
	Toplam	109	74,85	15,226			
Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği	a) İlköğretim	18	74,28	9,384	3	1,073	,784
	b) Lise	41	77,49	11,828			
	c) Lisans	39	77,55	8,784			
	d) Lisansüstü	11	78,65	11,888			
	Toplam	109	77,10	10,374			

*p<0.05

Tablo 13’de eğitim düzeyi değişkeni için Kruskal Wallis-H Analizi sonuçları verilmiştir.

Eğitim düzeyi değişkeni gruplarına göre Bedensel Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,530>0,05$).

Eğitim düzeyi değişkeni gruplarına göre Ruhsal Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,071>0,05$).

Eğitim düzeyi değişkeni gruplarına göre Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,287>0,05$).

Eğitim düzeyi değişkeni gruplarına göre Çevre Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,076>0,05$).

Eğitim düzeyi değişkeni gruplarına göre Farkındalık Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,911>0,05$).

Eğitim düzeyi değişkeni gruplarına göre Tutum ve Davranış Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,716>0,05$).

Eğitim düzeyi değişkeni gruplarına göre Toplumsal Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,575>0,05$).

Eğitim düzeyi değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyona Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,264>0,05$).

Eğitim düzeyi değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,784>0,05$).

Tablo 14: Çocuğun bakım sorumlusu değişkenine göre ölçeklerinin alt boyutlarının değerlendirilmesi

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	SD	H	p	Fark
Bedensel Boyut	a) Anne	76	65,35	16,187	2	4,310	,116	
	b) Anne, Baba	22	71,75	14,409				
	c) Anne ve bakıcı	4	66,07	13,203				
	Toplam	102	66,76	15,807				
Ruhsal Boyut	a) Anne	76	60,94	12,100	2	4,273	,118	
	b) Anne, Baba	22	65,53	12,006				
	c) Anne ve bakıcı	4	69,79	7,116				
	Toplam	102	62,28	12,086				
Sosyal İlişkiler Boyutu	a) Anne	76	58,70	18,251	2	2,510	,285	
	b) Anne, Baba	22	65,78	15,839				
	c) Anne ve bakıcı	4	58,33	11,785				
	Toplam	102	60,21	17,670				
Çevre Boyutu	a) Anne	76	59,83	13,769	2	3,350	,187	
	b) Anne, Baba	22	64,27	14,555				
	c) Anne ve bakıcı	4	68,06	6,991				
	Toplam	102	61,11	13,842				
Farkındalık	a) Anne	76	78,76	11,090	2	,153	,926	
	b) Anne, Baba	22	79,55	10,351				
	c) Anne ve bakıcı	4	78,47	7,898				
	Toplam	102	78,92	10,750				
Tutum ve Davranış	a) Anne	76	77,24	11,023	2	1,317	,518	
	b) Anne, Baba	22	79,40	12,745				
	c) Anne ve bakıcı	4	81,64	20,665				
	Toplam	102	77,88	11,750				
Toplumsal Katılım	a) Anne	76	71,38	14,461	2	5,200	,074	
	b) Anne, Baba	22	77,98	16,351				
	c) Anne ve bakıcı	4	84,38	16,925				
	Toplam	102	73,31	15,225				
Rehabilitasyona Katılım	a) Anne	76	74,62	16,075	2	,133	,936	
	b) Anne, Baba	22	75,41	12,203				
	c) Anne ve bakıcı	4	73,96	14,975				
	Toplam	102	74,76	15,154				
Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği	a) Anne	76	76,51	10,342	2	,935	,626	
	b) Anne, Baba	22	78,72	10,829				
	c) Anne ve bakıcı	4	79,95	12,424				
	Toplam	102	77,12	10,466				

*p<0.05

Tablo 14’de bakım sorumlusu değişkeni için Kruskal Wallis-H Analizi sonuçları verilmiştir.

Bakım sorumlusu değişkeni gruplarına göre Bedensel Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,116>0,05$).

Bakım sorumlusu değişkeni gruplarına göre Ruhsal Boyut Puanı istatistiksel

olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,118>0,05$).

Bakım sorumlusu değişkeni gruplarına göre Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,285>0,05$).

Bakım sorumlusu değişkeni gruplarına göre Çevre Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,187>0,05$).

Bakım sorumlusu değişkeni gruplarına göre Farkındalık Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,926>0,05$).

Bakım sorumlusu değişkeni gruplarına göre Tutum ve Davranış Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,518>0,05$).

Bakım sorumlusu değişkeni gruplarına göre Toplumsal Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,074>0,05$).

Bakım sorumlusu değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyona Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,936>0,05$).

Bakım sorumlusu değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,626>0,05$).

Tablo 15: Çocukların TV izleme sıklığı değişkenine göre ölçeklerin Alt boyutlarının değerlendirilmesi

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	SD	H	p	Fark
Bedensel Boyut	a) 1 saatten az	47	66,16	16,723	2	2,546	,280	
	b) 1-2 saat	45	69,37	16,393				
	c) 3-5 saat	16	64,29	11,664				
	Toplam	108	67,22	15,922				
Ruhsal Boyut	a) 1 saatten az	47	61,17	11,916	2	1,129	,569	
	b) 1-2 saat	45	63,15	11,950				
	c) 3-5 saat	16	62,90	12,026				
	Toplam	108	62,25	11,872				
Sosyal İlişkiler Boyutu	a) 1 saatten az	47	59,16	17,200	2	2,011	,366	
	b) 1-2 saat	45	63,70	18,045				
	c) 3-5 saat	16	58,53	17,060				
	Toplam	108	60,96	17,532				
Çevre Boyutu	a) 1 saatten az	47	60,76	17,002	2	1,874	,392	
	b) 1-2 saat	45	63,02	11,753				
	c) 3-5 saat	16	59,72	6,728				
	Toplam	108	61,55	13,751				

Farkındalık	a) 1 saatten az	47	78,69	10,922	2	,045	,978
	b) 1-2 saat	45	79,44	9,961			
	c) 3-5 saat	16	77,78	12,012			
	Toplam	108	78,87	10,613			
Tutum ve Davranış	a) 1 saatten az	47	76,00	12,708	2	3,257	,196
	b) 1-2 saat	45	80,03	10,465			
	c) 3-5 saat	16	77,15	11,120			
	Toplam	108	77,85	11,636			
Toplumsal Katılım	a) 1 saatten az	47	72,14	16,288	2	,709	,702
	b) 1-2 saat	45	74,38	14,392			
	c) 3-5 saat	16	73,63	13,306			
	Toplam	108	73,29	15,005			
Rehabilitasyona Katılım	a) 1 saatten az	47	72,09	18,020	2	2,786	,248
	b) 1-2 saat	45	78,06	11,664			
	c) 3-5 saat	16	75,52	13,340			
	Toplam	108	75,08	15,106			
Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği	a) 1 saatten az	47	75,88	11,493	2	1,921	,383
	b) 1-2 saat	45	78,62	9,443			
	c) 3-5 saat	16	76,60	9,778			
	Toplam	108	77,13	10,418			

*p<0.05

Tablo 15’de TV izleme sıklığı değişkeni için Kruskal Wallis-H Analizi sonuçları verilmiştir.

TV izleme sıklığı değişkeni gruplarına göre Bedensel Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,280>0,05$).

TV izleme sıklığı değişkeni gruplarına göre Ruhsal Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,569>0,05$).

TV izleme sıklığı değişkeni gruplarına göre Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,366>0,05$).

TV izleme sıklığı değişkeni gruplarına göre Çevre Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,392>0,05$).

TV izleme sıklığı değişkeni gruplarına göre Farkındalık Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,978>0,05$).

TV izleme sıklığı değişkeni gruplarına göre Tutum ve Davranış Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,196>0,05$).

TV izleme sıklığı değişkeni gruplarına göre Toplumsal Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,702>0,05$).

TV izleme sıklığı değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyona Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,248>0,05$).

TV izleme sıklığı değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,383>0,05$).

Tablo 16: Çocukların teknolojik cihaz kullanma durumuna göre ölçeklerin alt boyutlarının değerlendirilmesi

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	SD	H	p	Fark
Bedensel Boyut	a) 1 saatten az	53	65,54	17,319	2	5,102	,078	
	b) 1-2 saat	40	70,89	15,164				
	c) 3-5 saat	16	62,72	10,751				
	Toplam	109	67,09	15,902				
Ruhsal Boyut	a) 1 saatten az	53	61,48	11,811	2	,572	,751	
	b) 1-2 saat	40	63,23	12,442				
	c) 3-5 saat	16	62,12	10,757				
	Toplam	109	62,22	11,823				
Sosyal İlişkiler Boyutu	a) 1 saatten az	53	60,48	17,370	2	3,470	,176	
	b) 1-2 saat	40	63,33	17,582				
	c) 3-5 saat	16	54,88	18,400				
	Toplam	109	60,71	17,650				
Çevre Boyutu	a) 1 saatten az	53	61,22	16,799	2	1,079	,583	
	b) 1-2 saat	40	62,64	10,600				
	c) 3-5 saat	16	59,55	8,545				
	Toplam	109	61,49	13,700				
Farkındalık	a) 1 saatten az	53	79,80	10,788	2	1,140	,565	
	b) 1-2 saat	40	78,54	10,264				
	c) 3-5 saat	16	77,08	11,088				
	Toplam	109	78,94	10,587				
Tutum ve Davranış	a) 1 saatten az	53	75,83	12,336	2	3,585	,167	
	b) 1-2 saat	40	80,27	10,459				
	c) 3-5 saat	16	78,22	11,173				
	Toplam	109	77,81	11,589				
Toplumsal Katılım	a) 1 saatten az	53	73,00	15,566	2	,448	,799	
	b) 1-2 saat	40	72,97	15,738				
	c) 3-5 saat	16	74,61	11,115				
	Toplam	109	73,22	14,953				
Rehabilitasyona Katılım	a) 1 saatten az	53	73,52	17,263	2	,579	,749	
	b) 1-2 saat	40	75,52	12,309				
	c) 3-5 saat	16	77,60	15,052				
	Toplam	109	74,85	15,226				
Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği	a) 1 saatten az	53	76,55	11,071	2	,481	,786	
	b) 1-2 saat	40	77,81	9,844				
	c) 3-5 saat	16	77,12	9,776				
	Toplam	109	77,10	10,374				

* $p<0.05$

Tablo 16’de teknolojik cihaz kullanma sıklığı değişkeni için Kruskal Wallis-H Analizi sonuçları verilmiştir.

Teknolojik cihaz kullanma sıklığı değişkeni gruplarına göre Bedensel Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,078>0,05$).

Teknolojik cihaz kullanma sıklığı değişkeni gruplarına göre Ruhsal Boyut Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,751>0,05$).

Teknolojik cihaz kullanma sıklığı değişkeni gruplarına göre Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,176>0,05$).

Teknolojik cihaz kullanma sıklığı değişkeni gruplarına göre Çevre Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,583>0,05$).

Teknolojik cihaz kullanma sıklığı değişkeni gruplarına göre Farkındalık Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,565>0,05$).

Teknolojik cihaz kullanma sıklığı değişkeni gruplarına göre Tutum ve Davranış Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,167>0,05$).

Teknolojik cihaz kullanma sıklığı değişkeni gruplarına göre Toplumsal Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,799>0,05$).

Teknolojik cihaz kullanma sıklığı değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyona Katılım Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,749>0,05$).

Teknolojik cihaz kullanma sıklığı değişkeni gruplarına göre Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,786>0,05$).

Tablo 17: Günlük yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları ile rehabilitasyonda aile işlevselliği ölçeği alt boyutlarının korelasyon analizi değerlendirilmesi sonucu

	Bedensel Boyut	Ruhsal Boyut	Sosyal İlişkiler Boyutu	Çevre Boyutu	Farkındalık	Tutum ve Davranış	Toplumsal Katılım	Rehabilitasyona Katılım	Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği	Yaş	Çocuk Sayısı	Şüphe Yaşı	Teşhis Yaşı	Özel Eğitim Süresi
Bedensel Boyut	1													
Ruhsal Boyut	,616** ,000	1												
Sosyal İlişkiler Boyutu	,579** ,000	,673** ,000	1											
Çevre Boyutu	,653** ,000	,560** ,000	,601** ,000	1										
Farkındalık	,112 ,246	,185 ,054	,269** ,005	,170 ,077	1									
Tutum ve Davranış	,177 ,065	,353** ,000	,319** ,001	,240* ,012	,658** ,000	1								
Toplumsal Katılım	,114 ,236	,310** ,001	,190* ,047	,198* ,039	,610** ,000	,672** ,000	1							
Rehabilitasyona Katılım	,165 ,085	,167 ,083	,270** ,004	,185 ,055	,596** ,000	,557** ,000	,496** ,000	1						
Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği	,167 ,083	,308** ,001	,317** ,001	,236* ,014	,884** ,000	,888** ,000	,815** ,000	,738** ,000	1					
Yaş	-,215* ,025	-,235* ,014	-,164 ,088	-,067 ,489	-,301** ,001	-,120 ,213	-,081 ,405	-,337** ,000	-,241* ,011	1				
Çocuk Sayısı	-,121 ,211	,014 ,884	,005 ,961	-,042 ,665	-,214* ,026	-,043 ,659	-,105 ,278	-,242* ,011	-,167 ,082	,403** ,000	1			
Şüphe Yaşı	,208* ,030	,190* ,048	,249** ,009	,190* ,048	-,086 ,375	,057 ,554	-,048 ,620	-,144 ,136	-,049 ,610	,152 ,115	,244* ,011	1		
Teşhis Yaşı	-,020 ,844	,089 ,374	,131 ,191	,016 ,874	-,140 ,162	,036 ,721	-,055 ,583	-,181 ,070	-,087 ,389	,264** ,008	,303** ,002	,711** ,000	1	
Özel Eğitim Süresi	-,192* ,045	-,197* ,040	-,064 ,508	-,172 ,074	,048 ,621	-,193* ,044	-,278** ,003	-,152 ,114	-,148 ,124	,135 ,161	,061 ,527	-,100 ,299	-,031 ,759	1

****p<0,01 *p<0,05**

Tablo 17’de korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Bedensel Boyut ile Ruhsal Boyut arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,616$; $p=,000$).

Bedensel Boyut ile Sosyal İlişkiler Boyutu arasında pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,579$; $p=,000$).

Bedensel Boyut ile Çevre Boyutu arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,653$; $p=,000$).

Bedensel Boyut ile Yaş arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,215$; $p=,025$).

Bedensel Boyut ile Şüphe Yaşı arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,208$; $p=,030$).

Bedensel Boyut ile Özel Eğitim Süresi arasında pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,192$; $p=,045$).

Ruhsal Boyut ile Sosyal İlişkiler Boyutu arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,673$; $p=,000$).

Ruhsal Boyut ile Çevre Boyutu arasında pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,560$; $p=,000$).

Ruhsal Boyut ile Tutum ve Davranış arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,353$; $p=,000$).

Ruhsal Boyut ile Toplumsal Katılım arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,310$; $p=,001$).

Ruhsal Boyut ile Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,308$; $p=,000$).

Ruhsal Boyut ile Yaş arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,235$; $p=,014$).

Ruhsal Boyut ile Şüphe Yaşı arasında pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,190$; $p=,048$).

Ruhsal Boyut ile Özel Eğitim Süresi arasında pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,197$; $p=,040$).

Sosyal İlişkiler Boyutu ile Çevre Boyutu arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,601$; $p=,000$).

Sosyal İlişkiler Boyutu ile Farkındalık arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,269$; $p=,005$).

Sosyal İlişkiler Boyutu ile Tutum ve Davranış arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,319$; $p=,001$).

Sosyal İlişkiler Boyutu ile Toplumsal Katılım arasında pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,190$; $p=,047$).

Sosyal İlişkiler Boyutu ile Rehabilitasyona Katılım arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,270$; $p=,004$).

Sosyal İlişkiler Boyutu ile Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,317$; $p=,001$).

Sosyal İlişkiler Boyutu ile Şüphe Yaşı arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,249$; $p=,009$).

Çevre Boyutu ile Tutum ve Davranış arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,240$; $p=,012$).

Çevre Boyutu ile Toplumsal Katılım arasında pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,198$; $p=,039$).

Çevre Boyutu ile Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,236$; $p=,014$).

Çevre Boyutu ile Şüphe Yaşı arasında pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,190$; $p=,048$).

Farkındalık ile Tutum ve Davranış arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,658$; $p=,000$).

Farkındalık ile Toplumsal Katılım arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,610$; $p=,000$).

Farkındalık ile Rehabilitasyona Katılım arasında pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,596$; $p=,000$).

Farkındalık ile Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği arasında pozitif yönlü ve çok güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,884$; $p=,000$).

Farkındalık ile Yaş arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,301$; $p=,000$).

Farkındalık ile Çocuk Sayısı arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,214$; $p=,000$).

Tutum ve Davranış ile Toplumsal Katılım arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,672$; $p=,000$).

Tutum ve Davranış ile Rehabilitasyona Katılım arasında pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,557$; $p=,000$).

Tutum ve Davranış ile Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği arasında pozitif yönlü ve çok güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,888$; $p=,000$).

Tutum ve Davranış ile Özel Eğitim Süresi arasında pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,193$; $p=,044$).

Toplumsal Katılım ile Rehabilitasyona Katılım arasında pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,496$; $p=,000$).

Toplumsal Katılım ile Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği arasında pozitif yönlü ve çok güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,815$; $p=,000$).

Toplumsal Katılım ile Özel Eğitim Süresi arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,278$; $p=,003$).

Rehabilitasyona Katılım ile Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,738$; $p=,000$).

Rehabilitasyona Katılım ile Yaş arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,337$; $p=,000$).

Rehabilitasyona Katılım ile Çocuk Sayısı arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,242$; $p=,000$).

Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği ile Yaş arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,241$; $p=,000$).

Yaş ile Çocuk Sayısı arasında pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,403$; $p=,000$).

Yaş ile Teşhis Yaşı arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,264$; $p=,000$).

Çocuk Sayısı ile Şüphe Yaşı arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,244$; $p=,011$).

Çocuk Sayısı ile Teşhis Yaşı arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,303$; $p=,002$).

Şüphe Yaşı ile Teşhis Yaşı arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,711$; $p=,000$).

TARTIŞMA

Bu araştırmada, gecikmiş konuşma bozukluğu olan çocukların ailelerinin rehabilitasyon sürecindeki işlevsellik düzeyleri ile günlük yaşam kaliteleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmamızın bulguları rehabilitasyonda aile işlevselliği ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Çalışmada formu dolduran ve çocuğun bakımından sorumlu olan kişinin anne olduğu ortaya konulmuştur. Literatüre bakıldığında da çoğunlukla çocuğa bakım veren kişi annedir. Bu noktada literatürde yeterli sayıda anne ve babanın incelendiği çalışmaların olmadığını gösterir.

Çalışmada gecikmiş konuşma problemi erkeklerde kızlardan daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Literatürde yapılan çalışmalar da gecikmiş konuşma tanısının daha çok erkek çocuklarında olduğu göstermektedir. Stanton-Chapman ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yaptıkları retrospektif bir çalışmada okul öncesi dönemde gecikmiş konuşma tanısı alan çocukların %61.1' inin erkek, %38.9' unun kız olduğu tespit edilmiştir (Stanton-Chapman, Chapman, Bainbridge ve Scott, 2002). 2010 yılında Sylvestrea ve Mérette tarafından yapılan çalışmada da cinsiyete bakıldığında erkek cinsiyetinin önemli bir risk faktörü oluşturduğu tespit edilmiştir (Sylvestre ve Merette, 2010). Korpilahti ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yaptıkları çalışmada dil gecikmesinin erkeklerde kızlara oranla daha fazla biyolojik risk faktörü olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarla sonuçlarımız desteklenmektedir.

Çalışmaya katılan ailelerin büyük bir çoğunluğu evli, ekonomik düzey açısından orta gelirin baskın olduğu ve eğitim seviyesinin büyük oranda lise ve lisans düzeyinde olduğu görülmüştür. Literatürde, aile yapısının ve ebeveynin eğitim düzeyinin çocukların gelişimi üzerindeki etkilerine ilişkin birçok çalışma bulunmaktadır (Yılmaz ve Akpınar, 2020). Düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip ebeveynlerin daha az sosyal desteğe sahip oldukları ve sosyal desteklerin yetersizliği nedeniyle daha yüksek stres ve sorumluluk altında hissettiklerine dair çalışma bulguları da mevcuttur (Karadağ, 2007). Bu araştırma da benzer şekilde, aile içi bakım ve ekonomik düzeyin çocukların gelişiminde önemli rol oynadığını düşündürmektedir. Çalışmamızda, ebeveynin eğitim düzeyinin, çocukların rehabilitasyona katılımı ile ilişkisi olabileceği

öngörülebilir, ancak bu ilişkinin detaylı incelenmesi gereklidir. Aynı zamanda çalışmamızda ekonomik düzeyin ailelerin günlük yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüş ve yapılan çalışmalarla sonuçlarımız desteklenmektedir.

Evde konuşması gecikmiş bireylerin oranı oldukça düşük bulunmuş, ancak bu durum çocukların dil gelişiminin zamanında ve destekleyici bir şekilde ilerlediğini gösterebilir. Literatür, erken dil müdahalelerinin önemini vurgulamaktadır ve bu tür müdahalelerin çocukların genel gelişimleri üzerindeki olumlu etkilerini desteklemektedir (Çelik, 2021). Ayrıca, evde konuşulan ikinci dilin çocukların dil gelişimini olumsuz etkilemediği aksine yapılan çalışmalar çocukların dil becerilerini ve sosyal ilişkilerini artırıcı bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Bu çalışmada, çocukların büyük çoğunluğunun tek dilde yetiştirildiği anlaşılmaktadır, ancak çok dillilik araştırmalarında ileriye dönük çalışma yapılması gerektiği söylenebilir.

Çocukların büyük çoğunluğunun düzenli olarak özel eğitime katıldığı ve kreşe gittiği gözlemlenmiştir. Bu bulgu, çocukların gelişimi açısından erken müdahalenin ve eğitim sürecine katılımın ne kadar önemli olduğunu bir kez daha ortaya koymaktadır. Ayrıca, rehabilitasyon sürecine katılımın aile işlevselliği ile güçlü bir ilişki içinde olduğu gözlemlenmiştir. Çocukların rehabilitasyona katılım oranının yüksek olması, ailelerin çocuklarının gelişimine duyduğu ilgiyi ve önemsemeyi yansıtmaktadır.

Araştırmamızda özellikle rehabilitasyonda aile işlevselliği ölçeğinin alt boyutlarından problem çözme becerileri ön plana çıkmıştır. Aile işlevselliği problem çözme alt boyutu ile günlük yaşam kalitesi fiziksel sağlık alt boyutu arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, aile içinde aktif bir şekilde sorun çözebilen bireylerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarını daha iyi koruyabildiğini göstermektedir. Benzer şekilde, roller alt boyutu ile günlük yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alt boyutu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, aile içinde rollerin net olarak tanımlandığı ve sorumlulukların paylaşıldığı ortamlarda, bireylerin sosyal ilişkilerinde daha başarılı olduklarını desteklemektedir.

Araştırmamızda gecikmiş konuşma bozukluğu problemi olan çocukların ailelerinin günlük yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir. Bulgular, çocukların iletişim becerilerindeki gerilik nedeniyle aile bireylerinin sosyal yaşamdan çekildiğini, stres düzeylerinin yükseldiğini ve yaşamdan aldıkları genel doyumun azaldığını

göstermektedir. Ailenin rehabilitasyonda ki işlevselliği ile günlük yaşam kalitesi toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu bulgu, aile içi dayanışma, iletişim ve problem çözme becerileri arttıkça yaşam kalitesinin de paralel biçimde arttığını ortaya koymaktadır.

Araştırmamızın sorusu olan “rehabilitasyonda aile işlevselliği yüksek olan aileler ile düşük olanlar arasında yaşam kalitesi farkı var mıdır?” sorusu da anlamlı sonuçlar vermiştir. Elde edilen korelasyon verileri, işlevselliği yüksek olan ailelerin hem sosyal ilişkilerde hem fiziksel sağlıkta hem de genel yaşam kalitesinde daha yüksek puanlar aldığını göstermektedir. Bu bulgular, literatürdeki benzer çalışmalarla tutarlılık göstermektedir. Örneğin, Karaca ve Yıldırım (2019), aile içi desteğin, özel gereksinimli çocuğa sahip ailelerde yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini bildirmiştir (Karaca ve Yıldırım, 2019).

Bu bulgular ışığında, rehabilitasyon süreçlerinde aile katılımını güçlendiren psikoeğitim programlarına, aile danışmanlığına ve sosyal destek sistemlerine daha fazla önem verilmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır. Özellikle aile içi iletişim, rol paylaşımı ve stres yönetimi konularında yapılacak çalışmalar hem çocuğun gelişimini destekleyecek hem de ailenin genel yaşam kalitesini yükseltecektir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada, gecikmiş konuşma bozukluğu olan çocukların ailelerinin rehabilitasyon sürecindeki işlevsellik düzeyleri ile günlük yaşam kaliteleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma kapsamında, çocukların konuşma gecikmesi nedeniyle başvurdıkları özel eğitim ve rehabilitasyon süreçlerinde ailelerin ne ölçüde aktif rol aldığı ve bu sürecin ailelerin gündelik yaşam kalitesini nasıl etkilediği değerlendirilmiştir.

Araştırma bulguları, aile işlevselliği düzeyinin, ailelerin rehabilitasyon sürecine katılımını ve bu sürecin yönetilmesini doğrudan etkilediğini ortaya koymuştur. Gecikmiş konuşma bozukluğu olan çocuklara sahip ailelerin, sürece aktif olarak katıldıklarında, hem çocuklarının gelişimine daha fazla katkı sundukları hem de kendi yaşam kalitelerini daha iyi koruyabildikleri görülmüştür. Aile işlevselliği yüksek olan bireylerin, stresle başa çıkma becerilerinin daha gelişmiş olduğu, sosyal destek kaynaklarını daha etkin kullandıkları ve bakım yükünü daha dengeli yönetebildikleri saptanmıştır.

Buna karşılık, rehabilitasyon sürecinde daha az işlevsel olan ailelerde, günlük yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği; ruhsal, sosyal ve ekonomik zorlanmaların daha belirgin hale geldiği gözlemlenmiştir. Bu durum, sadece çocuğun değil, aynı zamanda aile sisteminin bütününe desteklenmesi gerektiğini ortaya koymuştur.

Sonuç olarak, bu çalışma aile katılımının yalnızca çocuk için değil, ailenin tamamı için iyileştirici bir rol üstlendiğini göstermektedir. Rehabilitasyon süreçlerinde ailelerin daha bilinçli, işlevsel ve aktif olmaları, hem çocukların gelişim sürecine olumlu katkılar sağlamakta hem de ailelerin yaşam kalitesini artırmaktadır. Çalışmamızın sonuçlarına göre rehabilitasyon süreçlerinde aile katılımını güçlendiren psikoeğitim programlarına, aile danışmanlığına ve sosyal destek sistemlerine daha fazla önem verilmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre;

Aile içi iletişim, rol paylaşımı ve stres yönetimi konularında yapılacak çalışmalar hem çocuğun gelişimini destekleyecek hem de ailenin genel yaşam

kalitesini yükseltecektir. Bu bağlamda, aile merkezli müdahale programlarının yaygınlaştırılması, ailelere yönelik psikososyal destek hizmetlerinin güçlendirilmesi ve çok disiplinli ekip çalışmalarıyla ailelerin süreçte daha etkin yer almasının teşvik edilmesi önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Akçamete, G. (1993). İşitme engellilerde dil ve konuşma. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 1(3), 2–9. https://doi.org/10.1501/Ozlegt_0000000013
- Allan, K., ve Jaszczolt, K. M. (Ed.). (2012). *The Cambridge handbook of pragmatics*. Cambridge University Press.
- Altınyay, Ş., Kara, H., Yücel, E., Önder, S., Şahin, R., ve Tezer, N. (Ed.). (2016). *Dinle öğren konuş*. Cochlear Ltd.
- American Academy of Pediatrics. (2016, October 26). American Academy of Pediatrics announces new recommendations for children's media use. <https://sites.gsu.edu/bestpractices/2016/10/26/american-academy-of-pediatrics-announces-new-recommendations-for-childrens-media-use/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2019). Preschool language disorders. <https://www.asha.org/public/speech/disorders/Preschool-Language-Disorders/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2024). Components of social communication. <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/social-communication-disorder/components-of-social-communication/>
- An, M., ve Palisano, R. J. (2014). Family-professional collaboration in pediatric rehabilitation: A practice model. *Pediatric Physical Therapy*, 36(5), 434–440.
- Anderson, D. R., ve Subrahmanyam, K. (2017). Digital screen media and cognitive development. *Pediatrics*, 140(Ek_2), S57–S61.
- Anlar, B., ve Yalaz, K. (1996). *Denver II gelişimsel tarama testi: Türk çocuklarına uyarlanması ve standardizasyonu el kitabı*. Ankara: Meteksan Matbaası.
- Baykoç Dönmez, N. (1986a). 12–36 aylık Türk çocuklarında dil kazandırılması aşamaları (Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Baykoç Dönmez, N. (1986b). Çocuklarda dilin kazanılması. *Ya-Pa 4. Okul Öncesi Eğitimi ve Yaygınlaştırılması Semineri* (s.90-96). Ankara: Ya-Pa Yayınları
- Baykoç, N., Abidoğlu, Ü., Dinçer, Ç., Erdemir, N., ve Gümüşçü, Ş. (2000). *Okul öncesi dönemde dil gelişimi etkinlikleri* (3. bs.). Ya-Pa Yayıncılık.
- Bee, H. (2000). *The developing child*. Boston, MA: Allyn & Bacon
- Behrman, R. E., ve Vaughan, V. C. (1987). Developmental pediatrics. R. E. Behrman ve V. C. Vaughan (Ed.), *Nelson textbook of pediatrics* (s. 6–35) içinde. WB Saunders Company.

- Bell, C. C. (1994). DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *JAMA*, 272(10), 828. <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520100096046>
- Berk, L. (2010). *Infants and children: Prenatal through middle childhood* (7. bs.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Binbaşıoğlu, C. (1990). Türkiye’de çok amaçlı okullar. Bildiri, *Eğitim Bilimleri Birinci Ulusal Kongresi* (s. 10–19), Ankara.
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., ve CATALISE Consortium. (2016). CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children. *PLOS ONE*, 11(7), e0158753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158753>
- Bleile, K. M. (2004). *Manual of articulation and phonological disorders: Infancy through adulthood*. Thomson/Delmar Learning.
- Bleses, D., Makransky, G., Dale, P., Højen, A., ve Ari, B. (2016). Early productive vocabulary predicts academic achievement 10 years later. *Applied Psycholinguistics*, 37(6), 1461–1476.
- Bloom, L., ve Lahey, M. (1978). *Language development and language disorders*. New York: John Wiley & Sons.
- Bochner, S., ve Jones, J. (2005). *Child language development: Learning to talk*. London: Whurr Publishers Ltd.
- Bornehag, C. G., Lindh, C., Reichenberg, A., Wikström, S., Hallerbäck Unenge, M., Evans, S. F., ve vd. (2018). Association of prenatal phthalate exposure with language development in early childhood. *JAMA Pediatrics*, 172(12), 1169–1176.
- Brousseau-Lapr  , F., ve Rvachew, S. (2018). *Introduction to speech sound disorders*. Plural Publishing.
- Burden, V., Stott, C. M., Forge, J., ve Goodyer, I. (1996). The Cambridge Language and Speech Project (CLASP) I. Detection of language difficulties at 36 to 39 months. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 38(7), 613–631. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1996.tb12126.x>
- Chaimay, B., Thinkamrop, B., ve Thinkhamrop, J. (2006). Risk factors associated with language development problems in childhood: A literature review. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 89(4), 567–572.
- Clark, E. V. (1993). *The lexicon in acquisition*. Cambridge University Press.
- Coplan, J. (1985). Evaluation of the child with delayed speech or language. *Journal of Pediatric Health Care*, 14(3), 203–208. <https://doi.org/10.3928/0090-4481-19850301-05>

- Cüceloğlu, D. (1998). *İnsan ve davranışı*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Cüceloğlu, D. (2011). *İnsan ve davranışı: Psikolojinin temel kavramları* (22. bs.). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çakır, T. (2013). Çocukta dil gelişimi ve kuramsal yaklaşımlar. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (7), 110–134. <https://dergipark.org.tr/pub/sakaefd/issue/11208/133844>
- Çayırçimen Aydeniz, F. (1999). Çocuk yuvalarında kalan ve ailesiyle birlikte yaşayan altı-yedi yaş çocukların dil gelişimlerinin incelenmesi (Ankara ve Isparta örneği) (Yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Demir, H. N. (2006). 7–9 yaş grubu çocukların genel yetenek ve dil gelişimleri ile anne baba tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yüksek lisans tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Demirel, S. (2005). Özel eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerinde aile eğitiminin önemi. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, (1), 61-74.
- Dereli, E., ve Koçak, N. (2009). Bakım tarzı ve anne-baba eğitim düzeyi açısından incelenmesi (Konya ili örneği). *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14, 245–253.
- Dollaghan, C. A., Campbell, T. F., Paradise, J. L., Feldman, H. M., Janosky, J. E., Pitcairn, D. N., ve Kurs-Lasky, M. (1999). Maternal education and measures of early speech and language. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(6), 1432–1443. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4206.1432>
- Ege, P. (2006). Farklı engel gruplarının iletişim özellikleri ve öğretmenlere öneriler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 7(2), 1–23.
- Eisenberg, S. (2004). Structured communicative play therapy for targeting language in young children. *Communication Disorders Quarterly*, 26(1), 29–35.
- Ellis, E. M., ve Thal, D. J. (2008). Early language delay and risk for language impairment. *Perspectives on Language Learning and Education*, 15(3), 93–100. <https://doi.org/10.1044/llc15.3.93>
- Ersan, C. (2013). Baba Dil Destek Programının çocukların dil gelişimine etkisi (Yüksek lisans tezi). Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Denizli. <https://gcris.pau.edu.tr/bitstream/11499/2137/1/Ceyhun%20ERSAN%20YLD.pdf>
- Feldman, H. M., ve Messick, C. (2008). Language and speech disorders. *Developmental behavioral pediatrics*, 467-482. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-04025-9.50016-7>

- Fromkin, V., Rodman, R., ve Hyams, N. (2013). *An introduction to language* (10. bs.). Boston: Cengage Learning.
- Gander, M. J., ve Gardiner, H. W. (2004). *Çocuk ve ergen gelişimi* (5. bs.). Ankara: İmge Kitabevi.
- Girolametto, L., Pearce, P. S., ve Weitzman, E. (1997). Effects of lexical intervention on the phonology of late talkers. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40(2), 338–348. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4002.338>
- Gleason, J. B., ve Ratner, N. B. (2016). *The development of language* (9. bs.). Boston: Pearson.
- Güven, S., ve Topbaş, S. (2014). Erken Dil Gelişimi Testi Üçüncü Versiyonu’nun (Test of Early Language Development-Third Edition) Türkçe’ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik ön çalışması. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 6(2), 151–176.
- Hawa, V. V., ve Spanoudis, G. (2014). Toddlers with delayed expressive language: An overview of the characteristics, risk factors and language outcomes. *Research in Developmental Disabilities*, 35(2), 400–407. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.10.027>
- Hegde, M. N., ve Pomaville, F. (2021). *Assessment of communication disorders in children: Resources and protocols*. Plural Publishing.
- Hoff, E. (2005). *Language development* (3. bs.). Thomson Learning.
- İzbul, Y. (1983). Konuşma dilinin evreleriyle ilgili üç ek öneri. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, Özel Sayı*, 143–149.
- Jersild, A. T. (1979). *Çocuk psikolojisi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Johnston, J. (2010). Factors that influence language development. *Encyclopedia on Early Childhood Development* (online), 1-6. <https://www.child-encyclopedia.com/language-development/according-experts/factors-influence-language-development>
- Kandır, A. (2004). *Gelişimde 3-6 yaş çocuğum büyüyor*. Morpa Kültür Yayınları.
- Karaca, A. ve Yıldırım, G. (2019). Özel gereksinimli çocuğa sahip ailelerde yaşam kalitesi ve aile içi destek. *Aile ve Toplum Dergisi*, 20(3), 45–60
- Karacan, E. (1998). Yaşamın ilk bir yılında anne-bebek etkileşimi ve bebeklerde dil gelişimi (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Karacan, E. (2000). Çocuklarda dil gelişimini etkileyen faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 9(7), 1–8.

- Karadağ, İ. (2007). İlköğretim beşinci sınıf öğrencilerinin akademik başarılarının sosyal destek kaynakları açısından incelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi.
- Karakaya, Z. (2008). *Dil edinimi, okulöncesi dil ve oyun eğitimi*. Eflatun Matbaacılık.
- Kaya, A. (2021). Gecikmiş konuşma olgularında, ifade edici dil gelişiminin elektrofizyolojik testler üzerine etkisinin araştırılması (Yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Kayhan Aktürk, Ş. (2021). İletişim, dil ve konuşma bozukluklarına genel bakış. E. Gerçek ve Ş. Y. Seçkin (Ed.), *Dil konuşma bozukluğu* (s. 23–35). Ankara: Eğiten Kitap.
- Kazak Berument, S., ve Güven, A. G. (2013). Türkçe ifade edici ve alıcı dil (TİFALDİ) testi: I. Alıcı dil kelime. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(3), 192–201.
- Kılıç, M. A. (2000). Konuşma ve dil bozuklukları. *KBB Hastalıklarında Mezuniyet Sonrası Eğitim Toplantısı* (s. 1–15). Kapadokya: Pfizer.
- Koch, C. (2018). *Clinical management of speech sound disorders: A case-based approach*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Kuder, S. J. (2017). *Teaching students with language and communication disabilities* (5. bs.). Boston: Pearson.
- Kuo, D. Z., Cohen, E., Agrawal, R., Berry, J. G., ve Casey, P. H. (2011). A national profile of caregiver challenges among more medically complex children with special health care needs. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(11), 1020–1026.
- Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A., ve Nye, C. (1998). Screening for speech and language delay: A systematic review of the literature. *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews*.
- Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A., ve Nye, C. (2000). The feasibility of universal screening for primary speech and language delay: Findings from a systematic review of the literature. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42(3), 190–200. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2000.tb00069.x>
- Law, J., Garrett, Z., ve Nye, C. (2003). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004110>
- Law, J., Rush, R., Schoon, I., ve Parsons, S. (2009). Modeling developmental language difficulties from school entry into adulthood: Literacy, mental health, and

employment outcomes. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52(6), 1401–1406. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2009/08-0142\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2009/08-0142))

Levey, S. (2017). *Introduction to language development* (2. bs.) Plural Publishing.

Lightbown, P. M., ve Spada, N. (2000). *How languages are learned*. Oxford, UK, Oxford University Press.

Liu, X. L., Zahrt, D. M., ve Simms, M. D. (2018). An interprofessional team approach to the differential diagnosis of children with language disorders. *Pediatric Clinics*, 65(1), 73–90.

Luoma, L., Herrgård, E., Martikainen, A., ve Ahonen, T. (1998). Speech and language development of children born at ≤ 32 weeks' gestation: A 5-year prospective follow-up study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 40(6), 380–387. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1998.tb08213.x>

Manassis, K. (2009). Silent suffering: Understanding and treating children with selective mutism. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(2), 235–243. <https://doi.org/10.1586/14737175.9.2.235>

Maviş, İ. (2007). Çocukta dil edinim kuramları. S. Topbaş (Ed.), *Çocukta dil ve kavram gelişimi* (s. 39–72). Ankara: Kök Yayıncılık.

Mayes, L. C., ve Cohen, D. J. (2006). *Çocuğunuzu anlama rehberi*. İstanbul: Beyaz Balina Yayınları.

McCauley, R. J., Fey, M. E., ve Gillam, R. B. (Ed.). (2006). *Treatment of language disorders in children*. Brookes Publishing.

McLaughlin, M. R. (2011). Speech and language delay in children. *American Family Physician*, 83(10), 1183–1188.

McQuiston, S., ve Kloczko, N. (2011). Speech and language development: Monitoring process and problems. *Pediatrics in Review*, 32(6), 230–238. <https://doi.org/10.1542/pir.32-6-230>

McRae, K. M., ve Vickar, E. (1991). Simple developmental speech delay: A follow-up study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 33(10), 868–874. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1991.tb14795.x>

Mercan, E. (2007). Anasınıfı çocuklarında konuşma temel becerilerinin üstlendiği işlevler (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İlköğretim Ana Bilim Dalı.

Milli Eğitim Bakanlığı. (2001). *Orta düzeyde öğrenme yetersizliği (eğitilebilir) olan çocuklar eğitim programı*. Milli Eğitim Basımevi: Ankara.

- Milli Eğitim Bakanlığı. (2016). Dil konuşma bozuklukları ve kaynaştırma. Milli Eğitim Bakanlığı: Ankara.
- Moriano-Gutierrez, A., Colomer-Revuelta, J., Sanjuan, J., ve Carot-Sierra, J. M. (2017). Environmental and genetic variables related with alterations in language acquisition in early childhood. *Revista de Neurología*, 64(1), 31–37.
- Muslugüme, E. (2016). Dil gelişimini destekleyici ebeveyn eğitim programının sosyo ekonomik düzeyi düşük ailelerin çocuklarının dil gelişimine etkisi (Yüksek lisans tezi). Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Denizli. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=3TaOGh3oWkJ-EZ4cdVlaBA&no=WHkva9QU7KXX-jLaHyEoAg>
- Otto, B. (2006). Language development in early childhood. (*No Title*).
- Owens Jr., R. E. (2011). *Language development: An introduction* (8. bs.). Allyn & Bacon.
- Owens Jr., R. E. (2016a). Early school-age language development. *Language development: An introduction*. Pearson.
- Owens Jr., R. E. (2016b). *The territory. Language development: An introduction* (s. 15–46). Pearson.
- Öge, D. (1977). *Afazi, agnozi, apraxi, sinir hastalıkları semiyolojisi ders kitabı*. Yargıçoğlu Matbaası.
- Öktem, Ö. (2006). *Davranışsal nörofizyolojiye giriş*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Özekes, M. (2016). Peabody Resim Kelime Testi III (R): 4 yaş ve 5 yaş çocuklar için İzmir bölgesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 17(1), 272–295.
- Öztürk, H. (1995). Okulöncesi eğitim kurumlarına giden ve gitmeyen ilkökul birinci sınıf öğrencilerinin alıcı ve ifade edici dil düzeyleri (Yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., ve Feldman, R. D. (2009). *Human development* (9. bs.). McGraw-Hill.
- Parr, J. (2010). Autism. *BMJ Clin Evid*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21729335/>
- Paul, R. (1996). Clinical implications of the natural history of slow expressive language development. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 5(2), 5-21. <https://doi.org/10.1044/1058-0360.0502.05>
- Paul, R., Baker, L. L., ve Cantwell, D. P. (1996). Development of communication. L. M. Williams ve D. P. Cantwell (Ed.), *Child and adolescent psychiatry* (s. 191–192) içinde. Williams & Wilkins.

- Paul, R. (2007). *Language disorders from infancy through adolescence: Assessment & intervention* (4. bs.). Elsevier Health Sciences.
- Paul, R. (2008). Interventions to improve communication in autism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(4), 835–856. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.06.011>
- Paul, R., ve Norbury, C. (2012). *Language Disorders from Infancy Through Adolescence-E-Book: Language Disorders from Infancy Through Adolescence-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Peccei, J. S. (2006). *Child language: A resource book for students*. London: Routledge.
- Pennington, L., Goldbart, J., ve Marshall, J. (2004). Speech and language therapy to improve the communication skills of children with cerebral palsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003466.pub2>
- Polat, S. (2007). Orofasiyal kas disfonksiyonu olan engelli çocuklarda Castillo-Morales apareyinin konuşma gelişimi üzerine etkisi (Doktora tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Prelock, P. A., Hutchins, T., ve Glascoe, F. P. (2008). Speech-language impairment: How to identify the most common and least diagnosed disability of childhood. *The Medscape Journal of Medicine*, 10(6), 136. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2491683/>
- Reed, V. (2018a). Aspects of normal language and communication. *An introduction to children with language disorders* (s. 3–36). Pearson.
- Reed, V. (2018b). Normal language development: A review. *An introduction to children with language disorders* (s. 37–74). Pearson.
- Rescorla, L., ve Achenbach, T. M. (2002). Use of the Language Development Survey (LDS) in a national probability sample of children 18 to 35 months old. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45(4), 733–743. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2002/059\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2002/059))
- Robertson, S. B., ve Ellis Weismer, S. (1999). Effects of treatment on linguistic and social skills in toddlers with delayed language development. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 5, 1243–1248.
- Robinson, R. J. (1991). Causes and associations of severe and persistent specific speech and language disorders in children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 33(11), 943–962. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1991.tb14811.x>
- San Bayhan, P., ve Artan, İ. (2007). *Çocuk gelişimi ve eğitimi*. İstanbul:Morpa.

- Savaşır, I., Erol, N., ve Sezgin, N. (1994). *Ankara Gelişim Tarama Envanteri El Kitabı*. Ankara.
- Saxton, M. (2018). Prelude: Landmarks in the landscape of child language. *Child language*, 1–25.
- Seifert, K., ve Hoffnung, R. J. (2000). *Child and adolescent development*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Ska, B., Duong, A., ve Joannette, Y. (2004). Discourse impairments. R. Kent (Ed.), *The MIT encyclopedia of communication disorders* (s. 302–304) içinde. MIT Press.
- Slobin, D. I. (1979). *Psycholinguistics*. Scott, Foresman and Company.
- Soleymani, Z., Mahmoodabadi, N., ve Nouri, M. M. (2016). Language skills and phonological awareness in children with cochlear implants and normal hearing. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 83, 16–21. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2016.01.013>
- Stanton-Chapman, T. L., Chapman, D. A., Bainbridge, N. L., ve Scott, K. G. (2002). Identification of early risk factors for language impairment. *Research in Developmental Disabilities*, 23(6), 390-405.
- Sylvestre, A., ve Mérette, C. (2010). Language delay in severely neglected children: A cumulative or specific effect of risk factors?. *Child abuse & neglect*, 34(6), 414-428.
- Şahlı, A. S., ve Belgin, E. (2017). Adaptation, validity, and reliability of the Preschool Language Scale-Fifth Edition (PLS-5) in the Turkish context: The Turkish Preschool Language Scale-5 (TPLS-5). *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 98, 143–149. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2017.05.003>
- Şenkal, Ö. A. (2018). *Dil Gelişimi–Dil Gecikmesi*, (s.48- 66). Akademisyen kitabevi.
- Taner, M. (2003). Okul öncesi eğitimi alan ve almayan farklı sosyo-ekonomik düzeylerdeki ilköğretim 1. sınıf öğrencilerinin dil gelişimlerinin karşılaştırılması (Yüksek lisans tezi). Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
- Temel, F. (1999). Sıfır-altı yaş çocuklarında dil gelişiminin iki yüz bin ve üzerinde nüfuslu yirmi bir örnekleme araştırma sonuç raporu. Gazi Üniversitesi Mesleki Eğitim Fakültesi.
- Temel, F., Ersoy, Ö., Avcı, N., ve Turla, A. (2004). *Gazi erken çocukluk değerlendirme aracı*. Ankara.
- Temiz, G. (2002). Okul öncesi eğitimin çocuğun dil gelişimine olan etkisi (Yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

- Topbaşı, S. (2005a). *Dil ve kavram gelişimi*. Ankara: Kök Yayıncılık.
- Topbaşı, S. (2005b). Ses bilgisel gelişim. *Dil ve kavram gelişimi* (s. 61–89) içinde. Ankara: Kök Yayıncılık.
- Topbaşı, S., Konrot, A., ve Ege, P. (2002). *Dil ve konuşma terapistliği: Türkiye'de gelişmekte olan bir bilim dalı*. T.C. Anadolu Üniversitesi.
- Trawick-Smith, J. (2018). *Early childhood development: A multicultural perspective* (B. Akman, Ed.). Pearson. (Eserin orijinali 2009'da yayımlandı.)
- Vick, J. C., Campbell, T. F., Shriberg, L. D., Green, J. R., Truemper, K., Rusiewicz, H. L., ve Moore, C. A. (2014). Data-driven subclassification of speech sound disorders in preschool children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 57(6), 2033–2050. https://doi.org/10.1044/2014_JSLHR-S-12-0193
- Vicki, R. (2018). Toddlers and preschoolers with specific language impairment. *An introduction to children with language disorders* (s. 77–129) içinde. Pearson.
- Ward, S. (1999). An investigation into the effectiveness of an early intervention method for delayed language development in young children. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 34(3), 243–264. <https://doi.org/10.1080/136828299247405>
- Weismer, G., ve Brown, D. K. (2021a). Preverbal foundations of speech and language development. *Introduction to communication sciences and disorders: The scientific basis of clinical practice* (s. 57–67) içinde. Plural Publishing.
- Weismer, G., ve Brown, D. K. (2021b). Language science. *Introduction to communication sciences and disorders: The scientific basis of clinical practice* (s. 35–44) içinde. Plural Publishing.
- Whitehurst, G. J., Arnold, D. S., Smith, M., Fischel, J. E., Lonigan, C. J., ve Valdez-Menchaca, M. C. (1991). Family history in developmental expressive language delay. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 34(5), 1150–1157. <https://doi.org/10.1044/jshr.3405.1150>
- Whitman, R. L., ve Schwartz, E. R. (1985). The pediatrician's approach to the preschool child with language delay. *Clinical Pediatrics*, 24(1), 26–31. <https://doi.org/10.1177/000992288502400105>
- Wilson, R. A., ve Keil, F. C. (Ed.). (2001). *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences (MITECS)*. MIT Press.
- Yaman Artunç, N. (2020). Çocuklarda konuşma gecikmesi ile plazma ftalat düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi (Uzmanlık tezi). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Yapıcı, Ş. (2004). Çocukta dil gelişimi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1–17.

Yavuzer, H. (1993). *Çocuk psikolojisi*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yavuzer, H. (2008). *Çocuk psikolojisi* (Güncellenmiş baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yılmaz Çiftçi, N. (2021). İletişim, dil, konuşma kavramları ve çocuklarda gelişimi. E. Gerçek ve Ş. Yılmaz Seçkin (Ed.), *Özel gereksinimli çocuğu olan anne-baba el kitabı serisi: Dil konuşma bozukluğu* (s. 1–20). Ankara: Eğiten Kitap.

Yılmaz, B., ve Akpınar, T. (2020). Ebeveyn eğitim düzeyi ve aile yapısının çocuk gelişimi üzerindeki yordayıcı etkisi. *Eğitim Bilimleri Araştırma Dergisi*, 10(2), 55-70.

Zileli, T., ve Baysal, A. İ. (1973). *Klinik nöroanatomi ve nörofizyoloji*. Ankara: Cihan Basımevi.



EKLER

EK-A

TARİH

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Ad-Soyad (İsteğe Bağlı):

2.Formu Dolduran Kişi: ☐ Anne ☐ Baba

3.Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek

4.Yaşınız:

5.Medeni Durumunuz:

6.Ekonomik Düzey: ☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek

7.Eğitim Düzeyiniz: ☐ İlköğretim ☐ Lise (ortaöğretim)

☐ Lisans ☐ Lisansüstü

8.Kaç Çocuğunuz Var?

9.Çocuğunuzun bakımından sorumlu olan kişi kim? (anne, büyükanne,bakıcı)
.....

10.Çocuğunuzun Cinsiyeti:

11.Çocuğunuzun konuşma gecikmesinden ilk kaç yaşında şüphelendiniz?
.....

12.Konuşma gecikmesi teşhisi kaç yaşında konuldu?
.....

13Çocuğunuz ne zamandır özel eğitim almakta? aydır eğitim alıyor.
..... yıldır eğitim alıyor.

14.Çocuğunuz özel eğitime düzenli olarak devam ediyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır

15.Çocuğunuz anaokulu veya kreşe gitti mi/ gidiyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır

16.Şu an herhangi bir ilköğretim okuluna gidiyor mu? Kaçınıcı sınıf?
.....

17.Çocuğunuzun günlük TV izleme sıklığı ne kadardır?

☐ 1 saatten az ☐ 1-2 saat ☐ 3-5 saat ☐ 6-10 saat ve üstü

18.Çocuğunuzun günlük teknolojik cihaz (telefon, tablet, bilgisayar) kullanma sıklığı ne kadardır?

☐ 1 saatten az ☐ 1-2 saat
☐ 3-5 saat ☐ 6-10 saat ve üstü

19. Evde konuşması gecikmiş olan biri var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

20. Evde konuşulan ikinci bir dil var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

21.Çocuğunuzun Gecikmiş Konuşma Bozukluğu dışında başka sağlık problemi var mı?



REHABİLİTASYONDA AİLE İŞLEVSELLİĞİ ÖLÇEĞİ

REHABİLİTASYONDA AİLE İŞLEVSELLİĞİ ÖLÇEĞİ						
AÇIKLAMA Sayın Katılımcı, Aşağıda çocuğunuzun rehabilitasyon sürecine ne derecede katkı sağladığınızı değerlendirmeyi amaçlayan ifadeler bulunmaktadır. Verilen cümledeki ifadeye hiç katılmıyorsanız 1'i katılmıyorsanız 2'yi, kısmen katılıyorsanız 3'ü katılıyorsanız 4'ü tamamen katıldığınızı düşünüyorsanız 5'i işaretleyiniz.		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Çocuğumun rehabilitasyonunda üzerime düşen sorumlulukların bilincindeyim.	1	2	3	4	5
2	Çocuğumun fiziksel gelişimindeki değişiklikleri fark ederim.	1	2	3	4	5
3	Rehabilitasyonun düzenli ve sürekli olması gerektiğine inanırım.	1	2	3	4	5
4	Çocuğumun iyi bir rehabilitasyon hizmeti alması için elimden geleni yaparım.	1	2	3	4	5
5	Çocuğumun rehabilitasyon sürecini merak eder ve bilgi edinirim.	1	2	3	4	5
6	Çocuğum için çevredeki riskleri fark eder ve gerekli önemleri alırım.	1	2	3	4	5
7	Sağlık çalışanları rehabilitasyona verdiğim önemin farkındadır ve bana güvenebilir.	1	2	3	4	5
8	Çocuğumun ne ifade etmek istediğini anlayamıyorum.	1	2	3	4	5
9	Çocuğumun temizlik ihtiyacı için gereken koşulları sağlarım.	1	2	3	4	5
10	Çocuğumun rehabilitasyonu ile ilgili sağlık çalışanlarının önerilerini anlar ve yerine getiririm.	1	2	3	4	5
11	Sağlık çalışanlarına olumlu ya da olumsuz düşüncelerimi bildirir ve geri bildirim almak isterim.	1	2	3	4	5
12	Sağlık çalışanlarını çocuğumun genel durumu hakkında bilgilendirirken açık ve net ifadeler kullanırım.	1	2	3	4	5
13	Rehabilitasyon programlarının gerekliliğine inanırım.	1	2	3	4	5
14	Ekonomik durumumuza uygun olarak rehabilitasyon programı için gerekli olan araç gereç, cihaz vb. materyalleri seçer ve kullanırım.	1	2	3	4	5
15	Çocuğumun başaramayacağı herhangi bir durum olduğunu düşünmüyorum.	1	2	3	4	5
16	Sağlık çalışanlarının görevlerini ve rehabilitasyon uygulamalarının amaçlarını bilirim.	1	2	3	4	5
17	Rehabilitasyon uzmanlarından sorumluluklarımla ilgili bilgi almam gerekir.	1	2	3	4	5
18	Çocuğumun toplumsal katılımı konusunda desteklenmeye ihtiyacı olduğu düşünmüyorum.	1	2	3	4	5
19	Çocuğumun yaşadığı zorluğu anlamaya ve destek olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
20	Çocuğuma tutarlı ve kararlı davranamıyorum.	1	2	3	4	5
21	Çocuğumla farklı oyunlar dener, eğlenerek öğrenmesine yardımcı olurum.	1	2	3	4	5
22	Çocuğumun bağımsızlığını yetenekleri doğrultusunda artırmaya çalışırım.	1	2	3	4	5

23	Çocuğumun, günlük aktivitelerini ya da beceri gerektiren işlerini kendi başına yapmasına fırsat veririm.	1	2	3	4	5
24	Kendimi çocuğumun yerine koyup onu anlayabildiğime inanıyorum.	1	2	3	4	5
25	Çocuğumla iletişim kurarken onun bir birey ve toplumun bir parçası olduğunu aklımdan çıkarmam.	1	2	3	4	5
26	Çocuğumun başarı duygusunu destekleyerek kendini geliştirebilmesine olanak sağlarım.	1	2	3	4	5
27	Çocuğumun aile üyeleri ile iletişim kurarak aktivitelere katılmasını desteklerim.	1	2	3	4	5
28	Çocuğumla birlikte olduğumuz zamanlarda iletişimimiz iyidir.	1	2	3	4	5
29	Çocuğuma karşı sabırsız davranıyorum.	1	2	3	4	5
30	Çocuğumun engel durumunu anlar ve kabullenirim.	1	2	3	4	5
31	Çocuğumu sağlığı ile ilgili durumlarda bilgilendirir ve ona gerekli açıklamayı yaparım.	1	2	3	4	5
32	Çocuğuma örnek olduğumun farkında olarak davranışlarıma dikkat ederim.	1	2	3	4	5
33	Çocuğumun fiziksel kapasitesini destekleyecek şekilde çevresel düzenlemeler yaparım.	1	2	3	4	5
34	Çocuğumun akran/arkadaşlarıyla zaman geçirebilmesine olanak tanırım.	1	2	3	4	5
35	Çocuğumun sosyalliğini geliştirecek ve toplumsal katılımını artıracak aktivitelere ilgi duyarım.	1	2	3	4	5
36	Çocuğumun sosyal yaşantısını rehabilitasyon programının amaçlarına uygun şekilde organize ederim.	1	2	3	4	5
37	Çocuğumu mevcut durumuna uygun spor, hobi vb. aktivitelere yönlendiririm.	1	2	3	4	5
38	Çocuğumun sağlık durumuna uygun aktivitelere katılımını desteklerim.	1	2	3	4	5
39	Çocuğumun grupta yapılan eğitim faaliyetlerine katılmasını sağlarım.	1	2	3	4	5
40	Çocuğumun sağlık durumu ile ilgili konferans, seminer, bilimsel toplantı vb. etkinliklere katılırım.	1	2	3	4	5
41	Çocuğumun sağlık durumundan dolayı sosyal aktivitelere katılmakta kısıtlılık yaşıyorum.	1	2	3	4	5
42	Çocuğumun gelişimini destekleyen eğitici oyuncaklar seçmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
43	Çocuğumun rehabilitasyon seanslarına zamanında ve düzenli olarak katılırım.	1	2	3	4	5
44	Çocuğumun rehabilitasyon programına katılımı için gereken zamanı ayırırım.	1	2	3	4	5
45	Çocuğumun rehabilitasyon seanslarına aktif katılarak takip ederim.	1	2	3	4	5
46	Rehabilitasyon uzmanının verdiği ev programını uygulayamıyorum.	1	2	3	4	5
47	Çocuğumun rehabilitasyon programına aile bireyleri aktif olarak katılmaz.	1	2	3	4	5
48	Çocuğumun sağlıklı beslenmesi için gereken koşulları sağlarım.	1	2	3	4	5

WHOQL-BREF(TR) KISA FORMU



WHOQL-BREF(TR)
Türkçe Ulusal Kısa Sürüm - Şubat 1999

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ
RUH SAĞLIĞI PROGRAMI
CENEVRE

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? ☐ Erkek ☐ Kadın

Doğum tarihiniz nedir? _____
GÜN / AY / YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? ☐ Hiç eğitim almadım
☐ İlkokul-ortaokul
☐ Lise veya eşdeğeri
☐ Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

☐ hiç evlenmemiş ☐ ayrı yaşıyor
☐ evli ☐ boşanmış
☐ evli gibi yaşıyor ☐ eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? ☐ evet ☐ hayır

Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

_____ hastalık / sorun

Yönerge

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygun olacaktır.

Lütfen kurallarımızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

ŞİMDİ, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görüntüünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F 3.3	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23 F17. 3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19. 3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23. 3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlu kla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüztün, tümitsizlik, bunalıtı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

YARDIMLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER.

ÖLÇEK İZNİ

HATİCE ABAOĞLU

Alıcı: ben ▼

Merhaba,

Ekte ölçek formunu ve referans makalesini gönderiyorum. İlgi duyduğunuz için teşekkür ederim.
İyi çalışmalar

Hatice

Gönderen:

Gönderildi: 8 Aralık 2023 Cuma 19:02:26

Kime: HATİCE ABAOĞLU

Konu: Re: Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği Kullanım İzni

ÖLÇEK İZNİ

Erhan Eser

Alıcı: ben

12 Şub Çar 15:32



Sayın kullanıcı (Şeyma İli),

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) sürümlerinin kullanımı dünyadaki tüm araştırmacıların kullanımına ücretsiz olarak açıktır.

Bu iletin ekinde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) 'ın Türkçe sürümlerini, ölçekle ilgili tanıtım dosyalarını ve Kullanım Sözleşmesini bulacaksınız. Ölçeği kullanmayı planlamanız halinde araştırmanız başlamadan önce lütfen araştırmanız ayrıntılı yöntemini de içerecek olan "[Kullanım Sözleşmesini WHOQOL Türkiye merkezine gönderiniz](#)". Araştırmanız sonuçlandıktan sonra boyut skorlarının hesaplanmasını talep etmeniz halinde, verilerinizi (WHOQOL ulusal havuzu için gerekli olması nedeniyle) sosyoekonomik verileri de içeren SPSS veri dosyası biçiminde e-posta yoluyla merkezimize gönderdiğinizde en geç 5 gün içinde WHOQOL alan (domain) skorları hesaplanıp size geri yollanacaktır. Bize göndereceğiniz SPSS data dosyasında soru kodlarını q1, q2,q3....q26, q27 biçiminde giriniz.

Başarılar dilerim.

Saygılarımla

Prof. Dr. Erhan Eser
WHOQOL Türkiye İletişim merkezi
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa