

**İŞİTME KAYIPLI ÇOCUKLARLA ÇALIŞAN
DİL VE KONUŞMA TERAPİSTLERİNİN
YÜRÜTTÜKLERİ TERAPİ SÜREÇLERİNE İLİŞKİN
GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Güleşan Özge KALAYCI

Eskişehir 2019

**İŞİTME KAYIPLI ÇOCUKLARLA ÇALIŞAN
DİL VE KONUŞMA TERAPİSTLERİNİN YÜRÜTTÜKLERİ
TERAPİ SÜREÇLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ**

Güleşan Özge KALAYCI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ANABİLİM DALI

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nurdan CANKUVVET AYKUT

**Eskişehir
Anadolu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Temmuz 2019**

Bu Tez Çalışması BAP Komisyonunca kabul edilen 1807S265 nolu proje kapsamında desteklenmiştir.

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Güleşan Özge KALAYCI'nın "İşitme Kayıplı Çocuklarla Çalışan Dil ve Konuşma Terapistlerinin Yürüttükleri Terapi Süreçlerine İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi" başlıklı tezi 24/07/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Anadolu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddeleri uyarınca, Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Unvanı Adı Soyadı

Üye (Tez Danışmanı) :Dr. Öğr. Üyesi Nurdan CANKUVVET AYKUT

Üye : Doç. Dr. Bülent TOĞRAM

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Derya GENÇ TOSUN

Prof. Dr. Nalan GÜNDOĞDU-KARABURUN

Enstitü Müdürü

ÖZET

İŞİTME KAYIPLI ÇOCUKLARLA ÇALIŞAN DİL VE KONUŞMA TERAPİSTLERİNİN YÜRÜTTÜKLERİ TERAPİ SÜREÇLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

Güleşan Özge KALAYCI

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Temmuz 2019

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nurdan CANKUVVET AYKUT

Bu araştırmada Türkiye’de çalışan dil ve konuşma terapistlerinin (DKT) işitme kaybına ve terapisine ilişkin özyeterlik düzeyleri incelenmiştir. Araştırmada nicel araştırma yöntemlerinden betimsel model kullanılmıştır. Araştırmada veri toplamak amacıyla “Dil ve Konuşma Terapistleri için İşitme Kaybına ve Terapisine İlişkin Özyeterlik Anketi” geliştirilmiştir. Anket altı bölümden, 39 kapalı uçlu maddeden ve beşli Likert tipi yanıtlardan oluşmaktadır. Araştırmaya Türkiye’de çalışan 87 DKT katılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri aracılığıyla ve betimsel istatistikler kullanılarak analiz edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular incelendiğinde, Türkiye’de çalışan DKT’lerin anket maddelerine göre, dil ve konuşma becerilerini değerlendirmede yüksek düzeyde özyeterliğe, ancak işitmeye yardımcı teknolojilerden biri olan beyin sapı implantına ilişkin düşük düzeyde özyeterliğe sahip oldukları görülmüştür. Anketin alt boyutlarına ilişkin özyeterlik düzeyleri incelendiğinde ise DKT’lerin terapi sürecine ilişkin daha yüksek düzeyde özyeterliğe sahip oldukları belirlenmiştir. Anketin alt boyutlarına ilişkin elde edilen bulgulara terapi süreci alt boyutunun işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresine, işitmeye yardımcı teknolojiler alt boyutunun ise meslekte çalışma süresine göre özyeterlik düzeylerini farklılaştırdığı görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Dil ve konuşma terapisi, Özyeterlik, İşitme kaybı.

ABSTRACT

EXAMINATION OF THE THERAPY PROCESS OPINIONS OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPIST'S WORKING WITH THE CHILDREN HEARING LOSS

Gülefşan Özge KALAYCI

Department of Speech and Language Pathology

Anadolu University, Graduate School of Health Sciences, July 2019

Supervisor: Ass. Prof. Nurdan CANKUVVET AYKUT

In this research, the self-efficacy levels of speech and language pathologist working in Turkey on hearing loss and its intervention have been examined. It was done by using descriptive model as a quantitative research method. “The Self-Efficacy of Speech and Language Pathologist Survey on Hearing Loss and Its Therapy” survey have been developed to collect the data. The survey includes 6 parts with 39 close-ended item. It is consist of 5-Item Likert Type answers. 87 SLPs have participated in this research. The data gathered from the research have been analyzed by using descriptive statistics and Kruskal Wallis and Mann Whitney U Tests.

The findings show that the SLPs has high level self-efficacy on evaluation of language and speech skills, whereas they have low level self-efficacy on brain steam implant as an assistive technology for hearing. Furthermore, the findings of sub-dimension of the survey indicates that SLPs have higher level self-efficacy on therapy process. The self-efficacy levels on therapy process differs depending on working hours with childrens with hearing loss. On one hand, the self-efficacy levels on assistive technology for hearing differs depending on working hours as a professional in the field.

Key Words: Speech and language therapy, Self-efficacy, Hearing loss.

TEŞEKKÜR

Türkiye’de çalışan Dil ve Konuşma Terapistlerinin özyeterlik düzeylerinin incelendiği bu araştırmanın gerçekleştirilmesinde desteklerini esirgemeyen çok değerli kişiler bulunmaktadır.

Danışmanım olmasından kıvanç duyduğum Dr. Öğr. Üyesi Nurdan CANKUVVET AYKUT’a bilgisi, özverisi, desteği ve sevgisi için ne kadar teşekkür etsem az kalır. Tez jürisinde yer alarak araştırmaya değerli katkılar sunan Doç. Dr. Bülent TOĞRAM’a ve Dr. Öğr. Üyesi Derya GENÇ TOSUN’a teşekkürlerimi sunarım. Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. İlknur MAVİŞ’e lisansüstü eğitim sürecimdeki şefkatli yaklaşımı ve cesaretlendirici tutumu için teşekkürlerimi sunarım.

İkinci bir lisansüstü eğitim sürecinin zorluklarını göğüslerken her zaman yanımda olan ve düştüğüm zamanlarda hep elimden tutan Prof. Dr. İbrahim Halil DİKEN’e ve Doç. Dr. Özlem DİKEN’e hep var oldukları için çok teşekkür ederim.

Araştırmanın veri toplama sürecinde ankete katılan çok değerli Dil ve Konuşma Terapistlerine teşekkür ederim. Eğitim sürecimde klinik uygulamaları gerçekleştirirken yaşadığım huzurlu atmosfer için DİLKOM ailesine çok teşekkür ederim.

Araştırmanın veri analizi sürecinde bilgisi ve katkısıyla benden desteğini esirgemeyen meslektaşım ve canım arkadaşım Arş. Gör. Gizem YILDIZ’a çok teşekkür ederim. Beni zorlu bu süreçte yalnız bırakmayan ve sosyal desteği ile hep yanımda hissettiğim arkadaşlarım Arş. Gör. Selin BOZBEY ESMEROĞLU’na, Arş. Gör. Esin PEKTAŞ’a, Arş. Gör. Onur GEZER’e, Arş. Gör. Semra SELVİ BALO ve Arş. Gör. Eren BALO’ya çok teşekkür ederim.

Hayattaki en büyük şansım, varlıklarının en değerli hediye olduğu anneme ve babama süreçte vermiş oldukları yüce destek, uzakları yakın eden engin bir sevgi, sonsuz hoşgörü ve fedakarlık için ne kadar teşekkür etsem az gelir. İyi ki varsınız canım ailem! Canımın en değerli parçası kardeşim Kaan AKBAY, ablan olarak beni seçtiğin, pozitif enerjinle ailemize yaşattığın güzellikler için çok teşekkür ederim.

Beraber yürüdüğümüz bu yolda elimi tuttuğun, beni hep desteklediğin, güçlendirdiğin ve böyle güzel sevdiğin için eşim, meslektaşım ve en iyi dostum Cem KALAYCI’ya sonsuz teşekkür ederim. Sağlıkla yaşanacak nice güzel günlere...

Gülefşan Özge KALAYCI

Temmuz, 2019

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tez çalışmasının bana ait özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumunda bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmamın Anadolu Üniversitesi tarafından kullanılan Bilimsel İntihal Tespit Programı'yla tarandığını ve hiçbir şekilde intihal içermediğini beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Gülfşan ÖZGE KALAYCI

İÇİNDEKİLER

Sayfa

BAŞLIK SAYFASI.....	i
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR.....	v
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. İşitme Duyusu	3
1.2. İşitme Kaybı	3
1.3. İşitme Kayıplı Çocuklarda Dil Gelişimi	6
1.4. İşitsel-Sözel Terapi Yaklaşımı	7
1.5. İşitme Kayıplı Çocuklarda Dil ve Konuşma Terapisi	8
1.6. Özyeterlik	9
1.7. İlgili Araştırmalar.....	11
1.8. Problem.....	17
1.9. Amaç	18
1.10. Önem	19
2. YÖNTEM	22
2.1. Araştırma Modeli	22
2.2. Çalışma Grubu.....	22
2.3. Veri Toplama Aracı.....	23
2.4. Veri Toplama Süreci	25
2.5. Verilerin Analizi	26

3. BULGULAR ve YORUM	27
3.1. Türkiye’de Çalışan Dil ve Konuşma Terapistlerinin Anket Maddelerine Göre Özyeterlik Düzeyleri	27
3.2. Türkiye’de Çalışan Dil ve Konuşma Terapistlerinin İşitme Kaybına ve Terapisine İlişkin Anketin Alt Boyutlarına Göre Özyeterlik Düzeyleri.....	29
3.3. Türkiye’de Çalışan Dil ve Konuşma Terapistlerinin Eğitim Düzeyine, Çalışma Yerine, İşitme Kayıplı Çocuklarla Çalışma Süresine ve Meslekte Çalışma Süresine Göre Özyeterlik Düzeyleri.....	30
3.4. Türkiye’de Çalışan Dil ve Konuşma Terapistlerinin Eğitim Düzeyi, Meslekte Çalışma Süresi, İşitme Kayıplı Çocuklarla Çalışma Süresi ve Çalışma Yeri Bağlamında Anketin Alt Boyutlarına Göre Özyeterlik Düzeyleri	32
4. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	36
4.1. Sonuç.....	39
4.2. Sınırlılıklar	39
4.3. Öneriler.....	40
KAYNAKÇA	41
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLÖLER DİZİNİ

Sayfa

Tablo 2.1.	Katılımcıların Demografik Bilgileri	22
Tablo 2.2.	Anket alt boyutlarında yer alan madde sayıları ile alınabilecek en düşük (min.) ve en yüksek (max.) değerler.....	26
Tablo 3.1.	DKT'ler için İşitme Kaybına ve Terapisine İlişkin Özyeterlik Anketi Maddelerinin Betimsel İstatistikleri	26
Tablo 3.2.	DKT'lerin Anketin Alt Boyutlarına İlişkin Betimsel Bulguları	28
Tablo 3.3.	DKT'lerin Eğitim Düzeyine Göre Özyeterlik Düzeylerinin Farklılaşp Farklılaşmadığına İlişkin Bulgular	29
Tablo 3.4.	DKT'lerin Çalışma Yerine Göre Özyeterlik Düzeylerinin Farklılaşp Farklılaşmadığına İlişkin Bulgular	29
Tablo 3.5.	DKT'lerin İşitme Kayıplı Çocuklarla Çalışma Süresine Göre Özyeterlik Düzeylerinin Farklılaşp Farklılaşmadığına İlişkin Bulgular	30
Tablo 3.6.	DKT'lerin Meslekte Çalışma Süresine Göre Özyeterlik Düzeylerinin Farklılaşp Farklılaşmadığına İlişkin Bulgular	30
Tablo 3.7.	DKT'lerin İşitme Kayıplı Çocuklarla Çalışma Süresine Göre Terapi Süreci Alt Boyutunda Özyeterlik Düzeylerinin Farklılaşp Farklılaşmadığına İlişkin Bulgular	31
Tablo 3.8.	DKT'lerin İşitme Kayıplı Çocuklarla Çalışma Süresiyle Terapi Sürecine İlişkin Özyeterlik Düzeyleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	32
Tablo 3.9.	DKT'lerin Meslekte Çalışma Süresine Göre İşitmeye Yardımcı Teknolojiler Alt Boyutunda Özyeterlik Düzeylerinin Farklılaşp Farklılaşmadığına İlişkin Bulgular	32
Tablo 3.10.	DKT'lerin Meslekte Çalışma Süresiyle İşitmeye Yardımcı Teknolojilere İlişkin Özyeterlik Düzeyleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	33
Tablo 3.11.	DKT'lerin Meslekte Çalışma Süresiyle İşitmeye Yardımcı Teknolojilere İlişkin Özyeterlik Düzeyleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	33

Tablo 3.12. DKT’lerin İşitme Kayıplı Çocuklarla Çalışma Süresine Göre Terapi Öncesi Kontroller Alt Boyutunda Özyeterlik Düzeylerinin Farklılaşp Farklılaşmadığına İlişkin Bulgular	34
---	----

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 2.1. Anket Geliştirme Süreci	24
--	----

KISALTMALAR DİZİNİ

ASHA	: American Speech-Language-Hearing Association (Amerikan Konuşma-Dil-İşitme Birliği)
DKT	: Dil ve Konuşma Terapisti
İSY	: İşitsel-Sözel Yaklaşım
Kİ	: Koklear İmplant

1. GİRİŞ

Sosyal bir varlık olan insan, sözel iletişim sayesinde çevresiyle ve kendisiyle bir etkileşim içine girmektedir. Bu etkileşimin sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesinde bilişsel, çevresel ve duyuşsal faktörlerle birlikte birçok değişken rol oynamaktadır. Bu bağlamda duyuşsal faktörler içerisinde oldukça önemli bir görevi üstlenen işitme duyusu, sözel iletişim gelişimi için büyük bir önem taşımaktadır (Sharma ve ark., 2004). Sözel iletişim becerilerinin gelişiminde işitme duyusunun oynadığı temel rol ve sözel iletişim becerilerinin bireyin yaşamı için anlamı düşünüldüğünde, özellikle dil öncesi dönemdeki çocuk ve çocuğun yakın çevresi için işitme duyusunun önemi kendiliğinden ortaya çıkmaktadır (Clark, 2007; Cole ve Flexer, 2007; Jackson, Traub ve Turnbull, 2008; Cankuvvet, 2015). Bu önem nedeniyle işitme duyusundan yoksun kalan çocukların, dil ve konuşma becerilerinin ediniminde dolayısıyla sözel iletişim becerilerinde dezavantajlı bir konumda oldukları ifade edilmektedir (Çeliker ve Ege, 2005).

Dil gelişiminde çevresel ve işitsel uyarlardan yararlanabilmek normal işiten çocuklar için olağan bir durum olarak görülürken, işitme kayıplı çocukların bu uyarılardan yararlanabilmesi farklı değişkenlerden etkilenmektedir. Bu değişkenler işitme kaybının başladığı yaş, işitme kaybının tipi ve derecesi, tanı ve cihazlandırma yaşı, düzenli cihaz kullanma süresi ve aile eğitiminin niteliği olarak belirtilmektedir (Cleary, 2009). Tüm bu değişkenlerin dil ve konuşma gelişimi üzerindeki etkisinin anlaşılabilmesi için işitme duyusunun anatomisi ve fizyolojisiyle birlikte değerlendirilmesi gereken bir yetersizlik olarak ele almak gerekmektedir. İşitme kaybının derecesi ve tipi, perifer işitme sisteminde hasar gören yapıya göre değişkenlik göstermektedir. Bu değişkenlik işitme kaybının derecesi ve tipini belirlerken, dil (Chin ve Pisoni, 2000; Ekinci, 2007; Gündüz, 2011; Houston, Stewart, Moberly, Hollich ve Miyamoto, 2012; Wiggin, 2013; Piştav-Akmeşe, 2014; Cangökçe-Yaşar ve Topbaş, 2018; Cangökçe-Yaşar, 2019) ve konuşma becerilerini de (Silverman, 2003; Topbaş ve Erbaş, 2005; Topbaş ve Cangökçe-Yaşar, 2010; Cangökçe-Yaşar, 2019) farklı derecelerde olumsuz etkilemektedir (Kuder, 2003). Sözel iletişim becerilerinde yaşanan gecikmelere paralel olarak biliş, sosyal ve duyuşsal gelişimde de problemler ortaya çıkmaktadır (Kuder, 2003; Marschark, 2007; Marschark, Rhoten ve Fabich, 2007). Dolayısıyla dil ve konuşma becerileri, araştırmacılar tarafından özellikle

erken dönemde desteklenmesi gereken bir gelişim alanı olarak vurgulanmaktadır (Kuder, 2003; Eriks-Brophy, Durieux-Smith, Olds ve Fitzpatrick, 2006; Dettman ve ark., 2007; Owens, 2012; Paul ve Norbury, 2012; Turan, Küçüköncü, Cankuvvet ve Yolal, 2012; Leigh, Dettman, Dowell ve Briggs, 2013). Erken döneme vurgu yapılmasının nedeni nöroplastisitenin büyük bir bölümünün yaşamın ilk üç yılında gerçekleşiyor olmasından kaynaklanmaktadır (Sharma, Dorman ve Kral, 2005). Bu doğrultuda işitme kaybında, erken tanılama ve cihazlandırmanın yanı sıra dil ve konuşma gelişiminin izlenmesi ve desteklenmesi de son derece önemlidir. İşitme kayıplı çocukların erken dönemde dil ve konuşma gelişimlerinin desteklenmesi gelecekteki iletişim, sosyal etkileşim, akademik becerilerini olumlu yönde etkilemekte ve yaşam kalitelerini arttırmaktadır (Cole ve Flexer, 2007; Jackson, Traub ve Turnbull, 2008). Dil ve konuşma gelişiminin desteklenmesinde işitme kayıplı çocukların müdahale ekibinde dil ve konuşma terapistleri oldukça önemli bir rol üstlenmektedir (American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), 2004).

İşitme kaybının müdahalesinde önemli bir rol üstlenen dil ve konuşma terapistleği, ülkemizde yeni yaygınlık kazanan ve gelişmekte olan bir meslek grubudur. Dolayısıyla işitme kayıplı çocukların müdahale ekibinde dil ve konuşma terapistlerinin yer alması ve işitme kayıplı çocukların dil ve konuşma terapistine (DKT) yönlendirilmesi ülkemiz pratiklerinde oldukça yenidir. DKT'ler lisans ve lisansüstü eğitimleri süresince işitme ve işitme kaybı ile doğrudan veya dolaylı olarak ilişkili pek çok ders (Kulak Burun Boğaz hastalıkları ve Ağız-Yüz Anomalileri, İnsan Anatomisi, İnsan Fizyolojisi, İşitme Bilimi, Dil ve Konuşma Terapisinde Odyoloji-I, Dil ve Konuşma Terapisinde Odyoloji-II, Konuşma Bilimi: İşitme ve Konuşmanın Akustiği ve Algılama, İşitme Yetersizliklerinde Konuşma Terapisi ve Rehabilitasyon, Odyolojiye Giriş) almaktadır. Dil ve konuşma terapistlerinin, işitme kayıplı çocuklara yönelik etkili ve nitelikli bir müdahale sunabilmesi için bu derslerin hedeflediği yeterliklere sahip olması beklenmektedir. Örneğin, bir DKT'nin hangi tür ve derecedeki bir işitme kayıplı çocuğun hangi işitmeye yardımcı teknolojiye yarar sağlayacağını bilmesi, bu durumu işitmenin fizyolojik ve anatomik süreçleriyle ilişkilendirebilmesi verimli bir terapi sürecini yanı sıra getirecektir. Örneklerin çoğaltılabileceği bu yetkinlik, terapi ortamının düzenlenmesini ve işitme kayıplı çocuğun terapiden en üst düzeyde yararlanmasını sağlayacaktır. Dolayısıyla dil ve konuşma terapistlerinin işitme kayıplı çocuklarla çalışırken, bireysel terapi hedeflerini ve uygun terapi

yöntemini belirlerken birçok önkoşul beceriye sahip olması, işitme sistemi, işitme kaybı, işitmeye yardımcı teknolojiler, işitsel-sözel eğitim, terapi öncesi kontroller ve terapi süreci alanlarında yetkin olması gerekmektedir. Bu nedenle ülkemizde işitme kayıplı çocuklarla yürütülen dil ve konuşma terapisine ilişkin mevcut durumun ortaya konulmasında mesleki değerlendirmelere gereksinim duyulmaktadır. Ancak Türkiye’de çalışan DKT’lerin işitme kayıplı çocuklar ve terapileri hakkında mesleki değerlendirmelerine ilişkin bir araştırmaya rastlanmamıştır ve bu konuya ilişkin araştırmalara olan ihtiyaç göze çarpmaktadır.

1.1. İşitme Duyusu

DKT’ler için işitme kaybının anatomik ve fizyolojik özelliklerinin bilinmesi yukarıda belirtildiği üzere, işitme kaybının doğasının anlaşılmasında son derece önemli görülmektedir. İşitme duyusu incelendiğinde, pek çok ögenin bir araya gelmesiyle oluşan karmaşık bir sistem karşımıza çıkmaktadır. Bu karmaşık sistem kendi içinde iki ana bölümde değerlendirilmektedir: Perifer (çevresel) ve santral (merkezi) işitme sistemi (Yost, 2006).

Perifer işitme sistemini oluşturan anatomik yapılar; dış kulak, orta kulak, iç kulak ve işitme siniridir. Santral işitme sistemi ise, beyin sapı, işitme yolları, subkortikal ve kortikal işitme merkezlerinden oluşmaktadır. Ses veya konuşma uyararı perifer işitme sistemi yoluyla santral işitme merkezine iletilirken, santral işitme merkezinde ses veya konuşma algısı oluşmaktadır. Ses veya konuşma algısının oluşabilmesi için öncelikle perifer işitme sisteminin uyararı santral işitme sistemine iletmesi gerekmektedir. Bu iletimdeki sorunlar işitme kaybı kavramı altında değerlendirilmektedir (Yost, 2006; Cankuvvet, 2015). İşitme kaybı, gelen sesleri, lekeleyen, bozan veya ortadan kaldıran görünmez bir akustik filtre olarak tanımlanabilmektedir (Cole ve Flexer, 2007).

1.2. İşitme Kaybı

İşitme kaybı doğum öncesi ve doğum sonrasında çeşitli faktörlerden dolayı farklı dönemlerde ortaya çıkabilmektedir (ASHA, 2015). İşitme kaybının derecesi, kulaktaki hasar gören bölge, işitme kaybının meydana geldiği yaş gibi çeşitli faktörler göz önünde bulundurularak farklı sınıflandırmalar yapılmaktadır (Kirk, Gallagher ve Anastasiow, 2012). Öncelikli sınıflandırmanın hasar gören anatomik yapıya göre yapılması ile birlikte işitme kaybının derecesine göre de yapıldığı görülmektedir.

Hasar gören yapıya göre; İşitme kaybı farklı derecelerde olmakla birlikte hasar gören kulak bölgesine göre de farklı işitme kaybı tipleri sınıflandırılmaktadır. Çevresel işitme kaybının üç genel tipi (iletim tipi, sensörinöral ve mikst (karma)) beyne akustik erişimi engellemektedir (Northern ve Downs, 2002; Yost, 2006). İletim tipi işitme kaybında dış kulak ve orta kulağa ait yapılar hasar görürken, karma (mikst) tip işitme kaybında orta ve iç kulağa ait yapılar, duyu sinirsel (sensörinöral) işitme kaybında işitme siniri ve iç kulağa ait yapılar hasar görmektedir (Schirmer, 2001).

İşitme kaybının derecesine göre; İşitme kaybı çok hafiften çok ileriye doğru farklı derecelerde ortaya çıkmakta ve derecesiyle orantılı biçimde çocuğun gelişiminde farklı etkiler yaratmaktadır. İşitme kaybının derecesi, odyometri testinden elde edilen işitme eşik seviyesi ortalaması hesaplanarak belirlenmektedir. Normal işitmeye sahip bir yetişkinin 25 dB veya daha iyi bir işitme eşiği bulunmaktadır. Ancak bir çocuğun dil için önemli ses-sözcük ayrımlarını geliştirmesi için daha iyi bir işitme hassasiyetine sahip olması gerekmektedir. Yumuşak tonda süren bir sohbette bile çocuğun konuşma sinyallerinin tamamını alabilmesi için her iki kulak için işitme eşiğinin 15 dB veya daha iyi olması gerektiği belirtilmektedir (Bess ve Humes, 2003; Tharpe, 2006). İşitme kaybı derece ile karakterize edilirken Amerikan ve İngiliz derecelendirme sistemleri kullanılmaktadır. İşitme kaybı derecelerine göre Amerikan Dil Konuşma ve İşitme Derneği (American Speech and Hearing (ASHA)) tarafından önerilen işitme kaybı derecelerine göre bireylerin karşılaşılabileceği olası sorunlara ilişkin tahminler belirtilmektedir. Bu dereceleme ve sınıflama sistemine göre;

- 15-25 dB Çok hafif derece işitme kaybı; arka planın gürültülü olduğu durumlarda kısık sesleri anlamada zorlanırlar.
- 26-40 dB Hafif derece işitme kaybı; ortamın sessiz olduğu durumlarda bile kısık sesleri anlamakta zorlanırlar ve büyük bir çoğunluk işitme cihazına gereksinim duymaktadır.
- 41-55 dB Orta derece işitme kaybı; yakın mesafede yer alan konuşma seslerini anlayabilirken, uzak mesafede konuşma seslerini ayırt edemezler.
- 56-70 dB Orta-İleri derece işitme kaybı; ancak anlaşılır şekilde olan yüksek sesli konuşmaları ayırt edebilirler.

- 71-90 dB İleri derece işitme kaybı; bazı sözcükleri anlama ayırt etmede zorlanırlar yüksek sesle konuşulanları bile duyamazlar.
- ≥ 91 dB Çok ileri derece işitme kaybı; konuşma anlaşılır olmayabilir ve yüksek sesli olanlar da dahil karşılıklı konuşmaları duyamaz, bireyin konuşması anlaşılır değildir ve geliştirilemeyebilir (Turnbull, Turnbull ve Wehmeyer, 2007). Ancak işitmeye yardımcı teknolojiler ve koklear implant sayesinde günümüzde artık çok ağır derece işitme kaybında bile dil ve konuşma becerileri geliştirilebilir hale gelmektedir.

İşitme kaybının tipi ve derecesi ne olursa olsun hangi yaşta ortaya çıkarsa çıksın yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Ancak erken çocukluk döneminde işitme kaybının ortaya çıkması dil gelişimi için kritik olan bu dönemi önemli kılmaktadır. Araştırmalar dil gelişimini bu denli etkilemesinin nedeninin erken tanı ve müdahalenin gecikmiş olmasına bağlamaktadır (Moeller, 2000; Yoshinaga-Itano, 2003). Ancak araştırmalar erken tanı ve uygun müdahale sayesinde işitme kayıplı çocukların tipik gelişim gösteren akranlarını yakaladıklarını da ifade etmektedir (Moeller, 2000; Simms ve Thumann, 2007). Ülkemizde de işitme kayıplı çocuklar için erken tanının önemi anlaşılmış ve bu bağlamda Yenidoğan İşitme Tarama programı, 2004 yılında pilot çalışma ile ve 2008 yılından itibaren de 81 ilde uygulamaya konulmuştur (Cankuvvet, 2015). 2014 yılı tarama oranı verileri %90,7 olarak belirtilmiştir. Yenidoğan İşitme Tarama Programı ile işitme kaybının doğumdan hemen sonraki altı ay içerisinde tespit edilmesi, cihazlandırma ve rehabilitasyon süreçlerinin gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu program sayesinde istenilen başarının yakalanması ile birlikte 2015 yılı sonunda Okulçağı Çocuklarda İşitme Tarama Programı başlatılmıştır. Türkiye Engelliler Araştırma verilerine göre işitme kayıplı bireylerin toplam nüfusa oranı %0,4 olarak belirtilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2002). Erken tanı sonrasında müdahalenin ilk adımı, işitme kayıplı çocuğa uygun işitmeye yardımcı teknolojinin kullanılması olmaktadır.

İşitmeye yardımcı teknolojiler: İşitme kaybının türü ve derecesi ne olursa olsun özellikle dil öncesi dönemde oluştuğunda işitmeye yardımcı teknolojilerle müdahale edilmesi gerekmektedir. İşitme kaybının müdahalesinde öncelikle tercih edilen işitmeye yardımcı teknoloji, işitme cihazlarıdır. İşitme cihazları bileşenleri ve özelliklerine göre beş grupta ele alınmaktadır. Bunlar; vücuda takılan (body aid), kulak arkası (behind-the-ear

BTE), kulak içi (in-the-ear ITE), kanal içi (in-the-canal ITC) ve komple kanal içi (completely-in-the-canal CIC) işitme cihazlarıdır (Mueller, 2019). Kızılötesi ve FM sistemler de işitmeye yardımcı teknolojiler arasında yer almaktadır. Geleneksel işitme cihazlarından farklı olarak belirli bir işitme kaybı ile uyumlu veya belirli bir hasta gereksinimi karşılayan implant seçenekleri bulunmaktadır. Bunlar; kemik bağlantılı implant (bone-anchored implant), orta kulak implantı, beyin sapı implantı ve koklear implant olmak üzere dört farklı türde uygulanmaktadır (Mueller, 2019). Gün geçtikçe yaygınlaşan koklear implant (Kİ) uygulamaları, ileri ve çok ileri derecede işitme kaybı olan çocuklarda, sıklıkla tercih edilen bir müdahale seçeneği olmaktadır. Elektronik bir cihaz olan koklear implant, mekanik ses enerjisini elektrik sinyallerine çevirmekte ve doğrudan bu sinyalleri kokleaya ileterek seslerin algılanmasını sağlamaktadır (Dettman vd., 2004). 0-18 ay gibi erken bir dönemde Kİ uygulamalarının gerçekleştirilmesi dil ve konuşma becerilerinin gelişimini ve işitme sisteminin olgunlaşmasını işitme cihazlarına kıyasla çok daha aktif bir şekilde desteklemektedir (Sharma ve Dorman, 2006). Bu nedenle Kİ uygulamalarında çocuğun ameliyat olma yaşı, ameliyatın ardından Kİ'den elde edilecek yararı belirleyen en etkili değişken olarak ifade edilmektedir (Wie, Falkenburg, Tvette ve Tomblin, 2007).

İşitme cihazı ve Kİ ne yazık ki işitme kaybının ortaya çıkardığı sorunların tümünü telafi edememektedir. İşitme kaybının müdahalesi işitme cihazlarının devreye girmesiyle birlikte nitelik kazanmaktadır. Diğer bir ifadeyle, çocukların dil ve konuşma gelişiminin akranlarıyla uyumlu olmasını tek başına sağlayamamakta bu nedenle odyolog, özel eğitim öğretmeni, DKT ve aile ile iş birliği içerisinde bir müdahale planının yapılmasını gerektirmektedir. Bu ekibin bir üyesi olan dil ve konuşma terapistleri işitme kayıplı çocukların dil ve konuşma becerilerini kazanmalarında aktif bir rol üstlenmektedir. Dil ve konuşma terapistleri işitme kayıplı çocukların dil ve konuşma gelişimlerinin akranlarıyla uyumlu olmasını sağlama, dil ve konuşma becerilerini değerlendirme, terapi hedeflerinin belirleme ve aile ve öğretmenle iş birliği yapma gibi konularda müdahale planı geliştirmektedir.

1.3. İşitme Kayıplı Çocuklarda Dil Gelişimi

Yukarıda vurgulandığı üzere erken eğitim olanağı ve işitme kaybına uygun yardımcı teknoloji sağlanmazsa işitme kaybı, çocukta dil ve konuşma bozukluklarıyla

sonuçlanmaktadır. (Nicholas ve Geers, 2006; Robinshaw, 2007). İşitme kayıplı çocuklarda görülebilecek bozukluklar işitme kaybının tipine, derecesine, cihazlanma yaşı ve cihazlanmanın ardından eğitime başlama zamanına, alınan eğitimin niteliğine, işitme kaybına ek başka bir yetersizliğin varlığına ve işitme kaybının tek taraflı veya çift taraflı olmasına göre değişkenlik göstermektedir (Svirsky, Teoh ve Neuburger, 2004; Kretschmer ve Kretschmer, 2010). İşitme kayıplı çocuklarda etkili bir işitsel geri bildirim sisteminin olmaması yaptıkları seslendirmelere (vokalizasyonlara) işitsel destek alamamalarına neden olmaktadır. Babıldamaya kadar olan vokalizasyonlarında işiten akranlarıyla paralel bir yol izlenmektedir. Ancak babıldama ile dil gelişiminde güçlükler kendini göstermeye başlamaktadır. Normal işiten çocuklar 7-10 aylık bir dönemde babıldadıkları, işitme kayıplı çocukların ise 1,5-2 yaşında gecikmeli olarak babıldadıkları ifade edilmektedir (Sipal, 2002). Ancak işitsel deneyime gereksinim duyan babıldama aşamasının ardından, işitme kayıplı çocuklarda ünsüz üretimlerinde bozulmalar ve dolayısıyla düşük konuşma anlaşılabilirliği sıklıkla görülebilmektedir.

Dil alıcı ve ifade edici dil olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır. Yapılan araştırmaların genelinde bu çocukların alıcı ve ifade edici dilde gecikmeler yaşadığı ortaya konulmuştur (Mayne, Yoshinaga-Itano ve Sedey, 2000). Alıcı dil becerilerinde sözcükleri anlama ve sınıflamada (Houston, Stewart, Moberly, Hollich ve Miyamoto; 2012; Cangöğçe-Yaşar, 2019), karmaşık cümleleri anlamada (Cangöğçe-Yaşar ve Topbaş, 2018) ifade edici dil becerilerinde ise eklerin kullanımında (Ekinci, 2007; Piştav-Akmeşe, 2014) uzun sözdizimi kullanımında (Gündüz, 2011) güçlükler yaşadıkları belirtilmektedir. Özetle işitme kayıplı çocukların büyük bir bölümü çeşitli dil ve konuşma bozuklukları ve buna bağlı olarak da sözel iletişim güçlükleri yaşamaktadır. İşitme kayıplı çocukların sözel iletişim becerilerini kazandırmak ve desteklemek için davranışçı, hibrit ve çocuk merkezli pek çok yaklaşım bulunmaktadır (Paul ve Norbury, 2012). Çocuk merkezli yaklaşım içerisinde yer alan işitsel-sözel yaklaşım (auditory verbal approach), işitme kayıplı çocukların sözel dil becerilerinin geliştirilmesinde sıklıkla kullanılmaktadır.

1.4. İşitsel-Sözel Yaklaşım

İşitsel-Sözel Yaklaşım (İSY) yaklaşımı, işitme kayıplı çocukların ana dillerini tipik gelişim gösteren akranları gibi işitme duyusunu kullanarak kazanabileceklerini

varsaymaktadır. Bununla birlikte İSY; hafif ile çok ileri derecede işitme kaybı olan çocukların büyük bir bölümünün, uygun amplifikasyon, nitelikli dil uyarımı ve işitme duyularını geliştirmek için yeterli fırsatlar sunulduğu takdirde sözel dil yoluyla iletişim kurabileceği görüşüne dayanmaktadır. Bu müdahale yaklaşımının ilk amacı sözel dili kazandırmak için dinlemeyi geliştirmek (Goldberg ve Lebahn, 1990) ve işitme kayıplı çocukların işiten akranlarıyla eğitsel ve sosyal kaynaşmasını sağlamaktır. İSY, sözel dil gelişimini ve en uygun amplifikasyonu vurgulayan ve yetişkinlerin çocuklara ana dile yönelik model oldukları yoğun dil ve konuşma terapisine dayalı bireysel bir müdahale yaklaşımıdır (Eriks-Brophy, 2004). Terapist ve aile, oyun ve günlük rutinler aracılığıyla çocuğun dinleme becerilerini aşamalı olarak geliştirmesini destekleyici bir öğrenme çevresi yaratmaktadır (Goldberg ve Flexer, 2001). Bu nedenle DKT'lerin İSY yaklaşımının basamaklarını çok iyi bilmeleri ve aileyi de terapiye dahil ederek süreci yönetmeleri gerekmektedir.

1.5. İşitme Kayıplı Çocuklarda Dil ve Konuşma Terapisi

Dil ve konuşma bozukluğu olan bireylere dünyanın birçok yerinde ayırıcı tanı ile başlayan danışmanlık, değerlendirme ve terapi gibi pek çok hizmet “Dil ve konuşma terapisti (DKT)” meslek ünvanı olan uzmanlar tarafından verilmektedir. ASHA (2016) tarafından dil ve konuşma terapistliği, yaşam boyu karşılaşılan iletişim ve yutma alanlarında profesyonel uygulama yapan uzman olarak tanımlanmaktadır. İletişim ve yutma birçok işlevi içinde barındıran geniş kapsamlı terimler olarak ifade edilmektedir. İletişim, konuşma üretimi ve akıcılığı, dili, bilişi, sesi, rezonansı ve işitmeyi içermektedir. Yutma ise yutmanın tüm yönleri ve ilgili beslenme davranışlarını içermektedir. Afazi, hızlı bozuk konuşma, kekemelik, dil bozuklukları, yutma bozuklukları, ses bozuklukları, konuşma sesi bozuklukları, dudak-damak yarığı ve işitme kaybına bağlı dil ve konuşma bozuklukları dil ve konuşma terapisi gerektiren durumlar olarak belirtilmektedir (Duru, Akgün ve Maviş, 2018).

Ülkemizde Dil ve Konuşma Terapisi bölümünün, Anadolu Üniversitesi'nde Dil ve Konuşma Bozuklukları Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin (DİLKOM) 1999 yılında kurulması ile temelleri atılmıştır. DİLKOM'un kurulmasının hemen ardından 2000-2001 eğitim-öğretim yılında Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı Dil ve Konuşma Terapistliği Ana Bilim Dalı kurularak Dil ve Konuşma Terapistliği Yüksek Lisans

ve kısa bir süre sonra doktora programı başlatılmıştır. Geçtiğimiz yıllarda çeşitli devlet ve vakıf üniversitelerinde açılan Dil ve Konuşma Terapistliği lisans programları ile çok sayıda mezun verilmeye başlanmıştır. Dil ve konuşma terapistleri ülkemizde hastanelerde, üniversiteye bağlı merkezlerde, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde ve özel kliniklerde istihdam edilmektedir.

Dil ve konuşma terapistlerinin görev ve sorumlulukları 22.05.2014 tarihli 29007 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “Sağlık Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik” ile tanımlanmıştır. Bu yönetmeliğe göre DKT; a) Yutma, dil, iletişim, konuşma ve ses sağlığı alanlarında önleyici programlarda görev alır, b) Birey ve toplumlara dil, konuşma ve ses bozukluklarına yol açabilecek risk faktörlerine yönelik farkındalık çalışmaları yapar, c) Disleksi ve diğer sembolik disfonksiyonları olanlara, hiponazalite ve hipernazalite sorunu olanlara, dil ve konuşma özel gelişimsel bozukluklara, skolaistik becerilerde özel gelişimsel veya kazanılmış bozuklukları olanlara, hızlı-bozuk konuşma ve kekemeliği olanlara terapi ve rehabilitasyon yapar, d) Bilgisayar destekli konuşma üreten cihazları, Konuşma aparatları ve trakeoözefageal protezleri, alternatif ve destekleyici iletişim araçlarını, elektrolarinks ve işaret dili gibi sistemler konusunda hastaya eğitim verir, e) özel gereksinimli bireyler için hazırlanan Bireyselleştirilmiş Eğitim Programlarında görev alır.

İşitme kayıplı çocuklar yaşadıkları iletişim güçlükleri (düşük konuşma anlaşılabilirliği, dil bileşenlerinde yaşanan güçlükler) nedeniyle dil ve konuşma terapistlerinin müdahale alanı içerisinde yer almaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) dil ve konuşma terapistleri devlet okullarında çalışmaktadır ve işitme kayıplı çocukların yaklaşık %90’ı devlet okullarından eğitim almaktadır (Ertmer, 2002). Dil ve konuşma terapistleri işitme kayıplı çocukların dil ve konuşma becerilerini değerlendirme, müdahale etme, izleme, önleme, danışma ve iş birliği gibi konularda görev almaktadırlar (ASHA, 2016). İş birliği, işitme kayıplı çocuklarla çalışan ilgili diğer meslek grupları (odyolog, özel eğitim öğretmeni vb.) ve işitme kayıplı çocukların aileleri ile gerçekleştirilmektedir.

Ülkemizde dil ve konuşma terapisi alanı henüz 20 yıllık bir geçmişe sahip olmasından dolayı uzman sayısı sınırlılık göstermektedir. Bu durumun doğal bir sonucu olarak uzman personelin eksikliği, işitme kayıplı çocukların dil ve konuşma rehabilitasyonunun yeterli düzeyde yürütülememesine yol açmaktadır. İşitme kayıplı çocuklar iletişim becerilerinin

desteklenmesine oldukça gereksinim duyan bir gruptur. Tanı ve cihazlandırma sürecini takiben, DKT ekibin önemli bir üyesi olmaktadır. Bu nedenle işitme kayıplı çocuklara ilişkin dil ve konuşma terapistlerinin kendi özyeterliklerini ortaya koymaları son derece önemli olmaktadır. Farklı meslek elemanlarının gereksinim duydukları mesleki eğitim, sosyal destek ve diğer hizmetlerin kendilerine sunulması için özyeterlik düzeylerinin incelenmesi önerilmektedir (Wood ve Bandura, 2009). Ülkemizde dil ve konuşma terapistlerinin işitme kayıplı çocuklar ve terapilerine ilişkin özyeterlik düzeylerini incelemek gereksinim duydukları mesleki eğitim, sosyal destek ve diğer hizmetlerin kendilerine sunulması açısından alanyazına katkı sunacaktır.

1.6. Özyeterlik

Özyeterlik (self efficacy) kavramı Bandura (2008) tarafından; insanların kendi yetenekleri hakkında fikir üretmek için sahip oldukları inançları olarak tanımlanmaktadır. Bu temel inanç, insan motivasyonunun, duygusal iyilik halinin ve performans başarılarının temelidir (Bandura, 2006). Bireyin kendisiyle ilgili “başarabilirim”, “yapabilirim”, “uygulayabilirim”, “çözebilirim” vb. ifadelerle kendine ait yeterliklere duymuş olduğu güven olarak düşünülmektedir. Bir başka deyişle özyeterlik inancı, bireyin belirli bir görevi yerine getirme kabiliyetine duyduğu güven algısıdır; bu algılar görev zorluğuna göre değişmektedir (Bandura, 1977). Örneğin, bir DKT’nin müdahale hizmetlerini sağlama konusunda kendine güven duymasına rağmen hastalara ve ailelere danışmanlık yapma konusunda kendine daha az güven duyması mümkündür (Pasupathy ve Bogschutz, 2013). Dolayısıyla algılanan özyeterlik, insanların yaşamlarını etkileyen olayları etkileme yeteneklerine olan inançlarıyla ilgilidir. İnsanlar istedik etkiyi eylemleriyle üretebileceklerine inanmadıkları sürece, zorluklar karşısında sebat etmek ya da harekete geçmek için çok az girişimde bulunmaktadır (Bandura, 2010). Bununla birlikte özyeterlik, yeni bir becerinin kazanılmasında veya yeni bir öğrenmenin gerçekleşmesinde ve sonrasında bu yeni kazanımların uygulanmasında önemli bir görev sağlamaktadır. Özyeterlik, göreve özgü, zorluk derecesinde değişkenlik gösteren ve güven derecelerini kapsayan anket maddeleri kullanılarak ölçülebilmektedir. Bandura’ya göre özyeterlik inançlarının; performans başarıları, sözel ikna, dolaylı yaşantılar ve duygusal durum olmak üzere dört temel kaynağı bulunmaktadır. Özyeterlik ölçümlerinin içeriği, bireylerin psikolojik veya fiziksel özellikleri gibi kişisel niteliklerinden ziyade

performans yeteneklerine odaklanmaktadır. Bu ölçümlerde yer alan katılımcılar, genel olarak kendileri hakkında nasıl hissettikleri gibi, kendilerinden beklenen görevleri yerine getirme yeteneklerini değerlendirmektedirler (Zimmerman, 2000).

Bandura'ya göre, özyeterlik yüksekliği yürütülen görevde ve girişimde bulunma düzeyinde bir artışa yol açarken, özyeterlik düşüklüğü görevden kaçma ile sonuçlanmaktadır. Örneğin, bir DKT, terapötik müdahale için daha iyi bir kariyer arayışına girebilirken aile etkileşimi ve danışmanlığı ile ilgili görevlerden kaçınabilir. Çeşitli disiplinlerdeki araştırmacılar farklı grupların öz yeterlik inançlarını incelemişlerdir (Schunk ve Pajares, 2004). Sağlık bilimlerindeki araştırmacılar hem sağlık hizmeti sağlayıcısı hem de tüketici açısından özyeterlik düzeylerini ele almış ve uygulamaları geliştirmek için özyeterlik çerçevesindeki ilkeleri kullanmanın yollarını önermişlerdir. Sağlık hizmeti sağlayıcısının bakış açısından yayınlanmış araştırmalara örnekler arasında ergoterapistler (Gage, Noh, Polatajko ve Kaspar, 1994; Vax, Schreuer ve Sachs, 2012), hemşireler (Van Schaik, Plant, Diane, Tsang ve O'Sullivan, 2011), odyologlar (Smith & West, 2006) ve dil ve konuşma terapistleri (Lee ve Schmaman, 1987; Unrau ve Beck, 2004; Toğram ve Maviş, 2009; Hopstetter, 2011; Maviş, Louis, Özdemir ve Toğram, 2013; Pasupathy ve Bogschutz, 2013; Spek, Wieringa-de Waard, Lucas, ve Dijk, 2013; Bellice, 2016; Pasupathy, 2018) gibi farklı meslek grupları yer almaktadır.

1.7. İlgili Araştırmalar

Ülkemizde dil ve konuşma terapistlerinin (DKT) doğrudan özyeterlik düzeyini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamakta ancak çeşitli dil ve konuşma bozukluklarına yönelik DKT'lerin algı ve tutumlarını inceleyen çalışmalar bulunmaktadır.

Toğram ve Maviş (2009) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada dil ve konuşma bozuklukları alanındaki rolleri ve sorumluluklarını öğretmenlerin, ebeveynlerin ve DKT'lerin nasıl algıladıklarını, dil ve konuşma bozukluklarının etiyolojisi ve terapisine yönelik düşüncelerini ve dil ve konuşma bozukluğu olan çocuğun sosyal ve akademik başarısına yönelik tutumlarını betimlemek amaçlanmıştır. Araştırma 46 öğretmen, 37 ebeveyn ve 35 DKT olmak üzere toplam 118 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler anket yoluyla toplanmıştır. Elde edilen veriler öğretmen, ebeveyn ve DKT'lerin konuya ilişkin bilgisini ortaya koymak amacıyla karşılaştırılmıştır. Dil ve konuşma bozukluğu olan

çocukların terapi gereksinimlerine yönelik tutumlarda aileler; çocukların sosyal ve akademik başarılarına yönelik tutumlarında ise öğretmenler diğer katılımcı gruplarına kıyasla, daha kararsız tutumlar geliştirmişlerdir. Dil ve konuşma bozukluğunun etiyojisine yönelik maddelerde; öğretmenler konuşma organlarından kaynaklanabilecek bir problemin bozukluğa yol açabileceğini düşündüklerini belirtmişlerdir. DKT'ler ise zihin yetersizliğini birincil bir problem olarak işaretlemekle birlikte ankette yer alan seçenekteki birçok nedenin bir konuşma bozukluğuna yol açabileceğini bilmişlerdir. Dil ve konuşma bozukluğu olan çocukların terapi alamamasının en önemli nedeni olarak DKT'ler terapist eksikliğini vurgularken öğretmenler ve aileler ise bilgilenme eksikliğinden kaynaklandığını vurgulamışlardır.

Savaş ve Toğram (2013) tarafından gerçekleştirilen araştırmada ise DKT'lerin Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) alanındaki klinik ve eğitim bilgilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak 52 maddeden oluşan bir anket uyarlanarak kullanılmıştır. Araştırmada 61 uzman DKT anketi yanıtlamıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; dil ve konuşma terapistliği eğitimi kapsamında, OSB ile doğrudan ilişkili derslerin bulunmadığı, klinik pratiklerde OSB olan bireylerin sayısının, OSB ile dolaylı bir yolla da olsa ilişkili derslerin sayısının ve mevcut derslerde OSB alanına ilişkin bilgilerin ele alınma süresinin sınırlı olduğu rapor edilmiştir. DKT'lerin büyük bir çoğunluğu, OSB olan bireylere yönelik uygun müdahale hedefleri belirleme ve bu hedefler doğrultusunda OSB olan bireye eğitim sunma konularında kendilerini yeterli hissetmemektedir. Bununla birlikte OSB konusunda klinik ve eğitim deneyimlerini yeterli görmemektedir.

Maviş, Louis, Özdemir ve Toğram (2013) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, Türkiye'de çalışan DKT'lerin kekemelik ve terapisi konusunda klinik tutumlarını belirlemek ve sonuçları ABD ve İngiltere'nin sonuçlarıyla karşılaştırmak amaçlanmıştır. The Clinician Attitudes Toward Stuttering (CATS) Türkçe'ye çevrilmiş veri toplamak amacıyla Türkiye'de uygulama yapan DKT'lere mail aracılığıyla doldurmaları üzere gönderilmiştir. 65 DKT'nin 61'i (%94) ankete geri dönüş yapmışlardır. CATS maddeleri orijinal CATS'de olduğu gibi random bir şekilde sunulmuş, ancak katılımcıların tutum bilgisini ölçmek için analiz sırasında gruplandırılmıştır. Anket (a) kekemelik etiyojisi (4 madde), (b) erken müdahale (8 madde)), (c) kekemelik terapisinin etkililiği (7 madde), (d) kekeme bireyin kişilik

özellikleri (8 madde), (e) klinisyenler ve özellikleri (5 madde), (f) öğretmenler ve danışmanlar ve kekeme bireylere karşı tepkileri (5 madde), (g) terapi teknikleri (6 madde) ve (h) kekeme olan çocukların ebeveynleri (3 madde) olmak üzere sekiz gruba bölünmüştür. Elde edilen bulgular ABD’de Cooper ve Cooper’ın (1996) yaptığı ve İngiltere’de Crichton-Smith ve arkadaşlarının (2003) yaptığı araştırma bulgularıyla kıyaslanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre Türkiye’de çalışan DKT’ler kekemelik etiyojisine ilişkin birçok faktörün etkili olduğu konusunda hemfikir olmakla birlikte kekemeliğin basit bir motor konuşma bozukluğu olduğu fikrine katılmamaktadır. Bununla birlikte 4-7 yaş arasındaki çocukların terapiye dahil edilmesi gerektiği, ancak akıcısızlık gözlenir gözlenmez başlanmaması gerektiği konusunda görüş bildirmişlerdir. Her üç grup DKT de okulöncesi ve ergenlik dönemi kekemelik grubuyla çalışırken terapilerin öncelikle ebeveynlere yönelik olması gerektiği konusunda görüş bildirmişlerdir (%80). Türkiye, ABD ve Büyük Britanya'daki DKT'ler kekemeliğin, terapisinin kolay olmadığı ve terapiye en uygun konuşma bozukluğu olmadığı konusunda güçlü bir şekilde hemfikir olmuşlardır. Türk DKT'ler mevcut terapi yöntemlerini yeterli bulmuş (%71) büyük bir çoğunluğu Amerikalı ya da İngiliz meslektaşlarıyla karşılaştırıldığında kekemeler için tek başına edimsel programlardan (%46) daha çok öz-değerlendirme terapi yaklaşımlarını (%75) tercih etmiştir. Aynı zamanda DKT'lerin %58'i bu iki yaklaşımın birleşimini kullanmayı tercih ettiklerini ifade etmişlerdir.

Bellice (2016) tarafından yapılan araştırmada Türkiye’de çalışan DKT’lerin hızlı bozuk konuşma (HBK) ve terapisine yönelik tutumları, davranışları ve düşüncelerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya dil ve konuşma terapistleri derneğine üye 82 DKT katılmıştır. Araştırma, gruplar arası karşılaştırmaya dayalı betimsel yöntemle desenlenmiştir. The Clinician Attitudes Towards Stuttering Inventory (CATS) ve Rustin Cluttering Survey (RCS) kullanılarak 61 maddelik bir anket geliştirilerek veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Elde edilen veriler betimsel olarak analiz edilmiş ve gruplar arasında karşılaştırma yapılarak bulgular yorumlanmıştır. Araştırma bulguları Türkiye’de çalışan DKT’lerin, HBK’ya ilişkin aldıkları eğitimi yetersiz bulduklarını göstermiştir. DKT’lerin eğitimleri sırasında HBK vakalarına ilişkin deneyimi bulunan grup ile bulunmayan grubun, kendilerini iş yaşamlarında HBK vakaları ile çalışmayı tercih etme durumları ve HBK vakalarıyla çalışma konusunda kendilerini yeterli ya da yetersiz bulmaları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu rapor edilmiştir. Bununla birlikte ‘terapi etkililiği, mesleki eğitim, terapi/yöntem, HBK nedenleri, HBK bireylerin kişilik/özellikleri, HBK ve diğer bozukluklar, terapi, HBK bireylerin ebeveynleri’ kategorilerinde yer alan maddelerde iş yaşamlarında HBK vakaları ile çalışan ve çalışmayan grubun yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu bildirilmiştir. Araştırmada çalışma yaşamında edinilen vaka tecrübesinin, DKT’lerin HBK’ya yönelik görüş ve düşüncelerini etkilediği sonucu elde edilmiştir.

Tüm bu araştırmalar incelendiğinde ülkemizde dil ve konuşma terapistlerinin özyeterlik düzeylerini ele alan bir araştırma bulunmamaktadır. Alanyazında işitme kaybı ve işitme kayıplı çocuklara ilişkin DKT’lerin tutum, düşünce, bilgi ve algılarını inceleyen bir araştırma da yer almamaktadır. Ulusal alanyazında işitme kaybına ilişkin Piştav-Akmeşe ve Kayhan (2016) tarafından odyoloji ve konuşma bozuklukları uzmanlarının ve işitme engelliler öğretmenlerinin işitme kayıplı çocukların değerlendirme, tanı, eğitim süreçleri ve aile katılımına yönelik düzenlemelere ilişkin görüşlerinin inceleyen nitel bir araştırma yer almaktadır. Bu araştırmanın katılımcılarını 5 işitme engelliler öğretmeni ve 3 odyoloji ve konuşma bozuklukları uzmanı (OKBU) oluşturmaktadır. Araştırmadan elde edilen bulgular beş ana temada incelenmiştir. Bu beş ana tema 11 alt temadan oluşmaktadır. Araştırma bulgularında; işitme kayıplı çocuklar için erken tanı ve müdahalenin, işaret dili ve işitsel sözel yaklaşımın birlikte kullanılmasının ve işitme kayıplı çocukların tipik gelişim gösteren akranlarıyla birlikte eğitim almalarının önemi katılımcıların ortak görüşleri arasında yer almaktadır. Bununla birlikte hem işitme engelliler öğretmenleri hem de ve OKBU’lar, mesleki yeterlik, paydaşlar arası işbirliği, hizmet içi eğitim, teknoloji ve materyal kullanımı konusunda öğretimsel düzenlemelerin önemine de vurgu yapmışlardır.

Uluslararası alanyazın incelendiğinde ise farklı konularda dil ve konuşma terapistlerinin özyeterlik düzeylerini ve işitme kaybına ilişkin konularda görüş ve düşüncelerini incelemeyi amaçlayan araştırmalar (Moseley, Mashie, Brandt ve Fleming, 1994; Compton, Tucker ve Flynn, 2009; Huttunen ve Valimaa, 2012) yer almaktadır. Bu araştırmaların bir bölümü dil ve konuşma terapisi öğrencileri ile (Lee ve Schmaman, 1987; Unrau ve Beck, 2004; Pasupathy ve Bogenschutz, 2013; Spek, Wieringa de Waard, Lucas ve van Dijk, 2013; Pasupathy, 2018) diğer bir bölümü ise dil ve konuşma terapistleri ile (Compton, Tucker ve Flynn, 2009; Hopstetter, 2011; Huttunen ve Valimaa, 2012; Noguchi,

2017) gerçekleştirilmiştir. Dil ve konuşma terapistleri ile gerçekleştirilen araştırmalar ayrıntılı olarak aşağıda özetlenmiştir.

Moseley, Mashie, Brandt ve Fleming (1994) yapmış oldukları araştırmada işitme kayıplı çocuklara dil ve konuşma becerileri kazandırmada paydaş olarak yer alan odyologların, işitme engelliler öğretmenlerinin ve dil ve konuşma terapistlerinin demografik özelliklerini ve meslek öncesinde aldıkları eğitime ilişkin algıladıkları yeterlik düzeylerini incelemek amaçlanmıştır. Anket dil ve konuşmanın temelleri, odyoloji bilgisi, klinik süreçler, ve işitme kaybı olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır. Araştırmada 487 katılımcı (%65.5 DKT, %17.2 işitme engelliler öğretmeni, %10.1 odyolog ve %7.3 diğer meslek grupları) yer almıştır. İşitme kayıplı çocuklarla çalışma süresini katılımcıların %14.1'i 2 yıldan az, %29.3'ü 2-5 yıl, %27.9 6-10 yıl %26.3'ü 10 yıldan fazla olarak belirtmiştir. Katılımcıların %82.7'si eğitim düzeylerini yüksek lisans olarak belirtmişlerdir. DKT'lerin %75.5'i devlet okullarında, %19.4'ü özel okullarda ve %5.1'i üniversite kliniklerinde çalıştıklarını bildirmiştir. DKT'ler işitme kaybına ilişkin bazı alanlarda meslek öncesinde aldıkları eğitimi diğer meslek gruplarına göre daha az yeterli bulmuşlardır. Bu alanlar odyoloji ve işitme kaybı ile ilişkili klinik süreçler olarak belirtilmiştir. DKT'ler dil ve konuşmanın temellerine ilişkin bölümde normal dil ve konuşma gelişiminde diğer gruplara kıyasla kendilerini iyi hazırlanmış hissettiklerini belirtmişlerdir. Bununla birlikte DKT'ler klinik süreçlere ilişkin bilgi bölümünde vakanın tercih ettiği iletişim yönteminde değerlendirme yapma, hizmet-içi eğitim planı ve aile eğitimi konularında; işitme kaybına ilişkin bilgi bölümünde ise işitme kayıplı çocuklar için eğitim programı yöntemleri ve mesleki program yöntemlerinde daha az yetkin hissettiklerini belirtmişlerdir.

Compton, Tucker ve Flynn (2009) tarafından gerçekleştirilen araştırmada Kuzey Carolina eyaletinde bulunan okulda çalışan DKT'lerin (a) koklear implantlı çocuklara sağladığı hizmet kapsamını; (b) koklear implantları olan çocuklara hizmet sunarken akademik ve klinik hazırlıklarını; ve (c) koklear implantları (Kİ) olan çocukların iletişim ihtiyaçlarını etkili bir şekilde kolaylaştırmada hazırbulunuşluk ve güven algılarını incelemek amaçlanmıştır. Araştırmaya 190 DKT katılmıştır. Araştırmada veri toplamak amacıyla "Survey of Professionals Working With Children Wearing Cochlear Implants (Koklear İmplant Kullanan Çocuklarla Çalışan Profesyoneller Anketi)" kullanılmıştır. Anket demografik, eğitim ve hazırlık, öğrencilerin profilleri ve kaynaklar olmak üzere dört

bölümden ve toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Devlet okullarında hizmet alan koklear implantlı toplam 56 çocuk bulunduğu belirtilmiştir. 190 DKT'den 33'ü (%17), terapi yaptıkları koklear implantlı çocuklar olduğunu bildirmişlerdir. Araştırma bulguları katılımcıların %79'unun Kİ teknolojisini yönetmede veya Kİ olan çocuklara hizmet sağlama konusunda hiç güvende hissetmediklerini ya da çok az güvende hissettiklerini ortaya koymuştur. Anket sonuçlarında, DKT'lerin %47'sinin ya resmi bir dersin olmadığını ya da Kİ'ye ilişkin yalnızca bir tane üniversite dersinin verildiği rapor edilmiştir. Sonuç olarak işitme ile ilgili diğer konularda hem lisans hem de lisansüstü düzeyde eğitim eksikliğinin bulunduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte DKT'lerin, Kİ teknolojisi ve rehabilitasyonunda ortaya çıkan yeniliklerle ilgili bilgilerini güncellemek amacıyla sürekli eğitime katılma gereksinimleri vurgulanmıştır.

Hopstetter (2011) tarafından karma yöntem kullanılarak desenlenen araştırmada ise Pensilvanya'daki dil ve konuşma terapistlerinin, özyeterlik inançlarını araştırmak, sınıf öğretmenleriyle iş birliği yapma yetenekleri konusunda algıladıkları inanç ve değişkenlerini incelemek amaçlanmıştır. Araştırmada yarı yapılandırılmış görüşme soruları ve anket kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular Pensilvanya'daki okullarda çalışan dil ve konuşma terapistlerinin, lisans ve yüksek lisans programlarında iş birliği konusunda eğitim ve klinik deneyim almamasına rağmen sınıf öğretmenleriyle iş birliği yapma yetenekleri konusunda güçlü özyeterlik inançlarına sahip olduklarını göstermektedir. Bununla birlikte ankete katılanların birçoğu ve görüşme yapılan katılımcıların tümü, iş birliği alanındaki ek eğitimlerden ve ek hizmetlerden yararlanabileceklerini bildirmişlerdir. Katılımcılar iş birliğine yönelik çalıştaylar düzenlenmesi, eğitimler ve dersler verilmesinin meslektaşları ile birlikte çalışmanın en iyi yolu olarak belirtmişlerdir. Araştırmada okullardaki sınıf öğretmenleriyle iş birliği içinde çalışmayı planlayan veya çalışmak isteyen dil ve konuşma terapistlerinin, iş birliğini anlama ve yönetme konusunda daha etkili ve verimli bir şekilde hazırlanmasının gerekliliği vurgulanmıştır.

Huttunen ve Valimaa (2012) yapmış oldukları araştırmada implantasyonun, çocuk ve aile üzerindeki etkileri ve verilen hizmetlerin niteliği konusunda ebeveynler ile dil ve konuşma terapistlerinin algılarını incelemeyi amaçlamışlardır. Araştırmaya 18 çocuğun ebeveynleri ve DKT'leri katılmıştır. Veri toplama aracı olarak açık ve kapalı uçlu soruları içeren anketler kullanılmıştır. Anketler implantasyonun ilk altı ayında ve implantın

aktivasyonundan 1-5 yıl sonra katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Hem ebeveynlerin hem de ankette yer alan DKT'lerin cevaplarında yer alan olumlu deneyimler olumsuz olanlardan daha fazla ifade edilmiştir. Ebeveynler özellikle iletişimdeki gelişmelerden ve ailedeki sosyal yaşamın genişlemesinden memnun olduklarını belirtmişlerdir. Bunlar DKT'ler tarafından da gündeme getirilen en yaygın temalar olarak araştırmada yer almıştır. Ebeveynler ayrıca rehabilitasyonun organizasyonu ve içeriğinden de memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir. Araştırmada belirtilen olumsuz deneyimlerin çoğu, implantasyon sürecinde hastane ziyaretlerinin düzenlenmesi, konuşma işlemcisi teknolojisinin kullanılabilirliği ve bakımı ile ilgilidir. Aynı zamanda bazı çocukların yeterince dil ve konuşma terapisi alamadığı ve ebeveynlerin bir bölümünün eğitim hizmetlerinden memnun kalmadığı ifade edilmiştir. Bununla birlikte, eşzamanlı başka bir güçlüğü olan çocuk ebeveynleri, diğer ebeveynlerden daha stresli bir şekilde rehabilitasyona katıldıklarını ifade etmişlerdir. Ebeveynler ve DKT'ler, implantasyonla ilgili olumsuz deneyimlerden daha çok olumlu ifadelerde bulunmuşlardır. Araştırmada katılımcılar, konuşma işlemcisi teknolojisinin kullanılabilirliği ve bakımı ile ilgili güçlükler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu nedenle araştırmada, implant merkezlerinden teknik bakım için yeterli personel sağlamanın ve yeterli bilgi ve ebeveyn desteği sağlayarak hizmetleri tanıtmanın önemi vurgulanmıştır.

Noguchi (2017) tarafından gerçekleştirilen araştırmada kekemeliği olan ve olmayan dil ve konuşma terapistlerinin klinik özyeterliklerinin ve damgalama değişkeninin (stigma variance) karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırmaya kekemeliği olan 18 ve kekemeliği olmayan 50 DKT katılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak SLP Clinical Self-Efficacy Inventory ve Self-Stigma of Stuttering Scale kullanılmıştır. Gruplar arasında karşılaştırmalar yapılmıştır. Ancak deneyim yılı ve görev tipinin (sözel/sözel olmayan) özyeterlik üzerindeki etkileri de değerlendirilmiştir. Her iki grup DKT'nin ortalama özyeterlik düzeyi %90'ın üzerinde bulunmuştur. Gruplar arasında farklılık bulunmamıştır. Klinik özyeterlik düzeyinin yüksek olmasında deneyim yılı önemli bir yordayıcı olarak belirlenmiştir. Araştırmada kekeme DKT'lerin sözel olmayan görevlerde sözel görevlere kıyasla daha yüksek özyeterlik düzeyine sahip oldukları ifade edilmiştir. Kekemelik konusunda zengin klinik anlayışa sahip olmalarından bağımsız olarak, her iki DKT grubu da kekeme bireylere ilişkin olarak orta derecede damgalama (stigma) sergilemiştir. Ancak,

kekeme DKT'lerin, bu damgalanmayı günlük ve profesyonel faaliyetlerinde minimal düzeyde içselleştirdikleri rapor edilmiştir.

Yukarıda aktarılan araştırma bulguları pek çok farklı vaka grubuyla çalışmak durumunda kalan DKT'lerin, işitme kaybı hakkında bilgi, tutum ve yeterliklerinin çok da yüksek olmadığını düşündürmektedir.

1.8. Problem

İşitme kayıplı çocuklar işitsel ve sözel geribildirim sınırlı olması nedeniyle dil ve konuşma becerilerinin kazanılması bakımından erken çocukluk döneminde yüksek risk grubunda yer almaktadırlar. Son 30 yıl boyunca yapılan araştırmalar, işitme kayıplı çocuklar için dil gelişimi ile akademik başarı arasındaki önemli ilişkiyi doğrulamaktadır (ASHA, 2003). Bu nedenle işitme kayıplı çocukların müdahale programlarını yürüten ekip içerisinde mutlaka bir DKT'nin yer alması gerekmektedir. ASHA'nın dil ve konuşma terapistleği meslek tanımında işitme, iletişim boyutunda yer alan bir bileşen olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünyanın birçok yerinde işitme, dil ve konuşmadan ayrı tutulmamakla birlikte işitme kayıplı çocukların tanı almalarından itibaren müdahale ekibinde DKT yer almaktadır. Dil ve konuşma terapistleri, çocukları ve yetişkinleri etkileyen işitme kayıpları, dil ve konuşma gelişimi, işitme bozukluklarının doğası, önlenmesi, değerlendirilmesi ve terapisine yönelik çeşitli dersler almaktadır. Ulusal meslek standartları, dil ve konuşma terapisti alanında işitme kaybı olan bireyler için habilitatif (yardım sağlayıcı)/rehabilitatif (iyileştirici) yöntemlerin yer alması gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu meslek grubu, odyologlarla iş birliği içerisinde çalışmalıdır. Ülkemiz pratiklerinde işitme kayıplı çocukların müdahale programlarını yürüten ekip içerisinde dil ve konuşma terapistlerinin istenilen ölçüde yer almadığı görülmektedir. Bu durumun nedeni olarak dil ve konuşma terapistliğinin ülkemizde henüz 20 yıllık bir geçmişe sahip, gelişmekte olan bir alan olması düşünülmektedir. Mevcut durum dil ve konuşma terapistlerinin işitme kaybına ilişkin terapi becerilerini sınırlamakta ve klinik deneyim kazanmalarını zorlaştırmaktadır. Ancak profesyonellerin nitelik ve yeterlilikleri işitme kayıplı çocukların iletişimsel yeterliliklerinin gelişimini etkileyebilecek faktörler arasında sayılmaktadır (Schildroth ve Hotto, 1996).. Ülkemizde dil ve konuşma terapistlerinin işitme kayıplı çocuklara ilişkin bilgi, algı ve özyeterlik düzeyi gibi nitelik ve yeterliliğini inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla dil ve konuşma

terapistlerinin işitme kaybına ve terapisine ilişkin mevcut durumlarının mesleki değerlendirmeler yapılarak ortaya konulmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle dil ve konuşma terapistlerinin, işitme kayıplı çocuklara ilişkin özyeterlik düzeylerinin incelenmesi bu araştırmanın temel gereksinimini oluşturmaktadır.

1.9. Amaç

Bu araştırmanın amacı Türkiye’de çalışan dil ve konuşma terapistlerinin işitme kaybına ve terapisine ilişkin özyeterlik düzeylerinin incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda aşağıda yer alan sorulara yanıt aranmıştır:

1. Dil ve konuşma terapistlerinin işitme kaybına ve terapisine ilişkin özyeterlik düzeyleri,
 - a) Anket maddelerine göre nasıldır?
 - b) Anketin alt boyutlarına göre (işitme sistemi, işitme kaybı, işitmeye yardımcı teknolojiler, işitsel-sözel eğitim, terapi öncesi kontroller ve terapi süreci) nasıldır?
 - c) Eğitim düzeyine, meslekte çalışma süresine, işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresine, çalışma yerine göre farklılaşmakta mıdır?
 - d) Eğitim düzeyi, meslekte çalışma süresi, işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresi ve çalışma yeri bağlamında anketin alt boyutlarına (işitme sistemi, işitme kaybı, işitmeye yardımcı teknolojiler, işitsel-sözel eğitim, terapi öncesi kontroller ve terapi süreci) göre farklılaşmakta mıdır?

1.10. Önem

İşitme kayıplı çocukların dil ve konuşma alanında yaşadıkları güçlükler, sosyal ve akademik yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle işitme kayıplı çocukların tanı ve cihaz kullanımı sonrasında vakit kaybetmeden özel eğitim öğretmeni, odyolog ve DKT’den oluşan bir müdahale ekibi ile çalışması gerekmektedir. Dil ve konuşma terapistleri, işitme kayıplı çocuğun iletişim becerilerini değerlendirerek gereksinimlerine uygun bir terapi planı hazırlamalı ve yürütmelidir (ASHA, 2015). Ülkemizde yeni açılan lisans programları ile birlikte DKT sayısı artan bir ivme izlemektedir. Dolayısıyla DKT ile çalışan işitme kayıplı çocuk sayısında bir artış görülmektedir. Ülkemizde Büyükköse (2019) tarafından yapılan araştırmada, işitme kayıplı ve Down sendromlu çocuklara sunulan dil ve

konusma terapisi hizmetlerinin çocuk ve aile için yararlı olduğu belirtilmiştir. Bu bağlamda Türkiye’de çalışan dil ve konuşma terapistlerinin işitme kaybına ve terapisine ilişkin özyeterlik düzeylerini incelemenin amaçlandığı bu araştırmanın, uygulama ve alanyazın açısından çeşitli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Uygulama açısından önemi: Dil ve konuşma terapisi hizmetlerinde, işitme kayıplı çocukların dil ve konuşma, dinleme becerilerinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi, çocuğa uygun terapi programlarının oluşturularak terapi sürecinin yürütülmesi önem taşımaktadır (Chute ve Nevins, 2006). Bu araştırma ile işitme kayıplı çocuklarla yürütülen mevcut dil ve konuşma terapisi süreçlerinin gözden geçirileceğı düşünülmektedir. Bununla birlikte elde edilen araştırma bulgularının, işitme kayıplı çocuklarla çalışan özel eğitim öğretmenleri, odyologlar vb. uzmanların rol ve sorumluluklarını gözden geçirmeleri noktasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Her meslek grubunda olduğu gibi dil ve konuşma terapisi alanında da mesleki değerlendirmeler yapılması lisans, yüksek lisans ve doktora programlarındaki ders içeriklerinin gözden geçirilmesi ve geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Dolayısıyla araştırma bulgularının, dil ve konuşma terapisi lisans, yüksek lisans ve doktora programlarındaki işitme kaybıyla ilişkili teorik ve klinik derslerin şekillendirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Alanyazın açısından önemi: Ülkemizdeki dil ve konuşma terapistlerinin, işitme kaybına ve terapisine ilişkin özyeterlik düzeylerini inceleyen ilk araştırma olması nedeniyle bu alandaki gelecek araştırmalara ışık tutacağı düşünülmektedir. İşitmeye yardımcı teknolojiler, koklear implant ve işitme kayıplı çocuklar için geliştirilen çeşitli sistemler gelişen teknoloji ile birlikte yenilenmektedir. Dil ve konuşma terapistlerinin bu konularda mesleki bilgilerini güncellemeleri ve öğrenme fırsatları yakalamaları işitme kayıplı çocuklarla klinik uygulamalarını geliştirmelerini sağlayacaktır. Yapılan bu araştırmanın dil ve konuşma terapistlerine işitme kaybına yönelik mesleki gelişimi hedefleyen hizmet içi eğitimlerin ve çalıştayların içeriklerinin oluşturulmasında katkı sağlayabileceğı düşünülmektedir. Son olarak araştırmanın dil ve konuşma terapisi alanında ulusal ve uluslararası alanyazına katkı sağlayabileceğı düşünülmektedir.

2. YÖNTEM

Araştırmının bu bölümünde araştırma modeli, çalışma grubu, veri toplama aracı ve veri toplama süreci ve verilerin analizi yer almaktadır.

2.1. Araştırma Modeli

Araştırmada Türkiye’de çalışan DKT’lerin işitme kaybına ve terapisine ilişkin özyeterlik düzeylerini incelemek amacıyla nicel araştırma yöntemlerinden olan betimsel model kullanılmıştır. Tarama araştırmaları da olarak bilinen betimsel araştırmalar, bir konuda hâlihazırdaki mevcut durumu ortaya koymayı hedefleyen araştırmalar olarak tanımlanmaktadır (Gay, Mills ve Airasian, 2006). Araştırmının bağımlı değişkenini dil ve konuşma terapistlerinin özyeterlik düzeyi oluştururken, bağımsız değişkenini terapistlerin eğitim düzeyi, meslekte çalışma süresi, işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresi ve çalışma yeri oluşturmaktadır.

2.2. Çalışma Grubu

Araştırmının çalışma grubunu Türkiye’de çalışan dil ve konuşma terapistleri oluşturmaktadır. Araştırmının çalışma grubu amaçlı örnekleme yolu ile belirlenmiştir. Amaçlı örnekleme, anlaşılacak istenen olgu ya da olay hakkında en iyi bilgi sunabileceği düşünülen bireylerin araştırmada katılımcı olarak seçilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Cresswell, 2008). Türkiye’nin çalışan dil ve konuşma terapistlerinin meslek kuruluşu olan Dil ve Konuşma Terapistleri Derneği’ne kayıtlı üyelere derneğin web sayfasından ulaşılmıştır. Toplam 128 DKT’ye online olarak hazırlanan anketin linki mail atılarak araştırmaya katılmak isteyen dil ve konuşma terapistlerinin anketi doldurmaları rica edilmiştir. Ayrıca anket sosyal medya aracılığıyla da dil ve konuşma terapistlerinin olduğu üniversite gruplarında paylaşılmıştır. Anketi 87 DKT doldurmuştur. Online olarak hazırlanan anketin bir maddesini bile doldurmadan anketin tamamlanmasına izin verilmediği için yarım bırakılan veya kayıp verisi olan anket olmamıştır.

Anketi dolduran dil ve konuşma terapistleri, Türkiye’nin farklı illerinde görev yapan meslek uzmanlarıdır. Katılımcıların 14’ü erkek (%16.1), 73’ü kadın (%83.9), 56’sı lisans (%64.4), 29’u yüksek lisans (%33.3) ve 2’si doktora (%2.3) mezunudur. Bununla birlikte

katılımcıların 36'sı (%41.4) 1 yıldan az, 36'sı (41.4) 1-3 yıl arası, 11'i (%12.6) 4-6 yıl, 1'i (%1.1) 7-9 yıl, 3'ü ise (%3.4) 10 yıl ve üstü meslekte çalışma süresi olduğunu belirtmiştir.

Ayrıca katılımcıların 60'ı (%69) 1 yıldan az, 18'i (20.7) 1-3 yıl arası, 3'ü (%3.4) 4-6 yıl, 4'ü (%4.6) 7-9 yıl, 2'si ise (%2.3) 10 yıl ve üstü süreyle işitme kayıplı çocuklarla çalıştığını belirtmiştir. Çalışma yeri olarak ise katılımcıların 13'ü (%14.9) üniversiteye bağlı merkezde, 53'ü (%60.9) özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde, 12'si (%13.8) hastanede ve 9'u (%10.3) özel klinikte çalıştığını belirtmiştir. Katılımcılara ilişkin demografik bilgilere Tablo 2.1'de yer verilmiştir.

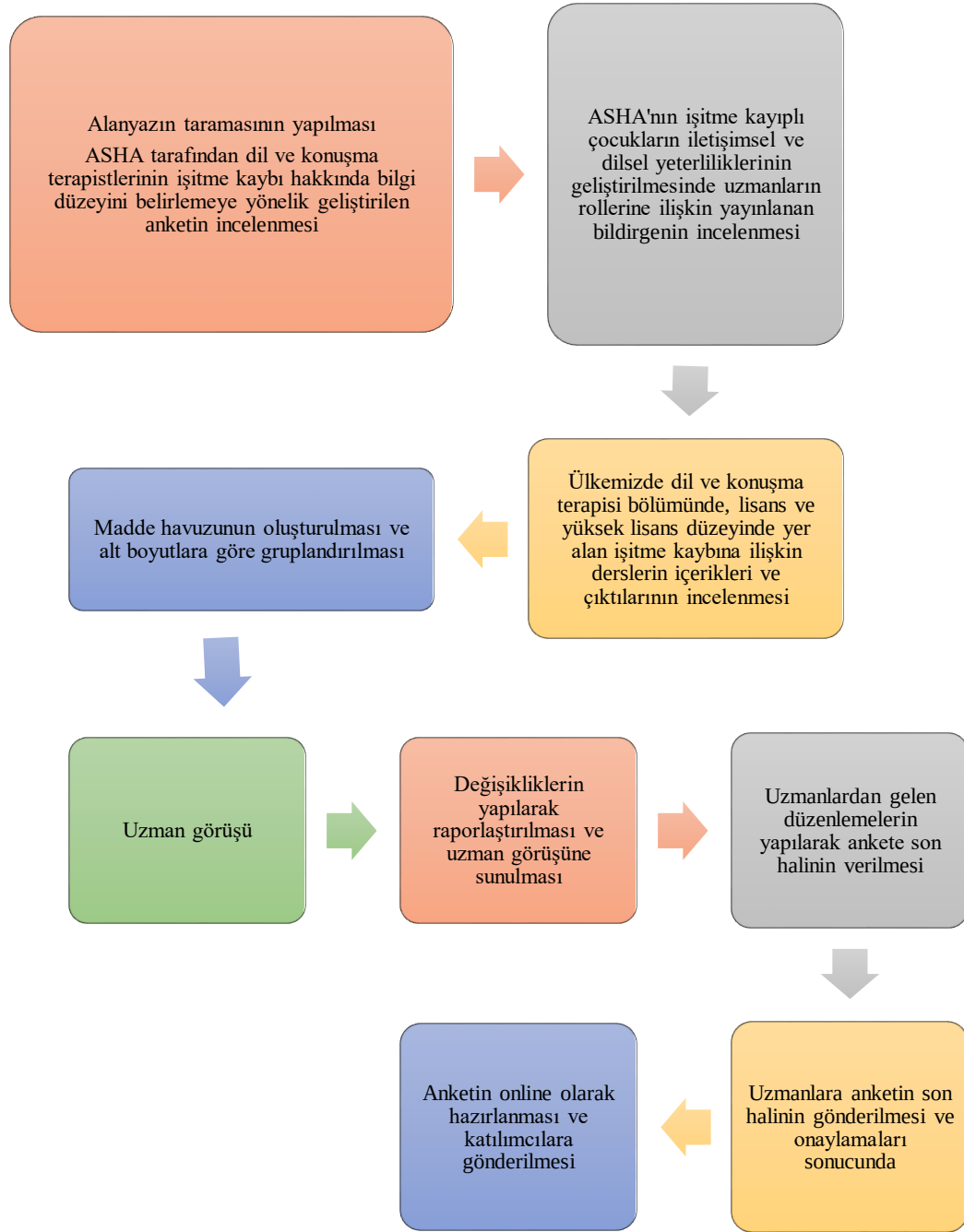
Tablo 2.1. Katılımcıların Demografik Bilgileri (n=87)

Özellikler	Frekans (f)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	73	83,9
Erkek	14	16,1
Eğitim Düzeyi		
Lisans	56	64,4
Yüksek Lisans	29	33,3
Doktora	2	2,3
Meslekte çalışma süresi		
1 yıldan az	36	41,4
1-3 yıl	36	41,4
4-6 yıl	11	12,6
7-9 yıl	1	1,1
10 yıl ve üstü	3	3,4
İşitme kayıplı çocuklarla çalışma süresi		
1 yıldan az	60	69
1-3 yıl	18	20,7
4-6 yıl	3	3,4
7-9 yıl	4	4,6
10 yıl ve üstü	2	2,3
Çalışma yeri		
Üniversiteye bağlı merkez	13	14,9
Rehabilitasyon merkezi	53	60,9
Hastane	12	13,8
Özel klinik	9	10,3

2.3. Veri Toplama Aracı

Bu araştırmada Türkiye'de çalışan dil ve konuşma terapistlerinin özyeterlik düzeylerini değerlendirmek amacıyla "Dil ve Konuşma Terapistleri için İşitme Kaybına ve Terapisine İlişkin Özyeterlik Anketi" (Ek-1) geliştirilmiştir. Anket geliştirme sürecinde ilk olarak Amerikan Dil ve Konuşma Birliği (ASHA) tarafından işitme kayıplı çocukların iletişimsel

ve dilsel yeterliliklerinin geliştirilmesinde dil ve konuşma terapistlerinin, odyologların ve özel eğitim öğretmenlerinin rollerine ilişkin yayınlanan bildirge incelenmiştir. İkinci aşamada ASHA tarafından dil ve konuşma terapistlerinin işitme kaybı hakkında bilgi düzeyini belirlemeye yönelik geliştirilen anket incelenmiştir. Üçüncü aşamada ülkemizde dil ve konuşma terapisi bölümünde lisans ve yüksek lisans düzeyinde yer alan işitme kaybına ilişkin derslerin içerikleri ve çıktıları incelenmiştir. Dördüncü aşamada ise tez danışmanı ve araştırmacı tarafından anketin madde havuzu oluşturulmuştur. Oluşturulan maddeler içeriklerine göre gruplandırılmış ve anketin alt bölümleri oluşturulmuştur. Son aşamada ise madde havuzundan altı alt bölümü en güçlü şekilde temsil ettiğinin düşünüldüğü 28 madde seçilerek anket oluşturulmuştur. Anket bu aşamalardan sonra kapsam geçerliliğinin belirlenebilmesi, anketin maddelerinin ayrı ayrı ve bir bütün olarak değerlendirilebilmesi için uzman görüşüne sunulmuştur. E-posta aracılığıyla 16 uzmana (10 DKT (2'si yüksek lisans 8'i doktora eğitimini sürdürmekte olan), bir odyolog (doktora eğitimini sürdürmekte olan), üç işitme engelliler öğretmeni (doktora derecesine sahip) ve iki özel eğitim uzmanı) gönderilen ankete 13 uzman geri dönüş yapmıştır. Bahsi geçen uzmanlar kendi alanlarında yüksek lisans ve doktora eğitimi almış olup, üniversite bünyesinde ders vermekte ve araştırma merkezlerinde uzman olarak görev yapmaktadır. Uzmanlardan gelen görüşler doğrultusunda tez danışmanı ile birlikte, ankette terimsel bazı değişiklikler yapılmış ve üç madde iki farklı madde olarak değerlendirilmek üzere bölünmüştür. Ankette yapılan değişiklikler bir rapor olarak hazırlanmış ve düzenlenen anket ile birlikte dosyalanarak mail aracılığıyla uzman görüşü alınan ekibe tekrar gönderilmiştir. Uzman ekipten gelen geri bildirimler tez danışmanı ile birlikte değerlendirilerek ankete son hali verilmiş ve uzman ekibe tekrar mail yoluyla gönderilmiştir. Uzman ekip tarafından onaylanan son hali ile anket online olarak araştırmacı tarafından hazırlanmış ve dil ve konuşma terapistlerine gönderilmiştir. Anket geliştirme sürecine Şekil 2.1'de yer verilmiştir.



Şekil 2.1. Anket geliştirme süreci

Anket altı bölümden (işitme sistemi, işitme kaybı, işitmeye yardımcı teknolojiler, işitsel-sözel eğitim, terapi öncesi kontroller ve terapi süreci) 39 kapalı uçlu maddeden, beşli

likert tipi yanıtlardan ve sırasıyla “Çok zayıf (1puan), Zayıf (2puan), Orta (3puan), İyi (4puan) ve Çok iyi (5puan)” derecelerinden oluşmaktadır. Anketin alt bölümlerine ilişkin madde sayısı ve alınabilecek maksimum (max) ve minimum (min) değerlere ilişkin bilgi Tablo 2.2’de yer almaktadır. Anketin ilk bölümünde araştırmanın amacına ve anketin içeriğine ilişkin bilgilendirmede bulunmak amacıyla kısa bir sunuş hazırlanmıştır. Bununla birlikte katılımcıların anketi yanıtlarken güçlük yaşamaması için anketin nasıl doldurulması gerektiğini gösteren bir örnek yönergeye de sunuş bölümünde yer verilmektedir. Sunuş sayfasının ardından katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgi toplamak amacıyla “Kişisel Bilgi” bölümü bulunmaktadır. Dil ve konuşma terapistleri tarafından anketin tamamlanması ortalama 5 dakika sürmektedir.

Tablo 2.2. Anket alt boyutlarında yer alan madde sayıları ile alınabilecek en düşük (Min.) ve en yüksek (Max.) değerler

Anket Alt Boyutları	Madde Sayısı	Min.	Max.
İşitme sistemi	5 madde	25	5
İşitme kaybı	5 madde	25	5
İşitmeye yardımcı teknolojiler	7 madde	35	7
İşitsel-sözel eğitim	5 madde	25	5
Terapi öncesi kontroller	5 madde	25	5
Terapi süreci	8 madde	40	8

2.4. Veri Toplama Süreci

Araştırma Anadolu Üniversitesi Etik Kurulu’nun 28.06.2018 tarihli onayından (Ek-2) hemen sonra veri toplama aracının geliştirilmesi süreci ile birlikte başlamıştır. Anket online olarak hazırlandıktan sonra paylaşılan linkin çalışıp çalışmadığı, anketin yazılı formu ile online hali arasında bir fark olup olmadığı, her maddede birden fazla seçeneğin işaretlenememesi, boş bırakılan tek bir maddede dahi anketin sonlandırılmaması koşulları dil ve konuşma terapisi alanında bir yüksek lisans öğrencisi ve araştırmacı tarafından kontrol edilmiştir. Bu iki kontrol verisi anketin online linki katılımcılarla paylaşılmadan önce excel sayfasından silinmiştir. Yapılan kontrollerin ardından hazırlanan anket online olarak dil ve konuşma terapistlerine web temelli uygulamalar ve sosyal medya aracılığıyla ulaştırılmaya çalışılmıştır. Anketi yanıtlamak gönüllülük esasına dayandığı için ek bir katılımcı onam

formu hazırlanmamıştır. Anketin sunuş bölümünde katılımcılara kişisel ve özel bilgilerinin paylaşılmayacağı sadece anket sonuçlarının raporlaştırılacağı bilgisi verilmiştir.

2.5. Verilerin Analizi

Katılımcılar tarafından yanıtlanan anket verileri online olarak excel sayfasına aktarılmaktadır. Bu veriler Statistical Program for Social Sciences (SPSS 24) kullanılarak istatistiksel olarak analiz edilmiş ve .05 düzeyinde anlamlılık rapor edilmiştir. Araştırmadan elde edilen verilerin normal dağılım şartını sağlayıp sağlamadığı Shapiro Wilk Testi ile incelenmiş ve normal dağılım şartının sağlanmadığı görülmüştür. Dolayısıyla analizler parametrik olmayan yöntemler kullanılarak yapılmıştır. Katılımcıların özyeterlik düzeyleri ortalama, standart sapma ve frekans gibi betimsel istatistik hesaplamaları kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyi, meslekte çalışma süresi, işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresi ve çalışma yerine göre özyeterlik düzeylerinin farklılık gösterip göstermediği ve Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyi, meslekte çalışma süresi, işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresi ve çalışma yerine göre anketin alt boyutlarındaki (işitme sistemi, işitme kaybı, işitmeye yardımcı teknolojiler, işitsel-sözel eğitim, terapi öncesi kontroller ve terapi süreci) özyeterlik düzeylerinin farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Farklılığın olduğu durumlarda hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere ise her bir gruba ayrı ayrı Man-Whitney U testi uygulanmış ve anlamlılık düzeyinde Bonferroni Uyarlaması yapılmıştır (Pallant, 2015).

3. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde her bir araştırma sorusunun analizine yönelik bulgular ayrı başlıklarda incelenmiştir.

3.1. Türkiye’de Çalışan Dil ve Konuşma Terapistlerinin Anket Maddelerine Göre Özyeterlik Düzeyleri

Araştırmaya toplam 87 DKT katılmıştır. Anket maddelerine göre elde edilen betimsel istatistik değerleri (ortalama (Ort.), standart sapma (SS), ve frekans) Tablo 3.1’de gösterilmektedir.

Tablo 3.1. DKT’ler için İşitme Kaybına ve Terapisine İlişkin Özyeterlik Anketi Maddelerinin Betimsel İstatistikleri (n=87)

No	Maddeler	Ortalama (ss)	1	2	3	4	5
			Frekans				
29	İşitme kayıplı bireylerin ifade edici dil becerilerini değerlendirme	4,03(,78)	0	4	13	46	24
30	İşitme kayıplı bireylerin konuşma becerilerini değerlendirme	4,03(,78)	0	3	16	43	25
35	Dil gelişimini izleme	4,02(,76)	0	4	12	49	22
7	İşitme kaybının tipleri	4,02(,68)	0	1	16	50	20
18	İşitme kaybının gelişim alanları (İletişim, bilişsel, sosyal, duygusal ve akademik)	4,02(,77)	0	3	16	44	24
28	İşitme kayıplı bireylerin alıcı dil becerilerini değerlendirme	4,00(,77)	0	4	14	47	22
2	Dış kulağın işitme sürecindeki rolü	3,96(,85)	1	5	12	47	22
1	Sesin özellikleri	3,95(,76)	1	0	21	45	20
3	Orta kulağın işitme sürecindeki rolü	3,95(,81)	1	2	19	43	22
8	İşitme kaybının dereceleri	3,95(,77)	0	2	22	41	22
4	İç kulağın işitme sürecindeki rolü	3,94(,90)	2	3	17	41	24
25	Yönlendirme yapılması gereken kişiler (KBB hekimi, odyolog, işitme cihazı firması vb.)	3,92(,91)	1	5	19	37	25
20	İşitsel-sözel eğitimde yer alan paydaşlar (Odyolog, özel eğitim öğretmeni, okulöncesi/sınıf öğretmeni)	3,90(,88)	1	5	17	42	22

1: Çok Zayıf, 2: Zayıf, 3: Orta, 4: İyi, 5: Çok İyi

Tablo 3.1. DKT'ler için İşitme Kaybına ve Terapisine İlişkin Özyeterlik Anketi Maddelerinin Betimsel İstatistikleri (n=87) (devamı)

No	Maddeler	Ortalama (ss)	1	2	3	4	5
			Frekans				
34	Uygulanan terapiyi değerlendirme	3,81(,90)	1	6	21	39	20
9	İşitme sisteminin öğeleri (dış, orta, iç kulak ve santral işitme sistemi) ve işitme kaybının tipleri arasındaki ilişki	3,79(,83)	1	4	23	43	16
6	İşitme kaybıyla ilişkili risk faktörleri	3,77(,77)	0	5	23	46	13
31	Terapi sürecine aile katılımını sağlama (veya aile eğitimi verme)	3,77(,87)	0	7	24	38	18
21	İşitme kaybının aile sistemi üzerindeki etkisi	3,75(,96)	2	6	23	36	20
32	İşitme kayıplı bireye uygun terapi planı geliştirme (hedefi uygun materyal, olası çıktıları belirleme vb.)	3,73(,93)	1	7	25	35	19
10	İşitme sisteminin öğeleri (dış, orta, iç kulak ve santral işitme sistemi) ve işitme kaybının dereceleri arasındaki ilişki	3,69(,91)	2	5	27	37	16
33	İşitme kayıplı bireye uygun terapi planı uygulama	3,67(,92)	1	8	25	37	16
5	Santral işitme sisteminin işitme sürecindeki rolü	3,66(1,04)	3	10	18	38	18
27	Terapi sürecinde ortam akustiğini olumsuz etkileyecek durumlar (mesafe, arka plan gürültüsü, yankılanma vb.)	3,62(1,02)	3	8	26	32	18
24	Yönlendirme gereken durumlar (İşitmeye yardımcı teknolojinin tamiri, otitis-media vb.)	3,59(1,02)	3	9	25	33	17
22	Aile eğitimi	3,52(,99)	2	10	31	28	16
19	İşitsel-sözel eğitimin içeriği	3,48(,88)	0	11	35	29	12
13	İşitme cihazı tipleri	3,40(,94)	3	9	35	30	10
15	Koklear implant	3,39(,95)	2	12	34	28	11
11	İşitmeye yardımcı teknolojiler ve işitme kaybı tipleri arasındaki ilişki	3,36(,82)	0	11	41	27	8
12	İşitmeye yardımcı teknolojiler ve işitme kaybı dereceleri arasındaki ilişki	3,33(,83)	0	12	42	25	8
23	Odyogram yorumlayabilme/okuyabilme	3,33(1,05)	6	11	27	34	9
26	Terapi öncesinde işitmeye yardımcı teknolojinin kontrolü	2,87(1,09)	9	26	24	23	5
17	FM sistem gibi işitmeye yardımcı teknolojiler	2,86(1,05)	7	29	25	21	5
14	Orta kulak implantı	2,59(,86)	7	34	35	9	2
16	Beyin sapı implantı	2,55(,94)	8	39	28	8	4

1: Çok Zayıf, 2: Zayıf, 3: Orta, 4: İyi, 5: Çok İyi

Tablo 3.1'e göre katılımcıların işitme kayıplı bireylerin ifade edici dil becerilerini ve işitme kayıplı bireylerin konuşma becerilerini değerlendirme (Ort=4,03, S=,78) anket maddelerinde en yüksek özyeterlik düzeyine, beyin sapı implantı maddesinde ise (Ort=2,55, S=,94) en düşük özyeterlik düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Bu betimsel değerler ışığında katılımcıların dil ve konuşma becerilerini değerlendirmede yüksek düzeyde özyeterliğe ancak beyin sapı implantına ilişkin düşük düzeyde özyeterliğe sahip oldukları söylenebilir.

3.2. Türkiye'de Çalışan Dil ve Konuşma Terapistlerinin İşitme Kaybına ve Terapisine İlişkin Anketin Alt Boyutlarına Göre Özyeterlik Düzeyleri

Anketin alt boyutlarına ait toplam, en düşük (min.), en yüksek (max.), ortalama (ort.), standart sapma (ss) puanları Tablo 3.2'de gösterilmektedir.

Tablo 3.2. DKT'lerin anketin alt boyutlarına ilişkin betimsel bulguları

Alt Boyutlar	min.	max.	ort.	ss
İşitme sistemi	5	25	19,48	3,762
İşitme kaybı	9	25	19,22	3,476
İşitmeye yardımcı teknolojiler	9	35	21,50	5,055
İşitsel-sözel eğitim	8	25	18,70	3,818
Terapi öncesi kontroller	8	25	17,34	3,976
Terapi süreci	16	40	31,09	6,05
Toplam	69	175	127,35	20,815

Tablo 3.2'ye göre katılımcıların en yüksek özyeterlik düzeyinin terapi süreci alt boyutunda (Ort=31,09), en düşük özyeterlik düzeyinin ise terapi öncesi kontroller alt boyutunda (Ort=17,34) olduğu görülmüştür. Bu betimsel değerler katılımcıların terapi sürecine ilişkin daha yüksek düzeyde özyeterliğe sahip olduklarını göstermektedir.

3.3. Türkiye'de Çalışan DKT'lerin Eğitim Düzeyine, Çalışma Yerine, İşitme Kayıplı Çocuklarla Çalışma Süresine ve Meslekte Çalışma Süresine Göre Özyeterlik Düzeyleri

Araştırmanın ikinci sorusunu yanıtlamak üzere dil ve konuşma terapistlerinin eğitim düzeyine, meslekte çalışma süresine, işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresine ve çalışma

yerine göre özyeterlik düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Bu farklılık Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < ,05$ olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3.3. Dil ve konuşma terapistlerinin eğitim düzeyine göre özyeterlik düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular

Eğitim Düzeyi	N	Sıra ort.	sd	p	x ²
Lisans	56	44,45	2	,881	,254
Yüksek Lisans	29	42,66			
Doktora	2	51,00			
Toplam	87				

Tablo 3.3’de katılımcıların işitme kaybına ve terapisine ilişkin özyeterlik düzeylerinin eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı görülmektedir ($x^2 = ,254$, $p > ,05$). Bu bulgu katılımcıların özyeterlik düzeyinin lisans, yüksek lisans ya da doktora mezunu olmasıyla ilişkili olmadığını göstermektedir.

Tablo 3.4. Dil ve konuşma terapistlerinin çalışma yerine göre özyeterlik düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular

Çalışma Yeri	N	Sıra ort.	sd	p	x ²
Üniversiteye bağlı merkez	13	34,46	3	,250	4,105
Rehabilitasyon merkezi	53	43,12			
Hastane	12	52,67			
Özel klinik	9	51,39			
Toplam	87				

Tablo 3.4’de katılımcıların işitme kaybına ve terapisine ilişkin özyeterlik düzeylerinin çalışma yerine göre farklılaşmadığı görülmektedir ($x^2 = 4,105$, $p > ,05$). Bu bulgu katılımcıların özyeterlik düzeyinin üniversiteye bağlı merkezde, rehabilitasyon merkezinde, hastanede ve özel klinikte çalışmasıyla ilişkili olmadığını göstermektedir.

Tablo 3.5. Dil ve konuşma terapistlerinin işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresine göre özyeterlik düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular

İşitme Kayıplı Çocuklarla Çalışma Süresi	N	Sıra ort.	sd	p	x²
1 yıldan az	60	39,26	4	,057	9,184
1-3 yıl	18	52,44			
4-6 yıl	3	48,17			
7-9 yıl	4	56,00			
10 yıl ve üstü	2	80,00			
Toplam	87				

Tablo 3.5’de katılımcıların işitme kaybına ve terapisine ilişkin özyeterlik düzeylerinin işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresine göre farklılaşmadığı görülmektedir ($x^2=9,184$, $p>,05$). Bu bulgu katılımcıların özyeterlik düzeyinin işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresiyle ilişkili olmadığını göstermektedir.

Tablo 3.6. Dil ve konuşma terapistlerinin meslekte çalışma süresine göre özyeterlik düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular

Meslekte Çalışma Süresi	N	Sıra ort.	sd	p	x²
1 yıldan az	36	48,81	4	,103	7,696
1-3 yıl	36	40,47			
4-6 yıl	11	32,00			
7-9 yıl	1	77,50			
10 yıl ve üstü	3	61,50			
Toplam	87				

Tablo 3.6’da katılımcıların işitme kaybına ve terapisine ilişkin özyeterlik düzeylerinin meslekte çalışma süresine göre farklılaşmadığı görülmektedir ($x^2=7,696$, $p>,05$). Bu bulgu katılımcıların özyeterlik düzeyinin meslekte çalışma süresiyle ilişkili olmadığını göstermektedir.

3.4. Türkiye’de Çalışan DKT’lerin Eğitim Düzeyi, Meslekte Çalışma Süresi, İşitme Kayıplı Çocuklarla Çalışma Süresi ve Çalışma Yeri Bağlamında Anketin Alt Boyutlarına Göre Özyeterlik Düzeyleri

Araştırmanın üçüncü sorusunu yanıtlamak üzere dil ve konuşma terapistlerinin işitme kaybına ve terapisine ilişkin özyeterlik düzeylerinin eğitim düzeyi, meslekte çalışma süresi,

çalışma süresi ve çalışma yeri bağlamında işitme sistemi, işitme kaybı, işitmeye yardımcı teknolojiler, işitsel-sözel eğitim, terapi öncesi kontroller ve terapi süreci alt boyutlarına farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir.

Bu doğrultuda yalnızca üç alt grupta özyeterlik düzeyleri anlamlı farklılık göstermiştir. Bulunan anlamlı farkların hangi gruptan kaynaklandığını görmek üzere her bir gruba ayrı ayrı Man Whitney U testi uygulanmış ve anlamlılık düzeyi için Bonferroni uyarlaması yapılmıştır. Bunu için işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresini belirten beş grup üzerinden .05 beşe bölünerek p değeri .01 olarak hesaplanmıştır. İlk olarak Tablo 3.7’de görüldüğü gibi terapi süreci alt boyutuna ilişkin özyeterlik düzeyi işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresine göre farklılık göstermiştir ($\chi^2=15,822$, $p<,05$).

Tablo 3.7. DKT’lerin işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresine göre terapi süreci alt boyutunda özyeterlik düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular

İşitme kayıplı çocuklarla çalışma süresi	N	Sıra ort.	sd	p	χ^2
1 yıldan az	60	37,54	4	,003	15,822
1-3 yıl	18	56,00			
4-6 yıl	3	46,17			
7-9 yıl	4	66,50			
10 yıl ve üstü	2	81,50			
Toplam	87				

Tablo 3.7’ye göre işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresi ile terapi sürecine ilişkin özyeterlik düzeyi arasında bulunan bu anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını incelemek üzere her bir gruba ayrı ayrı Man Whitney U testi uygulanmış ve anlamlılık düzeyi daha önce belirtildiği gibi Bonferroni düzeltmesiyle ,01 üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 3.8. DKT’lerin işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresiyle terapi sürecine ilişkin özyeterlik düzeyleri arasındaki farkın anlamlılığı

İşitme kayıplı çocuklarla çalışma süresi	N	Sıra ort.	Sıra Top.	U	p	z
1 yıldan az	60	35,61	2136,50	306.500	,005	-2,787
1-3 yıl	18	52,47	944,50			
Toplam	78					

İşitme kayıplı çocuklarla çalışma süresinin tüm alt grupları ile terapi sürecine ilişkin alt boyutlar ikili değerlendirmeleri sonucunda 1 yıldan az ve 1-3 yıl arası belirtilen alt grupların farkın kaynağını oluşturduğu görülmüştür. Bu farkın anlamlılığını test etmek üzere gerçekleştirilen Man Whitney U testinin sonuçları Tablo 3.8’de verilmiştir. Buna göre katılımcıların işitme kayıplı çocuklarla 1 yıldan az çalışması ile 1-3 yıl çalışması arasında anlamlı fark bulunmuştur ($U=306,500$, $p<,01$). Ortalamalar incelendiğinde 1-3 yıl çalışma süresi olan grubun terapi süreci alt boyutuna ilişkin özyeterlik düzeyi, 1 yıldan az çalışma süresi olan gruptan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bir başka deyişle terapi sürecine ilişkin, işitme kayıplı çocuklarla 1-3 yıl aralığında çalışma deneyimi olan grup, 1 yıldan az çalışma deneyimi olan gruptan daha yüksek özyeterlik düzeyine sahiptir.

Tablo 3.9. DKT’lerin meslekte çalışma süresine göre işitmeye yardımcı teknolojiler alt boyutunda özyeterlik düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular

Meslekte çalışma süresi	N	Sıra ort.	sd	p	χ^2
1 yıldan az	36	53,38	4	,008	13,906
1-3 yıl	36	38,71			
4-6 yıl	11	26,45			
7-9 yıl	1	79,00			
10 yıl ve üstü	3	47,61			
Toplam	87				

Tablo 3.9’a göre meslekte çalışma süresi ile işitmeye yardımcı teknolojiler alt boyutuna ilişkin özyeterlik düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($\chi^2=13.906$, $p<.05$). Bulunan bu anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını incelemek üzere her bir gruba ayrı ayrı Man Whitney U testi uygulanmış ve anlamlılık düzeyi daha önce belirtildiği gibi Bonferroni düzeltmesiyle .01 üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 3.10. DKT’lerin meslekte çalışma süresiyle işitmeye yardımcı teknolojilere ilişkin özyeterlik düzeyleri arasındaki farkın anlamlılığı

Meslekte çalışma süresi	N	Sıra ort.	Sıra Top.	U	p	z
1 yıldan az	36	43,11	1552,00	410,000	,007	-2,689
1-3 yıl	36	29,89	1076,00			
Toplam	72					

Tablo 3.11. DKT'lerin meslekte çalışma süresiyle işitmeye yardımcı teknolojilere ilişkin özyeterlik düzeyleri arasındaki farkın anlamlılığı

Meslekte çalışma süresi	N	Sıra ort.	Sıra Top.	U	p	z
1 yıldan az	36	27,10	975.50	86,500	,005	-2,811
4-6 yıl	11	13,86	152.50			
Toplam	47					

Meslekte çalışma süresinin tüm alt grupları ile işitmeye yardımcı teknolojilere ilişkin alt boyutlar ikili değerlendirmeleri sonucunda 1 yıldan az, 1-3 yıl arası ve 4-6 yıl çalışma süresi olanların farkın kaynağını oluşturduğu görülmüştür. Bu farkın anlamlılığını test etmek üzere gerçekleştirilen Man Whitney U testinin sonuçları Tablo 3.10 ve Tablo 3.11’de verilmiştir. Buna göre meslekte çalışma süresi 1 yıldan az olanlar ile 1-3 yıl ve 1 yıldan az olanlar ile 4-6 yıl çalışma süresi olanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($U=86.500$, $p<,01$). Ortalamalar incelendiğinde meslekte çalışma süresi 1 yıldan az olanların işitmeye yardımcı teknolojiler alt boyutuna ilişkin özyeterlik düzeyi meslekte çalışma süresi 1-3 yıl ve 4-6 yıl olan gruplardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Başka bir deyişle işitmeye yardımcı teknolojilere ilişkin, meslekte çalışma süresi 1 yıldan az çalışma deneyimi olan grup, 1-3 yıl ve 4-6 yıl çalışma deneyimi olan gruptan daha yüksek özyeterlik düzeyine sahiptir.

Tablo 3.12. DKT'lerin işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresine göre terapi öncesi kontroller alt boyutunda özyeterlik düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular

İşitme kayıplı çocuklarla çalışma süresi	N	Sıra ort.	sd	p	x ²
1 yıldan az	60	39,38	4	,036	10,248
1-3 yıl	18	54,03			
4-6 yıl	3	47,00			
7-9 yıl	4	45,50			
10 yıl ve üstü	2	85,00			
Toplam	87				

Tablo 3.12’de görüldüğü gibi terapi öncesi kontroller alt boyutuna ilişkin özyeterlik düzeyi işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresine göre farklılık göstermiştir ($x^2=10,248$, $p<,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını görmek üzere her bir gruba ayrı ayrı Man Whitney U testi uygulanmış ancak ilgili alt boyutun hiçbir grup ikilisi arasında fark anlamlı

bulunmamış ($p<,01$), terapi öncesi kontroller alt boyutuna ilişkin özyeterlik düzeyi ile işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresi arasındaki fark anlamlı olmaktan çıkmıştır. Bir başka ifadeyle katılımcıların terapi öncesi kontrollere ilişkin özyeterlik düzeyi ve işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresi arasında bir ilişki olmadığı belirtilebilir.

Bunlara ek olarak terapi süreci alt boyutuna ilişkin özyeterlik düzeyi ile meslekte çalışma süresi ve eğitim düzeyi bağlamında gruba göre farklılık görülmemiştir. Benzer şekilde terapi öncesi kontroller alt boyutuna ilişkin özyeterlik düzeyi ile işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresi ve eğitim düzeyi bağlamında gruba göre farklılık görülmemiştir. İşitsel-sözel eğitim alt boyutuna ilişkin özyeterlik düzeyi ile eğitim düzeyi, işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresi ve meslekte çalışma süresine göre gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. İşitmeye yardımcı teknolojiler alt boyutuna ilişkin özyeterlik düzeyi ile eğitim düzeyi ve işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresi değişkenleri gruba göre farklılık göstermemiştir. İşitme kaybı alt boyutuna ilişkin özyeterlik düzeyi ile eğitim düzeyi, işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresi ve meslekte çalışma süresi bağlamında gruba göre farklılık görülmemiştir. Son olarak yine benzer şekilde işitme sistemi alt boyutuna ilişkin özyeterlik düzeyi ile eğitim düzeyi, işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresi ve meslekte çalışma süresine göre gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

4. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de dil ve konuşma terapistliği yeni gelişmekte olan bir meslek grubu olması nedeniyle mesleki değerlendirmelerin yapıldığı çalışmalar sınırlılık göstermektedir. Bu araştırmada DKT’lerin işitme kaybı ve terapisine ilişkin özyeterlik düzeyleri incelenmiştir. Veri toplamak için 35 madde ve Likert tip yanıtlardan oluşan Dil ve Konuşma Terapistleri için İşitme Kaybına ve Terapisine İlişkin Özyeterlik anketi geliştirilmiştir. Ankette işitme sistemi, işitme kaybı, işitmeye yardımcı teknolojiler, işitsel-sözel eğitim, terapi öncesi kontroller ve terapi sürecine ilişkin maddelerin yer aldığı alt boyutlar bulunmaktadır. Araştırma 87 DKT’den toplanan veriler ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın birinci sorusuna yanıt olarak DKT’lerin dil ve konuşma becerilerini değerlendirmede yüksek düzeyde özyeterliğe sahip oldukları ancak beyin sapı implantına ilişkin düşük düzeyde özyeterliğe sahip oldukları bulgusu elde edilmiştir. Bu bulgu doğrultusunda DKT’lerin “dil ve konuşma becerilerini değerlendirme” gibi genel mesleki bilgiyi gerektiren alanlarda kendilerini daha yetkin buldukları, ancak daha spesifik bilgi gerektiren “beyin sapı implantı” gibi konularda yetkin bulmadıkları söylenebilir. ASHA’nın (2005) klinik yeterlilik standartlarında vurgulandığı üzere, DKT’ler yardımcı teknolojileri içeren iletişim yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Dolayısıyla dil ve konuşma terapisi mesleği, geniş uzmanlık alanlarını içermesine rağmen, işitme kayıplı çocuklara terapi yapabilmek için DKT’lerin gerekli özel bilgi ve becerileri de kazanması beklenmektedir. Bu doğrultuda Compton, Tucker ve Flynn (2009) tarafından gerçekleştirilen araştırmada DKT’lerin, Kİ teknolojisi ve rehabilitasyonunda ortaya çıkan yeniliklerle ilgili bilgilerini güncellemek amacıyla sürekli eğitime katılma gereksinimleri vurgulanmıştır. Dolayısıyla DKT’lerin işitme kaybının müdahalesine ilişkin daha spesifik bilgilere gereksinim duydukları düşünülmektedir.

Araştırmanın ikinci sorusuna yanıt olarak ise en yüksek özyeterlik düzeyinin “terapi süreci” alt boyutunda, en düşük özyeterlik düzeyinin ise “terapi öncesi kontroller” alt boyutunda olduğu görülmüştür. Ortalamalar katılımcıların terapi sürecine ilişkin daha yüksek düzeyde özyeterliğe sahip olduklarını göstermektedir. Elde edilen bu bulgunun aksine Moseley ve ark., (1994) tarafından yapılan araştırmada DKT’ler, odyologlar ve eğitimcilere uyguladıkları anketin “klinik süreçler” alt boyutunda, en düşük bilgiye sahip olduğunu ifade eden grup dil ve konuşma terapistleri olmuştur. Bununla birlikte bir başka araştırmada,

Türkiye’de çalışan DKT’ler OSB olan bireylere yönelik uygun müdahale hedefleri belirleme ve bu hedefler doğrultusunda OSB olan bireye eğitim sunma konularında kendilerini yeterli hissetmediklerini ve klinik/eğitim deneyimlerini yeterli görmediklerini ifade etmişlerdir (Savaş ve Toğram, 2013). DKT’ler, mesleki eğitimleri süresince iletişim bozukluğu olan farklı birçok gruba yönelik, dil ve konuşma becerilerini değerlendirme, terapi planı hazırlama, uygulama, izleme ve aile eğitimi konusunda farklı dersler almakta ve klinik uygulama ile bu dersleri pratiğe aktarma şansı bulmaktadırlar. Dolayısıyla DKT’lerin terapi sürecine ilişkin eğitim yaşantılarının, dersi veren hocaların uzmanlık alanları, o bozukluğa ilişkin mevcut ders sayısı gibi değişkenler nedeniyle farklı bozukluk gruplarına odaklanmış olabileceği ve bu durumun özyeterlik düzeyine, bilgi, düşünce ve tutumlara etki etmiş olabileceği düşünülmektedir. Daha önce de belirtildiği üzere en düşük özyeterlik düzeyinin “terapi öncesi kontroller” alt boyutunda olduğu görülmüştür. Terapi öncesi kontroller, DKT’lerin işitmeye yardımcı teknolojileri kontrolü, yönlendirme yapılması gereken kişiler ve durumlar, odyogram yorumlayabilme ve ortam düzenlemeleri gibi boyutlardan oluşmaktadır. Bu bulgulara paralel bir şekilde Moseley ve ark. (1994) gerçekleştirdikleri araştırmada DKT’lerin işitme kaybına ilişkin bazı alanlarda meslek öncesinde aldıkları eğitimi diğer meslek gruplarına göre daha az yeterli bulmuşlardır. Bu alanlar odyoloji ve işitme kaybı ile ilişkili klinik süreçler olarak belirtilmiştir. Bu durumun nedeni olarak lisans ve lisansüstü DKT programlarında yer alan ders içeriklerinin terapi sürecine daha fazla odaklandığı terapi öncesi kontrollere ilişkin teorik ve klinik eğitimin göz ardı edildiği düşünülmektedir.

Araştırmanın üçüncü sorusuna yanıt olarak dil ve konuşma terapistlerinin, işitme kaybına ve terapisine ilişkin özyeterlik düzeylerinin; eğitim düzeyine, çalışma yerine, işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresine ve meslekte çalışma süresine göre farklılaşmadığı bulgusu elde edilmiştir. Bu bulgunun, ülkemizde dil ve konuşma terapisinin henüz gelişmekte olan bir alan olmasıyla birlikte mezun ve deneyimli DKT sayısının sınırlı olması ve hâlihazırdaki mesleki deneyim süresinin kısa olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde Noguchi (2017) tarafından gerçekleştirilen araştırmada da klinik özyeterlik düzeyinin yüksek olmasında deneyim yılının önemli bir yordayıcı olduğu ifade edilmiştir. Bu nedenle dil ve konuşma terapisti bölümünün üniversitelerde yaygınlaşması, meslek uzmanı sayısının ve mesleki deneyim süresinin artmasıyla birlikte

mesleki değerlendirmelerin yapıldığı araştırma bulgularının değişkenlik gösterebileceği düşünölmektedir.

Araştırmanın son sorusunu yanıtlamak üzere dil ve konuşma terapistlerinin işitme kaybına ve terapisine ilişkin özyeterlik düzeylerinin eğitim düzeyi, meslekte çalışma süresi, çalışma süresi ve çalışma yeri bağlamında işitme sistemi, işitme kaybı, işitmeye yardımcı teknolojiler, işitsel-sözel eğitim, terapi öncesi kontroller ve terapi süreci alt boyutlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre işitme kayıplı çocuklarla çalışma süresi ile terapi sürecine ilişkin özyeterlik düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğu görölmüştür. Terapi sürecine ilişkin, işitme kayıplı çocuklarla 1-3 yıl aralığında çalışma deneyimi olan grup, 1 yıldan az çalışma deneyimi olan gruptan daha yüksek özyeterlik düzeyine sahiptir. Elde edilen bu bulguyla benzer şekilde, edinilen vaka tecrübesine ilişkin sürenin, klinik özyeterlik, tutum, düşünce ve algıları etkilediğı saptanmıştır (Moseley ve ark., 1994; Savaş ve Toğram, 2013; Bellice, 2016; Noguchi, 2017). Bir diğer anlamlı farklılık, meslekte çalışma süresi ile işitmeye yardımcı teknolojiler alt boyutu arasında ortaya çıkmıştır. İşitmeye yardımcı teknolojilere ilişkin, meslekte çalışma süresi 1 yıldan az çalışma deneyimi olan grup, 1-3 yıl ve 4-6 yıl çalışma deneyimi olan gruptan daha yüksek özyeterlik düzeyine sahiptir. Bu bulguya göre 1 yıldan az çalışma deneyimi olan DKT'lerin, mesleki eğitimlerini henüz tamamlamış olmaları nedeniyle işitmeye yardımcı teknolojiler hakkında teorik bilgilerinin daha güncel olduğu düşünölmektedir.

4.1. Sonuç

Araştırmada Türkiye'de çalışan dil ve konuşma terapistlerinin işitme kaybına ve terapisine ilişkin özyeterlik düzeyleri incelenmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, DKT'lerin ankete ilişkin maddelerde, dil ve konuşma becerilerini değerlendirmede yüksek düzeyde özyeterliğe ancak beyin sapı implantına ilişkin düşük düzeyde özyeterliğe sahip oldukları görölmektedir. Anketin alt boyutlarında ise en yüksek özyeterlik düzeyinin terapi süreci alt boyutunda, en düşük özyeterlik düzeyinin ise terapi öncesi kontroller alt boyutunda olduğu görölmüştür.

Anketin terapi süreci alt boyutunda 1-3 yıl aralığında işitme kayıplı çocuklarla çalışma deneyimi olan grup, 1 yıldan az çalışma deneyimi olan gruptan daha yüksek özyeterlik

düzeyine sahiptir. Mesleki deneyim, terapi süreci alt boyutunda etkili olmuştur. Bu bulgunun aksine işitmeye yardımcı teknolojiler alt boyutunda meslekte çalışma süresi 1 yıldan az olanların özyeterlik düzeyi, meslekte çalışma süresi 1-3 yıl ve 4-6 yıl olan gruplardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Sonuç olarak DKT'lerin işitme kaybına ve terapisine ilişkin özyeterlik düzeyleri anketin maddelerine, alt boyutlarına, işitme kayıplı çocuklarla ve meslekte çalışma süresine göre değişkenlik göstermektedir.

4.2. Sınırlılıklar

Bu araştırmanın bazı sınır ve sınırlılıkları bulunmaktadır. Bunlar;

1. Araştırma 87 DKT ile sınırlıdır.
2. Alanyazında işitme kaybına ilişkin özyeterlik çalışmalarının sınırlı olması elde edilen bulguların karşılaştırmasını sınırlandırmıştır.
3. Araştırmada kullanılan veri toplama aracının geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılmamış olması bir sınırlılık olarak düşünülebilir.

4.3. Öneriler

1. Gelecek araştırmalar daha geniş katılımcı grubuyla gerçekleştirilebilir.
2. İşitme kaybına ilişkin DKT'lerin, odyologların ve özel eğitim öğretmenlerinin özyeterlik düzeylerinin karşılaştırıldığı araştırmalar planlanabilir.
3. Nitel ve karma araştırma yöntemleriyle daha detaylı bilgi almayı hedefleyen araştırmalar desenlenebilir.
4. Gelecek araştırmalar DKT sayısının ve mesleki deneyimin artışıyla birlikte işitme kaybına ilişkin özyeterlik düzeylerinde gerçekleşen değişimi inceleyebilir.

KAYNAKÇA

- Aziz, A. (2011) *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri ve teknikleri* (6. baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Bellice, M. (2016). *Türkiye’de çalışan dil ve konuşma terapistlerinin hızlı-bozuk konuşma ve terapisine yönelik algıların değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84 (2), 191-215.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy Beliefs of Adolescents*, 5 (1), 307-337.
- Bandura, A. (2010). Self-efficacy. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, 1-3.
- Bess F. H., and Humes L. E. (2003). *Audiology: The Fundamentals*. (3rd edition). Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Büyükköse, D. (2019). *Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde dil ve konuşma terapisi hizmetinin sunulma süreci: Bir eylem araştırması*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Cangöke-Yaşar, Ö., and Topbaş, S. (2018). Profiling morpho-syntactical development of cochlear implanted children with TR-LARSP. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 32 (3), 181-192.
- Cangöke-Yaşar, Ö. (2019). İşitme yetersizliği olan bireylerde dil özellikleri. F. Acarlar ve Ö. Diken (Editörler), *Yetersizliği olan bireylerin dil ve iletişim becerilerinin desteklenmesi içinde* (s.131-152). Ankara: Pegem Akademi.
- Cankuvvet, N. (2015). *Çocuğu koklear implant adayı ebeveynlerin gereksinimlerine dayalı bilgilendirme programı geliştirilmesi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Chin, S. B., and Pisoni, D. B. (2000). A phonological system at 2 years after cochlear implantation. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 14 (1), 53-73.
- Chute, P., and Nevins, M. E. (2006). *School professionals working with children with cochlear implants*. New York: Plural Publishing.

- Cleary, M. (2009). Language disorders in children with hearing impairment. R. Schwartz (Ed.), In *Handbook of child language disorders* (pp. 90–115). Hove: Psychology Press.
- Cole, E. B., and Flexer, C. (2007). *Children with Hearing Loss, Developing Listening and Talking: Birth to Six*. San Diego, CA: Plural.
- Compton, M. V., Tucker, D. A., and Flynn, P. F. (2009). Preparation and perceptions of speech-language pathologists working with children with cochlear implants. *Communication Disorders Quarterly*, 30 (3), 142-154.
- Cooper, E. B., and Cooper, C. S. (1996). Clinician attitudes towards stuttering: Two decades of change. *Journal of Fluency Disorders*, 21 (2), 119-135.
- Creswell, J. W. (2008). *Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research* (3. Baskı). Pearson Prentice Hall.
- Crichton-Smith, I., Wright, J., and Stackhouse, J. (2003). Attitudes of speech and language therapists towards stammering: 1985 and 2000. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 38 (3), 213-234.
- Çeliker, Z. P., ve Ege, P. (2005). İşitme engellilerin konuşmalarının anlaşılabilirliğine etki eden faktörler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 6 (1), 19-32.
- Çevik, D. (2017). Gelişimsel dil bozuklukları. Ö. Diken (Ed.), *İletişim ve alternatif iletişim sistemleri içinde* (s.65-83). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Dettman, S.J., Fikret, H., Dowell, R.C., Charlton, M., Williams, S.S., Tomov, A.M., and Barker E.J. (2004). Speech perception results or children using cochlear implants who have additional special needs. *Volta Review*, 104(2): 361–392.
- Dettman, S. J., Pinder, D., Briggs, R. J., Dowell, R. C., and Leigh, J. R. (2007). Communication development in children who receive the cochlear implant younger than 12 months: risks versus benefits. *Ear and Hearing*, 28 (2), 11S-18S.
- Dil ve Konuşma Terapitleri Derneği (2019). <https://www.dktd.org/tr/members/lists.html> (Erişim Tarihi 05.03.2019).
- Driver, L., Ayyangar, R., and Van Tubbergen, M. (2015). Language Development in Disorders of Communication and Oral Motor Function. *Pediatric Rehabilitation Principles and Practice*, 53-78.

- Duru, H., Akgün, E. G., ve Maviş, İ. Dil ve Konuşma Terapisi Mesleğine Yönelik Farkındalığın Belirlenmesi. *Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 1 (3), 257-280.
- Ekinci, D. (2007). Türkçe konuşan işitme engelli çocukların ad durum eklerini kullanma becerilerinin incelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Eriks-Brophy, A. (2004). Outcomes of auditory-verbal therapy: A review of the evidence and a call for action. *The Volta Review*, 104 (1), 21–35.
- Eriks-Brophy, A., Durieux-Smith, A., Olds, J., and Fitzpatrick, E. (2006). Facilitators and barriers to the inclusion of orally educated children and youth with hearing loss in schools: Promoting partnerships to support inclusion. *The Volta Review*, 106 (1), 53.
- Gage, M., Noh, S., Polatajko, H. J., and Kaspar, V. (1994). Measuring perceived self-efficacy in occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 48 (9), 783-790.
- Gay, L. R., Mills, G. E., and Airasian, P. W. (2012). *Educational Research: Competencies for Analysis and Applications*. Pearson Education, Inc.
- Goldberg, D. M., and Flexer, C. (2001). Auditory-verbal graduates: Outcome survey of clinical efficacy. *Journal of the American Academy of Audiology*, 12 (8), 406-414.
- Gündüz, S. (2011). “4-6 yaş grubu erken ve geç implantlı çocukların dil gelişimlerinin 4-6 yaş grubu normal işitmeye sahip çocukların dil gelişimleri ile karşılaştırılması” (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Güven, A. G. (2013). Santral İşitsel İşleme. O. Çelik (Ed.). *Otoloji ve Nöro-Otoloji* içinde. İstanbul: Elit Ofset.
- Hopstetter, D. L. (2011). Self-efficacy beliefs of speech-language therapists regarding their skills in collaboration to work with regular education classroom teachers. Doctor Dissertation. Indiana: Indiana University of Pennsylvania.
- Houston, D. M., Stewart, J., Moberly, A., Hollich, G., and Miyamoto, R. T. (2012). Word learning in deaf children with cochlear implants: Effects of early auditory experience. *Developmental Science*, 15 (3), 448-461.

- Huttunen, K., and Valimaa, T. (2012). Perceptions of parents and speech and language therapists on the effects of paediatric cochlear implantation and habilitation and education following it. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47 (2), 184-196.
- Jerger, S., Damian, M. F., Tye-Murray, N., Dougherty, M., Mehta, J., and Spence, M. (2006). Effects of childhood hearing loss on organization of semantic memory: typicality and relatedness. *Ear and Hearing*, 27 (6), 686-702.
- Konrot, A., (2001). Okulöncesi dönemde dil ve konuşma sorunları. S.S. Topbaş (Ed.), *Çocukta Dil ve Kavram Gelişimi* içinde (s. 211-222). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Konrot, A. (2003). İletişim Yetersizliği Olan Çocuklar. Ayřegül Ataman (Ed.), *Özel gereksinimli çocuklar ve özel eğitime giriş* içinde (s. 263-289). Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık.
- Kuder, S. J., (2003). *Teaching Students with Language and Communication Disabilities*. Boston: Pearson.
- Kuzu, A. (2011) Veri toplama yöntem ve araçları. *Bilimsel araştırma yöntemleri* (Ed: Eriřti, S. D. ve Kurt, A. A.) Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları 95-117.
- Kvale, S. (1996). The 1,000-page question. *Qualitative Inquiry*, 2 (3), 275-284.
- Leigh, J., Dettman, S., Dowell, R., and Briggs, R. (2013). Communication development in children who receive a cochlear implant by 12 months of age. *Otology & Neurotology*, 34 (3), 443-450.
- Lee, C., and Schmaman, F. (1987). Self-efficacy as a predictor of clinical skills among speech pathology students. *Higher Education*, 16 (4), 407-416.
- Ling, D. (2002). Speech and hearing-impaired child: Theory and practice (2nd ed.). Washington DC: Alexander Graham Bell Association for the Deaf.
- Marschark, M. (2007). *Raising and educating a deaf child. A comprehensive guide to the choices, controversies, and decisions faced by parents and educators*. New York, NY: Oxford University Press.
- Marschark, M., Rhoten, C., and Fabich, M. (2007). Effects of cochlear implants on children's reading and academic achievement. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12 (3), 269-282

- Maviş, İ., Louis, K. O. S., Özdemir, S., and Toğram, B. (2013). Attitudes of Turkish speech and language therapists toward stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 38 (2), 157-170.
- Mayne, A. M., Yoshinaga-Itano, C., and Sedey (2000). Receptive vocabulary development of infants and toddlers who are deaf or hard of hearing. *Volta Review*, 100, 29–52.
- Moeller, M. P. (2000). Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. *Pediatrics*, 106 (3), e43-e43.
- Moeller, M. P., Hoover, B. M., Putman, C. A., Arbataitis, K., Bohnenkamp, G., Peterson, B., et al. (2007a). Vocalizations of infants with hearing loss compared to infants with normal hearing. Part I: Phonetic development. *Ear and Hearing*, 28 (5), 605– 627.
- Moeller, M. P., Hoover, B. M., Putman, C. A., Arbataitis, K., Bohnenkamp, G., Peterson, B., et al. (2007b). Vocalizations of infants with hearing loss compared to infants with normal hearing. Part II: Transition to words. *Ear and Hearing*, 28 (5), 628 – 642.
- Moeller, M. P., Carr, G., Seaver, L., Stredler-Brown, A., and Holzinger, D. (2013). Best practices in family-centered early intervention for children who are deaf or hard of hearing: An international consensus statement. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 18 (4), 429-445.
- Moseley, M. J., Mashie, J. J., Brandt, F. D., and Fleming, L. F. (1994). A survey of professionals delivering speech-language services to children with hearing loss. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 25, 100–104.
- Most, T. (2002). The use of repair strategies by children with and without hearing impairment. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 33, 112–123.
- Most, T., Shinga-August, E., & Meilijson, S. (2010). Pragmatic abilities of children with hearing loss using cochlear implants and hearing aids compared to hearing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 15, 422–437.
- Nelson, C. A. (1999). How important are the first 3 years of life?. *Applied Developmental Science*, 3 (4), 235-238.
- Netten, A. P., Rieffe, C., Theunissen, S. C., Soede, W., Dirks, E., Korver, A. M., ... and Decibel Collaborative study group. (2015). Early identification: Language skills and social functioning in deaf and hard of hearing preschool children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 79 (12), 2221-2226.

- Nicholas, J. G., and Geers, A. E. (2006). Effects of early auditory experience on the spoken language of deaf children at 3 years of age. *Ear and Hearing*, 27 (3), 286.
- Noguchi, K. (2018). *Comparisons of Clinical Self-Efficacy and Stigma Variance in Speech Language Pathologists Who Stutter and Do Not Stutter* (Doctoral dissertation).
- Northern, J. L., and Downs, M. P. (2002). *Hearing in Children* (5th ed.). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- O'Neill, D. K. (2007). The language use inventory for young children: A parent-report measure of pragmatic language development for 18-to 47-month-old children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 50 (1), 214-228.
- Owens, R. E. (2012). *Language Development An Introduction*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson.
- Pasupathy, R., and Bogschutz, R. J. (2013). An Investigation of Graduate Speech-Language Pathology Students' SLP Clinical Self-Efficacy. *Contemporary Issues in Communication Science & Disorders*, 40, 151-159.
- Pasupathy, R. (2018). Rehabilitation sciences doctoral education: A study of audiology, speech-language therapy, and physical therapy students' research self-efficacy beliefs. *Clinical Archives of Communication Disorders*, 3 (1), 59-66.
- Piştav-Akmeşe, P. (2014). "Koklear implantlı ve normal işiten çocukların dil becerilerinin öyküleme yoluyla incelenmesi" (Yayımlanmamış doktora tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Robinshaw, H. (2007). Acquisition of hearing, listening and speech skills by and during key stage 1. *Early Child Development and Care*, 177 (6-7), 661-678.
- Savaş, M., and Toğram, B. (2013). Türkiye'deki Dil Ve Konuşma Terapistlerinin Otizm Alanındaki Eğitim ve Klinik Bilgilerinin Belirlenmesi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13 (4), 183-194.
- Schildroth, A. N., and Hotto, S. A. (1996). Annual Survey: Changes in Student and Program Characteristics, 1984-85 and 1994-95. *American Annals of the Deaf*, 141 (2), 67-71.
- Schirmer, B. R. (2001). *Psychological, social, and educational dimensions of deafness*. Boston: Allyn & Bacon.
- Schunk, D. H., and Pajares, F. (2004). Self-efficacy in education revisited: Empirical and applied evidence. *Big Theories Revisited*, 4, 115-138.

- Sharma, A., Tobey, E., Dorman, M., Bharadwaj, S., Martin, K., Gilley, P., and Kunkel, F. (2004). Central auditory maturation and babbling development in infants with cochlear implants. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 130 (5), 511-516.
- Sharma, A., and Dorman, M. F. (2006). Central auditory development in children with cochlear implants: clinical implications. In *Cochlear and brainstem implants* (Vol. 64, pp. 66-88). Karger Publishers.
- Silverman, F. H. (2003). *Essentials of Speech, Language and Hearing Disorders*. USA: Atomic dog Publishing.
- Simms, L., and Thumann, H. (2007). In search of a new, linguistically and culturally sensitive paradigm in deaf education. *American Annal of the Deaf*, 152(3), 302-312.
- Sipal, F. (2002). 7-11 Yaş İşitme Engelli ve Normal İşiten Çocukların Sosyal Uyum Düzeylerinin İncelenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Smith, S. L., and West, R. L. (2006). The application of self-efficacy principles to audiologic rehabilitation: A tutorial. *American Journal of Audiology*. 15, 46-56.
- Spek, B., Wieringa-de Waard, M., Lucas, C., and Van Dijk, N. (2013). Competent in evidence-based practice (EBP): validation of a measurement tool that measures EBP self-efficacy and task value in speech–language therapy students. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48 (4), 453-457.
- Starr, A., Picton, T. W., Sininger, Y., Hood, L. J., and Berlin, C. I. (1996). Auditory neuropathy. *Brain*, 119 (3), 741-753.
- Svirsky, M. A., Teoh, S. W., and Neuburger, H. (2004). Development of language and speech perception in congenitally, profoundly deaf children as a function of age at cochlear implantation. *Audiology and Neurotology*, 9 (4), 224-233.
- Şenkal, Ö. A. (2017). Derecesine ve Lokasyonuna Göre İşitme Kayıpları. E. Belgin (Ed.), *Temel Odyoloji içinde*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
- Toe, D., Beattie, R., and Barr, M. (2007). The development of pragmatic skills in children who are severely and profoundly deaf. *Deafness and Educational International*, 9, 101–117.

- Toğram, B., ve Maviş, İ. (2009). Aileler, Öğretmenler ve Dil ve Konuşma Terapistlerinin Çocuklardaki Dil ve Konuşma Bozukluklarına Yönelik Tutum ve Bilgilerinin Değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 10 (01), 71-85.
- Topbaş, S.S. (2001). İletişim, dil, konuşma: Temel kavramlar, Seyhun Topbaş (Ed.), *Çocukta dil ve kavram gelişimi* içinde (s. 2-22), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Topbaş, S. S. (2003). İletişim, dil, konuşma: Temel kavramlar. Seyhun Topbaş (Ed.), *Çocukta dil ve kavram gelişimi* içinde (s. 1-22), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Topbaş, S. S., and Erbaş, D. (2005). Dilin sesbilgisel boyutunun Gelişimi ve İşitme Engelli Çocuklar. Ü. Tüfekçioğlu (Ed.), *İşitme, Konuşma ve Görme Sorunları Olan Çocukların Eğitimi* içinde (s.) Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Topbaş, S. S. (2006). Dilin bileşenleri. Seyhun Topbaş (Ed.), *Dil ve kavram gelişimi* içinde (s. 21-31). Ankara: Kök Yayıncılık.
- Topbaş, S. S. (2011). Sesbilgisel Gelişim. S. S. Topbaş (Ed.), *Dil ve kavram gelişimi* içinde (s.75-101). Ankara: Kök Yayıncılık.
- Turan, Z., Küçüköncü, D. T., Cankuvvet, N., ve Yolal, Y. (2012). Koklear implant ve işitme cihazı kullanan işitme kayıplı çocukların dil ve dinleme becerilerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54, 142-150.
- Turnbull, A., Turnbull, R., and Wehmeyer, M. L. (2007). *Exeptional lives: Special education in today's schools* (5th ed.). Colombus, OH: Pearson: Merrill/Prentice Hall.
- Tüfekçioğlu, U. (2003). Çocuklarda işitme kaybının etkileri. U. Tüfekçioğlu (Ed.). *İşitme, konuşma ve görme sorunları olan çocukların eğitimi* (s. 1-45). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Unrau, Y. A., and Beck, A. R. (2004). Increasing research self-efficacy among students in professional academic programs. *Innovative Higher Education*, 28(3), 187-204.
- Van Schaik, S. M., Plant, J., Diane, S., Tsang, L., and O'sullivan, P. (2011). Interprofessional team training in pediatric resuscitation: a low-cost, in situ simulation program that enhances self-efficacy among participants. *Clinical Pediatrics*, 50 (9), 807-815.

- Vax, S., Schreuer, N., and Sachs, D. (2012). Work-related self-efficacy of occupational therapists in mental health. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19 (1), 42-48.
- Wie, O. B., Falkenburg, E. S., Tvette, O., and Tomblin, B. (2007). Children with a cochlear implant: Characteristics and determinants of speech recognition, speech recognition growth rate and speech production. 46, 232-243.
- Wiggin, M. (2013). Emergence of consonants in young children with hearing loss. *The Volta Review*, 113 (2), 127.
- Yıldırım, A., ve Şimşek, H. (2011) *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (8. baskı). Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Yoshinaga-Itano, C. (1999). Development of Audition and Speech: Implications for Early Intervention with Infants Who Are Deaf or Hard of Hearing. *Volta Review*, 100 (5), 213-34.
- Yoshinaga-Itano, C. (2003). From screening to early identification and intervention: Discovering predictors to successful outcomes for children with significant hearing loss. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8, 11–30.
- Yost, W. (2006). *Fundamentals of Hearing: An introduction* (10.ed.). Arizona: Brill.
- Zimmerman, B. J. (2000). Self-efficacy: An essential motive to learn. *Contemporary Educational Psychology*, 25 (1), 82-91.
- http-1: <https://www.asha.org> (Erişim Tarihi: 20.04.2019)
- http-2: <http://www.resmigazete.gov.tr> (Erişim Tarihi: 05.05.2019)

EKLER

EK-1 Dil Ve Konuşma Terapistleri İçin İşitme Kaybına İlişkin Özyeterlik Anketi

Değerli Dil ve Konuşma Terapistleri,

Değerlendirmek için size gönderilen anket, Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde yürütülen **“Türkiye’de Çalışan Dil ve Konuşma Terapistlerinin İşitme Kaybına ve Terapisine İlişkin Özyeterlik Düzeylerinin İncelenmesi”** isimli yüksek lisans tezinde kullanılmak üzere oluşturulmuştur. Tez yürütücüsü Arş. Gör. Gülelşan Özge Kalaycı ve tez danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Nurdan Cankuvvet Aykut tarafından hazırlanan bu anket, işitme kayıplı bireylerle çalışan dil ve konuşma terapistlerinin işitme kaybı ve müdahalesine ilişkin konularda özyeterliğini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir.

Anket 6 bölümden oluşmaktadır. Sizden ilgili konular hakkında bilgi düzeyinize dair özyeterliliğinizi değerlendirmeniz ve özyeterliliğinizi en iyi biçimde karşılayan seçeneği işaretlemeniz beklenmektedir. Anket, dil ve konuşma terapistlerinin işitme kayıplı çocuklar hakkındaki özyeterliklerine ilişkin bir durum tespiti sağlayacaktır. Bundan sonraki süreçte dil ve konuşma terapistlerinin, işitme kayıplı çocuklarla olan çalışmalarında yol gösterici olması açısından aşağıda yer alan maddelerin sizler tarafından yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Bu anket formunun kimin tarafından doldurulduğunun tespit edilmesi söz konusu değildir. Kişisel veya özel bilgileriniz hiçbir biçimde paylaşılmayacak, sadece anket sonuçları raporlaştırılacaktır.

Anket 5’li Likert tipi olup yanıtlar sırasıyla “Çok zayıf (1), Zayıf (2), Orta (3), İyi (4) ve Çok iyi (5)” derecelerinden oluşmaktadır. Lütfen bilgi düzeyinizi en iyi yansıtan yanıtı “X” koyarak işaretleyiniz. Aşağıda size rehberlik etmesi adına, anketin nasıl doldurulması gerektiğini gösteren bir örnek bulunmaktadır.

Örnek:

		Çok Zayıf	Zayıf	Orta	İyi	Çok İyi
Sesin İletilmesi						
1.	Dış kulağın rolü	1 X	2	3	4	5
2.	<u>Stapesin</u> rolü	1	2 X	3	4	5

Araştırmamıza göstermiş olduğunuz ilgi, ayırdığınız zaman ve içten katkılarınız için şimdiden teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Tez Yürütücüsü

: Arş. Gör. Güleşan Özge Kalaycı

Tez Danışmanı

: Dr. Öğr. Üyesi Nurdan Cankuvvet Aykut

Kişisel Bilgi

Adınız-Soyadınız:

Cinsiyetiniz

Kadın

☐

Erkek

☐

Eğitim Düzeyiniz

Lisans (Türkiye'deki üniversitelerin 4 yıllık Dil ve Konuşma Terapisi Programından mezun) ☐

Yüksek Lisans (Türkiye'deki üniversitelerin Dil ve Konuşma Terapisi lisansüstü programından mezun) ☐

Doktora (Türkiye'deki üniversitelerin Dil ve Konuşma Terapisi doktora programından mezun) ☐

Meslekte Çalışma Süreniz (Yıl olarak)

1 yıldan az

☐

1-3 yıl

☐

4-6 yıl

☐

7-9 yıl

☐

10 yıl ve üstü

☐

İşitme Kayıplı Çocuklarla Çalışma Süreniz (Yıl olarak)

1 yıldan az

☐

1-3 yıl

☐

4-6 yıl

☐

7-9 yıl

☐

10 yıl ve üstü

☐

Çalışma Yeriniz

Üniversiteye bağlı merkez

☐

Rehabilitasyon Merkezi

☐

Hastane

☐

Özel Klinik

☐

DİL VE KONUŞMA TERAPİSTLERİ İÇİN İŞİTME KAYBINA VE TERAPİSİNE İLİŞKİN ÖZYETERLİK ANKETİ		Çok Zayıf (1)	Zayıf (2)	Orta (3)	İyi (4)	Çok İyi (5)
İşitme Sistemi						
1.	Sesin özellikleri	1	2	3	4	5
2.	Dış kulağın işitme sürecindeki rolü	1	2	3	4	5
3.	Orta kulağın işitme sürecindeki rolü	1	2	3	4	5
4.	İç kulağın işitme sürecindeki rolü	1	2	3	4	5
5.	Santral işitme sisteminin işitme sürecindeki rolü	1	2	3	4	5
İşitme Kaybı						
6.	İşitme kaybıyla ilişkili risk faktörleri	1	2	3	4	5
7.	İşitme kaybının tipleri	1	2	3	4	5
8.	İşitme kaybının dereceleri	1	2	3	4	5
9.	İşitme sistemin öğeleri (dış, orta, iç kulak ve santral işitme sistemi) ve işitme kaybının tipleri arasındaki ilişki	1	2	3	4	5
10.	İşitme sistemin öğeleri (dış, orta, iç kulak ve santral işitme sistemi) ve dereceleri arasındaki ilişki	1	2	3	4	5
İşitmeye Yardımcı Teknolojiler						
11.	İşitmeye yardımcı teknolojiler ve işitme kaybı tipleri arasındaki ilişki	1	2	3	4	5
12.	İşitmeye yardımcı teknolojiler ve işitme kaybı dereceleri arasındaki ilişki	1	2	3	4	5
13.	İşitme cihazı tipleri	1	2	3	4	5
14.	Orta kulak implantı	1	2	3	4	5
15.	Koklear implant	1	2	3	4	5
16.	Beyin sapı implantı	1	2	3	4	5
17.	FM sistem gibi işitmeye yardımcı teknolojiler	1	2	3	4	5
İşitsel-Sözel Eğitim						
18.	İşitme kaybının gelişim alanları (İletişim, bilişsel, sosyal, duygusal ve akademik) üzerindeki etkisi	1	2	3	4	5
19.	İşitsel-sözel eğitimin içeriği	1	2	3	4	5
20.	İşitsel-sözel eğitimde yer alan paydaşlar (Odyolog, özel eğitim öğretmeni, okul öncesi/sınıf öğretmeni vb.)	1	2	3	4	5
21.	İşitme kaybının aile sistemi üzerindeki etkisi	1	2	3	4	5
22.	Aile eğitimi	1	2	3	4	5

Terapi Öncesi Kontroller						
23.	Odyogram yorumlayabilmeye/okuyabilme	1	2	3	4	5
24.	Yönlendirme gereken durumlar (işitmeye yardımcı teknolojinin tamiri, otitis-media vb.)	1	2	3	4	5
25.	Yönlendirme yapılması gereken kişiler (KBB hekimi, odyolog, işitme cihazı firması vb.)	1	2	3	4	5
26.	Terapi öncesinde işitmeye yardımcı teknolojinin kontrolü	1	2	3	4	5
27.	Terapi sürecinde ortam akustüğını olumsuz etkileyecek durumlar (mesafe, arka plan gürültüsü, yankılanma vb.)	1	2	3	4	5
Terapi Süreci						
28.	İşitme kayıplı bireylerin alıcı dil becerilerini değerlendirme	1	2	3	4	5
29.	İşitme kayıplı bireylerin ifade edici dil becerilerini değerlendirme	1	2	3	4	5
30.	İşitme kayıplı bireylerin konuşma becerilerini değerlendirme	1	2	3	4	5
31.	Terapi sürecine aile katılımını sağlama (veya aile eğitimi verme)	1	2	3	4	5
32.	İşitme kayıplı bireye uygun terapi planı geliştirme (hedef, uygun materyal, olası çıktıları belirleme vb.)	1	2	3	4	5
33.	İşitme kayıplı bireye uygun terapi planı uygulama	1	2	3	4	5
34.	Uygulanan terapiyi değerlendirme	1	2	3	4	5
35.	Dil gelişimini izleme	1	2	3	4	5

EK-2 Etik Kurul Kararı

Evrak Kayıt Tarihi: 13.06.2018

Protokol No: 67768

Tarih: 28.06.2018



ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU
KARAR BELGESİ

ÇALIŞMANIN TÜRÜ:	BAP Projesi-Yüksek Lisans Tez Çalışması
KONU:	Sağlık Bilimleri
BAŞLIK:	İşitme Kayıplı Çocuklarla Çalışan Dil ve Konuşma Terapistlerinin Yürüttükleri Terapi Süreçlerine İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi
PROJE/TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ:	Dr. Öğr. Üyesi Nurdan CANKUVVET AYKUT
TEZ YAZARI:	Güleşan Özge KALAYCI
ALT KOMİSYON GÖRÜŞÜ:	-
KARAR:	Olumlu
Prof.Dr. Dilek AK (Başkan-Eczacılık Fak.)	
Prof.Dr. Yusuf OZTURK (Başkan-Yardımcısı-Eczacılık Fak.)	Prof.Dr. Şükrü TORUN (Sağlık Bilimleri Fak.)
Prof.Dr. Betül DEMİRCİ (Eczacılık Fak.)	Prof.Dr. Müzeyyen DEMİREL (Eczacılık Fak.)
Prof.Dr. Nalan GÜNDOĞDU KARABURUN (Eczacılık Fak.)	