

**KUZEY KIBRIS TÜRÖ CUMHURİYETİ'NDE  
KONUŞMA BOZUKLUĞU OLAN ve OLMAYAN  
ÇOCUKLARIN EBEVEYN ve  
ÖĞRETMENLERİNİN, KONUŞMA  
BOZUKLUKLARINA YÖNELİK TUTUM ve  
BİLGİLERİNİN İNCELENMESİ-  
LEFKOŞA ÖRNEKLEMİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**İMGE BORA**

**Eskişehir, 2016**

**KUZAY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ'NDE KONUŞMA BOZUKLUĞU  
OLAN ve OLMAYAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN ve  
ÖĞRETMENLERİNİN, KONUŞMA BOZUKLUKLARINA YÖNELİK TUTUM  
ve BİLGİLERİNİN İNCELENMESİ- LEFKOŞA ÖRNEKLEMİ**

**İmge BORA**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı  
Danışman: Doç. Dr. Bülent TOĞRAM**

**Eskişehir  
Anadolu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Haziran, 2016**

## JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

İmge Bora'nın "Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde konuşma bozukluğu olan ve olmayan çocukların ebeveyn ve öğretmenlerinin, konuşma bozukluklarına yönelik tutum ve bilgilerinin incelenmesi: Lefkoşa örnekleme" başlıklı tezi 13/06/2016 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Anadolu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddeleri uyarınca, Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

	<u>Unvanı - Adı Soyadı</u>	<u>İmza</u>
Üye (Tez Danışmanı)	: Doç. Dr. Bülent Toğram	
Üye	: Yrd. Doç. Dr. A. Müge Tunçer	
Üye	: Yrd. Doç. Dr. Sertan Özdemir	

Prof. Dr. Dilek AK  
Enstitü Müdürü  
ANADOLU ÜNİVERSİTESİ  
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ENSTİTÜSÜ

## ÖZET

KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ'NDE KONUŞMA BOZUKLUĞU OLAN ve OLMAYAN ÇOCUKLARIN EBEVEYN ve ÖĞRETMENLERİNİN, KONUŞMA BOZUKLUKLARINA YÖNELİK TUTUM ve BİLGİLERİNİN İNCELENMESİ- LEFKOŞA ÖRNEKLEMİ

İmge BORA

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Haziran, 2016

Danışman: Doç. Dr. Bülent TOĞRAM

Çalışmanın amacı, Lefkoşa örnekleme ile KKTC’de konuşma bozukluğu olan ve olmayan çocukların ebeveyn ve öğretmenlerinin konuşma bozukluklarına yönelik tutum ve bilgilerini belirleyebilmektir. Toplam 191 katılımcıdan 34’ü konuşma bozukluğu olan çocukların ebeveyni, 57’si konuşma bozukluğu olmayan çocukların ebeveyni, 64’ü konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunan öğretmen, 36’sı konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunmayan öğretmenden oluşmaktadır. Çalışma betimsel bir araştırma olup veri toplama aracı olarak Toğram ve Maviş’in (2009) çalışmasında yer alan “Dil ve Konuşma Bozukluklarına Yönelik Tutum ve Bilgi Anketi” kullanılmıştır. Anket ile ebeveyn ve öğretmenlerden oluşan katılımcı gruplarının, konuşma bozukluğu olan çocukların akademik/sosyal başarısına yönelik tutumları ve konuşma bozukluklarının nedenleri ve terapisine yönelik düşünceleri betimlenmiştir. Toplanan veriler her grubun konuya ilişkin bilgisini ortaya koymak için karşılaştırılmıştır. Araştırmanın sonucunda konuşma bozukluğu olan ve olmayan gruplardaki ebeveyn ve öğretmenlerin konuşma bozukluğu olan çocuğun akademik/sosyal başarısı ve terapi gereksinimleri hakkındaki tutumlarının belirgin olarak farklılaşmadığı bulunmuştur. Ayrıca dil ve konuşma bozukluklarının nedenleri ve terapi eksikliklerine yönelik bilgilerinde grupların öncelikli sıralamalarının da farklılaşmadığı görülmüştür

**Anahtar Sözcükler:** Dil ve konuşma bozuklukları, Bilgi ve tutum, Aile, Öğretmen

## ABSTRACT

EXAMINATION of ATTITUDES and KNOWLEDGE REGARDING to SPEECH DISORDERS of PARENTS and TEACHERS of CHILDREN WITH and WITHOUT SPEECH DISORDER in TRNC- NICOSIA SAMPLE

İmge BORA

Department of Language and Speech Therapy  
Anadolu University, Graduate School of Health Sciences, June, 2016

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Bülent TOĞRAM

The aim of this study is with relation to speech disorders, evaluation of attitudes and knowledge of parents and teachers of children with and without speech disorder in Nicosia, TRNC. Total number of participant is 191; 34 parents of children with speech disorder, 57 parents of children without speech disorder, 64 teachers who has at least one student with speech disorder, 36 teachers who do not have any student with speech disorder. This is a descriptive research, which uses a questionnaire as data collection tool. The questionnaire used in this study, is developed and carried out in the research of Toğram and Mavis (2009). With this questionnaire it is aimed to describe parents' and teachers' knowledge and attitudes for academic and social success of children with speech disorders and the cause/treatment of speech disorders. As the result of the research, it has been found that on academic and social success and therapy requirements of children with SLD, the attitudes of parents/teachers do not show any distinct differences between the group who engage in children with SLD and who does not. Besides, on participants' prioritized choices for the reasons of the SLD and therapy deficiencies, any difference was observed between the participant groups.

**Keywords:** Speech and language disorders, Attitude and knowledge, Parents, Teachers

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında bilgisi ve deneyimi ile bana yol gösteren, emeğini, vaktini ve sabrını hiçbir zaman esirgemeyen ve sendelemen sona gelmemi sağlayan danışmanım Doç. Dr. Bülent Toğram'a,

Üç yıllık yüksek lisans hayatımın başından bugüne dek yolumun kesiştiği ve yetişmemde emeği geçen tüm hocalarıma,

Bana ve alana sağlamış oldukları katkılardan dolayı araştırmaya dâhil olan tüm katılımcılara, çalışmaya vaka katkılarından dolayı ve yolun en başından beri desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Uzm. DKT Zerrin Güneş'e,

Bu süreç içinde motivasyonumu kaybetmemem için hep destek olan, yanımda olduğunu her zaman hissettiren Çağay Malek'e, Eskişehir'in bana kazandırdığı en önemli dost Özlem Oğuz'a ve diğer tüm arkadaşlarıma,

Bu günlere gelmemde en büyük pay sahibi olan, her koşulda maddi ve manevi yanımda olan annem Aliye Bora'ya, babam Uğur Bora'ya ve kardeşim Burcu Bora'ya ve geriye kalan tüm aileme;

## SONSUZ TEŞEKKÜRLER

İyi ki varsınız.

İmge Bora

13/06/2016

## **ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ**

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

İmge Bora

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
BAŞLIK SAYFASI .....	i
JÜRİ ve ENSTİTÜ ONAYI .....	ii
ÖZET .....	iii
ABSTRACT .....	iv
TEŞEKKÜR .....	v
ETİK İLKE ve KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	vii
TABLolar DİZİNİ .....	x
SİMGELEr ve KISALTMALAR DİZİNİ .....	xi
1. GİRİŞ .....	1
1.1. Dil ve Konuşma .....	1
1.2. Okulöncesi/Okul Çağında Konuşma Bozuklukları Yaygınlık Oranı	2
1.2.1. Konuşma sesi bozuklukları .....	4
1.2.2. Akıcılık bozuklukları .....	4
1.3. Dil ve Konuşma Terapisi .....	5
1.4. Dil/Konuşma Bozuklukları Değerlendirilme ve Terapisine Genel Yaklaşım .....	7
1.5. Ebeveyn ve Öğretmenlerin Önemi, Roller ve Sorumlulukları .....	8
1.6. Tutum ve Tutum Geliştirme Öğeleri .....	11
1.7. Dil ve Konuşma Bozukluklarında Öğretmen/Ebeveyn Tutumu .....	12
1.8. Çalışmanın Amacı .....	16
1.9. Araştırma Soruları .....	16
1.10. Çalışmanın Önemi .....	17
1.11. Sınırlılıklar .....	17
2. YÖNTEM .....	19
2.1. Araştırma Modeli .....	19
2.2. Katılımcılar .....	19
2.3. Katılımcı Ölçütleri .....	22
2.4. Veri Toplama Aracı .....	23
2.5. Verilerin Toplanması .....	24
2.6. Veri Analizi .....	25



<b>3. BULGULAR .....</b>	<b>26</b>
<b>3.1. Öğretmenlerin/Ebeveynlerin Konuşma Bozukluğu Olan Çocuklarla İlgili Anket Maddelerine Verdikleri Yanıtların Ortalamaları .....</b>	<b>26</b>
<b>3.2. Öğretmenlerin/Ebeveynlerin Dil ve Konuşma Bozukluklarının Nedenleri ve Terapi Eksikliklerine Yönelik Bilgilerinin Sıralanması .....</b>	<b>29</b>
<b>3.3. Sınıfında Konuşma Bozukluğu Olan Öğrencisi Bulunan ve Bulunmayan Öğretmenlerin, Konuşma Bozukluğu Olan Çocukların Akademik/Sosyal Başarısı ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumlarının Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular .....</b>	<b>38</b>
<b>3.4. Konuşma Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Ebeveynlerin İle Konuşma Bozukluğu Olmayan Çocuğa Sahip Ebeveynlerin, Konuşma Bozukluğu Olan Çocukların Akademik/Sosyal Başarısı Ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumlarının Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular .....</b>	<b>39</b>
<b>3.5. Öğretmenlerin ve Ebeveynlerin Konuşma Bozukluğu Olan Çocuklarla İlgili Anket Maddelerine Verdikleri Yanıtların Yaşa Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular .....</b>	<b>40</b>
<b>3.6. Ebeveynlerin Konuşma Bozukluğu Olan Çocuklarla İlgili Anket Maddelerine Verdikleri Yanıtların Eğitim Sürelerine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular .....</b>	<b>42</b>
<b>3.7. Ebeveynlerin Konuşma Bozukluğu Olan Çocuklarla İlgili Anket Maddelerine Verdikleri Yanıtların Çocuklarının Eğitim Düzeylerine Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular .....</b>	<b>43</b>
<b>3.8. Konuşma Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinin Anket Maddelerine Verdikleri Yanıtların Bozukluğun Tanısına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular .....</b>	<b>44</b>
<b>3.9. Öğretmenlerin Konuşma Bozukluğu Olan Çocuklarla İlgili Anket Maddelerine Verdikleri Yanıtlar Hizmet Sürelerine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular .....</b>	<b>45</b>
<b>3.10. Öğretmenlerin Konuşma Bozukluğu Olan Çocuklarla İlgili Anket Maddelerine Verdikleri Yanıtlar Branşlarına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular .....</b>	<b>46</b>

<b>4. SONUÇ, TARTIŞMA ve ÖNERİLER .....</b>	<b>47</b>
<b>4.1. Sonuç .....</b>	<b>47</b>
<b>4.2. Tartışma .....</b>	<b>48</b>
<b>4.3 Öneriler .....</b>	<b>55</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>56</b>
<b>EKLER</b>	
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	

## TABLULAR DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
<b>Tablo 2.1</b>	Ebeveynlerin Demografik Bilgileri ..... 21
<b>Tablo 2.2</b>	Öğretmenlerin Demografik Bilgileri ..... 22
<b>Tablo 3.1</b>	Öğretmen/Ebeveynlerin Konuşma Bozukluğu Olan Çocuklarla İlgili Anket Maddelerine Verdikleri Yanıtlar ..... 27
<b>Tablo 3.2</b>	Öğretmenlerin DKB Nedenlerine Yönelik Sıralaması ..... 31
<b>Tablo 3.3</b>	Öğretmenlerin Terapi Eksiklikleri Bilgilerinin Sıralanması ..... 33
<b>Tablo 3.4</b>	Ebeveynlerin DKB Nedenlerine Yönelik Sıralaması ..... 35
<b>Tablo 3.5</b>	Ebeveynlerin Terapi Eksiklikleri Bilgilerinin Sıralanması ..... 37
<b>Tablo 3.6</b>	Öğretmenler/Ebeveynlerin DKB Nedenleri ve Terapi Eksikliklerine İlişkin Genel Sıralaması ..... 39
<b>Tablo 3.7</b>	Öğretmenlerin Akademik/Sosyal Başarısı Ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumları ..... 41
<b>Tablo 3.8</b>	Ebeveynlerin Akademik/Sosyal Başarısı Ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumları ..... 42
<b>Tablo 3.9</b>	Farklı Yaş Gruplarındaki Öğretmenlerin Akademik/Sosyal Başarısı Ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumları ..... 43
<b>Tablo 3.10</b>	Farklı Yaş Gruplarındaki Ebeveynlerin Akademik/Sosyal Başarısı Ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumları ..... 43
<b>Tablo 3.11</b>	Farklı Yaş Gruplarındaki Ebeveynlerin Karşılaştırılması ..... 44
<b>Tablo 3.12</b>	Farklı Eğitim Süresine Sahip Ebeveynlerin Akademik/Sosyal Başarısı Ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumları ..... 45
<b>Tablo 3.13</b>	Çocukların Eğitim Düzeylerine Göre Ebeveynlerin Akademik/Sosyal Başarısı Ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumları ..... 46
<b>Tablo 3.14</b>	Bozukluğun Tanısına Göre Ebeveynlerin Akademik/Sosyal Başarısı Ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumları ..... 46
<b>Tablo 3.15</b>	Farklı Hizmet Süresi Olan Öğretmenlerin Akademik/Sosyal Başarısı Ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumları ..... 47
<b>Tablo 3.16</b>	Branşlarına Göre Öğretmenlerin Akademik/Sosyal Başarısı Ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumları ..... 48

## **SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

**DKB** : Dil ve konuşma bozuklukları

**DKT** : Dil ve konuşma terapisi

**KKTC** : Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

**TRNC** : Turkish Republic of Northern Cyprus

## 1. GİRİŞ

Ebeveynlerin, çocuklarının sağlığı ve gelişimini izleme sürecine katılımı gün geçtikçe daha çok önem kazanmaktadır. Çocuklarda olan sorun/bozuklukların erken tanılanması, ebeveyn rollerinin ve tutumlarının belirlenebilmesi için ebeveynlerin görüşlerinin alınması önem taşımaktadır (Hall ve Elliman, 2003). DKB olan çocuklara yönelik değerlendirme ve müdahale sürecinde de ebeveynlerden alınan bilgilerin önemi artmıştır (Glogowska ve Campbell, 2000). Bunun başlıca nedeni, dil ve konuşma terapistlerine kıyasla ebeveynler ve öğretmenlerin çocuğa daha anlamlı gelen günlük yaşam durumlarında çocukla etkileşim kurmak için çok daha fazla fırsata sahip olmalarıdır. Ross (1984) ailelerin önemi için, “Eğer davranışlar düzeltilecek, değiştirilecek veya geliştirilecekse, bu iş davranışın çıktığı ortamda olmalıdır. Bu ortam da genellikle terapi odası değildir, olmamalıdır da. Bu nedenle çocuklarla çalışanlar, davranış oluşurken, oluştuğu çevrede ve ailelerle birlikte çalışılmalıdır” ifadesinin kullanmıştır (akt. Çelebi, 2005). Terapistin aile ve öğretmenlerle işbirliği çok önemlidir çünkü çocuklar bir çok davranışı/alışkanlığı kendi ev ortamlarında ve/veya uzun vakitler geçirdikleri okul ortamlarında kazanmaktadırlar. Bu işbirliğinin verimli olabilmesi için terapistin ebeveyn ve öğretmenlerin konuşma bozukluklarına yönelik tutum ve bilgilerini bilmesi gerekmektedir. Dil ve konuşma bozuklukları alanı Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde (KKTC) yeni gelişmekte olan bir alan olduğu için daha önce bu alanda KKTC’de elde edilen örneklem ile yapılan herhangi bir araştırma bulunmamaktadır. Bu çalışmayla KKTC, Lefkoşa bölgesindeki konuşma bozukluğu olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin ve öğretmenlerinin konuşma bozukluklarına yönelik tutum ve bilgilerini öğrenmek amaçlanmıştır.

### 1.1. Dil ve Konuşma

Dil bozuklukları ve konuşma bozuklukları birbirinden ayrı sınıflandırılmaktadır. Sınıflandırmaları anlayabilmek için dilin ve konuşmanın tanımlarına bakılacak olursa; *dil*, insanların kendi aralarında iletişim kurma amacıyla kullandığı, evren hakkındaki düşünceleri simgeleyen, uzlaşmış kurallara dayalı bir dizgedir (Konrot, 1998). *Konuşma* ise dilin sözlü boyutu olan, insanların dile ait sesleri kullanarak doğal olarak üretebildiği, duygu ve düşüncelerin işitsel yolla karşıdakine aktarılmasına imkan

sağlayan bir eylemdir. Konuşmanın dilin sözel boyutu olması kavramlar arası karmaşaya sebep olmaktadır. Birçok yerde dil ve konuşma birbirinin yerine kullanılmaktadır. Bir çocuk kendi duygu ve düşüncelerini karşısındakine aktarabilmesi için gerekli dilsel bilgiye sahip olmasına rağmen daha önce bahsedilen konuşma ile ilişkili organlar işlevini gerçekleştiremediği için çocuğun sözel çıktısı olmayabilir. Yada tam tersi bir durumda bir çocuk konuşmaya ilişkin organlarda işlevsel hiçbir sorun yokken dil gelişiminde yaşanacak bir güçlük sözel çıktıyı engelleyebilir (Konrot, 1998).

Dil ve konuşma bozukluklarının ayrımının ne olduğunu, hangi bozukluğun hangi kategoriye girdiğini anlayabilmek için iki kategorinin tanımlaması yapılmıştır. Dil bozuklukları, dilsel bileşenlerin (biçim, içerik, kullanım) üretiminde ve/veya algılanmasında karşılaşılan güçlüklerle ilişkilidir. Konuşma bozuklukları ise kabul edilen norm sınırlarının dışında ve sosyal çevre tarafından yadırganacak düzeyde farklılıklarla ilişkilidir. Konuşma bozukluklarında görülebilecek davranışsal özellikler şu şekilde özetlenebilir; aşırı kısık ses, düşük konuşma anlaşılabilirliği, bir sesin hatalı üretilmesi, konuşmada güçlük, yaş, cinsiyet, fiziksel gelişime uygun olmayan ses ve konuşma (Konrot, 1998).

Dil ve konuşma bozuklukları alt bölümlere ayrılmaktadır. Dil bozukluklarının bir kısmı hiçbir ek nedene bağlı olmadan ortaya çıkan bozukluklarken bir kısmı ise otizm, down sendrom gibi ek bir nedene bağlı olarak ortaya çıkan bozukluklardır. Konuşma bozuklukları içerisinde daha çok bozukluk yer almaktadır. Konuşma sesi bozuklukları, ses bozuklukları ve akıcılık bozuklukları bunlardan bazılarıdır (ASHA, 1993).

## **1.2. Okulöncesi ve Okul Çağında Konuşma Bozuklukları ve Yaygınlık Oranı**

*Yaygınlık*, bir toplumda belirli bir süre içerisinde, belirli bir bozukluk/hastalığa sahip olanların sayısının, olmayanlara kıyasla görülme oranı olarak tanımlanmaktadır. *Sıklık* ise, daha numerik bir değer olarak belirli bir bozukluk/hastalığın bir toplumda, belirli bir süre içinde görülme sayısı olarak tanımlanmaktadır (Kocatürk, 2000).

Farklı kaynaklarda DKB yaygınlık oranı hakkında farklı bilgiler verilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre engel gurupları arasında DKB olan çocukların oranı en üsttedir. Bu verilere göre Türkiye'deki 0-18 yaş engelli çocuk oranı aynı yaş grubunun toplam nüfusun %12.95'idir. DKB olan çocuklar ise bu oranın %3.5'ini oluşturmaktadır (akt. Topbaş, Konrot, ve Ege, 2002).

KKTC’de daha önce bu alanda yapılan bir araştırma olmadığı için fikir vermesi için Türkiye ve dünyadaki çalışmalar incelenmiştir. Konrot (1995) öğretmenlerle anket yaparak yürüttüğü bir araştırmada Eskişehir’deki okulöncesi ve okul çağı birinci sınıf öğrencileri ele almıştır. Bu grup arasında genel DKB yaygınlık oranını %5.09 olarak belirlenmiştir (akt. Topbaş, Konrot, ve Ege, 2002). Ankara’da 9973 çocuk ile gerçekleştirilen, bir başka çalışmada okul çağı yaş grubu ele alınmıştır. Ses, artikülasyon ve akıcılık bozukluklarının dağılım oranına ilişkin bir tarama yapılmıştır. Araştırmanın sonucunda katılımcıların %52’sinde bir konuşma bozukluğuna rastlanmamış, geriye kalan %27’sinde artikülasyon, %20’sinde ses ve %1’inde akıcılık bozukluğu tespit edilmiştir (Kudal-Ertaş, 1990). Türkiye Cumhuriyeti Milli Eğitim Bakanlığı tarafından 1995-96 yıllarında yapılan bir araştırmaya göre Rehberlik Araştırma Merkezi’ne DKB nedeniyle 2946 çocuk başvurmuştur. Bu başvurular incelendiğinde okul çağı çocuklarında %46 artikülasyon bozukluğu, %26 akıcılık bozukluğu, %25 gecikmiş konuşma, %3 diğer DKB görülmektedir (akt. Topbaş, Konrot, ve Ege, 2002). Ünalın (2000) ise Kayseri örneğinde okul çağı akıcılık bozukluğu yaygınlık oranını incelemiş ve bunun sonucunda çocukların %3.8’inde akıcılık bozukluğu olduğu sonucuna varmıştır.

Yaygınlık ile ilgili diğer çalışmalara bakıldığında Keating, Turrell ve Ozanne (2001) Avusturya’daki 0-14 yaş arası çocuklarda dil ve konuşma bozukluklarının yaygınlık oranını genelde %1.7 olarak, 5 yaş erkeklerde de %7.4 olarak bulmuşlardır (Keating, Turrell ve Ozanne, 2001). McKinnon, McLeod ve Reilly (2007) tarafından Avusturya, Sydney’de gerçekleştirilen araştırmada 10425 öğretmenden okul öncesi ve ilkökul birinci sınıf öğrenciler hakkında bilgi alınmıştır. Araştırmada akıcılık, ses ve konuşma bozukluklarının yaygınlık oranı incelenmiştir. Bunun sonucunda ise yaygınlık oranları akıcılıkta %0.33, sese %0.12 ve konuşmada %1.06 olarak bulunmuştur. Türkiye’de yapılan en güncel yaygınlık çalışmalarından biri 2004 yılında Öge tarafından 2356 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. DKB’nın Eskişehir örneğinde görülme oranını belirlenmiştir. Sonucunda ise yaygınlık oranı şu şekilde bulunmuştur; bazı sesleri söyleyememe (artikülasyon) %3.18, bu seslerin yazıya yansımaları %2.46, kekemelik %1.70, dilbilgisi kullanımı %1.70, konuşmada farklılık %1.61, alıcı dil bozukluğu %1.57, ifade edici dil bozukluğu %1.23, ses bozukluğu %1.06, hızlı konuşma %1.02, şive %0.98, sesin normlara uygunluğu %0.72 ve işitme %0.21 (Öge, 2004). Türkiye’de yaygınlık oranı en yüksek olan, okulöncesi ve okul çağı çocuklarında

görülebilen konuşma sesi bozukluğu ve konuşmada akıcılık bozuklukları bu araştırmanın hedef bozukluk türlerini oluşturmuştur.

İlerleyen bölümde konuşma sesi bozuklukları ve konuşmada akıcılık bozuklukları ile ilgili bilgi yer almaktadır.

### **1.2.1. Konuşma sesi bozuklukları**

Konuşma bozukluklarının içinde yaygınlık oranı en yüksek olan bozukluk sesletim ve sesbilgisel bozukluklardır (Bleile, 2004). Bir önceki bölümde de görüldüğü gibi Türkiye’de yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (Konrot, 1995; Kudal-Ertaş, 1990; MEB, 1996; Öge, 2004).

*Sesletim becerisi* Topbaş (2006) tarafından konuşma seslerinin üretiliş yeri, biçimi, zamanı, yönü, hızı ve basıncından kaynaklanan hataların yapılması ya da dudak, dil, yumuşak damak gibi konuşma sesiyle ilgili yapıların hareketlerinin hatalı olmasına bağlı olarak ortaya çıkan bozukluk olarak tanımlanmıştır. Bir başka deyişle sesletim bozuklukları, konuşma sırasında bireyin hatalı hareketlerinden ya da yapısal bir sorundan kaynaklanabilir. Bu bozuklukların büyük bir çoğunluğu işitme yetersizliği, dudak damak yarıklığı gibi yapısal bir etiyojiye bağlıdır ve seslerin hem üretilmesinde hem de algılanmasında sorunlara neden olduğu belirtilmiştir (Topbaş, 2006).

*Sesbilgisel beceri*, dile ait seslerin dilin kurallarında uygun bir şekilde kullanılabilmesidir. Bu perspektiften bakıldığında *sesbilgisel bozukluk* konuşma seslerinde herhangi bir sesletim bozukluğu olmadan sesbirimlerin dilin kurallarına uymaksızın dizilmesi olarak tanımlanır (Topbaş, 2006).

### **1.2.2. Akıcılık bozuklukları**

Akıcılık bozuklukları, hızlı bozuk konuşma ve kekemelik olarak iki alt başlıkta ele alınır. Öge (2004), çalışmasında kekemeliğin yaygınlık oranını %2.46, hızlı bozuk konuşmanın yaygınlık oranını ise %1.02 olarak belirtmiştir. Wingate (1964) bu bulguya zemin oluşturacak şekilde akıcılık bozuklukları arasında en sık rastlananın kekemelik olduğunu belirtmiştir (akt. İbiloğlu, 2011). Kekemeliği diğer konuşma bozukluklarından ayırt edebilmek ve tanısını koyabilmek için geliştirilmiş herhangi objektif test yoktur. Kekemelik değerlendirmelerinde tanıyı koymak terapistin kendi düşünce ve yargısıyla



ilişkilidir (Manning, 2010). Manning (2010) kekemelik ve akıcısızlık kavramları birbirine eş anlamlı olmadıklarını ve birbirlerinin yerine kullanılmamaları gerektiğini söylemiştir. Okulöncesi dönemde normal gelişim gösteren çocuklarda da akıcısızlık özellikleri görülmektedir. Bir çok yetişkinin de günlük konuşmaları esnasında akıcısızlık gösterdiği bilinmektedir. Bir başka deyişle akıcısızlık normal dil ve konuşmanın bir parçasıdır, okul öncesi dönemden sonra çocukların akıcılıklarının artması beklenmektedir (Zebrowski ve Kelly, 2002). Dinleyicinin algısına göre konuşma sırasında normalden daha sık görülen akıcısızlıklar kekemelik şüphesini oluşturmaktadır. Bu yüzden de kekemelik ve akıcısızlık ayırımına dikkat edilmelidir (Manning, 2010). Kekemeliğin konuşma özellikleri, akıcı bireylere oranla daha uzun ses uzatmaları, tekrarları, daha sık ve gergin hece ve/veya sözcük tekrarları şeklindedir. Kekemeliği olan bireylerde görülen uzatma ve/veya duraklamaların oranı %77, normal akıcılığı olan bireylerde ise %0 olarak bulunmuştur (Boey ve ark., 2007).

Hızlı bozuk konuşma (HBK) adından anlaşılacağı gibi bireyin konuşma hızının beklenenden hızlı olması ve buna bağlı olarak akıcılık bozukluğunun ortaya çıkmasıdır. HBK'nın konuşma özellikleri ise bireyin bir sözcük bitmeden diğerine başlaması ve ritimsiz konuşması şeklindedir. Kekemelik ve HBK arasındaki en önemli farklardan biri HBK'sı olan bireyin konuşma bozukluğunun farkında olmamasıdır. Bu kişiler konuşma hızlarını kontrol altına alıp düşürdüklerinde konuşma anlaşılabilirlikleri normal düzeye gelmektedir (Boey ve ark., 2007).

Konuşma sesi bozuklukları ve kekemelik ile birlikte tüm dil ve konuşma bozukluklarının değerlendirilmesi, tanılanması ve terapisi dil ve konuşma terapistleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Bir sonraki bölümde dil ve konuşma terapisi mesleği hakkında genel bilgiler yer almaktadır.

### **1.3. Dil ve Konuşma Terapisi**

Dil ve konuşma terapisi, DKB, davranış bilimleri ve klinik dilbilim gibi bir çok bilimi kapsayan intradisipliner ve çoklu-disipliner bir bilim dalıdır (intradisipliner ve çoklu-disipliner kavramları bir sonraki bölümde açıklanmıştır). Dil ve konuşma terapistliği meslek tanımı bu alanda faaliyet gösteren bir çok uluslar arası kurumun ortaklaşa belirttiği gibi şu şekildedir;

*“Dil ve konuşma terapisti/patoloğu insan iletişimi ve dil (lisan)-konuşma ile ilgilenir ve nedenlerine bakmaksızın çocuklarda, ergenlerde, yetişkinlerde ve yaşlılarda tüm ses, konuşma, yutma fonksiyonları ve dil (lisan) bozukluklarını tedavi eder. Dil ve konuşma terapisti/patoloğu, insan iletişimi ile ilgili bozuklukların yaşam boyu önlenmesi, ayırıcı tanısı, değerlendirmesi, tedavisi ve bilimsel incelemesinden sorumlu bir meslek erbabıdır”* (ASHA, 2003; CPLOL, 1993; IALP, 1998; RCSLT, 2003)<sup>1</sup>

Dil ve konuşma terapisi 6 Nisan 2011 tarih ve 6225 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’un 9 maddesi ile 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanuna eklenen Ek Madde 13, (d) bendi ile birlikte yasal olarak sağlık meslek mensubu olarak tanımlanmıştır. Bu yasada dil ve konuşma terapistlerinin görev tanımı ve sınırlılıkları şu şekilde belirtilmiştir;

*“Dil ve konuşma terapisti; dil ve konuşma terapisi alanında lisans eğitimi veren fakülte veya yüksekokullardan mezun veya diğer lisans eğitimleri üzerine dil ve konuşma terapisi alanında yüksek lisans veya doktora yapan, bireylerin ses, konuşma ve dil bozukluklarının önlenmesi için çalışmalar yapan ve ilgili uzman tabip tarafından teşhisi konulmuş yutkunma, dil ve konuşma bozukluklarının rehabilitasyonunu sağlayan sağlık meslek mensubudur”<sup>1</sup>.*

Dil ve konuşma terapistlerinin görev sınırlılıklarına daha detaylı bakılacak olursa her yaş grubunda olan bireylerin sözel ve/veya sözel olmayan iletişimlerini olumsuz yönde etkileyen bozukluklara yönelik önlem, ayırıcı tanı ve müdahalelerini yapmaktır. Bu bozuklukları değerlendirirken ilgili ve gerekli olan diğer uzmanlarla birlikte çalışma, müdahale sürecinde aileye danışmanlık yapma ve toplum farkındalığını artırma da terapistlerin görev sınırları içindedir. Bilgisayarlı konuşma cihazları gibi alternatif ve iletişimi destekleyici sistemler ve cihazlar hakkında vakayı ve ailesini bilgilendirmek, yönlendirmek ve uygun olanı seçme terapistlerin görevlerindedir. Son olarak DKB alanında yetkin eleman yetiştirme, bu elemanların sürekli gelişimi de terapistlerin görevleri arasındadır<sup>1</sup>.

1: <http://www.dilkom.anadolu.edu.tr/konusmaterapistligi.pdf> (Erişim tarihi: 17.04.2016)

#### 1.4. Dil ve Konuşma Bozuklukları Değerlendirilme ve Terapisine Genel Yaklaşım

Dil ve konuşma bozukluklarının değerlendirilmesi karmaşık bir süreçtir. Bu bozuklukların değerlendirilme, açıklanma ve iletişim yeteneğinin yorumlanması için değerlendirme sürecinde toplanan bir çok bilginin entegrasyonunu gereklidir. ASHA'nın 'Dil ve Konuşma Bozuklukları Uzmanları için Tercih Edilen Uygulama Desenleri' (2004) çalışması, kapsamlı bir DKB değerlendirmesinin aşağıdaki bileşenleri içerdiğini belirtmiştir;

- Öğretmenler ve diğer uzmanlardan elde edilecek olan bireyin tıbbi, sosyo-ekonomik durumunu, eğitimi, kültürel ve dilsel bilgilerini içeren vaka öyküsü,
- Vaka/öğrenci ve aile görüşmesi,
- Bireyin işitsel, görsel, motor ve bilişsel durumunun değerlendirilmesi,
- Konuşmanın, sözel ve sözel olmayan dilin, bilişsel iletişim becerisinin ve yutma işlevinin belirli özelliklerinin gözlem ve örneklem analizini de içeren standardize olan veya olmayan ölçümlerinin yapılması,
- Etkin müdahale ve telafi edici stratejilerin belirlenmesi,
- Çevresel geçerliliğin ve kültürel duyarlılığın da göz önüne alınarak seçimi yapılan standardize ölçümlerle konuşma, dil, bilişsel iletişim becerisi ve yutma değerlendirmesinin yapılması,
- Tanılanmış konuşma, dil, iletişim ve/veya yutma bozukluğu olan bireyler için servisler tarafından uygun müdahale ve destek sağlandığına emin olmak için bireyin iletişim ve yutma durumunu takip etme (ASHA, 2004).

Dil ve konuşma terapi yaklaşımının en ideal nasıl olması gerektiğine bakıldığında öncelikle intradisipliner, çoklu-disipliner ve disiplinlerarası kavramlarının tanımlarına bakılmalıdır. Disipliner öğretim bir konu çerçevesinde yapılan öğretimken, intradisipliner tek bir disiplin içerisinde diğer disiplinler ile hiç bir iletişim kurmadan yapılan öğretimdir. Çoklu-disipliner ise farklı disiplinlerden gelen uzmanların her birinin ayrı ayrı kendi disiplinleri için bir yol belirleyerek birlikte çalışmasıdır. İntradisipliner ise farklı ama birbiri ile ilişkili yaklaşımların gerçek bir sentezini oluşturarak, farklı disiplinlerin bilgi ve yöntemlerinin entegre edilmesidir. Stember (1991) birçok kişinin intradisipliner çalıştığına inandığını ama birçoğunun aslında çoklu-disipliner çalıştığını öne sürmüştür. Dil ve konuşma terapisi de biyomedikal bilimler, klinik dilbilim, davranış bilimleri ve halk sağlığı gibi bir çok farklı disiplinle

ortak çalışmayı kapsayan intradisipliner ve çoklu-disipliner bir alandır. Dil ve konuşma terapistleri, kulak-burun-boğaz uzmanı, odyolog, plastik cerrah, pediatri uzmanı ve fizik tedavi uzmanı gibi bir çok farklı disiplinden gelen uzmanlarla işbirliği içinde çalışırlar<sup>1</sup>.

### **1.5. Ebeveynler ve Öğretmenlerin Önemi, Roller ve Sorumlulukları**

Çocukların fiziksel, duygusal ve kültürel ortamlarının belirlenmesinde en önemli etken ailedir. Aile denildiğinde akılda oluşan anne, baba ve çocukların olduğu bir resimdir. Bir aileyi oluşturanların kimler olduğu kültürel olarak farklılıklar gösterir. Aileler arasında hem yapısal hem de fonksiyonel farklılıklar bulunmaktadır. Birçok kültürde aile yapısı ve fonksiyonel özellikleri değişse de bu yapıların içerisinde ebeveynler her zaman yer alır. Aileden gerekli bilgileri almak için ebeveynler bu yüzden doğru adrestir (Ongan ve Ap, 2005). Çocukların iletişim becerilerinin gelişmesi için ebeveynler çocuklarıyla daha fazla etkileşime girmeli, çocukların iletişim girişimlerine uygun tepki vermeli, çocuklara yönelik konuşma kullanmalı (basitleştirilmiş ve melodik konuşma, çocuğun odaklandığı veya ilgilendiği konu hakkında konuşma gibi), önemli kelimeleri vurgulamalı ve çocuğun söylediklerini genişletmelidirler (Roberts ve Kaiser, 2011).

Çocuklar ev, eğitim, sosyal, dini, toplumsal ve sanal ortamlar da dahil olmak üzere pek çok farklı bağlamlarda hayatlarını geçirirler. Bronfenbrenner (1979) göre farklı bağlamlar çocuk merkezli ve iç içe olan birbirine bağlı dairesel sistemlerdir ve çocuğun gelişimini önemli ölçüde etkilerler. Çocukla en yakın teması olanları içeren, en içteki daire mikrosistem olarak adlandırılır ve ailenin yanı sıra öğretmenleri, arkadaşları, dil ve konuşma terapistlerini ve diğer profesyonelleri içerir. Bir sonraki daire, mezosistem çocukların gelişimini desteklemek amacıyla mikrosistem elemanları arasındaki ilişkilerden oluşur (aktaran McLeod, Daniel, ve Barr, 2012). Bronfenbrenner'e (1990) göre mezosistem içindeki ilişkiler güçlendirilerek çocuğun ihtiyaçları ve ilgi alanları en iyi şekilde desteklenebilir (aktaran McLeod, Daniel, ve Barr, 2012). Dil ve konuşma terapistleri aileler ve öğretmenler ile iş birliği kurabilirler; böylelikle bütünsel yaklaşımla çocuğun gelişimini desteklemek için ilişkili her sistem birbiri ile işbirliği yapar ve çocuğun bireysel ihtiyaçları daha etkili bir şekilde karşılanır (McLeod, Daniel ve Barr, 2012). Bir araştırmanın sonucunda öğretmenlerin ve

1: <http://www.dilkom.anadolu.edu.tr/konusmaterapistligi.pdf> (Erişim tarihi: 17.04.2016)

ebeveynlerin, dil ve konuşma terapisti ile iletişim kurduktan sonra DKB ile ilgili zorlukların doğası hakkında bilgilerinde önemli artış olduğu ortaya çıkmıştır (Baxendale, Lockton, Adams ve Gaile, 2012).

Ebeveyn katılımının dil ve konuşma terapisinin ayrılmaz bir parçasıdır (Carroll, 2010). Ebeveyn ve ilgili uzmanlar arasında aktif işbirliği olması çocuklar üzerinde olumlu sonuçlar elde etmek için gereklidir (Carpenter ve Russell, 2005). Marshall, Goldbart ve Phillips (2007), ve Lindsay ve Dockrell (2004) ebeveynlerin ve DKT'lerin dil gelişimi, zorlukları ve müdahaleleri hakkında farklı algılara sahip olduğu sonucuna varmışlardır. Çalışmaların sonuçları doğrultusunda bu farklı tutum ve inançların terapi sürecini olumlu/olumsuz etkileyebileceği bulunmuştur. Marshall'a (2009) göre, uzmanlar, ailelerle işbirliği kurarken her ailenin doğasının ve gönüllülük derecelerinin farklı olduğunu farkında olmalıdırlar. Baxendale, Frankham ve Hesketh'e (2001) göre benzer olarak, terapistlerinin süreç içerisinde aileler ve terapist arasında ortaya çıkabilecek olan yanlış anlamaları azaltabilmek için ebeveynlerin görüş ve inançlarının farkında olmalıdırlar. Bunlar terapinin etkililiğini etkileyebileceği için ebeveynlerin terapiyle ilgili beklenti ve inançları sürecin başında öğrenilmelidir (Carroll, 2010). Ebeveynler ve terapist arasında kurulacak olan olumlu bir ilişki çocuğun rehabilitasyon sürecinin başarılı sonuçlanması için önemlidir. Ebeveyn ve terapist arasında güven inşa edebilmek için profesyonellerin kişisel ulaşılabilirliği ve ebeveynlerle iletişim kurma becerisi çok önemlidir (Band ve ark., 2002)

Ebeveynler çocuğun kişiliği ve pekiştireç olarak kullanabilecekler gibi bir çok konu hakkında en fazla bilgiye sahip bireylerdir. Ebeveynler bu yüzden terapi sürecindeki ayrıca önemlidir. Ebeveynler ayrıca kendi çocuklarının yıldıracı durumlarda nasıl tepki verdiği ve problem davranışları nasıl yönettikleri hakkında bilgi vererek terapistlere vakayı anlamakta yardımcı olabilirler. Bu bilgiler terapist ve ebeveynlerin terapilerde ve ev çalışmalarında tutarlılık sağlamasına yardımcı olur. Ebeveynlerin ve diğer aile üyelerinin aktif olarak terapi sürecine katılmaları süreç için çok değerli olacak olan geribildirimlerini kolaylaştırır. Böyle bir geribildirim terapistin hedeflerinde bir sonraki adımı belirlemesi gibi unsurlarda yardımcı olabilir<sup>2</sup>.

Ebeveynlerin aktif şekilde terapilere dahil olmasıyla terapi çocuğun günlük hayatının her parçasına genişletilir, sadece çocuk ve terapist arasındaki iletişimi değil çocuk ve ebeveyn arasındaki iletişimi de içerir. Alışılmadık klinik temelli aktivitelerden

2: <http://www.apraxia-kids.org/library/the-importance-of-parent-involvement-in-the-speech-therapy-process/> (Erişim tarihi: 25.05.2016)

çok çocuğun aşına olduğu ve ona anlamlı gelen (örneğin yemek vakti, banyo ve yatak zamanı gibi) oyun ve günlük aktivitelere terapi hedefi genişletilir. Hedefler çocuğun kendi konfor alanında sürekli olarak gerçekleşir. Birçok ebeveyn, çocuklarına yardımcı olabilmek için terapilere aktif olarak katılacakları zaman yeterlilikleri hakkında endişe eder. Ebeveynler uzmanlaşmış bir terapistin çocuklarına belirlenen hedefe ulaşması için daha çok yardımcı olabilecekleri hissine kapılabilirler (Roberts ve Kaiser, 2011). Diğer bir deyişle, dil ve konuşma terapisi hakkında ebeveynlerin kendi algı ve fikirleri vardır. Bunları farkında olup gerekli önlemleri almak profesyonellerin sorumluluğundadır (Carroll, 2010).

Öğretmenler, ebeveynlerden sonra çocukların gelişimlerinde en önemli etkidir. Etkili bir müdahalenin adımlarından biri de çocuğun yeterli ilerleme gösterip göstermediğini belirleyebilmektir. Zaman içerisindeki değişim hızı hakkında fikir sahibi olabilmek ve değişim varsa bunun DKT'nin müdahale çabalarının bir sonucu olduğunu kanıtlayabilmek için çocuğun konuşma ve dil becerilerinin süreç içinde değişip değişmediğini bilmek gerekmektedir<sup>2</sup>. Bu bilgi okulöncesi çağı çocuklarda kolaylıkla ebeveynlerden elde edilebilirken okul çağı çocukları günün önemli bir kısmını okulda geçirdiği için öğretmenden edinilecek bilgiler daha önemlidir. Okul, çocukların hayatının önemli bir kısmında yer alır ve DKT'lerin öğretmenlerle fikir alışverişinde bulunmaları gerekir. Öğretmenlere çocuğun dil ve konuşma ihtiyaçları hakkında bilgi verilebilir, öğretim şekillerinde bazı modifikasyonlar önerilebilir. DKB'nın sınıfta öğretmenler ve/veya diğer çocuklar tarafından anlaşılması çocukların okulda önemli miktarda güçlük yaşamasına neden olabilir; örneğin davranış problemleri konuşmanın anlaşılmasından dolayı çocuğun hayal kırıklığı yaşaması ile ilişkilendirilebilir<sup>3</sup>. DKT tarafından önceden öğretmene verilebilecek olan bilgiler bu gibi durumları önleyebilir veya en aza indirgeyebilir.

Son yıllarda DKB'nın terapi sürecinde sınıf öğretmenlerinin, terapistlerle işbirliği içerisinde olmasının önemi daha çok vurgulanmaktadır. Öğretmenlerin DKB olan çocuğun problemini fark edebilmesi, terapi için yönlendirme yapabilmesi ve tanılanma sürecinde DKT ile işbirliği içerisinde olması bozukluğun üstesinden gelebilmek için çok önemlidir. Bunun nedeni ise çocukların dil ve konuşma terapisine alınıp alınmaması yönünde akademik, sosyal ve davranışsal durumlarını öğrenmek için danışılan ilk kişinin öğretmenler olmasıdır. Öğretmenin ne kadar doğru bilgi verebileceği ve yönlendirebileceği DKB hakkında ne kadar olumlu tutum geliştirdiği ile ilişkilidir

3: <http://www.ndss.org/Resources/Therapies-Development/Speech-Language-.....-Down-Syndrome/> (Erişim tarihi: 11.04.2016)

(Overby, Carrell ve Bernthal, 2007). Reid ve arkadaşları (1995) DKB terapilerinin, terapistler tarafından bireysel olarak yapılması, öğretmenlerin sürece dahil olma ve çocukların gereksinimlerini karşılamada çok az sorumluluk aldıkları ve güçlük yaşadıklarını belirlemiştirler. Öğretmenler ve DKT'ler arasında olası tutum farklılıkları tanımlanma sürecindeki önemli engellerdendir. Hem öğretmen hem de DKT'lerin eşit miktarda sorumluluk almaları iki grubun da olumlu tutum geliştirmelerini sağlar. Sınıf öğretmenlerinin aynı zamanda DKB terapilerinin yöntemlerini biçimlendirmede de eşit miktarda rol almaları gerekmektedir. Öğretmen ve DKT'ler arasında gerçekleşecek devamlı bir işbirliği birbirlerinin güçlü ve zayıf taraflarını tamamlar (Santamaría ve Thousand, 2004).

### **1.6. Tutum ve Tutum Geliştirme Öğeleri**

Tutum bir nesne, durum, kavram ya da diğer canlılara karşı sosyal olarak öğrenilmiş olumlu ya da olumsuz yönde tepkide bulunma eğilimidir (Tezbaşaran, 1997). Tutum bireyin duygu, düşünce ve davranışlarının birbiri ile uyumundan ortaya çıkar. Tutumun genel özellikleri için olumlu/olumsuz yönde olabileceği, duygusal/bilişsel/davranışsal öğeleri olduğu, genelde durağan olduğu ve süreklilik gösterdiği ancak değiştirilebilir olduğu söylenebilir<sup>4</sup>. Tutumun birbiriyle uyum halinde olan bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenlerine ise tutum öğeleri denir. Güçlü tutumlarda üç öğenin hepsi bulunurken, daha zayıf tutumlarda davranışsal öğe eksik veya daha zayıf olabilir (Kağıtçıbaşı, 1979). Bilişsel bileşen bir bireyin bir nesneye/duruma yönelik görüş, bilgi ve inançlarıdır. Bilgi ve inançların gerçeğe dayalı, doğru olması gerekmez ama bireyin bilgisi ne kadar gerçek olursa tutum da o kadar kalıcıdır. Bir başka deyişle bireyin bilgisinin değişmesi tutumunun değişmesine neden olur (Odabaşı ve Barış , 2011). Duygusal bileşen bireyin nesneye/duruma yönelik duygusal tepkilerini ve hislerini oluşturur. Bireyler nesneyi/durumu olumlu/olumsuz değerlendirip ona göre kendi içinde hisler oluşturur, yada tam tersi yönde gelişimle daha önce oluşturduğu hisler sonucunda nesneyi/durumu olumlu/olumsuz olarak değerlendirir. Bireyin nesne/durum için bilişsel ve duygusal olarak geliştirdiği tutuma dayalı bir şeyler yapması tutumun davranışsal yönünü oluşturur. Diğer bir deyişle bireyin daha önceden geliştirdiği tutumun olumlu yada olumsuz yönde olması davranışsal olarak ortaya koyduğu tutumun da olumlu yada olumsuz olmasına neden

4: [http://acikders.hacettepe.edu.tr/dersler/BTO307\\_BTO212.html](http://acikders.hacettepe.edu.tr/dersler/BTO307_BTO212.html) (Erişim tarihi: 21.05.2016)

olur (Odabaşı ve Barış, 2011). Bireylerin geliştirdikleri tutumların çevresel adaptasyonu kolaylaştıran bir sistem olmasının yanı sıra bireylerin çevrelerine olan davranışlarını da olumlu yada olumsuz yönde etkilediği de öne sürülmektedir. Bu yüzden tutumları değerlendirme birçok alan ve durum için önemlidir (Baysal ve Tekarslan, 1996).

Yapılan birçok araştırmada belirtildiği gibi dil ve konuşma terapisine ebeveynler katılımı önemli değer taşır. Müdahale sürecinin daha etkili ve verimli olabilmesi, ebeveynlerin terapiye katılımlarının sağlanması ve devamlılığı için ebeveynlerin dil ve konuşma terapisine yönelik tutumlarının bilinmesi gerekmektedir.

### **1.7. Dil ve Konuşma Bozukluklarında Öğretmen/Ebeveyn Tutumu**

Ebeveyn ve öğretmenlerin dil ve konuşma müdahale programlarına yönelik tutumlarının bilinmesi programın etkililiğini, verimliliğini artırmak ve süreci kısaltmak için çok önemlidir. Ebeveynlerin müdahale sürecine katılımını ve öğretmenlerin işbirliğinin devamlılığını sağlamak için tutumlarının bilinmesinin önem taşır (Çelebi, 2005).

Bu çalışmaya alt yapı oluşturması için daha önce ebeveynlerle gerçekleştirilen bazı tutum çalışmaları incelenmiştir. Keilmann ve arkadaşları (2004) dil ve konuşma terapisti alan çocukların ebeveynlerinin haftada bir gün, bir saat süren müdahalenin sonuçlarından ve terapistin mesleki bilgisinden memnun olduklarını belirtmiştir. Yapılan bir başka araştırmada dil ve konuşma terapisti alan okulöncesi çocukların ebeveynlerinin terapilere yönelik düşünce ve algılarının belirlenmiştir (Glogowska ve Campell 2000). Ebeveynlerin DKB müdahale sürecine katılımları hakkında olumlu tutuma sahip oldukları ve müdahalenin önemli olduğunu düşündüklerini ortaya konmuştur. Çelebi (2005) ebeveynlerin terapiler sırasında yapılan etkinlikler hakkında bilgilendirilmekten ve hizmet kalitesinden memnun oldukları yönünde bir tutum gösterdiklerini belirlemiştir. Law (2000) ebeveynlerin birçoğunun DKB'nin taraması, değerlendirmesi ve terapisti için yüksek motivasyonu olduğunu ama uygulama kısmında bu motivasyonu devam ettiremeyerek sorumluluklarını yerine getiremediklerini ortaya koymuştur. Ebeveynler her ne kadar sorumluluklarını tamamıyla yerine getirmese de çocuklarının DKB yönelik terapi desteği alması ve bu terapilerdeki hizmet kalitesi yönünden oldukça olumlu tutuma sahiptirler.



Reid ve arkadaşları (1995) ebeveynlerin bir kısmının bireysel, diğer bir kısmının grup terapilerini tercih ettikleri öne sürmüşlerdir. Ebeveynlerin çoğunluğunun ortak olan en önemli sorununun çocuklarının DKB'nun devam etmesi durumunda çocuklarının geleceğe yönelik endişeleri olmasıdır. Carroll (2010) ebeveynlerin DKB olan çocukları için bireysel terapi mi grup terapisi mi tercih ettiklerini ve terapilerin okul ortamında mı yoksa klinik ortamında mı olmasını istediklerini araştırmıştır. Bunun sonucunda ebeveynlerin bir kısmının kararsız olduklarını, bir kısmının ise olumlu görüşe sahip olduğunu belirlemiştir. Hem bireysel hem de grup terapisi desteği alan ebeveynler büyük bir kısmı bir tercih durumunda bireysel terapiyi tercih edeceklerini bildirmişlerdir. Sadece grup terapisi desteği alan ebeveynler bireysel terapilerin destekleyici olarak grup terapilerine eklenmesi yönünde görüş bildirmişlerdir. Carroll (2010) ayrıca ebeveynlerin klinik ortamda gerçekleşen terapileri okul ortamında gerçekleşen terapilere göre daha çok tercih ettiği ve daha çok güvendiğini belirtmiştir.

Öğretmenlerle gerçekleştirilen tutum çalışmaları da incelenmiştir. DKB yönelik öğretmenin algısı ve tutumu çocuğun akademik, sosyal ve duygusal gelişimini olumlu yönde etkileyebileceği gibi olumsuz yönde de etkileyebilir. Öğretmenler ile gerçekleştirilen DKB tutum çalışmalarının birçoğunda, özellikle sınıf öğretmenlerinin DKB yönelik algılarının olumsuz yönde olduğu ve tutumlarının nasıl olması gerektiği yönünde bilgilerinin de kısıtlı olduğu görülmektedir (Nungesser ve Watkins, 2005). Türköz (2004) öğretmenlerin kekeleyen öğrenci ve ebeveynlerine yönelik olumlu tutum eğiliminde oldukları belirlemiştir. Aynı çalışmada öğretmenlerin kekemeliğin çocukta duygusal anlamda olumsuz etkiler yaratabileceğini düşündüklerini de belirtilmiştir. Öğretmenlerin olumsuz düşüncesinin kekemelik hakkındaki bilgi eksikliklerinden kaynaklandığı da ayrıca bu çalışmada belirtilmiştir (Türköz, 2005). Maviş ve arkadaşları (2005) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise okulöncesi ve ilköğretim öğretmenlerinin DKB yönelik görüşleri belirlenmiştir. Çalışmada toplam 61 katılımcı yer almıştır ve DKB yönelik tutumları incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda öğretmenlerin zihinsel engeli, genetik ve psikolojik faktörleri DKB'nın temel nedenleri olarak gördüğü ortaya çıkmıştır. Katılımcılar DKB olan çocukların akademik ve sosyal başarısıyla ilgili ise bu çocukların zamanı gelince okula gidebileceği, okuma yazma öğrenebileceği fakat daha ilerleyen süreçlerde bu bozuklukların öğrenme güçlüğüne dönüşerek çocuğun akademik ve iş hayatını olumsuz etkileyebileceği konusunda kararsız bir tutum sergilemişlerdir. Son olarak ise öğretmenlerin DKB yönelik terapi

gereksinimine, yararına inandıkları ve bilgilendirmenin ve işbirliğinin gerekli olduğuna inandıkları yönde bir tutum sergiledikleri belirtilmiştir (Maviş, Toğram ve Akyüz-Toğram, 2005).

Maviş ve arkadaşları (2005) tarafından öğretmenler ile gerçekleştirilen çalışma bir kaç yıl sonra Toğram ve Maviş (2009) tarafından geliştirilerek ve genişletilerek dil ve konuşma terapistlerinin, öğretmenlerin ve ailelerin DKB olan çocukların akademik ve sosyal başarısı, terapi gereksinimleri ve DKB nedenleri/terapi eksikliklerine yönelik tutumlarını incelemek amacı ile yenilenmiştir. Genel olarak çalışmanın bulgularına bakıldığında tüm katılımcı gruplarının DKB olan çocukların akademik ve sosyal başarılarına ilişkin kararsız bir tutuma sahip oldukları görülmektedir. Biraz daha detaylı bakılacak olursa ailelerin akademik ve sosyal başarı bölümündeki anket maddelerine katıldıkları yalnız iki madde vardır; “çocuk uygun yaşa geldiğinde okula gider” ve “çocuğun konuşma sorunu okul hayatını/derslerini olumsuz etkiler”. Aileler geriye kalan tüm akademik/sosyal başarı maddelerinde kararsızlıklarını bildirmişlerdir, katılmadıkları hiçbir anket maddesi olmamıştır. Aileler dil/konuşma terapilere yönelik kısımda ise daha çok maddeye katılım göstermişlerdir ve yalnız dört maddeye farklı cevap vermişlerdir. Bunlardan ikisinde kararsız tutum sergilemişleridir. Ailelerin kararsız tutum sergiledikleri maddeler; “çocuğun derslerindeki başarısızlığının nedeninin konuşma sorunu olup olmadığı” ve “çocuğa bireysel veya grup terapilerinin yararlı olup olmayacağı”. İki maddeye de ailelerin katılmadığı görülmektedir. Bu iki madde ise; “konuşma sorunlu çocuğun kendi başına sorununun üstesinden gelebileceği” veya “çocuğun konuşma bozukluğunun geçmesi için ilaç kullanması gerektiğine”. Çalışmanın öğretmenlerle ilgili bulgular daha detaylı incelendiğinde akademik/sosyal başarı maddelerinden sadece “çocuk uygun yaşa geldiğinde okula gider” maddesine olumlu tutum bildirdikleri, diğer maddelerdeki tutumlarının kararsız olduğu görülmektedir. Dil/konuşma terapilerine yönelik maddelerde ise sadece dört madde de olumsuz tutum bildirmişlerdir. Bu maddeler ise; “çocuk konuşmadığı için okuma-yazma öğrenemez”, “konuşma sorunundan ötürü çocuk okuldaki sosyal etkinliklere katılamaz”, “konuşma sorununun için ilaç kullanılmalı” ve “terapi almaksızın çocuk konuşma sorununun üstesinden gelebilir”. Öğretmenler terapilerin uygulanış şekline yönelik maddelerde ise genellikle kararsız tutum sergilemişlerdir. Çalışmanın ikinci kısmında katılımcıların DKB nedenleri ve eksikliklerine yönelik bilgileri incelenmiştir. Bunun sonucunda ailelere göre DKB başlıca nedenleri sosyal-öğrenme, genetik ve

beyin hasarına bağlı faktörlerdir. Öğretmenlerin sıralaması aileler ile büyük miktarda uyum gösterse de ailelerin en önemsiz faktör olarak sıraladığı psikolojik faktörün öğretmenlerin sıralamasında başlıca nedenler arasında yer alması göze çarpan bir farklılıktır. Terapi eksikliklerine yönelik bilgilerin sıralanmasında ailelere göre başlıca eksiklik nedenleri önem, kaynak ve zamanken, öğretmenlere göre başlıca eksiklik nedenleri yine zaman ve önemken, ailelerden farklı olarak kaynak yerine para faktörü başlıca nedenler arasına konmuştur (Toğram ve Maviş, 2009).

Öğretmen ve ebeveynlerin DKB tutumları, yaklaşımları hakkında daha önce birçok araştırma yapılmıştır. Son olarak yapılan araştırmaların birkaçına yer verilmiştir. Birçok araştırma konuşma sesi bozukluğu olan çocukların tipik geliştirmekte olan akranlarına göre daha fazla sosyal ve akademik zorlukla karşılaştığını göstermiştir (McCormack, McLeod, McAllister ve Harrison, 2009). Çoğu araştırmada, öğretmenlerin birçoğunun algısal değerlendirmesine göre konuşma sesi bozukluğu olan çocukların okuldaki hem sosyal hem de eğitimsel katılımını olumsuz yönde etkilediği sonucuna varılmıştır (Bennett ve Runyan, 1982; Ebert ve Prelock, 1994; Overby, Carrell, ve Bernthal, 2007; Sadler, 2005, aktaran McLeod, Daniel, ve Barr, 2012). Çocuğun bir bağlamda konuşma sesi bozukluğu ile alakalı yaşadığı bir deneyim bir başka bağlamdaki tutumunu da olumlu veya olumsuz etkileyebildiği ortaya çıkmıştır (McLeod, Daniel ve Barr, 2012).

Bir başka araştırmada öğretmen tutumlarının öğrencilerin performansını hem olumlu hem de olumsuz etkileyebileceği belirtilmiştir (British Stammering Association, 2006, aktaran Pachigar, Stansfield, ve Goldbart, 2011). Öğretmenler ile yapılan diğer çalışmalara göre ise kekemeliği olan bireyler endişeli, içine kapanık, utangaç gergin ve kendini bilen bireyler olarak algılanmaktadır (Ruscello, Lass, Schmitt, ve Pannbacker, 1994; Rustin, Cook, Botteril, Hughes, ve Kelman, 2001, aktaran Pachigar, Stansfield, ve Goldbart, 2011). Davis, Howell ve Cook (2002) kekemeliği olan çocukların akranları arasında yüksek sosyal statüye sahip olma olasılığının daha az olduğu ve diğer çocuklar tarafından zorbalığa karşı daha savunmasız kabul edildiğini öne sürmüşlerdir. Hugh-Jones'a (1999) göre ise öğretmenin kekemeliğe karşı tutumunun öğretmenin zorbalık yönetimini de olumlu yada olumsuz yönde etkiler.

Kekemeliğe karşı ebeveynlerin tutumları çocuğun sağlıklı iletişim kurabilmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Küçük çocukların benlik saygısı, kendi ebeveynleri ve çevreleri tarafından kabul edilip edilmediğine önemli miktarda bağımlıdır (Özdemir, St.

Louis ve Topbaş, 2011). Kekemeliği olan bireylerin, kekemelikleriyle başa çıkabilmeleri için aile ilişkileri önemlidir. Ebeveynlerin çocuklarına karşı olumlu tutum sergilemeleri kekemeliği olan bireylerin geliştirdiği düşük benlik saygısı, utanma ve/veya mahcubiyet gibi olumsuz duyguların oluşma olasılığını en aza indirmektedir (Yaruss ve Quesal, 2004). Kekemeliğe karşı ebeveyn tutumunda, cinsiyet, eğitim düzeyi ve ebeveynin kekemeliğin etiyojisi bilgisi arasında son derece anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ebeveynlerin kekemeliğin doğası hakkında sınırlı bilgiye sahip olması onların kekemeliği anlamasını ve buna tolerans göstermelerini güçleştirdiği öne sürülmektedir. Kekemelik farkındalığı öğretmenler, genel kamuoyu ve dil ve konuşma terapistleri gibi sağlık uzmanları tarafından artırılmasının önemini altı çizilmektedir (Safwat ve Sheikhan, 2014).

### **1.8. Çalışmanın Amacı**

Ebeveynlerin ve öğretmenlerin dil ve konuşma bozukluklarına yönelik tutum ve görüşlerinin belirlenen değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının ortaya konması bu çalışmanın genel amacını oluşturmaktadır. Bu amaca ulaşabilmek için aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

### **1.9. Araştırma Soruları**

1. Öğretmen ve ebeveynlerin konuşma bozukluğu olan çocuklarla ilgili anket maddelerine verdikleri yanıtlar nasıldır?
2. Öğretmen ve ebeveynlerin dil ve konuşma bozukluklarının nedenleri ve terapi eksikliklerine yönelik bilgilerinin sıralanmasına ilişkin verdiği yanıtlar nasıldır?
3. Sınıfında konuşma bozukluğu olan ve olmayan öğretmenlerin akademik/sosyal başarıları ve terapi gereksinimlerine yönelik tutumları farklılık göstermekte midir?
4. Konuşma bozukluğu olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin akademik/sosyal başarıya ve terapi gereksinimlerine yönelik tutumları farklılık göstermekte midir?
5. Öğretmenlerin ve ebeveynlerin konuşma bozukluğu olan çocuklarla ilgili anket maddelerine verdikleri yanıtlar yaşa göre farklılaşmakta mıdır?

6. Ebeveynlerin konuşma bozukluğu olan çocuklarla ilgili anket maddelerine verdikleri yanıtlar eğitim sürelerine göre farklılaşmakta mıdır?
7. Ebeveynlerin konuşma bozukluğu olan çocuklarla ilgili anket maddelerine verdikleri yanıtlar çocuklarının eğitim düzeylerine göre farklılaşmakta mıdır?
8. Ebeveynlerin konuşma bozukluğu olan çocuklarla ilgili anket maddelerine verdikleri yanıtlar konuşma bozukluğu olan çocuklarının tanısına göre farklılaşmakta mıdır?
9. Öğretmenlerin konuşma bozukluğu olan çocuklarla ilgili anket maddelerine verdikleri yanıtlar hizmet sürelerine göre farklılaşmakta mıdır?
10. Öğretmenlerin konuşma bozukluğu olan çocuklarla ilgili anket maddelerine verdikleri yanıtlar branşlarına göre farklılaşmakta mıdır?

### **1.10 Çalışmanın Önemi**

Dil ve konuşma bozukluklarının müdahale sürecine ebeveyn ve öğretmen katılımının önemi Türkiye’de ve uluslararası alanyazında yapılan çalışmalar ile vurgulanmıştır. Ayrıca birçok başka çalışma ebeveyn/öğretmen katılımının etkili ve sürekli olabilmesi için dil ve konuşma bozukluklarına yönelik ebeveyn/öğretmen tutumlarının bilinmesi gerekliliğini belirtmiştir. Türkiye ve birçok başka ülkede bu tutumların belirlenebilmesi için çalışmalar yapılmış olsa da KKTC’de buna yönelik bir çalışma yapılmamıştır; bu ise çalışma önemini oluşturmaktadır.

### **1.11. Sınırlılıklar**

1. Basım hatasından dolayı ebeveyn anketlerinde ‘Konuşma Sorununa İlişkin Yeterlilikler: Terapi Eksikliklerine İlişkin Bilgileri Sıralanması’ kısmındaki son madde olan “Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması kaynak (terapist/merkez) eksikliğinden kaynaklanır” maddesi yer almamıştır. Bu nedenden dolayı anketin bu kısmında önemli bir sınırlılık vardır.
2. Konuşma bozukluğu olmayan katılımcı grup için bakanlık izninin (Ek 3) sadece Lefkoşa Bölge Okulları için olması ve konuşma bozukluğu olan katılımcı grubu için ise katılımcı desteği alınan merkezin Lefkoşa’da yer alması farklı

kesimlerden veri toplanmasını kısıtlamıştır. Bu da çalışmanın bir başka sınırlılığıdır.

3. Literatürdeki bir çok çalışmanın dil bozukluklarını ve konuşma bozukluklarını birlikte içermesi ve bu çalışmanın sadece konuşma bozukluklarını içermesi bulguların karşılaştırılması açısından sınırlılık oluşturmaktadır.
4. Konuşma bozukluklarından sadece kekemelik ve sesletim bozukluklarına sahip çocukların ebeveyn/öğretmenlerine ulaşılmış olması bu çalışmanın sınırlılıklarından biridir.

## 2. YÖNTEM

Bu bölümde araştırma modeli, katılımcılar, verilerin toplanması, ve veri analizi ile ilgili bilgiler bulunmaktadır.

### 2.1. Araştırma Modeli

KKTC, Lefkoşa bölgesinde konuşma bozukluğu olan ve olmayan çocukların ebeveyn ve öğretmenlerinin konuşma bozukluklarına yönelik tutum ve bilgilerinin belirlenmesini amaçlayan bu araştırma; anket aracılığıyla verilerin toplandığı betimsel araştırma modeli kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

### 2.2. Katılımcılar

Bu çalışmada konuşma bozukluğu olan ve olmayan çocukların öğretmen ve ebeveynleri yer almaktadır. Konuşma bozukluğu olmayan çocukların öğretmenleri KKTC Milli Eğitim ve Kültür Bakanlığı'na bağlı ilköğretim ve okulöncesi eğitim kurumlarında görev yapanlardan uygunluk örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Konuşma bozukluğu olmayan gruptaki ebeveynler ise yine bu okullarda eğitim gören çocukların ebeveynleri arasından uygunluk örnekleme seçilmiştir. Çalışmanın sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için KKTC Milli Eğitim ve Kültür Bakanlığı'ndan izin alınmıştır (Ek 3). Konuşma bozukluğu olan çocuklarla ilişkili öğretmen ve ebeveyn katılımcıları ise, Lefkoşa'da Marmara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ve Dil ve Konuşma Bozuklukları Merkezinde terapi alan veya daha önce almış olan çocukların ebeveyn ve öğretmenlerinden oluşturulmuştur.

Tüm katılımcı grupların çalışmanın amacı, önemi ve işleyişi hakkında bilgi sahibi olabilmesi, herhangi bir ihtiyaç durumunda rahatça araştırmacıya ulaşabilmeleri için hazırlanan 'katılımcı bilgilendirme formu' (Ek 4) anketlerle birlikte tüm katılımcılara ulaştırılmıştır.

Araştırmanın toplam katılımcı sayısı 191'dir. 91 ebeveyn katılımcının 34'ü konuşma bozukluğu olan, 57'si olmayan çocukların ebeveynleridir. 100 öğretmen katılımcının 64'ü konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunan, 36'sı bulunmayan

öğretmenlerdir. Ebeveynlerin demografik bilgileri Tablo 2.1.'de, öğretmenlerin demografik bilgileri ise Tablo 2.2.'de verilmiştir.

**Tablo 2.1. Ebeveynlerin Demografik Bilgileri (n=91)**

		KB VAR	KB YOK	Toplam
Ebeveyn	Anne	25	37	62
	Baba	9	20	29
Yaş Aralığı	20-30	4	6	10
	31-50	24	50	74
	51+	6	1	7
Eğitim Süresi	Lise Mezunu ve Altı	15	20	35
	Üniversite ve Üstü	19	37	56
Çocuğun Cinsiyeti	Kız	7	24	31
	Erkek	27	33	60
Çocuğun Eğitimi	Okulöncesi	12	9	21
	Okul Çağı	22	48	70
Konusma Bozukluğu Varsa (n=34)	DK Terapisi			
		Alıyor	34	
		Almıyor	0	
	Tanısı	Sesletim	25	
		Kekemelik	9	
Terapi Süresi	6 ay ve Altı	24		
	7 ay ve Üstü	10		

\*KB: Konuşma Bozukluğu, DK: Dil ve konuşma

Tablo 2.1. incelendiğinde çalışmaya katılan ebeveyn sayısı 91'dir. Bunların 62'si anne, 29'u babadır. Yaş aralıklarına bakıldığında katılımcıların çoğunluğu 31-50 aralığındadır (n=74). Katılımcıların eğitim sürelerine bakıldığında 35'i lise mezunu veya daha düşük bir eğitim düzeyine, 56'sı üniversite mezunu veya daha yüksek bir eğitim düzeyindedir. Katılımcıların çocukları ile ilgili bilgiler incelendiğinde 31'i kız, 60'ı erkek iken 21'i okulöncesi, 70'i okul çağındadır. Konuşma bozukluğu olan 34 çocukla ilgili bulgulara göre çocukların hepsinin bozukluğu uzman bir dil ve konuşma terapisti tarafından tanılanmış ve bozukluğa yönelik konuşma terapisi almıştır. Bu çocukların 25'inin sesletim, 9'nun kekemelik bozukluğu vardır. Son olarak çocukların 24'ü 6 ay veya daha kısa bir süredir terapi alırken 10'u 7 ay veya daha uzun bir süredir terapi almaktadır.



**Tablo 2.2. Öğretmenlerin Demografik Bilgileri (n=100)**

		K.B. VAR	K. B. YOK	Toplam
Cinsiyet	Kadın	45	22	67
	Erkek	19	13	33
Yaş Aralığı	20-30	10	6	16
	31-50	42	20	62
	51+	12	10	22
Hizmet Süresi	1-5 Yıl	8	5	13
	6-15 Yıl	12	7	19
	16+ Yıl	44	24	68
Öğretmenin Branşı	Okul öncesi	18	5	23
	Okul Çağı	46	31	77
Konusma Bozukluğu Varsa	Çocuğun Cinsiyeti	Kız	25	
		Erkek	39	
	Çocuğun Eğitimi	Okul Öncesi	28	
		Okul Çağı	35	
	D. K. Terapisi	Alıyor	46	
		Almıyor	18	
	Alıyorsa Tanısı	Biliyorum	28	
		Bilmiyorum	36	
	Tanısı	Sesletim	19	
		Kekemelik	9	
Doğru Yönlendirme	Yapabilirim	49	23	72
	Emin Değilim	13	10	23
	Yapamam	2	3	5

\*K.B.: Konuşma Bozukluğu, D.K.: Dil ve konuşma

Tablo 2.2. incelendiğinde çalışmaya katılan öğretmen sayısının 100 olduğu görülmektedir. Öğretmenlerin 67'si kadın, 32'si erkektir. Ebeveynlerde olduğu gibi öğretmenlerde de en çok 31-50 yaş aralığında katılımcı bulunmaktadır (n:62). Hizmet süresinde en çok katılımcı 16+ yıl kategorisindedir (n:68). Öğretmenlerin 23'ü okulöncesi, 77'si ise okul çağı seviyesinde görev yapmaktadır. 100 öğretmenin 64'nün sınıfında daha önce konuşma bozukluğu olan bir öğrencisi bulunmuştur. Bu öğretmenlerin konuşma bozukluğu olan çocuklarla ilgili verdikleri yanıtlara göre bu çocukların 25'i kız, 39'u erkek ve 28'i okulöncesi, 35'i okul çağındadır. Öğretmenlerin yanıtlarına göre çocukların 46'sı dil ve konuşma terapisi alıyorken 18'i terapi

almamaktadır. Öğretmenlerin 28'i çocukların tanısını bilirken 36'sı tanıyı bilmemektedir. Tanıyı bilen 28 öğretmenin yanıtlarına göre çocukların 19'unun sesletim, 9'nun kekemelik tanısı vardır. Son olarak öğretmenlerin DKB olduğundan şüphelendikleri bir öğrenciyi doğru yönlendirip yönlendiremeyeceği ile ilgili demografik bilgilere bakıldığında ise öğretmenlerin 49'u doğru yönlendirme yapabileceğini, 13'ü emin olmadıklarını ve 2'si doğru yönlendirme yapamayacağını söylemiştir.

### 2.3. Katılımcı Ölçütleri

Araştırmanın katılımcıları, ölçüt bağımlı örneklem seçimi uygulanarak belirlenmiştir.

Ebeveynlerin çalışmaya katılım kriterleri;

- Anadili Türkçe olması,
- 20 yaşından büyük olması,
- Çocuklarının okulöncesinde yada okul çağında olması,
- Konuşma bozukluğu olan gruptaki ebeveynlerin çocuklarını tanısının konuşma bozukluğu olması,
- Tanının uzman bir dil ve konuşma terapisti tarafından konmuş olması.

Ebeveynlerin çalışmaya dahil edilmeme kriterleri;

- 11 yaşından büyük çocukların ebeveynleri olunması,
- Tanının dil bozukluğu olması,
- Tanının herhangi bir dil ve konuşma terapisti tarafından konmamış olması,

Öğretmenlerin çalışmaya katılım kriterleri;

- Anadili Türkçe olması
- En az 4 yıllık bir öğretmenlik programından mezun olmuş olması ve şu ana halihazırda öğretmenlik yapıyor olması
- Okulöncesinde veya okul çağında görev yapıyor olması.
- Okul çağı öğretmenlerin sınıf öğretmeni olması
- Konuşma bozukluğu tanısının çalışmaya dahil edilebilmesi için öğrencinin uzman dil ve konuşma terapisi olması

Öğretmenlerin çalışmaya dahil edilmeme kriterleri;

- 11 yaşından büyüklere eğitim veren öğretmenler çalışmaya dahil edilmemiştir.
- Branş öğretmeni olması

Bu ölçütleri karşılamayan bireyler araştırma sürecine dahil edilmemiştir.

#### **2.4. Veri Toplama Aracı**

Çalışmanın amacına ulaşırken geçerlilik ve güvenilirliğini mümkün olan en üst seviyede tutabilmek için yeni bir anket oluşturmak yerine daha önce kullanılan bir anketin kullanılması uygun bulunmuştur. Toğram ve Maviş (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışmada kullanılan anket amaca uygun bulunmuş ve veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Anket “Dil ve Konuşma Bozukluklarına Farkındalık- Öğretmen Anketi” (Ek 1) ve “Dil ve Konuşma Bozukluklarına Farkındalık- Ebeveyn Anketi” (Ek 2) olarak iki şekilde hazırlanmıştır. Dil ve Konuşma Bozukluklarına Yönelik Tutum ve Bilgi Anketi’ne (Toğram ve Maviş, 2009) ek olarak yalnızca araştırmanın amacına uygun olarak bazı eklemeler yapılmıştır. Öncelikle katılımcıların işini kolaylaştırmak için anket bölünerek öğretmenler için ayrı ebeveynler için ayrı olmak üzere anketin iki ayrı versiyonu oluşturulmuştur. Önem sıralama bölümlerinde netleştirmek için önem derecelendirme bilgisi (1 en önemsiz, 6 en önemli) eklenmiştir. Son olarak konuşma sorunu derken katılımcılarla aynı perspektife sahip olabilmemiz için konuşma sorununun tanımı anketin alt kısmına eklenmiştir.

Anketlerin ilk bölümü katılımcıların ve ilişkili oldukları çocukların demografik bilgilerini elde etme amaçlı hazırlanmıştır. Her iki anket versiyonunun ‘Konuşma Sorunlu Çocuğun Akademik/Sosyal Geleceğine ve Terapisine Yönelik Düşünceler’ kısmında konuşma bozukluğu olan çocukların akademik ve sosyal başarı ve becerileri ile ilgili 10 madde ve konuşma terapisi gereksinimleri hakkında 10 madde olmak üzere toplam 20 tutum maddesi vardır. Tutum maddelerinin kolay değerlendirilebilmesi ve nicel veri elde edebilmek için Likert tipinde beşli derecelendirme ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçekteki derecelendirmeler “kesinlikle katılmıyorum (1)”, “katılmıyorum (2)”, “kararsızım (3)”, “katılıyorum (4)”, “kesinlikle katılıyorum (5)” şeklindedir. Yani bir başka deyişle bu kısımda puan arttıkça katılımcıların tutumları olumluya doğru gitmektedir.

‘Konuşma Sorununa Yönelik Düşünceler’ bölümü konuşma bozukluklarının nedenlerine ilişkin 6 maddeyi içerir ve katılımcılardan bu maddeleri kendi öncelik ve düşüncelerine göre önem sırasına koymaları beklenmiştir. Anketin son kısmı olan ‘Konuşma Sorununa İlişkin Yeterlilikler’ kısmında terapi eksikliklerine ilişkin bilgileri elde etmeyi amaçlayan 6 madde vardır. Buradaki maddelerde tıpkı bir önceki bölümde olduğu gibi katılımcılardan maddeleri kendi öncelik ve düşüncelerine göre önem sırasına koymaları beklenmiştir. Buradaki tek fark katılımcıların sıralama yaparken KKTC normlarını, gerçeklerini de göz önünde bulundurmaları istenmiştir.

## **2.5. Verilerin Toplanması**

Anketler konuşma bozukluğu olan çocuk grubu için KKTC’de Marmara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon & Dil ve Konuşma Bozuklukları Merkezinde terapi öncesinde ebeveynlere elden verilmiştir. Öğretmenlere de iletmeleri için öğretmen anketi de ebeveynlere verilmiştir. Anketlerin geri dönüşü elden olarak merkeze yapılmıştır. Konuşma bozukluğu olmayan çocuk grubu için de anketler uygunluk örneklemiyle seçilen okullardaki öğretmenlere elden verilmiştir. Bu gruptaki ebeveynlere iletilmesi için ebeveyn anketi öğretmene verilmiştir. Geri dönüşler ebeveynler tarafından öğretmenlere yapılmış ve tüm anketler öğretmenler tarafında araştırmacıya elden iletilmiştir. Ebeveynlerden sadece biri (anne veya baba), öğretmenlerden ise sadece sınıf öğretmenleri anketi doldurmuştur. Veri analiz kısmı için katılımcılardan anketi eksik dolduranların, çocuklarının konuşma bozukluğu olduğunu düşündüğü ama bir dil ve konuşma terapisti tarafından tanılanmamış, ebeveynlerin verileri çalışmaya dahil edilmemiştir.

Toplam 250 anket ebeveyn ve öğretmenlere iletilmiştir. Bu anketlerden 204’ü araştırmacıya geri dönmüş olup anketlerin geri dönüş oranı %81.6’dır. Bu anketlerin 13’ü eksik bilgi olduğu ve/veya yanlış doldurulduğu için kullanılmamıştır. Çalışmada kullanılmayan anketlerin oranı ise %6.37’dir.

Veri toplanma süreci dahil olmak üzere tüm çalışma sürecinde katılımcıların haklarının korunması, araştırmanın niteliklerinin uygunluğu gibi konular için araştırma sürecine başlamadan önce etik kurul onayı alınmıştır (Ek 5).

## 2.6. Veri Analizi

Toplam 191 adet katılımcıdan elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 23 (SPSS Inc., Chicago, IL. U.S.A.) istatistik paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler için aritmetik ortalama  $\pm$  standart sapma yöntemi kullanılmıştır. KKTC’de konuşma bozukluğu olan ve olmayan çocukların ebeveyn ve öğretmenlerinin konuşma bozukluklarına yönelik tutum ve bilgilerine ilişkin verilerin dağılımı Kolmogorov- Smirnov testi ile incelenmiş ve verilerin normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. İstatistiksel analizler parametrik testler kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Konuşma bozukluğu olan ve olmayan çocuğa/öğrenciye sahip ebeveyn ve öğretmenlerin tutumlarının farklılığına, katılımcıların eğitim durumuna ve çocukların eğitim düzeyine, konuşma bozukluğunu tanısına, öğretmenlerin branşına göre farklılığın incelenmesine ilişkin analizler bağımsız iki örneklem t testi ile gerçekleştirilmiştir. Ebeveyn ve öğretmenlerin tutumlarının yaş, öğretmenlerin hizmet süresine göre farklılığına ilişkin analizler tek yönlü varyans analizi ANOVA aracılığıyla yapılmış sonucunda farklılık olması durumunda hangi gruplar arasında farklılığın olduğunu belirlemek için Tukey HSD analizi kullanılmıştır.

### 3. BULGULAR

Araştırmanın genel amacı KKTC’de konuşma bozukluğu olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin ve öğretmenlerinin konuşma bozukluklarına yönelik tutum ve bilgilerinin belirlenmesidir. Bu bölümde, araştırmanın genel amacına ulaşmak için yanıt aranan soruların bulguları yer almaktadır.

#### 3.1. Öğretmenlerin ve Ebeveynlerin Konuşma Bozukluğu Olan Çocuklarla İlgili Anket Maddelerine Verdikleri Yanıtların Ortalamaları

Öğretmenlerin konuşma bozukluğu olan çocuklarla ilgili anket maddelerine verdikleri yanıtların ortalamaları Tablo 3.1.’de verilmiştir. Ebeveynlerin bu bölümdeki bulguları ise Tablo 3.2.’de verilmiştir.

**Tablo 3.1.** *Öğretmenlerin Konuşma Bozukluğu Olan Çocuklarla İlgili Anket Maddelerine Verdikleri Yanıtların Ortalaması*

	K. B.	Sayı	Orta- lama	SS	Std. Error Mean
<b>Akademik/Sosyal Başarıya Yönelik Tutumlar</b>					
1. Konuşma sorunlu çocuk uygun yaşa geldiğinde okula gider.	Var	64	4.42	1.04	.13
	Yok	36	4.08	1.18	.20
2. Çocuk konuşmadığı için okuma-yazma öğrenemez.	Var	64	2.33	1.22	.15
	Yok	36	2.80	1.31	.22
3. Çocuğun konuşmama sorunu ilerde öğrenme güçlüğüne dönüşür.	Var	64	2.97	1.19	.15
	Yok	36	3.28	1.03	.17
4. Konuşma sorunlu çocuklar hiperaktif ve uyumsuz olurlar.	Var	64	1.73	1.00	.12
	Yok	36	3.02	1.04	.17
5. Çocuğun konuşma sorunu okul hayatını/derslerini olumsuz etkiler.	Var	64	3.25	1.10	.14
	Yok	36	3.64	0.83	.14
6. Çocuk konuşmasının bozuk olduğunu okulda fark eder.	Var	64	3.23	1.26	.16
	Yok	36	2.97	1.08	.18
7. Konuşma sorunlu çocukla okulda arkadaşları alay ederler.	Var	64	3.22	0.92	.11
	Yok	36	3.53	0.94	.16
8. Konuşma sorunlu çocuklar derslerde uyumsuz davranışlar sergiler.	Var	64	3.44	1.12	.14
	Yok	36	3.08	1.15	.19
9. Konuşma sorunlu çocuk okuldaki sosyal etkinliklere katılamazlar.	Var	64	1.89	0.91	.11
	Yok	36	1.94	0.92	.15

10. Çocuğun derslerindeki başarısızlığının nedeni konuşma sorunudur.	Var	64	2.48	1.11	.14
	Yok	36	3.03	1.05	.17
<b>Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumlar</b>					
11. Konuşma sorunlu çocuk kendi basına sorunun üstesinden gelebilir.	Var	64	3.43	1.32	.16
	Yok	36	1.89	1.14	.19
12. Terapiler klinik ortam yerine okul ortamında gerçekleşmelidir.	Var	64	3.05	1.03	.13
	Yok	36	2.83	1.11	.18
13. Öğretmenler terapi seanslarını gözlemelidir.	Var	64	3.20	1.01	.13
	Yok	36	3.25	1.15	.19
14. Terapistin, çocuğun terapileri konusunda öğretmene bilgilendirme yapması gereklidir.	Var	64	4.20	0.88	.11
	Yok	36	4.25	0.97	.16
15. Konuşma terapisi, çocuğun (varsa) diğer alanlardaki geriliklerini de olumlu yönde etkiler.	Var	64	3.89	0.91	.11
	Yok	36	4.25	0.77	.13
16. Çocuğun konuşma terapisine katılması için dersten ayrılması uygun değildir.	Var	64	4.48	1.08	.13
	Yok	36	4.39	1.10	.18
17. Konuşma sorunlu çocuk terapide öğrendiklerini gündelik yaşamında rahatlıkla kullanabilir.	Var	64	4.09	0.95	.12
	Yok	36	4.05	0.67	.11
18. Konuşma sorunlu çocuğa bireysel terapiler (grup eğitimine göre) daha yararlı olur.	Var	64	4.09	0.79	.09
	Yok	36	3.83	1.03	.17
19. Terapiler, çocuğun sorununa karşı olumlu tutum geliştirmesini sağlar.	Var	64	4.20	0.80	.10
	Yok	36	4.14	0.83	.14
20. Çocuğun konuşma bozukluğunun geçmesi için ilaç kullanması gerekir.	Var	64	2.01	0.91	.11
	Yok	36	2.11	0.85	.14

\*K.B.: Konuşma Bozukluğu

Öğretmenlerin konuşma bozukluğu olan çocuklarla ilgili anket maddelerine verdikleri yanıtların ortalama bulgularına göre akademik/sosyal başarıya yönelik tutumları içeren ilk on maddede hem sınıfta konuşma bozukluğuna sahip öğrencisi olan (X1) hem de olmayan (X2) öğretmenlerin verdikleri yanıtlara göre her iki grubunda hemfikir olduğu, en düşük ortalama “konuşma sorunlu çocuk okuldaki sosyal etkinliklere katılamazlar” maddesine aittir ( $X_1=1.89$ ,  $X_2=1.94$ ). Akademik/sosyal başarıya yönelik tutumları içeren ilk on maddedeki en yüksek ortalama ise yine hem sınıfta konuşma bozukluğuna sahip öğrencisi olan (X1) hem de olmayan (X2) öğretmenlerin verdikleri yanıtlara göre “konuşma sorunlu çocuk uygun yaşa geldiğinde okula gider” maddesidir ( $X_1=4.42$ ,  $X_2=4.08$ ).

Öğretmenlerin terapi gereksinimleri ile ilgili son on maddeye bakıldığında ise

yine hem sınıfında konuşma bozukluğu olan öğrencisi olan (X1) hem de olmayan (X2) öğretmenlerin verdikleri cevaba göre aynı maddenin en düşük ortalamaya sahiptir. “Çocuğun konuşma bozukluğunun geçmesi için ilaç kullanması gerekir” maddesi en düşük ortalamaya sahip olan maddedir ( $X_1=2.01$ ,  $X_2=2.11$ ). Tekrardan bu kısımdaki bulgular incelendiğinde, en yüksek ortalamaya bakıldığında ise “Çocuğun konuşma terapisine katılması için dersten ayrılması uygun değildir” maddesi en yüksek ortalaması olmaktadır ( $X_1=4.48$ ,  $X_2=4.39$ ).

**Tablo 3.2.** Ebeveynlerin Konuşma Bozukluğu Olan Çocuklarla İlgili Anket Maddelerine Verdikleri Yanıtların Ortalaması

	K. B.	sayı	Orta- lama	SS	Std. Error Mean
<b>Akademik/sosyal başarıya yönelik tutumlar</b>					
1. Konuşma sorunlu çocuk uygun yaşa geldiğinde okula gider.	Var	34	4.41	0.74	.13
	Yok	57	3.70	1.27	.17
2. Çocuk konuşamadığı için okuma-yazma öğrenemez.	Var	34	2.59	1.39	.24
	Yok	57	2.16	1.15	.15
3. Çocuğun konuşmama sorunu ilerde öğrenme güçlüğüne dönüşür.	Var	34	3.15	1.37	.23
	Yok	57	2.78	1.32	.17
4. Konuşma sorunlu çocuklar hiperaktif ve uyumsuz olurlar.	Var	34	2.91	1.31	.22
	Yok	57	3.54	1.09	.14
5. Çocuğun konuşma sorunu okul hayatını/derslerini olumsuz etkiler.	Var	34	3.79	1.17	.20
	Yok	57	3.12	1.18	.16
6. Çocuk konuşmasının bozuk olduğunu okulda fark eder.	Var	34	2.56	1.33	.23
	Yok	57	1.63	1.25	.16
7. Konuşma sorunlu çocukla okulda arkadaşları alay ederler.	Var	34	4.18	0.94	.16
	Yok	57	3.16	1.19	.16
8. Konuşma sorunlu çocuklar derslerde uyumsuz davranışlar sergiler.	Var	34	2.61	1.01	.17
	Yok	57	3.19	1.11	.15
9. Konuşma sorunlu çocuk okuldaki sosyal etkinliklere katılamazlar.	Var	34	3.73	1.42	.24
	Yok	57	3.81	1.04	.14
10. Çocuğun derslerindeki başarısızlığının nedeni konuşma sorunudur.	Var	34	2.56	1.37	.23
	Yok	57	2.68	1.20	.16
<b>Terapi Gereksinimleri</b>					
11. Konuşma sorunlu çocuk kendi basına sorunun üstesinden gelebilir.	Var	34	4.03	1.17	.20
	Yok	57	4.09	1.02	.13
12. Terapiler klinik ortam yerine okul ortamında	Var	34	3.23	1.33	.23



gerçekleşmelidir.	Yok	57	3.14	1.20	.16
13. Öğretmenler terapi seanslarını gözlemelidir.	Var	34	3.76	0.94	.16
	Yok	57	3.72	1.01	.13
14. Terapistin, çocuğun terapileri konusunda öğretmene bilgilendirme yapması gereklidir.	Var	34	4.18	0.63	.11
	Yok	57	4.24	0.78	.10
15. Konuşma terapisi, çocuğun (varsa) diğer alanlardaki geriliklerini de olumlu yönde etkiler.	Var	34	3.85	1.08	.18
	Yok	57	3.94	0.87	.11
16. Çocuğun konuşma terapisine katılması için dersten ayrılması uygun değildir.	Var	34	4.01	1.08	.18
	Yok	57	4.17	0.91	.12
17. Konuşma sorunlu çocuk terapide öğrendiklerini gündelik yaşamında rahatlıkla kullanabilir.	Var	34	4.15	0.92	.16
	Yok	57	4.17	0.68	.09
18. Konuşma sorunlu çocuğa bireysel terapiler (grup eğitimine göre) daha yararlı olur.	Var	34	4.32	0.53	.09
	Yok	57	3.82	0.91	.12
19. Terapiler, çocuğun sorununa karşı olumlu tutum geliştirmesini sağlar.	Var	34	4.35	0.64	.11
	Yok	57	4.28	0.77	.10
20. Çocuğun konuşma bozukluğunun geçmesi için ilaç kullanması gerekir.	Var	34	1.32	0.88	.15
	Yok	57	1.09	0.85	.11

\*K.B.: Konuşma Bozukluğu

Ebeveynlerin konuşma bozukluğu olan çocuklarla ilgili anket maddelerine verdikleri yanıtların ortalama bulgularına göre akademik/sosyal başarıya yönelik tutumları içeren ilk on maddede hem konuşma bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin (X1) hem de konuşma bozukluğu olmayan çocukların ebeveynlerinin (X2) verdikleri yanıtlara göre en düşük ortalama “Çocuk konuşmasının bozuk olduğunu okulda fark eder” maddesine aittir ( $X_1=2.56$ ,  $X_2=1.63$ ). Akademik/sosyal başarıya yönelik tutumları içeren ilk on maddedeki en yüksek ortalama ise konuşma bozukluğu olan çocukların ebeveynlerine ve konuşma bozukluğu olmayan çocukların ebeveynlerine göre farklılık göstermektedir. Konuşma bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin yanıtlarına göre en yüksek ortalama “konuşma sorunlu çocuk uygun yaşa geldiğinde okula gider” maddesine aittir ( $X=4.41$ ). Konuşma bozukluğu olmayan çocukların ebeveynlerinin yanıtlarına göre ise en yüksek ortalama “konuşma sorunlu çocuk okuldaki sosyal etkinliklere katılamazlar” maddesine aittir ( $X=3.81$ ).

Ebeveynlerin terapi gereksinimleri ile ilgili son on maddeye bakıldığında ise hem konuşma bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin (X1) hem de konuşma bozukluğu olmayan çocukların ebeveynlerinin (X2) verdikleri yanıtlara göre en düşük ortalama

“çocuğun konuşma bozukluğunun geçmesi için ilaç kullanması gerekir” maddesine aittir ( $X_1=1.32$ ,  $X_2=1.09$ ). Ebeveynlerin terapi gereksinimleri ile ilgili hem konuşma bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin ( $X_1$ ) hem de konuşma bozukluğu olmayan çocukların ebeveynlerinin ( $X_2$ ) son on maddeye verdikleri yanıtlara göre en yüksek ortalama “terapiler, çocuğun sorununa karşı olumlu tutum geliştirmesini sağlar” maddesine aittir ( $X_1=4.35$ ,  $X_2=4.28$ ).

### 3.2. Öğretmenlerin ve Ebeveynlerin Dil ve Konuşma Bozukluklarının Nedenleri ve Terapi Eksikliklerine Yönelik Bilgilerinin Sıralanması

Öğretmenlerin DKB nedenlerine yönelik sıralamasına ilişkin bulgular Tablo 3.3.'de ve terapi eksikliklerine yönelik bilgilerinin sıralanması ilişkin bulgular ise Tablo 3.4.'de verilmiştir. Ebeveynlerin DKB nedenlerine yönelik sıralamasına ilişkin bulgularda Tablo 3.5.'de ve terapi eksikliklerine yönelik bilgilerinin sıralanması ilişkin bulgular ise Tablo 3.6.'da verilmiştir. En son Tablo 3.7.'de ise sıralama kısmının genel bulgularına yer verilmiştir.

**Tablo 3.3.** Öğretmenlerin DKB Nedenlerine Yönelik Sıralaması

DKB Nedenleri	Değer	K.B Olan		K.B Olmayan	
		Frekans	%	Frekans	%
1. Konuşma bozukluğu çocuğa aileden geçer.	1	14	21.9	6	16.7
	2	13	20.3	5	13.9
	3	8	12.5	5	13.9
	4	8	12.5	7	19.4
	5	13	20.3	11	30.6
	6	8	12.5	2	5.6
2. Zihinsel yetersizlik konuşma bozukluğuna yol açar.	1	10	15.6	3	8.3
	2	6	9.4	7	19.4
	3	10	15.6	9	25.0
	4	12	18.8	5	13.9
	5	15	23.4	4	11.1
	6	11	17.2	8	22.2
3. Psikolojik sorunlar konuşma bozukluğuna yol açar.	1	4	6.3	5	13.9
	2	5	7.8	5	13.9
	3	15	23.4	6	16.7

	4	15	23.4	8	22.2
	5	13	20.3	9	25.0
	6	12	18.8	3	8.3
4. Konuşma bozukluğu, konuşmayı	1	3	4.7	5	13.9
sağlayan organlara ilişkin bir	2	3	4.7	4	11.1
bozukluktan kaynaklanır.	3	11	17.2	10	27.8
	4	14	21.9	4	11.1
	5	9	14.1	5	13.9
	6	24	37.5	8	22.2
5. Konuşma bozukluğu öğrenilerek	1	27	42.2	11	30.6
edinilir.	2	15	23.4	9	25.0
	3	7	10.9	3	8.3
	4	4	6.3	4	11.1
	5	7	10.9	0	0
	6	4	6.3	9	25.0
6. Konuşma bozukluğu beyin	1	12	18.8	3	8.3
hasarından kaynaklanır	2	10	15.6	3	8.3
	3	11	17.2	6	16.7
	4	7	10.9	9	25.0
	5	15	23.4	9	25.0
	6	8	12.5	6	16.7

\*K.B.: Konuşma Bozukluğu

Sınıfta konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunan öğretmenlerin DKB nedenlerine yönelik sıralamasına ilişkin bulguların frekansları ve yüzdeleri en çoktan en aza şu şekildedir; “konuşma bozukluğu çocuğa aileden geçer” maddesine en fazla verilen 1 değeridir (%21.9), 2 ve 5 değerleri eşit miktarda yanıt almıştır (%20.3), en az verilen değerler ise eşit miktarda yanıt alan 2,4 ve 6 değerleridir (%12.5); “zihinsel yetersizlik konuşma bozukluğuna yol açar” maddesine en fazla verilen 5 değeridir (%23.4), 4 değeri ikinci en fazla yanıt alan maddedir (%18.8), bunu 6 değeri takip ediyor (%17.2), 1 ve 3 değerleri ise eşit miktarda yanıt almıştır (%15.6), 2 değeri ise en az yanıt alan maddedir (%9.4); “psikolojik sorunlar konuşma bozukluğuna yol açar” maddesine verilen yanıtlara göre 3 ve 4 değerleri en fazla tercih edilen değerlerdir (%23.4), bulgular sırayla 5 değeri %20.3, 6 değeri %18.8, 2 değeri %7.8 olarak devam etmiştir, en az tercih edilen değer ise 1’dir (%6.3); “konuşma bozukluğu, konuşmayı sağlayan organlara ilişkin bir bozukluktan kaynaklanır” maddesine en fazla verilen 6 (%37.5), bulgular sırasıyla 4 değeri %21.9, 3 değeri %17.2, 5 değeri %14.1 olarak

devam etmiştir, 1 ve 2 değerleri ise eşit miktarda yanıt almış ve ez az yüzdeye sahiptirler (%4.7); “konuşma bozukluğu öğrenilerek edinilir” maddesine en fazla verilen 1 değeridir (%42.2), 2 değeri %23.4 ile ikinci en fazla yüzdeyi alan maddedir, 3 ve 5 değerleri ise eşit miktarda yanıt almıştır (%10.9), en düşük yüzdeye sahip olanlar ise 4 ve 6cı maddelerdir (%6.3); “konuşma bozukluğu beyin hasarından kaynaklanır” maddesinin yüzdeleri ise 5 değeri %23.4, 1 değeri %18.8, 3 değeri %17.2, 2 değeri %15.6, 6 değeri %12.5 ve 4 değeri %10.9 şeklindedir.

Sınıfta konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunmayan öğretmenlerin DKB nedenlerine yönelik sıralamasına ilişkin bulguların frekansları ve yüzdeleri en çoktan en aza şu şekildedir; “konuşma bozukluğu çocuğa aileden geçer” maddesi 5 değeri %30.6, 4 değeri %19.4, 1 değeri %16.7, 2 ve 3 değerleri %13.9, 6 değeri %5.6; “zihinsel yetersizlik konuşma bozukluğuna yol açar” maddesi 3 değeri %25.0, 6 değeri %22.2, 2 değeri %19.4, 4 değeri %13.9, 5 değeri %11.1, 1 değeri % 8.3; “psikolojik sorunlar konuşma bozukluğuna yol açar” maddesi 5 değeri %25.0, 4 değeri %22.2, 3 değeri %16.7, 1 ve 2 değerleri %13.9, 6 değeri %8.3; “konuşma bozukluğu, konuşmayı sağlayan organlara ilişkin bir bozukluktan kaynaklanır” maddesi 3 değeri %27.8, 6 değeri %22.2, 1 ve 5 değerleri %13.9, 2 ve 4 değerleri %11.1; “konuşma bozukluğu öğrenilerek edinilir” maddesi 1 değeri %30.6, 2 ve 6 değerleri %25.0, 4 değeri %11.1, 3 değeri %8.3, 5 %0.0; “konuşma bozukluğu beyin hasarından kaynaklanır” maddesi 4 ve 5 değerleri %25.0, 3 ve 6 değerleri %16.7, 1 ve 2 değerleri %8.3 şeklindedir.

**Tablo 3.4. Öğretmenlerin Terapi Eksikliklerine Yönelik Sıralaması**

Terapi eksiklikleri	Değer	K.B Olan		K.B Olmayan	
		Frekans	%	Frekans	%
1. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması bilgilenme eksikliğinden kaynaklanır.	1	7	10.9	6	16.7
	2	6	9.4	3	8.3
	3	13	20.3	7	19.4
	4	12	18.8	7	19.4
	5	8	12.5	7	19.4
	6	18	28.1	6	16.7
2. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması önem eksikliğinden kaynaklanır.	1	4	6.3	3	8.3
	2	9	14.1	4	11.1
	3	12	18.8	8	22.2
	4	14	21.9	6	16.7

	5	14	21.9	8	22.2
	6	11	17.2	7	19.4
3. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması eğitim eksikliğinden kaynaklanır.	1	5	7.8	0	0
	2	8	12.5	5	13.9
	3	10	15.6	3	8.3
	4	10	15.6	10	27.8
	5	15	23.4	11	30.6
	6	16	25.0	7	19.4
4. Konuşma sorunlu çocuğun uyum sorunu zaman eksikliğinden kaynaklanır.	1	24	37.5	12	33.3
	2	12	18.8	7	19.4
	3	14	21.9	4	11.1
	4	8	12.5	7	19.4
	5	2	3.1	1	2.8
	6	4	6.3	5	13.9
5. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması para eksikliğinden kaynaklanır.	1	8	12.5	4	11.1
	2	15	23.4	8	22.2
	3	10	15.6	10	27.8
	4	11	17.2	4	11.1
	5	8	12.5	5	13.9
	6	12	18.8	5	13.9
6. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması kaynak (terapist/merkez) eksikliğinden kaynaklanır.	1	12	18.8	7	19.4
	2	4	6.3	4	11.1
	3	9	14.1	3	8.3
	4	13	20.3	4	11.1
	5	16	25.0	7	19.4
	6	10	15.6	11	30.6

\*K.B.: Konuşma Bozukluğu

Sınıfında konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunan öğretmenlerin terapi eksikliklerine yönelik sıralamasına ilişkin bulguların frekansları ve yüzdeleri en çoktan en aza şu şekildedir; “konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması bilgilendirme eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 6 değeri %28.1, 3 değeri %20.3, 4 değeri %18.8, 5 değeri %12.5, 1 değeri %10.9, 2 değeri %9.4; “konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması önem eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 4 ve 5 değerleri %21.9, 3 değeri %18.8, 6 değeri %17.2, 2 değeri %14.1, 1 değeri %6.3; “konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması eğitim eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 6 değeri %25.0, 5 değeri %23.4, 3 ve 4 değerleri %15.6, 2 değeri %12.5, 1 değeri %7.8; “konuşma sorunlu

çocuğun uyum sorunu zaman eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 1 değeri %37.5, 3 değeri %21.9, 2 değeri %18.8, 4 değeri %12.5, 6 değeri %6.3, 5 değeri %3.1; “konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması para eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 2 değeri %23.4, 6 değeri %18.8, 4 değeri %17.2, 3 değeri %15.6, 1 ve 5 değerleri %12.5; “konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması kaynak (terapist/merkez) eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 5 değeri %25.0, 4 değeri %20.3, 1 değeri %18.8, 6 değeri %15.6, 3 değeri %14.1, 2 değeri %6.3 şeklindedir.

Sınıfta konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunmayan öğretmenlerin terapi eksikliklerine yönelik sıralamasına ilişkin bulguların frekansları ve yüzdeleri en çoktan en aza şu şekildedir; “konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması bilgilenme eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 3,4 ve 5 değerleri %19.4, 1 ve 6 değerleri %16.7, 2 değeri %8.3; “konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması önem eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 3 ve 5 değerleri %22.2, 6 değeri %19.4, 4 değeri %16.7, 2 değeri %11.1, 1 değeri %8.3; “konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması eğitim eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 5 değeri %30.6, 4 değeri %27.8, 6 değeri %19.4, 2 değeri %13.9, 3 değeri %8.3, 1 değeri %0.0; “konuşma sorunlu çocuğun uyum sorunu zaman eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 1 değeri %33.3, 2 ve 4 değerleri %19.4, 6 değeri %13.9, 3 değeri %11.1, 5 değeri %2.3; “konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması para eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 3 değeri %27.3, 2 değeri %22.2, 5 ve 6 değerleri %13.9, 1 ve 4 değerleri %11.1; “konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması kaynak (terapist/merkez) eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 6 değeri %30.6, 1 ve 5 değerleri %19.4, 2 ve 4 değerleri %11.1, 3 değeri %8.3 şeklindedir.

**Tablo 3.5.** *Ebeveynlerin DKB Nedenlerine Yönelik Sıralaması*

DKB Nedenleri	K.B Olan			K.B Olmayan	
	Değer	Frekans	%	Frekans	%
1. Konuşma bozukluğu çocuğa aileden geçer.	1	18	52.9	17	29.8
	2	5	14.7	9	15.8
	3	1	2.9	10	17.5
	4	0	0	6	10.5
	5	8	23.5	7	12.3
	6	2	5.9	8	14.0
2. Zihinsel yetersizlik konuşma bozukluğuna yol açar.	1	0	0	7	12.3
	2	4	11.8	7	12.3

	3	6	17.6	9	15.8
	4	13	38.2	10	17.5
	5	3	8.8	11	19.3
	6	8	23.5	13	22.8
3. Psikolojik sorunlar konuşma bozukluğuna yol açar.	1	2	5.9	3	5.3
	2	6	17.6	8	14.0
	3	11	32.4	5	8.8
	4	4	11.8	15	26.3
	5	5	14.7	12	21.1
	6	6	17.6	14	24.6
4. Konuşma bozukluğu, konuşmayı sağlayan organlara ilişkin bir bozukluktan kaynaklanır.	1	0	0	7	12.3
	2	9	26.5	6	10.5
	3	4	11.8	16	28.1
	4	7	20.6	3	5.3
	5	7	20.6	6	10.5
	6	7	20.6	19	33.3
5. Konuşma bozukluğu öğrenilerek edinilir.	1	12	35.3	29	50.9
	2	1	2.9	7	12.3
	3	7	20.6	2	3.5
	4	2	5.9	9	15.8
	5	4	11.8	4	7.0
	6	8	23.5	6	10.5
6. Konuşma bozukluğu beyin hasarından kaynaklanır	1	4	11.8	9	15.8
	2	4	11.8	9	15.8
	3	8	23.5	11	19.3
	4	7	20.6	9	15.8
	5	5	14.7	14	24.6
	6	6	17.6	5	8.8

\*K.B.: Konuşma Bozukluğu

Konuşma bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin DKB nedenlerine yönelik sıralamasına ilişkin bulguların frekansları ve yüzdeleri en çoktan en aza şu şekildedir; “konuşma bozukluğu çocuğa aileden geçer” maddesi 1 değeri %52.9, 5 değeri %23.5, 2 değeri %14.7, 6 değeri %5.9, 3 değeri %2.9, 4 değeri %0.0; “zihinsel yetersizlik konuşma bozukluğuna yol açar” maddesi 4 değeri %38.2, 6 değeri %23.5, 3 değeri %17.6, 2 değeri %11.8, 5 değeri %8.8, 1 değeri %0.0; “psikolojik sorunlar konuşma bozukluğuna yol açar” maddesi 3 değeri %32.4, 2 ve 6 değerleri %17.6, 5 değeri %14.7, 4 değeri %11.8, 1 değeri %5.9; “konuşma bozukluğu, konuşmayı sağlayan organlara

ilişkin bir bozukluktan kaynaklanır” maddesi 2 değeri %26.5, 4,5 ve 6 değerleri %20.6, 3 değeri %11.8, 1 değeri %0.0; “konuşma bozukluğu öğrenilerek edinilir” maddesi 1 değeri %35.3, 6 değeri %23.5, 3 değeri %20.6, 5 değeri %11.8, 4 değeri %5.9, 2 değeri %2.9; “konuşma bozukluğu beyin hasarından kaynaklanır” maddesi 3 değeri %23.5, 4 değeri %20.6, 6 değeri %17.6, 5 değeri %14.7, 1 ve 2 değerleri %11.8 şeklindedir.

Çocuklarında konuşma bozukluğu olmayan ebeveynlerin DKB nedenlerine yönelik sıralamasına ilişkin bulguların frekansları ve yüzdeleri en çoktan en aza şu şekildedir; “konuşma bozukluğu çocuğa aileden geçer” maddesi 1 değeri %29.8, 3 değeri %17.5, 2 değeri %15.8, 6 değeri %14.0, 5 değeri %12.3, 4 değeri %10.5; “zihinsel yetersizlik konuşma bozukluğuna yol açar” 6 değeri %22.8, 5 değeri %19.3, 4 değeri %17.5, 3 değeri %15.8, 1 ve 2 değerleri %12.3; “psikolojik sorunlar konuşma bozukluğuna yol açar” maddesi 4 değeri %26.3, 6 değeri %24.6, 5 değeri %21.1, 2 değeri %14.0, 3 değeri %8.8, 1 değeri %5.3; “konuşma bozukluğu, konuşmayı sağlayan organlara ilişkin bir bozukluktan kaynaklanır” maddesi 6 değeri %33.3, 3 değeri %28.1, 1 değeri %12.3, 2 ve 5 değerleri %10.5, 4 değeri %5.3; “konuşma bozukluğu öğrenilerek edinilir” maddesi 1 değeri %50.9, 4 değeri %15.8, 2 değeri %12.3, 6 değeri %10.5, 5 değeri %7.0, 3 değeri %3.5; “konuşma bozukluğu beyin hasarından kaynaklanır” maddesi 5 değeri %24.6, 3 değeri %19.3, 1,2 ve 4 değerleri %15.8, 6 değeri %8.8 şeklindedir.

**Tablo 3.6. Ebeveynlerin Terapi Eksikliklerine Yönelik Sıralaması**

Terapi eksiklikleri	Değer	K.B Olan		K.B Olmayan	
		Frekans	%	Frekans	%
1. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması bilgilendirme eksikliğinden kaynaklanır.	1	5	14.7	6	10.5
	2	6	17.6	3	5.3
	3	1	2.9	7	12.3
	4	3	8.8	13	22.8
	5	19	55.9	28	49.1
2. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması önem eksikliğinden kaynaklanır.	1	3	8.8	3	5.3
	2	8	23.5	14	24.6
	3	13	38.2	12	21.1
	4	8	23.5	7	12.3
	5	2	5.9	21	36.8
3. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması eğitim eksikliğinden	1	0	0	3	5.3
	2	3	8.8	5	8.8



kaynaklanır.	3	14	41.2	10	17.5
	4	12	35.3	19	33.3
	5	5	14.7	19	33.3
4. Konuşma sorunlu çocuğun uyum sorunu zaman eksikliğinden kaynaklanır.	1	15	44.1	24	42.1
	2	3	8.8	8	14.0
	3	3	8.8	8	14.0
	4	8	23.5	9	15.8
	5	5	14.7	8	14.0
5. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması para eksikliğinden kaynaklanır.	1	12	35.3	16	28.1
	2	13	38.2	11	19.3
	3	2	5.9	10	17.5
	4	2	5.9	9	15.8
	5	5	14.7	11	19.3

\*K.B.: Konuşma Bozukluğu

Konuşma bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin terapi eksikliklerine yönelik sıralamasına ilişkin bulgular incelendiğinde her maddeye verilen yanıtlara göre frekansları ve yüzdeleri en çoktan en aza şu şekildedir; “konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması bilgilendirme eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 5 değeri %55.9, 2 değeri %17.6, 1 değeri %14.7, 4 değeri %8.8, 3 değeri %2.9; “konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması önem eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 3 değeri %38.2, 2 ve 4 değerleri %23.5, 1 değeri %8.8, 5 değeri %5.9; “konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması eğitim eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 3 değeri %41.2, 4 değeri %35.3, 5 değeri %14.7, 2 değeri %8.8, 1 değeri %0.0; “konuşma sorunlu çocuğun uyum sorunu zaman eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 1 değeri %44.1, 4 değeri %23.5, 5 değeri %14.7, 2 ve 3 değerleri %8.8; “konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması para eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 2 değeri %38.2, 1 değeri %35.3, 5 değeri %14.7, 3 ve 4 değerleri %5.9 şeklindedir.

Çocuklarında konuşma bozukluğu olmayan ebeveynlerin terapi eksikliklerine yönelik sıralamasına ilişkin bulgular incelendiğinde her maddeye verilen yanıtlara göre frekansları ve yüzdeleri en çoktan en aza şu şekildedir; “konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması bilgilendirme eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 5 değeri %49.1, 4 değeri %22.8, 3 değeri %12.3, 1 değeri %10.5, 2 değeri %5.3; “konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması önem eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 5 değeri %36.8, 2 değeri %24.6, 3 değeri %21.1, 4 değeri %12.3, 1 değeri %5.3; “konuşma sorunlu

çocuğun terapi almaması eğitim eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 4 ve 5 değerleri %33.3, 3 değeri %17.5, 2 değeri %8.8, 1 değeri %5.3; “konuşma sorunlu çocuğun uyum sorunu zaman eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 1 değeri %42.1, 4 değeri %15.8, 2,3 ve 5 değerleri %14.0; “konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması para eksikliğinden kaynaklanır” maddesi 1 değeri %28.1, 2 ve 5 değerleri %19.3, 3 değeri %17.5, 4 değeri %15.8 şeklindedir.

Bu bulguların hepsinin daha anlaşılır olabilmesi için daha genel bakılması gerekebilir. Bununla ilişkin bulgulara ise Tablo 3.7.’de yer verilmiştir.

**Tablo 3.7. Öğretmenler/Ebeveynlerin DKB Nedenleri ve Terapi Eksikliklerine İlişkin Genel Sıralaması**

<i>DKB nedenlerine yönelik sıralama maddeleri</i>	<b>Öğretmen</b>		<b>Ebeveyn</b>	
	K.B Olan	K.B Olmayan	K.B Olan	K.B Olmayan
1. Konuşma bozukluğu çocuğa aileden geçer.	2	3	1	3
2. Zihinsel yetersizlik konuşma bozukluğuna yol açar.	4	2	6	5
3. Psikolojik sorunlar konuşma bozukluğuna yol açar.	3	5	3	4
4. Konuşma bozukluğu, konuşmayı sağlayan organlara ilişkin bir bozukluktan kaynaklanır.	6	6	2	6
5. Konuşma bozukluğu öğrenilerek edinilir.	1	1	5	1
6. Konuşma bozukluğu beyin hasarından kaynaklanır	5	4	4	2
<b><i>Terapi eksikliklerine ilişkin sıralama maddeleri</i></b>				
1. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması bilgilendirme eksikliğinden kaynaklanır	6	5	5	5
2. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması önem eksikliğinden kaynaklanır	3	3	3	2
3. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması eğitim eksikliğinden kaynaklanır	4	4	4	4
4. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması zaman eksikliğinden kaynaklanır	1	1	1	1
5. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması para eksikliğinden kaynaklanır	2	2	2	3
6. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması kaynak (terapist/merkez) eksikliğinden kaynaklanır	5	6	--	--

\*K.B.: Konuşma Bozukluğu

Öğretmenlerin genel sıralama bulguları incelendiğinde, sınıfta konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunan öğretmenlerin DKB nedenlerine yönelik sıralaması en önemliden en önemsiz şu şekildedir; yapısal, beyin hasarı, zihin yetersizliği, psikolojik sorunlar, genetik ve sosyal öğrenme. Sınıfta konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunmayan öğretmenlerin DKB nedenlerine yönelik sıralaması en önemliden en önemsiz şu şekildedir; yapısal, psikolojik sorunlar, beyin hasarı, genetik, zihinsel yetersizlik, sosyal öğrenme. Burada iki grup arasında çok büyük farklar göze çarpmazken sadece şu söylenebilir ki KB olan öğretmen grubu zihinsel yetersizliği de önemli nedenler arasına korkunç KB olmayan öğretmen grubu bunun yerine psikolojik sorunları önemli nedenler arasına koymuştur. Ebeveynlerin genel sıralama bulguları incelendiğinde ise KB olan gruptaki ebeveynlerin DKB nedenlerine yönelik sıralaması en önemliden en önemsiz şu şekildedir; zihinsel yetersizlik, sosyal öğrenme, beyin hasarı, psikolojik problemler, yapısal, genetik. KB olmayan gruptaki ebeveynlerin DKB nedenlerine yönelik sıralaması en önemliden en önemsiz şu şekildedir; yapısal, zihinsel yetersizlik, psikolojik problemler, genetik, beyin hasarı, sosyal öğrenme. Bu iki grubun sıralamasında ise farklılıklar görülmektedir. Bunlardan en önemlisi konuşmayı sağlayan organlara ilişkin yapısal sorunlar, KB olmayan grup tarafından en önemli neden olarak gösterirken, diğer grup tarafından 2 puan verilerek en önemsiz ikinci neden olarak gösterilmiştir.

Öğretmenlerin genel sıralama bulguları incelendiğinde, sınıfta konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunan öğretmenlerin DKT eksikliklerine yönelik sıralaması en önemliden en önemsiz şu şekildedir; bilgilendirme, kaynak, eğitim, önem, para, zaman. Sınıfta konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunmayan öğretmenlerin DKT eksikliklerine yönelik sıralaması en önemliden en önemsiz şu şekildedir; kaynak, bilgilendirme, eğitim, önem, para, zaman. Buradaki iki grubun sıralaması arasında neredeyse hiç fark olmadığı görülmektedir. Ebeveynlerin genel sıralama bulguları incelendiğinde ise KB olan gruptaki ebeveynlerin DKT eksikliklerine yönelik sıralaması en önemliden en önemsiz şu şekildedir; bilgilendirme, eğitim, önem, para, zaman. KB olmayan gruptaki ebeveynlerin DKT eksikliklerine yönelik sıralaması en önemliden en önemsiz şu şekildedir; bilgilendirme, eğitim, para, önem, zaman. Buradaki iki grubun sıralaması arasında da neredeyse hiç fark olmadığı görülmektedir.

### 3.3. Sınıfında Konuşma Bozukluğu Olan Öğrencisi Bulunan ve Bulunmayan Öğretmenlerin, Konuşma Bozukluğu Olan Çocukların Akademik/Sosyal Başarısı ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumlarının Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular

Sınıfında konuşma bozukluğuna sahip öğrencisi bulunan öğretmenlerin ve sınıfında konuşma bozukluğuna sahip öğrencisi bulunmayan öğretmenlerin konuşma bozukluğu olan çocukların akademik/sosyal başarısı ve terapi gereksinimlerine yönelik tutumlarının farklılık gösterip göstermediğine ilişkin bulgular Tablo 3.8.'de verilmiştir.

**Tablo 3.8.** *Öğretmenlerin Akademik/Sosyal Başarısı Ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumları*

	K.B.	sayı	Ortalama	SS	Std. Error Mean	t	df	p
Akademik/Sosyal başarı	Var	64	3.28	.34	.04	-1.15	9	.25
	Yok	36	3.36	.29	.05		8	
Terapi Gereksinimleri	Var	64	3.67	.43	.05	-0.11	9	.91
	Yok	36	3.68	.38	.06		8	

\*K.B.: Konuşma Bozukluğu

Sınıfında konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunan öğretmenlerin ve sınıfında konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunmayan öğretmenlerin “Dil ve Konuşma Bozukluklarına Farkındalık Anketi” konuşma bozukluğu olan çocukların akademik/sosyal başarısı ile ilgili bölümünde katılımcıların puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $t(98) = -1.15$ ,  $p > .05$ ). Terapi gereksinimleri ile ilgili bölümünde katılımcıların puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $t(98) = -0.11$ ,  $p > .05$ ).

### 3.4. Konuşma Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Ebeveynlerin İle Konuşma Bozukluğu Olmayan Çocuğa Sahip Ebeveynlerin, Konuşma Bozukluğu Olan Çocukların Akademik/Sosyal Başarısı Ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumlarının Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular

Konuşma bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynler ile konuşma bozukluğu olmayan çocuğa sahip ebeveynlerin konuşma bozukluğu olan çocukların akademik/sosyal başarısı ve terapi gereksinimlerine yönelik tutumlarının farklılık gösterip göstermediğine ilişkin bulgular Tablo 3.9.'da verilmiştir.

**Tablo 3.9.** *Ebeveynlerin Akademik/Sosyal Başarısı Ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumları*

	K.B.	sayı	Ortalama	SS	Std. Error Mean	t	df	p
Akademik/Sosyal başarı	Var	34	3.28	.39	.07	1.34	89	.18
	Yok	57	3.18	.36	.05			
Terapi Gereksinimleri	Var	34	3.85	.31	.05	0.99	89	.32
	Yok	57	3.77	.45	.06			

\*K.B.: Konuşma Bozukluğu

Konuşma bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynler ile konuşma bozukluğu olmayan çocuğa sahip ebeveynlerin “Dil ve Konuşma Bozukluklarına Farkındalık Anketi” konuşma bozukluğu olan çocukların akademik/sosyal başarısı ile ilgili bölümünde katılımcıların puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $t(89)=1.34, p>.05$ ). Terapi gereksinimleri ile ilgili bölümünde katılımcıların puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $t(89)=.99, p>.05$ ).

### 3.5. Öğretmenlerin ve Ebeveynlerin Konuşma Bozukluğu Olan Çocuklarla İlgili Anket Maddelerine Verdikleri Yanıtların Yaşa Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular

Öğretmenlerin farklı yaş aralığında (20-30 yaş, 31-50 yaş, 51+) olmalarının konuşma bozukluğu olan çocukların akademik/sosyal başarısı ve terapi

gereksinimlerine yönelik tutumlarında farklılık oluşturup oluşturmadığına ilişkin bulgular Tablo 3.10.'da verilmiştir. Ebeveynlerin farklı yaş aralığında (20-30 yaş, 31-50 yaş, 51+) olmalarının konuşma bozukluğu olan çocukların akademik/sosyal başarısı ve terapi gereksinimlerine yönelik tutumlarında farklılık oluşturup oluşturmadığına ilişkin bulgular Tablo 3.11.'de verilmiştir.

**Tablo 3.10.** *Farklı Yaş Gruplarındaki Öğretmenlerin Akademik/Sosyal Başarısı Ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumları*

Öğretmenler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	df	Kareler Ortalaması	f	p.
Akademik/Sosyal başarı	Gruplararası	.05	2	.03		
	Gruplariçi	10.16	97	.10	.26	.77
	Toplam	10.22	99			
Terapi Gereksinimleri	Gruplararası	.18	2	.09		
	Gruplariçi	16.47	97	.17	.54	.59
	Toplam	16.66	99			

Öğretmenlerin “Dil ve Konuşma Bozukluklarına Farkındalık Anketi” konuşma bozukluğu olan çocukların akademik/sosyal başarısı ile ilgili bölümünde puan ortalamalarının arasında farklı yaş gruplarında olmalarına ilişkili olarak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p>.05$ ). Terapi gereksinimleri ile ilgili bölümünde de katılımcıların puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p>.05$ ).

**Tablo 3.11.** *Farklı Yaş Gruplarındaki Ebeveynlerin Akademik/Sosyal Başarısı Ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumları*

Ebeveynler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	df	Kareler Ortalaması	f	p
Akademik/Sosyal başarı	Gruplararası	.98	2	.49		
	Gruplariçi	11.61	88	.13	3.70	.02
	Toplam	12.59	90			
Terapi Gereksinimleri	Gruplararası	.75	2	.38		
	Gruplariçi	14.22	88	.16	2.33	.10
	Toplam	14.97	90			

Ebeveynlerin “Dil ve Konuşma Bozukluklarına Farkındalık Anketi” konuşma bozukluğu olan çocukların akademik/sosyal başarısı ile ilgili bölümünde puan ortalamalarının arasında farklı yaş gruplarında olmalarına ilişkili olarak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ( $F_{2,88}=3.7$ ,  $p<.05$ ). bununla ilgili bilgiler Tablo 3.12.’de verilmiştir. Anlamı farklılığın hangi yaş grupları arasında olduğunu belirlemek üzere Tukey HSD testi yapılmış ve analiz sonuçlarına göre 20-30 aralığındaki yaş grubu ile 51 ve üstü yaş grubundaki katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Terapi gereksinimleri ile ilgili bölümünde ise katılımcıların puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p>.05$ ).

**Tablo 3.12.** *Farklı Yaş Gruplarındaki Ebeveynlerin Birbiri ile Karşılaştırılması*

Dependent Variable	(I) Yaş Aralığı	(J) Yaş Aralığı	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
AAS	20-30	31-50	.33*	.12	.02	.03	.62
		51+	.21	.18	.46	-.21	.64
	31-50	20-30	-.33*	.12	.02	-.62	-.03
		51+	-.11	.14	.71	-.45	.23
	51+	20-30	-.21	.18	.46	-.64	.21
		31-50	.11	.14	.71	-.23	.45

20-30 ve 31-50 yaş aralığında olan ebeveynlerin konuşma bozukluğu olan çocuğun akademik/sosyal başarısı ile ilgili tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ( $p= .02$ ). Yani bir başka deyişle 20-30 yaş aralığında olan ebeveynlerin konuşma bozukluğu olan çocuğun akademik/sosyal başarısına yönelik tutumları, 31-50 yaş aralığına göre daha olumludur.

### **3.6. Ebeveynlerin Konuşma Bozukluğu Olan Çocuklarla İlgili Anket Maddelerine Verdikleri Yanıtların Eğitim Sürelerine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular**

Ebeveynlerin konuşma bozukluğu olan çocuklarla ilgili anket maddelerine verdikleri yanıtların eğitim sürelerine (lise mezunu ve altı/ üniversite mezunu ve üstü) göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin bulgular Tablo 3.13.’de verilmiştir.

**Tablo 3.13.** *Farklı Eğitim Süresine Sahip Ebeveynlerin Akademik/Sosyal Başarısı Ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumları*

	Eğitim Süresi	sayı	Ortalama	SS	Std. Error Mean	t	df	p
Akademik/Sosyal başarı	Lise Mezunu ve Altı	35	3.25	.36	.06	.62	89	.53
	Üniversite Mezunu ve Üstü	56	3.20	.38	.05			
Terapi Gereksinimleri	Lise Mezunu ve Altı	35	3.85	.36	.06	.98	89	.33
	Üniversite Mezunu ve Üstü	56	3.77	.43	.06			

Farklı eğitim sürelerine sahip ebeveynlerin “Dil ve Konuşma Bozukluklarına Farkındalık Anketi” konuşma bozukluğu olan çocukların akademik/sosyal başarısı ile ilgili bölümünde katılımcıların puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $t(89)=.62, p>.05$ ). Terapi gereksinimleri ile ilgili bölümünde katılımcıların puan ortalamalarının arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $t(89)=.98, p>.05$ ).

### **3.7. Ebeveynlerin Konuşma Bozukluğu Olan Çocuklarla İlgili Anket Maddelerine Verdikleri Yanıtların Çocuklarının Eğitim Düzeylerine Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular**

Ebeveynlerin konuşma bozukluğu olan çocukların akademik/sosyal başarısı ve terapi gereksinimlerine yönelik tutumlarının çocuklarının eğitim düzeylerine (okul öncesi ve ilköğretim) göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin bulgular Tablo 3.14.’de verilmiştir.



**Tablo 3.14.** *Çocukların Eğitim Düzeylerine Göre Ebeveynlerin Akademik/Sosyal Başarısı Ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumları*

	Çocuk Eğitim Düzeyi	sayı	Ortalama	SS	Std. Error Mean	t	df	p
Akademik/Sosyal başarı	Okul Öncesi	21	3.23	.43	.09	.15	89	.88
	İlköğretim	70	3.21	.36	.04			
Terapi Gereksinimleri	Okul Öncesi	21	3.91	.36	.08	1.46	89	.15
	İlköğretim	70	3.77	.42	.05			

Farklı eğitim düzeyinde olan çocukların ebeveynlerinin “Dil ve Konuşma Bozukluklarına Farkındalık Anketi” konuşma bozukluğu olan çocukların akademik/sosyal başarıları ile ilgili bölümünde katılımcıların puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $t(89)=.15$ ,  $p>.05$ ). Terapi gereksinimleri ile ilgili bölümünde katılımcıların puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $t(89)=1.46$ ,  $p>.05$ ).

### **3.8. Konuşma Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinin Konuşma Bozukluğu Olan Çocuklarla İlgili Anket Maddelerine Verdikleri Yanıtların Bozukluğun Tanısına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular**

Konuşma bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin konuşma bozukluğu olan çocukların akademik/sosyal başarıları ve terapi gereksinimlerine yönelik tutumlarının konuşma bozukluğunun tanısına (sesletim ve kekemelik) göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin bulgular Tablo 3.15.’de verilmiştir.

**Tablo 3.15.** *Bozukluğun Tanısına Göre Ebeveynlerin Akademik/Sosyal Başarısı Ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumları*

	K.B Tanısı	sayı	Ortalama	SS	Std. Error Mean	t	df	p
Akademik/Sosyal başarı	Sesletim	25	3.30	.45	.09	0.50	30.56	.62
	Kekemelik	9	3.24	.19	.06			
Terapi Gereksinimleri	Sesletim	25	3.92	.32	.06	2.42	23.06	.02
	Kekemelik	9	3.69	.20	.07			

Farklı konuşma bozukluğu tanısı olan çocukların ebeveynlerinin “Dil ve Konuşma Bozukluklarına Farkındalık Anketi” konuşma bozukluğu olan çocukların akademik/sosyal başarısı ile ilgili bölümünde katılımcıların puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $t(30.5)=.50$ ,  $p>.05$ ). Terapi gereksinimleri ile ilgili bölümünde ise katılımcıların puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $t(23.0)=2.42$ ,  $p<.05$ ). Buna göre kekemelik tanısı olan çocukların ebeveynlerinin ( $X=3.69$ ) terapi gereksinimlerine ilişkin tutumları sesletim tanısı olan çocukların ebeveynlerine ( $X=3.92$ ) göre daha olumlu olduğu belirlenmiştir.

### 3.9. Öğretmenlerin Konuşma Bozukluğu Olan Çocuklarla İlgili Anket Maddelerine Verdikleri Yanıtlar Hizmet Sürelerine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular

Öğretmenlerin farklı hizmet sürelerine (1-5 yıl, 6-15 yıl, 16+) sahip olmaları konuşma bozukluğu olan çocukların akademik/sosyal başarısı ve terapi gereksinimlerine yönelik tutumlarında farklılık oluşturup oluşturmadığına ilişkin bulgular Tablo 3.16.’de verilmiştir.

**Tablo 3.16.** *Farklı Hizmet Süresi Olan Öğretmenlerin Akademik/Sosyal Başarısı Ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumları*

Öğretmenler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	df	Kareler Ortalaması	f	p
Akademik/Sosyal başarı	Gruplararası	.21	2	.17		
	Gruplarıçi	10.01	97	.10	1.02	.36
	Toplam	10.22	99			
Terapi Gereksinimleri	Gruplararası	.48	2	.24		
	Gruplarıçi	16.18	97	.17	1.43	.24
	Toplam	16.66	99			

Öğretmenlerin konuşma bozukluğu olan çocukların akademik/sosyal başarısı ile ilgili bölümünde puan ortalamalarının arasında hizmet sürelerine ilişkili olarak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p>.05$ ). Terapi

gereksinimleri ile ilgili bölümünde de katılımcıların puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p>.05$ ).

### 3.10. Öğretmenlerin Konuşma Bozukluğu Olan Çocuklarla İlgili Anket Maddelerine Verdikleri Yanıtlar Branşlarına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular

Öğretmenlerin konuşma bozukluğu olan çocukların akademik/sosyal başarısı ve terapi gereksinimlerine yönelik tutumlarının branşlarına (okul öncesi ve ilköğretim) göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin bulgular Tablo 3.17.'da verilmiştir.

**Tablo 3.17.** *Branşlarına Göre Öğretmenlerin Akademik/Sosyal Başarısı Ve Terapi Gereksinimlerine Yönelik Tutumları*

	Ö. Branşı	n	Ortalama	SS	Std. Error Mean	t	df	n
Akademik/Sosyal başarı	Okul	23	3.18	.39	.08	-2.19	98	.03
	Öncesi							
	İlköğretim	77	3.35	.29	.03			
Terapi Gereksinimleri	Okul	23	3.63	.24	.05	-0.62	98	.54
	Öncesi							
	İlköğretim	77	3.69	.45	.05			

\*Ö.Branşı.: Öğretmenin Branşı

Farklı branşları olan öğretmenlerin “Dil ve Konuşma Bozukluklarına Farkındalık Anketi” konuşma bozukluğu olan çocukların akademik/sosyal başarısı ile ilgili bölümünde puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ( $t(98)=-2.19$ ,  $p<.05$ ). Buna göre okul öncesi öğretmenleri ( $X=3.18$ ) konuşma bozukluğu olan çocukların akademik/sosyal başarısına ilişkin tutumları ilköğretim öğretmenlerine ( $X=3.35$ ) göre daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Terapi gereksinimleri ile ilgili bölümünde ise katılımcıların puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $t(98)=-.62$ ,  $p>.05$ ).

### 3.11. Öğretmenlerin Dil ve Konuşma Terapisi Alan Öğrencisinin Olup Olmamasının Doğru Yönlendirme Yapabilmesi Üzerinde Etkisi Olup Olmadığına İlişkin Bulgular

Öğretmenlerin sınıfında dil ve konuşma terapisi alan öğrencisinin olup olmamasının, doğru yönlendirme yapabilmesi ile ilişkisi olup olmadığına dair bulgular Tablo 3.18.'de verilmiştir.

**Tablo 3.18.** *Öğretmenin Dil/konuşma Terapisi Alan Öğrencisi Olup Olmamasının Doğru Yönlendirme Yapabilmesi ile İlişkisi*

		Doğru Yönlendirme Yapabileceğini Düşünüyor mu?
DKT Alan Öğrencisi Olup	r	.426**
Olmaması	p	.001
	N	64

\*DKT: Dil ve konuşma terapisi

Öğretmenlerin sınıfında dil ve konuşma terapisi alan öğrencisinin olup olmamasının, doğru yönlendirme yapabilmesi ile ilişkisi incelendiğinde pozitif ve anlamlı bir korelasyon ( $r=.426$ ,  $p<.001$ ) olduğu saptanmıştır. Diğer bir deyişle sınıfında dil ve konuşma terapisi alan öğrenci bulunması durumunda öğretmenler bu tür bir sorunla karşılaştıklarında öğrencilerini doğru olarak yönlendirebilmektedirler.

## 4. SONUÇ, TARTIŞMA ve ÖNERİLER

### 4.1. Sonuç

Çalışmada genel olarak, sınıfında konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunan ve bulunmayan öğretmenlerin çocuğun akademik ve sosyal becerileri konusundaki tutumları arasında çok büyük bir farklılık bulunmamıştır. Genel olarak bakıldığında her iki grubun da konuşma bozukluğu olan çocuğun akademik/sosyal başarısı konusunda kararsız tutuma sahip oldukları görülmektedir. Konuşma bozukluğu olan ve olmayan çocukların ebeveynleri arasında çocuğun akademik ve sosyal başarısı konusundaki tutumları bakımından öne çıkan bir farklılık bulunmamıştır. Ebeveynlerde öğretmenler gibi bu konuda kararsız tutum sergilemişlerdir. Sınıfında konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunan ve bulunmayan öğretmenlerin genel olarak terapi gereksinimleri hakkındaki tutumlarına bakıldığında her iki grubunda tutumları arasında belirli bir fark olmadığı ortaya çıkmıştır. Tüm öğretmen katılımcıların terapi gereksinimleri hakkında olumlu olduğu görülmektedir. Konuşma bozukluğu olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin terapi gereksinimine yönelik tutumları arasında hiçbir farklılık bulunmamıştır. Genel olarak ise her iki grubun tutumu da olumludur.

Sınıfta konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunan ve bulunmayan öğretmenlerin DKB nedenlerine yönelik sıralamaları incelendiğinde iki grup arasında çok büyük farklar göze çarpmazken sadece şu söylenebilir ki konuşma bozukluğu olan öğretmen grubu zihinsel yetersizliği önemli nedenler arasına korken, olmayan grup bunun yerine psikolojik sorunları önemli nedenler arasına koymuştur. Ebeveynlerin DKB nedenlerine yönelik genel sıralama bulguları incelendiğinde farklılıklar görülmektedir. Bunlardan en önemlisi konuşmayı sağlayan organlara ilişkin yapısal sorunlar, konuşma bozukluğu olmayan grup tarafından en önemli neden olarak gösterirken, diğer grup tarafından en önemsiz ikinci neden olarak gösterilmiştir. Öğretmenlerin terapi eksikliklerine yönelik genel sıralama bulguları incelendiğinde sınıfında konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunan ve bulunmayan öğretmenlerin sıralamaları arasında neredeyse hiç fark olmadığı görülmektedir. Ebeveynlerin terapi eksikliklerine yönelik genel sıralama bulguları incelendiğinde konuşma bozukluğu olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin sıralamaları arasında da neredeyse hiç fark yoktur.

## 4.2. Tartışma

KKTC'deki öğretmen ve ebeveynlerin konuşma bozukluğu olan çocuğun akademik/sosyal başarısına ve terapi gereksinimlerine yönelik tutumları ve konuşma bozukluklarının nedenleri ile terapisine ilişkin tutumlarını inceleme amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmanın genel bulgularına göre ortaya çıkan sonuçlar bu bölümde tartışılmıştır.

Konuşma bozukluğu olan çocukların akademik ve sosyal başarısına yönelik olan anket maddelerine verdikleri cevaplar incelendiğinde öğretmenlerin ağırlıklı olarak kararsız tutum sergiledikleri görülmektedir. Bunun dışındaki konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunan ve bulunmayan öğretmenler arasındaki benzerlikler/farklılıklar incelendiğinde her iki katılımcı grup da çocuğun normal yaşta okula başlayabileceği konusunda hemfikirdirler. Farklılıklara bakıldığında konuşma bozukluğu olan gruptaki öğretmenler çocuğun konuşma bozukluğunun okuma-yazma öğrenmesine engel olmayacağını düşünürken konuşma bozukluğu olmayan gruptaki öğretmenler bu konuda kararsız tutum sergilemişlerdir. Bir diğer farklılık ise konuşma bozukluğu olan gruptaki öğretmenler konuşma bozukluğu olan çocukların hiperaktif ve uyumsuz olmayacağını düşünürken konuşma bozukluğu olmayan gruptaki öğretmenler kararsız tutum göstermişlerdir. Son farklılık, konuşma bozukluğu olan gruptaki öğretmenler konuşma bozukluğu olan çocuğun derslerindeki başarısızlığının nedeninin konuşma bozukluğu olmadığını düşünürken diğer gruptaki öğretmenler tekrardan kararsız tutum göstermişlerdir. Her iki grubun da ortak olarak olumsuz yönde fikir beyan ettiği tek madde çocuğun okuldaki sosyal etkinliklere katılamayacağını düşündükleri maddedir. Bir başka deyişle her iki grup da konuşma bozukluğu olan çocuğun okuldaki sosyal etkinliklere katılabileceği yönde görüş bildirmişlerdir.

Genel hatlarıyla çalışmada yer alan iki farklı öğretmen grubu arasında konuşma bozukluğu olan çocuğun akademik/sosyal başarısı ve terapi gereksinimleri bağlamında bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Toğram ve Maviş (2009) tarafından geliştirilen çalışmanın sonuçları bu çalışmayla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada yer alan öğretmenler akademik/sosyal başarı ile ilgili ağırlıklı olarak kararsız tutum sergilerken, Toğram ve Maviş'in (2009) çalışmasında yer alan öğretmenler de aynı şekilde kararsız tutum ortaya koymuşlardır. İki çalışmanın arasında örtüşen bir diğer bulgu, iki çalışmada da yer alan öğretmenlerin çocuğun uygun yaşta okula gidebileceğini

belirtmesidir. Toğram ve Maviş'in (2009) çalışmasındaki öğretmenler, konuşma bozukluğu olan çocuğun okuldaki sosyal etkinliklere katılabileceği yönde bir tutum sergilerken, bu tüm öğretmenler söz konusu bulguyla örtüşen bir tutum sergilemişlerdir. Toğram ve Maviş'in (2009) çalışmasının Türkiye'de gerçekleşmiş olması bu çalışmanın KKTC'de uygulanmış olmasının iki çalışmadaki benzer bulguların nedeni olabileceği düşünülmektedir. DKT mesleğinin Türkiye'de de KKTC'de de nüfus oranına göre yaygın olmaması öğretmenlerin tutumlarının bilişsel, duygusal ve davranışsal tutum öğelerini olumlu yönde etkilemesine engel olmuş olabileceği düşünülmektedir.

Nungesser ve Watkins (2005) özellikle sınıf öğretmenlerinin DKB yönelik algılarının genellikle olumsuz yönde olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu çalışmadaki bulgular bu bilgiyle uyumda da tamamen aksi yönde de bir bulgu ortaya çıkmamıştır; Öğretmenler kararsız bir tutum sergilemişlerdir. Nungesser ve Watkins (2005) ayrıca öğretmenlerin konuşma bozukluğu olan çocuklara tutumlarının nasıl olması gerektiği konusunda bilgilerinin kısıtlı olduğunu da öne sürmüşlerdir; bu da bu çalışmadaki kararsız tutumu destekleyen bir bilgi olduğu düşünülmektedir. Çoğu araştırmada, öğretmenlerin algısal değerlendirmesine göre konuşma sesi bozukluğu olan çocukların okuldaki hem sosyal hem de eğitimsel katılımını olumsuz yönde etkilediği sonucuna varılmıştır (Bennett ve Runyan, 1982; Ebert ve Prelock, 1994; Overby, Carrell, ve Bernthal, 2007; Sadler, 2005, aktaran McLeod, Daniel, ve Barr, 2012). Öne sürülen bu olumsuz sonuç bu araştırmadaki bulgular ile farklılık göstermektedir. Hem konuşma bozukluğu olan gruptaki öğretmenler hem de olmayan gruptakiler çocukların okuldaki sosyal etkinliklere katılabilecekleri yönde tutum sergilemişlerdir.

Alanyazında bazı çalışmalarda okul öncesi dönemindeki DKB yaşayan ve/veya tanılanmadan okul çağına gelmiş çocukların okuma ve yazmada güçlük yaşayabileceği öne sürülmüştür (Butler, 1999; Catts, Fey, Zhang, ve Tomblin, 1999; Lewis, Freebaim ve Taylor, 2000; Tomblin, Zhang, Buckwater ve Catts, 2000, aktaran Toğram ve Maviş, 2009). Bu çalışmadaki öğretmen tutumları bununla örtüşmemektedir. DKB olan gruptaki öğretmenler çocukların okuma-yazma öğrenebileceğini düşünürken, DKB olmayan gruptaki öğretmenler kararsız olduklarını bildirmişlerdir.

Katılımcıların terapi gereksinimlerine yönelik görüşlerini bildirdikleri anket maddelerine ilişkin öğretmenlerin bulguları incelendiğinde ağırlıklı olarak olumlu tutum sergilemişlerdir. Sınıfında konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunan ve bulunmayan öğretmenler arasındaki benzerlikler/farklılıklar incelendiğinde ilk olarak, iki grup

arasındaki tek farklılık konuşma bozukluğu olmayan gruptaki öğretmenler konuşma sorunlu çocuk kendi başına sorunun üstesinden gelemeyeceğini düşünürken, konuşma bozukluğu olan gruptaki öğretmenler kararsız tutum sergilemiş olmasıdır. İki grubun hemfikir olduğu ve kararsız tutum sergilediği iki madde vardır. Bunlardan birincisi terapiler klinik ortam yerine okul ortamında gerçekleşmelidir maddesi, ikincisi öğretmenler terapi seanslarını gözlemelidir maddesidir.

Terapi gereksinimleri ile ilgili olan bu çalışmadaki ve Toğram ve Maviş'in (2009) çalışmasındaki bulgular karşılaştırıldığında iki çalışmadaki öğretmenlerin de genel olarak dil ve konuşma terapilerinin gereksinimine inandıkları, önem verdikleri görülmektedir. Her iki çalışmada yer alan öğretmenlerin terapi gereksinimlerinde ve akademik/sosyal başarı kısımlarında benzer görüş bildirmelerinin nedeninin her iki ülkede de öğretmenlerin benzer eğitimi alması olabilir diye düşünülmektedir. Reid ve arkadaşları (1995) tarafından ortaya konan bulgulara göre öğretmenler DKB terapilerinin klinik ortam yerine okulda okul ortamında gerçekleşmesini tercih ederler. Toğram ve Maviş'in (2009) çalışmasındaki bulgular da Reid ve arkadaşlarının (1995) bulgularıyla örtüşmektedir. Fakat bu çalışmada yer alan her iki öğretmen grubu da bu konuda kararsız tutum sergilemişlerdir. Bunun nedeninin KKTC'de öğretmenlerin okul ortamındaki DKB terapileri hakkında hiçbir bilgiye ve tecrübeye sahip olmamaları olabileceği düşünülmektedir.

Ebeveynlerin konuşma bozukluğu olan çocukların akademik ve sosyal başarısına yönelik olan anket maddelerine verdikleri cevaplar incelendiğinde ağırlıklı olarak kararsız tutum sergiledikleri görülmektedir. Bunun dışındaki konuşma bozukluğu olan ve olmayan çocukların ebeveynleri arasındaki benzerlikler/farklılıklar incelendiğinde öğretmen katılımcı gruplarındaki gibi buradaki iki grup da çocuğun normal yaşta okula başlayabileceği düşüncesinde hemfikirdirler. Burada her iki grubun da ortak olarak olumsuz yönde fikir beyan ettiği iki madde vardır. Bunlardan ilki her iki grupta çocuğun konuşma bozukluğunun okuma-yazma öğrenmesine engel olmayacağı, ikincisi ise konuşma bozukluğu olan çocuğun okuldaki sosyal etkinliklere katılabileceğidir. İki grup arasındaki farklılıklar incelendiğinde ilk olarak görülen konuşma bozukluğu olan gruptaki ebeveynlerin çocuğun konuşma bozukluğu okul hayatını/derslerini olumsuz etkileyeceğini düşünürken konuşma bozukluğu olmayan gruptaki ebeveynlerin bu konuda kararsız tutum sergiledikleri görülmüştür. Bir diğer farklılık ise konuşma bozukluğu olmayan gruptaki ebeveynler çocuğun konuşmasının bozuk olduğunu okulda fark



etmeyeceğini düşünürken, konuşma bozukluğu olan gruptaki ebeveynler bu konuda kararsız tutum sergilemişlerdir. Son farklılık, konuşma bozukluğu olan gruptaki ebeveynlerin konuşma bozukluğu olan çocukla okulda arkadaşlarının alay edeceğini düşünürken konuşma bozukluğu olmayan gruptaki ebeveynlerin bu konuda kararsız tutum sergilemişlerdir. Geriye kalan tutum maddelerinde her iki grupta kararsız tutum sergilemişlerdir.

Bu çalışmada ebeveynler için genel olarak iki farklı grup arasında konuşma bozukluğu olan çocuğun akademik/sosyal başarısı ve terapi gereksinimleri bağlamında bir farklılık olmadığı gözlenmiştir. Toğram ve Maviş (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışmanın ebeveynlerin akademik/sosyal başarı ile ilgili sonuçları da bu çalışmanın sonuçlarıyla büyük oranda benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada yer alan ebeveynler akademik/sosyal başarı ile ilgili ağırlıklı olarak kararsız tutum sergilerken, Toğram ve Maviş'in (2009) çalışmasında yer alan ebeveynlerde genel olarak kararsız tutum sergilemişlerdir. İki çalışma arasındaki benzerlik gösteren bir diğer bulgu, her iki çalışmada da yer alan ebeveynler çocuğun uygun yaşta okula gidebileceği düşüncesine sahip olmalarıdır. Toğram ve Maviş'in (2009) çalışmasındaki ebeveynler ayrıca konuşma bozukluğunun çocuğun okuldaki sosyal etkinliklere katılabileceği yönde tutum sergilerken, bu çalışmadaki hem konuşma bozukluğu olan hem de olmayan gruptaki ebeveynlerde bununla örtüşen bir tutum sergilemişlerdir. İki çalışmanın bu kısımdaki tek farklılığı, Toğram ve Maviş'in (2009) çalışmasındaki öğretmenler konuşma bozukluğu olan çocuğun okuma-yazma öğrenebilip öğrenemeyeceği hakkında kararsız tutum sergilerken, bu çalışmada yer alan iki ebeveyn grubu da konuşma bozukluğu olan çocuğun okuma-yazma öğrenebileceği düşüncesini bildirmiş olmalarıdır. Toğram ve Maviş'in (2009) çalışmasındaki ebeveynlerin bulguları bu çalışmadaki konuşma bozukluğu olan çocukların ebeveynlerin bulguları ile olmayanlara göre daha çok uyumaktadır. Toğram ve Maviş'in (2009) çalışmasında yer alan ebeveyn katılımcıları Anadolu Üniversitesi, Dil ve Konuşma Bozuklukları Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi'nden (DİLKOM) seçilmiştir. Bir dil ve konuşma merkezinden seçilen ebeveynlerin birçoğunun çocuğunun DKB sahip olması beklendik bir şeydir. Bu nedenden dolayı bu araştırmanın konuşma bozukluğu olan grubundaki ebeveynlerinin bulgularının Toğram ve Maviş'in (2009) çalışmasındaki ebeveynler ile daha fazla benzerlik gösterdiği düşünülmektedir. Howell ve Cook (2002) kekemeliği olan çocukların diğer çocuklar tarafından zorbalığa karşı daha savunmasız kabul edildiği

sonucuna varmıştır (akt. Pachigar, Stansfield, ve Goldbart, 2011). Bu çalışmadaki ebeveynler konuşma bozukluğu olan çocukla okulda arkadaşlarının alay edip etmeyeceği konusunda kararsız kalmışlardır. Safwat ve Sheikhy (2014) ebeveynlerin kekemeliğin doğası hakkında sınırlı bilgiye sahip olduğunu öne sürmüşlerdir. Ebeveynlerin gerek kekemelik gerek diğer DKB hakkında sınırlı bilgi sahibi olması onların DKB hakkında olumlu/olumsuz bir tutum geliştirmelerine engel olabileceği ve kararsız bir tutum sergileyebilecekleri düşünülmektedir.

Ebeveynlerin terapi gereksinimlerine yönelik görüşlerini bildirdikleri bulgular incelendiğinde ise ağırlıklı olarak olumlu tutum sergiledikleri görülmektedir. Konuşma bozukluğu olan ve olmayan çocukların ebeveynleri arasındaki benzerlikler/farklılıklar incelendiğinde ise, ilk olarak göze çarpan iki grup arasında hiçbir farklılık olmamasıdır. Benzerliklere bakıldığında ise olumlu tutumlar dışında olumsuz olunan bir, kararsız olunan bir madde vardır. İki grubunda hemfikir olarak olumsuz tutum sergiledikleri madde konuşma sorunlu çocuk kendi başına sorunun üstesinden gelebilir maddesine ait düşüncedir. Başka bir deyişle, her iki grup da çocuğun kendi başına sorunun üstesinden gelemeyeceğini düşünmektedir. İki grubunda kararsız oldukları tek madde terapilerin klinik ortam yerine okul ortamında gerçekleşmesi gerektiğine yönelik maddedir. Terapi gereksinimleri ile ilgili bu çalışmadaki ve Toğram ve Maviş'in (2009) çalışmasındaki bulgular karşılaştırıldığında iki çalışmadaki ebeveynlerinin genel tutumlarının birbirinden ayrıldığı görülmektedir. Toğram ve Maviş'in (2009) çalışmasındaki ebeveynler terapi gereksinimleri hakkında kararsız tutum sergilemişken, bu çalışmada yer alan iki gruptaki ebeveynlerde dil ve konuşma terapilerinin gereksinimine inandıkları, önem verdikleri yönünde görüş bildirmişlerdir.

Carroll (2010) gerçekleştirdiği çalışmada ebeveynlerin DKB olan çocukları için bireysel terapisini mi yoksa grup terapisini mi tercih ettiklerini ve terapilerin okul ortamında mı yoksa klinik ortamında mı olmasını istediklerini araştırmıştır. Araştırmanın sonucunda ebeveynlerin grup terapileri için bir kısmının kararsız, bir kısmının ise olumlu görüşe sahip olduğunu öne sürmüştür. Hem bireysel hem de grup terapisti desteği alan ebeveynlerin büyük bir kısmı, bir tercih durumunda bireysel terapiyi tercih edeceklerini bildirmişlerdir. Carroll'un (2010) çalışmasının bir başka bulgusu ise ebeveynlerin klinik ortamda gerçekleşen terapileri okul ortamında gerçekleşen terapilere göre daha çok tercih etmesi ve daha çok güvenilir bulmasıdır. Toğram ve Maviş (2009) ebeveynlerin grup terapileri hakkında kararsız görüşe sahip

olduklarını bulmuştur. Bu çalışmadaki bulgulara göre grup terapilerine olan görüş iki çalışma ile de uyuşmamaktadır; KKTC'deki ebeveynler bireysel terapileri kesinlikle grup terapilerine tercih edeceklerini bildirmişlerdir. Bu farklılığın nedeni ebeveynlerin grup terapilerin işleyişi hakkında bilgi ve tecrübe sahibi olmamaları olabileceği düşünülmektedir. DKB terapilerinin klinik ortamda mı yoksa okul ortamında mı gerçekleştirilmesi gerektiği konusunda ise bu çalışmanın bulguları Toğram ve Maviş'in (2009) bulgularıyla uyuşmakta, Carroll'un (2010) bulgularıyla uyuşmamaktadır. Bunun nedenin tıpkı öğretmenlerde olduğu gibi KKTC'deki ebeveynlerinde okul ortamındaki DKB terapileri hakkında hiçbir bilgiye ve tecrübeye sahip olmamaları olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcı grupların konuşma bozukluklarının nedenlerine yönelik sıralama bulguları incelendiğinde sınıfta konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunan ve bulunmayan öğretmenlerin sıralamaları arasında çok büyük farklar göze çarpmamaktadır. Her iki grupta konuşma organlarına ilişkin yapısal sorunları ve beyin hasarlarını en öncelikli nedenler arasına koyarken, konuşma bozukluğu olan öğretmen grubu zihinsel yetersizliği de önemli nedenler arasına koymuştur. Konuşma bozukluğu olmayan öğretmen grubu bunun yerine psikolojik sorunları önemli nedenler arasına koymuştur. Toğram ve Maviş'in (2009) çalışmasındaki öğretmenlerin DKB nedenlerine yönelik sıralamasına bakıldığında konuşma organlarına ilişkin yapısal sorunları, beyin hasarlarını ve zihin yetersizliklerini ilk sıralara koydukları görülmektedir. İki çalışmanın bulguları karşılaştırıldığında Toğram ve Maviş'in (2009) bulgularının bu çalışmada yer alan sınıfta konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunan öğretmenlerin bulguları ile - bulunmayanlara göre- daha fazla örtüşmektedir. Bunun nedenin DKB olan ve olmayan gruptaki öğretmenlerin DKB yönelik farklı bilgiye, duyguya sahip olmalarından ortaya çıkan farklı tutumlar olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmadaki ebeveynlerin konuşma bozukluklarının nedenlerine yönelik sıralama bulguları incelendiğinde konuşma bozukluğu olan ve olmayan iki grubun önemli olarak gördüğü faktörlerin farklı olduğu görülmektedir. Her iki grupta zihinsel yetersizlikleri önemli nedenler arasına koyarken, konuşma bozukluğu olan gruptaki öğretmenlere göre sosyal öğrenmeyi ve beyin hasarları da önemli nedenler arasında yer almaktadır. Konuşma bozukluğu olmayan gruptaki öğretmenlere göre konuşma organlarına ilişkin yapısal sorunlar ve psikolojik sorunlar önemli nedenler arasında olduğu görüşü ağırlık kazanmıştır. Toğram ve Maviş'in (2009) çalışmasındaki ebeveynlerin DKB nedenlerine

yönelik sıralamasına bakıldığında psikolojik sorunlar, zihin engeli ve konuşma organlarına ilişkin yapısal sorunları ilk sıralara koydukları görülmektedir. İki çalışmanın bulguları karşılaştırıldığında ise Toğram ve Maviş'in (2009) bulguların bu çalışmada yer alan konuşma bozukluğu olmayan gruptaki ebeveynlerle –konuşma bozukluğu olan gruptaki ebeveynlere göre- daha çok uyuşmaktadır.

Katılımcı grupların dil ve konuşma terapi eksikliklerinin nedenlerine yönelik sıralama bulguları incelendiğinde sınıfta konuşma bozukluğu olan öğrencisi bulunan ve bulunmayan öğretmenlerin sıralamaları arasında bir fark görülmemektedir. Her iki grupta bilgilendirme, kaynak ve eğitim eksikliklerini en önemli nedenler arasına koymaktadır. Toğram ve Maviş'in (2009) çalışmasındaki öğretmenlerin dil ve konuşma terapi eksikliklerinin nedenlerine yönelik sıralamasına bakıldığında bilgilendirme, kaynak ve eğitim eksikliklerini ilk sıralara koydukları görülmektedir. Bu çalışmadaki ebeveynlerin dil ve konuşma terapisi eksikliklerinin nedenlerine yönelik sıralama maddeleri incelendiğinde ise her iki grupta bilgilendirme ve eğitimi önemli nedenler arasına koyulurken, konuşma bozukluğu olan gruptaki ebeveynler önem eksikliğini nedenler arasına korkun konuşma bozukluğu olmayan ebeveynlerin önem yerine para eksikliğini koydukları görülmüştür. Toğram ve Maviş'in (2009) çalışmasındaki ebeveynlerin dil ve konuşma terapi eksikliklerinin nedenlerine yönelik sıralamasına bakıldığında bilgilendirme, para ve eğitim eksikliklerini ilk sıralara koydukları görülmektedir. Bir başka deyişle bu çalışmanın bulgularına göre hem ebeveynler hem de öğretmenler konuşma bozukluğu olan çocukların terapi alamamasının başlıca nedeninin bilgilendirme eksikliğidir. Bu bulgu Marshall ve arkadaşlarının (2002) çalışmasındaki öğretmenlerin ve Carroll'un (2010) çalışmasındaki ailelerin DKT'ler tarafından daha fazla bilgilendirme ihtiyaçları olduğu bulgusu ile paralellik göstermektedir. Marshall ve arkadaşlarının (2002), gerçekleştirdikleri çalışmada DKB olan çocukların kaynaştırılmasında en önemli üç sınırlılığın eğitim, zaman ve kaynak eksikliği olduğu belirtilmiştir. Toğram ve Maviş'in (2009) kendi çalışmalarında terapi eksikliklerinin genel olarak Türkiye'de var olan sistemin sınırlılıklarından kaynaklandığını öne sürmüşlerdir. Bu çalışmada da benzer bir durum olduğu ve bilgilendirme/eğitim eksikliklerinin hem öğretmenlerde hem de ebeveynler için sistemin oluşturduğu sınırlılıklar olduğu düşünülmektedir.

Çalışma sırasında incelenen birçok değişken açısından tutumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bir kaç önemli noktada ise bunun

aksine anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır. İlk olarak, 20-30 yaş aralığında olan ebeveynlerin, 31-50 aralığındakilerine göre konuşma bozukluğu olan çocukların akademik/sosyal yönelik daha olumlu tutuma sahip oldukları bulunmuştur. Bulunan bir diğer farklılık ise, konuşma bozukluğu tanısı kekemelik olan çocukların ebeveynleri, tanısı sesletim bozukluğu olan çocukların ebeveynlerine göre terapi gereksinimlerine ilişkin daha olumlu tutuma sahiptirler. Son anlamlı farklılık ise okulöncesi öğretmenleri okul çağı öğretmenlerine göre konuşma bozukluğu olan çocukların akademik/sosyal başarıları hakkında daha olumlu tutum sergilemişlerdir.

### 4.3. Öneriler

1. Ebeveyn ve öğretmenlerinin konuşma bozukluklarına yönelik tutum ve bilgilerinin daha kesin ortaya konabilmesi için katılımcı sayısı farklı bölgelerden, şehirlerden olmak koşulu ile artırılması önerilmektedir.
2. Basım hatasından kaynaklanan anketteki eksik kısmın tamamlanarak araştırılmanın tekrarlanması önerilmektedir.
3. Sınıfında konuşma bozukluğu olan öğrencisi olduğu bilgisini veren öğretmenlerin gerçekten ölçütlere uyduğundan emin olabilmek için bu öğrencilere gerekli testlerin uygulanması önerilmektedir.
4. Katılımcıların yanıt verirken yaşadıkları kararsızlığı ortadan kaldırmak anketin 'Konuşma Sorunlu Çocuğun Akademik/Sosyal Geleceğine Ve Terapisine Yönelik Düşünceler' kısmının Likert tipinde 5 dereceli yerine katılıyorum/ kararsızım/ katılmıyorum şeklinde 3 dereceli olarak gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

## Kaynakça

- American Speech-Language-Hearing Association. (1993). *Definitions of communication disorders and variations*. Available from [www.asha.org/policy](http://www.asha.org/policy). (Erişim tarihi: 25.05.16)
- American Speech-Language-Hearing Association. (2004). *Preferred Practice Patterns for the Profession of Speech-Language Pathology* [Preferred Practice Patterns]. Available from [www.asha.org/policy](http://www.asha.org/policy). (Erişim tarihi: 25.05.16)
- Band, S., Lindsay, G., Law, J., Soloff, N., Peacey, N., Gascogine, M., & Radford, J. (2002). Are health and education talking to each other? Perceptions of parents of children with speech and language needs. *Eur. J. Spec. Edu.*, 17 (3), 211–227.
- Baxendale, J., Frankham, J. and Hesketh, A. (2001). The Hanen Parent Program: A parent's perspective. *Int. J. Commun. Disord.*, 36 (S1), 511–516.
- Baxendale, J., Lockton, E., Adams, C. and Gaile, J. (2012). Parent and teacher perceptions of participation and outcomes in an intensive communication intervention for children with pragmatic language impairment. *Int. J. Lang. Commun. Disord.*, 48 (1), 41-53.
- Baysal, C. ve Tekarslan, E. (1996), İşletmeler için davranış bilimleri. İstanbul: Avcıo1 Basım-Yayın.
- Bleile, K.M. (2004). *Manual of articulation and phonological disorders: Infancy through adulthood*. Canada: Thomson Delmar Learning.
- Boey, R., Wuyts, F., Van de Heyning, P., De Bodt, M., and Heylen, L. (2007). Characteristics of stuttering-like disfluencies in Dutch-speaking children. *J. Fluency Disorder*, 32 (4), 310-329.
- Carpenter, B., and Russell, P. (2005). Early Intervention in the United Kingdom: Current policy and practice. In M. J. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 455–480). London: Paul Brookes Publishing Company.
- Carroll, C. (2010). "It's not everyday that parents get a chance to talk like this": Exploring parents' perceptions and expectations of speech-language pathology services for children with intellectual disability. *Int. J. Speech Lang. Pathol.*, 12 (4), 352-361.

- Çelebi, F. (2005). *Dil ve Konuşma Terapisi Hizmetlerine Yönelik Ebeveyn Tutumlarının Belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Davis, S., Howell, P. and Cook, F. (2002). Sociodynamic relationships between children who stutter and their non-stuttering classmates. *J. Child. Psychol. Psychiatry*, 43 (7), 939– 947.
- Erkan, M. ve Aslan, T. (1992). Konuşma ve Ses Bozuklukları. *Erciyes Tıp Dergisi*, 297-313.
- Glogowska, M. and Campbell, R. (2000). Investigating parental views of involvement in pre-school speech and language therapy. *Int. J. Lang. Commun. Disord.*, 35 (3), 391–405.
- Hall, D.M. and Elliman, D. (2003). *Health for all children* (4th Edition ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Hugh-Jones, S. (1999). *Bullying and the dysfluent child in the classroom*. London, UK: British Stammering Association.
- İbiloğlu, A.O. (2011). Kekemelik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (4), 704-728.
- Kağıtçıbaşı, Ç. (1979). *İnsan ve İnsanlar*. İstanbul: Cem Ofset Matbaacılık Sanayii A.Ş.
- Keating, D., Turell, G. and Ozanne, A. (2001). Childhood speech disorders: Reported prevalence, comorbidity and socioeconomic profile. *J. Paediatr. Child. Health*, 37 (5), 431-446.
- Keilmann A., Braun L. and Napiontek D. (2004). Emotional Satisfaction of Parents and Speech-Language Therapists With Outcome of Training intervention in Children with Speech and Language Disorders. *Folia Phoniatr Logop.*, 56 (1), 51-61.
- Kocatürk, U. (2000). *Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü* (9th Edition ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Konrot, A. (1998). Sözel Dil ve Konuşma Sorunları. In S. Eripek (Ed.), *Özel Eğitim* (s. 93-104). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Kudal-Ertaş, İ. (1990). *Ankara İli İlkokul Çağı Çocuklarında Konuşma, Ses ve Akıcılık Bozukluğu Dağılımının İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

- Law, J. (2000). Intervention for children with communication difficulties. In J. Law, A. Parkinson, and R. Tamhne, *Communication difficulties in children* (pp. 135-151). Abingdon: Radcliffe Medical Press.
- Lindsay, G. and Dockrell, J. E. (2004). Whose job is it? Parents' concerns about the needs of their children with language problems. *J. Spec. Edu.*, 37 (4), 225–235.
- Manning W.H. (2010). *Clinical Decision Making in Fluency Disorders*, 3rd ed. New York: Delmar Gengage Learning.
- Markham, C., van Laar, D., Gibbard, D., and Dean, T. (2009). Children with speech, language and communication needs: Their perceptions of their quality of life. *Int. J. Lang. Commun. Disord.*, 44(5), 748–768.
- Marshall, J. Goldbart, J. and Phillips, J. (2007). Parents' and speech and language therapists' explanatory models of language development, language delay and intervention. *Int. J. Lang. Commun. Disord.*, 42 (5), 533–555.
- Marshall, J., Ralph, S., and Palmer, S. (2002). 'I wasn't trained to work with them': mainstream teachers' attitudes to children with speech and language difficulties. *Int. J. Inclusive Educ.*, 6 (3), 199–215.
- Maviş, I., Toğram, B., ve Akyüz-Toğram, A. (2005). *Okulöncesi ve ilköğretim öğretmenlerinin dil ve konuşma bozukluklarına yönelik görüşleri*. Ankara: XV. Ulusal Özel Eğitim Kongresi'nde sunulmuş bildiri.
- McLeod, S., Daniel, G., and Barr, J. (2012). "When he's around his brothers . . . he's not so quiet": The private and public worlds of school-aged children with speech sound disorder. *J. Com. Dis.*, 46 (1), 70-83.
- Nungesser, N.R. and Watkins, R.V. (2005). Preschool teachers' perceptions and reactions to challenging classroom behavior: implications for speech-language pathologists. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 36 (2), 139-151.
- Odabaşı, Y., ve Barış, G. (2011). *Tüketici Davranışı* (2nd Edition ed.). İstanbul: Mediacat Yayıncılık.
- Ongan, A., and Ap, E. (2005). *Child Development and Teaching Young Children*. Sydney: Thomson Social Science Press.
- Overby, M., Carrell, T., and Bernthal, J. (2007). Teachers' perceptions of students with speech sound disorders: A quantitative and qualitative analysis. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 38 (4), 327-341.



- Öge, Ö. (2004). *İlköğretim I. Basamak Dönemi Çocuklarda Dil ve Konuşma Bozukluklarının Öğretmenlerden Bilgi Alma Yoluyla Belirlenmesi (Eskişehir İli Örnekleme)*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Özdemir, S., St. Louis, K., and Topbaş, S. (2011). Stuttering attitudes among Turkish family generations and neighbors from representative samples. *J. Fluency Disorder*, 36 (4), 318-333.
- Pachigar, V., Stansfield, J. and Goldbart, J. (2011). Beliefs and Attitudes of Primary School Teachers in Mumbai, India Towards Children Who Stutter. *Int. J. Disabil. Dev. Ed.*, 58 (3), 287-302.
- Reid, J., Millar, S., Tait, L., Donaldson, M., Grieve, R., Dean, E., Thomson, G. (1995). The role of the speech and language therapist in the education of children with special educational needs. *Int. J. Lang. Commun. Disord.*, 30 (1), 534-545.
- Roberts, M. and Kaiser, A. (2011). The Effectiveness of Parent-Implemented Language Intervention: A Meta-Analysis. *Am. J. Speech Lang. Pathol.*, 20 (3), 180-199.
- Safwat, R., and Sheikhany, A. (2014). Parental attitudes and knowledge of stuttering. *Egypt. J. Otolaryngol.*, 30 (2), 151-156.
- Santamaría, L.J. and Thousand, J.S. (2004). Collaboration, co-teaching, and differentiated instruction: A process-oriented approach to whole schooling. *Int. J. Whole Schooling*, 1 (1), 13-27.
- Stember, M. (1991). Advancing the social sciences through the interdisciplinary enterprise. *Soc. Sci. J.*, 28 (1), 1-14.
- Türköz, N. (2005). *Öğretmenlerin kekeme öğrenciye ve kekeleyen öğrencinin ebeveynine karşı tutumların betimlenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Tezbaşaran, A.A. (1997). *Likert Tipi Kılavuzu*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Toğram, B. ve Maviş, İ. (2009). Aileler, Öğretmenler ve Dil ve Konuşma Terapistlerinin Çocuklardaki Dil ve Konuşma Bozukluklarına Yönelik Tutum ve Bilgilerinin Değerlendirilmesi. *Özel Eğitim Dergisi*, 10 (1), 71-85.
- Topbaş, S. (2006). Türkçe Sesletim-Sesbilgisi Testi: Geçerlik-Güvenirlilik ve Standardizasyon Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 21 (58), 39-56.

- Topbaş, S., Konrot, A. ve Ege, P. (2002). *Dil ve Terapistliği Türkiye'de Gelişmekte Olan Bilim Dalı*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- nalın, D. (2000). Kayseri Kentsel Kesimde 7-12 Yaş Grubu ocuklarda Enürezis Nokturna, Kekemelik ve Tik Görülme Sıklığı. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9 (2), 33-40.
- Yaruss, J.S. and Quesal, R.W. (2004). Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health: an update. *J Commun Disord.* 37 (1), 35–52.
- Zebrowski, P. and Kelly, E. (2002). *Manual of Stuttering Intervention* . Canada: Singular Thomson Learning.
- http-1** <http://www.dilkom.anadolu.edu.tr/konusmaterapistligi.pdf> (Erişim tarihi: 17.04.2016)
- http-2** <http://www.apraxia-kids.org/library/the-importance-of-parent-involvement-in-the-speech-therapy-process/> (Erişim tarihi: 25.05.2016)
- http-3** <http://www.ndss.org/Resources/Therapies-Development/Speech-Language-Therapy/Speech-Language-Therapy-for-Children--Adolescents-with-Down-Syndrome/> (Erişim tarihi: 11.04.2016)
- http-4** [http://acikders.hacettepe.edu.tr/dersler/BTO307\\_BTO212.html](http://acikders.hacettepe.edu.tr/dersler/BTO307_BTO212.html) (Erişim tarihi: 21.05.2016)

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
8. Konuşma sorunlu çocuklar derslerde uyumsuz davranışlar sergiler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Konuşma sorunlu çocuk okuldaki sosyal etkinliklere katılamazlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Çocuğun derslerindeki başarısızlığının nedeni konuşma sorunudur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Konuşma sorunlu çocuk kendi başına sorunun üstesinden gelebilir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Terapiler klinik ortam yerine okul ortamında gerçekleşmelidir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Öğretmenler terapi seanslarını gözlemelidir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Terapistin, çocuğun terapileri konusunda öğretmene bilgilendirme yapması gereklidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Konuşma terapisi, (varsa) çocuğun diğer alanlardaki geriliklerini de olumlu yönde etkiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Çocuğun konuşma terapisine katılması için dersten ayrılması uygun değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Konuşma sorunlu çocuk terapide öğrendiklerini gündelik yaşamında rahatlıkla kullanabilir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Konuşma sorunlu çocuğa bireysel terapiler (grup eğitimine göre) daha yararlı olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Terapiler, çocuğun sorununa karşı olumlu tutum geliştirmesini sağlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Çocuğun konuşma bozukluğunun geçmesi için ilaç kullanması gerekir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B. KONUŞMA SORUNUNA YÖNELİK DÜŞÜNCELER:</b>					
<b>* Konuşma bozukluklarının görülme/duyulma sıklığına göre önem sırasına göre numaralayınız. (1 en önemsiz, 6 en önemli)</b>					
1. Konuşma bozukluğu çocuğa aileden geçer.					
2. Zihinsel yetersizlik konuşma bozukluğuna yol açar.					
3. Psikolojik sorunlar konuşma bozukluğuna yol açar.					
4. Konuşma bozukluğu, konuşmayı sağlayan organlara ilişkin bir bozukluktan kaynaklanır.					
5. Konuşma bozukluğu öğrenilerek edinilir.					
6. Konuşma bozukluğu beyin hasarından kaynaklanır					
<b>C. KONUŞMA SORUNUNA İLİŞKİN YETERLİLİKLER (*KKTC önem sırasına göre numaralayınız) (1 en önemsiz, 6 en önemli)</b>					
1. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması bilgilendirme eksikliğinden kaynaklanır					
2. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması önem eksikliğinden kaynaklanır					
3. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması eğitim eksikliğinden kaynaklanır					
4. Konuşma sorunlu çocuğun uyum sorunu zaman eksikliğinden kaynaklanır					
5. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması para eksikliğinden kaynaklanır					
6. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması kaynak (terapist/merkez) eksikliğinden kaynaklanır					

## Ek 2 Ebeveyn Anketi

**T.C. ANADOLU ÜNİVERSİTESİ**  
**DİL ve Konuşma Bozuklukları**  
**Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi (DİLKOM)**  
**“DİL ve KONUŞMA BOZUKLUKLARINA FARKINDALIK” ANKETİ**

### Anketi dolduranlar hakkında demografik bilgi değerlendirme

Anketi dolduran	Anne	Baba	Bakıcı	Diğer	Öğretmen	
<b>Aile (anne /baba / bakıcı / büyükanne-baba) ile ilgili</b>						
Yaş aralığı	20	21-30	31-40	41-50	51-60	60+
Cinsiyet	Kadın	Erkek				
Eğitim süresi (yıl olarak)	Okur-yazar değil	1-5	1-8	1-11	Üniversite	Lisans üstü
<b>Çocuğunuz ile ilgili</b>						
Çocuğun yaşı						
Çocuğun cinsiyeti	Erkek	Kız				
Çocuğun eğitimi	Okul Öncesi	İlköğretim				
<b>Çocuğunuzun konuşma bozukluğu* var mı?</b>	Evet	Hayır				
<b>Evet ise; uzman dil ve konuşma terapi desteği alıyor mu?</b>	Evet	Hayır				
<b>Evet ise; konuşmuş bir tanısı var mı?</b>	Evet	Hayır	Tanı;			
<b>Evet ise; aldığı terapi süresi (haftada kaç seans – kaç yıl)</b>						

<b>A. KONUŞMA SORUNLU ÇOCUĞUN AKADEMİK /SOSYAL GELECEĞİNE ve TERAPİSİNE YÖNELİK DÜŞÜNCELER</b>					
<b>*NOT: Anket soruları genellikle okul öncesi ve okul çağı konuşma bozukluğu olan çocukların ebeveyn ve öğretmen için hazırlanmıştır;</b>	<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle katılıyorum</b>
1. Konuşma sorunlu çocuk uygun yaşa geldiğinde okula gider.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Çocuk konuşamadığı için okuma-yazma öğrenemez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Çocuğun konuşamama sorunu ilerde öğrenme güçlüğüne dönüşür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Konuşma sorunlu çocuklar hiperaktif ve uyumsuz olurlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Çocuğun konuşma sorunu okul hayatını/derslerini olumsuz etkiler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Çocuk konuşmasının bozuk olduğunu okulda fark eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Konuşma sorunlu çocukla okulda arkadaşları alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
8. Konuşma sorunlu çocuklar derslerde uyumsuz davranışlar sergiler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Konuşma sorunlu çocuk okuldaki sosyal etkinliklere katılamazlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Çocuğun derslerindeki başarısızlığının nedeni konuşma sorunudur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Konuşma sorunlu çocuk kendi başına sorunun üstesinden gelebilir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Terapiler klinik ortam yerine okul ortamında gerçekleşmelidir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Öğretmenler terapi seanslarını gözlemelidir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Terapistin, çocuğun terapileri konusunda öğretmene bilgilendirme yapması gereklidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Konuşma terapisi, (varsa) çocuğun diğer alanlardaki geriliklerini de olumlu yönde etkiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Çocuğun konuşma terapisine katılması için dersten ayrılması uygun değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Konuşma sorunlu çocuk terapide öğrendiklerini gündelik yaşamında rahatlıkla kullanabilir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Konuşma sorunlu çocuğa bireysel terapiler (grup eğitimine göre) daha yararlı olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Terapiler, çocuğun sorununa karşı olumlu tutum geliştirmesini sağlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Çocuğun konuşma bozukluğunun geçmesi için ilaç kullanması gerekir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B. KONUŞMA SORUNUNA YÖNELİK DÜŞÜNCELER:</b>					
<b>* Konuşma bozukluklarının görülme/duyulma sıklığına göre önem sırasına göre numaralayınız. (1 en önemsiz, 6 en önemli)</b>					
1. Konuşma bozukluğu çocuğa aileden geçer.					
2. Zihinsel yetersizlik konuşma bozukluğuna yol açar.					
3. Psikolojik sorunlar konuşma bozukluğuna yol açar.					
4. Konuşma bozukluğu, konuşmayı sağlayan organlara ilişkin bir bozukluktan kaynaklanır.					
5. Konuşma bozukluğu öğrenilerek edinilir.					
6. Konuşma bozukluğu beyin hasarından kaynaklanır					
<b>C. KONUŞMA SORUNUNA İLİŞKİN YETERLİLİKLER (*KKTC önem sırasına göre numaralayınız) (1 en önemsiz, 6 en önemli)</b>					
1. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması bilgilendirme eksikliğinden kaynaklanır					
2. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması önem eksikliğinden kaynaklanır					
3. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması eğitim eksikliğinden kaynaklanır					
4. Konuşma sorunlu çocuğun uyum sorunu zaman eksikliğinden kaynaklanır					
5. Konuşma sorunlu çocuğun terapi almaması para eksikliğinden kaynaklanır					

**Ek 3 KKTC Milli Eğitim Bakanlık Onayı**



**KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ  
MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI  
İLKÖĞRETİM DAİRESİ MÜDÜRLÜĞÜ**

Sayı: İÖD.0.00-35/2016/1B - 24

Lefkoşa, 13 Ocak 2016

**Sayın İmge BORA**  
**Niyazi Uludağ Sokak No:17**  
**Kermiya-Lefkoşa.**

Müdürlüğümüze bağlı Lefkoşa Bölgesi okullarında görev yapan öğretmenlerine ve bu okullarda öğrenim gören öğrencilerin velilerine uygulamak istediğiniz "KKTC'de Konuşma Bozukluğu Olan ve Olmayan Çocukların Ebeveynlerinin ve Öğretmenlerinin Konuşma Bozukluklarına Yönelik Tutum ve Bilgileri" konulu anket soruları Talim ve Terbiye Dairesi Müdürlüğü tarafından incelenmiş gizlilik ve gönüllülük ilkelerine riayet edilerek uygulanması uygun görülmüştür.

Ancak anket sorularını uygulamadan önce okul müdürlükleri ile temas kurulması ve anket tamamlandıktan sonra da sonuçların Talim ve Terbiye Dairesi Müdürlüğü'ne iletilmesi hususunda bilgilerinizi saygı ile rica ederim.

**Salih CANSEÇ**  
**Müdür**

/AA

Tel (90) (392) 228 3136 - 228 6893  
Fax (90) (392) 228 7158  
E-mail meb@mebnet.net

Lefkoşa-KKTC

#### **Ek 4 Katılımcı Bilgilendirme Formu**

Sayın Veli/ Öğretmen;

Bu anket Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dil ve Konuşma Terapisi Yüksek Lisans Tezli Programı kapsamında yapılacak olan bir çalışma için veri toplama aracı olarak kullanılacaktır. Çalışma, *İmge Bora* tarafından yürütülecektir. Çalışmanın amacı KKTC’de konuşma bozukluğu olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin ve öğretmenlerinin konuşma bozukluklarına yönelik tutum ve bilgilerini bu anket aracılığıyla incelemektir. Bu çalışma Anadolu Üniversitesi Etik Kurulu onayı alınarak gerçekleştirilmektedir. Bu bağlamda kimlik bilgileriniz gizli tutulacak olup ankette verdiğiniz yanıtlar sadece bu çalışma kapsamında isimsiz olarak kullanılacaktır. Ankete katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Dilerseniz ankete katılmayabilir veya istediğiniz bir aşamada bir neden belirtmeden anketi doldurmayı bırakabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda sizden toplanan veriler çalışmadan çıkarılacak ve imha edilecektir. Eğer anketi teslim ettikten sonra çalışmadan çekilmek isterseniz, 31.03.2016 tarihine kadar aşağıda verilen araştırmacı iletişim bilgilerinizi kullanarak çalışmadan çekildiğinizi bize bildirebilirsiniz; bu durumda ankete verdiğiniz yanıtlar çalışmada kullanılmayacaktır. İstemeniz halinde sizden toplanan verileri inceleme hakkınız bulunmaktadır.

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

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

*(Lütfen bu formu doldurup imzaladıktan sonra veri toplayan kişiye veriniz.)*

Katılımcı Ad ve Soyadı:

Tarih:

İmza:

**İmge Bora İletişim Bilgileri;**

KKTC Tel No: +90 542 865 8500

Türkiye Tel No: +90 507 040 3577

Mail: boraimge@gmail.com

## Ek 5 Etik Kurul Onayı

Kayıt Tarihi: 23.11.2015

Protokol No: 25733



### ANADOLU ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU KARARI

<b>ÇALIŞMANIN TÜRÜ:</b>	Yüksek Lisans Tez Çalışması
<b>KONU:</b>	Sağlık Bilimleri
<b>BAŞLIK:</b>	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Konuşma Bozukluğu Olan ve Olmayan Çocukların Ebeveynlerinin ve Öğretmenlerinin, Konuşma Bozukluklarına Yönelik Tutum Ve Bilgilerinin İncelenmesi
<b>PROJE/TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ:</b>	Yrd. Doç. Dr. Bülent TOĞRAM
<b>TEZ YAZARI:</b>	İmge BORA
<b>ALT KOMİSYON GÖRÜŞÜ:</b>	-
<b>KARAR:</b>	Olumlu

#### ETİK KURUL ÜYELERİ

İMZA/ TARİH

25.12.2015

**Prof. Dr. Aydın AYBAR**  
Rektör Yardımcısı / Etik Kurul Başkanı

**Prof. Dr. Hayrettin TÜRK**  
Fen Bil. (Fen Fak.)

**Prof. Dr. Yusuf ÖZTÜRK**  
Sağlık Bil. (Ecz. Fak.)

**Prof. Dr. Esra CEYHAN**  
Eğitim Bil. (Eğitim Bil. Ens.)

**Prof. Dr. Kemal YILDIRIM**  
Sos. Bil. (İkt. ve İd. Bil. Fak.)

**Doç. Dr. Münevver ÇAKI**  
Güz. San. (Güz. San. Fak.)



## EKLER

### Ek 1 Öğretmen Anketi

**T.C. ANADOLU ÜNİVERSİTESİ**  
**DİL ve Konuşma Bozuklukları**  
**Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi (DİLKOM)**  
**“DİL ve KONUŞMA BOZUKLUKLARINA FARKINDALIK” ANKETİ**

Anketi dolduran	İdareci	Öğretmen				
<b>Öğretmenle ilgili</b>						
Yaş aralığı	20	21-30	31-40	41-50	51-60	60+
Cinsiyeti	Kadın	Erkek				
Hizmet süresi (yıl olarak)	1-3 yıl	3-5 yıl	5-10 yıl	10-15 yıl	15-20 yıl	20+
Öğretmenin branşı	Okul öncesi	Sınıf öğretmeni				
<b>Öğrencileriniz ile ilgili</b>						
Sınıfınızda şu anda veya daha önce konuşma bozukluğu* öğrenciniz var mı?	VAR	YOK	<b>Varsa Yaşı:</b>			
<b>Varsa;</b> çocuğun cinsiyeti	Erkek	Kız				
<b>Varsa;</b> çocuğun eğitimi	Okul öncesi	İlköğretim				
<b>Varsa;</b> çocuğun uzman dil ve konuşma terapisi desteği alıp almadığını biliyor musunuz?	Biliyorum	Bilmiyorum				
<b>Varsa;</b> çocuğun konuşma bozukluğu tanısı		Bilmiyorum				
<b>Yoksa;</b> konuşma bozukluğu olduğundan şüphelendiğiniz bir öğrenciniz olsa doğru yönlendirebileceğinizi düşünüyor musunuz?	Evet	Emin Değilim	Hayır			

<b>A. KONUŞMA SORUNLU ÇOCUĞUN AKADEMİK /SOSYAL GELECEĞİNE ve TERAPİSİNE YÖNELİK DÜŞÜNCELER</b>					
<b>*NOT: Anket soruları genellikle okul öncesi ve okul çağı konuşma bozukluğu olan çocukların ebeveyn, öğretmen ve konuşma terapistleri için hazırlanmış; yetişkinler bu anketin kapsamına dahil edilmemiştir.</b>	<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle katılıyorum</b>
1. Konuşma sorunlu çocuk uygun yaşa geldiğinde okula gider.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Çocuk konuşamadığı için okuma-yazma öğrenemez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Çocuğun konuşamama sorunu ilerde öğrenme güçlüğüne dönüşür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Konuşma sorunlu çocuklar hiperaktif ve uyumsuz olurlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Çocuğun konuşma sorunu okul hayatını/derslerini olumsuz etkiler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Çocuk konuşmasının bozuk olduğunu okulda fark eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Konuşma sorunlu çocukla okulda arkadaşları alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>