

Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi

Journal of Language,
Speech and
Swallowing Research

Cilt 6
Sayı 3
Aralık 2023

Volume 6
Issue 3
December 2023

DKTD
DİL VE KONUŞMA
TERAPİSTLERİ DERNEĞİ

e-ISSN: 2651 - 2548

İÇİNDEKİLER/CONTENTS

Araştırma Makaleleri/Research Articles

- Gelişimsel Dil Bozukluğu Olan Vakaların Klinik Yönetimi: Nitel Bir Çalışma** 219-267
Selin Tokalak, İbrahim Can Yaşa
Clinical Management of Developmental Language Disorders: A Qualitative Study
- Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarının Dil ve Konuşma Terapisi Mesleği Hakkındaki Farkındalıklarının İncelenmesi** 268-287
Zahidenur Yılmaz, Ayşe Öztürk, Ayşe Nur Koçak
Examining the Awareness of Family Health Center Employees About the Profession of Speech and Language Therapy
- 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Disfaji Risk Değerlendirme Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği** 288-308
Aynur İkra Demir, Mesude Köksal, Ayşegül Yılmaz
Turkish Adaptation, Validity and Reliability of the Dysphagia Risk Assessment Scale in Individuals Aged 65 and Over
- Disleksi Olan ve Olmayan İlkokul Öğrencilerinin Artikülasyon, İşitsel Ayırt Etme ve Fonolojik Farkındalık Becerilerinin İncelenmesi** 309-330
Canay Ünal, Maral Yeşilyurt
Examination of Articulation, Auditory Discrimination and Phonological Awareness Skills of Primary School Students with and without Dyslexia
- Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yeme ve Yutma Değerlendirmelerinin İncelenmesi** 331-361
Sümeyye Gürses, Ayşenur Koçak
Examination of Feeding and Swallowing Evaluation of Intensive Care Nurses
- Derleme Makale/Review Article
- Çocukluk Çağı Konuşma Apraksisinde Değerlendirme ve Terapi** 362-387
Nazmiye Atıla-Çağlar, Aysın Noyan-Erbaş
Assessment and Therapy in Childhood Apraxia of Speech

Journal of Language, Speech and Swallowing Research

Cilt 6, Sayı 3, Aralık 2023

(Volume 6, Issue 3, December 2023)

Dil ve Konuşma Terapistleri Derneği'nin Resmi Bilimsel Yayınıdır
Official Scientific Publication of the Association of Speech and Language Therapists

Sahibi (Owner)

Dil ve Konuşma Terapistleri Derneği Yönetim Kurulu Adına
(Association of Speech and Language Therapists, on behalf of Executive Board, President)
İlknur MAVIŞ

Editör (Editor)

Pınar EGE
İstanbul Atlas Üniversitesi

Yardımcı Editörler (Associate Editors)

Aylin Müge TUNÇER, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Didem ÇEVİK, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dilber KAÇAR KÜTÜKÇÜ, Biruni Üniversitesi
Mehmet Emrah CANGİ, Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Şevket ÖZDEMİR, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Akademik Danışmanlar Kurulu (Academic Advisory Board)

Ahmet Konrot, Üsküdar Üniversitesi
Aşena Karamete, Nişantaşı Üniversitesi
Aslı Altınsoy, Akdeniz Üniversitesi
Aydan Baştuğ Dumbak, Hacettepe Üniversitesi
Aylin Müge Tunçer, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Ayşe Aydın Uysal, Anadolu Üniversitesi
Ayşe İlayda Mutlu, Lokman Hekim Üniversitesi
Ayşen Köse, Hacettepe Üniversitesi
Ayşegül Zencir Şen, Kapadokya Üniversitesi
Ayşın Noyan Erbaş, Hacettepe Üniversitesi
Bülent Toğram, İzmir Bakırçay Üniversitesi
Cemil Yılmaz, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ayşın Noyan Erbaş, Hacettepe Üniversitesi
Çağdaş Karsan, Biruni Üniversitesi
Çiğdem Eryılmaz Canlı, Yüksek İhtisas Üniversitesi
Deniz Kazanoğlu, İzmir Bakırçay Üniversitesi
Didem Çevik, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dilber Kaçar Küçük, Biruni Üniversitesi
Dilek Eroğlu Uzun, Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Elçin Tadihan Özkan, Anadolu Üniversitesi
Elif Atılğan, Yüksek İhtisas Üniversitesi
Eren Balo, Anadolu Üniversitesi
Esra Ertan, Berlin Humbolt University, Almanya
Evra Günhan Şenol, İstanbul Medipol Üniversitesi
Evrım Kıran Gerçek, Maltepe Üniversitesi
Fatma İlaylı Üre Başaran, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Fatma Esen Aydın, Hacettepe Üniversitesi
Fenise Selin Karal, Biruni Üniversitesi
Gamze Yeşilli Puzella, Kapadokya Üniversitesi
Gülce Alev Savtak, İstinye Üniversitesi
Güzide Atalık, Gazi Üniversitesi
Hartmut Zückner, Almanya
Hatun Zengin Bolatkal, California State Üniversitesi, Fresno
İbrahim Yaşa, Bahçeşehir Üniversitesi
İlim Aksu, Tınaztepe Üniversitesi
İlker Kara, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
İlknur Maviş, Anadolu Üniversitesi
Ken O. St. Louis, West Virginia University
Mariam Kavakçı, Ankara Şehir Hastanesi
Martin Ball, Bangor University
Maviş Emel Kulak Kayıkçı, Hacettepe Üniversitesi
Mehmet Emrah Cangı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Melda Kündük, Louisiana State University
Merve Aydoğuş, İstanbul Kent Üniversitesi
Merve Savaş, İstanbul Atlas Üniversitesi
Merve Nur Sarıyer, Anadolu Üniversitesi
Mümüne Merve Parlak, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Müzeyyen Çiyiltepe, Tarsus Üniversitesi
Nevin Yılmaz Çiftci, İzmir Bakırçay Üniversitesi
Nicole Müller, University College Cork
Nurcan Alpüran Kocacıyık, İstanbul Kent Üniversitesi

Öykü Tezel Bayraktaroğlu, Lali Dil, Kon. Merk.
Özlem Cangökçe Yaşar, Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Özlem Öge Daşdoğan, İstanbul Atlas Üniversitesi
Özlem Ünal Logacev, İstanbul Medipol Üniversitesi
Pınar Ege, İstanbul Atlas Üniversitesi
R. Sertan Özdemir, İstanbul Medipol Üniversitesi
Scott Yaruss, Michigan State University
Seçil Aydın Oral, Maltepe Üniversitesi
Seda Eyyilikeder Tekin, Bahçeşehir Üniversitesi
Sema Acar Ünalgan, İzmir Bakırçay Üniversitesi
Sema Uz Hasırcı, İzmir Bakırçay Üniversitesi
Semra Selvi Balo, Anadolu Üniversitesi
Seren Düzenli Öztürk, İzmir Bakırçay Üniversitesi
Serkan Bengisu, İstanbul Atlas Üniversitesi
Sevinç Tüysüz, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Seyhun Topbaş, İstanbul Medipol Üniversitesi
Sharynne McLeod, Charles Sturt University
Şadiye Bacık Trank, Gazi Üniversitesi
Şaziye Seçkin Yılmaz, Maltepe Üniversitesi
Şevket Özdemir, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Şükriye Kayhan Aktürk, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Talat Bulut, İstanbul Medipol Üniversitesi
Tuğba Kaya, Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Tuğçe Karahan, Hacettepe Üniversitesi

Teknik Ekip (Technical Team)

Ayşe Işıldar, İstanbul Medipol Üniversitesi
Beyza Nur Dükar, Anadolu Üniversitesi
Eda İyigün Uzunöz, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Namık Yücel Birol, Kapadokya Üniversitesi

Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi 2018 yılından beri yılda 3 kez (Nisan, Ağustos ve Aralık) Türkçe ve İngilizce olarak yayınlanmaktadır. DergiPark üzerinden açık erişimli dergidir ve <http://www.dkyad.com> adresinden ulaşılabilir. Derginin tüm hakları Dil ve Konuşma Terapistleri Derneği'ne aittir. Journal of Language, Speech and Swallowing Research is published three times a year (April, August, December) in Turkish and English. It is an open access journal on DergiPark and can be accessed at <http://www.dkyad.com/en>. All rights belong to the Association of Speech and Language Therapists, Turkey.

Araştırma Makalesi

Gelişimsel Dil Bozukluğu Olan Vakaların Klinik Yönetimi: Nitel Bir Çalışma

Selin Tokalak¹, İbrahim Can Yaşa²

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, gelişimsel dil bozukluğu (GDB) olan çocuklar için Türkiye’deki dil ve konuşma terapistlerinin (DKT) ayırıcı tanı ve müdahale konularındaki çözüm odaklı yaklaşımlarına ilişkin bilgi vermeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Araştırmada niteliksel bir paradigma içinde, yapılandırmacı bir yaklaşım kullanılmıştır. Fenomenoloji, DKT’lerin GDB’li çocuklara dil ve konuşma terapisi sağlamasını keşfetmek için ana araştırma metodolojisi olarak benimsenmiştir. Analitik yaklaşım olarak ise yorumlayıcı fenomenoloji seçilmiştir. Araştırmaya mesleki deneyim süresi 2 – 16 yıl arasında değişen 15 DKT katılmıştır.

Bulgular: Bulgular, DKT’lerin GDB’nin ayırıcı tanısı için formal bir değerlendirme yöntemi olarak sıklıkla geçerlik ve güvenilirliği yüksek, standardize bir değerlendirme aracı olan Türkçe Erken Dil Gelişimi Testi (TEDİL) ile klinik içi gözlem ve genellikle vaka geçmişi ile tamamlanan çeşitli informal değerlendirmeler kullandığını göstermektedir. Müdahale seçimi, bireye neyin hitap ettiğine, yaşına neyin uygun olduğuna, spesifik tanı ve bozukluğun şiddetine göre belirlenmektedir. DKT’lere göre ebeveynler ayırıcı tanı ve müdahalede kritik rol oynamaktadır.

Sonuç: Bu bulgular, GDB alanında ayırıcı tanının açık ve tutarlı bir terminolojisine (a), günlük yaşama katılımı değerlendirmek için hızlı ve uygulaması kolay (b), kapsamlı bir ayırıcı tanı aracına, mevcut değerlendirme araçlarının güncellenmesine (c) ve GDB’ye yönelik kanıt temelli müdahale yaklaşımlarının tercih edilmesini teşvik edici uygulamaların (d) veya eğitimlerin yaygınlaştırılmasına olan ihtiyacı ortaya koymaktadır.

Anahtar Sözcükler: terapist yaklaşımları, klinik yönetim, gelişimsel dil bozukluğu, klinik değerlendirme, müdahale

¹Öğr. Gör., Bahçeşehir
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Dil ve Konuşma Terapisi
Bölümü, ORCID No: 0000-0002-
6739-7597,
tokalakselin@gmail.com

²Sorumlu Yazar, Dr. Öğr. Üyesi
Bahçeşehir Üniversitesi, Sağlık
Bilimleri Fakültesi, Dil ve
Konuşma Terapisi Bölümü,
ORCID No: 0000-0002-7630-
1956, ibrahimcanyasa@gmail.com

Sorumlu Yazarın Adresi:

Bahçeşehir Üniversitesi, Yıldız,
Çırağan Caddesi, Beşiktaş/İstanbul

Bu makaleyi kaynak göstermek için/To cite this article: Tokalak, S. & Yaşa, İ, C. (2023). Gelişimsel Dil Bozukluğu Olan Vakaların Klinik Yönetimi: Nitel Bir Çalışma. *Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 6(3), 219-267.

Gönderim Tarihi:

30.07.2023

Kabul Tarihi:

03.11.2023

DOI:

<https://doi.org/10.58563/dkyad-2023.63.1>



Clinical Management of Developmental Language Disorders: A Qualitative Study

ABSTRACT

Purpose: This study aims to provide insights into the solution-focused approaches of speech and language therapists (SLTs) in Turkey concerning clinical diagnosis and intervention for children with developmental language disorder (DLD).

Method: The qualitative research method was chosen aiming for an in-depth exploration of the mentioned subject and to reach different, previously unexplored areas. Employing a qualitative paradigm and a constructivist approach, phenomenology was adopted as the primary research methodology to explore how SLTs provided therapy to children with DLD. Interpretative phenomenology was selected as the analytical approach, as it went beyond describing the phenomena (i.e., descriptive phenomenology) and aimed to uncover the embedded, often unconscious, meanings in everyday life practices. 15 SLTs with professional experience ranging from 2 to 16 years participated in the research. The data for the research was collected through semi-structured interviews which were transcribed into written text to create the dataset. To ensure the consistency of data analysis, the data was analyzed by an expert in the field other than the researchers.

Results: The findings indicated that SLTs frequently used the Turkish version of the Test of Early Language Development (TEDİL), observations, and various informal assessments often complemented by the case history in the diagnosis of DLD. Among other formal assessment tools mentioned by SLTs for assessing DLD in their clinical practices were the Turkish version of the Test of Language Development-Primary (TODİL), Ankara Development Inventory (AGTE), Turkish version of MacArthur-Bates Communicative Development Inventory (TİGE), and Turkish Expressive and Receptive Language Test (TİFALDİ). In addition, a significant majority of the participants expressed dissatisfaction with formal assessment tools for evaluating DLD. In response to this situation, the suggestions were offered for the revision of existing tests in terms of the visuals included or for the development of formal assessment tools specifically targeting more specific age ranges for evaluation. The choice of intervention was determined according to whether the intervention appealed to the individual with DLD, the intervention was appropriate to the age as well as the specific diagnosis and severity of the disorder. According to SLTs, parents played a crucial role in the diagnosis and intervention process. However, the parents expressed that this critical role assigned to parents was often not provided at the desired level.

Conclusion: These findings underscore the need for a clear and consistent terminology of differential diagnosis in the field of DLD (a), a quick and easy-to-apply comprehensive differential diagnostic tool to assess participation in daily life (b), updating existing assessment tools (c), and the dissemination of practices or trainings (d) that encourage the adoption of evidence-based intervention approaches for DLD.

Keywords: clinical assessment, clinical management, developmental language disorder, intervention, therapist approaches.

Giriş

Gelişimsel Dil Bozukluğunun Tanımı

Dil bozukluğu, çocukluk çağında en sık görülen gelişimsel bozukluktur ve çocukları önemli ölçüde olumsuz etkiler (Rapin, 2006); ancak tek bir duruma atıfta bulunan bir tanı kategorisi oluşturmaz (Bishop, 1997; Laws & Bishop, 2003). Dil bozukluğu, sadece dilin ifadesel üretimi ile sınırlı olabilir veya dilin anlaşılmasına kadar uzanabilir. Ayrıca dil işlemlerinin farklı yönlerini de etkileyebilir. Örneğin: dilin biçimi (fonetik, fonolojik, morfolojik, morfo-sentaktik ve sözdizimsel işleme), içeriği (anlamsal-sözcüksel ve deyimsel işleme) ve kullanımı (pragmatik ve söylemsel işleme) (Law ve ark., 2000; Wallace ve ark., 2015). Gelişimsel dil bozukluğu (GDB) ise; bilişsel, duyuşsal, motor, duygusal ve önemli sosyo-çevresel eksikliklerin yokluğunda dil gelişiminin bir veya daha fazla alanında gecikme ya da bozuklukla karakterize bir dizi karmaşık klinik tabloyu içeren nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. (Amerikan Psikiyatri Derneği (APA), 2013; Laws & Bishop, 2003) Aynı zamanda GDB, çocukların eğitim ve yaşam olanaklarını etkileyen, yaygın fakat bilinmeyen bir durum olarak da ifade edilmektedir. (Komesidou & Summy, 2020). Başka bir tanıma göre GDB, çocukların dili edinmede nörolojik veya genetik bozukluklarla açıklanamayan kalıcı zorluklar gösterdikleri nörobilişsel gelişim bozukluklarıdır (Bishop, 2017). 2016 yılında, İngilizce konuşan birkaç ülkeden (Birleşik Krallık, Avustralya, Kanada, İrlanda, Yeni Zelanda ve Amerika Birleşik Devletleri) dil ve konuşma terapisti (DKT), psikolog, pediatri uzmanı, psikiyatristin, odyolog, özel eğitim öğretmeni ve çocuklardaki dil bozukluklarından etkilenen aileleri destekleme amaçlı kurulan yardım kuruluşlarının temsilcilerinin katılımıyla gerçekleştirilen CATALISE konsensusunun ardından "gelişimsel dil bozukluğu" terimi önerilmiştir (Bishop ve ark., 2016) ve bu durumun, edinilmiş ya da bilinen biyomedikal nedenlerle ilişkili olmaktan ziyade, gelişim sürecinde ortaya çıktığı ifade edilmiştir (Bishop ve ark., 2017). GDB terimi artık sıklıkla

kullanılsa da (Bishop ve ark., 2017), “Birincil Dil Bozukluğu (ing. *Primary Language Disorder*)” ve “Birincil Dil Hasarı (ing. *Primary Language Impairment*)” terimleri de bu dil bozukluğunun özgülüğünü ve bilinmeyen kaynağını açıklamak için kullanılmıştır (Reilly ve ark., 2014; Tomblin ve ark., 2003; Tipik ve Atipik Popülasyonlarda İletişim ve Dil Edinimi Çalışmaları, 2019). Tüm bunlara ek olarak, Uluslararası Hastalık Sınıflaması kodları F80.1; ifade edici dil bozukluğu veya F80.2; ifade edici ve alıcı dil bozukluğu şeklindedir (ing. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*). Bu zorunlu olarak kullanılan terimler, GDB teriminin benimsenmesi üzerindeki kısıtlamalar şeklinde kabul edilmektedir.

18 ila 36 aylık çocukların yaklaşık %11-18'inin, ifade edici dilin ortaya çıkmasında bir gecikme gösterdiği bilinmektedir. Bu çocuklara geç konuşanlar denilmiştir (Chilosi ve ark., 2019; Rescorla & Alley, 2001). Bununla birlikte, yaşlılarıyla aynı dilsel gelişim düzeyine ulaşsa da birçok geç konuşan çocuğun %5-7'sinde bozukluğun üç yaşından sonra da devam edebildiği ve dil becerilerinin okul çağından önce kendiliğinden iyileşmesinin mümkün olmadığı ifade edilmektedir. Bu durumlarda GDB'den bahsedilmektedir.

Gelişimsel Dil Bozukluğunun Özellikleri

GDB'si olan çocuklar, alıcı ve/veya ifade edici dil becerileri edinmede sorun yaşarlar (Bishop ve ark., 2017). Nörobilişsel bir bakış açısıyla (Hagoort, 2016), GDB'si olan çocuklar, sözcüksel öğeleri belleklerinde depolamakta, geri çağırmakta, dili anlama ve üretmede bu öğelere ait tümcesel temsilleri birleştirmekte güçlük çekebilirler. GDB'si olan çocukların, tipik gelişim gösteren akranlarına göre daha yavaş bir dil gelişim hızı ve daha zayıf alıcı ve ifade edici dilde kelime dağarcığı ve sözdizimsel performans gösterdiği bulunmuştur (Sansavini ve ark., 2021). Giderek daha karmaşık hale gelen iletişimsel bağlamlarda dili başarılı bir şekilde anlama ve üretme söz konusu olduğunda,

daha zayıf dil becerilerinin, GDB'li çocukları iletişimsel bağlamlardan uzak tutabileceğinden de bahsedilmektedir. Dilin günlük yaşamdaki iletişim üzerindeki etkisi göz önüne alındığında (Tomas & Vissers, 2019), erken yaştaki dil sorunları daha sonraki yıllarda ortaya çıkabilecek gelişim kaygıları için önemli bir risk oluşturmaktadır. Dil güçlükleri tipik olarak okul öncesi yıllarda tanımlanır (bir başka ifadeyle, iki ila dört yaş arasında), ancak bazı çocuklar geç konuşmaya başladığı için o yaşta yalnızca GDB'den şüphelenilebilir. Bunlara ek olarak, GDB'li çocukların dil güçlükleri genellikle okul öncesi ve ilkokulda ciddi sonuçlar doğurur. Vakaların yaklaşık %40 ile 50'sinde, dilsel bozukluklar, özellikle konuşmaya dayalı dilden yazıya dayalı dile yönelik ifadenin değişmesi sırasında, başka bir anlatımla, okuryazarlığın fonetik sistemin haritalanmasına dayandığı ilkokulun ilk iki yılında, olumsuz nöropsikolojik sonuçlara yol açar (Rescorla, 2011). Dil bozukluğu olan çocukların öğrenme güçlükleri bakımından yüksek risk altında olduğu, genel nüfusa göre öğrenme güçlüğü görülmesi durumunun beş kat daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (Catts ve ark., 2002; Conti-Ramsden ve ark., 2012; Durkin ve ark., 2013; Tomblin ve ark., 2000). Bu durumun hem davranışsal ve psikiyatrik sorunlar (Conti-Ramsden ve ark., 2013; Snowling ve ark., 2006) hem de duygusal ve sosyal uyum bozuklukları ile ilişkili olduğu gösterilmektedir. Ek olarak, bu sorunlar yetişkinlik döneminde devam etmekte ve GDB'li bireyi yaşam boyu etkilemekte ve bireyin kariyerini olumsuz yönde etkilemektedir. (Law ve ark., 2009; Tomblin, 2008). Bu sorunların şiddeti ve çocuğun gelişimi üzerindeki olumsuz etkileri, GDB veya ilişkili sorunları yaşayan çocukların erken tanılanmasının önemine işaret etmektedir. Bu yönüyle, geçmiş çalışmaların sunduğu bulgular DKT'lerin klinik pratiklerinde GDB'nin tanısına yönelik uygulamaların neler olduğunun belirlenmesini zorunlu kılmaktadır.

Değerlendirme ve Müdahale

Hızla gelişen kanıt tabanını yorumlamak DKT için önemli bir uzmanlık gerektirir. GDB'nin teorik olarak anlaşılmasında ve dil gelişiminde, bu çocuklarda gözlenen çeşitli profillerin altında birden fazla mekanizmanın yattığının giderek daha fazla fark edilmesiyle önemli ilerlemeler kaydedilmiştir (Thomas ve ark., 2019). Uzun yıllardır literatür, GDB'nin heterojen doğasının tanı ve değerlendirme üzerindeki etkisini incelemiştir. Son dönemde yapılan bir araştırma, GDB'nin dil alanıyla sınırlı olmadığını ve bu durumun klinisyen için doğru değerlendirme ve etkili terapi sağlamak konusunda zorlayıcı olabileceğini öne sürmektedir (Thomas ve ark., 2019). GDB'nin karmaşık doğası (alıcı ve ifade edici dil becerilerini etkileyebilmesi, komorbid durumlarla birlikte görülebilmesi gibi), DKT'nin GDB'ye ait özellikleri tanımlaması açısından klinik beceri gerektirmektedir. “Dilin Temellerinin Klinik Değerlendirilmesi” (ing. *Clinical Evaluation of Language Fundamentals*; CELF 5, Wiig ve ark., 2018) ve “Kapsamlı Fonolojik İşleme Testi-2” (ing. *Comprehensive Test of Phonological Processing*; Wagner ve ark., 2013) gibi testlerde dilin bileşenlerine yönelik değerlendirme yapılmaktadır (örneğin; dilbilgisi, sesbilgisi ve anlambilim testleri) ve sesbilgisel farkındalık, sesbilgisel kısa süreli bellek ile çalışma belleği gibi bazı dilsel olmayan yönler de ele alınmaktadır.

Değerlendirmelerin sınırlamalarını ve mevcut değerlendirme araçlarının geçerli ve güvenilir olmadığı alanları anlamak, DKT'nin uzmanlığını gerektirir. DKT'nin GDB'ye yönelik değerlendirme sürecindeki deneyimleri hakkında çok az şey bilindiğinden ve DKT'nin GDB'si olan çocukların değerlendirme ve ayırıcı tanısında merkezi bir yere sahip olduğundan bahsedilmektedir (Thomas ve ark., 2019). DKT'nin değerlendirme konusundaki uygulamaları, hizmetlere erişebilmeleri için çocukları doğru bir şekilde tanımlamanın merkezinde yer alır. Bununla birlikte, alanyazında DKT'lerin klinik uygulamalarının doğasını, bilgi ve deneyimlerini veya değerlendirme süreçlerinde

karşılaştıkları zorlukları araştıran nitel araştırma eksikliği vardır. Literatürde GDB'si olan bireylerin klinik yönetimine ilişkin bazı genel göstergelerden bahsedilmektedir. Maksimum karışıklık oluşturan fonem çiftleri, işitsel ayırım ve fonolojik farkındalık ile terapiye dayalı yoğun müdahalelerin etkinliğini ortaya koyan araştırmalar bulunmaktadır. Fonolojik anlatım bileşeni ile ilgili olarak, işitsel ayırt etme aktivitelerini içeren ve fonolojik özelliklerdeki zıtlığa dayalı, zamanla sınırlı, ancak yoğun ve (haftada üç kez) doğrudan bir müdahalenin önemli ilerlemeler sağlayabileceği de anlatılmaktadır (Allen, 2013; Lousada ve ark., 2013). Ek olarak, morfo-sentaks ile ilgili olarak, konuşma sırasında çocuğun üretiminin yetişkin tarafından yeniden biçimlendirilmesi veya yeniden formüle edilmesi gibi stratejilerin etkili olduğundan bahsedilmektedir (Plante ve ark., 2013). Aynı strateji, hikayelerin yeniden anlatılmasını içeren hikaye anlatımı görevleri için de ortaya konmuştur (Fey ve ark., 2017). Diğer geçerli stratejiler; ipucu verme, çocuğa doğru üretimi teşvik etmesi için önerilerde bulunma (Smith-Lock ve ark., 2015) ve işitsel uyarı, örneğin gramer kuralıyla ilgili birtakım öneriler (Fey, 2009; Finestack, 2018) şeklindedir. Ayrıca bazı çalışmaların, meta-fonolojik ve anlatı becerilerine yönelik terapilerin etkinliğini desteklediği ifade edilmektedir (Hund-Reid & Schneider, 2013; Maggiolo ve ark., 2003;). Genel iletişimsel dil yeterliliğini geliştirmeyi amaçlayan müdahaleleri araştıran yeni çalışmalar da mevcuttur. Bu müdahaleler evde gerçekleştirilir, ebeveynler tarafından aracılık edilir ve klinisyenin gözetimi altında sürdürülür (Roberts ve Kaiser, 2012; Wake ve ark., 2015). Bu müdahaleler, çocuğun doğal ortamında (evde ve/veya okulda) dil becerisinin geliştirilmesini teşvik etmeyi amaçlar, böylece ekolojik açıdan daha fazla kabul görebilirler. Bu sebepten, sonuçlarının kolayca genellenebileceği öne sürülmektedir.

Fonolojik becerilerle ilgili olarak, Roden ve ark. (2019), Müzik Materyali ile İşitsel Uyarım Eğitimi'nin (ing. *Auditory Stimulation Training with Musical Material*), GDB'si olan okul öncesi çocuklarda çalışma belleğini, fonemik ayırt etme becerisini ve konuşma algısı becerisini önemli

ölçüde geliştirdiğini ifade etmektedir. Dawes ve ark. (2019), GDB'si olan okul öncesi çocuklar için bir kitap paylaşımı bağlamında sözel çıkarımsal anlamayı hedefleyen bir müdahalenin etkililiğini değerlendirirken GDB'si olan çocuk grubunda çıkarımsal becerilerde önemli düzeyde gelişmeler gözlemlendiğini belirtmiştir.

Bahsedilen bu araştırmalar, GDB'si olan çocuklar için hangi müdahalenin en iyi hizmeti sağladığını belirlemenin önemini göstermektedir. Bu sebeple GDB'li danışanlarla çalışan DKT'lerin mevcut uygulamalarının betimlenmesi ve en iyi hizmet sunumunun sağlanmasına yönelik önerilerin ortaya konması açısından bu çalışmanın hem klinik uygulamalara hem de araştırma literatürüne önemli ölçüde katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Uygun erken müdahale ile dil ve konuşma gelişimi arasındaki bilinen ilişki; depresyon, anksiyete ve genel olumsuz uzun vadeli etkilerin ortadan kalkmasında anahtar olarak kabul edilmektedir. Bu sebepten, DKT'nin müdahalesi öncelikle GDB'li çocuklar için erken değerlendirme, müdahale ve sosyal uyum ile ilişkilendirilmektedir (Beitchman ve ark., 2001; Clegg ve ark., 2005; Conti-Ramsden & Botting, 2004; Johnson, 2006). Dolayısıyla, çocuklar ve aileleri için DKT müdahalesi sonuçlarının dikkate değer olduğu ifade edilmektedir (Bishop, 2004; Bishop ve ark., 2016). Geciken bir değerlendirme ve müdahalenin çocuklar ve aileleri için önemli sonuçları bulunmaktadır. GDB için müdahale ne kadar geç başlarsa, olumsuz uzun vadeli etkilerin o kadar olası olduğu düşünülmektedir (örn. yakın veya sosyal ilişkilerde zorluklar, depresyon, anksiyete bozuklukları riski gibi) (Beitchman ve ark., 2001; Clegg ve ark., 2005; Conti-Ramsden & Botting, 2004; Haynes & Naidoo, 1991).

Bu çalışma, GDB'nin dilbilimsel olan ve olmayan yönleri de dahil olmak üzere, GDB olan bireylerin değerlendirilmesinde, ayırıcı tanısında ve klinik yönetiminde yer alan DKT'lerin deneyimlerine ilişkin derinlemesine bir anlayış kazandırmayı hedeflemektedir.

Amaç

Bu çalışmanın amacı, nitel araştırma deseni kullanarak DKT'lerin günlük pratikte klinik uygulamalarını araştırmaktır. Türkiye'de görev yapan DKT'ler, yönlendirici olmayan, açık uçlu sorular içeren yarı yapılandırılmış bir görüşmeye katılmıştır. Görüşmeler, DKT'lerin GDB'li çocuklara tanı koyma ve müdahaleyi planlama ve uygulama süreçlerinde hangi seçimleri yaptığını odaklanmıştır. Araştırma soruları şu şekildedir:

1. GDB'den şüphelenildiğinde, bir DKT, GDB'li bir çocuğu tanılamak için hangi adımları uygular ve DKT'ler arasında yöntem farklılıkları var mıdır?
2. Tanılar nelerdir ve hangi tanılar daha yaygındır?
3. DKT'ler tarafından hangi yöntemler ve öğrenme stratejileri kullanılmaktadır?
4. Tüm süreçte ebeveynlerin rolü nedir?

Yöntem

Araştırmada niteliksel bir paradigma içinde, yapılandırmacı bir yaklaşım kullanılmıştır. Bu yaklaşım, “gerçeklik ve bilginin iletişim, etkileşim ve uygulama yoluyla inşa edildiğini” ifade etmektedir (Tracy 2012: 40). Fenomenoloji, DKT'lerin GDB'li çocuklara terapi sağlamasını keşfetmek için ana araştırma metodolojisi olarak benimsenmiştir. Analitik yaklaşım olarak ise yorumlayıcı fenomenoloji seçilmiştir (Smith & Osborn 2008). Çünkü bu yaklaşım, fenomenin tanımının (tanımlayıcı fenomenolojinin) ötesine geçerek, yaygın yaşam pratiklerine gömülü, genellikle bilinçsiz anlamı keşfetmeyi amaçlamaktadır. DKT'ler, GDB'li çocuklarla günlük klinik uygulamalarında gömülü olan anlamın veya bunun klinik karar verme süreçlerini nasıl etkilediğinin

her zaman bilinçli olarak farkında olmayabilir. Tüm bunlar, DKT'lerin sundukları ifadelerden derlenebilir (Lopez & Willis 2004).

Katılımcıların Özellikleri

Araştırılan fenomen hakkında tam ve gelişmiş bir anlayış sağlayabilecek katılımcıları belirlemek için amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Maksimum çeşitlilik örnekleme yönteminde, durumlar arasındaki ortak olguları ve farklı boyutları açıklamak amaçlanmaktadır. Bu örnekleme yönteminin kullanılması, örnekleme ilgili her durumun kendine özgü özelliklerinin detaylı olarak ifade edilmesine ve farklı olgular arasında oluşabilecek ortak temalar ve bunların değerinin ortaya konmasına imkân sunmaktadır (Patton, 2002; Yıldırım & Şimşek, 2018). Araştırmaya katılım fırsatı sosyal medya aracılığı ile ilan edilmiştir. Araştırma kapsamında, GDB'li birden fazla çocuk ile dil ve konuşma terapisi süreçlerinde yer almış ve hala çalışmaya devam eden 15 DKT'ye ulaşılmıştır. Katılımcılara ait demografik bilgiler Tablo 1'de belirtilmektedir. Örneklem hacmi, mevcut literatür gözden geçirilerek belirlenmiş, çalışmanın nitel desende planlanması sebebi ile araştırma sürecinde netleştirilmiştir. Charmaz (2011), bir nitel araştırmanın en az 10 kişi ile yürütülmesini önerirken, bazı araştırmacılar ise detaylı bir kuram ortaya koyabilmek için çalışmada kullanılacak örneklem sayısının en az 20-30 kişiden oluşması gerektiğini ifade etmektedir (Creswell, 2013; West, 2001). Tüm bunlara ek olarak güncel alanyazın, ideal bir örneklem büyüklüğü için bilgilerin doyuma ulaşmasıyla oluşan tekrarlanma döngüsüne ulaşılmasına dikkat çekmektedir. Bir başka deyişle, bir noktadan sonra tüm yeni örneklem, araştırmanın geçmiş bölümlerinde yer alan örneklemin sunduğu veriyi sunarsa ve bu tekrarlanma durumunda araştırmanın veri toplama aşaması durdurulmalı ve örneklem büyüklüğü, tekrarın ilk görüldüğü yerde sabitlenmelidir (Onwuegbuzie & Collins, 2007). Literatürdeki farklı ifadelere

karşın, bu çalışmada Charmaz'ın (2011) önerdiği gibi en az 10 katılımcının çalışmaya dâhil edilmesi hedeflenmiştir.

Tablo 1

Katılımcılara Ait Demografik Bilgiler

Katılımcı	Eğitim Durumu	Mesleki Deneyim Süresi	Çalıştığı Kurum	Haftalık Gerçekleştirilen Terapi Sayısı (Yaklaşık)
K1	DKT lisans mezunu, DKT yüksek lisans devam	2 yıl	Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi, dil ve konuşma terapisi sunan özel danışmanlık merkezi	20-30 arası
K2	DKT lisans mezunu, DKT yüksek lisans mezunu	4 yıl	Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi, dil ve konuşma terapisi sunan özel danışmanlık merkezi	38-40 arası
K3	DKT yüksek lisans mezunu DKT doktora mezunu	16 yıl	Üniversite, Üniversite Hastanesi	0-3 arası
K4	DKT lisans mezunu, DKT yüksek lisans devam	5 yıl	Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi, dil ve konuşma terapisi sunan özel danışmanlık merkezi	30-40 arası
K5	DKT yüksek lisans mezunu, DKT doktora devam	4 yıl	Üniversite, Üniversite Hastanesi	40
K6	DKT lisans mezunu, DKT yüksek lisans devam	2 yıl	Dil ve konuşma terapisi hizmeti sunan özel danışmanlık merkezi	35-40 arası
K7	DKT lisans mezunu, DKT yüksek lisans mezunu	5 yıl	Dil ve konuşma terapisi hizmeti sunan özel danışmanlık merkezi	12-13
K8	DKT lisans mezunu, DKT yüksek lisans mezunu	6 yıl	Dil ve konuşma terapisi hizmeti sunan özel danışmanlık merkezi	7-10
K9	DKT yüksek lisans ve doktora mezunu	16 yıl	Dil ve konuşma terapisi hizmeti sunan özel danışmanlık merkezi	1-10 arası
K10	DKT yüksek lisans mezunu, DKT doktora devam	7 yıl	Üniversite ve özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi	35-40 arası
K11	DKT yüksek lisans mezunu, DKT doktora devam	8 yıl	Üniversite, Dil ve konuşma terapisi hizmeti sunan özel danışmanlık merkezi	25-40 arası
K12	DKT lisans mezunu	2 yıl	Üniversite, Dil ve konuşma terapisi hizmeti sunan özel danışmanlık merkezi	Yaklaşık 10
K13	DKT lisans mezunu	8 yıl	Engelsiz yaşam merkezi	30-40 arası

K14	DKT lisans mezunu, DKT yüksek lisans devam	3 yıl	Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi	30-40 arası
K15	DKT lisans mezunu, DKT yüksek lisans devam	6 yıl	Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi	44-45

Veri Toplama Araçları

Bu araştırmanın verileri, çevrimiçi erişim ile yürütücü araştırmacı ve katılımcı DKT'nin birebir olarak yer aldığı yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilerek toplanmıştır. Tartışmayı yönlendirmek ve aynı zamanda kendiliğindenliğe izin vermek için yarı yapılandırılmış görüşme metodu tercih edilmiştir (Serry & Liamputtong, 2017). Bu araştırmada yarı yapılandırılmış görüşme türü uygulanarak belirli başlıklar çerçevesinde DKT'lerin GDB vakalarına yönelik hizmet sunumları hakkında uygulama, öneri ve beklentileriyle ilgili detaylı verilere ulaşmak amaçlanmıştır. Görüşme soruları, araştırmanın amacını, DKT'lerin klinik uygulamalarını ve klinik karar vermeyi araştıran önceki araştırmalardaki temaların tanımlanması yoluyla oluşturulmuştur (Thomas ve ark., 2019; Brumbaugh & Smith, 2013; Joffe & Pring, 2008). Görüşme soruları, her ikisi de GDB'li çocuklarla çalışma konusunda klinik deneyime sahip dil ve konuşma terapisi alanında doktora unvanına sahip klinisyenler tarafından gözden geçirilmiştir. İlgili uzmanlar, görüşme soruları hakkında geri bildirimde bulunmuşlardır ve buna göre düzenlemeler yapılmıştır. Görüşme soruları araştırmaya dahil edilmeyen GDB'li bireylerle çalışmış ve çalışmaya devam eden bir DKT ile pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulama esnasında ses ya da görüntü kaydı alınmamıştır. Katılımcıya gerçekleştirilen uygulama ve araştırma hakkında görüşme öncesinde birinci araştırmacı tarafından sözlü bilgilendirme yapılmıştır.

Veri Toplama Süreci

Yarı yapılandırılmış görüşmeler, birinci yazar ile katılımcının birebir olarak yer aldığı “Zoom Video Communications” uygulaması üzerinden çevrimiçi erişim ile gerçekleştirilmiştir. Bu uygulama zaman ve mekân olarak hem katılımcılara hem de araştırmacılara esneklik sağladığı, pratik, kolay ulaşılabilir ve ücretsiz bir uygulama olduğu için tercih edilmiştir. Görüşmeler katılımcılardan izin alınarak daha sonra çeviriyazıya dönüştürülmek üzere ses ve görüntü kaydına alınmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına uygun olacak şekilde gerçekleştirilmiştir. Aynı zamanda katılımcılar çalışmaya anonim olarak dahil edilmiştir. Görüşmeler, önceden belirlenmiş yedi sorudan oluşan bir görüşme formu doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Bu form Ek-1’de yer almaktadır. İlgili formda yer alan soruları her katılımcının cevaplandırmış olmasına dikkat edilmiştir. Bu süreçte katılımcıların verdikleri cevaplar doğrultusunda soruların cevaplanma sıralaması değişkenlik gösterebilmektedir. Katılımcıların soruyu yanlış anlaması durumunda sorular tekrarlanmış ya da katılımcının daha iyi anlamasını sağlayacak şekilde açıklanmıştır. Bunlara ek olarak yine katılımcıların beyanlarına bağlı olarak formda yer almayan farklı sorular da katılımcılara yöneltilmiştir. Araştırmaya katılan her bir DKT “K1, K2” gibi herhangi bir kimlik bilgisi beyan etmeksizin kodlanarak çalışmaya dahil edilmiştir. Yapılan görüşmeler 12 dakika ile 37 dakika arasında sürmüştür. Bu görüşmelerin çeviriyazıya dönüştürülmesi ile 48 sayfalık veri seti elde edilmiştir.

Verilerin Analizi

Görüşmelerden elde edilen ses kayıtlarının birebir yazıya dökümü gerçekleştirilmiştir. Daha sonra katılımcıların anonimliğini sağlamak için her bir katılımcıya kod verilmiştir. Tüm katılımcıların ses kaydı dökümleri MAXQDA 20.4.0 paket programına aktarılmış; içerik analizi için hazır hale getirilmiştir. Ardından hem alanyazın hem de görüşme soruları göz önünde bulundurularak bir kodlama anahtarı hazırlanarak MAXQDA’nın kod sistemine aktarılmıştır. Ardından veriler, satır satır

kodlanarak ortaya çıkan yeni kodlar kod sistemine eklenmiştir. Kodlama sürecinde veriler, tekrar tekrar okunmuş ve kodlama tamamlandıktan sonra iki kez kodlar kontrol edilmiştir. Kodlama süreci bittikten sonra, çalışmanın inandırıcılığı için kod listesi bir uzmana iletilerek kodları kontrol etmesi istenmiştir. Uzmanın görüşlerine göre kodlarda ve temalarda ilgili düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Son hale getirilen kodlar ve temaların MAXQDA aracılığı ile görselleri oluşturularak raporlama için hazır hale getirilmiştir.

Nitel Araştırmalarda Kullanılan Titizlik Kriterleri

Kapsamlılık ve titizlik, katılımcı teyidi, yöntemlerin ve analizin şeffaflığı için bir etik kurul onayının kullanılması ve görüşme transkripsiyonlarından birebir alıntılarının kullanılmasıyla sağlanmaya çalışılmıştır. Katılımcı teyidi süreci, katılımcılara transkriptlerdeki yazım hatalarını veya yanlış aktarımları düzeltme ve potansiyel olarak tanımlayıcı bilgileri (çalışılan kurum ismi, çalışılan lokasyon vb.) çıkarma fırsatı sağlamak için görüşme dökümlerinin gönderilmesi yoluyla gerçekleştirilmiştir. Verileri farklı açılardan analiz etmek için görüşme notlarının (birinci yazarın katılımcılarla görüşmesi esnasındaki notları) yanı sıra toplantı notları (birinci ve ikinci yazar arasında gerçekleştirilen toplantı notları) ve yansıtıcı günlüğün dikkate alındığı veri-kaynak çeşitlemesi kullanılmıştır. Araştırmacı çeşitlemesi, kategorilerin doğrulanması için transkriptlerin araştırmaya dâhil edilmeyen dil ve konuşma terapisi alanında doktora düzeyinde diplomalı başka bir DKT tarafından gözden geçirilmesini içermektedir (Patton, 2015). Görüşmeci, çalışma başlamadan önce ve çalışma boyunca bir yansıtıcı günlük kullanarak GDB'nin yönetimine ilişkin kendi önyargılarını ve klinik deneyimlerini ifade etmiştir ve ikinci yazar ile tartışmıştır. Bu yansıtma süreci, ikinci yazar ile birlikte yapılan düzenli toplantılar sırasında çalışma boyunca sürdürülmüştür.

Etik Kurul Onayı

Veri toplamaya başlamadan önce, araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için gerekli etik kurul izni Bahçeşehir Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan 7 Temmuz 2023 tarihinde alınmıştır (Karar no: E-85646034-604.02.02-62570).

Bulgular

15 katılımcı ile gerçekleştirilen görüşmelerden elde edilen bulgular, altı tema ve dört alt tema çerçevesinde sunulmuştur. Bu temalar şunları içermektedir: Terapi sürecindeki zorlayıcı durumlar, kullanılan değerlendirme araçları, değerlendirme araçları ile ilgili görüş ve öneriler, müdahale yaklaşımları, aile katılımını sağlamaya yönelik uygulamalar ile aile ve danışanın motivasyonunu sağlamaya yönelik stratejiler.

Katılımcılar, GDB ile çalışırken kendileri için zorlayıcı olan durumlardan söz etmişlerdir (Şekil 1). Buna göre, en zorlayıcı durum ailenin beklentileri, çocuğun ek tanısının bulunması, seans sırasında çocuktaki problem davranışların varlığıdır.

“Ailenin beklentileri de zorlayıcı olabiliyor. Peki, burada aile beklentileri derken yüksek beklentiler. Yani daha hiç sözce olmayan bir çocuktan hatta söz öncesi becerileri tam olmayan bir çocuktan üçüncü seansta hala bir sözcük gelmedi diye bir beklenti olunca, o biraz zorlu bir süreç olabiliyor.”
(K13)

“Çocuk belki aynı zamanda otizm spektrum bozukluğu perspektifinde, yani spektrumda yer alıyor, ama sadece bu, konuşma terapisi ile düzelebilecek bir durum değil, yani konuşma terapisi çok gerekli, gelişimsel dil bozukluğuna yönelik yaptığımız müdahaleler çok gerekli, fakat farklı sendrom veya hastalıklarla da ilişkili tablolar olabileceği için benim en zorlandığım durumlar salt gelişimsel dil ve

konuşma bozukluğu olmayıp, farklı sendromlara bağlı veya hastalıklara bağlı ortaya çıkan dil ve konuşma bozukluklarına yönelik terapi süreçlerinde zorlanıyorum diyebilirim.” (K8)

“İlk seans -değerlendirme seansında- çocuk çok fazla regüle olamıyorsa, çok fazla ağlıyorsa ve daha çok davranış problemleriyle alakalı sıkıntı yaşıyorsa ben daha çok onda zorlandığımı hissediyorum. Eee.. ilk seanslarda beni genelde bu zorluyor.” (K1)

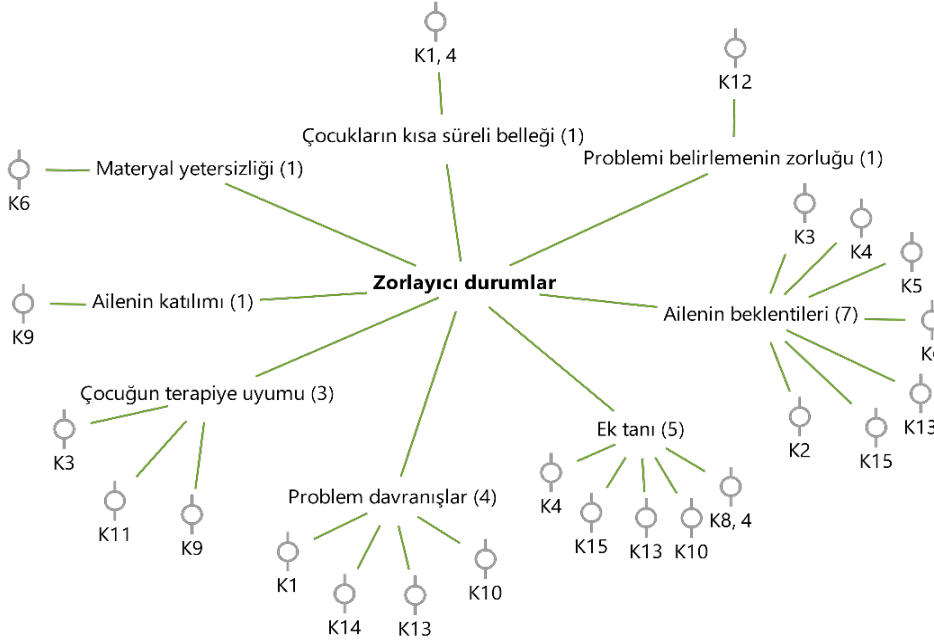
Çocukların kısa süreli bellek düzeyleri, seanslara ailenin katılımı, seanslar için materyal yetersizliği ve çocuktaki problemi belirlemenin zorluğu ise katılımcılara göre diğer zorlayıcı durumları içermektedir.

“Gelişimsel dil bozukluklarının bence en zorlayıcı kısmı çok geniş bir çerçeveye yayılıyor olması. Yaş seviyesi çok fazla, dil dediğimiz şeyin açılımı çok fazla. Bundan dolayı çok fazla kategoriye bölüldüğü için en zorlayıcısının nerede problem benim? Asıl problemim demek bence en zor durum, çünkü o problemler de birbirinden etkileniyor, bu yüzden bence genel olarak kategorinin genişliği çok zorlayıcı.” (K12)

“Aile katılımını çok önemsiyorum, belki de terapinin yani 40 dakikalık seansın bazen 15 dakikasını aileye ayırmak durumunda kalabiliyorum, önemsiyorum bunu, fakat bu 40 dakikanın 15 dakikasının aileye ayrılmasının mantığını kavramada zorluk çekebiliyor aileler çocukla birlikte terapi bile bir terapinin daha önemsendiğini görüyorum bunlarda çok zorluk çekiyorum.” (K9)

Şekil 1

Terapi Sürecinde Zorlayıcı Durumlar



Katılımcılar, GDB ile çalışırken kullandıkları formal değerlendirme araçlarını ve informal değerlendirme yöntemlerini dile getirmişlerdir (Şekil 2). Buna göre, formal değerlendirme araçlarından Türkçe Erken Dil Gelişim Testi (TEDİL, Topbaş & Güven, 2013) en fazla kullanılırken, bunu Türkçe Okul Çağı Dil Gelişim Testi (TODİL, Topbaş & Güven, 2017), Ankara Gelişim Envanteri (AGTE, Savaşır ve ark., 1995), Türkçe İletişim Gelişimi Envanteri (TİGE, Aksu-Koç ve ark., 2011) ve Türkçe İfade Edici ve Alıcı Dil testi (TİFALDİ, Kazak-Berument & Güven, 2013) takip etmektedir. Dil Gelişimi Tarama Envanteri (DİLTAR, Gökçümen, 2014), Bilişsel Değerlendirme Sistemi (ing. “*Cognitive Assesment System*”; Ergin, 2003; Naglieri & Das, 1997) ve Çocuklar İçin Zihin Kuramı Test Bataryası (ÇİZKTB) (A Theory of Mind Task Battery for Children; Hutchins ve ark., 2008) ise kullanılan diğer formal değerlendirme araçları arasındadır.

“Eğer çocuğun dikkati varsa, göz teması varsa, yani gösterme gibi söylediğim şeyi dinleyip, buna bağlı olarak yönergeleri yerine getirme gibi bir durumu varsa, TEDİL uyguluyorum, yoksa ailelerden

TİGE, DİLTAR bağlamında çocuğun gelişimsel süreciyle ilgili bilgiyi alıp aynı zamanda da genellikle şu an otizm bağlamında çalıştığım için floortime değerlendirme ölçeğini uyguluyorum, bunun belli bir standardizasyonu yok zaten çocuğun iletişimsel olarak niyetine, ortak dikkatine, sürekliliğine, bu bağlamda da aynı zamanda bir şey istediğin zaman istek olarak ifade ettiği şeyin sözcük ya da davranış biçimi mi gibi bu basamakları kullanarak değerlendiriyorum.” (K10)

“He şey erken okuryazarlığa bazen bazı çocuklarda bakabiliyorum, onunla alakalı testler uyguluyorum. Ya da zihin kuramı bataryaları testleri. Ama işte bunlar zaman içerisinde ilk değerlendirmede yaptığım şeyler değil hepsi. Hani çok uzun sürüyor bu. Zaman içinde gerek gördükçe yaptığım şeyler.” (K1)

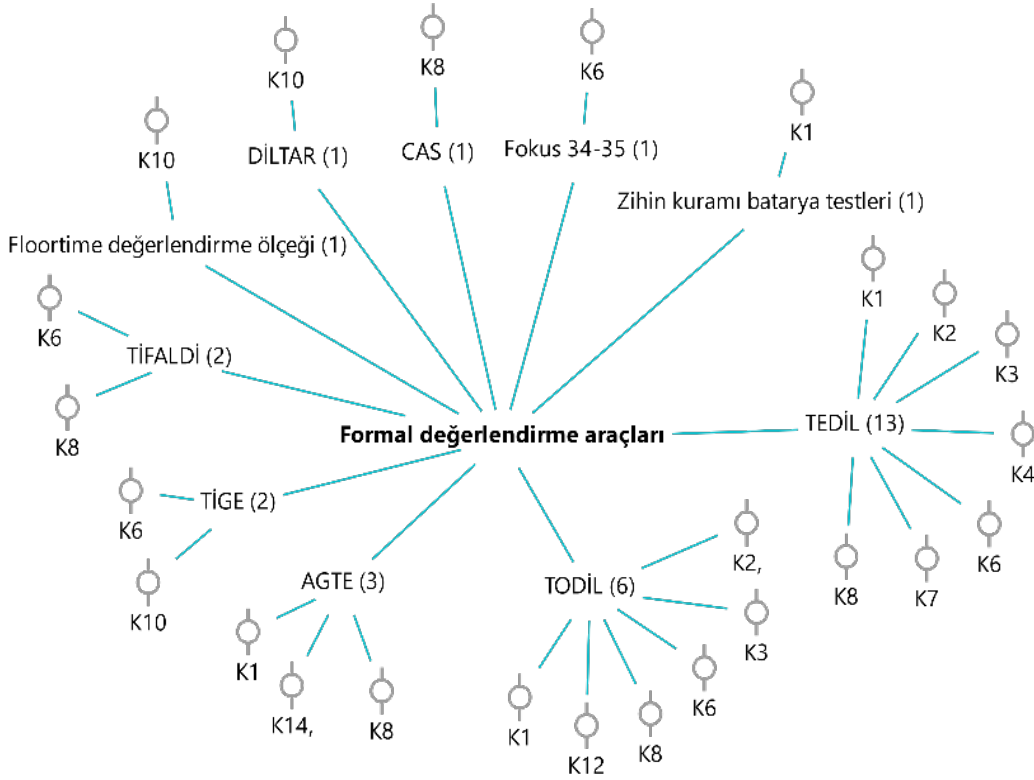
Katılımcılar, informal değerlendirme yöntemlerinden sırası ile nitel gözlemler, dil örneği analizi, standardize olmayan form ve ölçekler ile aile görüşmelerini kullanmaktadır.

“Ben informal gözlemi çok çok önemsiyorum, bu esnada neler yapıyorum artık çocuğun o değil bileşenlerinin hangilerinde eksiklik varsa, oyun esnasında serbest konuşma esnasında onları ben de not almaya çalışıyorum, özellikle pragmatik beceriler noktasında çok eksiklik var.” (K9)

“Ailenin verdiği bilgiler benim için informal gözlemler yapıyorum, önce aileyi değerlendirmeye alıyorum, aileden bilgiler aldıktan sonra çocuğa dair tüm bilgileri aldıktan sonra, ben kendi değerlendirmeme geçiyorum informal ve gerekirse formal değerlendirme yapıyorum. Formal değerlendirmeye her zaman başvurmuyorum açıkçası, sadece beni zorlayan ve daha komplike vakalarda daha çok daha yapılandırılmış bir ortam sunuyorum o şekilde.” (K7)

Şekil 2

Kullanılan Değerlendirme Araçları



Katılımcılar, GDB'ye yönelik kullandıkları değerlendirme araçlarına ilişkin görüşlerini ve önerilerini ifade etmişlerdir (Şekil 3). Buna göre, 11 katılımcı bu araçların yetersiz olduğunu belirtirken; bir katılımcı yeterli olduğu görüşündedir. Yetersiz olduğunu dile getiren katılımcılar bunun nedenini, standart testlerin doğru sonuç vermemesi ve ayrıntılı değerlendirme yapmaması, dilin bileşenlerini yeterli düzeyde ölçmemesi, ergenlik dönemindeki bireylerin dil zorluklarına ilişkin standart bir testin olmaması ve informal değerlendirme ile birlikte yeterli olmasına bağlamaktadır.

“Yani aslında tabii ki daha farklı araçlar olabilir değerlendirirken. Daha kısıtlı yoldan hani durumu belirlemeye belirleyebiliriz, ama çoğunlukla yeterli oluyor.” (K4)

“Formal değerlendirmeler bence her zaman yeterli değil, her süreçte yeterli değil özellikle gelişimsel dil bozukluğunda ailenin verdiği bilgilerin çok önemli olduğunu düşünüyorum, informal gözlemler ve değerlendirmelerle birlikte yeterli olabileceğini düşünüyorum.” (K7)

“Ergenlerde dil bozukluğunu bakacağımız hiçbir materyal ve hiçbir standart test yok. Bu beni sinir ediyor. Neden? Çünkü benim çok öyle benim öyle çok vakam var. ADHD¹'si olup öğrenme güçlüğü olup benim standart olarak değerlendiremediğim on yaşına gelen bir çocuk. Buna ne diyeceğim ki? Ne zaman hani hangisinden saptı diyeceğim mesela. On yaşında değil bu çocuğu nasıl söyleyeceğim? Aileye anlatabiliyor muyum? Yani diyorum ki mecburen evet birazcık geride çocuğunuz ama neye göre geride yani?” (K14)

Katılımcıların değerlendirme araçlarına önerileri ise, kültürel çeşitliliklere hassas testlerin geliştirilmesi, günlük yaşam becerilerini ölçen testlerin geliştirilmesi, dilin bileşenlerine yönelik ayrı testlerin oluşturulması, çocuğun tüm gelişim alanının bir arada değerlendirilmesi ve şu an kullanılan ölçme araçlarındaki materyallerin standart hale getirilmesi yönündedir.

“Oyuncaklar biraz daha standartlaştırılabilir. Hani herkesin elinde çünkü ne varsa onunla bakıyor. Hani orada hani TEDİL'de nasıl işte bebek vesaire bazı birkaç bir şey var. Hani bizim doğal kendi baktığımız informal olan için de hani belli oynayacaklar standartlaştırılıp hani herkesin oyun şekli farklı olabilir ama oradaki baktığımız asıl beceriler aynı olacak eninde sonunda. Belki öyle bir şey olsa güzel olur.” (K13)

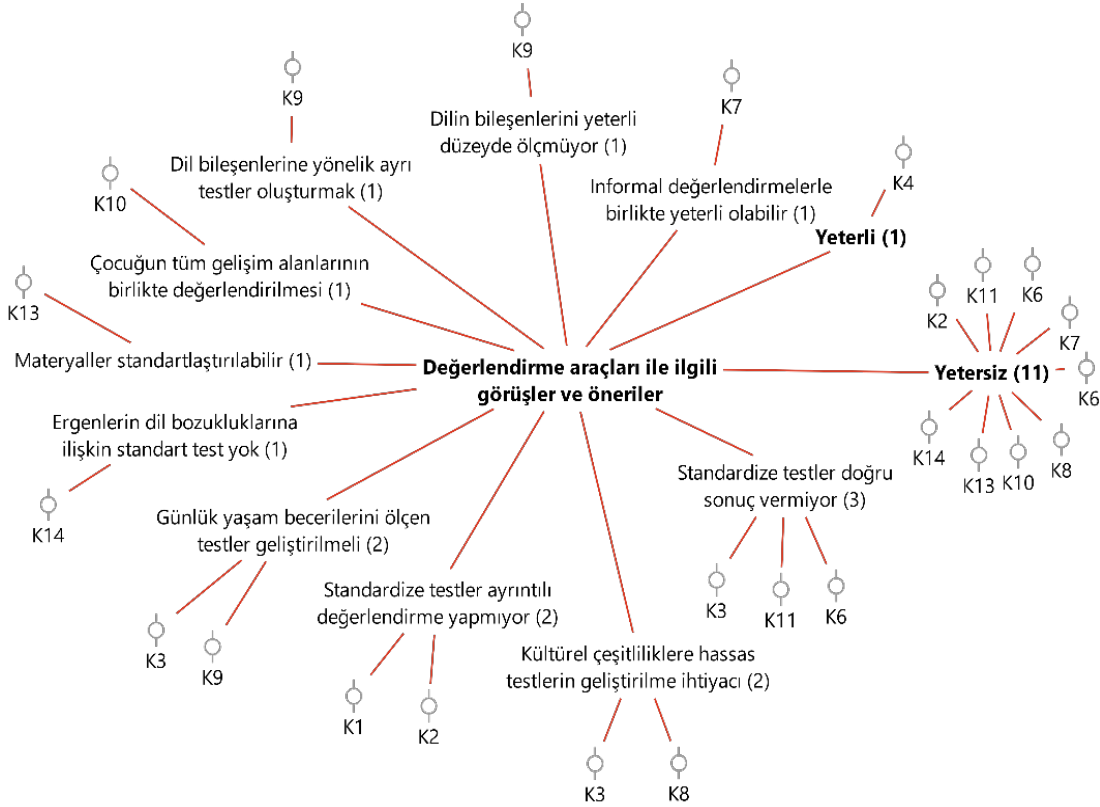
“Türkçe dil özelliklerini benimseyen, Türk aile yapısı ve sosyokültürel düzeye uygun bizim kültürümüzün motiflerini barındıran ve ailelerimizin kültürel ve gelişim yapısına uygun içeriklerin olduğu ve çocukların bu bağlamda geliştiğini varsayan taskların bulunduğu ve buna yönelik

¹ DEHB (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu) (ing. “Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)”) |

anlaşılabilirliklerin ön plana konulduğu değerlendirme araçlarına ciddi anlamda ihtiyaç olduğunu söyleyebilirim.” (K8)

Şekil 3

Değerlendirme Araçlarına İlişkin Görüş ve Öneriler



Katılımcılar, GDB’de kullandıkları müdahale yaklaşımlarını ve bunların nedenlerini ifade etmişlerdir (Şekil 4 ve Şekil 5). Katılımcılar en fazla sırası ile floortime, doğal dil öğretimi yaklaşımlarını, etkileşim temelli yaklaşımları, Milieu dil öğretimi ve Etkileşim Temelli Erken Çocuklukta Müdahale Programı (ETEÇOM) kullanmaktadırlar. Kullanılan diğer yaklaşımlar Şekil 4’te sunulmuştur. Katılımcılar, bu yaklaşımları tercih ederken; çocuğun gelişimi ve ihtiyaçlarına, çocuğun ek tanısının varlığına, çocuğun ilgi alanlarına, çocuğun bireysel özelliklerine, terapi odasının özelliklerine ve aile katılımının varlığına dikkat ettiklerini ifade etmişlerdir.

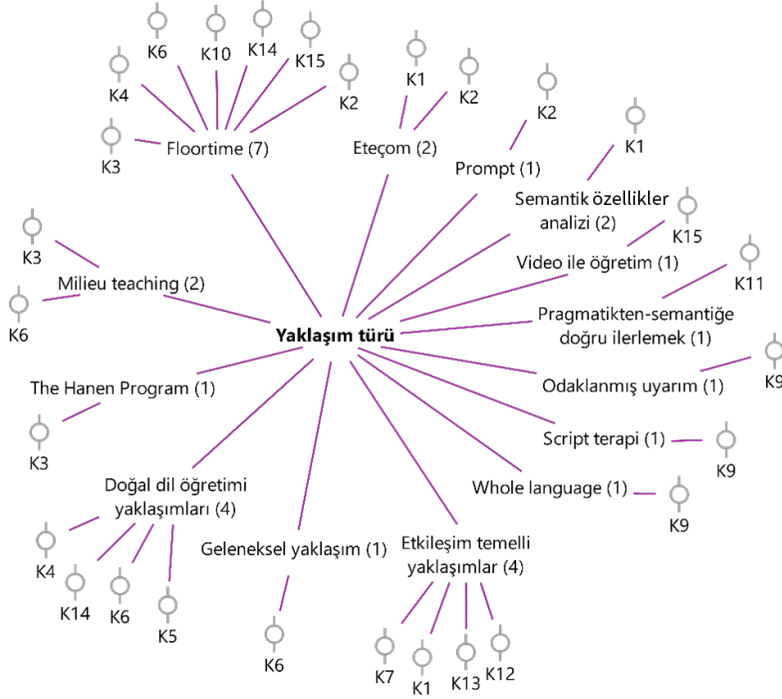
“Ağırlıklı floortime terapisi yapıyorum. Beraber işte öğretim tekniklerine de bir süre sonra geçişi sağlıyorum. Video ile öğretime (Video teaching) geçiyorum. Çocuğun ev içi hani öğrenmesini desteklemek için aileye model olma yaklaşımlarını yani işte o da normatif değerlendirmede bulunuyorum. Ev içinde devam ediyoruz. Terapi bu şekilde bir bakış açısı aslında sunuyorum diyebilirim genel anlamda.” (K15)

“Çocukları her zaman her, eee, problem için biricik görüyorum ve çocuğun yapabildiğine göre kendi, eee, yöntemimi şekillendiriyorum. Yani, PROMPT aldım, Floortime aldım. ETEÇOM aldık galiba, beraber aldık. Ve benzeri.... Hani hepsini, eee, çocuğa göre revize edip kullanıyorum.” (K2)

“Hani yöntemlerin sadece bir tanesinden ziyade ee çocuğun ihtiyacına yönelik kullandığım için tabii ki...ee...Böyle hani sorunca benim de aklıma gelmedi. Ee Çoğunlukla...ee...çocuğun ilgisini takip ettiğim için tabii ki floortime yöntemi ile alakalı, ee, bazı stratejiler var, onları kullanmaya çalışıyorum. Genelde daha doğal yaklaşımları benimsiyorum, ama çok yapılandırılmış bir şeyden ziyade gelişimsel dilde tercih ettiğim daha çok doğal dil yaklaşımları.” (K4)

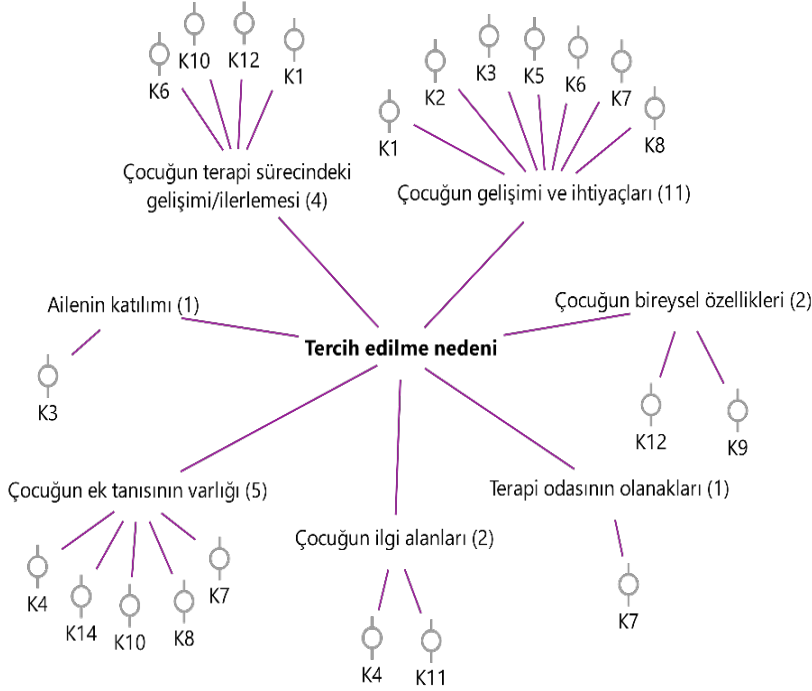
Şekil 4

Kullanılan Müdahale Yaklaşımları



Şekil 5

Kullanılan Müdahale Yaklaşımlarının Tercih Edilme Nedenleri



Katılımcılar, GDB ile çalışırken aile katılımını sağlamak için gerçekleştirdikleri uygulamalardan söz etmişlerdir (Şekil 6). Katılımcılar, aileye çocukları ile etkileşim kurma deneyiminin nasıl daha nitelikli hale getirilmesini gösterdikleri ve bu konuda bilgilendirdiklerini, ailenin seansı gözlemlemesi ve süreci fark etmesi için aileleri seansa doğrudan dahil ettiklerini, aileye çocuğu ile birlikte gerçekleştirmeleri için ödev verdiklerini, seansı video kaydına alarak aileye gönderdiklerini, ailelerle katılımlarının önemi hakkında motivasyon konuşmaları yaptıklarını ve çocuğun terapi sürecindeki gelişimini aileye gösterdiklerini ifade etmişlerdir.

“Genel olarak aile zaten ben terapi yaparken yanımda oluyor gelişimsel dilde. Yanımda olduğu için değerlendirmeyi aslında yapmam da kolay oluyor. Aynı zamanda aile çocuk arasındaki etkileşimi değerlendirmem de izlemem açısından da avantajlı oluyor. Oyun oynamayı, en azından terapötik olarak bir oyun oynamanın nasıl olacağını göstermek şeklinde öğretmek demiyim ama göstermek şeklinde gidiyor.” (K11)

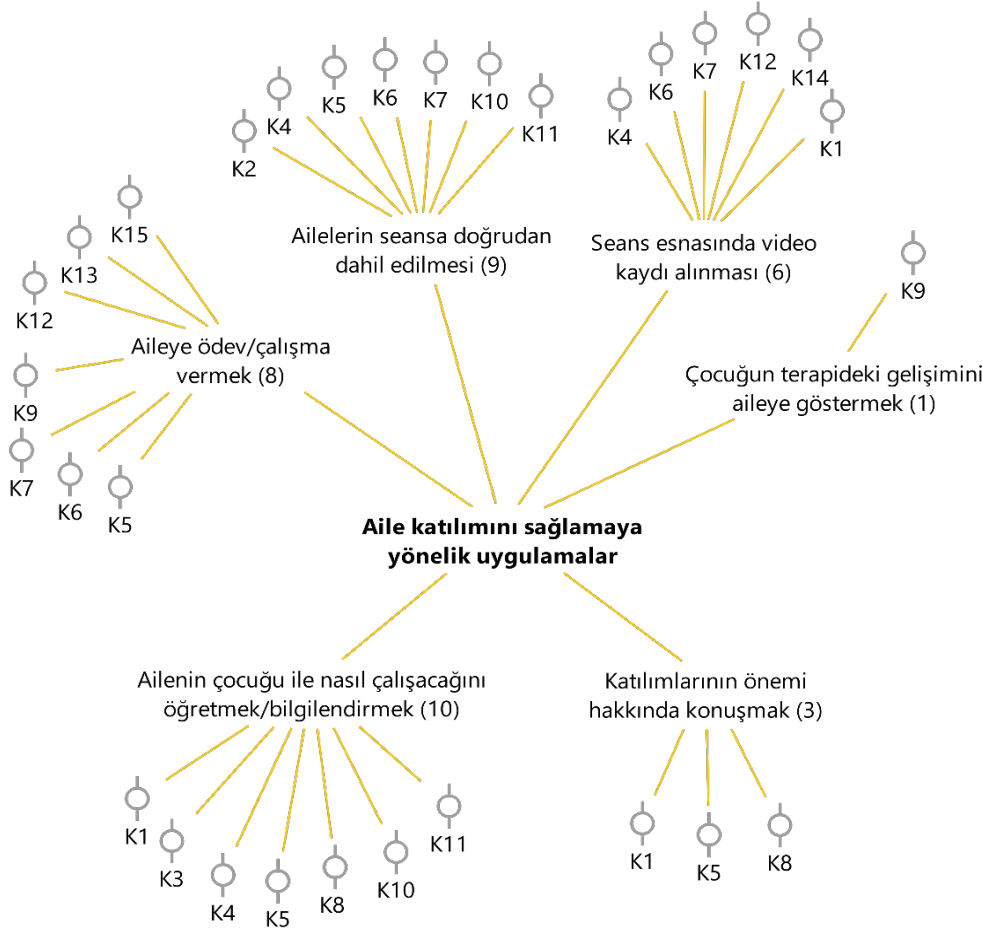
“Ben onlara zaten temel amacım rehberlik etmek. Yani hani haftada bir gelerek gelişimsel dilde... Vav... Bu çocuk bu kadar ilerledi falan dememizin bir manası yok. Aileye öğretebildiğimiz, yani ne kadar strateji öğretebiliyoruz ona bakıyoruz zaten. O yüzden de yani video kamera kaydı istiyorum ben. Evde ne yaptıklarını görmek istiyorum. Yani normal tipik ortamlarında falan filan. O yüzden zaten aileyi kesinlikle dahil ediyorum. Yani video kamera kaydı ekleyebilirsin buraya diyeyim. Hani onu kullanıyorum. Aileyi muhakkak seansa alırım. Bütün stratejileri öğretirim.” (K14)

“Ailenin katılımı çünkü gelişimsel dil bozukluğunda açıkçası biz çocuğa terapilerde dilin hepsini sunamayız dilin her...ımmm...şeyini öğretemeyiz çocuğa, o yüzden terapi odası dışında bunları genellemesi ve öğrenmesi ve deneyim elde etmesi çok çok önemli. Bu noktada ailenin katılımını çok daha fazla önemiştir. Konuşma sesi bozukluğu terapilerinden seanslarıma almak olsun, seanslardan video çekip onlara gönderip aynı videoları veya ipuçlarını yakalayıp bu ipuçlarına

dikkat ederek onlardan aynı dönütü bekliyorum video şeklinde ve mutlaka yine ödevlendirmeler yapıyorum.” (K7)

Şekil 6

Aile Katılımını Sağlamaya Yönelik Uygulamalar



Katılımcılar GDB ile çalışırken ailelerin ve kendilerinin motivasyonlarını sağlamak için yaptıkları çalışmaları dile getirmişlerdir (Şekil 7). Bunlar, aile ile motivasyon konuşmaları, terapi sürecini aileye anlatmak, çocuğun terapideki gelişimini aileye göstermek ya da anlatmak, çocuğa sosyal pekiştireçler sunmak ve terapi sürecini oyunlaştırmaktır. Ayrıca, Şekil 8’de tüm tema, alt tema ve kodlar sunulmaktadır.

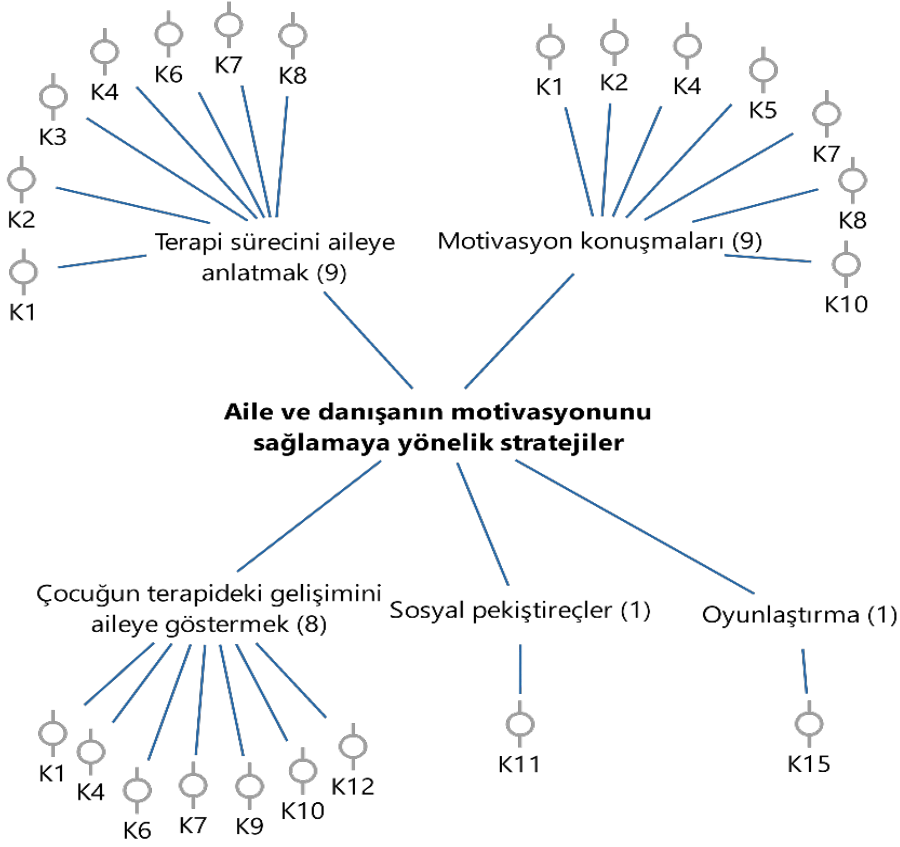
“Terapiye inandırabilmek için de bakın bu böyle böyle sizinki şöyle şöyle ilerledi bakın hani bu böyleydi. Eskisiyle yaptığınız farkları sunmak, kısa dönemleri, hedefleri yapılabildiğini göstermek. Ailenin kendi içerisindeki değişimlerini ortaya çıkarmak aslında önemli olan. Hani hayat kalitelerinin arttığını gösterecek yorumlarda bulunmak bence en önemli faktörler olarak söyleyebilirim açıkçası.” (K12)

“Mümkünse benim enerjim yüksek olmalı yani o pekiştireçler de daha çok sosyal pekiştireç oluyor haliyle, çok nadir somut bir pekiştireç kullanırım. Nispeten bunlar işte yıldızmış, kareymiş, boyama yapmasına izin vermiş gibi oluyor. Daha çok sosyal olarak herhangi işte terapide bulunan stajyerin şaşırması işte “aa bu böyle mi söyleniyor” deyip stajyer hata yaptığında onu söylemeye karşı istencinin artması gibi belirteçlere bakarak motivasyonunu önemsiyorum, yani genelde sosyal pekiştireç üzerinden gidiyor aslında. Sosyal hayatlarında da tabiki de çocuk zaten anlaşılabilirliğini hissettikçe senden bağımsız olarak da daha fazla üretim yapıyor, yani doğal yoldan da aldıkları sosyal bir pekiştireç oluyor böylece.” (K11)

“Aileye yine, eee, şeyi gösteriyorum, ne kadar ilerlediğimizi. Mesela bir sözcük defterimiz oluyor. İşte, sözcük defterimizde “Bunları hiç kullanmıyorken, işte, şimdi bunları kullanıyoruz.” Her ay onlara düzenli bakıyoruz. Ya da mesela bazen resimli kartlar oluşturuyoruz çocuklarla. İşte, markete gittiğinde o şeyleri yaparken cümlelerimiz oluyor. Mesela işte, “Bakın, bu cümleleri kullanıyormuşuz; şimdi, işte, bu eki de kullanmaya başlamışız, bu bağlacı da eklemiştir.” gibi, eee, biraz daha anlatarak, eee, bu süreci, eee, ilerletmeye çalışıyorum. Yavaş ilerlediğim çocuklarda gerçekten ailenin, eee, motivasyonu daha düşük oluyor. Ama olabildiğince anlatıp yönlendirmeye çalışıyorum velileri.” (K3)

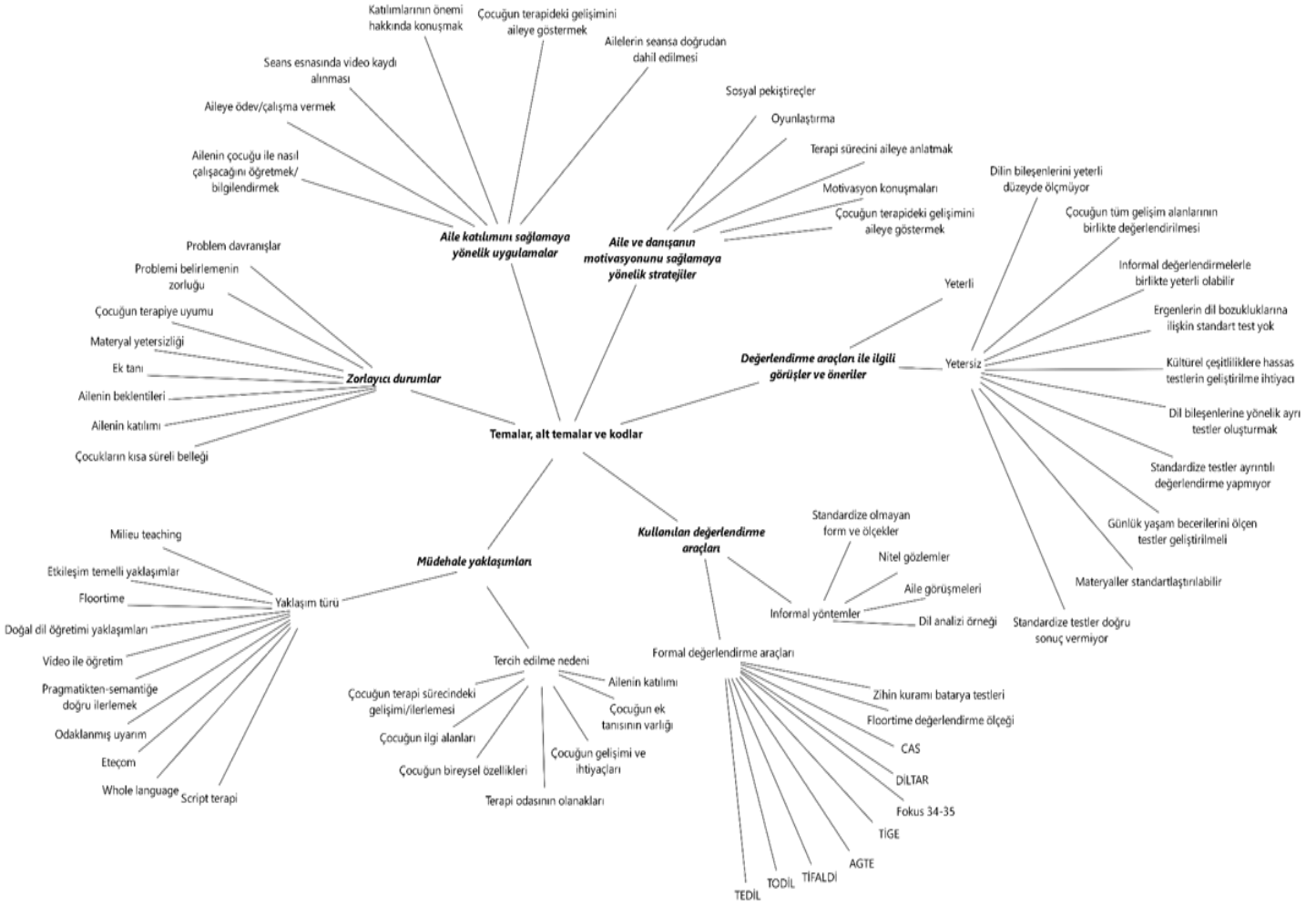
Şekil 7

Aile ve Danışanın Motivasyonunu Sağlamaya Yönelik Uygulamalar



Şekil 8

Tüm tema, alt tema ve kodlar



Tartışma

Değerlendirme ve Ayırıcı Tanı

Katılımcıların farklı sorulara verdiği farklı cevaplar incelendiğinde araştırmaya dahil edilen DKT'lerin büyük bir kısmının GDB'nin tanımı konusunda kafa karışıklığı yaşadığı fark edilmiştir.

Birçok DKT'nin Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), zihinsel yetersizlik veya Down Sendromu gibi

tanılara sahip danışanlarından GDB başlığı altında bahsetmeleri bu duruma örnek olarak verilebilir. Literatüre bakıldığında ise benzer şekilde, GDB'nin tanımlamasıyla ilgili uzlaşmanın sağlanmasına yönelik zorluktan bahsedildiği ve GDB'nin iyi tanımlanmış bir durum olarak düşünülmemesi gerektiği ifade edilmektedir (Bishop ve ark., 2017). Bazı araştırmacıların GDB ile diğer durumlarla ilişkili dil bozuklukları arasında bir ayırım yapılmasını savunduğu, bazı araştırmacıların ise bu tür ayırımları gereksiz bulduklarını ifade ettikleri bilinmektedir. Ancak GDB'yi, beyin hasarı, sensörinöral işitme kaybı, genetik sendromlar, zihinsel yetersizlik ve OSB dahil olmak üzere bilinen veya muhtemel bir biyomedikal kökeni olan “farklılaştırıcı koşullar” ile ilişkili dil bozukluğu vakalarından ayırmanın yararlı olduğu sonucuna güncel alanyazında dikkat çekildiği ve GDB tanımlamasının yapıldığı görülmektedir. Ayrıca GDB'nin net bir biyomedikal etiyolojiye sahip olmayan daha hafif nörogelişimsel bozukluklarla birlikte ortaya çıkabildiği de ifade edilmektedir. Normal aralıktaki sözel olmayan IQ (Intelligence Quotient), geleneksel olarak GDB tanısına dahil edilmektedir, fakat bu durum kanıtlarla desteklenmediği için reddedilmiştir. Tüm bunlara ek olarak GDB, dil ve konuşma terapisi hizmetlerinden yararlanacak çocukları belirlemede faydası olan bir kategori olarak görülmektedir. GDB çok faktörlü bir etiyolojiye sahiptir, dil özellikleri açısından heterojendir ve diğer nörogelişimsel bozukluklarla örtüşür (Bishop, 2017). GDB'nin heterojen doğası nedeniyle tanısı hem tartışmalı hem de karmaşıktır (Ebbels, 2014; Wright, 2014). Tanı konusundaki tartışmanın, büyük ölçüde, dil alanının ötesine uzanıyor gibi görünen eksiklikleri tanımlamak için “özgül dil bozukluğu” ifadesinin kullanılmasıyla ortaya çıktığının düşünüldüğü de çeşitli araştırmacılar tarafından anlatılmaktadır (Thomas ve ark., 2019). Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda, GDB kavramının, etiyoloji, ilişkili özellikler ve müdahale etkinliği hakkında daha fazla araştırma yapılarak muhtemelen rafine edileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların GDB'nin değerlendirilmesine yönelik TEDİL (Topbaş & Güven, 2013), TODİL (Topbaş & Güven, 2017), AGTE (Savaşır ve ark., 1995), TİGE (Aksu-Koç ve ark., 2011) ve TİFALDİ (Kazak-Berument & Güven, 2013), DİLTAR (Gökçümen, 2014), CAS (Ergin, 2003; Naglieri & Das, 1997) ve Çocuklar İçin Zihin Kuramı Test Bataryası (ÇİZKTB; Altınbaş, 2014; ing. “*A Theory of Mind Task Battery for Children*”; Hutchins ve ark., 2008) gibi formal değerlendirme araçlarından yararlandığı ortaya konmuştur. Uluslararası alanyazında da Erken Dilbilgisi Bozukluğu Testi (ing. “*Test of Early Grammatical Impairment*”; Rice & Wexler, 2001); Bütünleşik Dil ve Okuryazarlık Becerileri Testi (ing. “*Test of Integrated Language and Literacy Skills*”; Nelson ve ark., 2016); Birincil Dil Gelişimi Testi (ing. “*Test of Language Development–Primary*”; Hammill & Newcomer, 2008) ve Yetişkin Tanımlama Bataryası (Tomblin ve ark., 1992) gibi formal değerlendirme araçlarının GDB'yi değerlendirmeye yönelik kullanıldığından bahsedilmektedir (Nitido & Plante, 2020). Aynı zamanda alanyazında araştırmada ve klinik uygulamada uygun bir tanı testi ve uygun tanı yöntemlerinin seçilmesinin önemine dikkat çekilmektedir. Yüksek tanı doğruluğu sağlayan testler olmadan, araştırma örneklerine dahil edilmek üzere çocukları yanlış tanılama riski vardır. Bu da araştırma literatürünün titizliğini ve tekrarlanabilirliğini engeller (Nitido & Plante, 2020). Bununla birlikte müdahalenin uygun şekilde planlanmamasına da sebep olabilir. Bu sebeple GDB'ye sahip çocukları belirlemek ve onların mümkün olan en iyi müdahale programına katılımına yardımcı olmak üzere uzlaşmış dil tarama ve/veya değerlendirme araçlarının geliştirilmesine ihtiyaç olduğu düşünülmüştür. Aynı zamanda etkili ve erken tanı, problemler ilköğretim sürecine başlamadan önce hedeflenen rehabilitasyon müdahalelerinin planlanmasını kolaylaştırabilmesi açısından da önemli bulunmaktadır (Spaulding ve ark., 2006; Wallace ve ark., 2015).

Katılımcıların değerlendirme araçlarına yönelik önerileri ise, kültürel çeşitliliklere hassas testlerin geliştirilmesi, günlük yaşam becerilerini ölçen test seçeneklerinin artırılması, dilin

bileşenlerine yönelik ayrı testlerin oluşturulması, çocuğun tüm gelişim alanlarının bir arada değerlendirilmesi ve şu an kullanılan ölçme araçlarındaki materyallerin standart hale getirilmesi yönünde olmuştur. Uluslararası alanyazın incelediğinde de GDB'nin değerlendirilmesinde kullanılan değerlendirme araçlarına yönelik çeşitli konulara dikkat çekildiği fark edilmektedir. Örneğin bir çalışmada, bu formal testlerin normatif gruplarını oluşturan çocukların, günümüz araştırma örnekleminin ebeveynleri olabileceğinden ve standartlaştırılmış testlerin ne kadar eski olduğunun genellikle net olmamasıyla birlikte, davranışsal normların zaman içinde ve hatta bir test versiyonundan diğerine değişebileceğinden bahsedilmektedir (Pankratz ve ark., 2004). Başka bir çalışmada ise bizim bulgularımıza benzer şekilde, bazıları fonolojik kısa süreli bellek ve çalışma belleği gibi dilsel olmayan unsurlarını içerse de çoğu mevcut değerlendirme aracının (örn. CELF 5, Wiig ve ark., 2013) öncelikle dile dayalı olduğundan ve DKT'lerin bu değerlendirme araçlarına yönelik yürütücü işlev becerilerinin değerlendirilmesiyle ilgili eksikliğe dikkat çektikleri bildirilmiştir.

Müdahale

Araştırmaya katılan DKT'ler GDB'nin yönetiminde Floortime, doğal dil öğretimi yaklaşımı, etkileşim temelli yaklaşımlar, Milieu Dil Öğretimi, ETEÇOM, Prompts for Restructuring Oral Muscular Phonetic Targets (PROMPT), Semantik özellikler analizi, video ile öğretim, odaklanmış uyarım, Script terapi, bütüncül dil yaklaşımı, geleneksel yaklaşım, Hannen Programı ve semantikten pragmatığe doğru ilerleme gibi yaklaşımlardan yararlandıklarından bahsetmişlerdir. Uluslararası literatür, GDB'li çocuklara yönelik çok çeşitli rehabilitasyon müdahaleleri sunmaktadır. Örneğin, yakın zamanlarda bazı araştırmacıların, dil ve davranış müdahalesinin entegre edildiği bir yaklaşımı savundukları fark edilmektedir (Curtis ve ark., 2019; Hancock ve ark., 2022; Kaiser & Roberts, 2011). Örnek olarak, Hollanda'da GDB'ye sahip birçok okul öncesi çocuğa çocukların hem dil hem de davranış becerilerini geliştirmeyi amaçlayan dil ve etkileşimde iletişimi hedefleyen disiplinler arası

bir müdahale uygulanmıştır. Bu yaklaşımda, sistemik işlevsel bir dil müdahale stratejisi kullanılarak (Halliday & Matthiesen, 2014; De Oliveira & Westerlund, 2021), dil becerileri bir anlam oluşturma aracı olarak görülmüş ve yaklaşım akranlar, klinisyenler, bakıcılar ve ebeveynlerle etkileşimde iletişimsel bağlamlarda uygulanmıştır. Davranış, yürütücü işlevler ve sosyal-duygusal gelişim gibi diğer gelişimsel alanlar, müdahalenin doğal parçaları olarak tanımlanmaktadır (Scheper ve ark., 2019). Bu yaklaşım, kademeli olarak karmaşık cümlelerde (bir diğer deyişle, dil) kelimelerin kullanımının ve anlaşılmasının değişen durumsal bağlamlarda (bir diğer deyişle, iletişim) işlevsel kullanımlarıyla sürekli etkileşime girdiğini gösteren nörobilişsel bulgularla tutarlı bulunmuştur (Hagoort, 2016). Bunun yanında literatürde GDB müdahalesine yönelik tanımlanmış bazı diğer yaklaşımlar arasında ise Fast for Word (FFW-L) bilgisayar yazılımı (Cohen ve ark., 2005; Gillam ve ark., 2008); açık-örtük öğretim yaklaşımı (ing. “*explicit-implicit instructional approach*”; Finestack, 2018); dilbilgisel müdahale (ing. “*grammatical intervention*”; Smith-Lock ve ark., 2015); hikaye anlatma becerileri müdahalesi (ing. “*narrative skill intervention*”; Petersen, 2011; Favot ve ark., 2020), erken okuryazarlık ve dil öğretimi (ing. “*Teaching Early Literacy and Language (TELL)*”) (Hund-Reid & Schneider, 2013); bir kitap paylaşımı bağlamında sözlü çıkarımsal anlamayı hedefleme (ing. “*targeting oral inferential comprehension within a book sharing context*”; Dawes ve ark., 2019); Milieu Dil Öğretimi (ing. “*Milieu Language Teaching*”; Yoder ve ark., 2012); Geliştirilmiş Milieu Öğretimi (ing. “*Enhanced Milieu Teaching*”; Roberts ve ark., 2012); Genel Hedeflerin Yeniden Düzenlemeleri (ing. “*Broad Target Recasts (BTR)*”, Yoder ve ark., 2005); “My Sentence Builder” bilgisayar programı (Wren ve Roulstone, 2008); Rekabetçi Girdi Kaynakları (ing. “*Competing Source of Input (CSI)*”, Fey ve ark., 2017); e-kitapları kelime edinimini desteklemek için bir araç olarak kullanmak (Smeets ve ark., 2014); fonolojik becerileri desteklemek için çizimler ve nesnelere barındıran masa oyunları ile standart terapi, etkileşimli oyun ve ses ile kelime uyarılarını içeren bilgisayar destekli terapi (Wren & Roulstone, 2008); müzikli materyal ile İşitsel Uyarım

Eğitimi (ing. “*Auditory Stimulation Training (ASTM)*”; Roden ve ark., 2019); yeni tablet tabanlı yaklaşım (ing. “*novel tablet-based approach*”; Jesus ve ark., 2019); kaba motor aktivite (ing. “*Gross Motor Activity*”) (Diaz-Williams, 2008); maksimal karşıtlık yaklaşımı (ing. “*maximally contrasting approach*”; Allen, 2013) ve ifade edici dile yönelik fonolojik görevler, fonolojik farkındalık ile işitsel ayırt etme ve dinleme aktivitelerinin kombinasyonuna dayanan fonolojik terapi (Lousada, 2013) uygulamalarından bahsedilmektedir. Araştırmaya katılan DKT’ler GDB’ye yönelik müdahalelerinde herhangi bir teknoloji destekli müdahale yaklaşımlarından (örneğin, herhangi bir yazılım veya tablet tabanlı uygulama) bahsetmemektedir. Uluslararası alanyazında belirtilen tablet tabanlı uygulama veya e-kitapları kelime edinimini desteklemek için bir araç olarak kullanmak gibi müdahale yaklaşımları göz önünde bulundurulduğunda, bu durum hem klinik uygulama hem de araştırma literatürü açısından incelenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Katılımcıların müdahale yaklaşımı tercihlerini etkileyen nedenler arasında çocukla ilgili nedenler (çocuğun gelişimi, ihtiyaçları, bireysel özellikleri ve ilgi alanları), ek tanı durumu, terapi odasının özellikleri ve ailenin sürece katılım durumu ifade edilmiştir. Bu noktada, katılımcıların büyük bir kısmının GDB’ye yönelik müdahalelerini belirlerken danışanlarının özelliklerini göz önünde bulundurarak karar verdikleri görülmüştür. Özellikle çocuğun bireysel özelliklerini dikkate alma bulgusu göz önünde bulundurulduğunda, Thomas ve ark. (2019) DKT’lerin GDB’ye yönelik değerlendirme uygulamalarına ait tercihlerinin bozukluğun bireysel doğası tarafından yönlendirildiğini belirtmektedir. Benzer şekilde, çeşitli araştırmalar, DKT’lerin klinik yönetim konusunda bilimsel bilgiden çok deneyimlerini kullandıkları sonucuna vardıklarını ifade etmektedir (Baker & McLeod, 2004; Brumbaugh & Smit, 2013; Joffe & Pring, 2008). Bu açıdan düşünüldüğünde, GDB’si olan çocuklarla çalışan klinisyenlerin terapi seçenekleri hakkında kanıta dayalı kararlara rehberlik edecek nispeten az sayıda araştırma sonucu olduğu ifade edilmektedir

(Cirrin & Gilliam, 2008). Dolayısıyla, bu araştırmanın sonuçları kanıt temelli uygulamaların DKT'lerin klinik pratiklerinde kullanımı ve müdahale yaklaşımının bilimsel bir nedensellik çerçevesinde tercih edilmesine yönelik ihtiyacı ortaya koymaktadır.

Ebeveyn Katılımı

Katılımcılar GDB'li danışanları ile çalışırken aile katılımını sağlamaya yönelik uygulamalarından; aileye çocukları ile nasıl çalışacaklarını öğrettiklerini ve bilgilendirdiklerini, ailenin seansı gözlemlemesi ve süreci fark etmesi için aileleri seansa doğrudan dahil ettiklerini, aileye çocuğu ile birlikte çalışması için ödev verdiklerini, seansı video kaydına alarak aileye gönderdiklerini, ailelerle katılımlarının önemi hakkında motivasyon konuşmaları yaptıklarını ve çocuğun terapi sürecindeki gelişimini aileye gösterdikleri şeklinde bahsetmiştir. Mevcut literatürün, çocukların dil edinimini kolaylaştırmak için yetişkinlerle ilişki kurmalarının dili etkili ve verimli bir şekilde edindikleri fikrini desteklediği (Schreibman ve ark., 2015) ve bu nedenle, dil müdahalesinde aile dostu ve aile merkezli felsefeleri birleştiren hizmet sunumunun önemli bir değeri olduğu ifade edilmektedir (Gaffney, 2021). Bunlara ek olarak, gelişimsel gecikmesi olan çocuklara yönelik birçok dil müdahalesinin, ebeveynlerin rolleri ve tepkileri yeterince dikkate alınmadan yalnızca çocuklara odaklandığı bildirilmekte ve dil ve konuşma terapisine ebeveyn katılımının somut faydaları olduğu ifade edilmektedir (Ronski ve ark., 2011).

Zorlayıcı Durumlar

Araştırmaya katılan DKT'lerin ailenin beklentileri, çocuğun ek tanısının bulunması, seans esnasında çocuktaki problem davranışların varlığı gibi çeşitli zorlayıcı durumlardan bahsettiği görülmüştür. Diğer bozukluklarla ilgili çalışmalara paralel olarak, GDB'nin değerlendirme ve klinik yönetiminde DKT'ler için birtakım zorluklardan bahsedilmektedir. Örneğin, önceki araştırmalar

(Collis & Bloch, 2012; Eadie ve ark., 2006; Watson & Pennington, 2015), dil güçlüklerini değerlendirmeye yönelik mevcut araçların bir düzeyde yetersiz olduğunu bulmuş ve bu durumun, günümüzde de devam ettiğini ifade etmişlerdir. Ek olarak, Roulstone ve ark. (2015) ile Thomas ve ark. (2019), ebeveynlerin dil ve konuşma terapisinin mevcudiyeti hakkında yeterince bilgilendirilmediğini ve bu durumun da DKT'ler için zorlayıcı durumlara yol açabildiğini anlatmaktadır.

Sonuç ve Klinik Çıkarımlar

Bu çalışmanın bulguları, DKT'lerin GDB'li bireyler için klinik karar verme süreci hakkında fikir vermektedir. Çocuğun bireyselliği ve ebeveynlerin terapiye katılımı, DKT'lerin klinik kararları üzerinde en önemli etkiler olarak tanımlanmıştır. Ayrıca klinik uygulamaların, uygulama ortamının özelliklerinden, DKT'nin bilgisi ve klinik deneyimlerinden etkilendiği ortaya konmuştur. Genel olarak bu çalışmanın sonuçları, GDB'ye yönelik klinik değerlendirme ve tanılama süreçlerinde terminoloji konusunda araştırmaya katılan DKT'ler arasında bir fikir birliği olmadığını göstermektedir. Bu durumun, uygulama ve araştırmayı sınırlandırabileceği ifade edilmektedir (Bishop ve ark., 2017). Ayrıca, DKT'lerin çoğunun, materyallerin mevcudiyetine veya kendi deneyimlerine dayalı olarak bir değerlendirme ve müdahale yöntemi seçtiği görülmektedir. Ancak bu uygulama danışanlar için en iyi seçenek olmayabilir. Sonuçlarımız, GDB alanında çalışan DKT'lerin, bu alandaki uzmanlardan beklenecek şekilde sıklıkla doğrulanmış tanı yöntemlerini seçmediklerini göstermektedir. DKT'nin sınırlı bilgiye sahip olması veya klinik bütçeleri en iyi değerlendirme araçlarının kullanımını etkileyebilse de klinisyenlere amaçlarına uygun en iyi testleri tercih etmeleri için rehberlik edecek yeterli bilgiye ve diğer imkanlara erişimin sağlanmasına olan ihtiyaç fark edilmiştir (örn. formal değerlendirme için kullanılan standardize edilmiş ölçeklere erişim imkanı gibi). GDB'nin daha net bir şekilde tanımlanmasının ve bu terimin kullanılması konusunda anlaşmaya

varılmasının, ciddi ve kalıcı dil sorunları yaşayan çocuklara hizmetlerin daha adil ve etkili bir şekilde dağıtılmasına yol açacağı umulmaktadır. Ek olarak, bulgularımız, DKT'lerin ebeveynler ya da bakım verenlerle doğrudan teması mümkün olmasa bile, DKT'lerin zamandan daha fazla tasarruf etmesini ve gerekli bilgileri toplamasını sağlamak için hızlı ve yönetimi kolay, kapsamlı bir ayırıcı tanı aracına ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Bulgularımız ayrıca, çocukların bireysel özelliklerine dayalı müdahaleyi planlamak için net yönergelerin olmadığını ortaya koymuştur. DKT'lerin kendi klinik deneyimlerine güvenerek klinik kararlarını belirledikleri ortaya konmuştur. Belirli tanılar ve belirli vaka grupları için hangi müdahalenin veya müdahale kombinasyonlarının en etkili olduğunu belirlemeye yönelik acil bir araştırmaya ihtiyaç olduğu ve aynı zamanda bu sorunların çözülmesinin biraz zaman alacağı düşünülmektedir. Kısa vadede ise, dil ve konuşma terapisi öğrencileri ve DKT'lere sunulan eğitimin bu ve buna benzer araştırma bulgularının belirlediği klinik ve kuramsal bilgi gereksinimlerine karşılık verecek şekilde güncellenmesi önerilmektedir. DKT'lerin ancak bu şekilde bir tanı aracı ve müdahale yöntemi seçmenin tüm farklı yönlerini dikkate alacak şekilde donanımlı hale gelebileceği düşünülmüştür.

Teşekkür

Yazarlar, yardımları için Bahçeşehir Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi bölümü öğrencilerinden Berru Nur Demir'e, Duru Dicle Tatar'a, Ece Deniz Dönertaş'a, Ecem Altuner'e, Eda Nur Suluk'a, Yaren Güven'e ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden DKT'lere teşekkürlerini iletmektedir.

Kaynaklar

- Allen, M.M. (2013). Intervention efficacy and intensity for children with speech sound disorder. *Journal of Speech Language Hearing Research, 56*(3), 865–877.
- Altıntaş, M. (2014). *Çocuklar İçin Zihin Kuramı Test Bataryası'nın 4-5 yaş Türk çocuklarına uyarlanması, geçerlik güvenirlik çalışması* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Haliç Üniversitesi.
- Aksu-Koç, A., Küntay, A.C. ve Acarlar, F. (2011) Türkçe'de Erken Sözcük ve Dilbilgisi Gelişimini Ölçme ve Değerlendirme Çalışması: Türkçe İletişim gelişimi Envanterleri: TİGIE-I ve TİGIE-II, TÜBİTAK 107KO58 Projesi Sonuç Raporu.
- APA, American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5. baskı; American Psychiatric Association: Arlington, VA, ABD.
- Beitchman, J. H., Wilson, B., Johnson, L., Atkinson, L., Young, A., Adlaf, E. ve Douglas, L. (2001). Fourteen year follow-up of speech/language impaired and control children: Psychiatric outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(1), 75–82.
- Bishop, D.M.V. & Edmunson, A. (1987). Specific Language Impairment as a maturational lag: Evidence from longitudinal data on language and motor development. *Development Medicine Child Neurology, 29*, 442–459.
- Bishop, D.M.V. (1997). Pre- and perinatal hazards and family background in children with specific language impairments: A study of twins. *Brain and Language, 56*, 1–26.
- Bishop, D. V. M. (2004). Specific language impairment: Diagnostic dilemmas. In L. Verhoeven & H. van Balkom (Eds.), *Classification of developmental language disorders* (s. 309–326).
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A. ve Greenhalgh, T., the CATALISE Consortium. (2016). CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children. *PLoS One, 11*(12).
- Bishop, D.M.V. (2017). Why is it so hard to reach agreement on terminology? The case of developmental language disorder (DLD). *International Journal of Language and Communication Disorders, 52*(6), 671-680.
- Bishop, D.M.V., Snowling, M.G., Thompson, P.A. ve Greenhalgh, T., The Catalise-2 Consortium. (2017). Phase 2 of CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*, 1068–1080.

- Brumbaugh, K. & Smit, A. B. (2013). Treating children ages 3–6 who have speech-sound disorder: a survey. *Language, Speech and Hearing Services in Schools, 44*(3), 306–319.
- Catts, H.W., Fey, M.E., Tomblin, J.B. ve Zhang, X. A. (2002). A longitudinal investigation of reading outcomes in children with language impairments. *Journal of Speech Language Hearing Research, 45*(6), 1142–1157.
- Cirrin, F. M., & Gillam, R. B. (2008). Language intervention practices for school-age children with spoken language disorders: A systematic review. *Language Speech and Hearing Services in Schools, 39*(1), S110.
- Charmaz, K. (2011). Grounded theory methods in social justice research. *The Sage Handbook Of Qualitative Research, 4*(1), 359-380.
- Chilosi, A.M., Pfanner, L., Pecini, C., Salvadorini, R., Casalini, C., Brizzolara, D. ve Cipriani, P. (2019). Which linguistic measures distinguish transient from persistent language problems in Late Talkers from 2 to 4 years? A study on Italian speaking children. *Research in Developmental Disabilities, 89*, 59–68.
- Clegg, J., Hollis, C., Mawhood, L., ve Rutter, M. (2005). Developmental language disorders – A follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*(2), 128–149.
- Cohen, W., Hodson, A., O’Hare, A., Boyle, J., Durrani, T., McCartney, E. ve Watson, J. (2005). Effects of computer-based intervention through acoustically modified speech (Fast ForWord) in severe mixed receptive-expressive language impairment. *Journal of Speech Language Hearing Research, 48*(3), 715–729.
- Collis, J. & Bloch, S. (2012). Survey of UK speech and language therapists’ assessment and treatment practices for people with progressive dysarthria. *Journal of Language and Communication Disorders, 47*(6), 725–737.
- Conti-Ramsden, G., & Botting, N. (2004). Social difficulties and victimisation in children with SLI at 11 years of age. *Journal of Speech, Language and Hearing Research, 47*(1), 145–161.

- Conti-Ramsden, G., St Clair, M.C., Pickles, A. ve Durkin, K. (2012). Developmental trajectories of verbal and nonverbal skills in individuals with a history of specific language impairment: From childhood to adolescence. *Journal of Speech Language Hearing. Research*, 55(6), 1716–1735.
- Conti-Ramsden, G., Mok, P.L., Pickles, A. ve Durkin, K. (2023). Adolescents with a history of specific language impairment (SLI): Strengths and difficulties in social, emotional and behavioral functioning. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 4161–4169.
- Creswell, J. W. (2013). *Research Design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. New York: Sage.
- Curtis, P. R., Kaiser, A. P., Estabrook, R., ve Roberts, M. Y. (2019). The longitudinal effects of early language intervention on children’s problem behaviors. *Child Development*, 90(2), 576–592.
- Dawes, E., Leitão, S., Claessen, M., ve Kane, R. (2019). A randomized controlled trial of an oral inferential comprehension intervention for young children with developmental language disorder. *Child Language Teaching and Therapy*, 35(1), 39–54.
- De Oliveira, L. C. & Westerlund, R. (2021). A functional approach to language development for dual language learners. *Journal of English Learner Education*, 1(12), 1–23.
- Diaz-Williams, P. (2013). *Using Movement Homework Activities to Enhance the Phonological Skills of Children Whose Primary Communication Difficulty is a Phonological Disorder*. Doktora tezi, Texas Woman’s University, Denton, TX, ABD.
- Duinmeijer, I., de Jong, J., ve Scheper, A. (2012). Narrative abilities, memory and attention in children with a specific language impairment. *International Journal of Language Communication Disorders*, 47(5), 542–555.
- Durkin, K., Mok, P.L.H., ve Conti-Ramsden, G. (2013). Severity of specific language impairment predicts delayed development in number skills. *Frontiers In Psychology*, 4, 1–10.

- Eadie, T. L., Yorkston, K. M., ve Amtmann, D. (2006). Measuring communicative participation: A review of self- report instruments in speech-language pathology. *American Journal of Speech and Language Pathology*, 15(4), 307–320.
- Ebbels, S. (2014). Introducing the SLI debate. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 49(4), 377–380.
- Ergin, T. (2003). *Bilişsel değerlendirme sistemi (cognitive assessment system-cas) beş yaş çocukları üzerinde geçerlik, güvenilirlik ve norm çalışması* [Yayımlanmamış Doktora Tezi], İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Favot, K., Carter, M. ve Stephenson, J. (2020). The effects of oral narrative intervention on the narratives of children with language disorder: A systematic literature review. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 33, 489-536.
- Fey, M.E., Leonard, L.B., Bredin-Oja, S.L. ve Deevy, P. (2017). A Clinical evaluation of the competing sources of input hypothesis. *Journal of Speech Language Hearing. Research*, 60(1), 104–120.
- Finestack, L.H. & Fey, M.E. (2009). Evaluation of a deductive procedure to teach grammatical inflections to children with language impairment. *American Journal of Speech Language Pathology*, 18, 289–302.
- Finestack, L.H. (2018). Evaluation of an explicit intervention to teach novel grammatical forms to children with developmental language disorder. *Journal of Speech Language Hearing. Research*, 61(8), 2062–2075.
- Finlay, J.C.S. & McPhillips, M. (2013). Comorbid motor deficits in a clinical sample of children with specific language impairment. *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 2533–2542.
- Fisher S.E., Lai C.S. ve Monaco A.P. (2003). Deciphering the genetic basis of speech and language disorders. *Annual Review of Neuroscience*, 26(1), 57-80.
- Gaffney T. (2021). *Speech-Language Pathologists' Practices of Parental Involvement in Paediatric Speech and Language Intervention Funded by the National Disability Insurance Scheme*. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. University of Canterbury, Christchurch, Yeni Zelanda.

- Gillam, R.B., Loeb, D.F., Hoffman, L.M., Bohman, T., Champlin, C.A., Thibodeau, L. ve Friel-Patti, S. (2008). The efficacy of Fast ForWord language intervention in school-age children with language impairment: A randomized controlled trial. *Journal of Speech Language Hearing. Research*, 51, 97–119.
- Gökçümen, G. (2014). *18-35 aylık çocukların erken sözcük dağarcığı gelişimlerinin Dil Gelişim Tarama (DİLTAR) ile değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Dönem Projesi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Hagoort, P. (2016). MUC (Memory, Unification, Control): A model on the neurobiology of language beyond single word processing. İçinde Hickok, G. & Small, S.L. (Ed), *Neurobiology of language* içinde (s. 339 – 347). Academic Press.
- Halliday, M. A. K., & Matthiessen, C. M. (2014). *Halliday's introduction to functional grammar* (4. baskı)
- Hammill, D. D., & Newcomber, P. L. (2008). *Test of Language Development–Primary: Fourth Edition*. Pro-Ed.
- Hancock, A., Northcott, S., Hobson, H. ve Clarke, M. (2022). Speech, language and communication needs and mental health: The experiences of speech and language therapists and mental health professionals. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 1–15.
- Haynes, C. & Naidoo, S. (1991). Children with specific speech and language impairment. İçinde *Clinics in developmental medicine*, 119, 1–11. MacKeith Press.
- Hund-Reid, C. & Schneider, P. (2013). Effectiveness of phonological awareness intervention for kindergarten children with language impairment. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 37(1), 6-25.
- Hutchins, T. L., Prelock, P. A., Chace, W. (2008). Test-retest reliability of a theory of mind task battery for children with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 23(4), 195-206.
- Jesus, L.M., Martinez, J., Santos, J., Hall, A. ve Joffe, V. (2019). Comparing traditional and tablet-based intervention for children with speech sound disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Language and Communication Disorders*, 62(11), 4045–4061.

- Joffe, V. & Pring, T. (2008). Children with phonological problems: a survey of clinical practice. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 43(2), 154–164.
- Johnson C.J. (2006). Getting started in evidence-based practice for childhood speech-language disorders. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15, 20–35.
- Kaiser, A. P., & Roberts, M. Y. (2011). Advances in early communication and language intervention. *Journal of Early Intervention*, 33(4), 298–309.
- Kazak-Berument, S., & Güven, A. G., (2013). Türkçe İfade Edici ve Alıcı Dil (TİFALDİ) Testi: I. Alıcı dil Kelime Alt Testi Standardizasyon ve Güvenilirlik Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(3), 192- 201.
- Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A., Nye, C. (2000). Prevalence and natural history of primary speech and language delay: Findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35, 165–188.
- Laws, G. & Bishop, D.V.M. (2003). A comparison of language abilities in adolescents with Down Syndrome and children with specific language impairment. *Journal of Speech Language Hearing. Research.*, 46, 1324–1339.
- Law, J., Rush, R., Schoon, I., Parsons, S. (2009). Modeling developmental language difficulties from school entry into adulthood: Literacy, mental health, and employment outcomes. *Journal of Language and Communication Disorders*, 52, 1401–1416.
- Leonard, L.B., Sabbadini, L., Volterra, V. (1987). Specific language impairment in children: A cross-linguistic study. *Brain and Language*, 32(2), 233–252.
- Lopez, K. & Willis, D. (2004). Descriptive versus interpretive phenomenology: their contributions to nursing knowledge. *Qualitative Health Research*, 14(5), 726–735.
- Lousada, M., Jesus, L.M., Capelas, S., Margaca, C., Simoes, D., Valente, A., Hall, A., Joffe, V.L. (2013). Phonological and articulation treatment approaches in Portuguese children with speech and language impairments: A

randomized controlled intervention study. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(2), 172–187.

Lum, J.A., Conti-Ramsden, G., Page, G., Ullman, D.M.T. (2012). Working, declarative and procedural memory in specific language impairment. *Cortex*, 48(9), 1138–1154.

Maggiolo, M., Pavez, M.M., Coloma, C.J. (2003). Terapia para el desarrollo narrativo en niños con trastorno específico del lenguaje (İng. tercüme: Narrative intervention for children with specific language impairment). *Revista de Logopedia Foniatria y Audiología*, 23(2), 98–108.

Nelson, N. W., Plante, E., Helm-Estabrooks, N., & Hotz, G. (2016). *Test of Integrated Language and Literacy Skills (TILLS)*. Brookes.

Nitido H. ve Plante E. (2020). Diagnosis of developmental language disorder in research studies. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 63(8), 2777–2788.

Onwuegbuzie, A. J. ve Collins, K. M. (2007). A typology of mixed methods sampling designs in social science research. *The Qualitative Report*, 12(2), 281-316.

Pankratz, M., Morrison, A., & Plante, E. (2004). Difference in standard scores of adults on the Peabody Picture Vocabulary Tests (Revize edilmiş 3. basım). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(3), 714–718.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3. baskı). Thousand Oaks, CA: Sage.

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice*. Thousand Oaks, CA: SAGE.

Petersen, D.B. (2011). A systematic review of narrative-based language intervention with children who have language impairment. *Communication Disorders Quarterly*, 32, 207–220.

- Plante, E., Ogilvie, T., Vance, R., Aguilar, J.M., Dailey, N.S., Meyers, C., Lieser, A.M. ve Burton, R. (2013). Variability in the language input to children enhances learning in a treatment context. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 23, 530–545.
- Rapin, I. (2006). Language heterogeneity and regression in the autism spectrum disorders—Overlaps with other childhood language regression syndromes. *Clinical Neuroscience Research*, 6, 209–218.
- Reilly, S., Tomblin, B., Law, J., Mc Kean, C., Mensah, F.K., Morgan, A., Goldfeld, S., Nicholson, J.M. ve Wake, M. (2014). Specific language impairment: A convenient label for whom? *International Journal of Language Communication Disorders*, 49(4), 416–451.
- Rescorla, L. (2002). Language and reading outcomes to age 9 in late-talking toddlers. *Journal of Speech Language Hearing Research*, 45, 360–371.
- Rescorla, L. (2011). Late talkers: Do good predictors of outcome exist? *Developmental Disabilities Research Reviews*, 17, 141–150.
- Rescorla, L. & Alley, A. (2001). Validation of the language development survey (LDS): A parent report tool for identifying language delay in toddlers. *Journal of Speech Language Hearing Research*, 44, 434–445.
- Rescorla, L. (2009). Age 17 language and reading outcomes in late-talking toddlers: Support for a dimensional perspective on language delay. *Journal of Speech Language Hearing Research*, 52, 16–30.
- Rice, M. L., & Wexler, K. (2001). *Rice/Wexler Test of Early Grammatical Impairment*. The Psychological Corporation.
- Rinaldi, S., Caselli, M.C., Cofelice, V., D'Amico, S., De Cagno, A.G., Della Corte, G., Di Martino, M.V., Di Costanzo, B., Levorato, M.C., Penge, R., Tiziana, R., Sansavini, A., Vecchi, S. ve Zoccolotti, P. (2021). Efficacy of the Treatment of Developmental Language Disorder: A Systematic Review. *Brain Sci.*, 11, 407.
- Roberts, M.Y & Kaiser, A.P. (2012). Assessing the effects of a parent-implemented language intervention for children with language impairments using empirical benchmarks: A pilot study. *Journal of Speech Language Hearing Research*, 55, 1655–1670.

- Roden, I., Früchtenicht, K., Kreutz, G., Linderkamp, F. ve Grube, D. (2019). Auditory stimulation training with technically manipulated musical material in preschool children with specific language impairments: An explorative study. *Frontiers in Psychology*, 10, 2026.
- Romski, M, Sevcik, RA, Adamson, LB, Smith, A, Cheslock, M. ve Bakeman, R. (2011). Parent Perceptions of the Language Development of Toddlers With Developmental Delays Before and After Participation in Parent-Coached Language Interventions. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(2), 111.
- Rudolph, J.M. (2017). Case history risk factors for specific language impairment: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26(3), 991–1010.
- Sansavini, A., Favilla, M. E., Guasti, M. T., Marini, A., Millepiedi, S., Di Martino, M. V. ve Lorusso, M. L. (2021). Developmental Language Disorder: Early predictors, age for the diagnosis, and diagnostic tools: A scoping review. *Brain Sciences*, 11(5), 654.
- Savaşır, I., Sezgin, N. ve Erol, N. (1995) *Ankara Gelişim Tarama Envanteri El Kitabı*. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Scheper, A., Rodenburg-Van Wee, M., Van Veen, J., Weterings, N. ve Van Alphen, P. (2019). *Handleiding Jules voor TOS: Kentalis methodiek voor groepsbehandeling van jonge kinderen met een taalontwikkelingsstoornis [Manual Jules for DLD: Kentalis methodology for group intervention for young children with Developmental Language Disorders]*. Royal Dutch Kentalis: Internal publication.
- Schreibman, L., Dawson, G., Stahmer, A.C., Landa, R., Rogers, S.J. ve McGee, G.G. (2015). Naturalistic developmental behavioral interventions: Empirically validated treatments for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(8), 2411-2428.
- Serry, T. A. & Liamputtong P. (2017). The in-depth interviewing method in health. İçinde: *Research Methods in Health: Foundations for Evidence-Based Practice*, 3. Baskı, Melbourne, VIC: Oxford University Press.
- Smeets, D.J.H., van Dijken, M.J. ve Bus, A.G. (2014). Using electronic storybooks to support word learning in children with severe language impairments. *Journal of Learning Disabilities*, 47(5), 435–449.

- Smith-Lock, K.M., Leitão, S., Lambert, L. ve Nickels, L. (2013). Effective intervention for expressive grammar in children with specific language impairment. *International Journal of Language Communication Disorders* 48(3), 265–282.
- Smith, J. A. & Osborn, M. (2008). *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (London: SAGE).
- Snowling, M.J., Duff, F.J., Nash, H.M. ve Hulme, C. (2016). Language profiles and literacy outcomes of children with resolving, emerging, or persisting language impairments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 57(12), 1360–1369.
- Snowling, M.J., Bishop, D.V.M., Stothard, S.E., Chipchase, B. ve Kaplan, C. (2006). Psychosocial outcomes at 15 years of children with a preschool history of speech-language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(8), 759–765.
- Spaulding, T.J., Plante, E. ve Farinella, K.A. (2006). Eligibility criteria for language impairment: Is the low end of normal always appropriate? *Language Speech and Hearing. Services in Schools*, 37, 61–72.
- Thomas, S., Schulz J. ve Ryder N. (2019). Assessment and diagnosis of developmental language disorder: the experiences of speech and language therapists. *Autism & Developmental Language Impairments*. 4, 1–12.
- Tipik ve Atipik Popülasyonlarda İletişim ve Dil Edinimi Çalışmaları (TAPİDÇ). İtalyan Konuşma Terapistleri Federasyonu (Eds.) Birincil Dil Bozukluğu Konusunda Uzlaşma Konferansı, (TAPİDÇ): Roma, İtalya, 2019; s. 1–58. Erişim: <https://www.disturboprimariolinguaggio.it/wp-content/uploads/2019/11/Documento-Finale-Consensus-Conference-2.pdf> (Erişim 15 Haziran 2022).
- Tomas, E., & Vissers, C. (2019). Behind the scenes of developmental language disorder: Time to call neuropsychology back on stage. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12, 517.
- Tomblin, J.B. (2008). Validating diagnostic standards for specific language impairment using adolescent outcomes. İçinde *Understanding Developmental Language Disorders: From Theory to Practice*. Psychology Press: Norbury, C.F., Tomblin, J.B. ve Bishop, D.V.M., 93–114.

- Tomblin, J. B., Freese, P., ve Records, N. (1992). Diagnosing specific language impairment in adults for the purpose of pedigree analysis. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35(4), 832–843.
- Tomblin, J.B., Zhang, X., Buckwalter, P. ve Catts, H. (2000). The association of reading disability, behavioral disorders, and language impairment among second-grade children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(4), 473–482.
- Tomblin, J.B., Zhang, X., Buckwalter, P. ve O'Brien, M. (2003). The stability of primary language disorder: Four years after kindergarten diagnosis. *Journal of Speech Language Hearing Research*, 46, 1283–1296.
- Topbaş, S. & Güven, O.S. (2013). *Türkçe Erken Dil Gelişimi Testi (TEDİL)*, Detay Yayıncılık, Ankara.
- Topbaş, S. & Güven, O.S. (2017). *Türkçe Okul Çağı Dil Gelişimi Testi (TODİL)*, Detay Yayıncılık, Ankara.
- Tracy, S. J. (2012). *Qualitative research methods: Collecting evidence, crafting analysis, communicating impact*. Chichester: Wiley.
- Ullman, M., & Pierpont, E. (2005). Specific language impairment is not specific to language: The procedural deficit hypothesis. *Cortex*, 41(3), 399–433.
- Wagner, R. K., Torgesen, J. K., Rashotte, C. A., ve Pearson, N. A. (1999). *Comprehensive test of phonological processing: CTOPP*. TX: Pro-ed.
- Wake, M., Tobin, S., Levickis, P., Ukoumunne, O.C., Zens, N., Goldfeld, S., Le, H., Law, J. ve Reilly, S. (2015). Two-year outcomes of a population-based intervention for preschool language delay: An RCT. *Pediatrics*, 136(4), e838–e847.
- Wallace, I.F., Berkman, N.D., Watson, L.R., Coyne-Beasley, T., Wood, C.T., Cullen, K. ve Lohr, K.N. (2015). Screening for speech and language delay in children 5 years old and younger: A systematic review. *Pediatrics*, 136(2), 1–15.

- Watson, R. M., & Pennington, L. (2015). Assessment and management of the communication difficulties of children with cerebral palsy: A UK survey of SLT practice. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 50(2), 241–259.
- West, W. (2001). Beyond Grounded theory: the use of a heuristic approach to qualitative research. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1(2), 126-131.
- Wiig, E. H., Secord, W. A., ve Semel, E. (2013). *Clinical evaluation of language fundamentals: CELF-5*. Pearson.
- Wren, Y. & Roulstone, S. A. (2008). Comparison between computer and tabletop delivery of phonology therapy. *International Journal of Speech -Language Pathology*, 10, 346–363.
- Wright, E. (2014). Special educational needs provision in the real world. Commentary on Reilly S., Tomblin B., Law J., McKean C., Mensah F.K., Morgan A., Goldfield S., Nicholson J.M. and Wake M., 2014, Specific language impairment: A convenient label for whom? *International Journal of Language and Communication Disorders*, 49, 416–451.
- Yıldırım, A. & Şimşek, H. (2018). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Seçkin Yayınları.
- Yoder, P., Camarata, S. ve Gardner, E. (2005). Treatment effects on speech intelligibility and length of utterance in children with specific language and intelligibility impairments. *Journal of Early Intervention*, 28, 34–49.
- Yoder, P.J., Molfese, D. ve Gardner, E. (2012). Initial mean length of utterance predicts the relative efficacy of two grammatical treatments in preschoolers with specific language impairment. *Journal of Speech Language Hearing Research*, 54, 1170–1181.
- Zambrana, I.M., Pons, F., Eadie, P. ve Ystrom, E. (2014). Trajectories of language delay from age 3 to 5: Persistence, recovery and late onset. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49, 304–316.

Ekler

Ek – 1: Yarı yapılandırılmış Görüşme Soruları

1. GDB'ye yönelik terapi yapmakta mısınız?
2. GDB'ye yönelik terapi süreçlerinde sizi en zorlayan durumlar nelerdir?
3. GDB'ye yönelik terapi süreçlerinde hangi değerlendirme araçlarını kullanmaktasınız? Bu değerlendirme araçlarının size terapi süreci için yeteri kadar katkı sağladığını düşünüyor musunuz? Eğer yanıtınız olumsuzsa ne tip değerlendirme araçlarına ihtiyaç duyarsınız?
4. GDB'ye yönelik terapi süreçlerinde hangi müdahale yaklaşımlarını benimsemektesiniz?
5. GDB'ye yönelik terapi süreçlerinde uyguladığınız terapi yaklaşımlarına karar verirken hangi özellikleri göz önünde bulundurursunuz?
6. GDB en çok hangi konuşma bozukluklarıyla karışmaktadır? Bu konuda çözüm olarak neler benimsersiniz?
7. GDB'ye yönelik terapilerinizde, aileleri sürece dahil etmek için hangi stratejileri kullanmaktasınız?

Yazar Katkıları/Author Contributions: İbrahim Can Yaşa: Fikir/Kavram, Tasarım/Yöntem, Danışmanlık/Denetleme, Veri Toplama ve/veya İşleme, Analiz/Yorum, Literatür Taraması, Makale Yazımı, Eleştirel İnceleme. **Selin Tokalak:** Tasarım/Yöntem, Danışmanlık/Denetleme, Veri Toplama ve/veya İşleme, Analiz/Yorum, Literatür Taraması, Makale Yazımı, Eleştirel İnceleme.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: Yazar makalenin hazırlanması ve basımı esnasında hiçbir kimse veya kurum ile çıkar çatışması içinde olmadığını beyan etmiştir. / The author has declared that no conflict of interest existed with any parties at the time of publication.

Araştırma Makalesi

Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarının Dil ve Konuşma Terapisi Mesleği Hakkındaki Farkındalıklarının İncelenmesi

Zahidenur Yılmaz¹, Ayşe Öztürk², Ayşe Nur Koçak³

ÖZET

Amaç: Dil ve konuşma terapisti konuşma, dil, iletişim, yutma ve ses alanlarında hizmet veren sağlık personelidir. Dil ve konuşma terapisine ihtiyaç duyan bireyler bu hizmete genellikle yönlendirme ile ulaşım sağlamaktadırlar. Bu nedenle bireyin ihtiyaç duyduğu değerlendirme ve müdahaleyi alabilmesi için farklı meslek gruplarının dil ve konuşma terapisti mesleğini ve çalışma alanlarını bilmesi önemlidir. Bu araştırmada birincil sağlık basamağı olan aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimi, ebe ve hemşirelerin dil ve konuşma terapisti mesleğine yönelik farkındalıkları incelenmiştir.

Yöntem: Katılımcıların dil ve konuşma terapisti mesleği hakkında farkındalıklarını belirlemek amacıyla 37 sorudan oluşan bir anket kullanılmıştır. Bu anket gerekli izinler alınarak çalışmaya dahil edilmiştir. Türkiye'nin 61 farklı şehriden, 235 kadın ve 27 erkek olmak üzere toplam 262 katılımcı çalışmaya katılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların farkındalık düzeyleri dil ve konuşma terapisti hakkında bilgilendirici metin okuma ($p=0,027<0,05$), meslekteki deneyim yılı ($p=0,047<0,05$) ve dil ve konuşma terapisti hakkında bilgi sahibi olduğunu düşünme ($p=0,003<0,05$) değişkenlerine göre anlamlı farklılık bulunmuştur. Ancak cinsiyet ve eğitim düzeyi değişkenlerine göre anlamlı fark elde edilememiştir.

Sonuç: Örneklem grubunda dil ve konuşma terapisti mesleğinin bilindiği, ancak mesleğin ilgilendiği alan ve yaş gruplarına yönelik farkındalığın yüksek olmadığı görülmüştür. Farkındalığın artırılması için dil ve konuşma terapisti mesleğine yönelik sorumluluk ve görev tanımlarını içeren hizmet içi bilgilendirme eğitimleri, kitapçıklar ve seminerler düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: aile hekimi, aile sağlığı merkezi, dil ve konuşma terapisti, ebe, hemşire, mesleki farkındalık

¹Sorumlu Yazar, Uzm. Dkt.,
Üsküdar Üniversitesi, ORCID No:
0009-0005-9673-9030,
zahide5520@gmail.com

²Uzm. Dkt, Üsküdar Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dil ve
Konuşma Terapisti Bölümü,
ORCID No: 0009-0003-8460-
9277, ayse63507@gmail.com

³Öğr. Gör. İstanbul Atlas
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Dil ve Konuşma Terapisti
Bölümü, ORCID No: 0000-0002-
7777-6574

Sorumlu Yazarın Adresi:
Üsküdar Üniversitesi, Sağlık
Kampüsü, DKT Bölümü,
Ümraniye, İstanbul

Bu makaleyi kaynak göstermek için/To cite this article: Yılmaz, Z., Öztürk, A. & Koçak, A. (2023). Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarının Dil ve Konuşma Terapisti Mesleği Hakkındaki Farkındalıklarının İncelenmesi. *Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 6(3), 268-287.

Gönderim Tarihi:
27.07.2023

Kabul Tarihi:
25.11.2023

DOI:
<https://doi.org/10.58563/dkyad-2023.63.2>



Examining the Awareness of Family Health Center Employees About the Profession of Speech and Language Therapy

ABSTRACT

Purpose: Speech and language pathologists provide services in the fields of language, speech, communication, voice, and swallowing. Individuals in need of speech-language pathology usually access this service by referral. For this reason, it is important for different professional groups to know the speech-language pathology profession and its working areas for the individual to receive the assessment and intervention they need. In this study, the awareness levels of family physicians, midwives and nurses working in family health centers, which is a primary healthcare step, towards the SLP profession was examined.

Method: A questionnaire consisting of 37 questions was used to identify the awareness levels of the participants. This questionnaire was included in the study after obtaining the necessary permissions. A total of 262 participants (235 female and 27 male) from 61 different cities in Turkey participated in the study.

Results: There was no significant difference between the mean scores of family physician, midwife and nurse groups. A significant difference was found in the participants' awareness levels according to the variables including reading informative texts about speech-language pathology ($p=0.027<0.05$), years of experience in the profession ($p=0.047<0.05$) and thinking that having information about the profession of speech-language pathology ($p=0.003<0.05$). However, no significant difference was found according to gender and education. More than 85% of the healthcare professionals working in healthcare center stated that speech and language pathologist's (SLP) mostly provide interventions to preschool and school-age children, but the majority of the participants stated that SLPs do not provide interventions to the elderly and infants.

Conclusion: Regarding the referral to SLP to be carried out appropriately, individuals should have knowledge about SLP. In the sample group, it was observed that the speech-language pathology profession was known. However, it was observed that their awareness levels of the disorders which the SLPs work as part of their caseload (including the age groups) were low. In relation to the results of the study, it may be suggested to prepare brochures and booklets about the profession of speech-language pathology in family health centers and to make short videos aiming to provide information about the profession. It may also be suggested that SLPs assigned to hospitals should organize informative seminars for physicians and other healthcare professionals. It is thought that repeating future studies with more comprehensive questions and a larger sample group will contribute to the development of the field of speech-language pathology and increase awareness of the profession.

Keywords: family physician, family health center, midwife, nurse, professional awareness, speech and language pathology

Giriş

Dil ve konuşma terapisti (DKT) dil, iletişim, yutma, konuşma ve sesle ilgili problem yaşayan bireylerin tanılanmasında, değerlendirilmesinde ve rehabilitasyonunda görev alan sağlık meslek elemanıdır. Çalışma alanları ile ilgili diğer meslek gruplarını ve toplumu bilgilendirme görevleri de bulunmaktadır (Enderby & Emerson, 1996). DKT'ler Türkiye'de özel veya devlet hastanelerinde çalışabildikleri gibi üniversiteler, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri, özel klinikler gibi yerlerde görev alabilmektedir (Balo ve ark., 2021; Duru ve ark., 2018).

Sağlık Elemanlarının Dil ve Konuşma Terapisi Mesleği Hakkında Farkındalığı

İletişim, konuşma, dil, ses ve yutma bozukluğu yaşayan bireylerin erken dönemde DKT'lere yönlendirilmesi, terapi sürecinin başarısını etkilemektedir (Ramey & Ramey, 1998; Ward, 1999). Bu yönlendirme, diğer branşların dil ve konuşma terapisi mesleğine dair farkındalığı ile mümkün olmaktadır. Bu farkındalıkla birlikte DKT'lerin farklı alanlarda çalışan uzmanlarla (hekim, psikolog, özel eğitim uzmanı, çocuk gelişimi uzmanı, vb.) iş birliği içinde olması gerekmektedir (Balo ve ark., 2021). Ayrıca, farklı alan uzmanlarının bir arada olduğu çok disiplinli bir yaklaşım, uzmanların diğer alanlara ilişkin farkındalık ve tutumlarına bağlı olmaktadır (Oğuz & Aytar, 2020).

Dil, konuşma ve iletişim güçlüğü yaşayan bireylerin dâhil edildiği araştırmalarda, bozukluk şüphesi taşıyan katılımcıların ya da birincil bakıcılarının sıklıkla öğretmenler ya da hekimlere ulaştıkları belirtilmektedir. Bununla birlikte, DKT'lerin birincil uzman olarak tercih edilme oranlarının düşük olduğu ifade edilmektedir (Balo ve ark., 2021; Duru ve ark., 2018; Toğram & Maviş, 2009; Torun ve ark., 2019; Yolal-Duru ve ark., 2018).

Geçmiş çalışmalar incelendiğinde Oğuz & Aytar (2020), tıp fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin dil ve konuşma terapisi mesleğine yönelik farkındalıklarını incelediği görülmektedir. Bu çalışmada katılımcıların %38'inin daha önce dil ve konuşma terapisi mesleğini duymadıkları ifade edilmektedir. Benzer şekilde, Yolal-Duru ve ark., (2018) Kulak Burun Boğaz (KBB) hekimlerinin

DKT'ler hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığını belirtmektedir. Bu araştırmaları destekler nitelikte olan Torun ve ark. (2019), hekimlerin dil ve konuşma terapisi mesleğinin varlığına yönelik bilgilerinin olduğunu, ancak DKT'nin müdahale ettiği bozukluklara ve hangi alanlarda bir DKT'den yardım alınması gerektiğine yönelik yeterli düzeyde farkındalıkları bulunmadığını ifade etmektedir. Benzer şekilde, Doğru (2023) çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ve çocuk-ergen psikiyatristlerinin dil ve konuşma terapisine yönelik farkındalık düzeylerinin yüksek olduğunu, ancak mesleğin çalışma alanlarında, çalıştıkları yaş gruplarında ve dil ve konuşma bozuklukları ile ilgili bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığını ifade etmektedir.

Bengisu & Ayyıldız (2020) gastroenteroloji hekimlerinin gerekli durumlarda vakalarının %20'sini DKT'lere yönlendirdiklerini belirtmektedir. Balo ve ark. (2021) KBB hekimlerinin DKT'ler ile iş birliğine açık oldukları yönünde görüş bildirdiklerini ifade etmektedir. Bu bulgular doğrultusunda diğer meslek elemanlarının farkındalık düzeylerinin artması ile birlikte farklı disiplinlerin bir arada çalışma olanaklarının destekleneceği düşünülmektedir.

Bu araştırma kapsamında aile sağlığı merkezinde (ASM) görev alan aile hekimi, ebe ve hemşirelerin dil ve konuşma terapisi mesleğine yönelik farkındalık düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır. ASM, sağlığın teşvik edildiği, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu, sağlıkla ilgili bir durumda ilk tanılama ve müdahalenin yapıldığı birincil sağlık hizmeti sunan yer olarak tanımlanmaktadır (Savaş & Kesmez, 2014). ASM'de çalışan uzmanlar Türkiye'de birincil sağlık basamağını oluşturmaları sebebi ile seçilmiştir. Bu merkezlerde görev alan sağlık elemanlarının, farklı sağlık elemanlarının çalışma alanlarına dair bilgi sahibi olması; dil ve konuşma bozukluğu yaşayan birey ya da yakınlarının aile hekimlerine başvurmaları durumunda erken dönemde fark edilebilmesi ve ihtiyaç durumunda terapi sürecine başlaması için önemli olmaktadır. Bu çalışma kapsamında aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır:

- 1) ASM’de çalışan farklı meslek gruplarının (aile hekimi, ebe ve hemşire) dil ve konuşma terapisine dair farkındalık düzeyleri arasında fark var mıdır?
- 2) ASM’de çalışan aile hekimi, ebe ve hemşirelerin sosyodemografik değişkenlere (meslek yılı, cinsiyet, eğitim seviyesi, vb.) göre dil ve konuşma terapisine dair farkındalık düzeyleri farklılık göstermekte midir?
- 3) ASM’de çalışan aile hekimi, ebe ve hemşirelerin dil ve konuşma terapisi mesleğinin çalışma alanları ve uygulamalarına yönelik bilgi düzeyleri nasıldır?

Yöntem

Araştırma Deseni

ASM’de çalışan aile hekimi, ebe ve hemşirelerin dil ve konuşma terapisi mesleğine yönelik farkındalık düzeylerinin betimsel araştırma modeli ile belirlenmesi amaçlanmıştır. Betimsel araştırma modelinde evrenden alınan veriler incelenerek, katılımcılar hakkında bir yargıya varılması amaçlanmaktadır (Karasar, 2010).

Katılımcılar

Araştırmaya Türkiye’nin 61 şehrinde yaşayan 262 kişi katılmıştır (bkz. Ek-1). Çalışmaya dahil edilme kriterleri şu şekildedir: 18 yaş ve üstünde olmak (a), ASM’de aile hekimi, hemşire veya ebe olarak görev yapmak (b), çalışmaya gönüllü olarak katılmak (c). Tablo 1’de farklı sosyodemografik değişkenler dikkate alınarak katılımcı bilgilerine ilişkin yüzde ve frekans değerleri sunulmaktadır.

Tablo 1

Katılımcı Bilgisi

Değişken	Grup	N	%
Cinsiyet	Erkek	27	10,3
	Kadın	235	89,7
Eğitim Durumu	Lise	101	38,5
	Ön Lisans	99	37,8
	Lisans / Lisansüstü	62	23,7
Kaç yıldır bu mesleği yapıyorsunuz?	0-5 Yıl	109	41,6
	6-10 Yıl	97	37,0
	11 Yıl ve Üstü	56	21,4
Çocuğunuz/torununuz var mı?	Evet	115	43,9
	Hayır	147	56,1
Görev	Ebe	20	11,0
	Aile Hekimi	15	8,0
	Hemşire	155	82,0
Nörolog ya da psikiyatriste gitmenizi gerektirecek bir sorun yaşadınız mı?	Evet	91	34,7
	Hayır	171	65,3
Ciddi bir kafa travması/yaralanması geçirdiniz mi?	Evet	12	4,6
	Hayır	250	95,4
Dil ve konuşma terapisi hakkında bilgilendirici bir metin okudunuz mu?	Evet	115	43,9
	Hayır	147	56,1
Dil ve konuşma terapisi hakkında bir program gördünüz mü ya da duydunuz mu?	Evet	148	56,5
	Hayır	114	43,5
Hiç DKT ile tanıştınız mı?	Evet	47	17,9
	Hayır	215	82,1
Görev yaptığınız süre içerisinde dil ve konuşmaya yönelik gelen herhangi bir hastanızı DKT'ye yönlendirmeye ihtiyaç duydunuz mu?	Evet	92	35,1
	Hayır	170	64,9
Dil ve konuşma terapisi mesleği hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyorsunuz?	Çok Az	56	21,4
	Az	103	39,3
	Orta	91	34,7
	Fazla	12	4,6
	Çok Fazla	0	0,0

Veri Toplama Araçları

Dil ve Konuşma Terapisi Mesleğine Yönelik Farkındalık Anketi

Araştırmada kullanılan ankette Duru ve ark. (2018) tarafından dil ve konuşma terapisi mesleğine yönelik farkındalığı ölçmek amacıyla oluşturulan anket temel alınmış, araştırmacılar tarafından birtakım düzenlemeler yapılarak son haline getirilmiştir. Bu anketin sorularına, araştırma ile ilişki olacak şekilde meslek bilgisi (hemşire, ebe ve hekim), mesleğini yaptığı şehir, meslekteki

deneyim yılları ve “Dil ve konuşma terapisi mesleği hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyorsunuz?” soruları eklenerek katılımcılara sunulmuştur. Orijinal anketin 15., 16. ve 17. soruları, katılımcıların anket katılımını arttırabilmek adına kaldırılmıştır. Anketin devamı Duru ve ark. (2018) çalışmasında olduğu gibi bırakılmıştır.

Anketin ilk bölümünde sorgulanan bilgiler şu şekildedir: cinsiyet, eğitim durumu (uzmanlık), alanda toplam çalışma yılı, çocuk/torunu olma durumu, (varsa) dil ve konuşma gelişimi hakkında bilgi düzeyi, görev aldığı meslek, yaşadığı şehir bilgileri. Anketin ikinci kısmında dil ve konuşma terapisi mesleğine dair farkındalığa yönelik dokuz soru “evet-hayır” şeklinde cevaplanırken, 12 soru 5’li Likert ölçeği türündedir, 16 soruda ise seçenekler arasından birden fazla seçim yapma şansı sunulmaktadır.

Verilerin Toplanması

Çalışmanın verileri 2022 yılının şubat ayı içinde toplanmıştır. Anket sunumu öncesinde katılımcılar çalışmanın içeriği hakkında bilgilendirilmiş, çalışmaya dâhil olmak isteyen katılımcılara anketteki maddelere yanıt vermiştir. Katılımcılara anket Google Formlar aracılığıyla ulaştırılmıştır.

Verilerin Analizi

Çalışmanın verileri IBM SPSS 27 programı ile analiz edilmiştir. Katılımcı bilgilerine yönelik maddeler için frekans tabloları oluşturulmuştur. Toplam bilgi puanlarına (katılımcıların doğru yanıtlarının yüzde sayıları toplamı) göre grup ortalamaları arasındaki farklılıklar incelenirken bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Cinsiyet ve kafa travması geçirme değişkeninde parametrik testler için yeterli gözlem sayısı olmadığından parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U testi; dil ve konuşma terapisi mesleği hakkında bilgi sahibi olma durumu değişkeninde ise yeterli gözlem sayısı olmadığından parametrik olmayan Kruskal Wallis-H testi uygulanmıştır. Analizler $p < 0,05$ seviyesinde uygulanmıştır. Anketin basıklık ve çarpıklık değeri -2 ve +2 sınırını aşmadığından analizlerde parametrik testler kullanılmıştır. Anketin Cronbach Alpha

katsayısı 0,63 olarak elde edildiği için güvenilirliğinin orta düzeyde olduğu belirtilmektedir (Kayış, 2009; Kılıç, 2016).

Etik Kurul Onayı

Bu çalışmanın etik kurul izni Üsküdar Üniversitesi'nin Girişimsel Olmayan Etik Kurulu tarafından 30/12/2022 tarihinde 61351342/ARALIK 2022-18 sayısı ile alınmıştır.

Bulgular

DKT'nin çalışma alanlarına yönelik katılımcıların verdikleri yanıtlar Tablo 2'de sunulmuştur. Katılımcıların en çok evet cevabını 29. soruya (akıcılık bozukluğu ile ilgili olan) verdikleri görülmüştür. En az evet cevabını ise 26. soruya (gecikmiş dil ve konuşma ile ilgili olan) verdikleri görülmüştür.

Tablo 2

Katılımcıların DKT'nin Çalışma Alanlarına Yönelik Cevapları

	Evet		Muhtemelen		Emin Değilim		Muhtemelen Hayır		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 24	143	54,6	44	16,8	34	13,0	28	10,7	13	5,0
Soru 25	129	42,2	54	20,6	41	15,6	25	9,5	13	5,0
Soru 26	56	21,4	35	13,4	27	10,3	55	21,0	89	34,0
Soru 27	118	45,0	45	17,2	26	9,9	31	11,8	42	16,0
Soru 28	103	39,3	44	16,8	30	11,5	31	11,8	54	20,6
Soru 29	164	62,6	55	21,0	20	7,6	11	4,2	12	4,6
Soru 30	96	36,6	47	17,9	45	17,2	39	14,9	35	13,4
Soru 31	130	49,6	53	20,2	32	12,2	21	8,0	26	9,9
Soru 32	154	58,8	65	24,8	24	9,2	9	3,4	10	3,8
Soru 33	83	31,7	29	11,1	85	32,4	28	10,7	37	14,1

Tablo 3 dikkate alındığında katılımcıların cinsiyet değişkenine göre anket puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmektedir ($p=0,811$).

Tablo 3

Cinsiyet Değişkenine Göre Anket Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	z	sd	p
Farkındalık anketi toplam puanı	Erkek	27	36,96	7,77	-0,239	260	0,811*
	Kadın	235	37,21	6,38			

* $p < 0,05$

Tablo 4 incelendiğinde, katılımcıların mesleğine göre farkındalık anketi puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,172$).

Tablo 4

Katılımcıların Mesleğine Göre Anket Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	sd	H	p
Farkındalık anketi toplam puanı	Ebe	20	37,85	6,75	2	3,486	0,175
	Aile Hekimi	15	33,46	8,18			
	Hemşire	155	37,96	6,27			
	Toplam	190	37,59	6,56			

Tablo 5'te bağımsız örneklem t-testi analiz sonuçları sunulmaktadır. Katılımcıların çocuk/torun sahip olma ($p=0,055$), dil ve konuşma terapisi hakkında bir program izleme ($p=0,959$) ve DKT ile tanışma durumu ($p=0,414$) değişkenlerine göre farkındalık anket puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Dil ve konuşma terapisi hakkında bilgilendirici metin okuyan katılımcıların ($38,20 \pm 6,64$), okumayanlara ($36,39 \pm 6,33$) göre anket ortalamalarının daha yüksek olduğu ve anlamlı şekilde farklılaştığı görülmektedir ($p=0,027$).

Tablo 5

Çocuk/Torun Sahip Olma Durumu Değişkenine Göre Anket Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	n	Ort.	SS	t	Sd	p
Çocuk / torun sahibi olma	Evet	115	36,31	6,88	-1,928	260	0,055
	Hayır	147	37,87	6,16			
DKT hakkında bilgilendirici metin okuma	Evet	115	38,20	6,64	2,227	239	0,027*
	Hayır	147	36,39	6,33			
DKT hakkında program izleme	Evet	148	37,16	6,58	-,051	260	0,959
	Hayır	114	37,21	6,47			
DKT ile tanışıklık	Evet	47	37,89	7,13	,819	260	0,414
	Hayır	215	37,03	6,39			

* $p < 0,05$

Tablo 6’da katılımcıların “*DKT kimlerle çalışır?*” sorusuna verdikleri yanıtlara ait frekans ve yüzde değerleri sunulmaktadır. Katılımcıların en çok işaretledikleri yanıtın “okul öncesi çocuklar ile çalışır” (Soru 20b) olduğu görülmektedir. En az işaretledikleri yanıtın ise “bebeklerle çalışır” (Soru 20a) olduğu görülmektedir.

Tablo 6

“DKT kimlerle çalışır?” Maddesine Yönelik Cevaplar

	Evet		Hayır	
	f	%	f	%
Bebek	87	33,2	175	66,8
Okul öncesi	234	89,3	28	10,7
Okul çağı	229	87,4	33	12,6
Genç	190	72,5	72	27,5
Yetişkin	165	63,0	97	37,0
Yaşlı	102	38,9	160	61,1

Tablo 7 incelendiğinde, katılımcıların “*DKT, liseden sonra kaç yıl eğitim alır?*” sorusuna ağırlıklı olarak “en az 4 yıl” (n=137, %52,3) yanıtını verdikleri görülmektedir.

Tablo 7

“DKT, liseden sonra kaç yıl eğitim alır?” Maddesine Yönelik Cevaplar

	n	%
1 ^{+/-} yıl	18	6,9
2 ^{+/-} yıl	43	16,4
3 ^{+/-} yıl	3	1,1
4 ^{+/-} yıl	137	52,3
4 yıl ve üzeri	61	23,3

^{+/-}: en az

Tablo 8’de deneyim yılı değişkeni için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi sonuçları verilmektedir. Deneyim yılı dikkate alınarak oluşturulan gruplara göre farkındalık anketi puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0,047<0,05$). Devamında, post-hoc analizi için LSD seçilmiş ve beş yıla kadar deneyimi olan katılımcılara ait puanların ($38,33\pm 6,16$), 11 yıl ve üstü deneyimi olan katılımcılar ait puanlardan ($35,94\pm 6,47$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 8

Deneyim Yılına Göre Anket Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	Var.K	K.T.	sd	K.O.	F	p
Farkındalık anketi toplam puanı	5 yıla kadar	109	38,33	6,16	G.A.	260,000	2	130,000	3,103	0,047*
	6-10 yıl	97	36,61	6,80	G.İ.	10851,83	259	41,899		
	11 yıl ve Üstü	56	35,94	6,47	Toplam	11111,83	261			
	Toplam	262	37,18	6,52						

* $p<0,05$ (Var.K: Varyans Kaynağı, G.A.: Gruplar Arası, G.İ.: Gruplar İçi, K.T.: Kareler Toplamı, K.O.: Kareler Ortalaması)

Tablo 9 dikkate alındığında, eğitim değişkenine göre farkındalık anketi ortalamaları istatistiksel olarak anlamlılık göstermemektedir ($p=0,330>0,05$).

Tablo 9

Eğitim Değişkenine Göre Anket Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	Var.K	K.T.	sd	K.O.	F	p
Farkındalık anketi toplam puanı	Lise	101	36,52	6,32	G.A.	94,690	2	47,345	1,113	0,330
	Ön Lisans	99	37,89	6,27	G.İ.	11017,14	259	42,537		
	Lisans / Lisansüstü	62	37,12	7,20	Toplam	11111,83	261			
	Toplam	262	37,18	6,52						

Var.K: Varyans Kaynağı, G.A.: Gruplar Arası, G.İ.: Gruplar İçi, K.T.: Kareler Toplamı, K.O.: Kareler Ortalaması

Tablo 10 incelendiğinde, katılımcıların dil ve/veya konuşma bozukluğu yaşayan bireyi DKT'ye yönlendirmeye ihtiyaç duymasına dair farkındalık anketi ortalamaları anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p = 0,569 > 0,05$).

Tablo 10

Dil ve/veya Konuşma Bozukluğu Yaşayan Bireyi DKT'ye Yönlendirmeye İhtiyaç Duyma

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	sd	H	p
Farkındalık anketi toplam puanı	Evet	92	37,50	6,19	0,570	260	0,569
	Hayır	170	37,01	6,70			

Son olarak, katılımcıların dil ve konuşma terapisi mesleği hakkındaki bilgilerine dair öz değerlendirme değişkeni dikkate alındığında, farkındalık anket puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu Tablo 11'de görülmektedir ($p = 0,003 < 0,05$). Post-hoc analizi (Games-Howell) sonucunda ise orta seviyede bilgi sahibi olan katılımcıların farkındalık anketi puan ortalamalarının ($39,07 \pm 6,20$), düşük ve çok düşük seviyelerde bilgi sahibi olanların farkındalık anket puan ortalamalarından ($36,52 \pm 6,47$ ve $35,42 \pm 6,19$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 11

Katılımcıların Dil ve Konuşma Terapisi Mesleği Hakkındaki Bilgilerine ait Öz Değerlendirme Değişkeni

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	sd	H	p
Farkındalık anketi toplam puanı	Çok Düşük	56	35,42	6,19	3	14,257	0,003*
	Düşük	103	36,52	6,47			
	Orta	91	39,07	6,20			
	Yüksek	12	36,75	7,99			
	Toplam	262	37,18	6,52			

* $p < 0,05$

Tartışma

Bu araştırma kapsamında ASM’de görev alan aile hekimi, ebe ve hemşirelerin dil ve konuşma terapisi mesleğine yönelik farkındalık düzeyleri incelenmiştir. Bulgular incelendiğinde, aile hekimi, ebe ve hemşire gruplarının ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bu durumun dil ve konuşma terapisi mesleğine dair düşük farkındalık düzeyinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Geçmiş araştırmalar incelendiğinde Oğuz ve Aytar (2020), tıp fakültesi öğrencilerinin %87’sinin mezun olduktan sonra ihtiyaç duymaları durumunda kendilerine başvuran bireyleri DKT’ye yönlendireceklerini belirtmektedir. Bengisu ve Ayyıldız (2020), gastroenteroloji hekimlerinin yaklaşık %20’sinin müdahaleye ihtiyaç duyan vakalarını gerektiği takdirde DKT’lere yönlendirdiklerini ifade etmektedir. Bu çalışmada da ASM’de çalışan sağlık meslek mensuplarının kendilerine başvuran bireyleri yönlendirme gereksinimleri incelendiğinde, katılımcıların %64,9’unun “hayır” seçeneğini ve sadece %35,1’lik kısmının ise “evet” seçeneğini işaretlediği görülmektedir. DKT’ye yönlendirme işleminin uygun bir şekilde yürütülebilmesi adına bireylerin dil ve konuşma terapisi hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Bu çalışmada katılımcıların DKT’nin çalışma alanlarına yönelik farkındalık düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca, neredeyse

katılımcıların yarısı konuşma sesi bozukluğu, özgül öğrenme güçlüğü, ses bozukluğu, gelişimsel dil bozukluğu gibi alanların DKT'nin çalışma alanları içerisinde dâhil olup olmadığı noktasında yeterli bilgiye sahip olmadığı anlaşılmaktadır.

Yukarıda belirtilen çalışmalara ek olarak, Yolal-Duru ve ark. (2018) KBB hekimlerinin DKT'ler hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmektedir. Torun ve ark. (2019), hekimlerin dil ve konuşma terapisi mesleğine yönelik bilgilerinin olduğunu ancak çalışma alanlarına yönelik bilgi düzeyinin yeterli olmadığını belirtmektedir. Özellikle DKT'nin kim olduğuna ve ilgilendiği bozukluklara yönelik farkındalık düzeyinin beklenen düzeyde olmadığı ifade edilmektedir. Doğru (2023), çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ile çocuk ve ergen psikiyatristlerinin dil ve konuşma terapisine dair farkındalık düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmektedir. Ancak mesleğin çalışma alanlarında, DKT'nin ilgilendiği yaş gruplarında ve dil ve konuşma bozuklukları ile ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını ifade etmektedir. Dolayısıyla, geçmiş araştırmaların sunduğu bulgular bu çalışmayı destekler niteliktedir.

ASM'de görev alan sağlık mensuplarının %85'ten fazlası DKT'lerin çoğunlukla okul öncesi ve okul çağındaki çocuklara müdahale sunduğunu, ancak katılımcıların çoğunluğu DKT'lerin yaşlılık ve bebeklik dönemindeki bireylere müdahale sunmadığını ifade etmektedir. Çetinkaya ve ark. (2013), aile hekimlerine sıklıkla yaşlıların, evli kadınların ve çocukların muayene için başvurduğunu belirtmektedir. Buradan yola çıkarak, ASM'de çalışan aile hekimleri de dâhil olmak üzere diğer meslek mensuplarının dil ve konuşma terapisi mesleğinin ilgilendiği popülasyona dair yeterli düzeyde bilgi sahibi olması gerektiği söylenebilir.

Bu çalışmada farkındalık anketine ait ortalama değerlerin kadın ve erkek katılımcılar arasında farklılık göstermediği gözlenmektedir. Greenwood ve ark. (2006), kadın katılımcıların dil ve konuşma terapisi mesleğine dair bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğunu ifade etmektedir. Bu

çalışmanın bulguları ile çalışmamızın bulguları, çalışmamızda yer alan erkek katılımcı sayısının kadınlara oranla çok az olması yönüyle farklılaşmaktadır.

Bu çalışmada “DKT, liseden sonra kaç yıl eğitim alır?” sorusuna katılımcıların %52,3’ü “en az 4 yıl” cevabını vermiştir. Benzer şekilde, Duru ve ark. (2018) araştırmasında katılımcılarının %88’i DKT’lerin en az dört yıl eğitim alması gerektiğini belirtmiş, Phulman ve Johnson’ın (2019) çalışmasında ise katılımcıların %41’inin yüksek lisans, %40’ünün ise lisans yanıtını verdikleri görülmektedir. Dolayısıyla, bu çalışmanın sonuçları geçmiş araştırmaların sunduğu bulgular ile paralellik göstermektedir.

Katılımcıların %43,9’u dil ve konuşma terapisi mesleği hakkında bir kaynaktan faydalandığını ifade etmektedir. Meslekle ilgili farklı kaynaklardan bilgi alan katılımcıların, almayanlara kıyasla mesleğe yönelik soruları yanıtlamada daha fazla başarı gösterdiği, farkındalık anketine ait ortalama değerlerin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sebepten, ASM’de çalışan uzmanların dil ve konuşma terapisi mesleğine dair farkındalık düzeylerini artıracak bilgilendirme amacını taşıyan etkinliklerin düzenlenmesi ve/veya materyallerin oluşturulması faydalı olacaktır. Metcalfe ve ark. (2001) hastanede görev yapan uzmanların terapi içeren alanlarda (dil ve konuşma terapisi, fizyoterapi ve rehabilitasyon, ergoterapi) oluşturulan bilimsel bilgiyi anlamlandırmakta zorlandıklarını ifade etmektedir. Bu nedenle, meslek farkındalığına yönelik çalışmaların diğer meslek mensuplarının anlayabileceği şekilde düzenlenmesi ve/veya oluşturulması gerekmektedir.

Cross (1986) ile Balo ve ark. (2021), KBB hekimlerinin DKT’ler ile iş birliği kurmaya açık olduğunu, benzer şekilde Keating ve ark. (1998) çocuk sağlığı ve hastalıklarında uzman hekimlerin de DKT’ler ile düzenli olarak iletişime geçmeye açık olduğunu ifade etmektedir. Benzer bir çalışmada, üniversite öğrencilerinin dil ve konuşma terapisi hakkında bilgilendirilmelerinin öğrencileri çok disiplinli çalışmaya teşvik ettiği belirtilmektedir (Greenwood ve ark., 2006).

Araştırmanın sonuçları ile ilişkili olacak şekilde, ASM’de dil ve konuşma terapisi mesleğine yönelik broşürler ve kitapçıkların hazırlanması, mesleğe dair bilgi vermeyi amaçlayan kısa süreli videoların çekilmesi önerilebilir. Ayrıca, hastanelere atanan DKT’lerin hekim ve diğer sağlık mensuplarına yönelik bilgilendirici seminerler gerçekleştirmesi önerilebilir. Gelecekte yapılacak çalışmaların daha kapsamlı sorularla ve sayıca arttırılmış geniş bir örneklem grubu ile tekrarlanması, dil ve konuşma terapisi alanının gelişimine ve mesleğine yönelik farkındalığın artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Balo, E., Tunçer, A. M., ve Tadihan-Özkan, E. (2021). Kulak burun boğaz hekimlerinin ses bozuklukları alanında çalışan dil ve konuşma terapistlerine yönelik görüşleri. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 284-296.
- Bengisu, S., & Ayyıldız, A. (2020). Gastroenteroloji bölüm hekimleri ve PEG tüpü takılmış hasta yakınlarının dil ve konuşma terapistlerinin yutma bozukluğundaki rolüne ilişkin farkındalığının belirlenmesi. *Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 175-199.
- Cross, B., (1986). *Attitudes of otolaryngologists towards speech pathologists working with voice disordered clients* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Portland State University.
- Çetinkaya, F., Baykan, Z., ve Naçar, M. (2013). Yetişkinlerin aile hekimliği uygulaması ile ilgili düşünceleri ve aile hekimlerine başvuru durumu. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 12(1), 49-56.
- Doğru, Ç. N. (2023). *Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ve çocuk ve ergen psikiyatristlerinin dil ve konuşma terapisi mesleğine yönelik farkındalık düzeylerinin belirlenmesi*. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Üsküdar Üniversitesi, Türkiye.
- Duru, H. Akgün, E. G., ve Maviş, İ. (2018). Dil ve konuşma terapisi mesleğine yönelik farkındalığın belirlenmesi. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 1(3), 257-280.
- Enderby, P., & Emerson, J. (1996). Speech and language therapy: does it work? *BMJ*, 312(7047), 1655-1658.
- Greenwood, N., Wright, J. A., ve Bithell, C. (2006). Perceptions of speech and language therapy amongst UK school and college students: implications for recruitment. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 41(1), 83-94.
- Karasar, N. (2010). *Bilimsel araştırma yöntemi* (21. baskı). Nobel Yayınları.
- Kayış, A. (2009). Güvenirlik Analizi. Ş. Kalaycı (Ed) içinde, *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. (7. Baskı) (ss.403-419). Asil Yayıncılık.
- Keating, D. Sirmis, M., Hamilton, L., ve McMahon, S. (1998). Paediatricians: Referral rates and speech pathology waiting lists. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 34(5), 451-455.
- Kılıç, S. (2016). Cronbach's alpha reliability coefficient. *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 47-48.
- Metcalf, C., Lewin, R., Wisher, S., Perry, S., Bannigan, K., ve Moffett, J. K. (2001). Barriers to implementing the evidence base in four NHS therapies: dietitians, occupational therapists, physiotherapists, speech and language therapists. *Physiotherapy*, 87(8), 433-441.

- Oğuz, Ö. & Aytar, B. (2020). Tıp fakültesi öğrencilerinin dil ve konuşma terapistleği mesleğine yönelik farkındalık ve tutumları: interdisipliner takım çalışmasına yönelik çıkarımlar. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 200-217.
- Puhlman, J. & Johnson, RK (2019). Survey of male college students' perceptions and knowledge of speech-language pathology. *Journal of Communication Disorders*, 82, 105936.
- Ramey, C. T. & Ramey, S. L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, 53(2), 109-120.
- Savaş, H. & Kesmez, A. G. (2014). Hizmet kalitesinin servqual modeli ile ölçülmesi: Aile sağlığı merkezleri üzerine bir araştırma. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 0(17), 1-13.
- Toğram, B., & 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.
- Torun, Ş., Tunçer, A. M., Karakaya, M., Akça, İ., Özdemir, B., Aybar, S., ve Kargın, Ö. (2019). Hekimlerin Dil ve Konuşma Terapisi Mesleğine İlişkin Farkındalığı. *Dil ve Konuşma Terapisi 1. Öğrenci Kongresi*. Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Ward, S. (1999). An investigation into the effectiveness of an early intervention method for delayed language development in young children. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 34(3), 243-264.
- Yolal-Duru, Y., Oğuz, Ö., ve Yeşilli, G. (2018). Kulak Burun Boğaz Hekimi-Dil ve Konuşma Terapisti (DKT) İş birliği ve Farkındalığının İncelenmesi. *13. Uluslararası Kulak Burun Boğaz ve Bas Boyun Cerrahisi Kongresi*, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Ekler

Ek -1: Katılımcıların Şehirlerine İlişkin Bilgiler

Şehir	n	Yüzde (%)
Adana	4	1,53
Adıyaman	2	0,76
Afyonkarahisar	3	1,15
Ağrı	2	0,76
Aksaray	1	0,38
Amasya	3	1,15
Ankara	9	3,44
Antalya	6	2,29
Aydın	2	0,76
Balıkesir	8	3,06
Bartın	1	0,38
Batman	1	0,38
Bilecik	1	0,38
Bolu	1	0,38
Burdur	1	0,38
Bursa	11	4,3
Çanakkale	1	0,38
Çankırı	2	0,76
Denizli	4	1,53
Diyarbakır	5	1,91
Düzce	6	2,29
Edirne	2	0,76
Elazığ	1	0,38
Erzincan	1	0,38
Erzurum	1	0,38
Eskişehir	1	0,38
Gaziantep	6	2,29
Giresun	1	0,38
Hatay	6	2,29
Iğdır	1	0,38
Isparta	3	1,15
İstanbul	61	23,38
İzmir	13	4,96
Kahramanmaraş	1	0,38
Karaman	4	1,53
Kastamonu	2	0,76
Kayseri	1	0,38
Kırıkkale	1	0,38
Kocaeli	4	1,53
Konya	7	2,77
Kütahya	5	1,91
Malatya	1	0,38
Manisa	3	1,15
Mersin	2	0,76
Muğla	1	0,38
Nevşehir	2	0,76
Niğde	1	0,38
Ordu	5	1,91
Sakarya	2	0,76
Samsun	16	6,21

Siirt	1	0,38
Sivas	3	1,15
Şanlıurfa	8	3,06
Şırnak	1	0,38
Tekirdağ	2	0,76
Tokat	5	1,91
Trabzon	2	0,76
Uşak	5	1,91
Van	2	0,76
Yalova	1	0,38
Yozgat	2	0,76
Toplam	262	100

Yazar Katkıları/Author Contributions: **Ayşe Öztürk, Zahidenur Yılmaz:** Fikir/Kavram, Tasarım/Yöntem, Veri Toplama ve/veya İşleme, Analiz/Yorum, Literatür Taraması, Makale Yazımı, Eleştirel İnceleme. **Ayşe Nur Koçak:** Danışmanlık/Denetleme, Eleştirel İnceleme.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: Yazar makalenin hazırlanması ve basımı esnasında hiçbir kimse veya kurum ile çıkar çatışması içinde olmadığını beyan etmiştir. / The author has declared that no conflict of interest existed with any parties at the time of publication.

Araştırma Makalesi

65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Disfaji Risk Değerlendirme Ölçeğinin Türkçeye Çevrilmesi, Geçerlik ve Güvenirliği

Aynur İkra Demir¹, Mesude Köksal², Ayşegül Yılmaz³

ÖZET

Amaç: Geriatrik popülasyonda yaşlanmaya bağlı olarak yutma fonksiyonu etkilenmekte ve disfaji görülme sıklığı artmaktadır. Disfajinin yaşlı bireylerin yaşam kalitesini etkileyen geriatrik sendrom olarak kabul edilmesi risklerin değerlendirilmesinde önemlidir. Bu popülasyonda değerlendirme ölçeklerinden biri de Dysphagia Risk Assessment Scale'dir (DRAS). Ülkemizde yaşlanmaya bağlı disfajiyi değerlendirmede kullanılacak bir araç bulunmamaktadır. Bu nedenle DRAS Türkçeye çevrilerek, geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmıştır.

Yöntem: Nicel araştırma yöntemlerinden betimsel desen kotalı örneklem seçme yöntemi kullanılmıştır. Ölçek, çeviri-geri çeviri yöntemi ile Türkçeye çevrilmiş ve 3 uzman dil ve konuşma terapistinin cevaplarına göre kapsam geçerlik indeksi (KGİ) hesaplanmıştır (KGİ>0,80). DRAS-TR adını alan ölçek 170 katılımcıya uygulanmıştır. Geçerlilik için; madde analizi, açıklayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmış; ölçüt geçerliliği için örneklemin rastgele seçilen %20'sine Türkçe Yeme Değerlendirme Aracı (T-EAT-10) uygulanmıştır. Güvenirlik için; iç tutarlılık analizi, korelasyon analizi yapılmış ve grubun rastgele %20'sine ölçek yeniden uygulanarak zamana bağlı değişim hesaplanmıştır.

Bulgular: Cronbach's Alpha değeri yüksek düzeyde bulunmuştur (0.919). Ölçek maddeleriyle ortalama puan arasındaki ilişkiler 0.463-0.800 aralığındadır ($p<0.01$). KMO değerinin >60 olması ve Barlett küresellik testinin %99 güven düzeyinde anlamlı bulunmasıyla ($p<0,01$), örneklem sayısının faktör analizine uygunluğu yeterlidir. DFA sonuçlarında t değerleri $p<0,01$ düzeyinde anlamlı ve bütün değerleri >2,58 bulunmuştur. DFA sonucu ile uyum kriterleri kabul edilebilir düzeydedir. Bu bulgularla açıklanan faktör yapısı doğrulanmıştır. Birleşik güvenilirlik (CR) ve ortalama açıklanan varyans (AVE) değerlerinin eşik değerinin üzerinde belirlenmesiyle ölçüm modelinin güvenilirliği ve yakınsama geçerliliği sağlanmıştır. Test-tekrar testle 0,965'lik, eş değer ölçekle ise 0,855'lik yüksek düzeyde korelasyon bulunmuştur.

Sonuç: DRAS-TR ölçeği yaşlı bireylerde disfaji riskinin değerlendirilmesinde kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

Anahtar Sözcükler: disfaji, dras-tr, geçerlik, güvenilirlik, yaşlı bireylerde yutma

¹Sorumlu Yazar, Dkt., Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü, ORCID No: 0009-0004-2811-017x, aynurikrademir@gmail.com

²Dkt, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü, ORCID No: 0009-0009-9774-5343, mesude.koksal@st.uskudar.edu.tr

³Uzm. Dkt. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü, ORCID No: 0000-0002-0577-9864

Sorumlu Yazarın Adresi:

Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü,

Bu makaleyi kaynak göstermek için/To cite this article:

Demir, İ. A., Köksal, M. ve Yılmaz, A. (2023). 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Disfaji Risk Değerlendirme Ölçeğinin Türkçeye Çevrilmesi, Geçerlik ve Güvenirliği. *Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 6(3), 288-308.

Gönderim Tarihi:

15.06.2023

Kabul Tarihi:

30.12.2023

DOI:

<https://doi.org/10.58563/dkyad-2023.63.3>



Validity and Reliability of the Turkish Version of the Dysphagia Risk Assessment Scale in Adults Aged 65 and Over

ABSTRACT

Purpose: Swallowing function is affected by aging and therefore in elderly individuals the incidence of dysphagia increases. The acceptance of swallowing disorder as a geriatric syndrome that affects the independence and quality of life of elderly individuals emphasizes the importance of evaluating the risks that may occur. In Turkey, there is no assessment tool that will enable the identification of dysphagia due to aging. The DRAS scale, which aims to evaluate the risk of dysphagia for elderly individuals. DRAS was adapted to Turkish and its validity-reliability was examined.

Method: In the study, descriptive design and random stratified sample selection method were used. In the scale adaptation study, the translation-back translation method was used and the CGI was calculated according to the answers of 3 expert speech and language therapists (CGI>0.80). The scale, which was adapted and named DRAS-TR, was administered to 170 individuals. Dysphagia risk assessment questionnaire and demographic information form were also administered to the participants. In order to perform the validity-reliability analyses of the scale, item analysis, reliability analysis, explanatory factor analysis, and CFA analysis were performed. For the test-retest, the scale was randomly readministered to 20% of the group, and for the parallel form, correlation analysis was performed to 20% of the group at random.

Results: Since the correlation between the items was <0.30, item extraction was not performed. Its internal consistency was high with a Cronbach's Alpha reliability analysis value of 0.919. The relationships between the scale items and the mean score were 0.463-0. It was significant with 800 ($p<0.01$). Since the KMO value was >0.60 and the Barlett sphericity test was found to be significant at the 99% confidence level ($p<0.01$), the sample size was sufficient for factor analysis as a result of the research. Modifications were made because the CFA results of the scale were not at the desired level, and the t values were significant at the $p<0.01$ level and all values were >2.58. The compliance criteria with the DFA result were in acceptable agreement. The factor structure explained by these findings was confirmed. Since the CR and AVE values were determined above the threshold value, the reliability and convergent validity of the measurement model was ensured. There was a high level of 0.965 between the adapted scale and the test-retest, and a high level of 0.855 on the equivalent scale. As a result of the test, 109 out of 170 participants were found to be in the risk group for swallowing disorders.

Conclusion: The DRAS-TR scale is a valid and reliable scale that can be used to evaluate the risk of dysphagia in elderly individuals.

Keywords: dras-tr, dysphagia, swallowing in elderly individuals, reliability, validity

Giriş

Yaşlanma ile birlikte bireylerde fizyolojik olarak önemli bir sağlık sorunu olan yutma bozukluğu (disfaji) ortaya çıkabilmektedir (Özyalçın & Şanlıer, 2022). Yutma bozukluğu (disfaji), besinlerin ağızdan mideye geçişinin mekanik olarak engellenmesi, yutma sürecinde görev alan kasların gücünün ve koordinasyonunun azalması sonucu oluşan bir semptomdur (Bengisu & Gerçek, 2019). Yutmanın; oral hazırlık, oral, farengeal ve özafageal olmak üzere dört fazı vardır. Bu fazlardan herhangi birinde görevi bulunan yapılarda oluşan anatomik veya fizyolojik değişimler ya da anormallikler disfajiye neden olabilir (Bengisu & Derin, 2022).

Yaşlanma sırasında yutma fonksiyonu, baş ve boyun anatomisindeki değişiklikler, doku elastikiyetinin yaşa bağlı olarak azalması, oral nemin azalması ve duyuusal bozuklukların yanı sıra orofarengeal bozukluklar veya diğer çeşitli stres faktörleri (hastalıklar ve ilaçlar dahil) nedeniyle değişebilir. Yaşlılıkta yutma ile ilişkili kaslar, kasların atrofisine ve zayıflamasına neden olan sarkopeniden etkilenir ve böylece normal yutma fonksiyonunu etkiler. Ciddi komplikasyonlardan kaçınmak için yutma güçlüğü erken teşhis edilmelidir (Cavallaro ve ark., 2022). Yaşlılarda disfaji, yaşlanmanın normal bir parçası olarak düşünüldüğü için fark edilmeyebilmektedir (Özyalçın & Şanlıer, 2022).

Araştırmalar, yutma bozukluğunun yaşlı erişkinlerde daha yaygın görüldüğünü ve yutmaya dair güçlüklerin geriatrik popülasyonda yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilediğini göstermektedir (Dikmen, 2022). Kişilerin bağımsızlıklarına ve yaşam kalitesine olan olumsuz etkilerinden ötürü yutma bozukluğu “geriatrik sendrom” olarak kabul edilmiştir (Akhtar, 2017; Baijens ve ark., 2016). Sağlıklı ve bağımsız bir yaşamı teşvik etmek için, normal yeme becerilerini sürdürmek de dahil olmak üzere yaşlıları günlük faaliyetlerinde desteklemek önemlidir. Yaşlılar, yaşa bağlı disfaji ve diğer hastalıklar açısından yüksek risk altındadır. Yaşlı bireylerde azalmış yaşa bağlı olarak bozulmuş yutma fonksiyonunun erken tespiti ve desteklenmesi, yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi için çok

önemlidir (Fukada ve ark., 2002). Bununla birlikte yutma bozukluğu tanısına sahip olmayan yaşlı bireylerde yutma fonksiyonunun yaşa bağlı olarak nasıl etkilendiğine ilişkin bir bulgu bulunmamaktadır (Bajjens ve ark., 2016).

Yaşlı bireylerde yutma fonksiyonlarında yaşa bağlı görülen değişiklikleri (presbifaji) erken teşhis etmenin önemi vurgulanan bir çalışmada 100 kişiden oluşan vaka grubunun %33'ünde disfaji riski bulunmuştur (Cavallaro ve ark., 2022). Disfaji risk değerlendirme ölçeğinin (DRAS) kullanıldığı bu çalışmada ölçeğin 65 yaş üstü popülasyonda, presbifajinin erken teşhisi için bir tarama aracı olarak kullanılabilceği ifade edilmiştir.

Türkiye'de 2020 yılı itibariyle 65 ve üzeri yaşa sahip kişilerin sayısı, birçok Avrupa ülkesinin toplam nüfusundan daha fazladır (Yakar & Özgür, 2022). Bununla birlikte Türkiye'nin güncel yaşlı nüfus oranı da ülke nüfusunun olgun kategorisinden neredeyse yaşlı kategorisine geçtiğine işaret etmektedir. Bir bütün olarak dünya henüz yaşlanmasa da (Goldstein, 2009), tahminler, dünya nüfusunun önümüzdeki on yıllarda önemli ölçüde yaşlanacağına ve 2050 yılına kadar 65 yaş ve üzerindeki insanların oranının %16,5 olacağına ve sayısal olarak 1,5 milyar kişiyi aşacağına işaret etmektedir (United Nations, 2019). Dikmen'in 2022 yılında yaptığı çalışmada da belirtildiği gibi yutma bozukluğu yaşlı erişkinlerde daha yaygın görülmektedir. Bu kapsamda yaşlı bireylere yönelik disfaji durumunun değerlendirilmesi erken tanı, müdahale ve önleme çalışmaları için büyük önem arz etmektedir.

Yutma bozukluğu tarama yöntemlerinin hızlı ve düşük maliyetli ve aletsel değerlendirmenin ayırt etme ve bozukluğu belirleme gücüne sahip olması istenir (Sevim ve ark., 2017). Yutma bozukluğunu taramak ve disfaji riskini tespit etmek amacıyla bu kriterleri karşılayan pek çok anket formu geliştirilmiştir (Öztürk, 2021). Bunlardan biri de 65 yaş üstü bireyler için geliştirilmiş olan DRAS'tır (Fukada ve ark., 2002). Bu ölçekte disfaji riskine ilişkin oral, faringeal, özofageal disfaji ve aspirasyon pnömonisine ilişkin semptomlar belirlenmektedir. Türkiye'de yutma bozukluğu tanısı

almamış yaşlı bireylerde yaşlılığa bağlı gelişebilecek disfaji riskini göstermek amacıyla kullanılan bilecek herhangi bir disfaji risk değerlendirme ölçeği bulunmamaktadır.

Yaşlı bireylerde disfaji riskini belirlemek amacıyla hazırlanmış DRAS'ın Türkçeye çevrilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının tamamlanmasıyla bu popülasyonda presbifajiyi izlemek ve disfaji riski altında olanları tespit etmek mümkün olacaktır. Bu da halk sağlığını koruma ve önleme çalışmaları açısından önem arz etmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın genel amacı, 65 yaş ve üzeri bireyler için geliştirilmiş olan DRAS'ın Türkçeye çevrilerek, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının gerçekleştirilmesidir.

Yöntem

Bu çalışmada nicel araştırma yöntemlerinden betimsel desen ve kotalı örneklem seçme yöntemi kullanılmıştır.

Kotalı örneklem seçme yöntemine göre 170 gönüllü katılımcıya ulaşılmış olup TÜİK verilerinden alınan oran dahilinde yaş grupları tabakalandırılmıştır. Dahil edilme kriterleri şunlardır: Yutma bozukluğu tanısına sahip olmamak, 65 yaş ve üzerinde olmak, çalışmaya katılmayı kabul etmek, nörodejeneratif bir hastalığa sahip olmamak.

Çevrilen ölçek, dahil etme kriterlerini karşılayan gönüllü katılımcılara yüz yüze uygulanmıştır. Katılımcıların demografik bilgileri Tablo 1'de gösterilmiştir. Buna göre katılımcıların %55'i kadın, %44'ü erkektir. Katılımcıların eğitim durumu, medenî hali, yaşadığı yer, çalışma durumu, herhangi bir hastalığı olup olmadığı (nörodejeneratif hastalık dışında), tütün ve alkol kullanımı, diş protezi takıp takmadığına dair bilgiler Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1

Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Demografik	Grup	N	%
Yaş	65- 74 Yaş	110	64,7
	75-84 Yaş	46	27,3
	85 Yaş ve üzeri	14	8,0
Cinsiyet	Kadın	95	55,88
	Erkek	75	44,12
Testi cevaplayan	Kendisi	168	98,83
	Yakını	2	1,17
Eğitim durumu	Okula Gitmemiş	34	20
	İlköğretim	122	71,76
	Lise	6	3,53
	Üniversite	8	4,71
Medeni durum	Bekâr	24	14,12
	Evli	146	85,88
Yaşam alanınız	Ev, Huzurevi	170	100
Yaşadığı yer	Köy/Kasaba	26	15,29
	İlçe	5	2,94
	İl	101	59,41
	Büyükşehir	38	22,35
Çalışma durumu	Emekli	79	46,47
	Çalışıyor	3	1,76
	Çalışmıyor	88	51,76
Ek Rahatsızlık	Evet	116	68,23
	Hayır	54	31,77
Alkol, Tütün Ürünleri Kullanımı	Evet	16	9,41
	Hayır	154	90,59
Diş Protezi Kullanımı	Evet	111	65,29
	Hayır	59	34,71
Toplam		170	100

Veri Toplama Süreci

DRAS'ı Türkçeye çevirmek için ölçeği geliştiren araştırmacıdan mail yolu ile izin alınmıştır. Dahil etme kriterlerinin tümünü sağlayan katılımcılara çalışma kapsamında DRAS-TR adıyla Türkçeye çevrilen ölçek ve katılımcıların %20'sine eşdeğer ölçek olarak Yeme Değerlendirme Aracı (T-EAT-10) uygulanmıştır (Demir ve ark., 2016). Tüm katılımcılar için demografik bilgi formu doldurulmuştur. T-EAT-10, başlangıçtaki disfaji semptom şiddetinin belirlenmesinde ve tedavi sonuçlarının izlenmesinde yardımcı olan ve aspirasyon riskini tahmin etme yeteneğine sahip bir ölçektir. Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması tamamlanmış, 10 sorudan oluşan ve hastaların kolaylıkla doldurabildiği kullanışlı bir ölçektir. T-EAT-10 ölçeğinin Cronbach alfa güvenirlik

katsayısı 0.90'dır, bu katsayı ölçeğin yüksek iç tutarlılığına işaret etmektedir (Demir ve ark., 2016). DRAS, Fukada ve ark. tarafından 2002 yılında yaşlı bireylerde disfaji riskini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte aspirasyonla ilgili 5 soru (A1 ila A5); faringeal disfaji ile ilgili, özellikle zayıf faringeal klirensi gösteren 4 soru (P1 ve P5 ila P7); bolusun dil tarafından posterior itilmesinde güçlükle ilişkili 3 soru (O1, O2 ve O4), faringeal yutmanın tetiklenmesinde gecikme ile ilişkili 2 soru (P3 ve P4) ve özofageal disfaji ile ilgili 3 soru (E1 ila E3) olmak üzere toplam 17 madde yer almaktadır. DRAS, 4'lü likert tip puanlama sistemine sahip olup her soruya 0-3 arasında puan verilmektedir. Orijinal çalışmada ölçeğin kesme puanı 4'tür. Ölçeğin tüm maddelerinden alınabilecek en yüksek puan 68'dir. Ölçekten alınan toplam puanın 4 ve üzeri bir değerde çıkması ölçek uygulanan kişinin disfaji açısından risk taşıyan grupta olduğunu belirtmektedir (Fukada ve ark., 2002).

Demografik bilgi formu araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Bu formda ad, soyad, doğum tarihi, cinsiyet, tarih, telefon numarası, testi cevaplayan, testi uygulayan, eğitim durumu, medeni durum, yaşam alanı, yaşadığı yer, çalışma durumu, hastalık bilgisi, alkol ve tütün ürünleri alışkanlığı, diş protezinin olup olmadığı ve gün içinde hangi kıvamlarda beslendiği soruları yer almaktadır.

Çeviri Süreci

Ölçek, çeviri-geri çeviri yöntemiyle Türkçeye çevrilmiştir. DRAS'ın Türkçeye çevirisi, danışman öğretim görevlisi ve araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Çeviri üzerinde ortak görüş sağlandıktan sonra, ölçeğin Türkçe versiyonu oluşturulmuştur. Geri çeviri işlemi için Türkçeye çevrilmiş olan ölçek, ileri düzeyde İngilizce bilen bir uzman tarafından İngilizceye çevrilmiştir. Ölçeğin geri çeviri yöntemi ile elde edilen form ile orijinal formu arasında karşılaştırma yapılmış ve aralarındaki uyum kontrol edilmiştir. İki ölçeğin birbiri ile uyumlu olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin çevirisinin uzmanlar arası güvenilirlik çalışması için Türkçeye çevrilen ölçek ve Uzman Değerlendirme Formları, yutma alanında deneyimli üç dil ve konuşma terapistine (DKT) elektronik posta ile gönderilmiş ve görüşleri alınmıştır. Kapsam geçerliliği için Davis tekniği kullanılmıştır

(Davis, 1992). Davis tekniğinde dörtlü bir uzman değerlendirme formu oluşturularak “madde özelliği temsil ediyor” (A), “maddenin biraz düzeltilmeye ihtiyacı var” (B), “maddenin oldukça düzeltilmeye ihtiyacı var” (C) ve “madde özelliği temsil etmez” (D) şeklinde puanlama yapılması istenir. Uzman formlarındaki A ve B'lerin toplamı, toplam uzman sayısına bölünerek Kapsam geçerlik indeksi (KGİ) elde edilir. KGİ 0,80'den büyük ise madde kapsam geçerliği açısından yeterlidir. KGİ değerleri 0,80 ila 1,00 arasında değer almış ve yeterli bulunmuştur; böylece araştırma ekibi tarafından ölçek son haline getirilmiş ve DRAS-TR olarak adlandırılmıştır.

Veri Analizi

Araştırma kapsamında elde edilen veriler SPSS 25 ve LISREL 8.7 programı ile analiz edilmiştir. Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları frekans ve yüzde analizi ile gösterilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması için orijinal ölçekteki yöntemler göz önünde bulundurularak madde analizi, güvenirlik analizi, açıklayıcı faktör analizi, madde ayırt edicilik analizi, DFA analizi yapılmış; test-tekrar test yöntemi ile istikrarlık ve alternatif/paralel formlar güvenirliği belirlenerek eşdeğerlilik analizi yapılmıştır. Sonuçlar %95 ve %99 güven düzeyine göre yorumlanmıştır.

Etik Kurul Onayı

Bu çalışma için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay almıştır (Protokol No: 61351342)

Bulgular

İç tutarlık analizi için Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısı hesaplanmış ve 0,919 olarak bulunmuştur. Bu değer yüksek düzeyde güvenirliği temsil etmektedir.

Yapı geçerliği için DRAS-TR'de her bir maddenin ölçeği oluşturan diğer maddelerle korelasyonu hesaplanmıştır. Ölçek geliştirme çalışmalarında bu değer her bir madde için 0,30'un üstünde olması önerilmektedir (Büyüköztürk, 2009). DRAS-TR için yapılan analizde de her bir

maddenin ölçekteki diğer maddelerle ilişkisi tavsiye edilen minimum değerin üzerinde bulunmuştur.

Bu nedenle ölçekten madde çıkarılmasına gerek kalmamıştır. Sonuçlar Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2

Yaşlılarda Disfaji Risk Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Madde İstatistikleri

Madde No	Madde Silme Ölçek Ortalaması	Madde Silme Ölçek Varyansı	Madde- Ölçek İlişkisi	Madde Silme Güvenirlilik Değeri
1.yutma sırasında boğulma veya öksürme	26,718	113,825	0,718	0,910
2.yuttuktan sonra boğulma veya öksürme	26,847	113,870	0,737	0,910
3.yutmadan önce boğulma veya öksürme	26,918	114,573	0,693	0,911
4.pirinç yutarken boğulma veya öksürme	27,106	115,006	0,764	0,909
5.sıvıları yutarken boğulma veya öksürme	27,071	115,735	0,729	0,910
6.yiyecekler boğazınızda kalır	27,129	116,563	0,739	0,910
7.yiyecekler boğazınızda sıkışıp kalır	27,135	116,544	0,744	0,910
8.yemek yerken veya yemek yedikten sonra sesiniz kısılır	27,135	116,840	0,665	0,912
9.yiyecek veya sıvı burnunuza girer	27,171	118,971	0,668	0,912
10.yiyecekler yuttuktan sonra dilinizde kalır	27,335	122,141	0,547	0,915
11.pirinç yutmakta zorlanma	27,429	121,797	0,620	0,914
12.sıvıları yutmakta zorlanma	27,12	121,001	0,645	0,913
13.yemek yerken ağzınızdan yemek sızar/düşer	27,441	124,343	0,504	0,917
14.ağızda kuruluk hissi olur	27,165	121,381	0,463	0,918
15.mide ekşimesi olur	26,477	121,174	0,371	0,922
16.yiyecek ve ekşi sıvı mideden boğazınıza geri gelir	26,677	120,196	0,424	0,920
17.yiyecek yemek borunuzda sıkışıp kalır	26,977	119,254	0,457	0,919

Cronbach's Alpha:0,919

Yapı geçerliği analizi kapsamında DRAS-TR’yi oluşturan her bir madde için madde-ölçek toplam korelasyonu hesaplanmıştır. Ölçek maddeleri ile ölçekten elde edilen ortalama puan arasındaki korelasyonun 0.463-0.800 arasında değiştiği ve sonuçların $p<0,01$ seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Madde ayırt ediciliği için üst ve alt grup farkına dayalı madde analizi yapılmıştır. Ölçek puanı en yüksek olandan en düşük olana doğru sıralama yapılarak ölçek puanları dağılımının üst ucundakilerin %27’si üst grup, alt ucundakilerin %27’si alt grup olarak belirlenmiştir. Bu yöntemde, her bir sorunun alt ve üst gruba göre farkına bakılmıştır. Bu iki grubun incelenmesinde bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. Madde analizi sonuçları Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 3

Yaşlılarda Disfaji Risk Değerlendirme Ölçeğinin Maddelerin ayırt ediciliğinin %27'lik alt ve üst gruplara göre test edilmesi

Maddeler	t	p
1. Yutma sırasında boğulma veya öksürme	16,505	0,000**
2. Yuttuktan sonra boğulma veya öksürme	15,323	0,000**
3. Yutmadan önce boğulma veya öksürme	13,633	0,000**
4. Pirinç yutarken boğulma veya öksürme	11,212	0,000**
5. Sıvıları yutarken boğulma veya öksürme	11,455	0,000**
6. Yiyecekler boğazınızda kalır	11,582	0,000**
7. Yiyecekler boğazınızda sıkışıp kalır	12,311	0,000**
8. Yemek yerken veya yemek yedikten sonra sesiniz kısılır	9,779	0,000**
9. Yiyecek veya sıvı burnunuza girer	8,597	0,000**
10. Yiyecekler yuttuktan sonra dilinizde kalır	5,170	0,000**
11. Pirinç yutmakta zorlanma	5,896	0,000**
12. Sıvıları yutmakta zorlanma	6,320	0,000**
13. Yemek yerken ağzınızdan yemek sızar/düşer	4,574	0,000**
14. Ağızda kuruluk hissi olur	5,353	0,000**
15. Mide ekşimesi olur	7,665	0,000**
16. Yiyecek ve ekşi sıvı mideden boğazınıza geri gelir	8,051	0,000**
17. Yiyecek yemek borunuzda sıkışıp kalır	8,811	0,000**

* $p < 0.01$

Katılımcıların %27'lik alt ve üst gruplarının belirlenmesi için yaşlılarda disfaji risk değerlendirme ölçeğinin toplam puanı küçükten büyüğe sıralanmıştır. Sıralanan puan düzeylerinin %27'lik kısmına gelen en düşük ilk 46 ve en yüksek ilk 46 kişinin değeri incelenmiştir. Maddelerin ayırt ediciliğinin kararının verilmesinde kullanılan %27'lik alt ve üst değerlerinin tüm maddeler için bağımsız örneklem t testi yapılmış tüm sonuçların 2.58'den büyük çıkması sonucu %99 güven düzeyinde farklılıkların anlamlı olduğu belirlenmiştir (sd:92-2=90) ($p < 0,01$) (Flanagan, 1952).

Geçerlilik çalışması için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizinin ön koşulları olan değişkenler arasındaki ilişkinin varlığı ve veri yapısının faktör analizi yapılabilmesi

için yeterliliğine karar vermek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliği (KMO), Barlett Küresellik testleri uygulanmıştır (Tabachnick ve Fidel, 2014). KMO değeri 0,60'tan büyük ve Barlett küresellik testi istatistiksel olarak %99 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Ölçeğe ait açıklayıcı faktör analizi sonucu Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4

Yaşlılarda Disfaji Risk Değerlendirme Ölçeğinin Öz Değerleri ve Açıkladıkları Varyans Düzeyleri

Faktörler	Başlangıç Öz değerleri			Varimax (Döndürme) Sonrası Yüklerin Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
1	7,994	47,022	47,022	4,164	24,494	24,494
2	2,820	16,588	63,610	4,019	23,639	48,133
3	2,124	12,496	76,106	3,472	20,422	68,554
4	1,321	7,769	83,875	2,604	15,320	83,875
5	0,533	3,134	87,009			
6	0,431	2,537	89,546			
7	0,291	1,714	91,261			
8	0,263	1,546	92,806			
9	0,239	1,408	94,214			
10	0,188	1,107	95,321			
11	0,170	0,999	96,321			
12	0,157	0,923	97,243			
13	0,135	0,796	98,040			
14	0,118	0,694	98,734			
15	0,104	0,612	99,346			
16	0,069	0,407	99,753			
17	0,042	0,247	100,000			

Tablo 4 incelendiğinde DRAS-TR'nin öz değerlerinin 1'in üzerinde 4 faktörlü bir yapıda olduğu belirlenmiş, maddelerin hangi faktör altında toplanacağına karar vermek için temel bileşenler analizlerinden varimax dik döndürme tekniği kullanılmıştır. Birinci faktör tek başına ölçeğin %24,494'ünü, ikinci faktör %23,639'unu, üçüncü faktör %20,422'sini, dördüncü faktör %15,320'sini açıklarken 4 faktörün toplamı ise ölçeğin %83,875'ini açıklamaktadır. Açıklanan

varyans değerinin %40-%60 arasında olması yeterli görülmektedir (Scherer ve ark., 1988). Varimax dik döndürme sonrasındaki maddelere ait faktör yük değerlerine Tablo 5’te yer verilmiştir.

Tablo 5

Yaşlılarda Disfaji Risk Değerlendirme Ölçeği Maddelerine Ait Faktör Yük Değerleri

Maddeler	Faktörler				Güvenirlilik
	1	2	3	4	
14. Ağızda kuruluk hissi olur	0,801				0,935
11. Pirinç yutmakta zorlanma	0,875				
12. Sıvıları yutmakta zorlanma	0,886				
13. Yemek yerken ağızınızdan yemek sızır/düşer	0,893				
10. Yiyecekler yuttuktan sonra dilinizde kalır	0,914				
4. Pirinç yutarken boğulma veya öksürme		0,718			0,943
5. Sıvıları yutarken boğulma veya öksürme		0,765			
1. Yutma sırasında boğulma veya öksürme		0,862			
2. Yuttuktan sonra boğulma veya öksürme		0,885			
3. Yutmadan önce boğulma veya öksürme		0,893			
8. Yemek yerken veya yemek yedikten sonra sesiniz kısılır			0,806		0,941
7. Yiyecekler boğazınızda sıkışıp kalır			0,808		
9. Yiyecek veya sıvı burnunuza girer			0,868		
6. Yiyecekler boğazınızda kalır			0,878		
17. Yiyecek yemek borunuzda sıkışıp kalır				0,879	0,912
16. Yiyecek ve ekşi sıvı mideden boğazımıza geri gelir				0,905	
15. Mide ekşimesi olur				0,936	

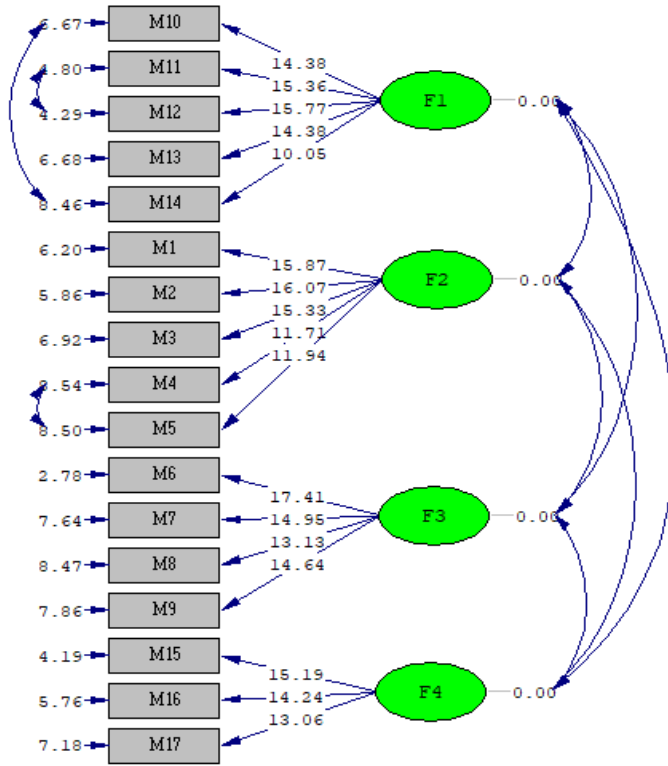
Ölçekte bir maddenin kalmasına karar vermek için faktör yükünün 0,45’in üzerinde bir değer alması ölçütü kullanılmıştır (Büyüköztürk, 2009). Yapılan analizde faktör yük değerlerinin 0,718-0,936 arasında değiştiği belirlenmiştir. Maddelerin faktörler arasındaki uzaklığının 0,10’dan büyük olması nedeniyle maddelerde herhangi bir kararsızlık durumu olmadığı tespit edilmiştir. Tablo 5’e göre, faktör 1, faktör 2, faktör 3 ve faktör 4’te toplanan maddeler incelendiğinde faktörlere sırasıyla, “Dilin arka tarafındaki yutak itmesinde güçlük çekme ve faringeal tetikleme”, “Aspirasyon”, “Zayıf faringeal temizleme” ve “Özofageal disfaji” adı verilmiştir. Her faktörün kendi içindeki iç tutarlık düzeylerine bakıldığında, her faktörün güvenilirlik düzeyinin sırası ile 0,935, 0,943, 0,941, 0,912 olduğu ve bu değerlerin kabul edilebilir güvenilirlik seviyesinde olduğu belirlenmiştir.

Yaşlılarda Disfaji Risk Değerlendirme Ölçeğine Ait DFA Sonuçları

Yaşlılarda disfaji risk değerlendirme ölçeğine ait doğrulayıcı faktör analizi (DFA) sonuçlarına göre, ilk aşamada uyum kriterlerinin istenilen seviyede çıkmaması nedeniyle 11-12, 10-14 ve 4-5 nolu maddeler arasında modifikasyon yapılmasına gerek duyulmuştur. Ölçek faktör yüklerine ait t değerleri Şekil 1’de gösterilmiştir.

Şekil 1

Yaşlılarda Disfaji Risk Değerlendirme Ölçeğinin DFA Sonucuna Ait t Değerleri Diyagramı



Chi-Square=209.76, df=110, P-value=0.00000, RMSEA=0.073

Not. F1: Dilin arka tarafındaki yutak itmesinde güçlük çekme ve faringeal tetikleme, F2: Aspirasyon, F3: Zayıf faringeal temizleme, F4: Özofageal disfaji

DFA sonucuna göre ölçeğe ait maddelerin faktör yükleri 0,70–0,98 arasındadır ve bu değerler kabul edilebilir düzeydedir. Maddeler ile örtük değişkenler arasındaki ilişkilerin istatistiksel anlamlılık düzeyinin ifadesi olan t değerleri ise $p < 0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuş ve bütün değerlerin 2,58’den büyük olduğu görülmüştür.

Ölçeğin kabul görmesi için elde edilen uyum iyiliği kriterlerinin minimum kabul edilebilir sınırlar arasında olması gerekmektedir. Modifikasyon sonrasında ölçeğin uyum kriterlerin kabul edilebilir ve mükemmel uyum aralığına ulaştığı belirlenmiştir. DFA sonucu elde edilen uyum kriterleri değerleri incelendiğinde, en önemli uyum değeri olan X^2 değerinin df değerine olan oranının 1.907 ile mükemmel uyum düzeyinde, RMSEA değerinin ise 0,073 ile kabul edilebilir uyum düzeyinde olduğu belirlenmiştir. CFI değerinin 0,98 ile mükemmel, GFI değerinin 0,92 ile kabul edilebilir, AGFI değerinin 0,90 ile mükemmel uyum, NNFI değerinin 0,97 ile mükemmel, NFI değerinin 0,96 ile mükemmel, RMR değerinin 0,064 ile kabul edilebilir ve SRMR değerinin 0,060 ile kabul edilebilir uyumda olduğu belirlenmiştir. Tüm bu bulgular ışığında açıklanan faktör yapısı doğrulanmıştır.

Ölçüm modelinin güvenilirliği, ortalama açıklanan varyans (AVE) ve birleşik güvenilirlik (CR) değerleri ile sınanmış, sonuçlar Tablo 6’de gösterilmiştir. Tablo 6’teki CR değeri eşik değer olan 0,70 değerinin üzerinde ve AVE değeri eşik değer olan 0,50 değerinin üzerinde bulunduğundan ölçüm modelinin güvenilirliği ve yakınsama geçerliliği sağlanmıştır.

Tablo 6

Yaşlılarda Disfaji Risk Değerlendirme Boyutlarına Ait AVE ve CR Değerleri

Faktörler	AVE	CR
F1	0,75	0,94
F2	0,77	0,94
F3	0,81	0,95
F4	0,78	0,91

Ölçüm aracının zamana bağlı değişimini ölçmek için test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Korelasyon katsayısı Pearson yöntemi ile belirlenmiştir. Ölçek 10 gün ara ile katılımcıların %20’sine uygulanmış ve iki ölçüm arasında yüksek düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r= 0,965, p<0,01$).

Eş değer ölçek analizi için DRAS-TR ile katılımcıların %20'sine uygulanan T-EAT-10 arasındaki korelasyon Pearson yöntemi ile incelenmiş ve iki ölçüm aracı arasında yüksek düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r= 0.855, p<0,01$).

Betimsel Bulgulara Ait Sonuçlar

Yaşlı bireylerin disfaji risk düzeyleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını araştırmak amacı ile bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. Bu analiz sonucunda cinsiyet ile disfaji risk değerlendirme ölçeğinin 'Özofageal Disfaji' alt faktörü arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($p=0,002, p<0,01$). Ortalamalar incelendiğinde yaşlı kadın bireylerin Özofageal Disfaji düzeylerinin yaşlı erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Öte yandan cinsiyet ile disfaji risk değerlendirme genel düzeyi ve dilin arka tarafındaki yutak itmesinde güçlük çekme ve faringeal tetikleme ve aspirasyon alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Yaşlı bireylerin disfaji risk düzeyleri ile eşlik eden rahatsızlıkların (şeker, tansiyon, kalp, astım, KOAH) olma durumu arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığı bağımsız örneklem t-testi ile analiz edilmiştir. Ortalamalar incelendiğinde (Dilin Arka Tarafındaki Yutak İtmesinde Güçlük Çekme ve Faringeal Tetikleme Ortalaması: 2,06; Aspirasyon ortalaması: 4,97; Zayıf Faringeal Tetikleme Ortalaması: 2,84; Özofageal Disfaji Ortalaması: 3,78), yukarıda adı geçen rahatsızlıklardan herhangi birine sahip olan katılımcıların disfaji risk düzeylerinin rahatsızlığı olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların sahip oldukları spesifik bir rahatsızlık ile disfaji riski arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Ek bir rahatsızlığı olan ve olmayan gruplar arasında "Aspirasyon", "Zayıf Faringeal Temizleme" ve "Özofageal Disfaji" alt gruplarına göre farklılık bulunmuştur ($p<0,01; p<0,05; p<0,01$). Ortalamalar incelendiğinde herhangi bir rahatsızlığı olan katılımcıların aspirasyon ($p=0,805;$

$t=0,247$), zayıf faringeal temizleme ($p=0,031$; $t=2,175$) ve özofageal disfaji ($p=0,001$; $t= 3,607$) düzeylerinin rahatsızlığı olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Alkol, tütün ürünü tüketen ve tüketmeyen gruplar arasında disfaji risk düzeyine göre farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Diş protezi kullanan ve kullanmayan gruplar arasında disfaji risk düzeyine göre farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Diş protezi olan katılımcıların disfaji risk düzeylerinin protezi olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Diş protezi kullanım durumu ile disfaji risk düzeyi alt boyutu “Dilin Arka Tarafındaki Yutak İtmesinde Güçlük Çekme ve Faringeal Tetikleme” arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$). Diş protezi kullanan katılımcıların Dilin Arka Tarafındaki Yutak İtmesinde Güçlük Çekme ve Faringeal Tetikleme düzeylerinin diş protezi olmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tartışma

Bu araştırmada yaşlanma sonucu oluşan disfaji riskini belirlemede kullanılan bir araç olan DRAS Türkçeye çevrilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. DRAS-TR ölçeğinin madde-toplam ilişki değeri, tüm maddeler için maddelerin ölçme gücünün yeterli seviyede olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar Fukada ve ark. (2002) tarafından geliştirilen DRAS ölçeği için yapılan çalışmanın bulguları ile uyumludur.

DRAS-TR ölçeğinde yapılan iç tutarlık analizinde Cronbach’s Alpha güvenilirlik katsayısı 0.91 değeri ile yüksek düzeyde güvenilirliği temsil etmektedir. Fukada ve ark. (2002) tarafından yapılan DRAS ölçeğinin iç tutarlılık analizinde elde edilen Cronbach’s Alpha güvenilirlik katsayısı 0.90 ile DRAS-TR ölçeğine benzer olarak yüksek güvenilirlik düzeyinde bulunmuştur.

DRAS-TR’de her faktörün kendi içindeki iç tutarlık düzeylerine bakıldığında, her faktör için değerlerin kabul edilebilir güvenilirlik seviyesinde olduğu; bu değerlerin Fukada ve ark. (2002) tarafından geliştirilen DRAS ölçeğine benzer olduğu görülmüştür DRAS-TR’nin test-tekrar test

korelasyonu yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu durum DRAS-TR'nin tekrarlanan değerlendirmeler için güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Eş değer ölçek analizinde alanyazındaki çalışmalar göz önünde bulundurularak Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılan T-EAT-10 kullanılmış ve aralarında yüksek düzeyde korelasyon bulunmuştur (Demir ve ark., 2016). Alanyazında disfajinin herhangi bir cinsiyette daha fazla görüldüğüne dair bir bilgiye rastlanmamıştır ancak 2020'de yapılan bir çalışma cinsiyetler arasında disfaji tiplerinde önemli farklılıklar olduğunu öne sürmüştür. Erkeklerde daha fazla orofaringeal disfajiye rastlanırken, kadınlarda daha fazla özofageal disfajiye rastlanmaktadır (Applebaum ve ark., 2020). Bu çalışmada da 65 yaş üstündeki kadınlarda disfaji riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur, ancak bunu sadece cinsiyet faktörü ile açıklamak doğru olmayacaktır.

Alanyazında, bireylerin rahatsızlığa sahip olmalarının disfaji riskine olan etkisini direkt olarak inceleyen bir çalışma olmaması ile beraber spesifik olarak gastroözofageal reflü hastalığının (GÖRH) disfaji ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada GÖRH'ün disfajinin nedenleri arasında olabileceği bulgusuna ulaşılmıştır (Gürlek, 2021). Şahin ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı olgu sunumunda ise Forestier hastalığı ile disfaji ilişkisi incelenmiş ve Forestier hastalığının disfajiye sebep olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Şahin ve ark., 2009). Bu kapsamda DRAS-TR ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında demografik bilgi formunda bireylerin rahatsızlıkları olup olmadığı ve rahatsızlıklarının ne olduğu sorulmuştur. Elde edilen bulgularda şeker, tansiyon, kalp, astım ve KOAH hastalıklarının sıklıkla bildirildiği görülmüştür. Çalışmada ulaşılan bulgular sonucunda yukarıda adı geçen rahatsızlıklardan herhangi birine sahip olan bireylerde disfaji görülme riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

DRAS-TR'nin 65 yaş ve üzeri bireylerde disfaji riskini ölçen geçerli ve güvenilir bir tarama aracı olduğu bulunmuştur. Bu ölçeğin Türkçeye kazandırılması ile yutma bozukluğu tanısı almamış yaşlı bireylerde erken teşhisi kolaylaştırmak ve erken müdahale imkanı sağlamak mümkün olacaktır.

Çalışmamızın sınırlılıkları ölçeğin aletsel bir değerlendirme bulgusu ile desteklenmemiş olmasıdır. Bundan sonraki çalışmalarda DRAS-TR bulgularının aletsel değerlendirme ile desteklenmesi; duyarlık, özgüllük ve tanısal doğruluğunun hesaplanması ve kesme puanının belirlenmesi önerilmektedir.

Kaynaklar

- Akhtar, S. (2017). Stoelting's Anesthesia and Co-Existing Disease. Diseases of aging. In: Hines RL, 327-343.
- Applebaum, J., Lee, E., Harun, A., Davis, A., Hillel, A. T., Best, S. R., ve Akst, L. M. (2020). Characterization of geriatric dysphagia diagnoses in age-based cohorts. *Oto Open*, 4(3), 2473974X20939543.
- Baijens, L. W., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G. F., Leners, J., Masiero, S., Mateos-Nazal, J., Ortega, O., Smithard D. G., Speyer, R., Walshe, M. (2016). European Society for Swallowing Disorders–European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical interventions in aging*, 1403-1428.
- Bengisu, S., & Derin, D. (2022). Hemşirelerin ve Doktorların Dil ve Konuşma Terapistlerinin Yutma Bozukluğundaki Rolüne İlişkin Farkındalıklarının Belirlenmesi. *Dil Konuşma Ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 123-159.
- Bengisu, S. & Gerçek, E. (2019). Türkiye’de Yutma Bozuklukları ile İlgili Yapılmış Lisansüstü Tez Çalışmalarının İncelenmesi. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi* 2(1), 77-103.
- Büyüköztürk, Ş. (2009). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni, spss uygulamaları ve yorum (9. Baskı). Ankara: Pegem Yayınları.
- Cavallaro, G., Pontrelli, M., Sammali, M., Nelson, E., Quaranta, N. ve Fiorella, M. L. (2022). Presbyphagia: the importance of an early diagnosis in the aging population. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, 70(4), 237-243.
- Davis, LL. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied nursing research*. 5(4), 94-197.
- Demir, N., Serel Arslan, S., İnal, Ö., ve Karaduman, A. A. (2016). Reliability and validity of the Turkish eating assessment tool (T-EAT-10). *Dysphagia*, 31, 644-649.
- Dikmen, R. D. (2022). Yaşlılarda Yutma Fonksiyonu ve Ağız Bakımı. *Geriatric Bilimler Dergisi*.
- Flanagan, J. C. (1952). Principles and procedures in evaluating performance. *Personnel*, 28, 373–386
- Fukada, J., Kamakura, Y., Kitaike, T. ve Nojiri, M. (2002). Development of dysphagia risk assessment scale for elderly living at home. *J Jpn Soc Nurs Res*, 25, 87-99.
- Goldstein, J. R. (2009). How populations age. In Peter Uhlenberg (Ed.), *International Handbook of Population Aging*, (pp.7-18). Springer.
- Gürlek F. (2021). İçinde: *Gastrointestinal Sistemde Temel Semiyoloji* (pp.7-18). Publisher: Akademisyen Yayınevi.

- Öztürk, Ş. (2021). 5-8 Yaşları Arasındaki Çocuklarda Ağız Diş Sağlığı ile Çiğneme ve Yutma Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi. Çocuk Diş Hekimliği Uzmanlık Tezi. Ankara, Türkiye: T.C. Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Ana Bilim Dalı.
- Özyalçın, B. & Şanlıer, N. (2022). Geriatrik disfaji ve beslenme tedavisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(1), 100-109.
- Scherer, R. F., Luther, D. C., Wiebe, F. A. ve Adams, J. S. (1988). Dimensionality of coping: Factor stability using the ways of coping questionnaire. *Psychological reports*, 62(3), 763-770.
- Sevim, M., Şahan, A. K. ve Arslan, S. S. (2021). Erişkin Hastalarda Klinik Yutma Değerlendirme Aşamaları. Akdeniz Tıp Dergisi, 7(1), 1-11.
- Sözbilir, M. (2010). Madde analizi ve test geliştirme. *Content Analysis and Test Development*. Alıntı Tarihi, 16, 2013.
- Şahin, C., Yılmaz, Y. F., Aydil, U. ve Özcan, M. (2008). Forestier hastalığı ve disfaji: olgu sunumu. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 4, 67.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S., (2014). Using multivariate statistics. USA: Pearson Education Limited
- United Nations (2019). World Population Prospects 2019, Volume I: Comprehensive Tables. New York: United Nations.
- Yakar, M., & Özgür, E. M. (2022). Türkiye’de Nüfus Yaşlanması, Yerel Düzeyde Tehlike Çanları Çalıyor!. *Coğrafya Dergisi*, (44), 231-250.

Ekler

Ek-1: DRAS-TR

	Her zaman	Bazen	Nadiren	Neredeyse hiç
Yutma sırasında boğulma veya öksürme				
Yuttuktan sonra boğulma veya öksürme				
Yutmadan önce boğulma veya öksürme				
Pirinç yutarken boğulma veya öksürme				
Sıvıları yutarken boğulma veya öksürme				
Yiyecekler boğazınızda kalır				
Yiyecekler boğazınızda sıkışıp kalır				
Yemek yerken veya yemek yedikten sonra sesiniz kısılır				
Yiyecek veya sıvı burnunuza girer				
Yiyecekler yuttuktan sonra dilinizde kalır				
Pirinç yutmakta zorlanma				
Sıvıları yutmakta zorlanma				
Yemek yerken ağızınızdan yemek sızar/düşer				
Ağızda kuruluk hissi olur				
Mide ekşimesi olur				
Yiyecek ve ekşi sıvı mideden boğazınıza geri gelir				
Yiyecek yemek borunuzda sıkışıp kalır				

*Her zaman:3, Bazen:2, Nadiren:1, Neredeyse hiç:0

Yazar Katkıları/Author Contributions: Aynur İkra Demir, Mesude Köksal: Fikir/Kavram, Tasarım/Yöntem, Veri Toplama ve/veya İşleme, Analiz/Yorum, Literatür Taraması, Makale Yazımı, Eleştirel İnceleme, Kaynak ve Fon Sağlama, Malzemeler. Ayşegül Yılmaz: Danışmanlık/Denetleme, Makale Yazımı, Eleştirel İnceleme, Kaynak ve Fon Sağlama, Malzemeler.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: Yazar makalenin hazırlanması ve basımı esnasında hiçbir kimse veya kurum ile çıkar çatışması içinde olmadığını beyan etmiştir. / The author has declared that no conflict of interest existed with any parties at the time of publication.

Araştırma Makalesi

Disleksi Olan ve Olmayan İlkokul Öğrencilerinin Artikülasyon, İşitsel Ayırt Etme ve Fonolojik Farkındalık Becerilerinin İncelenmesi

Canay Ünal¹, Maral Yeşilyurt²

ÖZET

Amaç: Bu çalışma disleksi olan ve olmayan, ilkokul 1. ve 2. sınıf düzeyinde eğitim gören öğrencilerin artikülasyon, işitsel ayırt etme ve fonolojik farkındalık becerilerini incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Araştırmada karşılaştırmalı betimsel araştırma modeli kullanılmıştır. Çalışmanın katılımcıları disleksi olan 22 (6 kız, 16 erkek) ve onlarla yaş ve cinsiyete göre eşleştirilmiş tipik dil gelişimine sahip olup okuma güçlüğü yaşamayan 22, toplam 44 ilkokul (FFT) uygulanmıştır.

Bulgular: Disleksili grupta akranlarına kıyasla SET standart puanının, İAT standart puanının ve FFT toplam ham puanının anlamlı şekilde daha düşük olduğu görülmüştür. FFT'nin 9 alt testine ait puanlarda ise sözcük birleştirme hariç kafiye ve fonem düzeyindeki tüm görevlerde iki grup arasında anlamlı öğrencisidir. Katılımcıların tümü 7,0-8,11 yaş aralığında olup, 17'si 1. sınıf, 27'si ise 2. sınıf düzeyinde Antalya ilindeki çeşitli ilkokullarda eğitim görmektedir. Çalışmaya katılan toplam 44 öğrenciye artikülasyon yetkinliklerini incelemek için Sesletim Sesbilgisi Testi'nin (SST) Sesletim Tarama Alt Testi (SET), işitsel farkındalık becerilerini incelemek için SST'nin İşitsel Ayırt Etme Alt Testi (İAT) ve son olarak fonolojik farkındalık becerilerini incelemek için Türkçe Fonolojik Farkındalık Testi farklılıklar olduğu ve yine disleksili katılımcıların daha düşük performans gösterdiği bulunmuştur. SET, İAT ve FFT testlerinin birbiri ile olan ilişkisine bakıldığında okuma güçlüğü yaşamayan grupta 3 test arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamış olup, disleksili grupta SET-İAT, SET-FFT ve İAT-FFT arasında pozitif yönde orta ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada disleksi olan 1. ve 2. sınıf çocuklarının disleksi olmayan akranlarına kıyasla artikülasyon, işitsel ayırt etme ve fonolojik farkındalık becerilerinde güçlük yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Sözcükler: artikülasyon, disleksi, fonolojik farkındalık, işitsel ayırt etme, konuşma sesi bozukluğu

¹Sorumlu Yazar, Uzm. Dkt.,
ORCID: 0009-0005-2220-1721,
canayunal9@gmail.com

²Dr. Öğr. Üyesi, Üsküdar
Üniversitesi, Dil ve Konuşma
Terapisi Bölümü, ORCID: 0000-
0001-7454-6338,
maral.yesilyurt@uskudar.edu.tr

Sorumlu Yazarın Adresi:

Demircikara mah. Avni Tolunay
cad. No:12/1 Muratpaşa/Antalya

Bu makaleyi kaynak göstermek için/To cite this article:

Ünal, C., & Yeşilyurt, M., (2023).
Disleksi Olan ve Olmayan İlkokul
Öğrencilerinin Artikülasyon, İşitsel
Ayırt Etme ve Fonolojik
Farkındalık Becerilerinin
İncelenmesi. *Dil, Konuşma ve
Yutma Araştırmaları Dergisi*, 6(3),
309-330.

Gönderim Tarihi:

27.07.2023

Kabul Tarihi:

25.12.2023

DOI:

<https://doi.org/10.58563/dkyad-2023.63.4>



Examination of Articulation, Auditory Discrimination and Phonological Awareness Skills of Primary School Students with and without Dyslexia

ABSTRACT

Purpose: This study aims to examine the articulation, auditory discrimination and phonological awareness skills of primary school 1st and 2nd grade students with and without dyslexia.

Method: A comparative descriptive research model was used in the study. The study involved 22 students with dyslexia and 22 students with typical language development and without reading difficulties, matched by age and gender. The participants of the examination were between the ages of 7.0-8.11. The students were administered the Articulation Screening Subtest (SET) of the Turkish Articulation and Phonology Test (SST), the Auditory Discrimination Subtest (IAT) of the SST, and the Turkish Phonological Awareness Test (FFT).

Results: It was observed that the SET standard score, IAT standard score and FFT total raw score were significantly lower in the dyslexia group. As a result of the 9 subtests of the FFT, it was found that there were significant differences between the two groups in all tasks at the rhyme and phoneme level, except for word combination. When the relationship between SET, IAT and FFT tests was examined, no significant relationship was found between the 3 tests in the group without reading difficulties, but moderate positive relationships were found between SET-IAT, SET-FFT, and IAT-FFT in the dyslexia group.

Conclusion: In this study, it was concluded that the 1st and 2nd grade children with dyslexia had difficulties in articulation, auditory discrimination and phonological awareness skills compared to their peers without dyslexia.

Keywords: articulation, auditory discrimination, dyslexia, phonological awareness, speech sound disorder

Giriş

Okumayı öğrenirken belli yazılı simgeleri ve onların farklı bağlamlarda birbiriyle olan ilişkisini anlamak; görülen yazılı bilgiyi anlamlandırmak ve bu bilgiyi bellekte depolayıp gerektiği zaman kullanmak üzere geri çağırmak gereklidir (Bangs, 1968). Bazı çocuklarda okumayı öğrenirken bu süreçte aksaklıklar ve gecikmeler meydana gelebilir. Disleksi; sözcükleri doğru-akıcı okuma ve okuduğu sözcüğü anlamada gözlenen zorluklarla ifade edilen, bireye eğitim ve sosyo-ekonomik düzey olarak yeterli imkânın sağlandığı koşullarda, fizyolojik veya duyuşal herhangi bir eksiklik yokken okuma ve yazmada beklenmedik zorluklar yaşanması olarak tanımlanan bir öğrenme güçlüğü çeşididir (DSM-5; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Öğrenme güçlüğü çeşitleri arasında disleksi (okuma güçlüğü), disgrafi (yazma güçlüğü) ve diskalkuli (sayısal güçlük) olmak üzere 3 alt tip bulunmaktadır (Alt ve ark., 2017). Disleksi öğrenme güçlüğüünün en sık rastlanılan alt tipi olup, öğrenme güçlüğü olan bireylerin %80'inde okuma güçlüğü olduğu belirtilmektedir (Salman ve ark., 2016). Çocukların okuma yazmada yaşadığı bu güçlükler genellikle aileler tarafından 1. sınıfta fark edilmekle birlikte uygun yönlendirmeler yapıp çocuk psikiyatristleri tarafından disleksi tanısı konmaktadır.

Bazı çalışmalarda peş peşe gelen seslerde ayırım yapamama disleksinin temel mekanizması olarak görülürken, çoğu araştırma ünlü-ünsüz kurallarda yanlışlık ve fonolojik farkında olmama ile disleksiye bağdaştırmaktadır (Kirby ve ark., 2008; Salman ve ark., 2016). Fonolojik farkındalık; kelimenin içinde bulunan ses birimlerin farkında olma ve bu sesbirimleri manipüle edebilme becerisidir (Goswami & Bryant, 1990). Fonolojik farkındalık becerisi düşük olan çocukların okuma becerisinde de güçlük yaşaması sebebiyle disleksi tanısı alma olasılığının yüksek olduğu ve buna paralel olarak disleksi tanılı çocukların da fonolojik farkındalık becerilerinde güçlük yaşadığı bilinmektedir (Jenkins & Bowen, 1994; Saksida ve ark., 2016). Melby-Lervag ve ark. (2012) bir çalışmasında disleksili çocukların akranlarına kıyasla kısa süreli sözel bellek, fonemik farkındalık ve

kafiye farkındalığı gibi fonolojik becerilerde yetersizlik gösterdiğini belirtmiştir. Seçkin-Yılmaz & Büyükçakmak (2020), çalışmalarında disleksi olan ve olmayan çocukların fonolojik farkındalık becerilerini değerlendirmiş, iki grup arasında anlamlı farklılık olduğunu ve düşük fonolojik farkındalık becerisinin disleksi ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Tanır (2017) ise disleksi olan ve olmayan çocuklara Fonolojik Farkındalık Testi (FFT) uyguladığı çalışmasında, disleksili çocuklarda fonolojik farkındalık becerilerinin geri olduğunu bulmuş ve bunu tanısal belirleyici bir unsur olarak nitelendirmiştir.

Tallal (1980), disleksi olan bireylerin işitsel uyarıların hızlı işlenmesinde ve ayırt edilmesinde sorun yaşadıklarını ve bu nedenden dolayı fonolojik becerilerinin gelişmediğini öne sürmüştür. Durgunoğlu & Öney'e (1999) göre işitsel ayırt etme becerisi, aynı zamanda fonolojik farkındalık ile ilgili bir beceri olup okuma becerisi kazanımı için temel oluşturmaktadır. Turan ve Akoğlu'nun (2011) fonolojik farkındalık ve işitsel ayırt etme becerisi arasındaki ilişkiyi ortaya koyan, okulöncesi dönem çocuklarında Sesbilgisel Farkındalık Eğitimi programının etkililiğini incelediği çalışma sonucunda çocukların işitsel ayırt etme becerilerinde ilerleme olduğu görüşmüştür. Bu ilerlemenin, eğitim programında yer verilen benzer fonemleri eşleştirme ve ayırt etme çalışmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Alan yazında disleksili bireylerin fonolojik farkındalık becerileri dışında dil-konuşma alanında da akranlarından geride performans gösterdiği belirtilmektedir (Akın & Sezer, 2010). Salman ve arkadaşları (2016) yaptıkları bir çalışmada disleksinin, %39 oranında dile ait güçlüklerle, %37 oranında artikülasyon ve görsel-motor güçlüklerle, %16 oranında ise görsel-mekansal güçlüklerle ilişkili olduğunu bildirmiştir. Çimen (2019) ise çalışmasında öğrenme güçlüğü olan çocukların artikülasyon becerilerinde akranlarına kıyasla gerilik saptamış ve bu çocukların tamamında artikülasyon bozukluğu olduğunu belirtmiştir.

Bu çalışmalara ek olarak Girgin & Büyükköse'nin (2015) artikülasyon-işitsel ayırt etme gelişimi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla işitme kayıplı çocuklarla yaptıkları çalışmada sesletim becerisi ile işitsel ayırt etme becerisi arasında pozitif yönde yüksek ilişki saptanmış olup işitsel ayırt etmenin artikülasyon gelişimine etki eden bir faktör olduğu bildirilmiştir.

Disleksi, okumanın fonolojik alt yapısından dolayı fonolojik farkındalık becerileri ile, konuşma seslerinin algılanması ve dizim kurallarından dolayı ise artikülasyon yetkinliği ile oldukça ilişkilidir. Bu ilişki dışında fonolojik farkındalık becerileri ve artikülasyon yetkinliği de birbiriyle karşılıklı etkileşim halindedir. Alan yazında, konuşma sesi bozukluğu (KSB) yaşayan çocukların akranlarına kıyasla fonolojik farkındalık becerilerinde zorlandıkları ve artikülasyon testlerinde daha düşük performans gösterdikleri, buna paralel olarak fonolojik farkındalık becerilerinde zorlanan çocukların birçoğunda KSB olduğu dile getirilmiştir (Grawburg & Rvachew, 2006; Farquharson, 2015). Birçok araştırmada disleksi ve fonolojik farkındalık, dislekside konuşma özellikleri gibi beceriler üzerine odaklanılmıştır (Kirby ve ark., 2008; Sürgen, 2019; Seçkin-Yılmaz, 2020). Bu araştırma, disleksi olan çocuklarda artikülasyon, işitsel ayırt etme ve fonolojik farkındalık becerisinin tipik dil gelişimi gösteren ve okumada güçlük çekmeyen çocuklardan farklı olup olmadığı konusunda alan yazına katkı sunacaktır.

Bu çalışmanın amacı; disleksi tanısı olan çocuklarla, tipik dil gelişimi gösteren ve okuma güçlüğü olmayan ilkokul 1. ve 2. sınıf öğrencilerinin artikülasyon, işitsel ayırt etme ve fonolojik farkındalık becerilerini karşılaştırmaktır. Araştırmamızda ayrıca hem disleksi olan grupta hem de tipik dil gelişim gösteren ve okuma güçlüğü bulunmayan çocuklarda bu üç parametrenin birbiriyle olan ilişkisini incelemek de amaçlanmıştır. Bu amaçla, araştırmanın soruları şu şekilde hazırlanmıştır:

1. Disleksi olan ve olmayan ilkokul öğrencilerinin artikülasyon becerileri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

2. Disleksi olan ve olmayan ilkokul öğrencilerinin işitsel ayırt etme becerileri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
3. Disleksi olan ve olmayan ilkokul öğrencilerinin fonolojik farkındalık becerileri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
4. Disleksi olan ilkokul öğrencilerinin artikülasyon, işitsel ayırt etme ve fonolojik farkındalık becerileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
5. Disleksi olmayan ilkokul öğrencilerinin artikülasyon, işitsel ayırt etme ve fonolojik farkındalık becerileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Yöntem

Araştırma Modeli

Disleksi olan çocuklarla tipik dil gelişimi gösteren ve okuma güçlüğü olmayan ilkokul öğrencilerinin artikülasyon, işitsel ayırt etme ve fonolojik farkındalık becerilerinin incelendiği bu çalışmada, karşılaştırmalı betimsel araştırma modeli kullanılmıştır. Grupların artikülasyon becerileri için Sesletim Sesbilgisi Testi'nin (SST) Sesletim Alt Testi (SET), İşitsel Ayırt Etme Alt Testi (İAT); fonolojik farkındalık becerileri için ise Fonolojik Farkındalık Testi (FFT) kullanılmıştır. Katılımcıların her bir testten elde ettikleri puanlar karşılaştırılarak ilişkisel tarama modeline uygun olarak incelenmiştir (Karasar, 1999).

Katılımcılar

Çalışmanın katılımcılarını disleksi olan 22 (6 kız, 16 erkek) ve onlarla yaş ve cinsiyete göre eşleştirilmiş, tipik dil gelişimi gösteren ve disleksi olmayan 22, toplam 44 ilkokul öğrencisi oluşturmaktadır. Katılımcıların tümü 7,0-8,11 yaş aralığında olup, 17'si 1. sınıf geri kalan 27'si ise 2. sınıf olmak üzere Antalya ilindeki çeşitli ilkokullarda eğitim görmektedir. Katılımcıların tümünün

anadili Türkçedir. Disleksi olan gruptaki dahil etme kriterleri; çocuk psikiyatristi tarafından konulmuş Disleksi tanısına sahip olma, 7.0-8.11 yaş aralığında olup ilkokul seviyesinde eğitim görme ve anadili Türkçe olma iken dışlama kriteri olarak Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) dışında herhangi bir ek yetersizliğin (nörolojik, zihinsel vb.) eşlik etmesi şeklinde belirlenmiştir. Tipik dil gelişimi gösterip okuma güçlüğü yaşamayan grup için dahil etme kriterleri şunlardır: Öğretmen görüşüne göre ortalama sınıf içi başarı ve okuma becerisi göstermesi, Türkçe Okul Çağı Dil Gelişimi Testi (TODİL) sonucuna göre ortalama veya ortalama üstü derece sözel dil performansına sahip olması, 7.0-8.11 yaş aralığında olup ilkokul seviyesinde eğitim görmesi ve anadilinin Türkçe olmasıdır. Disleksi olmayan gruptaki katılımcılarda gelişimsel dil bozukluğu olmadığını teyit etmek amacıyla TODİL uygulanması; TODİL sözlü dil performansı ortalama altı, zayıf veya çok zayıf olan katılımcıların dahil edilmemesi kararı alınmıştır. Ancak süreç içinde TODİL yapılan tüm katılımcıların sözlü dil performansı ortalama veya ortalama üstü bulunduğu için tipik dil gelişimi gösteren gruptan herhangi bir katılımcının çıkarılmasına gerek kalmamıştır. Disleksi olmayan grubun dışlama kriterlerinden biri de herhangi bir yetersizliğin (nörolojik, zihinsel vb.) eşlik etmesidir. Bu konuda çocukların öğretmenlerinden bilgi alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada disleksi olmayan çocuklara tipik dil gelişimi gösterdiklerini belgelemek amacıyla TODİL uygulanmıştır. Çalışmaya katılan 44 öğrenciye artikülasyon becerilerini belirlemek amacıyla SET, İAT ve FFT uygulanmıştır. Aşağıda bu değerlendirme araçları ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Tüm çocuklarda SET ve İAT'ta yapılan yanlışlar ham puan olarak toplanmış, sonrasında z puanı, standart puan, yüzdeler ve eşdeğer yaşa dönüştürülmüştür. Bu araştırmanın analizlerinde SET ve İAT'dan alınan toplam ham puanlar SST'nin kullanım yönergesine göre (Topbaş, 2017) yaş faktörüne bağlı olarak standart puanlara çevrilmiş, FFT'de ise alt testlerden alınan toplam ham puan dikkate alınmıştır.

Türkçe Okul Çağı Dil Gelişim Testi – TODİL

4,0 ile 8,11 yaş aralığındaki çocukların dil gelişimini gelişimsel ve bireysel olarak ölçen TODİL, Test of Language Development-Primary: Fourth Edition'ın (TOLD-P:4; Hammill & Newcomer, 2008) Topbaş & Güven (2017) tarafından Türkçeye uyarlanmış hali olup norma dayalı ve standardizasyonu yapılmış bir ölçme aracıdır. Dil gelişiminde alıcı ve ifade edici dil becerilerini birlikte ölçen bu test, çocuğun dil gelişimini farklı boyutlarla ölçerek güçlü ve zayıf yönleri belirlemeyi ve gelişimsel dil bozukluğu yaşayan çocukları, dil bozukluğu yaşamayan çocuklardan ayırt etmeyi amaçlamaktadır. TODİL sırası ile Resim-Sözcük Dağarcığı, İlişkili Sözcük Dağarcığı, Sözcük Betimleme, Cümle Anlama, Cümle Tekrar Etme, Biçimbirim Tamamlama, Sözcük Ayırt Etme, Fonemik Analiz ve Artikülasyon olmak üzere toplam dokuz alt testten oluşmaktadır. İlgili alt testlerin puanları toplanarak Dinleme, Konuşma, Organize Etme, Anlam bilgisi, Dilbilgisi Bileşke Puanları ve bu puanların toplamı olan Sözel Dil Bileşke Puanı elde edilmektedir. Bu test, araştırmamızda okuma güçlüğü yaşamayan katılımcıların dahil etme kriterlerinden olan ortalama ve ortalama üstü derece sözel dil performansı ölçütünü karşılayıp karşılamadığını test etmek amacıyla kullanılmıştır.

Sesletim Sesbilgisi Testi (SST)

Bu test 2-8 yaş arası anadili Türkçe olan çocukların sesletim ve fonoloji yetkinliklerini değerlendirmek ve bozukluğun ayırıcı tanısını koyabilmek amacıyla Topbaş (2006) tarafından geliştirilmiş, standardize ve norma dayalı bir ölçüm aracıdır. SST; artikülasyon bozukluğu, gecikmiş fonolojik gelişim veya tutarlı-tutarsız fonolojik bozukluklarda tarama ve tanı koyma amacıyla değerlendirmelerde kullanılır. SST, birbirinden bağımsız veya bir arada uygulanabilen üç alt testten oluşmaktadır. Bu çalışmada SST'nin SET ve İAT alt testleri kullanılmıştır.

SET, sesbirimlerin artikülasyon (telaffuz) yeterliliğini resim adlandırmaya dayalı olarak yapılandırılmış koşulda ölçen bir testtir. SET'te Türkçe'deki 24 sesbirime; tek, iki, üç ve çok heceli

sözcükler içinde hece başı-sözcük başı, hece sonu-sözcük içi ve hece sonu-sözcük sonu gibi farklı konumlarda yer verilmiştir. Testte ayrıca, Türkçede yaygın olarak kullanılan yedi ünsüz öbeği de yer almaktadır. Test, genel olarak ad bildiren 93 nesneye ait resimlerden oluşmaktadır (Topbaş, 2006). SET’te katılımcının alabileceği minimum ham puan 0 iken, maksimum ham puan 93’tür. Yaş arttıkça ve sesletim hataları azaldıkça ham puan azalır. Bu çalışmada ham puanlar üzerinden yaş faktörü göz önüne alınarak SST’nin uygulama kitapçığındaki dönüştürme kuralları ile hesaplanan standart puanlar üzerinden veri analizi gerçekleştirilmiştir.

SET yolu ile çocuklarda artikülasyon veya fonolojik bozukluğun varlığı belirlendikten sonra İAT ile çocukların üretemedikleri sesbirimleri resim tanıma üzerinden ayırt etme becerileri ölçülmektedir. İAT’ta Türkçede var olan 21 ünsüz ses; ötümlü-ötümsüz olma, sesletim yeri ve sesletim biçimi özelliklerinin değiştiği, birbirlerinden tek bir sesle ayrılan (buz-muz) toplam 24 sözcük çifti (48 adet) içinde değerlendirilmektedir. Bu çalışmanın veri analizinde katılımcıların aldığı ham puan üzerinden yaş faktörü göz önüne alınarak hesaplanan standart puanlar kullanılmıştır.

Türkçe Fonolojik Farkındalık Testi (FFT)

FFT; anadili Türkçe olan 4,0-8,11 yaş arasındaki çocukların fonolojik farkındalık becerilerini incelemek amacıyla uygulanan, geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış (Kazanoğlu ve ark., 2020) bir ölçüm aracıdır. Dört dilbilimsel düzeyi inceleyen bu testte, her başlıkta altı alt madde olmak üzere toplam 16 başlık bulunmaktadır. Bu 16 başlık; baştaki fonemi bulma, sondaki fonemi bulma, fonem ayırt etme, fonem ekleme, fonem silme, fonem bölme, fonem birleştirme, fonem değiştirme, hece silme, hece bölme, sözcük sayma, sözcük birleştirme, sözcük ayırma, sözcük atma, kafiye üretme ve kafiye ayırt etmedir. Yaş faktörüne bağlı olarak fonolojik farkındalık becerilerinin değişebilmesi nedeniyle her bir alt testin uygulanma yaş aralıkları farklılaşmaktadır. Bu çalışmada katılımcıların yaş aralığı düşünüldüğünde 7 ve 8 yaşa ortak uygulanabilen maddeler olan; baştaki fonemi bulma, fonem ayırt etme, fonem ekleme, fonem silme, fonem bölme, fonem değiştirme, sözcük birleştirme,

kafiye üretme ve kafiye ayırt etme olarak dokuz alt test uygulanmıştır. FFT uygulanırken alt testlerin içinde bulunan altı maddede doğru cevaplar için 1, yanlış cevaplar için 0 puan verilmiştir.

Veri Toplama Süreci

Bu araştırmanın veri toplama süreci Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı tarafından etik onay alındıktan sonra başlatılmıştır. İlk olarak Antalya ilindeki bir özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinden disleksi tanısına yönelik özel eğitim desteği alan 22 ilkokul 1. ve 2. sınıf öğrencisi belirlenmiş, sonrasında aynı sınıf düzeyinde çevre okullarda eğitim gören, sınıf öğretmenlerinin beklenen gelişim düzeyinde ve sınıf başarısının ortalama seviyede olduğunu belirttiği, disleksi olmayan 22 çocuk belirlenmiştir. Bu çocuklar araştırmaya dahil edilirken, disleksi tanısına sahip olan çocukların yaş ve cinsiyet dağılımına paralel olacak şekilde seçilmiştir. Toplam 44 katılımcının velilerinden Katılımcı Bilgi Formu'nu ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu doldurmaları istenmiş, yazılı onam alınmıştır. Okul başarısı ortalama seviyede olan ve okuma güçlüğü yaşamayan 22 çocuğa, dil yeterliliğini ölçmek ve sözel dil becerilerinin yaşlarından geride olmadığından emin olmak için TODİL uygulanmış ve hepsinin ortalama ve ortalama üstü sözel dil becerisine sahip olduğu görülmüştür. Tüm katılımcıların ortalaması olarak 45 dakikalık ders saatinin yaklaşık 25-30 dakikası TODİL yapılmış, geri kalan 10-15 dakikasında ise SET uygulanmıştır. İlk ders saatinde bu iki testin uygulaması yetişmeyen öğrencilerde teneffüsün 5-10 dakikası daha dahil edilerek uygulama tamamlanmıştır. İkinci dersin başında İAT ile çocukların işitsel ayırt etme becerileri kontrol edilmiş, geri kalan vakitte FFT uygulaması yapılmıştır. Tipik dil gelişimi gösterip okuma güçlüğü yaşamayan çocuklarda yukarıda bahsedilen ölçeklerin uygulanması toplam 2 ders saati sürerken, disleksi olan çocuklarda TODİL yapılmadığı için 1 ders saati yeterli olmuştur. Disleksili çocuklarda uygulamaya SET ile başlanmış, sonrasında İAT ve FFT ile devam edilmiştir.

Verilerin Analizi

Bu araştırmadaki istatistiksel analizler SPSS 25.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Disleksi olan öğrenciler disleksi, tipik dil gelişimi gösteren ve okuma güçlüğü olmayan öğrenciler ise disleksi olmayan grup olarak adlandırıldıktan sonra her iki grubun SET, İAT ve FFT puanları betimsel olarak incelenmiş, Shapiro-Wilk ile normallik testleri yapılmıştır. Test sonucunda verilerin normal dağılım göstermediği bulunmuştur (SET ve İAT için $p<0,05$; FFT için $p<0,01$). Veriler normal dağılım göstermediği için gruplar arasındaki karşılaştırmalar Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. Ayrıca grupların artikülasyon, işitsel ayırt etme ve fonolojik farkındalık becerilerinin birbiriyle olan ilişkisini belirlemek amacıyla disleksi olan ve olmayan gruplarda ayrı ayrı olacak şekilde Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Etik Kurul Onayı

Bu çalışmanın etik kurul onayı Üsküdar Üniversitesi'nin Girişimsel Olmayan Etik Kurulu tarafından 30/01/2023 tarihinde 61351342/OCAK 2023-87 sayısı ile alınmıştır.

Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde elde edilen bulgular araştırma sorularının sıralamasına paralel olacak şekilde sunulmaktadır.

Artikülasyon Becerilerine İlişkin Bulgular

Disleksi olan ve olmayan gruplardaki katılımcıların artikülasyon becerilerini belirlemek amacıyla uygulanan SET testinden elde edilen ham puanlar standart puana dönüştürülmüş ve Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Sonuçlar Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1*Grupların SET Puanlarının Karşılaştırılması*

Grup	Medyan	Ort.	Min.	Maks.	SS	SO	ST	U	p
Disleksi	59	56	-6	107	40,95	14,52	319,5		
Disleksi Olmayan	107	101,95	71	110	11,32	30,48	670,5	66,5	<0,001

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, SO: Sıra ortalaması, ST: Sıra toplamı

Tablo 1 incelendiğinde, disleksi olan grubun SET testinde disleksi olmayan gruptan daha düşük performans gösterdiği ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel bakımdan anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,001$) Bu, disleksi olan grubun artikülasyon becerilerinin disleksi olmayan gruptakilerin gerisinde olduğunu gösteren bir bulgudur.

İşitsel Ayırt Etme Becerilerine İlişkin Bulgular

Grupların işitsel ayırt etme becerilerini belirlemek amacıyla uygulanan İAT testinden elde ettikleri ham puanlar standart puana dönüştürülmüştür. Ardından Mann Whitney U testi ile karşılaştırılarak sonuçlar Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Grupların İAT Puanlarının Karşılaştırılması

Grup	Medyan	Ort.	Min.	Maks.	SS	SO	ST	U	p
Disleksi	24	45,09	12	106	38,089	14,59	321		
Disleksi olmayan	106	86,60	36	110	22,52	30,41	669	68	<0,001

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, SO: Sıra ortalaması, ST: Sıra toplamı

Tablo 2’deki bulgular incelendiğinde, disleksi olan grubun İAT testindeki performansının, disleksi olmayan gruba göre daha düşük ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,001$). Bu bulgu, disleksi olan gruptaki katılımcıların işitsel ayırt etme becerilerinin disleksi olmayanların gerisinde bulunduğu işaret etmektedir.

Fonolojik Farkındalık Becerilerine İlişkin Bulgular

Disleksi olan ve olmayan çocukların FFT testinden elde ettikleri ham puanlar Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 3

Grupların FFT Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Grup	Medyan	Ort.	Min.	Maks.	SS	SO	ST	U	p
Disleksi	32	32,68	19	47	8,95	13,59	299	46	<0,001
Disleksi olmayan	48	46,36	31	53	5,59	31,41	691		

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, SO: Sıra ortalaması, ST: Sıra toplamı

Tablo 3'e göre, disleksi olan çocukların fonolojik farkındalık becerilerini yansıtan test puanları, disleksi olmayan çocuklarınkinden düşüktür. Grupların FFT puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Grupların FFT testinin her bir alt testinden elde ettiği puanlar arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmış ve sonuçlar Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Grupların FFT Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

Alt Testler	Grup	Ort	Min	Maks	Std.Sapm	Sıra	Sıra	U	p
			.	.	a	Ort.	Tplm.		
Sözcük Birleştirme	Disleksi	5,86	5	6	0,351	21	462	209	0,076
	Disleksi olmayan	6	6	6	0,00	24	528		
Kafiye Ayırt Etme	Disleksi	4,41	2	6	1,260	16,18	356	103	0,001
	Disleksi olmayan	5,59	1	6	1,098	28,82	634		
Kafiye Üretme	Disleksi	2,14	0	4	1,52	17,39	382,5	129,5	0,007
	Disleksi olmayan	3,59	0	6	1,89	27,61	607,5		
Fonem Ayırt Etme	Disleksi	2,36	0	6	1,94	15,02	330,5	77,5	0,001
	Disleksi olmayan	4,82	0	6	1,29	29,98	659,5		
	Disleksi	4,91	2	6	1,41	16,89	371,5	118,5	0,001

Baştaki Fonemi Bulma	Disleksi olmayan	5,95	5	6	0,213	28,11	618,5		
	Disleksi	3,86	2	6	1,49	14,89	327,5		
Fonem Bölme	Disleksi olmayan	5,68	4	6	0,568	30,11	662,5	74,5	0,001
	Disleksi	3,14	0	6	1,67	16,16	355,5		
Fonem Silme	Disleksi olmayan	4,77	0	6	1,44	28,84	634,5	102,5	0,001
	Disleksi	4,05	2	6	1,09	15,8	347,5		
Fonem Ekleme	Disleksi olmayan	5,32	3	6	0,945	29,2	642,5	94,5	0,001
	Disleksi	1,95	0	4	1,36	12,98	285,5		
Fonem Değiştirme	Disleksi olmayan	4,64	0	6	1,29	32,02	704,5	32,5	0,001
	Disleksi								

Tablo 4 incelendiğinde, yapılan Mann Whitney U Testi sonucunda FFT alt testlerinde disleksi olmayan grubun; kafiye ayırt etme, kafiye üretme, fonem ayırt etme, baştaki fonemi bulma, fonem bölme, fonem silme, fonem ekleme, fonem değiştirme görevlerinde disleksi grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek puanlar aldığı görülmektedir, Sözcük birleştirme görevinde ise disleksi olan ve disleksi olmayan grup arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Grupların SET, İAT ve FFT Puanlarının Korelasyonuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde SET, İAT ve FFT puanlarının birbiriyle olan ilişkisi, disleksi olan ve olmayan gruplarda ayrı ayrı olacak şekilde korelasyon analizi yapılarak incelenmiştir. Çalışmada kullanılan bu üç testte her iki grubun da puanları normal dağılıma uygun olmadığı için SET, İAT ve FFT arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman Brown Sıralama Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır.

Disleksi grubunun SET, İAT ve FFT puanlarının korelasyonuna ilişkin bulgular

Disleksi grubunun SET, İAT, FFT puanlarına ait Spearman Brown Sıralama Korelasyon Katsayısı (r_s) ve p değerleri incelendiğinde tamamının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. SET ile İAT arasında pozitif yönde orta ($r_s = 0,569$; $p = 0,006 < 0,05$), SET ile FFT arasında pozitif yönde orta ($r_s = 0,442$; $p = 0,04 < 0,05$), İAT ile FFT arasında pozitif yönde orta ($r_s = 0,535$; $p = 0,01 < 0,05$) derecede bir ilişki bulunmuştur.

Disleksi olmayan grupta SET, İAT ve FFT puanlarının korelasyonuna ilişkin bulgular

Disleksi olmayan grubunun SET, İAT, FFT puanlarına ait Spearman Brown Sıralama Korelasyon Katsayısı (r_s) ve p değerleri incelendiğinde, SET ile İAT ($r_s = 0,123$; $p = 0,586 > 0,05$), SET ile FFT ($r_s = 0,322$; $p = 0,144 > 0,05$) ve İAT ile FFT ($r_s = 0,091$; $p = 0,687 > 0,05$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir.

Tartışma

Bu çalışmada disleksi olan öğrenciler ile tipik dil gelişimi gösterip okuma güçlüğü yaşamayan öğrencilerin artikülasyon, işitsel ayırt etme ve fonolojik farkındalık becerileri karşılaştırılmıştır. Artikülasyon becerileri için kullanılan SET testinden elde edilen puanlar için iki grup arasında anlamlı farklılıklar saptanmış olup, disleksi olan öğrencilerin daha düşük performans gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Edinilen bu bulgu, KSB'nin genellikle disleksiye eşlik ettiği (Aydın Uysal ve ark., 2022) ve öğrenme güçlüğü olan çocukların artikülasyon becerilerinde akranlarına kıyasla geri olduğu görüşünü (Çimen, 2019) destekler niteliktedir. Disleksi tanılı çocuklarda fonem farkındalığına yönelik olan fonolojik farkındalık becerilerinin düşük olması, konuşma seslerinin üretimindeki farkındalığı da etkilemiş olabilir. Disleksili çocukların artikülasyon testlerinde düşük performans göstermeleri bu durum ile açıklanabilir. Bu bulgudan yola çıkılarak disleksili çocukların değerlendirmesinde okuma-yazma becerilerinin yanı sıra, konuşma seslerinin üretimi ve konuşma

anlaşılabilirliği becerilerine dair de değerlendirmelerin yapılması gerektiği söylenebilir.

Durgunoğlu & Öney'in (1999) çalışmasında disleksi olan çocukların işitsel ayırt etme becerilerinde de güçlük çektiği bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da disleksi olan ve olmayan katılımcılara İAT uygulanarak grupların işitsel ayırt etme becerileri incelenmiştir. Her iki grubun İAT standart puanları karşılaştırılmış ve gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bu bulgu, Durgunoğlu & Öney'in (1999) çalışması ile uyumludur. Disleksi olan çocukların hem SET hem de İAT testinde disleksi olmayan gruptan daha düşük performans göstermesi, artikülasyon becerisi ile işitsel ayırt etme becerisinin birlikteliğine işaret eden bir bulgu olarak yorumlanabilir. Disleksi olan çocuklar, yanlış seslettikleri sesleri işitsel olarak da ayırt edememektedirler. Bu sonuç disleksi olan bireylerin işitsel uyarıların hızlı işlenmesinde sorun yaşadıklarını ve ayırt etmekte zorlandıklarını öne süren Tallal (1980)'in çalışması ile uyumludur. Tüm bu bilgiler disleksi tanılı çocukların eğitiminde işitsel ayırt etmeye yönelik çalışmalara da yer verilmesini önemli kılmaktadır.

Alan yazın (Seçkin-Yılmaz & Büyükçakmak, 2020; Tanır, 2017) ile uyumlu olarak bu çalışmada disleksi tanısı olan ve olmayan ilköğrencilerinin FFT puanlarında anlamlı farklılıklar görülmüştür. Okumanın fonolojik altyapısından dolayı, okuma güçlüğü çeken çocukların fonolojik farkındalık becerilerinin de düşük olması ve bu sebeple FFT başarısının akranlarına kıyasla geride olması beklenen bir sonuçtur. Disleksili çocukların değerlendirmelerinde yalnızca okuma-yazma, dikkat, bellek gibi becerilerin değil, bunlara ek olarak fonolojik farkındalık becerilerinin de değerlendirilmesi, eksik olan beceriye yönelik çalışmalarla çocukların desteklenmesi önerilebilir.

Çalışmada uygulanan FFT'nin dokuz alt testine ait bulgular yorumlanacak olduğunda sözcük birleştirme hariç fonem ve kafiye düzeyindeki tüm görevlerde (baştaki fonemi bulma, fonem ayırt etme, fonem ekleme, fonem silme, fonem bölme, fonem değiştirme, kafiye üretme ve kafiye ayırt etme) iki grup arasında anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir. Sözcük birleştirme alt testi hariç FFT'nin uygulanan diğer tüm alt testlerinde disleksili grup okuma güçlüğü yaşamayan gruba göre

düşük performans göstermiştir. Bu bulgularla birlikte sözcük birleştirme görevinin iki grubu birbirinden ayırt etmediği sonucu Seçkin-Yılmaz & Büyükçakmak'ın (2020) çalışması ile uyumludur. Seçkin-Yılmaz & Büyükçakmak (2020) öğrenme güçlüğü olan ve olmayan öğrencileri birbirinden ayıran en güçlü fonemik farkındalık becerisinin ilk olarak fonem değiştirme olduğunu ve peşinden fonem birleştirmenin geldiğini belirtmişlerdir. Ürper (2021) ise öğrenme güçlüğü olan çocukların fonem düzeyindeki farkındalıklarını incelemek amacıyla FFT uyguladığı çalışmasında bu öğrencilerin baştaki ve sondaki fonemi bulma becerisinde en yüksek ortalamaya sahip olduğunu, fonem ayırt etme, fonem değiştirme ve fonem birleştirme becerilerinin ise en çok zorlandıkları beceriler olduğunu göstermiştir. Bu araştırmaya dahil edilen baştaki fonemi bulma alt testinde her iki grup arasında anlamlı farklılıklar bulunmuş olsa da Seçkin-Yılmaz & Baydık (2020) çalışmalarında sözcüğün ilk sesini bulma görevi puanlarının farklılaşmadığını ve iki grubu birbirinden ayırt etmediğini belirtmiştir. İki sonuç arasındaki bu farklılık, bu çalışmadaki katılımcı sayısının sınırlı olmasıyla açıklanabilir. Tüm bu bilgilerden yola çıkılarak disleksi olan ve olmayan çocuklarda sözcük birleştirme başarısının anlamlı şekilde farklılaşmadığı fakat kafiye ve fonem düzeyindeki tüm fonolojik farkındalık becerilerinde iki grup arasında anlamlı farklılıklar olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada kullanılan testlerin birbirleriyle olan ilişkisi gruplar için ayrı ayrı incelenmiş ve disleksi grubunda SET-İAT, SET-FFT ve İAT-FFT arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır. SET ile İAT arasındaki bu anlamlı ilişki şaşırtıcı değildir çünkü disleksi grubundaki birçok katılımcı artikülasyon hataları yapmıştır ve her birinin SET standart puanları düşüktür. SET'de yanlış üretilen sesler için katılımcıların İAT'ta da düşük işitsel ayırt etme skorları aldığı görülmüştür. Bu bulgu Girgin & Büyükköse'nin (2015) işitme engelli çocuklarla yaptığı ve sonucunda SET-İAT arasında pozitif yönde güçlü ilişki saptadığı çalışmasıyla uyumlu olarak alan yazını desteklemektedir.

Çocuğun bir sese yönelik işitsel farkındalık becerisinin düşük olması o sesin sesletiminde de problemlere sebep olabileceği gibi, artikülasyon bozukluğu yaşayan çocuklar buna paralel olarak yanlış ürettikleri sesleri işitsel olarak fark edemeyebilirler.

Bu çalışmada disleksi grubunda SET ile ölçülen artikülasyon yetkinliği ile FFT ile ölçülen fonolojik farkındalık becerisi arasında pozitif yönde orta ilişki saptanmış olup, bu ilişki alan yazındaki birçok çalışma ile uyumludur (Akın & Sezer, 2010; Çimen, 2019). Literatürde KSB olan çocuklarla yapılan çalışmalarda da artikülasyon becerisi ile fonolojik beceriler arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir (Grawburg & Rvachew, 2006; Kazanoğlu 2017). KSB’li çocukların FFT alt testlerinde sesletim problemleri sebebiyle yanlış cevaplar verebileceği; örneğin /tʃ/ fonemini üretmeyip yerine /f/ üretimi yapan bir çocuğun fonem değiştirme alt testinde “şal kelimesinde ş yerine ç koy” görevinde başarısız olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Buna ek olarak fonolojik farkındalık becerileri güçlenen çocukların konuşma seslerindeki farkındalıklarının da gelişeceği ve artikülasyon hatalarının buna paralel olarak azalacağı düşünülmektedir. Bu sonuçlardan yola çıkılarak artikülasyon becerileri düşük olan disleksili çocukların fonolojik farkındalık becerilerinin değerlendirilmesi ve gerekli durumlarda fonolojik farkındalık çalışmalarının da terapilere dahil edilmesi önerilebilir.

Çalışmada elde edilen İAT ve FFT puanları arasındaki pozitif yönde orta ilişki Turan & Akoğlu’nun (2011) çalışmasını destekler niteliktedir. Ayrıca fonem farkındalığına yönelik birçok alt testi bulunan FFT’nin, fonemleri işitsel olarak ayırt etmeye dayanan İAT ile pozitif yönde ilişkili olması beklendiktir. Fonemlere yönelik farkındalığı düşük olan disleksili çocuklar FFT’deki ilgili görevlerde (fonem bölme, fonem silme vb.) ve buna paralel olarak İAT’taki benzer fonemleri işitsel olarak ayırt etme becerilerinde güçlük yaşamaktadır. Disleksili çocukların fonolojik farkındalığa yönelik eğitim almasıyla birlikte İAT başarısında da artış olması beklenmektedir, bu sebeple disleksili çocukların eğitimlerinin bu bulgular göz önüne alınarak planlanması son derece önemlidir.

Alan yazında artikülasyon, işitsel ayırt etme ve fonolojik farkındalık becerilerin arasındaki güçlü ilişkiler çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur (Girgin & Büyükköse, 2015; Turan & Akoğlu, 2011). Bu çalışmada da disleksi olan grupta yukarıda adı geçen becerileri ölçen SET, İAT ve FFT testleri arasında orta düzeyde ilişki tespit edilmiştir. Tipik dil gelişimi gösteren ve disleksi olmayan grupta ise bu testler arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Bu bulgu tipik dil gelişimi olan gruptaki katılımcıların, artikülasyon, işitsel ayırt etme ve fonolojik farkındalık becerilerinin de normal seyrinde gittiği; her birinin bu testlerden yüksek puan aldığı, bundan dolayı test performansları arasında anlamlı bir ilişki oluşmadığı şeklinde yorumlanmıştır.

Bu çalışmada katılımcı sayısının her bir grupta 30'un altında olması sınırlılık teşkil etmektedir. Araştırmanın daha fazla sayıda ve farklı yaş grubundaki katılımcılarla tekrarlanması önerilerimiz arasındadır. Araştırmada sadece tipik dil gelişimi gösteren gruptaki katılımcıların dil becerileri değerlendirilmiştir. Disleksi olan gruba dil testi uygulanmamıştır. Bu da çalışmamızın bir diğer sınırlılığı olarak değerlendirilebilir. Bundan sonraki süreçte yapılacak çalışmalarda disleksi olan çocukların dil becerilerinin de değerlendirilmesini önermekteyiz.

Kaynaklar

- Akın, A., & Sezer, S. (2010). Diskalkuli: Matematik öğrenme bozukluğu. *Bilim ve Aklın Aydınlığında Eğitim*, 126-127: 41-48.
- Alt, M., Hogan, T. L., Green, S., Gray, S., Cabbage, K., ve Cowan, N. (2017). Word learning deficits in children with dyslexia. *Journal of Speech Language Hearing Research*, 60, 1012-1028. https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-L-16-0036
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th Edition).
- Aydın-Uysal, A., Saryyer, M. N., Torun, Ş., Fidan, S. T. ve Sakallı, E. N. (2022). 6-8 yaş arasında disleksisi olan ve tipik gelişim gösteren Türk çocukların dil ve konuşma özelliklerinin karşılaştırılması. *Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 42-61.
- Bangs, T. E. (1968). *Language and Learning Disorders of the Pre-academic Child: With Curriculum Guide*. Appleton-Century-Crofts.
- Çimen, A., (2019). *Özel Öğrenme Güçlüğü İlkokul Çağındaki Çocuklarda Artikülasyonun ve Stroop Test Tbag Formu Sonuçlarının Değerlendirilmesi*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Durgunoğlu, A. Y., & Oney, B. (1999). A cross-linguistic comparison of phonological awareness and word recognition. *Reading and Writing*, 11(4), 281-299. <https://doi.org/10.1023/A:1008093232622>
- Farquharson K (2015). After dismissal: Examining the language, literacy, and cognitive skills of children with remediated speech sound disorders. *American Speech-Language-Hearing Association*, 16, 50-59.
- Girgin, M. C., & Büyükköse, D. (2015). İşitme Engelli Çocukların Sesletim ve İşitsel Ayırt Etme Gelişim Durumlarının İncelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD)* 16(1), 371-387.
- Goswami, U., & Bryant, P. (1990). *Phonological Skills and Learning to Read*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. <https://doi.org/10.4324/9781315695068>
- Grawburg, M., & Rvachew, S. (2006). Correlates of phonological awareness in preschoolers with speech sound disorders. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 49, 74-87. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2006/006\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2006/006))
- Jenkins, R., & Bowen, L. (1994). Facilitating development of preliterate children's phonological abilities. *Topics in Language Disorders*, 14(2), 26-39. <https://doi.org/10.1097/00011363-199402000-00005>
- Karasar, N. (1999). *Bilimsel araştırma yöntemlerinde kavramlar, ilkeler, teknikler* (9. Baskı). Nobel Yayın Dağıtım.

- Kazanoğlu, D. (2017). *Türkçe fonolojik farkındalık testi geliştirilmesi, geçerlik, güvenirlik çalışması*. [Yayınlanmamış doktora tezi] Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Kazanoğlu, D., Logacev, Ö.Ü. ve Doğan, M. (2020) Türkçe Fonolojik Farkındalık Testi: Geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 22-37.
<https://doi.org/10.5336/healthsci.2019-70156>
- Kirby J. R., Desrochers A., Roth L. ve Lai S.S.V. (2008). Longitudinal predictors of word reading development. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 49 (2), 103-110. <https://doi.org/10.1037/0708-5591.49.2.103>
- Melby-Lervåg M., Lyster S.A.H. ve Hulme C. (2012). Phonological skills and their role in learning to read: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 138(2), 322–352. <https://doi.org/10.1037/a0026744>
- Newcomer, P. L., & Hammill, D. D. (1988). *Test of language development-primary*. Pro-ed.
- Saksida A., Iannuzzi, S., Bogliotti, C., Chaix, Y., Démonet, J.-F. ve Bricout L. (2016). Phonological skills, visual attention span, and visual stress in developmental dyslexia. *Development Psychology*, 52(16), 1503–1516.
<https://doi.org/10.1037/dev0000184>
- Salman, U., Özdemir, S., Salman, A.B. ve Özdemir, F. (2016). Öğrenme Güçlüğü “Disleksi”. *FNG & Bilim Tıp Dergisi*. 2(2), 170-176. <https://doi.org/10.5606/fng.btd.2016.031>.
- Seçkin-Yılmaz, Ş., & Baydık, B. (2020). Comparison of language skills of students with and without reading difficulties. *Elementary Education Online*, 19(2), 782-802. <https://doi.org/10.17051/ilkonline.2020.694604>
- Seçkin-Yılmaz, Ş., & Büyükçakmak, Y. (2020). Öğrenme Güçlüğü Olan ve Olmayan Öğrencilerin Sözcük Okuma ve Ses Bilgisel İşleme Becerilerinin İncelenmesi, *Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi*. 2020, 10(2), 365-391.
<https://doi.org/10.23863/kalem.2020.161>
- Sürgen D. (2019). *Öğrenme Güçlüğü Olan ve Olmayan Öğrencilerin Fonolojik Farkındalık, Hızlı-Otomatik İsimlendirme ve Çalışma Belleği Performanslarının İncelenmesi*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Tallal, P. (1980). Auditory temporal perception, phonics and reading disabilities in children. *Brain and Language*, 9, 182-198. [https://doi.org/10.1016/0093-934X\(80\)90139-X](https://doi.org/10.1016/0093-934X(80)90139-X)
- Tanır, Y. (2017). *Disleksi ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Nörobilişsel Profillerinin Değerlendirilmesi*. [Tıpta Uzmanlık Tezi] Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Topbaş, S. (2006). Türkçe Sesletim-Sesbilgisi Testi: Geçerlik-güvenirlik ve standardizasyon çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 21, 39–56.

Topbaş, S. (2017). Sesletim Sesbilgisi Testi Kullanım Yönergesi. Detay Yayıncılık.

Topbaş, S., & Güven, S. (2017). *Türkçe Okul Çağı Dil Gelişim Testi*. Detay Yayıncılık.

Turan, F., & Akoğlu, G. (2011). Okul Öncesi Dönemde Sesbilgisel Farkındalık Eğitimi, *Eğitim ve Bilim*, (36) 161.

Ürper, S. (2021). *Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Çocukların Sözcük Okuma, Fonolojik Farkındalık ve Sözel Dil Becerilerinin İncelenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi] Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

Yazar Katkıları/Author Contributions: **Canay Ünal:** Fikir/Kavram, Tasarım/Yöntem, Veri Toplama ve/veya İşleme, Analiz/Yorum, Literatür Taraması, Makale Yazımı, Kaynak ve Fon Sağlama, Malzemeler. **Maral Yeşilyurt:** Fikir/Kavram, Tasarım/Yöntem, Danışmanlık/Denetleme, Makale Yazımı, Eleştirel İnceleme, Kaynak ve Fon Sağlama, Malzemeler.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: Yazar makalenin hazırlanması ve basımı esnasında hiçbir kimse veya kurum ile çıkar çatışması içinde olmadığını beyan etmiştir. / The author has declared that no conflict of interest existed with any parties at the time of publication.

Araştırma Makalesi

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yeme ve Yutma Değerlendirmelerinin İncelenmesi

Sümeyye Gürses¹, Ayşe Nur Koçak²

ÖZET

Amaç: Yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yeme ve yutma terapisinin gerçekleştirilebilmesi için dil ve konuşma terapistinin (DKT) ve yoğun bakım hemşiresinin (YBH) birlikte çalışması gerekmektedir. Bu araştırma kapsamında YBÜ’de görev alan hemşirelerin, hastalara uyguladığı yeme ve yutma değerlendirmelerine, DKT’nin varlığına ve mesleki girişimine ilişkin farkındalıklarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmaya, 18 farklı şehirden 43 YBH (35K, 8E) katılmıştır. Katılımcıların YBÜ’de yeme ve yutma bozukluklarına yönelik sundukları hizmetin değerlendirilebilmesi adına “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yeme ve Yutma Değerlendirmelerinin İncelenmesi Anketi” hazırlanmıştır. Araştırmacılar tarafından alanyazın taraması sonucunda hazırlanan bu anket, 29 soru ve 3 ayrı bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm demografik bilgileri (cinsiyet, eğitim, mesleki deneyim süresi, vb.), ikinci bölüm yutma bozukluklarına yönelik prosedürleri (hastaya sunulan kıvam kararına ilişkin sorular vb.) ve üçüncü bölüm ise DKT mesleğine yönelik farkındalık sorularını (DKT’nin mesleki rolü, vb.) içermektedir.

Bulgular: Katılımcıların %55,8’inin yeme ve yutma değerlendirmesine yönelik prosedürü bulunurken, %44,2’sinin bulunmamaktadır. Yutma değerlendirmesinde YBH’lerin, %23,8’i “Nütrisyon Formu”, %9,5’i “Total Parenteral Nütrisyon” uyguladıklarını ifade etmişlerdir. Hiçbir katılımcı DKT değerlendirmesine yönelik bir prosedür belirtmemiştir. Katılımcıların, yutma değerlendirmesi sürecinde %19’unun değişken besin rejimlerini denemekte, sadece %9,5’i aspirasyonu yutma kriteri olarak ele almaktadır. Katılımcıların, %62,8’i (n=27) DKT mesleğini, %72,1’i (n=31) DKT’nin yeme ve yutma süreçlerini değerlendirebildiğini ve %69,8’i (n=30) ise DKT’nin yutma alanındaki terapi rolünü bilmemektedir. Yalnızca %7’si yutma değerlendirmesinde DKT’ye ihtiyaç duymaktadır.

Sonuç: YBH’lerin DKT’ye ilişkin mesleki farkındalıklarının az olduğu ve yeme ve yutma müdahalesine yönelik bilgilerinin desteklenmesi gerektiği görülmüştür. Bu durumun YBÜ’de tedavi gören hastaların ve yakınlarının yeme ve yutma ihtiyaçlarının belirlenmesinde sorun yaratabileceği, yoğun bakımda tedavi gören hastaların tedavi süreçlerinde de aksaklıklar yaşanabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: dil ve konuşma terapisti farkındalık, yoğun bakım hemşiresi, yutma bozuklukları, yutma değerlendirmesi

¹Sorumlu Yazar, Dkt., Üsküdar Üniversitesi, ORCID No: 0009-0005-9673-9030,
sumeveyegurses75@gmail.com

²Öğr. Gör. İstanbul Atlas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü, ORCID No: 0000-0002-7777-6574,
dktayesenurkocak@gmail.com

Sorumlu Yazarın Adresi:
Üsküdar Üniversitesi, DKT Bölümü, Ümraniye, İstanbul

Bu makaleyi kaynak göstermek için/To cite this article: Gürses, S. & Koçak, A. (2023). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yeme ve Yutma Uygulamalarının İncelenmesi, *Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 6(3), 331-362.

Gönderim Tarihi:
27.07.2023

Kabul Tarihi:
25.11.2023

DOI:
<https://doi.org/10.58563/dkyad-2023.63.5>



Examination of Feeding and Swallowing Evaluation of Intensive Care Nurses

ABSTRACT

Purpose: Speech and language therapist (SLP) and intensive care nurse (ICN) should work together in order to perform eating and swallowing therapy in the intensive care unit (ICU). In order to guide the patient and his/her relatives effectively about eating and swallowing disorders, it is necessary to know the practices of these occupational groups regarding each other's eating and swallowing interventions. This study, aims to examine the eating and swallowing assessments practiced by nurses working in the ICU to patients and their awareness of SLP and SLP's professional intervention.

Method: 43 ICNs (35F, 8M) from 18 different cities participated in the research. In order to evaluate the service provided by the participants for eating and swallowing disorders in the ICU, the "Intensive Care Nurses' Questionnaire for Eating and Swallowing Evaluations" was prepared. This questionnaire was prepared by the researchers at the end of a thorough literature review. The prepared questionnaire consists of 29 questions and 3 separate sections. The first section includes demographic information (gender, education, duration of professional experience, etc.), the second section includes procedures for swallowing disorders (questions about the consistency decision presented to the patient, etc.), and the third section includes awareness questions for the SLP profession (professional role of SLP, etc.).

Results: While 55.8% of the participants had a procedure for the evaluation of eating and swallowing, 44.2% did not. In the evaluation of swallowing of ICNs who had the procedure, 23.8% stated that they used the "Nutrition Form" and 9.5% stated that they used the "Total Parenteral Nutrition". However, it was observed that none of the participants specified a procedure for SLP evaluation. During the swallowing assessment process, 19% of the participants tried variable food regimens, and only 9.5% additionally accepted only aspiration as a swallowing criterion. 62.8% (n=27) of the participants did not know SLP's profession, 72.1% (n= 31) of the participants do not know the SLP's eating and swallowing processes and 69.8% (n=30) of the participants did not know SLP's therapeutic role of swallowing. Only 7% of the participants need SLP in swallowing assessment.

Conclusion: It has been observed that the professional awareness of ICNs about SLP is low and their knowledge about eating and swallowing intervention should be supported. It is thought that this situation may cause problems in determining the eating and swallowing needs of patients and their relatives treated in ICU. It is also expected that this lack of awareness may lead to disruptions in the treatment process of patients treated in ICU.

Keywords: intensive care nurse, swallowing assessment, swallowing disorders, speech and language therapist awareness

Giriş

Beslenme, bireylerin kişisel ve bedensel rahatlığın ve sağlıklı olma durumunun devamı için en önemli aktivitelerden birisidir (Arvedson & Lefton-Greif, 2017). Beslenmenin temelini yutma işlemi oluşturmaktadır (Bass, 1997, akt: Kıran Gerçek, 2014; Miller, 2008). Yutma işlevi, insan iradesi ile istemli bir şekilde başlatılıp, istem dışı reflekslerin dahil olması ile sonlanan bir süreçtir (Topbaş, 2004).

Yutma işlevinin mekanizması

Yutma, kasların ve eklemlerin koordineli çalışmasını gerektiren 50 çift kas grubunun ve 6 kranial sinirin koordineli çalışması ile gerçekleşen kompleks bir eylemdir (Miller, 2008). Ağızdan alınan besinlerin yutulmasını tanımlayan bu kompleks eylem oral hazırlık, oral, farengeal ve özofageal faz olmak üzere dört aşamada gerçekleşmektedir (Dodds ve ark., 1990; Yıldız, 2021). Hazırlık fazı istemlidir ve lokmanın çiğnenmesi, tükürük ile karıştırılması, bolus haline getirilmesi süreçlerini içerir (Dodds ve ark., 1990). Yutma eyleminin istemli olarak gerçekleştirilen oral fazının birincil işlevi, dilin hazırlanmış bolusu ön kısımdan ortaya toplayıp ağız boşluğunun arkasına gönderimini içermektedir (Ertekin ve ark., 2002). Farengeal faz, bolusun farenkse ulaşmasıyla başlar. Üst özofageal sfinkterin gevşemesiyle farengeal faz sonlanmaktadır (Çiyiltepe, 2020; Lang, 2009). Özofageal faz ise bolusun üst özofageal sfinkterden geçmesiyle birlikte başlayan ve istemsiz gerçekleşen son fazdır. Bu faz üst özofageal sfinkterin kasılması, özofagus peristaltizmi ve alt özofageal sfinkterin gevşemesinden oluşmakta ve sfinkterin gevşemesi ile sonlanmaktadır (Lang, 2009). Bu süreçlerin kesintiye uğraması çeşitli fizyolojik sonuçlarla tetiklenebilmektedir (DeFabrizio & Rajappa, 2010).

Yutma bozukluğu (Disfaji)

Disfaji, yutma fonksiyonunda çeşitli nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilecek herhangi bir aksama, lokmanın ağızdan mideye transferindeki anormalliklerle karakterize olan bir durumdur. Bu bozukluk, bolus transferin gecikmesinden transferin hiç olmamasına kadar değişkenlik gösterebilir ve/veya lokmanın yanlış yöne transfer edilmesini içerebilmektedir (Groher, 1997). Yeme ve yutma eylemi, gerekli besin alımının yanı sıra sosyal bir eylem olması sebebi ile de rehabilitasyon girişimlerinin gerekliliğinin fark edilmesi, erken müdahale sürecine başlanması ve bireyin yaşam kalitesi için oldukça önem arz etmektedir (González-Fernández ve ark., 2013).

Disfajinin değerlendirilmesi

Disfajinin semptomları, disfajinin oluşma sebebine göre farklılaşabilmektedir. Bu nedenle disfaji ile ilişkili müdahale öncesinde hastanın multidisipliner bir yaklaşım ile değerlendirilmesi ve disfajinin oluşum sebebine ilişkin görüşlerin değerlendirilmesi gerekmektedir (Bours ve ark., 2009; Çiyiltepe, 2020). Bu ekibin içinde, bir kulak burun boğaz hekimi, nörolog, gastroenterolog, genel cerrahi uzmanı, radyolog ve DKT ile bir hemşire yer almaktadır (Gerek ve ark., 2004). DKT'ler ilgili alanyazında yeme-yutma ekibinde değerlendirme ve rehabilitasyondan sorumlu olarak uzmanlar arasında koordinasyonu sağlama, gerektiğinde liderlik rolünü de üstlenme gibi önemli bir meslek uzmanı olarak görev alır (Bengisu & Derin, 2022; Groher & Puntill-Shelmen, 2016).

Disfajide hemşirelerin rolü

Garcia & Chambers (2010) hemşirelerin, hastayla en sık temas halinde olan ve disfajiyi en iyi gözlemlene şansı olan meslek grubu olarak tanımlamıştır. Bu nedenle disfajinin varlığının sorgulanmasında, semptomların ve hastanın sürecinin gözlenmesinde, şüphelendiği hastaları DKT'ye yönlendirmesi ve terapi sonucundaki uygulamalarının etkilerinin takip edilmesinde hemşirelerin önemli bir rolü bulunmaktadır (Bours ve ark., 2009; Davies ve ark., 2001; Garcia & Chambers, 2010; Perry, 2001). Alanyazındaki çalışmalar incelendiğinde, hemşireler ve DKT'ler arasındaki bu

koordineli iş birliğinin, sağlık hizmetleri sisteminde standart hale gelmesi gerektiği ifade edilmiştir (Blackwell & Littlejohns, 2010; Dondorf ve ark., 2016). Örneğin Japonya'da disfajinin klinik teşhisini doktorlar, DKT'ler ve hemşireler gerçekleştirmektedir (González-Fernández ve ark., 2013).

Disfaji ekibin bir parçası olarak görev alan hemşirelerin kendi mesleki rollerini ve çalıştıkları uzmanların mesleki rollerini bilmeleri ve müdahalelerini buna yönelik düzenlemeleri bu sürecin sağlıklı yürütülebilmesi için oldukça önemlidir. Pınar (2010), araştırmasında, hemşirelerin disfaji müdahalesinde görev ve sorumluluklarına ilişkin Avusturalya Sidney'de Yaşlılık Eğitim ve Araştırma Merkezi'nde geliştirilen SOAP protokolünden bahsetmiştir. Protokol kapsamında yutma sorunu olan bireylere yönelik bakım planlaması geliştirilmesinde hemşirelerin izlemesi gereken adımların olduğundan söz edilmektedir. Uygulanması önerilen bu adımların SOAP kapsamında, beslenme öncesi değerlendirme kontrol listesi, yutma değerlendirme kontrol listesi, yutma yönetimi indeksi ve yutmaya yönelik bakım planı olduğu görülmektedir. Benzer bir araştırmada Özbudak & Özer (2021), hemşirelerin disfajiye bağlı komplikasyonların belirlenmesinde, değerlendirilmesi, önlenmesi ve yönetiminde önemli rol oynadıklarını belirtmektedir. Özellikle yemek zamanlarında ve ilaçların uygulanma aşamasında yatak başında en çok bulunan sağlık profesyonellerinin hemşireler olduğunu vurgularken sağlık ekibi içerisinde disfajinin herhangi bir belirti ve semptomunu da fark edebilen ilk üyelerin hemşireler olduğunu vurgulamaktadırlar (Özbudak & Özer, 2021).

Hemşirelerin DKT'nin mesleki rollerine ilişkin farkındalıkları

Çiftçi ve ark. (2021), yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin DKT'nin rolü hakkındaki farkındalığını araştırdıkları çalışmalarında; ülkemizdeki yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin farkındalık düzeyinin düşük olduğu bulgusuna ulaşmışlardır. Benzer şekilde Bengisu & Derin (2022), ülkemizde görev alan DKT sayısının az olması ve hemşireler tarafından DKT farkındalığının az olması sebebi ile hasta yönlendirmelerinin yapılamadığını düşünmüşlerdir. Bengisu & Derin (2022), çalışmaları kapsamında; hemşire ve doktorların DKT'lerin disfajideki rolüne ilişkin

farkındalıkları için her iki grupta da DKT mesleğinin bilinirliğinin olduğu ancak yutma bozuklukları alanındaki rolünün yeterli bilinmediği bulgusuna ulaşmışlardır. Bu durum hastanın gerekli müdahaleyi zamanında alamaması, tanılanamaması gibi sorunlara yol açmaktadır.

Türkçe literatüre bakıldığında yapılan çalışmaların, çeşitli meslek gruplarının DKT mesleğine yönelik farkındalığına ve/veya DKT'nin mesleki rollerine yönelik farkındalıklarına ilişkin olduğu görülmektedir. Ancak DKT ile multidisipliner olarak çalışan ekip üyelerinin disfaji alanına yönelik uygulamalarının incelendiği bir çalışma görülmemektedir. Bu kapsamda, hastanelerin oldukça kritik öneme sahip yoğun bakım ünitelerinde, hastalarla doğrudan iletişime geçen meslek elemanları olan YBH'ler hedef kitle olarak seçilmiştir. Hedef kitle olarak seçilen YBH'lerin disfaji alanına yönelik değerlendirmelerinin/uygulamalarının incelenmesinin yanı sıra hedeflenen kitlenin DKT farkındalığının da incelenmesinin araştırmanın kapsamlılığını artıracakı düşünülmüştür. Araştırmada ülkemizde görev yapan yoğun bakım hemşirelerinin (YBH) yeme ve yutma değerlendirmelerinin incelenmesi ve DKT'nin disfajideki rolüne ilişkin farkındalıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda, aşağıdaki sorulara yanıt aranmaya çalışılmaktadır.

1. Yoğun bakım hemşirelerinin, yeme ve yutma bozuklukları alanında değerlendirmeye yönelik bilgileri/ uygulamaları nelerdir?
2. Yoğun bakım hemşirelerinin, DKT'lerin yeme ve yutma bozukluklarındaki rolüne ilişkin farkındalıkları nedir?

Yöntem

Katılımcılar

Araştırma, genel tarama modeli kullanılarak yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Türkiye'de yoğun bakım ünitelerinde görev yapan Yoğun Bakım Hemşireleri oluşturmaktadır. Katılımcılara sosyal platformlardan bireysel olarak ulaşılmış olup veriler çevrimiçi anket aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmanın verileri 1 Şubat- 28 Şubat 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Bu araştırmanın

katılımcılarını 18 farklı şehirden katılan 43 yoğun bakım hemşiresi oluşturmaktadır (Tablo 1).

Katılımcıların araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- a) Yoğun bakım hemşiresi olmak,
- b) Türkiye’de görev almak olarak belirlenmiştir.

Veri Toplama Araçları

YBH’nin yeme ve yutma değerlendirmelerine yönelik bilgi edinilebilmesi adına araştırmacılar tarafından alanyazın taranarak (Bengisu & Ayyıldız, 2020; Groher, 1997; Persenius ve ark., 2016) “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yeme ve Yutma Değerlendirmelerinin İncelenmesi Anketi” oluşturulmuştur. Anket üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların demografik özelliklerine yönelik yedi soru yöneltilmiştir. İkinci bölümde katılımcıların yoğun bakımda yeme ve yutma süreçlerine yönelik prosedürlerini irdeleyen 16 soru yer almaktadır. Son bölümde ise katılımcıların DKT mesleğine yönelik farkındalıklarına yönelik 6 soru yer almaktadır. Bu kısımda Bengisu & Ayyıldız (2020) tarafından oluşturulan “Gastroenteroloji Bölüm Hekimlerinin Dil ve Konuşma Terapisi Hakkında Farkındalığının Belirlenmesi” adlı anketin ‘5.,6.,7.,8. ve 11.’ soruları, yazarların izni alınarak bu çalışmada kullanılan ankete eklenmiştir. Ankette 13 evet/hayır sorusuna, üç açık uçlu ve 13 çoktan seçmeli soruya yer verilmiştir (Ek-1). Maddelere yönelik kontrol bir Uzman Dil ve Konuşma Terapisti tarafından kontrol edilmiştir. Uygunluğu sonrasında altı farklı kişiye okutularak dilsel kontrol ve anlaşılabilirliğine yönelik kontrol sağlanmıştır.

Veri Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin betimsel analizleri yapılmıştır. Toplanan verilerin, frekans tabloları ve yüzdelerle frekansları kullanılarak, bulgularda sunulmuştur.

Etik Kurul Onayı

Araştırmanın etik kurul onayı Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’nun 61351342/ARALIK 2022-28 sayılı kararı ile alınmıştır.

Bulgular

Katılımcıların cinsiyetleri, eğitim seviyeleri, mesleki ve yoğun bakım iş deneyimleri, çalıştıkları il ve hastane türleri ve deneyimlenen yoğun bakım türlerine ilişkin bilgiler Tablo1’de bulunmaktadır.

Tablo 1

Katılımcılara Ait Demografik Bilgiler

Değişken	Grup	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	8	18,6
	Kadın	35	81,4
Eğitim Seviyesi	Ortaokul	-	-
	Lise	5	11,6
	Üniversitesi	31	72,1
	Lisans Üstü	7	16,3
Mesleki İş Deneyimi	1-3 yıl	16	37,2
	3-5 yıl	7	16,3
	5-10 yıl	20	46,5
Yoğun Bakım İş Deneyimi	1-3 yıl	22	51,2
	3-5 yıl	9	20,9
	5-10 yıl	12	27,9
Çalışılan İl	İstanbul	21	48,8
	Sakarya	3	6,9
	Afyon	2	4,6
	Tekirdağ	2	4,6
	İzmir	2	4,6
	Antalya	1	2,3
	Antep	1	2,3
	Aydın	1	2,3

	Bolu	1	2,3
	Burdur	1	2,3
	Düzce	1	2,3
	Kocaeli	1	2,3
	Mersin	1	2,3
	Ordu	1	2,3
	Samsun	1	2,3
	Şanlıurfa	1	2,3
	Tokat	1	2,3
	Van	1	2,3
	Eğitim Araştırma Hastanesi	15	34,9
Çalışılan Hastane Türü*	Devlet Hastanesi	13	30,2
	Özel Hastane	16	37,2
	Üniversite Hastanesi	3	7
	Bebek grubu	4	9,3
Deneyimlenen Yoğun Bakım Türü*	Çocuk grubu	3	7
	Yetişkin grup	35	81,4
	Geriatri grubu	14	32,6

Not: * ile işaretli değişkenlerde katılımcılar birden fazla seçenek seçmişlerdir.

Katılımcıların %44,2'si (n=19) çalıştığı yoğun bakımda beslenme süreçlerini değerlendirmek için herhangi bir standart prosedür kullanmadığını, %55,8'i (n=24) ise bir prosedür kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %95,3'ü (n=41) aspirasyon riskini ve %60,5'i (n=26) de gizli aspirasyon riskini değerlendirmektedir (Tablo 2).

Tablo 2

YBH'nin Yeme ve Yutma Değerlendirmesine İlişkin Bilgileri

	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
--	-----------------	-----------

YB’da standart prosedür varlığı	Evet	24	55,8
	Hayır	19	44,2
Aspirasyon riskini değerlendiriyor musunuz?	Evet	41	95,3
	Hayır	2	4,7
Gizli aspirasyon riskini değerlendiriyor musunuz?	Evet	26	60,5
	Hayır	17	39,5

YBÜ’de standart bir prosedürü bulunan YBH’lerin (%55,8) yeme ve yutma değerlendirmeleri incelendiğinde; katılımcıların %20,8’inin “Nütrisyon Formu” ve %8,3’ünün “Total Parenteral Nütrisyon” uyguladıkları görülmüştür. Yutma değerlendirmesi sürecinde katılımcıların %16,6’sı değişken besin rejimlerini denediklerini ve ek olarak sadece %8,3’ün aspirasyonu yutma kriteri olarak aldığını ifade etmiştir (Tablo 3).

Tablo 3

YBH'lerin Yeme ve Yutma Değerlendirmesine İlişkin Prosedürleri

Uygulanan Prosedürler	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Nütrisyon Formu	6	25
Değişken Besin Rejimleri (R1-R2-R3-R4)	5	20,8
Total Parenteral Nütrisyon	2	8,3
Aspirasyonu yutma kriteri olarak kabul etme	2	8,3
Hastanın beslenme şekline göre uygulama yapılır	2	8,3
Diğer	8	33,3

Not: Birden fazla yanıt veren katılımcılar bulunmaktadır.

Katılımcıların gizli aspirasyonu değerlendirirken dikkat ettiği faktörlerin çoğunluk sırasına göre; bilinç %88,5 (n=23), nabız %65,4 (n=17) ve ateş %53,2 (n=14) olduğu görülmüştür. Bu

çoğunluğu takip eden bir sonraki faktör ise %19,1 (n=5) ile oksijen saturasyonu (SPO2) olmuştur (Tablo 4).

Tablo 4

YBH'nin Gizli Aspirasyon Riskini Değerlendirirken İncelediği Faktörler

Gizli Aspirasyonu Değerlendirirken Nelere Dikkat Ediyorsunuz?	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Bilinç	23	88,5
Nabız	17	65,4
Ateş	14	53,8
SPO2	5	19,1
Öksürme	2	7,6
Ses şiddeti	1	3,8
Sekresyon	1	3,8
Hırıltı	1	3,8
Disfaji (yutma güçlüğü)	1	3,8
Diğer	3	11,4

Not: Birden fazla yanıt veren katılımcılar bulunmaktadır.

Katılımcıların %34,9'u (n=15) hastanın beslenme şekline kendisinin karar verdiğini belirtirken, %65,1'i (n=28) kendisinin karar vermediğini belirtmiştir. Katılımcılara sorulan *"Hastanın beslenme şekline karar veren kişi ve/veya kişiler kimdir?"* sorusuna verilen yanıtlar en yüksek yüzdeler sırası ile incelenmek istendiğinde diyetisyen %34,9 (n=15), dahiliye uzmanı %27,9 (n=12), yoğun bakım doktoru %23,2 (n=10), nörolog %18,6 (n=8) ve onları takip eden sırada %16,3 (n=7) ile çocuk doktorları ve göğüs hastalıkları uzmanları yer almaktadır (Tablo 5).

Katılımcıların %46,5'i (n=20) hastanın beslenmesi için alması gereken kıvama kendisinin (YBH) karar verdiğini, %53,5'i (n=23) ise kararı kendisinin (YBH) vermediğini belirtmiştir. Katılımcılara yöneltilen *"Hastanın alması gereken kıvama karar veren kişi ve/veya kişiler kimdir?"*

sorusuna verilen yanıtlar arasından en çok oy alan meslek elemanı Yoğun Bakım Hemşiresi %62,8 (n=27) olurken, onu takip eden meslek elemanı Diyetisyen %32,6 (n=14) olmuştur (Tablo 5).

Tablo 5

YBH'nin Hastanın Beslenme Şekil ve Kıvam Kararına İlişkin Tutumları

		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Hastanın beslenme şekline siz mi karar veriyorsunuz?	Evet	15	34,9
	Hayır	28	65,1
Hastanın beslenmesi gereken kıvama siz mi karar veriyorsunuz?	Evet	20	46,5
	Hayır	23	53,5
		Diyetisyen	17
		Dahiliye Uzmanı	12
		Yoğun Bakım Doktoru	10
		Nörolog	8
		Çocuk Doktoru	7
		Göğüs Hastalıkları Uzmanı	7
		Yoğun Bakım Hemşiresi	6
		Gastroenterolog	5
“Hastanın beslenme şekline karar veren kişi ve/veya kişiler kimdir?”	Kulak Burun Boğaz Hekimi	4	9,4
	Anestezi Uzmanı	4	9,4
		Hastanın Aile Üyesi	3
		Neonatolog	2
		Fizyoterapist	2
		Ergoterapist	1
		Psikolog	1
		Diş Hekimi	1
		Sosyal Hizmet Uzmanı	1
		Diğer	6
		Yoğun Bakım Hemşiresi	27

	Diyetisyen	14	32,6
	Dahiliye Uzmanı	9	20,9
	Çocuk Doktoru	7	16,3
	Yoğun Bakım Doktoru	7	16,3
	Gastroenterolog	4	9,3
	Göğüs Hastalıkları Uzmanı	3	7
	Anestezi Hekimi	2	4,7
“Hastanın alması gereken kıvama karar veren kişi ve/veya kişiler kimdir?”	Hastanın Aile Üyesi	2	4,7
	Neonatolog	2	4,7
	Psikolog	2	4,7
	Dil ve Konuşma Terapisti	1	2,3
	Diş Hekimi	1	2,3
	Fizyoterapist	1	2,3
	Ergoterapist	1	2,3
	Kulak Burun Boğaz Hekimi	1	2,3
	Diğer	1	2,3

Not: Birden fazla yanıt veren katılımcılar bulunmaktadır.

Katılımcılar, bilincin yerinde olması %90,7 (n=39) ve ağız ile beslenme sonrası boğulma hissi olmaması %88,4 (n=38) durumlarında oral alımı (ağızdan beslenme) kabul edilebilir olarak değerlendirmektedir (Tablo 6).

Tablo 6

YBH'nin Hastanın Oral Alımının Kabul Edilebilirliğine İlişkin Tutumları

Aşağıdaki bulguların hangisi veya hangileri olumlu ise oral alımı (ağızdan beslenme) kabul edilebilir olarak değerlendiriyorsunuz?	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Bilinç yerindeyse	39	90,7
Ağız ile beslenme sonrası boğulma hissi olmaması	38	88,4
Ağız ile beslenme sonrası öksürük olmaması	33	76,7

Ağız ile beslenme sonrası kalıntı (yemek artığı) kalmaması	29	67,4
Salya kontrolü sağlanıyorsa	28	65,1
Konuşma normalse	26	60,5
Ağız ile beslenme sonrası boğaz temizleme davranışının olmaması	18	41,9
Aletsel değerlendirme sonrası (Fiberoptik endoskopik yutma değerlendirmesi ve/veya Videofloroskopik yutma değerlendirmesi)	1	2,3
Diğer	2	4,7

Not: Katılımcılar birden fazla yanıt işaretleyebilmektedir.

Katılımcıların beslenme süreçlerini değerlendirmeye dair bilgi kaynaklarının çoğunlukta “hemşirelik okullarına” ve “hastanede hizmet içi eğitime” dayandığı görülmektedir. Katılımcıların %37,2’si (n=16) çalıştıkları kurumlarda beslenme süreçlerini değerlendirmeyi temel alan hizmet için eğitimin olmadığını, %62,8’i (n=27) ise hizmet içi eğitimin olduğunu belirtmiştir (Tablo 7).

Tablo 7

Katılımcıların Bilgi Kaynakları

		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Bilgi kaynağı	Hemşirelik okulu	33	76,7
	Hastanede hizmet içi eğitim	26	60,5
	Danışman meslektaşlar	15	34,9
	Akademik konferanslar	15	34,9
	Diğer	37	7
Hizmet içi eğitim varlığı	Evet	27	62,8
	Hayır	16	37,2

Not: Katılımcılar birden fazla yanıt işaretleyebilmektedir.

Katılımcıların %27,9’u (n=12) çalıştığı yoğun bakım içerisinde bir beslenme ekibi olduğunu ifade etmiştir. Bu katılımcıların beslenme ekiplerine dahil ettikleri üyeler incelendiğinde en yüksek yüzdeye sahip olan meslek elemanlarının; yoğun bakım hemşiresi %88,2 (n =15), hastanın aile üyesi

%23,5 (n=4), dahiliye uzmanı %23,5 (n=4) ve onları takip eden sırada aynı yüzde ile %11,8 (n=2) nörolog, diyetisyen ve beslenme hemşiresi olduğu görülmektedir. Katılımcılara olası bir beslenme ekibi için, “Beslenme ekibi kimlerden oluşmalıdır?” sorusuna verilen yanıtlar en yüksek yüzdeler sırası ile incelenmek istendiğinde ilk sırada yoğun bakım hemşirelerinin %90,7 (n=39) olduğu görülmektedir. En yüksek yüzdeye sahip olan ikinci meslek grubu ise diyetisyen %74,4 (n=32) ve onu takip eden üçüncü meslek grubu dahiliye uzmanları %37,2 (n=16) olmuştur. “Beslenme ekibi kimlerden oluşmalıdır?” sorusuna katılımcıların sadece %7’si (n=3) ‘Dil ve Konuşma Terapisti’ seçeneğini işaretlemiştir (Tablo 8).

Tablo 8

Beslenme ve Yutma Ekiplerinde Bulunan Meslek Elemanları

		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Beslenme ekibi varlığı	Evet	12	27,9
	Hayır	31	72,1
“Beslenme ekibiniz kimlerden oluşmaktadır?”	Yoğun bakım hemşiresi	15	88,2
	Hastanın aile üyesi	4	23,5
	Dahiliye uzmanı	4	23,5
	Nörolog	2	11,8
	Diyetisyen	2	11,8
	Beslenme hemşiresi	2	11,8
	Çocuk doktoru	1	5,9
	Psikolog	1	5,9

	Göğüs hastalıkları uzmanı	1	5,9
	Neonatolog	1	5,9
	Gastroenterolog	1	5,9
	Hasta bakım teknisyeni	1	5,9
	Diğer	2	11,8
“Beslenme ekibi kimlerden oluşmalıdır?”	Yoğun Bakım Hemşiresi	39	90,7
	Diyetisyen	32	74,4
	Dahiliye uzmanı	16	37,2
	Göğüs hastalıkları uzmanı	10	23,3
	Hastanın aile üyesi	9	20,9
	Nörolog	8	18,6
	Çocuk doktoru	5	11,6
	Kulak burun boğaz hekimi	5	11,6
	Dil ve Konuşma Terapisti	3	7
	Psikolog	3	7
	Neonatolog	2	4,7
	Nütrisyon Hemşiresi	2	4,7
	Ergoterapist	1	2,3
	Sosyal hizmet uzmanı	1	2,3
	Yoğun bakım uzmanı	1	2,3
	Fizyoterapist	1	2,3
	Hasta bakım teknisyeni	1	2,3
	Anestezi uzmanı	1	2,3
	Diğer	1	2,3

Not: Katılımcılar birden fazla yanıt işaretleyebilmektedir.

Katılımcıların %88,4’ü (n=38) hastaların ailelerine yeme ve yutma ile ilgili bilgilendirme yaptığını, %11,6’sı (n=5) ise yeme ve yutmaya ilişkin bir bilgilendirme yapmadığını ifade etmişlerdir (Tablo 9).

Tablo 9

Aile Bilgilendirmesi Varlığı

Aile bilgilendirmesi varlığı	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Evet	38	88,4
Hayır	5	11,6

Katılımcıların %37,2'si (n =16) DKT hakkında bilgisi olduğunu, %62,8'i (n=27) ise bilgisi olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %69,8'i (n=30) DKT'nin yutma terapisindeki rolünü ve %72,1'i (n=31) DKT'nin yeme ve yutma süreçlerini değerlendirmedeki rolünü bilmemektedir. Katılımcıların %93'ü (n=40) daha önce bir DKT'ye hasta yönlendirmesi yapmadığını, %76,7'si (n=33) ise çalıştıkları hastanede bir DKT olmadığını belirtmiştir (Tablo 10).

Tablo 10

Katılımcıların DKT Farkındalığına İlişkin Yanıtları

Soru		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Dil ve Konuşma Terapisi mesleği hakkında bilginiz var mı?	Evet	16	37,2
	Hayır	27	62,8
DKT'nin yutma terapisindeki rolünü biliyor musunuz?	Evet	13	30,2
	Hayır	30	69,8
DKT'nin beslenme süreçlerini değerlendirmedeki rolünü biliyor musunuz?	Evet	12	27,9
	Hayır	31	72,1
DKT'ye hasta yönlendirmesi yaptınız mı?	Evet	3	7
	Hayır	40	93
Çalıştığınız hastanede bir DKT var mı?	Evet	10	23,3
	Hayır	33	76,7

Katılımcıların, yöneltilen açık uçlu soruya yönelik %39,5'i (n=17) DKT'nin konuşma bozuklukları alanlarında çalıştığını düşünmektedir (Tablo 11).

Tablo 11

YBH'lerin DKT'lerin Çalışma Alanlarına İlişkin Bilgileri

Dil ve Konuşma Terapisti hangi alanda çalışmaktadır/çalıştığını düşünmektedir?	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Konuşma bozuklukları	17	39,5
Dil bozuklukları	2	4,6
İletişim bozuklukları	3	6,9
Yutma bozuklukları	3	6,9
Beslenme bozuklukları	2	4,6
Nörolojik veya sendromik durumlar	4	9,3
Hastane	6	13,9
Diğer	8	18,6

Not: Katılımcılar birden fazla yanıt işaretleyebilmektedir.

Tartışma

Bu çalışma YBH'nin, YBÜ'de hastalara uyguladıkları yeme ve yutma uygulamalarına ilişkin bilgilerine, DKT mesleğine ve DKT'nin yeme ve yutma alanındaki rolüne ilişkin farkındalıklarını inceleme amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Literatürde ise 19/04/2011 tarihli Resmî Gazetede düzenlenerek yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği'nde yoğun bakım hemşirelerinin görev tanımlarında; hastanın aspirasyon, oksijen tedavisi, vücut pozisyonları, genel vücut bakımı, aseptik uygulamalar (sonda/kateter bakımı vb.) gibi temel girişimsel uygulamalara yönelik uygun hemşirelik aktivitelerini planladığı, uyguladığı ve değerlendirdiği yer almaktadır. Aspirasyon uygulaması süreçlerinde, yöntemin uygun şekilde yürütülmediği durumlarda hastalarda birçok komplikasyon gelişebileceğinden dolayı hemşirelerin uygulamalar sırasında dikkatleri önem arz etmektedir. Bu çalışmada ise katılımcıların %95,3'ü aspirasyon riskini değerlendirirken, %39,5'i gizli aspirasyon riskini değerlendirmemektedir. Gizli

aspirasyon riskini değerlendirmeyenlerin yarısından fazlası (n = 11) çalıştığı yoğun bakımda standart bir prosedür bulunmayan kişilerdir.

Bozan (2019), devlet hastanelerinde çalışmakta olan YBH'lerle gerçekleştirdiği çalışmasında katılımcıların %66,7'sinin aspirasyona yönelik bir eğitim aldığını ve eğitim alan katılımcıların da %94,4'ünün hizmet içi eğitimin katkı sağladığını belirttiğini bildirmiştir. Benzer şekilde, bu araştırmada da katılımcıların %62,8'i yeme ve yutma süreçlerini değerlendirmeye dair bilgi kaynaklarının hemşirelik okullarına ve hastanede hizmet içi eğitime dayandığını ifade etmişlerdir.

Hastanın oral yollardan beslenmesinin sağlanması için gerekli prosedürler arasında aletsel değerlendirmenin tercih edilmediği görülmüştür. Ancak alanyazında Ott & Pikna (1993), hastalara besin alım kararı vermeden önce mutlaka aletsel olarak da değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Aletsel olarak değerlendirmenin sağlanmamasının nedeninin, YBH'nin DKT ile ilişkisinin kısıtlı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların %34,9'u hastanın beslenme şekline ve %46,5'i hastanın beslenmesi gereken kıvama YBH'lerin karar verdiğini belirtmiştir. Bu durumdan farklı olarak alanyazın incelendiğinde ise hemşirelerin, hastanın kalori gereksinimlerinin değerlendirilmesi ve hasta gözlemi ile beslenmenin düzenlenmesi de dahil olmak üzere bu gibi durumlarda rol aldığı belirtilmektedir (Demiray ve ark., 2020). Multidisipliner çalışılan bozukluklarda, tüm ekip arkadaşlarının bilgi ve tecrübelerinden yararlanılmaması, hastanın değerlendirme sonucunu ve tedavi sürecini etkileyebilmektedir (Dondorf ve ark., 2016). Bu nedenle YBH'nin yeme ve yutmanın değerlendirme ve müdahalesinde bilgilendirmeye ihtiyacı oldukları düşünülmektedir.

Alanyazında disfajinin, multidisipliner bir ekiple yürütülmesi önerilmektedir (Engl ve Speyer 2021; Parlak ve ark., 2022) Katılımcıların %27,9'unun görev yaptığı yoğun bakımda bir yeme ve yutma ekibi bulunmaktadır. Yeme ve yutma ekibi bulunan katılımcıların %41,6'sının çalıştığı kurumda DKT bulunmasına rağmen yeme ve yutma ekiplerinde DKT yer almamaktadır. Bu durumun

katılımcıların DKT'nin görev ve sorumluluklarını yeterli seviyede bilmemesinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Katılımcıların “Beslenme ekibi kimlerden oluşmalıdır?” sorusuna sadece %7'si (n = 3) ‘Dil ve Konuşma Terapisti’ seçeneğini işaretlemiştir. Bu durum çalışmadan elde edilen bilgilerin birbirini desteklediğini göstermektedir.

Yoğun bakım hemşirelerinin DKT'lerin mesleki rolü hakkındaki farkındalığının tartışılması

Ulusal Çekirdek Eğitim Programında, DKT'nin, iletişim, dil, konuşma, konuşma akıcılığı, ses, rezonans ve yutma bozukluklarını önleme, tarama, işlevsel değerlendirme ve ayırıcı tanılama ile müdahalesi/habilitasyon-rehabilitasyonu alanında tanımlanmış bağımsız özerk bir meslek olduğu belirtilmiştir (DKT-UÇEP: 2016).

Bengisu & Ayyıldız (2020), Gastroenteroloji Hekimlerinin DKT'nin disfajideki rolüne ilişkin farkındalığını inceledikleri çalışmalarında, disfaji alanına ilişkin farkındalığın, artikülasyon-fonolojik bozukluk ve kekemelik alanlarına ilişkin farkındalıktan daha az olduğu bulgusuna ulaşmışlardır.

Bengisu & Derin (2022) araştırmasında ise, DKT mesleğinin, doktor ve hemşireler tarafından farkındalığının az olduğunu ve bu mesleklerin hastalarını ihtiyaç durumunda DKT'ye yeterince yönlendirme yapmadıklarını ifade etmişlerdir. Benzer şekilde güncel çalışmada katılımcıların %62,8'i DKT mesleğine ilişkin bilgisi olmadığını ve katılımcıların %93'ü daha önce bir DKT'ye hasta yönlendirmesi yapmadığını belirtmiştir. Buna karşın disfaji alanı multidisipliner çalışmaya neredeyse en çok gereksinim duyan alanlardan birisidir. Bu bozukluğun değerlendirme ve terapisinde ekip üyelerinin arasında yeteri kadar bilgi paylaşımı olmamasının, hastanın yaşam kalitesini etkilediği ifade edilmektedir.

Hemşire ve DKT arasındaki koordineli iş birliğinin, değerlendirmeden tedaviye gerçekleşmesi gerektiği savunulmaktadır (Dondorf ve ark., 2016). Ancak bu çalışmada katılımcıların %69,8'i DKT'nin yutma terapisindeki rolünü ve %72,1'i DKT'nin yeme süreçlerini değerlendirme rolünü

bilmediklerini ifade etmişlerdir. Bu bilgi, Bengisu & Ayyıldız (2020) ve Bengisu & Derin (2022) araştırmalarını destekler niteliktedir.

DKT'ler disfajinin tanımlanması, değerlendirilmesi, teşhisi ve yönetiminde multidisipliner ekibin bir parçası olup hayati bir rol oynamaktadır (Bengisu & Derin, 2022). Katılımcıların, hastanın yeme şekline ve yemesi gereken kıvama karar veren kişiler arasında DKT'nin olmadığını düşündükleri görülmüştür. Katılımcıların %62,8'i kıvam kararının YBH tarafından verildiğini ifade etmiştir. Bu durum alanyazından elde edilen bilgi ile uyuşmamaktadır.

Çalıştığı hastanede yeme ve yutma ekibi bulunan katılımcıların, %27,9'unun ekiplerinde bir DKT yer almadığı görülmüştür. Yöneltilen "Beslenme ekibi kimlerden oluşmalıdır?" sorusuna katılımcıların sadece %7'si "Dil ve Konuşma Terapisti" seçeneğini işaretlemişlerdir. Bengisu (2022), hastanelerde mevcut bulunan DKT sayısının az olması sebebiyle hemşirelerin alana yönelik farkındalığının az olduğunu düşünmüştür. Benzer şekilde yürütülen araştırmada katılımcıların %76,7'sinin çalıştığı kurumda bir DKT bulunmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmada elde edilen bilgilerin literatürü desteklediği görülmüştür.

Blackwell & Littlejohns (2010), hemşirelerin DKT ile iş birliği içinde çalışma gereksinimlerini vurgulamaktadır. Ancak katılımcıların %93'ünün daha önce bir DKT'ye yönlendirme yapmadığı görülmektedir. Dondorf ve ark., (2016), ise hemşireler ve DKT'ler arasındaki koordineli iş birliğinin değerlendirme sürecine ek olarak tedavi sürecinde de gerçekleşmesi gerektiğinin üzerinde durmuşlardır. Ancak, Bengisu (2022), çalışmasında ise hemşirelerin, DKT'nin disfaji müdahalelerine yönelik yeterli bilgi sahibi olmadıklarını ve bu durumun multidisipliner çalışmayı etkilediğini ifade etmiştir. Yürütülen çalışma, bu bulgularla benzerlik göstermekte ve alanda multidisipliner çalışan meslek elemanlarının yeterli bilgi sahibi olmamasının yönlendirme yapılmamasına yol açabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Disfaji müdahalesinde multidisipliner çalışma, yutma terapisinin doğru ve verimli gerçekleştirilebilmesi için oldukça önemlidir. Ancak yürütülen çalışmada iş birliği içerisinde çalışılan meslek elemanlarından biri olan YBH'lerin, DKT mesleğine ve DKT'lerin mesleki rollerine ilişkin farkındalıklarının düşük olduğu ve bu durumun YB'de yürütülen yeme ve yutma süreçlerindeki değerlendirmelerini etkileyebileceği düşünülmektedir.

YBH'lerin lisans dönemlerinde ve/veya iş hayatlarında, yeme yutma prosedürleri konusunda ve DKT'nin rol, sorumlulukları hakkında bilgilendirici seminer ve eğitimlerin verilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Hastane ortamlarında DKT ve multidisipliner çalışmalara yönelik yapılacak hizmet içi eğitimlerin artırılması, YBH'lerin farkındalıklarını olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Hastanelerde yeme ve yutma ekiplerinin belirli bir protokol ile DKT'nin dahil edilmesinin hastalarının değerlendirme ve terapi süreçlerini olumlu olarak etkileyeceği düşünülmektedir. Aynı zamanda YBH'nin de DKT farkındalıklarının da olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

İşbirliğinden bahsedilen her alanda meslek gruplarının birbirleri hakkında bilgi seviyelerinin incelenmesi önemlidir. Bu kapsamda YBH'lerin DKT'ye ilişkin farkındalığı kadar, DKT'lerin de YBH'lere ilişkin farkındalığı önem arz etmektedir. DKT'lerin diğer meslek gruplarının mesleki rollerine ilişkin farkındalıklarının ölçüldüğü çalışmaların da yürütülmesi gerektiği düşünülmektedir. Bu araştırma önerilerine ek olarak YBH'lerin yeme ve yutma uygulamalarının gözleme dayalı araştırma desenleri ile incelenerek daha detaylı bilgi edinilebileceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Arvedson, J. C. & Lefton-Greif, M. A. (2017,). Instrumental assessment of pediatric dysphagia. *Seminars in Speech and Language, 38*(2), 135-146.
- Bengisu, S., & Ayyıldız, A. (2020). Gastroenteroloji bölüm hekimleri ve PEG tüpü takılmış hasta yakınlarının dil ve konuşma terapistlerinin yutma bozukluğundaki rolüne ilişkin farkındalığının belirlenmesi. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi, 3*(2), 175-199.
- Bengisu, S. & Derin, D. (2022). Hemşirelerin ve doktorların dil ve konuşma terapistlerinin yutma bozukluğundaki rolüne ilişkin farkındalıklarının belirlenmesi. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi, 5*(2), 123-159.
- Blackwell, Z., & Littlejohns, P. (2010). A review of the management of dysphagia: A South African perspective. *Journal of Neuroscience Nursing, 42*(2), 61-70.
- Bours, G. ve ark., (2009). Bedside screening tests vs. videofluoroscopy or fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing to detect dysphagia in patients with neurological disorders: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 65*(3), 477-493.
- Bozan, S. (2019). *Nevşehir Devlet Hastanesindeki yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin aspirasyon uygulamasına yönelik bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi.
- Çiftçi, H. B., Yılmaz A., Çağlayan, A., ve Topbaş, S. (2021). Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Dil ve Konuşma Terapistinin Rolü Hakkındaki Farkındalık Düzeyinin Belirlenmesi. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi, 4*(3), 339-361.77
- Çiyiltepe, M.M. (2020). Yutma Rehabilitasyonu M.M. Çiyiltepe İçinde, Pediatriyen Geriatriye Yutma Bozuklukları (S. 361-413). *İstanbul: 2020 Tıbbi Yayınlar Merkezi*.
- Davies, S. ve ark., (2001). An İnter-Disciplinary Approach To Swallowing Problems in Acute Stroke. *International Journal of Language & Communication Disorders, 36*(Sup1), 357-362.
- Defabrizio, M. E. & Rajappa, A. (2010). Contemporary Approaches To Dysphagia Management. *The Journal For Nurse Practitioners, 6*(8), 622-630.
- Demiray, A., Kuzyaka, İ., Açıl, A. ve İlaslan, N., (2020). Enteral Beslenen Yoğun Bakım Hastalarının Beslenme Süreci ve Gelişebilecek Komplikasyonlar Açısından Değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 10*(3), 289-296.

- Dil ve Konuşma Terapisi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı. (2016). DKT-UÇEP: 2016.
https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/Egitim_Ogretim_Dairesi/Ulusal-Cekirdek_Egitimprogramlari/Dil_Konusma.Pdf Adresinden Alınmıştır (Erişim Tarihi: 23.08.2022).
- Dodds, W. J., Stewart, E. T. ve Logemann, J. A. (1990). Physiology And Radiology Of The Normal Oral And Pharyngeal Phases Of Swallowing. *AJR. American Journal of Roentgenology*, 154(5), 953-963.
- Dondorf, K. ve ark., (2016). The İnterprofessional Collaboration Between Nurses And Speech-Language Pathologists Working With Patients Diagnosed With Dysphagia İn Skilled Nursing Facilities. *Journal of Nursing Education And Practice*, 6(4), 17-20.
- Engh, M. & Speyer, R. (2021). Management of dysphagia in nursing homes: A national survey. *Dysphagia*, 37(3), 266-276.
- Ertekin, C., Aydoğdu, İ. ve Seçil, Y. (2002). Orofaringiyal Yutmanın Fizyoloji ve Nörolojisi. *Ege Tıp Dergisi*, 41(3), 163-175.
- Garcia, J. M. & Chambers IV, E. (2010). Managing Dysphagia Through Diet Modifications. *AJN The American Journal of Nursing*, 110(11), 26-33.
- Gerek, M. ve ark., (2004). Yutma bozukluğunda fiberoptik endoskopik tanı yöntemi ve değerlendirme protokolü. *KBB ve BBC Dergisi*, 12(1), 25-42.
- González-Fernández, M. ve ark., (2013). Dysphagia rehabilitation: similarities and differences in three areas of the world. *Current physical medicine and rehabilitation reports*, 1, 296-306.
- Groher, M. E. (1997). *Dysphagia: Diagnosis And Management*. Butterworth-Heinemann Medical.
- Groher, M.E. & Puntil-Sheltman J. (2016). *Dysphagia Unplugged*. M. E. Groher, M. A. Crary (Ed.), *Dysphagia: Management İn Adults And Children* (2. Baskı) (S. 1-20). Elsevier Inc.
- Kıran Gerçek, E. (2004). *Serebral palsili çocuklarda çiğneme becerisinin geliştirilmesinde oral motor terapinin etkililiği*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi]. Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir
- Lang, I. M. (2009). Brain Stem Control Of The Phases Of Swallowing. *Dysphagia*, 24(3), 333-348.
- Miller AJ. (2008) The Neurobiology Of Swallowing And Dysphagia. *Developmental Disabilities Research Reviews* 14(2); 77-86.
- Ott, D. J., & Pikna, L. A. (1993). Clinical And Videofluoroscopic Evaluation Of Swallowing Disorders. *American Journal of Roentgenology*, 161, 507-507.

- Özbudak, G., & Özer, S., (2021). Disfaji Rehabilitasyonunda Hemşirenin Rolü. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 30(2), 86-93.
- Parlak, M., M., Altan, E. ve Saylam, G., (2022). Demanslı Bireylerde Disfaji. *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi*, 30(2), 88-96.
- Perry, L. (2001). Screening Swallowing Function Of Patients With Acute Stroke. Part One: Identification, Implementation And İntial Evaluation Of A Screening Tool For Use By Nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), 463-473.
- Persenius, M.ve ark., (2016). Enteral Nutrition In İntensive Care: Nurses' Perceptions And Bedside Observations. *Intensive And Critical Care Nursing*, 22(2), 82-94.
- Pınar, R. (2010). Bakımevlerinde Kalan Yaşlılarda Disfaji, Disfajinin Hemşireler Tarafından Değerlendirilmesi ve Yönetimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1).
- Topbaş, S. (2004). Nörojenik Yutkunma Bozuklukları. H. Oğuz, E. Dursun, & N. Dursun (Ed.). *Tıbbi Rehabilitasyon içinde. (2. Baskı). İstanbul: Nobel Kitabevi.*
- Yıldız, Z. (2021). *Yutma Bozukluklarında Tanı ve Tedavi*. İksad Yayınevi.
- Hemşirelik Yönetmeliği, Resmi Gazete 27910 (19 Nisan 2011 Tarihli Düzenleme).
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>

Ekler

Ek -1: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yeme ve Yutma Uygulamalarının İncelenmesi Anketi

1. BÖLÜM: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1)Cinsiyetiniz Nedir?

A) Kadın

B) Erkek

2)Eğitim Durumunuz Nedir?

A) Ortaokul

B) Lise

C) Üniversite

D) Lisans Üstü

3)Meslekte İş Deneyim Süreniz Nedir?

A) 1-3 Yıl

B) 3-5 Yıl

C) 5-10 Yıl

4)Meslekte Yoğun Bakım İş Deneyim Süreniz Nedir?

A) 1-3 Yıl

B) 3-5 Yıl

C) 5-10 Yıl

5)Hangi İlde Çalışmaktasınız?

.....

6)Çalışmakta Olduğunuz Hastane Türü Nedir?

A) Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

B) Devlet Hastanesi

C) Özel Hastane

D) Üniversite Hastanesi

7) Çalışmakta Olduğunuz Yoğun Bakım Ünitesinde Hangi Grup Ve/Veya Gruplara Hizmet Vermektesiniz?

A) Bebek

- B) Çocuk
C) Yetişkin
D) Geriatri

2. BÖLÜM: DEĞERLENDİRME PROSEDÜRLERİNE İLİŞKİN SORULAR

- 1) Yoğun Bakıma Gelen Hastaların Beslenme Süreçlerini Değerlendirmek İçin Standart Bir Prosedürünüz Var mı?**

EVET/HAYIR

- 2) Bu Prosedürlerden Kısaca Bahseder Misiniz? (1. Soruya Yanıtınız Evet İse Yanıtlayınız.)**

.....
.....

- 3) Aspirasyon Riskini Değerlendiriyor Musunuz?**

EVET/HAYIR

- 4) Gizli Aspirasyon Riskini Değerlendiriyor Musunuz?**

EVET/HAYIR

- 5) Gizli Aspirasyonu Değerlendirmek İçin Neleri Dikkate Alıyorsunuz? (4. Soruya Yanıtınız Evet İse Yanıtlayınız.)**

- a) Nabız
b) Ateş
c) Bilinç
d) Diğer

- 6) Hastanın Beslenme Şekline (Oral Beslenme, Kısmi Oral Beslenme, Enteral veya Parenteral Beslenme) Siz Mi Karar Veriyorsunuz?**

EVET/HAYIR

- 7) Aşağıdaki Bulguların Hangisi veya Hangileri Olumlu İse Oral Alımı (Ağızdan Beslenme) Kabul Edilebilir Olarak Değerlendiriyorsunuz? (Birden Fazla Seçenek İşaretleyebilirsiniz.)**

- a) Ağız İle Beslenme Sonrası Öksürme Olmaması
b) Ağız İle Beslenme Sonrası Kalıntı (Yemek Artığı) Kalmaması
c) Ağız İle Beslenme Sonrası Boğulma Hissi Olmaması
d) Ağız İle Beslenme Sonrası Boğaz Temizleme Davranışının Olmaması

- e) Aletsel Değerlendirme Sonrası (Fiberoptik Ve/Veya Videofloroskopik Değerlendirme)
- f) Bilinç Yerindeyse
- g) Konuşma Normalse
- h) Salya Kontrolünü Sağlayabiliyorsa
- i) Diğer

8) Hastanın Beslenme Şekline Karar Veren Kişi Ve/Veya Kişiler Kimdir? (5. Soruya Yanıtınız Hayır İse

Yantlayınız.)

- a) Aile Üyesi Göğüs Hastalıkları Uzmanı
- b) Kulak Burun Boğaz Uzmanı
- c) Neonatolog
- d) Nörolog
- e) Psikolog
- f) Radyasyon Onkoloğu
- g) Radyolog
- h) Sosyal Hizmet Uzmanı
- i) Gastroenterolog
- j) Göğüs Hastalıkları Uzmanı
- k) Kulak Burun Boğaz Uzmanı
- l) Neonatolog
- m) Nörolog
- n) Psikolog
- o) Radyasyon Onkoloğu
- p) Radyolog
- q) Sosyal Hizmet Uzmanı
- r) Diğer

9) Hastanın Beslenebilmesi İçin Alması Gereken Kıvama Siz Mi Karar Veriyorsunuz?

EYET/HAYIR

10) Hastanın Alması Gereken Kıvama Karar Veren Kişi Ve/Veya Kişiler Kimdir? (8. Soruya Yanıtınız Hayır İse

Yantlayınız.)

- a) Aile Üyesi
- b) Çocuk Doktoru
- c) Dahiliye Uzmanı
- d) Dil ve Konuşma Terapisti
- e) Diyetisyen
- f) Diş Hekimi
- g) Fizyoterapist
- h) Ergoterapist
- i) Gastroenterolog
- k) Kulak Burun Boğaz Uzmanı
- l) Neonatolog
- m) Nörolog
- n) Psikolog
- o) Radyasyon Onkoloğu
- p) Radyolog
- q) Sosyal Hizmet Uzmanı
- r) Yoğun Bakım Hemşiresi
- s) Diğer

j) Göğüs Hastalıkları Uzmanı

11) Yoğun Bakımınızda Bir Beslenme Ekibi Var Mıdır?

EVET/HAYIR

12) Beslenme Ekibiniz Kimlerden Oluşmaktadır? (10. Soruya Yanıtınız Evet İse Yanıtlayınız)

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| a) Aile Üyesi | k) Kulak Burun Boğaz Uzmanı |
| b) Çocuk Doktoru | l) Neonatolog |
| c) Dahiliye Uzmanı | m) Nörolog |
| d) Dil Ve Konuşma Terapisti | n) Psikolog |
| e) Diyetisyen | o) Radyasyon Onkoloğu |
| f) Diş Hekimi | p) Radyolog |
| g) Fizyoterapist | q) Sosyal Hizmet Uzmanı |
| h) Ergoterapist | r) Yoğun Bakım Hemşiresi |
| i) Gastroenterolog | s) Diğer |
| j) Göğüs Hastalıkları Uzmanı | |

13) Sizce Bir Beslenme Ekibi Kimlerden Oluşmalıdır?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| a) Aile Üyesi | k) Kulak Burun Boğaz Uzmanı |
| b) Çocuk Doktoru | l) Neonatolog |
| c) Dahiliye Uzmanı | m) Nörolog |
| d) Dil ve Konuşma Terapisti | n) Psikolog |
| e) Diyetisyen | o) Radyasyon Onkoloğu |
| f) Diş Hekimi | p) Radyolog |
| g) Fizyoterapist | q) Sosyal Hizmet Uzmanı |
| h) Ergoterapist | r) Yoğun Bakım Hemşiresi |
| i) Gastroenterolog | s) Diğer |
| j) Göğüs Hastalıkları Uzmanı | |

14) Yoğun Bakım Kapsamında Beslenme Süreçlerini Değerlendirmeniz İçin Beslenme Ekibinin Yoğun Bakım Üzerine Var Mıdır?

EVET/HAYIR

15) Beslenme Süreçlerini Değerlendirmeye Dair Bilgi Kaynağınız Hangilerine Dayanmaktadır? İşaretleyiniz.

- a) Hemşirelik Okulu
- b) Danışman Meslektaşlar
- c) Hastanede Hizmet İçi Eğitim
- d) Akademik Konferanslar
- e) Diğer

16) Yoğun Bakımda Tedavi Gören Hastaların Ailelerine Beslenme ve Yutma Süreçleri İle İlgili Herhangi Bir Aile Bilgilendirmesi Yapıyor Musunuz?

EVET/HAYIR

3. BÖLÜM: DİL VE KONUŞMA TERAPİSTİ FARKINDALIĞINA İLİŞKİN SORULAR

1. Dil ve Konuşma Terapisi Mesleği Hakkında Bilginiz Var Mı?

EVET/HAYIR

2. Dil ve Konuşma Terapisti Hangi Alanda Çalışmaktadır/Çalıştığını Düşünmektесiniz?

.....

3. Dil ve Konuşma Terapistlerinin Yutma Terapisi Yaptığına Yönelik Bilginiz Var Mı?

EVET/HAYIR

4. Dil ve Konuşma Terapistlerinin Beslenme Süreçlerini Değerlendirme Rolü Olduğuna Dair Bilginiz Var Mı?

EVET/HAYIR

5. Daha Önce Bir Dil ve Konuşma Terapistine Hasta Yönlendirmesi Yaptınız Mı?

EVET/HAYIR

6. Çalıştığınız Yerde Dil ve Konuşma Terapisti Var Mıdır?

EVET/HAYIR

Yazar Katkıları/Author Contributions: Sümeyye Gürses: Fikir/Kavram, Tasarım/Yöntem, Veri Toplama ve/veya İşleme, Analiz/Yorum, Literatür Taraması, Makale Yazımı, Kaynak ve Fon Sağlama, Malzemeler.

Ayşe Nur Koçak: Fikir/Kavram, Tasarım/Yöntem, Danışmanlık/Denetleme, Veri Toplama ve/veya İşleme, Analiz/Yorum, Literatür Taraması, Makale Yazımı, Eleştirel İnceleme, Kaynak ve Fon Sağlama, Malzemeler.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: Yazar makalenin hazırlanması ve basımı esnasında hiçbir kimse veya kurum ile çıkar çatışması içinde olmadığını beyan etmiştir. / The author has declared that no conflict of interest existed with any parties at the time of publication.

Derleme

Çocukluk Çağı Konuşma Apraksisinde Değerlendirme ve Terapi: Derleme Çalışması

Nazmiye Atila-Çağlar¹, Ayşın Noyan-Erbaş²

¹Sorumlu Yazar, Arş. Gör., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü, ORCID No: 0000-0003-0269-4563, n.atila.caglar@aybu.edu.tr

²Dr. Öğr. Üyesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü, ORCID No: 0000-0001-9552-199X, aysinnoyan@hacettepe.edu.tr

Sorumlu Yazarın Adresi:

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü, 06970, Esenboğa/Ankara

Bu makaleyi kaynak göstermek için/To cite this article:

Atila-Çağlar, N., & Noyan-Erbaş, A. (2023). Çocukluk Çağı Konuşma Apraksisinde Değerlendirme ve Terapi: Derleme Çalışması. *Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 6(3), 363-388.

Gönderim Tarihi:

13.10.2023

Kabul Tarihi:

27.12.2023

DOI:

<https://doi.org/10.58563/dkyad-2023.63.6>

ÖZET

Amaç: Çocukluk çağı konuşma apraksisi (ÇÇKA), hareket sıralamalarının uzamsal-zamansal parametrelerinin planlanması ve/veya programlanmasındaki bozukluklar ile karakterize nöromüsküler defisitlerin eşlik etmediği nörolojik bir konuşma sesi bozukluğudur. Bu derleme ile, ÇÇKA' lı çocuklarda uygulanan dil ve konuşma değerlendirme yöntemlerini ve kanıta dayalı müdahale yöntemlerini sunmak amaçlanmaktadır.

Yöntem: Bu çalışmada geleneksel derleme yöntemi kullanılmıştır. ÇÇKA' lı çocuklarda uygulanan dil-konuşma değerlendirme ve müdahale yöntemlerine ilişkin alan yazın taraması yapılmıştır.

Bulgular: ÇÇKA şüphesi olan bir çocuğun değerlendirmesi; vaka öyküsünü, oral muayeneyi, konuşma analizini, suprasegmental özellikleri, vurgu, ritim, duraklamalar, ses tonu, uyarılabilirlik ve ipuçlarının değerlendirilmesini ve ayrıca dil, okuryazarlık değerlendirmesini içermektedir. ÇÇKA değerlendirmesinde kullanılacak formal testler, Apraksi Profili (Apraxia Profile), Motor Konuşma Becerisinin Dinamik Değerlendirmesi (Dynamic Evaluation of Motor Speech Skill), Kaufman Konuşma Praksis Testi (Kaufman Speech Praxis Test), Çocuklar için Sözel Motor Üretim Değerlendirmesi (Verbal Motor Production Assessment for Children), Orofasial Praksis Testi (Orofacial Praxis Test), Madison Konuşma Değerlendirme Protokolü (Madison Speech Assessment Protocol) şeklindedir. Dil ve konuşma terapisi alanında ÇÇKA' lı çocuklar için kanıta dayalı terapi yöntemleri ise, Dinamik Temporal ve Taktıl İpucu (Dynamic Temporal and Tactile Cueing), Hızlı Hece Geçişleri Terapisi (Rapid Syllable Transitions Therapy), Nuffield Dispraksi Programı (The Nuffield Dyspraxia Programme), Entegre Fonolojik Farkındalık Müdahalesi (Integrated Phonological Awareness) şeklindedir.

Sonuç: Dil ve konuşma terapistlerinin, ÇÇKA' lı çocuklarda uygulanan farklı değerlendirme ve terapi yöntemleri hakkında kapsamlı bilgi ve deneyime sahip olması ve ÇÇKA tanısı konan bir çocuk için en uygun terapi yöntemini seçmesi gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: çocukluk çağı konuşma apraksisi, konuşma sesi bozukluğu, dil ve konuşma terapisti, dil ve konuşma değerlendirme, dil ve konuşma terapisi



Assessment and Therapy in Childhood Apraxia of Speech: A Review

ABSTRACT

Purpose: Childhood apraxia of speech (CAS) is a neurological speech sound disorder not accompanied by neuromuscular deficits, characterized by disorders in the planning and/or programming of spatio-temporal parameters of movement sequences. Both congenital and acquired CAS can occur in association with known neurological events, as primary or secondary symptoms of complex neurobehavioral disorders, or as idiopathic neurogenic speech sound disorder. Many of the behaviors and symptoms associated with CAS are also found in children with other speech sound disorders, so differential diagnosis is very important. For the differential diagnosis of CAS, the features specified by ASHA (2007) (inconsistent vowel and consonant errors in repeated productions of syllables or words, inappropriate prosody and/or impaired and prolonged coarticulation transitions between sounds and syllables) and Strand's 10-item clinical checklist are frequently used. After the diagnosis of CAS, it is very important to choose the appropriate assessment and intervention methods for these children. This review aims to present speech and language assessment methods and evidence-based intervention methods applied to children with CAS.

Method: In this study, the traditional review method was used. A literature review was conducted regarding speech-language assessment and intervention methods applied to children with CAS.

Results: A comprehensive CAS assessment should include both formal assessments and informal tasks to accurately address the children's speech motor system. Assessment of a children with suspected CAS; include case history, oral examination, speech analysis, assessment of suprasegmental features, stress, rhythm, pauses, tone of voice, stimulability and cues, as well as language, literacy assessment. Formal tests that can be used in the assessment of CAS are Apraxia Profile, Dynamic Evaluation of Motor Speech Skill, Kaufman Speech Praxis Test, Verbal Motor Production Assessment for Children, Orofacial Praxis Test, Madison Speech Assessment Protocol. Since the age ranges and areas evaluated differ in each formal test, the speech and language therapist should take these factors into consideration when choosing appropriate assessment tools for children. After speech and language evaluations are completed, an individualized intensive intervention program is required for children. The starting point and progression of therapy are shaped depending on the assessment data received from the children. Speech and language therapy in children with CAS progresses systematically, in a hierarchical manner, becoming increasingly difficult. Therapeutic approaches used for children with CAS fall under three headings: motor-based approaches, linguistic-based approaches and multi-modal communication approaches. Evidence-based therapy methods for children with CAS in the field of speech and language therapy are Dynamic Temporal and Tactile Cueing, Rapid Syllable Transitions Therapy, Nuffield Dyspraxia Programme, Integrated Phonological Awareness Intervention.

Conclusion: Speech and language therapists should have comprehensive knowledge and experience about different assessment and therapy methods used for children with CAS and choose the most appropriate therapy method for a child diagnosed with CAS.

Keywords: childhood apraxia of speech, speech sound disorder, speech and language therapist, speech and language assessment, speech and language therapy

Giriş

Çocukluk çağı konuşma apraksisi (ÇÇKA), hareket sıralamalarının uzamsal-zamansal parametrelerinin planlanması ve/veya programlanmasındaki bozukluklar ile karakterize nöromusküler defisitlerin eşlik etmediği nörolojik bir konuşma sesi bozukluğudur (American Speech-Language-Hearing Association-ASHA, 2007). ÇÇKA doğumdan itibaren var olabileceği gibi konuşma gelişimi sırasında da edinilebilmektedir. Hem doğuştan hem de edinilmiş ÇÇKA, bilinen nörolojik olaylarla ilişkili olarak (örn. intrauterin veya erken çocukluk döneminde inme, enfeksiyon, travma), kompleks nörodavranışsal bozuklukların birincil veya ikincil belirtileri olarak veya idiyopatik (nedeni bilinmeyen) nörojenik konuşma sesi bozukluğu olarak ortaya çıkabilmektedir (ASHA, 2007). Bilinen nörolojik veya kompleks nörodavranışsal bozuklukların (otizm ve metabolik durumlar gibi) eşlik etmediği, idiyopatik nörojenik konuşma sesi bozukluğu olarak ÇÇKA prevalansı %0,13-%4,3 olarak bildirilmektedir (Delaney & Kent, 2004; Morley, 1972; Shriberg ve ark., 1997b). Fakat kompleks nörogelişimsel durumlarda prevalans çok daha yüksektir (%11,8) (Shriberg ve ark., 2019). ÇÇKA' lı çocukların, alıcı ve ifade edici dil, okuryazarlık açısından yüksek risk altında olduğu bilinmektedir (Lewis ve ark., 2004; McNeill ve ark., 2009b). Ayrıca eşzamanlı olarak, ince ve kaba motor gecikmeleri, oral apraksi, uzuv apraksisi, beslenme zorlukları ve anormal orosensör algısı (ağız bölgesinde aşırı veya az duyarlılık) gibi konuşma dışı duyuşsal ve motor problemler de mevcut olabilmektedir (Crary & Anderson, 1991; Davis ve ark., 1998; Dewey ve ark., 1988; McCabe ve ark., 1998; Shriberg ve ark., 1997b).

ÇÇKA ile ilişkili davranış ve belirtilerin çoğu, diğer konuşma sesi bozuklukları olan çocuklarda da bulunmaktadır (McCabe ve ark., 1998; Shriberg ve ark., 2019). Ek olarak, ÇÇKA tanısının sadece çocuğun konuşma sesi bozukluğunun şiddetine dayandırılmaması, aşırı tanıya neden olabileceği için oldukça önemlidir. ÇÇKA tanısız özellikleri ile ilgili; 1) hece veya sözcüklerin tekrarlı üretimlerinde tutarsız ünlü ve ünsüz hataları, 2) uygun olmayan prozodi ve/veya sesler ve 3)

heceler arasındaki bozulmuş ve uzatılmış koartikülasyon geçişleri olmak üzere bu üç özellik konusunda uzmanlar fikir birliğine varmıştır (ASHA, 2007). ÇÇKA tanısı için çocuklarda bu üç özelliğin görülmesi gerekmektedir. Alan yazında ÇÇKA ayırıcı tanısı için Strand' ın 10 maddelik klinik kontrol listesi de sıklıkla kullanılmaktadır. Bu kontrol listesindeki maddeler; artikülasyon konfigürasyonunu başlatmakta ve ünlü geçişlerinde zorluk, hece bölünmesi, leksikal vurgu hataları veya eşit vurgu, ünlü veya ünsüz bozulmaları ve yer değiştirmesi, arama davranışı, schwa /ə/ ekleme, ötümlülük hataları, yavaş hız, yavaş diadokokinetik hız ve daha uzun veya fonetik olarak daha karmaşık sözcüklerde daha fazla zorlanma şeklindedir. Tanı kriteri olarak bu 10 maddeden en az 4'ünde zorlanması beklenmektedir (Shriberg ve ark., 2011). Türkçe literatürde de ÇÇKA ayırıcı tanı kriterlerine yönelik farklı çalışmalar bulunmaktadır (Sezer & Akıl, 2020; Polat & Ünal Logacev, 2021; Parlak & Köse, 2022).

ÇÇKA ayırıcı tanısında kullanılan tanısal özellikler Tablo 1' de gösterilmiştir.

Tablo 1

ÇÇKA Ayırıcı Tanısında Kullanılan Tanısal Özellikler

ASHA Fikir Birliğine Dayalı Özellik Listesi	Strand'ın 10 Maddelik Kontrol Listesi
1. Hece veya sözcüklerin tekrarlı üretimlerinde tutarsız ünlü ve ünsüz hataları	1. Artikülasyon konfigürasyonunu başlatmakta ve ünlü geçişlerinde zorluk,
2. Uygun olmayan prozodi ve/veya sesler	2. Hece bölünmesi,
3. Heceler arasındaki bozulmuş ve uzatılmış koartikülasyon geçişleri	3. Leksikal vurgu hataları veya eşit vurgu,
	4. Ünlü veya ünsüz bozulmaları ve yer değiştirmesi,
	5. Arama davranışı,
	6. Schwa /ə/ ekleme,
	7. Ötümlülük hataları,
	8. Yavaş hız,
	9. Yavaş diadokokinetik hız
	10. Daha uzun veya fonetik olarak daha karmaşık sözcüklerde daha fazla zorlanma

Amaç

Dil ve konuşma terapistleri (DKT), ÇÇKA' lı çocukların taranması, değerlendirilmesi, tanısı ve terapisinde merkezi rol oynamaktadır bu nedenle DKT' lerin ÇÇKA' lı çocukların değerlendirilmesi ve müdahalesi ile ilgili kapsamlı ve güncel bilgilere sahip olması oldukça önemlidir. Bu derleme ile, ÇÇKA' lı çocuklarda uygulanan dil ve konuşma değerlendirme yöntemlerini ve kanıta dayalı müdahale yöntemlerini sunmak amaçlanmaktadır.

Çocukluk Çağı Konuşma Apraksisinde Dil ve Konuşma Değerlendirmesi

Kapsamlı bir ÇÇKA değerlendirmesinde, çocuğun motor konuşma sisteminin doğru bir şekilde ele alınması için hem formal değerlendirmelerin hem de informal görevlerin yer alması gerekmektedir (Fish, 2015). Kliniklerde kullanılan mevcut formal değerlendirme araçlarının çoğunluğu ÇÇKA' lı çocukları diğer konuşma sesi bozuklukları olan çocuklardan açıkça ayırt etmeye yardımcı olan görevleri içermemektedir. ÇÇKA şüphesi olan bir çocuk için sözcüklerin ilk, orta ve son pozisyonlarındaki fonem üretiminin doğruluğunu ölçen geleneksel artikülasyon testlerinin kullanılması, çocuğun fonetik envanteri hakkında bilgi sağlarken; çocuğun tutarlılığı, giderek karmaşıklaşan hece yapılarındaki performansı ve hece ve cümle düzeyinde vurguyu kullanması ile ilgili bilgi sağlamamaktadır. ÇÇKA' lı çocukların, artan uzunluk ve fonetik karmaşıklığa sahip sözcelerde fonemleri tutarlı ve doğru bir şekilde üretme ve sıralamada zorluklar yaşayabileceği bilinmektedir (Iuzzini-Seigel ve ark., 2017). Bu durum, sadece geleneksel artikülasyon testleri kullanıldığında gözden kaçabilmektedir bu nedenle formal değerlendirme konuşmanın motor planlamasını değerlendirmek için spesifik olarak tasarlanmış geçerli ve güvenilir testler ile tamamlanmalıdır (Fish, 2015; Strand & McCauley, 2008).

İnformal görevlerin kapsamlı değerlendirmeye dahil edilmesi ile ilgili olarak aşağıdaki noktalara dikkat edilmelidir (ASHA, 2007; Fish, 2015):

1. Motor konuşma değerlendirmesi, bozulmaların meydana geldiği seviyeleri tam olarak belirleyebilmek için çocuğun motor planlama sistemini yeterince zorlamalıdır. ÇÇKA' da temel bozulma, konuşma hareketi sıralamalarının planlanması ve/veya programlanmasındadır, bu nedenle ÇÇKA değerlendirmesi, hece yapısı karmaşıklığı, hece sayısı, fonetik karmaşıklık ve dil karmaşıklığı bakımından farklılık gösteren hareket sıralamalarının üretimini içermelidir.
2. ÇÇKA değerlendirmesinde, çocuğun üretimlerini karşılaştırmak için çocuklardan sözcükleri taklit etmeleri istenmelidir ve bir modelin faydası olmadan aynı sözcüklerin spontan olarak üretimi kaydedilmelidir. ÇÇKA'lı bazı çocuklar spontan olarak bir ifadeyi üretebilir, ancak bir modelden sonra aynı ifadeyi taklit etmekte zorlanabilir.
3. Tutarsızlık, ÇÇKA' lı çocuklarda yaygın görülen bulgudur. Bu nedenle, çocuktan sözcüğü sadece bir kez üretmesini istemek, tutarsız hatalar gösterip göstermediği konusunda yeterli bilgi sağlamayacaktır. Kullanılan formal test, çocuğun sözcükleri birden fazla üretmesini gerektirmiyorsa, informal olarak eklenmelidir.
4. ÇÇKA' lı çocuklarda sıklıkla, istemli sözel olmayan oral hareketlerin hızı ve koordinasyonunda zorluklar gözlenmektedir (Yoss & Darley, 1974). Bu nedenle değerlendirme esnasında çocuktan ağız/yüz hareketlerini izole üretmesi, tekrarlı üretmesi ve ardıl üretmesi istenmelidir.
5. ÇÇKA' lı çocuklarda, vurgu, entonasyon, ritim, gürlük, rezonans ve hız gibi suprasegmental özelliklerde etkilenme gözlenebilmektedir. Vurgu ve entonasyon farklılıkları ÇÇKA' lı çocuklarda sık görülen bulgular olduğu için, suprasegmental özelliklere dikkat edilmelidir.
6. Sesten sese ve heceden heceye daha yavaş geçişler ve arama davranışı gibi ek gözlemler ÇÇKA' lı çocuklarda gözlenebileceğinden mutlaka not edilmelidir.

Kapsamlı Dil ve Konuşma Değerlendirmesinin Bileşenleri

Çocukluk çağı konuşma apraksisi olan çocukların, alıcı dil, ifade edici dil, okuryazarlık becerileri gibi diğer ilgili alanlarda zorluklar yaşadığı bilinmektedir. Bu sebeple kapsamlı değerlendirme, artikülatör sistemin değerlendirilmesine ek olarak iletişimin diğer alanlarının da değerlendirilmesini içermelidir (ASHA, 2007; Fish, 2015; McNeill ve ark., 2009b). ÇÇKA konusunda uzmanlaşmış klinisyenlerden elde edilen bilgilere göre, ÇÇKA şüphesi olan bir çocuğun değerlendirmesi aşağıdakileri içermelidir (Davis & Velleman, 2000; Hall ve ark., 1993; Rice ve ark., 1991; Shriberg, 1993; Shriberg & Kwiatkowski, 1982; Strand & McCauley, 2008; Strand ve ark., 2013).

1. Vaka Öyküsü: Aile öyküsü, işitme durumu, kulak enfeksiyonları, ek tanı, beslenme problemleri, erken dönemdeki vokal davranışları ve daha önce aldığı dil ve konuşma terapisi.
2. Genel Gözlemler ve Nörolojik Belirtiler: ÇÇKA' lı çocukların tipik olarak kas tonusu anormallikleri, asimetri, anormal yürüyüş paternleri, patolojik reflekslerin varlığı gibi nörolojik belirtiler sergilemediği bilinmektedir. Bu bulgular, genellikle dizatri tanısı ile tutarlıdır. Şiddetli konuşma sesi bozukluğu olan çocuklarda bu nörolojik bulguların gözlemlenmesi ve belirlenmesi uygun bir ayırıcı tanı için oldukça önemlidir. Ayrıca çocuğun duyuşsal uyaranlara karşı hipersensivite ya da hiposensivite gösterdiği durumlara dikkat edilmelidir.
3. Oral Motor Muayene: Oral periferik mekanizmanın (mandibula, maksilla, yanaklar, dudaklar, dil, damak, velofarinks, dişler) yapı, boyut, simetri ve işlevlerinin incelenmesi gerekmektedir.
4. Konuşma Analizi: Diadokokinetik hız ve koordinasyon, konuşma anlaşılabilirliği derecelendirmesi, ünlü ve ünsüz envanteri, doğru ünlü ve ünsüz yüzdesi, hata tipleri, fonolojik işlemler, hece şekliyle ilgili hatalar, konuşma hızı, ses kalitesi, rezonans, gürlük, perde, solunum kontrolü, konuşma akıcılığı, diğer gözlemler.

5. Suprasegmental Özellikler: Vurgu, ritim, duraklamalar, ses tonu.
6. Uyarılabilirlik ve İpuçlarına Tepki
7. Dil Değerlendirmesi
8. Okuryazarlık Değerlendirmesi

ÇÇKA Değerlendirmesinde Kullanılabilecek Formal Testler

1. Apraksi Profili (Apraxia Profile-AP)

Konuşma anlaşılabilirliği düşük olan 3-13 yaş arası çocuklarda mevcut apraksik özellikleri tanımlamak amacıyla tasarlanmıştır. Otomatik ve istemli oral hareketler, diadokokinezi, giderek karmaşıklaşan sözcük ve cümle taklidi ve bağlantılı spontane konuşmayı değerlendirmek için kullanılır. Apraksi karakteristik özelliklerinin belirtildiği kontrol listesi sağlamaktadır (Hickman, 1997).

2. Motor Konuşma Becerisinin Dinamik Değerlendirmesi (Dynamic Evaluation of Motor Speech Skill-DEMSS)

Şiddetli konuşma sesi bozukluğu gösteren 3 yaş ve üstü çocukların ayırıcı tanısında kullanılmak amacıyla tasarlanmış ölçüt referanslı bir ölçümdür. Fonksiyonel sözel iletişimi çok az olan veya hiç olmayan ancak taklit çabası olan çocuklar için bile kullanılabilecek geniş kapsamlı bir testtir. Tutarsızlık, ünlülerde bozulma, prozodi bozukluğu gibi ayırıcı özelliklerin değerlendirmesini sağlamaktadır. Ek özellikler, diadokokinetik görevler ve sözel olmayan oral apraksinin değerlendirilmesi için bir kontrol listesi sağlamaktadır. DEMSS testi, ÇÇKA değerlendirmesinde kullanılan diğer testlerden farklı olarak dinamik değerlendirme ile uygulanmaktadır (Strand ve ark., 2013; Strand & McCauley, 2019). DEMSS' in geçerlik güvenilirlik çalışması Strand ve ark. (2013) tarafından yayınlanmıştır. Ayrıca DEMSS' in Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Karamete (2021) tarafından yapılmıştır. Türkçe Motor Konuşma Becerisinin Dinamik Değerlendirmesi Testi 8 alt

testte 66 maddeden oluşmaktadır ve 66 maddeden 210 yargıya ulaşılmaktadır. Maddelerden alınabilecek maksimum toplam puan 474'tür. 8 alt test Türkçenin fonotaktik ve fonolojik zorluk hiyerarşisi göz önünde bulundurularak oluşturulmuştur. Genel üretim doğruluğu ve ünlü üretim doğruluğu puanlamaları her madde için hesaplanmaktadır. Ancak prozodi doğruluğu sadece iki hece ve üzeri maddeleri barındıran sözcüklerde, tutarlılık ise 8 alt testin 5 alt testinde puanlanmaktadır. Testin uygulama süresi ortalama 15-25 dakika olmakla beraber konuşma sesi bozukluğu ve/veya eşlik eden ÇÇKA şiddeti ağır olan çocuklarda bu süre uzayabilmektedir. DEMSS-TR testinde; 0-254 puan ÇÇKA, 254-375 puan hafif ÇÇKA ve 375-474 ÇÇKA yok anlamına gelmektedir (Karamete, 2021).

3. Kaufman Konuşma Praxis Testi (Kaufman Speech Praxis Test-KSPT)

Kaufman Konuşma Praxis Testi, çocukların taklit ve spontane konuşma yoluyla yanıtlarını ölçerek ÇÇKA tanınması ve müdahalesinin planlanmasına yardımcı olan bir araçtır. 2- 6 yaş aralığındaki çocuklar için uygulanmaktadır (Kaufman, 1995). Oral hareketlerin taklidini, basit ve karmaşık fonem üretimini, basitten giderek daha karmaşık hale gelen sözcük şekillerini ve genel konuşma anlaşılabilirliğini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Değerlendirme protokolü dört bölümden oluşmaktadır. 1. bölüm oral hareket seviyesi; 2. bölüm basit fonemik/hece düzeyi; 3. bölüm karmaşık fonemik/hece düzeyi ve 4. bölüm spontane genişleme ve karmaşıklık- objektif ölçümleri içermektedir. Bölümlerin her biri göz önünde bulundurularak ÇÇKA hakkında genel bir bakış ve rehberlik sağlanmaktadır. Konuşma üretimi sırasında gözlemlenen diğer davranışların analizini ve tanımlayıcı öğelerini sağlamaktadır (arama, tutarsızlık, ünlü bozulmaları, atipik fonolojik işlemler) (Kaufman, 1995). KSPT' nin ÇÇKA' lı çocukların tanınmasında duyarlı olduğu farklı çalışmalarda vurgulanmıştır (Newmeyer ve ark., 2007; Newmeyer ve ark., 2009; Murray ve ark., 2015).

4. Çocuklar için Sözel Motor Üretim Değerlendirmesi (Verbal Motor Production Assessment for Children-VMPAC)

VMPAC, 3-12 yaş arasındaki konuşma üretim zorlukları olan çocuklarda konuşmanın motor işlevlerini ve oral yapıları değerlendirmeyi amaçlamaktadır. VMPAC, motor konuşma hiyerarşisine dayanmaktadır. Temel fiziksel temellerden daha karmaşık sıralama görevlerine kadar motor konuşma becerileri sistematik olarak değerlendirilmektedir (Hayden & Square, 1999).

VMPAC, 3 ana alan (genel motor kontrol, fokal oromotor kontrol ve sıralama) ve 2 tamamlayıcı alandan (bağlantılı konuşma ve dil kontrolü, konuşma özellikleri) oluşmaktadır. Genel motor kontrol ana alanında; konuşma üretimi için gerekli nöromusküler temeller incelenmektedir. Kas tonusu, solunum, fonasyon, refleksler ve çiğneme, yutma gibi vejetatif fonksiyonlar değerlendirilir. Fokal oromotor kontrol ana alanında; konuşma ve konuşma dışı hareketler yoluyla çene, dudaklar, yüz ve dilin istemli kontrolü incelenmekte ve duyuşal modalite değişikliklerine olan ihtiyaç değerlendirilmektedir. Deęerlendirilecek konuşma dışı hareketlere, çene açma/kapama, dudak yuvarlama/geri çekme ve dil protrüzyonu/elevasyonu/lateralizasyonu örnek verilebilir. Konuşma ile ilgili hareketlere ise, izole ses tekrarı gibi tekli fonem görevleri (tutarlılık, motor kontrol), çoklu fonem görevleri ve cümleler örnek verilebilir. Bağlantılı konuşma ve dil (entegrasyon) tamamlayıcı alanında; dil formülasyonunun karmaşıklığına göre motor kontrolün değişimi incelenmektedir. Konuşma özellikleri tamamlayıcı alanında ise; konuşma kalitesi incelenir ve perde, rezonans, ses kalitesi, gürlük, prozodi/entonasyon ve hız gibi özellikler değerlendirilmektedir (Hayden & Square, 1999; Hayden ve ark., 2020). ÇÇKA ile ilgili farklı çalışmalarda, VMPAC testi kullanılmıştır (Tükel ve ark., 2015; Shriberg ve ark., 2003; Grigos & Kolenda, 2010; Case & Grigos, 2020; Peter & Stoel-Gammon, 2005).

5. Orofasiyal Praksis Testi (Orofacial Praxis Test)

Orofasiyal Praksis Testi, orofasiyal kasları kullanarak hareketlerin yürütülmesinde (örn. öpücük atmak) ve sıralanmasında (örn. ağız açma ve kapama) yaşanan güçlüklerin

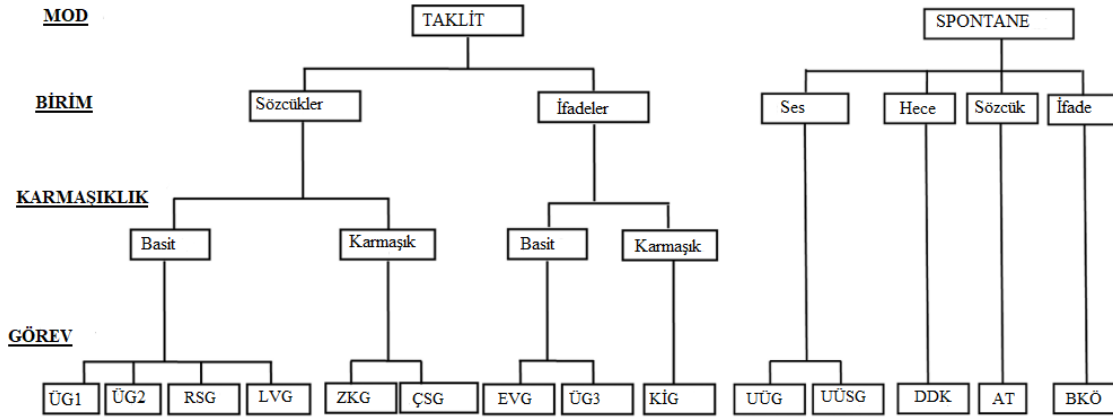
değerlendirilmesini sağlamaktadır (Bearzotti ve ark., 2007). Konuşma apraksisinin tespiti ile sınırlı değildir; ayrıca çeşitli seviyelerde motor koordinasyonu etkileyen bozuklukların belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Orofasiyal Praksis Testi, gelişimsel koordinasyon bozukluğu ve oral dispraksi ile durumlarında oropraksik zorluklar için klinik tarama amaçlı kullanılabilir. Test, 12'si sesli praksis, 12'si orofasiyal praksis, 6'sı hareket sırası ve 6'sı paralel hareketler olmak üzere toplam 36 görevden oluşmaktadır. İlk olarak 4-8 yaş arası, 108 İtalyanca konuşan çocukta kullanılmıştır, ancak güvenilirlik ve geçerlilik kanıtı göstermemiştir ve değerlendirmeye dayalı olarak yalnızca normatif veriler getirmiştir (Bearzotti ve ark., 2007; Gubiani ve ark., 2015).

6. *Madison Konuşma Değerlendirme Protokolü (Madison Speech Assessment Protocol-MSAP)*

Madison Konuşma Değerlendirme Protokolü (MSAP), ÇÇKA ayırıcı tanısı için çeşitli testler/araçlar içeren bir bataryadır. Sadece konuşma apraksisinin tanılanması için değil, aynı zamanda diğer konuşma sesi bozukluklarının tanısı için de kullanılmaktadır (Shriberg ve ark., 2010). Uygulanması yaklaşık 1 saat sürmektedir ve bir veya iki seansta yapılabilmektedir. MSAP, taklit ve spontane üretim yoluyla sesler, heceler, ifadeler, kelimeler olmak üzere dört dilbilimsel bağlamda; basit ve karmaşık fonetik ve fonolojik bağlamlarda konuşma örneği alınmasını sağlamaktadır. Protokol, 25 görev ve test içermektedir. Bunlar; Goldman Fristoe Artikülasyon Testi, işitme taraması, spontan konuşma örneği, leksikal vurgu görevi, basit ve karmaşık kelime ve cümlelerle görev, hecelerin ve sözde kelimelerin tekrarı, rotik ve sibilantlarla ilgili görevler, diadokinezi görevi, uzatılmış ünlü ve ünsüz (/a/ ve /f/) fonasyonu, orofasiyal muayene, sözlü ve yazılı dil ölçekleri, Kaufman Kısa Zekâ Testi, Woodcock -Johnson III başarı testleri, vaka geçmişi formu, vaka geçmişi görüşmesi şeklindedir (Shriberg ve ark., 2010). Madison Konuşma Değerlendirme Protokolü (MSAP) konuşma örneği bağlamı hiyerarşisi Şekil 1' de belirtilmiştir.

Şekil 1

Madison Konuşma Değerlendirme Protokolü (MSAP) konuşma örneği bağlamı hiyerarşisi



ÜG: Ünlü görevi, RSG: rotik ve sibilantlarla ilgili görevler, LVG: leksikal vurgu görevi, ZKG: zor kelimeler görevi, ÇSG: çok heceli sözcük görevi, EVG: vurgu görevi (*emphatic*), KİG: konuşma ifadeleri görevi, UÜG: uzatılmış ünlü görevi, UÜSG: uzatılmış ünsüz görevi, DDK: diadokokinezi görevi, AT: artikülasyon testi, BKÖ: bağlantılı konuşma örneği. 'Extensions to the speech disorders classification system (SDCS) (Shriberg ve ark., 2010), adlı makaleden çevrilmiştir'.

ÇÇKA değerlendirmesinde kullanılacak farklı formal testler bulunmaktadır. Bu formal testlerin özeti Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2

ÇÇKA Değerlendirmesinde Kullanılacak Formal Testler

Formal Test	Yaş Aralığı	Değerlendirme Alanları
Apraksi Profili (Apraxia Profile-AP)	3-13 yaş	<ul style="list-style-type: none"> Otomatik ve istemli oral hareketler Diadokokinezi Giderek karmaşıklaşan sözcük ve cümle taklidi Bağlantılı spontan konuşma
Motor Konuşma Becerisinin Dinamik Değerlendirmesi (Dynamic Evaluation of Motor Speech Skill-DEMSS)	3 yaş ve üstü	<ul style="list-style-type: none"> Genel üretimlerin doğruluğu Ünlü üretimlerinin doğruluğu Tutarsızlık Prozodi

Kaufman Konuşma Praxis Testi (Kaufman Speech Praxis Test- KSPT)	2- 6 yaş	<ul style="list-style-type: none">• Oral hareketlerin taklidi• Basit ve karmaşık fonem üretimi• Giderek karmaşıklaşan sözcük şekilleri• Genel konuşma anlaşılabilirliği
Çocuklar için Sözel Motor Üretim Değerlendirmesi (Verbal Motor Production Assessment for Children-VMPAC)	3-12 yaş	<ul style="list-style-type: none">• Genel motor kontrol• Fokal oromotor kontrol• Sıralama• Bağlantılı konuşma ve dil kontrolü• Konuşma özellikleri
Orofasiyal Praksis Testi (Orofacial Praxis Test)	4-8 yaş	<ul style="list-style-type: none">• Oral hareketler• Sesli ve orofasiyal praksisler
Madison Konuşma Değerlendirme Protokolü (Madison Speech Assessment Protocol- MSAP)	Okul öncesi ve okul çağı çocuklar, adölesan ve yetişkin bireyler	<ul style="list-style-type: none">• Oral yapı• Konuşmanın motor işlevi• Prozodi

Çocukluk Çağı Konuşma Apraksisinde Dil ve Konuşma Terapisi

Farklı terapi programları göz önünde bulundurularak, Hall ve ark. (1993) ve ASHA teknik raporu (2007) tarafından önerilen ÇÇKA terapilerinin temel noktaları aşağıda belirtilmiştir:

1. ÇÇKA şüphesi olan çocuklar, bireyselleştirilmiş yoğun müdahale programına ihtiyaç duymaktadır.
2. Müdahale, hiyerarşik bir şekilde, giderek zorlaşarak, sistematik bir şekilde ilerlemelidir. Terapinin başlangıç noktası ve ilerleyişi, çocuktan alınan değerlendirme verilerine bağlı olarak şekillenmektedir.
3. Dil ve konuşma terapisi seanslarında konuşma hareketlerinin sık tekrarı gerekmektedir.
4. Dil ve konuşma terapisti işitsel ayırt etme görevlerine ihtiyaç olup olmadığını belirlemelidir. Her çocuğun işitsel ayırt etme becerilerinin geliştirilmesine ihtiyacı olmayabilmektedir.

5. Kendi kendini izleme, müdahale programı dahilinde mümkün olduğunca erken dönemde vurgulanmalıdır.
6. Çoklu duyuşsal girdi kullanılmalıdır.
7. Müdahale programının ayrılmaz bir parçası olarak prozodik özellikler mutlaka ele alınmalıdır.
8. Gerekirse, dil ve konuşma terapisti kompensatuar stratejiler öğretmelidir. Kompensatuar stratejiler arasında, genel konuşma hızını yavaşlatmak, sözcükler ve heceler arasındaki duraklamaların kullanımını artırmak, ünlü sesleri uzatmak yer almaktadır.

Dil ve konuşma terapistlerinin, farklı terapi yöntemleri hakkında bilgi sahibi olması ve ÇÇKA tanısı konan bir çocuk için en etkili terapi yöntemini seçmesi gerekmektedir. Murray ve ark. (2014) tarafından, ÇÇKA için iyi kalitede terapi yöntemlerini belirlemek için 1970'ten 2012'ye kadar hakemli dergilerde yayınlanmış makaleler değerlendirilmiştir. Bu derlemenin merkezinde terapi etkinliği vardır. Toplam 42 makale incelenmiştir ve spesifik parametrelere göre analiz edilmiştir. İnceleme sonucunda, Bütünleyici Uyaran Yöntemi / Dinamik Temporal ve Taktil İpucu (*Dynamic Temporal and Tactile Cueing-DTTC*), Hızlı Hece Geçişleri Terapisi (*Rapid Syllable Transitions-ReST*) ve Entegre Fonolojik Farkındalık Müdahalesi (*Integrated Phonological Awareness Intervention*) olmak üzere yeterli kanıtı sahip üç yaklaşım ortaya çıkmıştır. Daha sonraki yıllarda yapılan randomize kontrollü bir çalışmada ise, Nuffield Dispraksi Programı (*The Nuffield Dyspraxia Programme*) ve ReST yöntemlerinin ÇÇKA' lı çocuklarda etkili olduğu bildirilmiştir (Murray ve ark., 2015). Bu bulgular doğrultusunda ÇÇKA popülasyonunda bu dört yöntemin etkili olduğu söylenebilmektedir.

Dil ve konuşma terapistleri tarafından, ÇÇKA' lı çocuk ve adölesanlarda dil ve konuşmayı hedefleyen müdahalelerin etkinliğini değerlendirmek amacıyla Morgan ve ark. (2018) tarafından yapılan derlemede ise; terapi yaklaşımlarının Motor-Temelli Yaklaşımlar, Dilsel Temelli Yaklaşımlar

ve Çoklu-Model İletişim Yaklaşımları olmak üzere üç başlık altında toplandığı belirtilmiştir. Türkçe literatürde ÇÇKA' lı çocuklara yönelik dil ve konuşma terapisi yöntemleri ile ilgili sınırlı çalışma bulunmaktadır (Koçak & Aydın, 2020; Atila Çağlar & Noyan Erbaş, 2022).

ÇÇKA' lı Çocuklar için Kanıta Dayalı Terapi Programları

1. Dinamik Temporal ve Taktıl İpucu (*Dynamic Temporal and Tactile Cueing-DTTC*)

Dinamik Temporal ve Taktıl İpucu (DTTİ), Edythe Strand tarafından geliştirilmiş ve ilk olarak Strand ve Skinder (1999) tarafından bir integral uyarım biçimi olarak tanımlanmıştır. Bu entegre uyarım yaklaşımı Strand tarafından 2 yaş ve üzeri orta-şiddetli ÇÇKA' lı çocuklarda kullanılmak üzere uyarlanmıştır. ÇÇKA' lı çocuklarda birincil bozukluğun, konuşma için hareketleri planlama ve programlama zorlukları olduğu varsayımına dayanmaktadır (Caruso & Strand, 1999; Davis ve ark., 1998). DTTİ, çocuğun başlangıçtaki bir artikülatör konfigürasyondan takip eden fonemler için artikülatör konfigürasyonlara geçiş becerisini geliştirmek amacıyla tasarlanmıştır. ÇÇKA' lı çocukların, belirli artikülatör konfigürasyonlara ve hareket geçişlerine ulaşmak için proprioseptif işleme ve hareket parametrelerinin (hareket aralığı ve yönü, hız, kuvvet ve kas gerginliğindeki varyasyon) internal özelliklerini geliştirmede zorluk çekmesi ise, DTTİ yaklaşımının bir başka varsayımıdır. DTTİ yaklaşımı, konuşma üretimi için hareket jestlerinin şekillendirilmesini ve konuşma bağlamında bu jestlerin sürekli uygulamasını vurgulayan stratejileri birleştirerek bu varsayımları yansıtmaktadır (Strand, 2020).

DTTİ, çocukların yeni motor konuşma planları edinmelerine ve bunlara alışmalarına yardımcı olmak için görsel, işitsel, dokunsal ve metabilşsel ipuçlarını birleştirmektedir. Ayrıca, çocukların motor konuşma planlamalarında daha fazla sorumluluk almalarını desteklemek amacıyla sağlanan ipucu miktarı sistematik olarak azaltılmaktadır. Dinamik ipuçları eklemek ve azaltmak, çocukların

konuşmalarında otomatiklik kazanma becerilerini desteklediği için DTTİ yaklaşımı için çok önemlidir. DTTİ yaklaşımında aşağıdaki sıra önerilmektedir (Strand, 2020):

1. Başlangıçta çocuk, terapisti izlerken terapistin modelini izleyerek hemen bir ifade üretir (doğrudan taklit).
2. Çocuk hedef üretiminde hatalı veya yavaşsa, terapist çocukla birlikte ifadeyi üretecektir (eşzamanlı üretim) ve hedef ifadeyi azaltılmış bir hızda (hız değişimleri) modelleyecektir. Terapist hedef ifadenin doğru üretimini desteklemek için, gerektiğinde dokunsal bir ipucu veya fonetik yerleştirme ipucu gibi ek ipuçları kullanabilmektedir. Çocuk daha fazla doğrulukla ürettikçe ve bu doğruluğu normal bir hız ve çeşitli prozodilerle elde ettikçe, terapist ipuçlarını azaltarak doğrudan taklit aşamasına geri dönecektir.
3. Çocuk ifadeyi doğru bir şekilde üretebildiğinde, terapist, model ile çocuğun hedefi üretmesi arasındaki zaman aralığını, çocuk bir model olmadan hedefin doğru üretimini gerçekleştirene kadar yavaş yavaş artırmaya başlar (gecikmiş taklit).

DTTİ protokolünde, çocuk istemli ve spontane normal bir hızda ve çeşitli prozodilerle hedef ifadeyi üretme becerisine ulaşana kadar çoklu duyuşsal ipuçlarının dinamik bir şekilde eklenmesi veya azaltılması yaklaşımın temel noktasıdır. Şiddetli ÇÇKA' lı çocuklar için DTTİ' nin etkinliği, üç tek vaka deneysel tasarım çalışmasında gösterilmiştir (Baas ve ark. 2008; Strand ve ark., 2006; Strand & Debertine, 2000).

DTTİ yaklaşımında önemli noktalar şu şekildedir (Strand, 2020):

- İpucu seviyesi, geri bildirim sıklığı ve geri bildirim türü, çocuğun her bir yanıtından sonra çeşitlendirilmelidir.
- Başlangıçta geribildirim her yanıtın sonra verilirken ve daha sonra bir dizi yanıtın sonra geribildirim verilmelidir (aralıklı geribildirim).

- Çocuğun üretim hızı, başlangıçta doğru üretimler elde etmek için yavaştır ve daha sonra çocuk daha doğru üretimler elde ettikçe artacaktır.

2. Hızlı Hece Geçişleri Terapisi (*Rapid Syllable Transitions-ReST*)

ReST, ASHA (2007) tarafından tanımlanan ÇÇKA' nın üç temel özelliğini ele almaktadır ve ÇÇKA' lı çocuklarda fonem doğruluğunu ve tutarlılığını, bir heceden diğerine geçişlerin hızını ve akıcılığını, uygun sözcüksel vurguyu kolaylaştırmak için tasarlanmıştır (McCabe ve ark., 2013). Bu yaklaşımda, terapi çoklu hecelerden oluşan anlamsız sözcüklerin seçilmesiyle başlamaktadır (Thomas ve ark., 2014; Maas ve ark., 2014). Anlamsız sözcükler kullanılarak, çocuğun önceden yanlış öğrendiği planlamaların etkisi olmadan sözcük benzeri formlar üzerinde motor planlama ve programlama uygulaması yapmasına olanak sağlanmaktadır (Thomas ve ark., 2014). ReST yaklaşımının, hafif-orta şiddette ÇÇKA' ya sahip ve yapılandırılmış masa başı aktivitelere uyum sağlayabilecek çocuklar için uygun olduğu belirtilmiştir (McCabe ve ark., 2013). ReST terapi protokolü, motor öğrenme ilkelerinin her birini içermektedir (Murray ve ark., 2012; 2015). Bu terapi protokolü, ASHA' nın ÇÇKA' lı çocuklar için belirtilen temel zorluk alanlarının her birinde (tutarlılık, koartikülasyon ve prozodi) ilerlemeyi desteklemek için olumlu sonuçlar göstermiştir. ReST ve Nuffield Dispraksi Programı (NDP3)'nı karşılaştıran bir randomize kontrol çalışmasında ise, becerilerin erken kazanımında ve becerilerin genellenmesinde programlar arasında farklılıklar ile her iki program için de olumlu etkililik sonuçları bulunmuştur (Murray ve ark., 2015).

Her terapi seansı, eğitim ve uygulama aşaması olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Bu iki aşama hem klinisyenden hem de çocuktan farklı davranışlar gerektirmektedir. Eğitim aşaması, geleneksel konuşma temelli terapiye oldukça benzemektedir; bu aşamada dil ve konuşma terapisti, çocuğa ne yapması gerektiğini öğretmek için farklı teknikler kullanmaktadır. Uygulama aşaması ise, geleneksel terapiden çok farklı görünür ve çoğu deneyimli klinisyeni zorlayan kısımdır. ReST

yönteminin, 4-13 yaş arası, repertuarı minimum 4 ünsüz ve 4 ünlüden oluşan ve CV (*consonant-vowel-ünsüz-ünlü*) yapılı heceleri kullanabilen çocuklarla kullanımı uygundur. Çocukların yaklaşık 10 dakikalık egzersizlere ve 50-60 dakikalık bir terapi seanslarına hazır olmaları gerekmektedir (McCabe ve ark., 2017).

3. Nuffield Dispraksi Programı (*The Nuffield Dyspraxia Programme- NDP3*)

Nuffield Dispraksi Programı, ÇÇKA' lı çocukların motor planlama ve programlama zorluklarını ele almak için tasarlanmış bir terapi programıdır (Williams & Stephens, 2004). NDP3, 4-12 yaş arası, motor konuşma bozukluğuna sahip çocuklarda uygulanabilmektedir (Maas ve ark., 2014; Murray ve ark., 2012; Parnandi ve ark., 2015).

NDP3, çocukların izole ünlü ve ünsüz fonemlerden başlayıp sistematik olarak basitten karmaşığa doğru hece şekillerinde, ifadelerde, cümlelerde ve bağlantılı konuşmada motor programlamaya yardımcı bir terapi yaklaşımıdır. NDP3 yaklaşımının önemli bir özelliği, terapi hiyerarşisine eşlik eden resimli kaynaklardır. Terapi boyunca, çocuklara resim ipucu, diğer özel ipuçları ve geri bildirimler sağlanmaktadır. Diğer önemli özelliği ise, terapide doğru motor programlarının geliştirilmesini desteklemek için sık uygulama fırsatlarının sağlanmasıdır. Fonolojik farkındalık becerileri, programın aşamaları boyunca dahil edilmektedir. Ayrıca işitsel ayırt etmede zorluk yaşayan çocuklarda, işitsel ayırt etme aktiviteleri programa dahil edilebilmektedir (Williams & Stephens, 2004).

Murray ve ark. (2015) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada, NDP3'ün ÇÇKA' lı çocuklarda artikülatör doğruluğunu, tutarlılığı, artikülatör geçişlerini ve hece vurgusunu geliştirmede etkili bir program olduğu belirtilmiştir.

4. Entegre Fonolojik Farkındalık Müdahalesi (*Integrated Phonological Awareness Intervention*)

ÇÇKA' lı çocuklarda, dil gelişimi, fonolojik farkındalık, okuma ve yazma becerilerinde önemli eksiklikler görülmektedir (McNeill ve ark., 2009a; 2009b; Gillon ve ark., 2007). ÇÇKA' lı çocuklarda, konuşma, dil ve okuryazarlık alanlarında müdahaleye ihtiyaç duyulduğu için, DKT' lerin çocuğun spesifik eksiklik alanlarının her birini ele alan bütünsel terapi yaklaşımlarını kullanması gerekmektedir. Entegre Fonolojik Farkındalık yöntemi, konuşma bozukluğu olan çocuklarda konuşma ve fonolojik farkındalık gelişimini desteklemek için tasarlanmıştır (McNeill ve ark., 2009b).

McNeill ve ark. (2009b), konuşma üretimi, fonemik farkındalık ve harf-ses bilgisini aynı anda ele almak için entegre bir fonolojik farkındalık programının etkilerini incelemiştir. Bu terapi yöntemi temel olarak, 4-7 yaş ÇÇKA' lı çocuklarda fonolojik temsillerin güçlendirilmesinin konuşma üretiminde, fonem farkındalığında ve ses-harf ilişkilendirmesinde gelişme sağlayacağı varsayımına dayanmaktadır. Çalışmadaki çocukların çoğunluğu konuşma, fonem farkındalığı ve harf-ses bilgisinde kazanımlar göstermiştir. Bu çalışmanın bulguları, entegre fonolojik farkındalık müdahalesinin, ÇÇKA' lı bazı çocuklarda gelişmiş fonolojik farkındalık ve konuşma gelişimini desteklediğini göstermektedir.

ÇÇKA' lı çocuklar için kanita dayalı terapi programlarının özeti Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3

ÇÇKA' lı Çocuklar için Kanita Dayalı Terapi Programları

Terapi Programı	Sınıflandırma	Yaş Aralığı
Dinamik Temporal ve Taktıl İpucu (Dynamic Temporal and Tactile Cueing)	Motor Temelli	2 yaş ve üzeri
Hızlı Hece Geçişleri Terapisi (Rapid Syllable Transitions (ReST))	Motor Temelli	4-13 yaş
Nuffield Dispraksi Programı (The Nuffield Dyspraxia Programme- NDP3)	Motor Temelli	4-12 yaş

Entegre Fonolojik Farkındalık Müdahalesi
(Integrated Phonological Awareness Intervention)

Dilsel Temelli

4-7 yaş

Sonuç

Dil ve konuşma terapistlerinin, ÇÇKA' lı çocuklarda uygulanan farklı değerlendirme ve terapi yöntemleri hakkında kapsamlı bilgi ve deneyime sahip olması ve ÇÇKA tanısı konan bir çocuk için en uygun terapi yöntemini seçmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

- American Speech-Language-Hearing Association. (2007). Childhood apraxia of speech.
- Atila Çağlar, N., & Noyan Erbaş, A. (2022). Vaka Çalışması: Çocukluk Çağı Konuşma Apraksisi Olan Bir Çocukta Dil ve Konuşma Müdahalesinin Etkililiğinin İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 10(3), 127-132. <https://doi.org/10.30720/ered.868211>.
- Baas, B. S., Strand, E. A., Elmer, L. M., ve Barbaresi, W. J. (2008). Treatment of severe childhood apraxia of speech in a 12-year-old male with CHARGE association. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 16(4), 181-191.
- Bearzotti, F., Tavano, A., ve Fabbro, F. (2007). Development of orofacial praxis of children from 4 to 8 years of age. *Perceptual and motor skills*, 104(3_suppl), 1355-1366.
- Case, J., & Grigos, M. (2020). How the study of speech motor control can inform assessment and intervention in childhood apraxia of speech. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5(4), 784-793.
- Crary, M. A., & Anderson, P. (1991, November). *Speech and motor performance in developmental apraxia of speech*. Technical session presented at the Annual Convention of the American-Speech-Language-Hearing Association, Atlanta, GA.
- Davis, B., Jakielski, K., ve Marquardt, T. (1998). Developmental apraxia of speech: Determiners of differential diagnosis. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 12, 25-45.
- Davis, B. L., & Velleman, S. L. (2000). Differential Diagnosis and Treatment of Developmental Apraxia of Speech in Infants and Toddlers. *Infant-toddler intervention: The Transdisciplinary Journal*, 10(3), 177-92.
- Delaney, A. L., & Kent, R. D. (2004, November). Developmental profiles of children diagnosed with apraxia of speech. In *Poster presented at the annual convention of the American Speech-Language-Hearing Association, Philadelphia, PA*.
- Dewey, D., Roy, E. A., Square-Storer, P. A., ve Hayden, D. (1988). Limb and oral praxic abilities of children with verbal sequencing deficits. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 30, 743-751.
- Fish, M. (2015). *Here's How to Treat Childhood Apraxia of Speech*. Plural Publishing.
- Gillon, G. T., & Moriarty, B. C. (2007). Childhood apraxia of speech: Children at risk for persistent reading and spelling disorder. *Seminars in speech and language*, 28(01), 048-057.

- Grigos, M. I., & Kolenda, N. (2010). The relationship between articulatory control and improved phonemic accuracy in childhood apraxia of speech: A longitudinal case study. *Clinical linguistics & phonetics*, 24(1), 17-40.
- Gubiani, M. B., Pagliarin, K. C., ve Keske-Soares, M. (2015, November). Tools for the assessment of childhood apraxia of speech. *CoDAS*, 27, 610-615.
- Hall, P. K., Jordan, L. S., ve Robin, D. A. (1993). *Developmental apraxia of speech: Theory and clinical practice*. Pro Ed.
- Hayden, D., Namasivayam, A. K., Ward, R., Eigen, J., ve Clark, A. (2020). The PROMPT approach: Theory, Evidence, Use and Application. *Interventions for Speech Sound Disorders*, 2, 477-504.
- Hayden, D., & Square, P. (1999). *Verbal motor production assessment for children*. APA PsycTests.
- Hickman, L. A. (1997). *The Apraxia Profile: A descriptive assessment tool for children*. Communication Skill Builders-a division of the Psychological Corporation.
- Iuzzini-Seigel, J., Allison, K. M., ve Stoeckel, R. (2022). A Tool for Differential Diagnosis of Childhood Apraxia of Speech and Dysarthria in Children: A Tutorial. *Language, speech, and hearing services in schools*, 53(4), 926-946. https://doi.org/10.1044/2022_LSHSS-21-00164.
- Iuzzini-Seigel, J., Hogan, T. P., ve Green, J. R. (2017). Speech inconsistency in children with childhood apraxia of speech, language impairment, and speech delay: Depends on the stimuli. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(5), 1194-1210.
- Karamete, A. (2021). *Konuşma Sesi Bozukluğu Olan 3: 00-6: 11 yaş Arası Çocukların Motor Konuşma Becerisinin Dinamik Değerlendirmesi* (Doctoral dissertation, Anadolu University (Turkey)).
- Kaufman, N. R. (1995). *Kaufman speech praxis test for children*. Wayne State University Press.
- Koçak, A. N., & Aydın, N. (2020). Çocukluk Çağı Konuşma Apraksisinde Uygulanan Terapi Yöntemleri. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 218-240.
- Lewis, B. A., Freebairn, L. A., Hansen, A. J., Iyengar, S. K., ve Taylor, H. G. (2004). School-age follow-up of children with childhood apraxia of speech. *Language, speech, and hearing services in schools*, 35(2), 122-140. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2004/014\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2004/014)).
- Maas, E., Gildersleeve-Neumann, C. E., Jakielski, K. J., ve Stoeckel, R. (2014). Motor-based intervention protocols in treatment of childhood apraxia of speech (CAS). *Current developmental disorders reports*, 1, 197-206.

- McCabe P, Murray, E., Thomas, D. C., Bejjani, L., ve Ballard, K. J. (2013). A new evidence-based treatment for childhood apraxia of speech: ReST. In: *American Speech L, Hearing Association Annual Convention.*, editor.; Chicago, IL.
- McCabe, P., Murray, E., Thomas, D., ve Evans, P. (2017). Clinician manual for rapid syllable transition treatment (ReST). *The University of Sydney: Camperdown, Australia.*
- McCabe, P., Rosenthal, J. B., ve McLeod, S. (1998). Features of developmental dyspraxia in the general speech impaired population. *Clinical Linguistics & Phonetics, 12*, 105–126.
- McNeill, B. C., Gillon, G. T., ve Dodd, B. (2009a). Effectiveness of an integrated phonological awareness approach for children with childhood apraxia of speech (CAS). *Child Language Teaching and Therapy, 25*(3), 341-366.
- McNeill, B. C., Gillon, G. T., ve Dodd, B. (2009b). Phonological awareness and early reading development in childhood apraxia of speech (CAS). *International journal of language & communication disorders, 44*(2), 175-192.
- Morgan, A. T., Murray, E., ve Liegeois, F. J. (2018). Interventions for childhood apraxia of speech. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (5).*
- Morley, M. E. (1972). *The development and disorders of speech in childhood* (3rd ed.). Baltimore,MD: Williams & Wilkins.
- Murray, E., McCabe, P., ve Ballard, K. J. (2012). A comparison of two treatments for childhood apraxia of speech: Methods and treatment protocol for a parallel group randomised control trial. *BMC pediatrics, 12*, 1-9.
- Murray, E., McCabe, P., ve Ballard, K. J. (2014). A systematic review of treatment outcomes for children with childhood apraxia of speech. *American Journal of Speech-Language Pathology, 23*(3), 486-504.
- Murray, E., McCabe, P., ve Ballard, K. J. (2015). A randomized controlled trial for children with childhood apraxia of speech comparing rapid syllable transition treatment and the Nuffield Dyspraxia Programme–Third Edition. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 58*(3), 669-686.
- Newmeyer, A. J., Aylward, C., Akers, R., Ishikawa, K., Grether, S., deGrauw, T., Grasha, C., ve White, J. (2009). Results of the Sensory Profile in children with suspected childhood apraxia of speech. *Physical & occupational therapy in pediatrics, 29*(2), 203–218. <https://doi.org/10.1080/01942630902805202>.

- Newmeyer, A. J., Grether, S., Grasha, C., White, J., Akers, R., Aylward, C., Ishikawa, K., & Degrauw, T. (2007). Fine motor function and oral-motor imitation skills in preschool-age children with speech-sound disorders. *Clinical pediatrics*, 46(7), 604–611. <https://doi.org/10.1177/0009922807299545>.
- Parlak, M. M., & Köse, A., (2022). Çocukluk Çağı Konuşma Apraksisi ve Tanısal Özellikleri. Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve Değerlendirmeler-I (pp.243-256), Gece Kitaplığı.
- Parnandi, A., Karappa, V., Lan, T., Shahin, M., McKechnie, J., Ballard, K. J., Ahmed, B., & Gutiérrez-Osuna, R. (2015). Development of a remote therapy tool for childhood apraxia of speech. *ACM Transactions on Accessible Computing*, 7(3), 1–23. <https://doi.org/10.1145/2776895>.
- Peter, B., & Stoel-Gammon, C. (2005). Timing errors in two children with suspected childhood apraxia of speech (sCAS) during speech and music-related tasks. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 19(2), 67-87.
- Polat, B., & Ünal Logacev, Ö. (2021). Evaluating the Differential Diagnostic Criteria of Childhood Apraxia of Speech. *Dil Konuşma Ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 53-79.
- Rice, M. L., Sell, M. A., ve Hadley, P. A. (1991). Social interactions of speech, and language-impaired children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 34(6), 1299-1307.
- Sezer, E., & Akıl, S. (2020). Türkiye’deki Dil ve Konuşma Terapistlerinin Çocukluk Çağı Konuşma Apraksisi Tanısında Kullandıkları Kriterler. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 153-174.
- Shriberg, L. D. (1993). Four new speech and prosody-voice measures for genetics research and other studies in developmental phonological disorders. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 36(1), 105-140.
- Shriberg, L. D., Austin, D., Lewis, B. A., McSweeney, J. L., ve Wilson, D. L. (1997b). The Speech Disorders Classification System (SDCS) extensions and lifespan reference data. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40(4), 723-740.
- Shriberg, L. D., Campbell, T. F., Karlsson, H. B., Brown, R. L., McSweeney, J. L., ve Nadler, C. J. (2003). A diagnostic marker for childhood apraxia of speech: The lexical stress ratio. *Clinical linguistics & phonetics*, 17(7), 549-574.
- Shriberg, L. D., Fourakis, M., Hall, S. D., Karlsson, H. B., Lohmeier, H. L., McSweeney, J. L., Potter, N. L., Scheer-Cohen, A. R., Strand, E. A., Tilkens, C. M., ve Wilson, D. L. (2010). Extensions to the speech disorders classification system (SDCS). *Clinical linguistics & phonetics*, 24(10), 795-824.

- Shriberg, L. D., & Kwiatkowski, J. (1982). Phonological disorders III: A procedure for assessing severity of involvement. *Journal of speech and Hearing Disorders*, 47(3), 256-270.
- Shriberg, L. D., Kwiatkowski, J., ve Mabile, H. L. (2019). Estimates of the prevalence of motor speech disorders in children with idiopathic speech delay. *Clinical linguistics & phonetics*, 33(8), 679-706.
- Shriberg, L. D., Potter, N. L., ve Strand, E. A. (2011). Prevalence and phenotype of childhood apraxia of speech in youth with galactosemia. *Journal of speech, language, and hearing research*, 54(2), 487-519. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2010/10-0068\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2010/10-0068)).
- Strand, E. (2017). Appraising Apraxia: When a speech-sound disorder is severe, how do you know if it's childhood apraxia of speech?. *The ASHA Leader*, 22(3), 50-58.
- Strand, E. A. (2020). Dynamic temporal and tactile cueing: A treatment strategy for childhood apraxia of speech. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(1), 30-48.
- Strand, E. A., & Debertine, P. (2000). The efficacy of integral stimulation intervention with developmental apraxia of speech. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 8(4), 295-300.
- Strand, E. A., & McCauley, R. J. (2008). Differential diagnosis of severe speech impairment in young children. *The ASHA Leader*, 13(10), 10-13.
- Strand, E. A., McCauley, R. J., Weigand, S. D., Stoeckel, R. E., ve Baas, B. S. (2013). A motor speech assessment for children with severe speech disorders: Reliability and validity evidence. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 56(2), 505-520.
- Strand, E. A., & McCauley, R. J. (2019). *Dynamic evaluation of motor speech skill (DEMSS) manual*. Paul H. Brookes Publishing, Company.
- Strand, E. A., & Skinder, A. (1999). Treatment of developmental apraxia of speech: Integral stimulation methods. *Clinical management of motor speech disorders in children*, 109-148.
- Strand, E. A., Stoeckel, R., ve Baas, B. (2006). Treatment of severe childhood apraxia of speech: A treatment efficacy study. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 14(4), 297-308.
- Thomas, D. C., McCabe, P., ve Ballard, K. J. (2014). Rapid syllable transitions (ReST) treatment for childhood apraxia of speech: The effect of lower dose-frequency. *Journal of Communication Disorders*, 51, 29-42.

- Tükel, Ş., Björelus, H., Henningsson, G., McAllister, A., ve Eliasson, A. C. (2015). Motor functions and adaptive behaviour in children with childhood apraxia of speech. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 17(5), 470-480.
- Williams, P., & Stephens, H. (2004). *Nuffield Centre Dyspraxia Programme 2004*. Miracle Factory, for the Speech & Language Therapy Department, Nuffield Hearing and Speech Centre, Royal National Throat, Nose and Ear Hospital.
- Yoss, K. A., & Darley, F. L. (1974). Developmental apraxia of speech in children with defective articulation. *Journal of Speech and Hearing Research*, 17(3), 399-416.

Yazar Katkıları/Author Contributions: Nazmiye Atila-Çağlar: Fikir/Kavram, Tasarım/Yöntem, Danışmanlık/Denetleme, Veri Toplama ve/veya İşleme, Analiz/Yorum, Literatür Taraması, Makale Yazımı, Eleştirel İnceleme, Kaynak ve Fon Sağlama, Malzemeler. **Aysin Noyan-Erbaş:** Fikir/Kavram, Tasarım/Yöntem, Danışmanlık/Denetleme, Veri Toplama ve/veya İşleme, Analiz/Yorum, Literatür Taraması, Makale Yazımı, Eleştirel İnceleme, Kaynak ve Fon Sağlama, Malzemeler.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: Yazar makalenin hazırlanması ve basımı esnasında hiçbir kimse veya kurum ile çıkar çatışması içinde olmadığını beyan etmiştir. / The author has declared that no conflict of interest existed with any parties at the time of publication.



Dil, Konuşma ve Yutma
Araştırmaları Dergisi

Journal of Language, Speech and
Swallowing Research

İletişim/Contact

Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi (DKYAD) Yazışma Adresi (Journal Postal Address)

Ümit Mah. 2540 Sokak, No: 20, Çankaya, Ankara

Telefon/Phone: +90 (312) 235 15 05 **e-posta/e-mail:** dilkonyutarder@gmail.com

Teknik Destek/Technical support: teknik@dkyad.com

Dernek e-posta/Association e-mail: info@dktd.org

Dil ve Konuşma Terapistleri Derneği © İletişim (<http://dergipark.org.tr/tr/pub/dkyad/contacts>)

ULAKBİM Dergi Sistemleri ([//dergipark.org.tr/tr/](http://dergipark.org.tr/tr/))

e-ISSN: 2651-2548



**DİL VE KONUŞMA
TERAPİSTLERİ DERNEĞİ**

www.dkyad.com

