



**T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
ERGOTERAPİ ANABİLİM DALI
ERGOTERAPİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KONUŞMA PROBLEMİ İLE DUYU BÜTÜNLEME PROBLEMİ
YAŞAYAN ÇOCUKLARIN BAKIM VERENLERİNİN BAKIM YÜKÜ,
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE PERFORMANSI İLE EMOSYONEL
DURUM VE VÜCUT FARKINDALIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Furkan KUMRU

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Safa HEYBET**

Kasım, 2023

BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan retilildiğini ve Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim

Furkan KUMRU

TEŞEKKÜR

Tez yazım sürecimde gerek akademik gerek manevi desteklerinden ötürü başta tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Safa Heybet'e,

Bu çalışmanın her aşamasında yanımda olup bana her zaman motivasyon kaynağı olan değerli eşim Gözde Nur Kumru'ya ,

Tüm yaşamım boyunca desteğini her zaman hissettiğim canım annem, babam ve sevgili kardeşime tüm içtenliğim ile teşekkür ederim.



Furkan KUMRU

İçindekiler

BEYAN FORMU	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT	xii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1 Normal Gelişim.....	6
2.2 Motor Gelişim	6
2.2.1 Motor Gelişim Teorileri.....	6
2.2.2 Nöromaturasyon Teorisi	6
2.2.3 Dinamik Sistem Teorisi	6
2.3 Normal Duyusal Gelişim.....	7
2.3.1 Somatik Duyu Sistemi	7
2.3.2 Vestibüler Sistem	7
2.3.3 Görme Sistemi.....	8
2.3.4 İşitme Sistemi.....	9
2.3.5 Koku Sistemi.....	10
2.3.6 Tat Sistemi.....	10
2.4 Duyusal Gelişimi Etkileyen Faktörler.....	10
2.4.1 Genetik Yapı	10
2.4.2 İnternal Uyarılar ve Uyku	11
2.4.3 Duyu Organlarının Uyarılması ve Çevreden Gelen Uyarılar	11
2.4.4 Çevre Etkisi.....	11
2.4.5 Duyu Bütünleme Teorisi.....	12
2.5 Duyu Bütünlüğü ile Motor Gelişimin İlişkisi.....	12
2.6 Duyusal İşleme Bozuklukları	13
2.6.1 Duyusal Modülasyon Bozukluğu	13
2.6.2 Duyu Temelli Motor Bozukluklar	13
2.6.3 Duyusal Ayırt Etme Bozukluğu	14
2.7 Duyu Bütünleme Müdahaleleri	14
2.7.1 Bireyselleştirilmiş Duyu Bütünleme Müdahaleleri.....	15
2.7.2 Duyu Diyeti.....	17
2.8 Aile Eğitimi	18
3.Dil ve Konuşma.....	18
3.1. Periferik İşitme Sistemi	18

3.2.2 Santral İşitme Sistemi	19
3.3. İletişim.....	20
3.3.1 Dil	20
3.3.2 Konuşma	20
3.4. Dil Gelişimi	21
3.4.1 Çocuklarda Dil Gelişimi	21
3.5. Dil ve Konuşma Bozuklukları.....	24
3.6. Gecikmiş Konuşma	24
3.7.Konuşma Bozukluklarında Terapi	25
4. Ebeveyn-Çocuk Etkileşimi.....	25
5. Bakım veren	27
5.1. Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bakım Veren	28
5.2. Bakım Verenlerde Stres	29
5.3. Gelişimsel Bozukluğu Olan Çocuklarda Bakım Veren.....	30
5.4. Bakım Verenlerde Depresyon ve Anksiyete	32
5.5. Dil ve Konuşma Terapisi ve Duyu Bütünleme Terapisi Alan Çocuklarda	34
Bakım Veren.....	34
5.6. Bakım Verenlerde Beden Farkındalığı.....	37
3.GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Yöntem.....	39
3.1.4 Örneklem Seçimi	39
3.1.5 İşlem.....	40
3.2. Gereçler	41
3.2.1 Sosyodemografik Bilgi Formu (Bakım Veren) (EK 1)	41
3.2.2 Beck Depresyon Ölçeği (EK 2)	41
3.2.3 Vücut Farkındalığı Ölçeği (EK-3)	41
3.2.4 Nottingham Sağlık Profili (EK-4)	41
3.2.5 Zarit Bakım Verme Yüğü Değerlendirme Ölçeği (EK-5)	42
3.2.6 Aile Etki Ölçeği (EK-6)	42
4.BULGULAR	43
4.1. Tanımlayıcı istatistikler.....	43
5.TARTIŞMA SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
5.1. Tartışma.....	54
5.2. Sonuç ve Öneriler.....	60
6. KAYNAKLAR	63
7.EKLER.....	74
EK 1 Sosyodemografik Bilgi Formu.....	74

EK 2 Bakım Verme Yüğü Ölçeği	75
EK 3 Vücut Farkındalığı Ölçeği	77
EK 4 Beck Depresyon Ölçeği	78
EK 5 Nottingham Sağlık Profili.....	81
EK 6 Aile Etki Ölçeği	82
8.ÖZGEÇMİŞ	84
9.İNTİHAL.....	85



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- ASD:** Autism Spectrum Disorder (Otizm Spekturum Bozukluğu)
- BAE:** Beck Anksiyete Envanteri
- BAQ:** Body Awareness Questionnaire
- BDE:** Beck Depresyon Envanteri
- BDT:** Bilişsel Davranışçı Terapi
- CDC:** Center for Disease Control (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi)
- ÇODÖ:** Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği
- DKB:** Dil ve Konuşma Bozukluğu
- DKY:** Dış Kulak Yolu
- DC:0-5 :** Erken Çocukluk ve Bebeklik Dönemindeki Gelişimsel ve Ruhsal Bozuklukların Tanısal Sınıflandırılması
- DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
- DİB:** Duyusal İşleme Bozuklukları
- DPÖ:** Duyu Profili Ölçeği
- DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısalve Sayımsal Elkitabı)
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- EEG:** Elektro Ensefalografi
- ESDM:** Early Start Denver Model (Erken Başlangıçlı Denver Modeli)
- fMRG:** Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
- ICD:** International Clasification of Diseases (Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması)
- IQ:** Intelligence Quotient (Zeka Puanı)
- KG:** Kontrol Grubu
- KZVD:** Kendine Zarar Verme Davranışı
- MDB:** Majör Depresif Bozukluk
- MRG:** Manyetik Rezonans Görüntüleme
- OSB:** Otizm Spekturum Bozukluğu
- MSO:** Medial Superior Olivar
- LL:** Lateral Leminiskus
- SPSS:** Statistical Package for Social Sciences

SSP: Short Sensory Profile (Kısa Duyu Profili Ölçeği)

SOC: Superior Olivar Kompleks

SOR: Duyusal aşırı duyarlılık

TM: Timpanik Membran

YGB: Yaygın Gelişimsel Bozukluklar

ZBVO: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Duyu Bütünlüğü Müdahalelerinin Parametreleri.....	28
Tablo 4.1: Araştırmaya Katılan Katılımcıların Gruplarına Göre Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	55
Tablo 4.2.1: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normal Dağılım Analizi Sonuçları.....	58
Tablo 4.2.2: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Tanımlayıcı Fark İstatistikleri.....	58
Tablo 4.2.3: Çocuğu Terapi Desteği Alan Ebeveyn.....	60
Tablo 4.2.4: Kontrol Grubu.....	63



ÖZET

KONUŞMA PROBLEMİ İLE DUYU BÜTÜNLEME PROBLEMİ YAŞAYAN ÇOCUKLARIN BAKIM VERENLERİNİN BAKIM YÜKÜ, GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE PERFORMANSI İLE EMOSYONEL DURUM VE VÜCUT FARKINDALIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Konuşma problemi ile duyu bütünleme problemi yaşayan çocukların bakım verenlerinin bakım yükü, günlük yaşam aktivite performansı ile emosyonel durum ve vücut farkındalığı arasındaki ilişkinin incelemeyi amaçladığımız çalışmamız vaka-kontrol şeklinde tasarlanmıştır. Çalışmaya toplamda 96 bakım veren katılmıştır. Katılımcılar, Beck Depresyon Ölçeği, Vücut Farkındalığı Ölçeği, Nottingham Sağlık Profili, Zarit Bakım Verme Yükü Değerlendirme Ölçeği, Aile Etki Ölçeğini doldurmuşlardır. Verilerin analizinde Paired Simple T-Test kullanılmıştır. Değişkenler değerlendirilerek deney ve kontrol grubu skorları karşılaştırılmıştır. İstatistiksel analiz sonucunda, katılımcıların yaşı, cinsiyeti, bakım verenin yaşı, çocuk sayısı, aile tipi özellikleri vaka ve kontrol gruplarımız arasında benzerlik bulunmuştur. Çocuğu terapi alan gruptaki bakım verenlerin depresyon, vücut farkındalığı, aile etki düzeyi, yaşam kalitesi ve bakım verme yükü skorları daha yüksek bulunmuştur($p<0.05$). Kontrol grubu katılımcıların ailesel ve toplumsal etki alt boyut puanları ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ilişki olduğu görülmektedir. Vaka grubunda bakım verme yükünün; bakım verenin depresyon puanı, vücut farkındalığı, yaşam kalitesi, bakım verme yükü, aile etki puanları ile açıklanabildiği görülmüştür. Katılımcıların gruplarına göre bakım verme yükü, vücut farkındalığı, depresyon düzeyi, aile etki düzeyi, maddi yük boyutu, ailesel ve toplumsal etki boyutu, kişisel zorlanma boyutu, başa çıkma boyutu, yaşam kalitesi, ağrı, duygusal reaksiyon, uyku, sosyal izolasyon, fiziksel aktivite, enerji puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Bakım verenlerdeki bakım verme yükünü açıklamada en etkili değişkenlerin, depresyon skoru, vücut farkındalığı ve aile etki düzeyi puanları olduğu bulunmuştur. Bakım verenlerde artmış bakım verme yükü, depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilişkilidir. Bakım verendeki depresyon belirtilerinin bakım yükü, günlük yaşam aktivite performansı ile emosyonel durum ve vücut farkındalığını açıklamada büyük önem taşıdığı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Duyu Bütünleme, Dil ve Konuşma Terapisi, Bakımveren, Anksiyete, Depresyon, Emosyonel Durum, Vücut Farkındalığı

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CARE LOADS, ACTIVITY PERFORMANCE OF DAILY LIFE, EMOTIONAL STATUS AND BODY AWARENESS OF CAREGIVERS OF CHILDREN WITH SPEECH PROBLEM AND SENSORY INTEGRATION PROBLEM

Our study, in which we aimed to examine the relationship between the care burden, daily living activity performance, emotional state and body awareness of the caregivers of children with speech problems and sensory integration problems, was designed as a case-control. A total of 96 caregivers participated in the study. Participants completed the Beck Depression Scale, Body Awareness Scale, Nottingham Health Profile, Zarit Caregiving Burden Assessment Scale, and Family Impact Scale. Paired Simple T-Test was used to analyze the data. The variables were evaluated and the experimental and control group scores were compared. As a result of statistical analysis, similarity was found between the participants' age, gender, caregiver age, number of children, and family type characteristics between our case and control groups. Depression, body awareness, family influence level, quality of life and caregiving burden scores of caregivers in the group whose children received therapy were found to be higher ($p < 0.05$). It is seen that there is a statistically significant positive relationship between the familial and social impact sub-dimension scores and quality of life scores of the control group participants. Caregiving burden in the case group; It has been observed that it can be explained by the caregiver's depression score, body awareness, quality of life, caregiving burden, and family impact scores. According to the groups of the participants, caregiving burden, body awareness, depression level, family impact level, financial burden dimension, familial and social impact dimension, personal There is a statistically significant difference between the strain dimension, coping dimension, quality of life, pain, emotional reaction, sleep, social isolation, physical activity and energy scores. It was found that the most effective variables in explaining the caregiving burden in caregivers were depression score, body awareness and family influence level scores. Increased caregiving burden in caregivers is associated with symptoms of depression and anxiety. It seems that symptoms of depression in the caregiver are of great importance in explaining the care burden, daily living activity performance, emotional state and body awareness.

Keywords: Sensory Integration, Speech and Language Therapy, Caregiver, Anxiety, Depression, Emotional State, Body Awareness



1.GİRİŞ

Bakımdan kaynaklanan stres, çocukların ebeveynlerinin psikolojik sağlığını etkilemekte, ebeveynlerin yeteneklerini kısıtlamakta, çocuklarına sağladıkları bakımı ve ebeveyn-çocuk ilişkilerini kalitesini olumsuz etkilemektedir (Akran ve Hillman, 2014).

Bakım verenin fiziksel sağlığının yanı sıra psikososyal sağlığı da olumsuz etkilenmektedir. Bu durum sıklıkla depresyon ve anksiyete şeklinde görölmektedir. Depresyon ve anksiyete düzeyinin yüksek olmasına bağlı olarak bireylerin yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Yaşam kalitesi, kişinin kendi yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki durumunu algılamasıdır (Toseland, Rossiter, Peak ve ark, 1990). Ancak, bakım verenlerin yaşam kalitesinin etkilenmesinde, bakım ihtiyacı olan bireyin motor performans düzeyi, iletişim problemleri ve bireyin sahip olduğu sosyal rollerini yerine getirmedeki güçlükleri de etkilidir. (Bevans ve Sternberg, 2012; Chang ve ark, 2010; Given, Given, Stommel ve ark, 1992; Thompson Jr, Futterman, Gallagher-Thompson ve ark, 1993).

Bakım verenlerin stres düzeyleri, uzun vadeli olumsuz etkilerle ilişkilidir (Kersh, 2006; Olsson ve Hwang, 2001). Bu ilişkileri dikkate aldığımızda davranış sorunları olan çocukları olan ailelerde bakıcı stresini etkileyen risk ve koruyucu faktörleri daha iyi anlamak, klinisyenlerin aile üyelerinin dayanıklılığını ve esenliğini güçlendirme becerilerini geliştirmek için son derece önemlidir. Bakım verenlerin katılımının tedaviye verdiği yanıtın önemi göz önüne alındığında, kültürel faktörlerin bakıcı stresıyla nasıl ilişkili olabileceğini anlamak, klinisyenlere ailelerin daha iyi katılımı için stratejiler geliştirmede yardımcı olması açısından önemlidir (Sanchez ve ark.,2021; Yani ve diğerleri,2020).

Otizm, erken yaşta başlaması, kronik seyri ve gelişimsel kazanımları zorlaştırması nedeniyle sadece hastayı değil, bakım veren aileleri ve sosyal çevreyi de olumsuz etkiler. Otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocukları büyötmeye ilişkili olarak maddi ve manevi zorlukları, artmış ebeveyn stresini ve bakım yükünü konu alan birçok çalışma bulunmaktadır (Cetinbakis, Bastug, Ozel, 2015).

Otizm Spektrum Bozukluğu (ASD) tanısı almış çocuklarda erken dönemde görülen duyuşal işleme bozukluklarının, ileriki dönemlerde ebeveynlik stresinde artış ve aile işlevselliğinde bozulmaya neden olduğu tespit edilmiştir (Ben-Sasson, Soto, Martínez-Pedraza, Carter, 2012). Duyusal İşleme Bozuklukları (DİB) semptomlarının zamanla çocuklarda anksiyete semptomlarının gelişimiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Green, Ben, Soto, Carter , 2012).

Çocuklarda yaygın olarak görülen yeme ve uyku bozukluklarının, duyuşal işleme bozukluklarıyla ilişkili olduğu keşfedilmiştir. Özellikle oral ve dokunsal duyuşal hassasiyet, otizimli çocuklarda sık görülen yemek seçme ve kısıtlı beslenme davranışlarıyla ilişkilendirilmiştir. Bu durum, ailelerde öğünlerle ilgili stres yaratmakta ve ebeveynlerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Cermak, Curtin ve Bandini, 2010).

Araştırmalar, çocukların yaşadığı zorlukların ve ilgili taleplerin bakıcının stresini önemli ölçüde etkilediğini ortaya koysa da (örneğin, engelli bir çocuğa bakmanın günlük görevleri) (Baker ve ark,2003) , diğer bağlamsal ve/veya kültürel faktörler bu ilişkilere katkıda bulunabilir veya bu etkileri hafifletebilir (Conger ve Donnellan, 2006). Bu nedenle, bakım verenlerin sağlık durumunun daha geniş bir perspektifini düşünmek, klinisyenlere bakıcıları ebeveynlik rollerinde nasıl destekleyeceklerini daha iyi anlamalarına yardımcı olabilir (Denno, Melissa, ve ark., 2013).

Gelişimsel bozukluklar, çocukluk döneminde başlayan ve otizm spektrum bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, zihinsel engellilik, öğrenme zorlukları ve dil ve motor bozuklukları gibi çeşitli gelişim alanlarında gecikmelere neden olan heterojen bir bozukluk grubunu ifade eder. Gelişimsel zorlukları olan çocuklara ebeveynlik yapmak, ailelerin finansal, sosyal ve duygusal kaynaklarına büyük talepler getiren zorlu bir görevdir ve ebeveynler genellikle yaşam kalitesinde bozulma ve artan kaygı ve depresyon düzeyleri yaşarlar (Green, ve ark. 2012).

Dil ve Konuşma Bozukluğu (DKB) olan çocuklarda, ebeveyn tutumlarının çocukların sosyal kaygılarıyla ilişkili olabileceği üzerine çalışmalar yapılmıştır (Cox, Seider, Kidd, 1984). Ebeveyn tutumlarının çocuklardaki sosyal kaygıyı artırabileceği veya azaltabileceği konusu üzerinde durulmuş, ancak net bir sonuca ulaşılammıştır. Bununla birlikte, ebeveyn davranışlarının çocuklar üzerinde etkili olduğu kabul edilen bir gerçektir (Yaruss, Coleman, 2006).

Bakım veren bireylerin yaşam kalitesini ve iyilik halini artırmak için kişi-çevre-aktivite perspektifinde bütüncül yaklaşımla geliştirilebilecek yöntemler bulunmaktadır. Bu yöntemler ise şunlar olabilir:

Ergonomi: Bireyin aktivitelerinin analizinin yapılması ve aktivitenin gerçekleştirilmesi için gereken doğru hareketin belirlenmesiyle bunun çözümü için gerekli olan çevresel düzenlemelerin yapılması ya da yardımcı cihazların belirlenmesinde kullanılan prensipler bütünüdür (Dul, Bruder, Buckle ve ark., 2012).

Enerji Koruma: Bireyler günlük rutinleri içerisinde ya da ani olarak gerçekleştirdikleri aktiviteler için belirli bir güç ve enerji sarf ederler. Enerji koruma ise belirli prensipler kullanılarak sarf edilen enerjiyi azaltmak ve kişinin daha az yorulmasını sağlamaktır. Kullanılan ilkelerden bazıları şunlardır; işler için önceden plan yapma, kendi hızını denetleme, iş için öncelik belirleme, gereksiz işleri eleme, dinlenme ve aktivite zamanlarını dengede tutma ve aktivite dayanıklılığını öğrenme (Hochberg, Altman, Brandt ve ark, 1995; Velloso ve Jardim, 2006).

Stres Yönetimi ve Stresle Başa Çıkma: Bireylerin gün içindeki psikososyal etkileşimlerini ve stres seviyelerini azaltmak ve genel iyi olma halini korumak için uygulanan yöntemlerdir. En yaygın kullanılan yöntemler ise progresif gevşeme, solunum teknikleri ve yaşam tarzı değişiklikleri eğitimidir (Shapiro, Brown, Biegel, 2007).

DİB, duyuşal verilerin düzenlenmesinde, birleştirilmesinde ve ayırt edilmesinde sorunlar yaşandığı durumları kapsar. DİB, taktıl (dokunma), işitsel (duyma), oral (ağız ve tat), olfaktör (koku), vizüel (görsel), vestibüler (yerçekimi ve denge) ve propriyoseptif (kas-eklem) duyulara dair hipo veya hiper-sensitivite durumları ve buna bağılı olarak ortaya çıkan kaçınma veya arama davranışlarını belirtir.

DC:0-5 el kitabı'nda DİB, otizmden bağımsız olarakta görülebilen yeni bir tanı olarak sunulmuştur. Genel popölasyonda, bir-üç yaş arasında artmış duyuşal hassasiyet daha sık görülürken, aile içinde işlevselliğı etkileyen duyuşal aşırı hassasiyetin yaygınlığı %5-16.5 olarak tahmin edilmektedir. Duyusal aşırı hassasiyet belirtileri gösteren çocuklarda anksiyete, depresyon ve sosyo-duyuşal problemler daha sık ve erken başlar. Bu çocukların adaptif sosyal

becerileri, duyuusal hassasiyeti olmayan çocuklara göre daha az gelişmiştir (Ben-Sasson, Cermak, Orsmond, Tager-Flusberg, Carter, Kadlec, 2007).

DİB, okul öncesi dönemde ciddi yeme ve uyku sorunları, duygusal ve davranışsal problemlerle ilişkilidir. Erken yaşta duyuusal aşırı hassasiyet gösteren çocukların ileride anksiyete bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluklar açısından yüksek risk taşıdığı izlem çalışmalarıyla gösterilmiştir (Carpenter, Baranek, Copeland, Compton, Zucker, Dawson, Egger, 2012).

İnsanlar, iletişim kurma ihtiyacına doğuştan sahiptir. İletişim, insanların hayatta kalmasına ve yaşamlarını kolaylaştırmasına katkıda bulunduğu için önemli bir konu olarak kabul edilir. İletişim kurabilme yeteneği, insanın en büyük özelliklerinden biridir. İletişim, duyguları, düşünceleri ve bilgileri başkalarına aktarma ve anlamlandırma sürecidir (Şahin, 2015). İnsanlar, iletişim yeteneği sayesinde dilin sunduğu birçok fırsattan yararlanabilirler. Konuşma da dilin işlevlerinden biridir ve insanları diğer canlılardan ayıran temel özelliklerden biridir. İnsanlar, iletişim yeteneklerine bağlı olarak beden dili yoluyla da birçok şeyi anlatabilirler.

Kekemellekle, dil ve konuşma bozukluklarıyla ilgili büyük çoğunluğu oluşturur. Ebeveynler genellikle çocuklarının kekemeliği konusunda endişe duymaktadır. Bu endişe, ebeveynleri yanlış yönlendirebilir ve sonucunda çocuklardaki hafif bir kekelemenin baskın bir konuşma bozukluğuna dönüşmesine neden olabilir. Çocukların kekemellekle baş edemediği ve baskılara maruz kaldığı durumlarda kekemellekle yaşamak zorunda kaldığı belirtilmiştir (Guitar, 2014; İlban, 2020).

Ebeveynlerin kişilik özelliklerinin, DKB olan çocuklardaki sosyal kaygıyı etkilemektedir (Guitar, 2006). Bu tür araştırmalar ve yapılan tespitler, günümüzde ebeveynlerin DKB olan çocuklarına daha bilinçli bir yaklaşım sergilediğini göstermektedir (Maviş, Toğram, 2009).

Araştırmamızda, kliniğimize başvuran okul öncesi çocuklarda DİB ve DKB problemleri olan çocukların tespit edilmesi, bu çocuklara bakan ebeveynlerin depresyon, anksiyete belirtileri ve bakım yükü ile ilişkisini ortaya çıkarmayı amaçladık.

Bu çalışma dahilinde aşağıdaki hipotezin (varsayımın) test edilmesi amaçlanmıştır.

Hipotez

Ho: Konuşma problemi ile duyu bütünleme problemi yaşayan çocuklara bakım verenler ile bakım vermeyenlerin bakım yükü, günlük yaşam aktivite performansı, emosyonel durumu ve vücut farkındalığı arasında fark yoktur.



2.GENEL BİLGİLER

2.1 Normal Gelişim

Doğumdan erişkinliğe kadar olan değişim ve büyümenin devamına gelişim denir. Gelişim, organizmaların fiziksel, yoğun, duygusal, duyusal, dil-konuşma ve motor beceriyi içeren özellikleri içerir (Yaruss ve Coleman, 2006). Gelişim dönemleri, beslenme şekli, perinatal dönemdeki prematüre dönem, büyüme faktörleri ve genetik yapı tarafından etkilenebilir. Gelişimin oranı ve zamanı belirlenebilir olsa da kişisel faktörler nedeniyle değişkenlik gösterebilir. (Black, Walker ve ark., 2017).

2.2 Motor Gelişim

2.2.1 Motor Gelişim Teorileri

Motor gelişim, gelişiminin ilerlemesi ile süren bir dönemdir. Hayatın erken dönemlerinden itibaren bebeklerin çevre ile etkileşimleri, motor gelişim teorilerini temelini oluşturur. Dinamik sistem ve nöromatürasyon teorisi, motor gelişim teorileri arasında en fazla öne çıkan 2 teoridir (Darrah ve Kembhavi., 2022).

2.2.2 Nöromatürasyon Teorisi

Nöromatürasyon prensibi, geleneksel motor gelişim modeli arasında en çok araştırılan ve incelenen teoridir. Embriyoloji araştırmaları, embriyonun proksimal-distal ve sefalokaudal olarak simetrik bir gelişim gösterdiğini ortaya koyar (Joshi ve Skromne., 2020). Bu bulgulara dayanarak nöromatürasyon ilkesi, motor gelişim için dört komponent belirler:

- 1- İlkel hareket paternlerinden kontrollü hareket paternlerine, refleks aktivitelerden istemli hareketlere doğru gelişim gerçekleşir.
- 2- Motor gelişim paternleri sefalokaudal yönde ilerler.
- 3- Hareketin kontrolü yöntemleri proksimalden distale doğru gelişir.
- 4- Motor gelişim, belirli bir düzen ve sıralama içinde gerçekleşir (Darrah ve Kembhavi, 2022).

2.2.3 Dinamik Sistem Teorisi

Dinamik sistem teorisi, bebeğin duyu, algı, motor gelişim, duygusal ve sosyal durumu ile çevresel koşulların ve beyin yapısal gelişiminin birbiriyle etkileşim halinde olduğu bir süreci tanımlar. Thelen ve Smith, hareketin uyumlu bir şekilde birden çok vücut yapısıyla gerçekleşebilme yeteneği olduğunu belirtmiştir. Çocukların sinir sistemi ve hareketin

gerçekleştirdiği çevre, onların gelişimsel ve biyomekanik yönlerini şekillendirir. Motor becerinin gelişim süreci boyunca çevresel ortamın etkisiyle şekil alan ve olgunlaşan bir yapıya sahip olduğu gösterilmiştir (Darrah, ve Kembhavi, 2022).

2.3 Normal Duyusal Gelişim

2.3.1 Somatik Duyu Sistemi

Somatosensoriyel algı, sinir sisteminin erken gelişiminde önemli bir rol oynar. Bu sistem, mekanoreseptörler, termoreseptörler ve nosiseptörler adındaki üç temel reseptörden oluşur. Somatosensoriyel sistem, merkezi sinir sistemindeki dokunsal duyunun kontrolünden sorumludur. Gebeliğin yaklaşık sekizinci haftasında gelişmeye başlayan dokunsal duyu, en erken gelişen duyulardan biridir (Cascio, 2010).

Araştırmalar, dokunma hassasiyetinin ilk olarak burun ve dudak bölgesinde ortaya çıktığını ve 12. haftadan itibaren tüm vücutta dokunmaya karşı tepki verildiğini göstermiştir. Duyusal lifler, üçüncü trimester dönemiyle birlikte karmaşık reflekslerin ortaya çıkmasına yardımcı olan diğer duyularla bütünleşerek beyin sapına ulaşır. Yaklaşık 20 haftalık bir süreçte talamik aksonlar kortekste sinaps yapmaya başlar. Gebeliğin ikinci yarısında, fetüs aktifleşerek rahim duvarına tekme atar, döner ve çarparak birçok dokunsal uyarıyı gerçekleştirir. Bebeklik ve erken çocukluk döneminde dokunsal duyu, çocukların motor gelişimi, sosyal etkileşim ve iletişim becerilerinin erken dönemde gelişimi için önemli geribildirim sağlar (Pekçetin, 2015).

2.3.2 Vestibüler Sistem

Vestibüler sistemin üç temel işlevi bulunmaktadır: denge ve postural tonusun kontrolü, uzaysal hareket ve vücudun pozisyon hissini farkındalığı ve uzaysal harekette göz fiksasyonu. Vestibüler sistem, baş vücut postürü aracılığıyla denge kontrolü ve konjuge göz hareketlerinin kontrolünü sağlar (Cascio, 2010). İç kulağın vestibüler bölümünü oluşturan semisirküler kanallar, kinetik dengeyi sağlamaktan sorumludur. Utrikulus, statik dengeye yanıt veren yerçekimi kontrolünü sağlar. Sakkülusun işlevi tam olarak belirlenemese de utrikulusla birlikte doğrusal hareketleri kontrol ettiği belirtilmiştir (Mustafaoğlu, 2021).

Vestibüler ve işitsel sistemler, gebeliğin beşinci haftasından itibaren gelişmeye başlar, ancak işitsel sistem, vestibüler sisteme göre daha yavaş gelişir. Fetüs, vestibüler uyarılara gebelikle birlikte 10. haftada tepki vermeye başlar. Vestibüler sistemdeki organların gelişimi

ve şekli tam olarak 20. haftada tamamlanır. Moro refleksi ise gebeliğin sekizinci haftasında ortaya çıkar (Ruffin, 2009).

Vestibüler sistem, bebeklerin uzaydaki hareket oryantasyonunu sağlayarak keşfedici ve adaptif hareketlerin oluşmasına ve başlamasına yardımcı olur. Böylece bebeklerin tonus, postür, refleks, göz hareketi kontrolü ve denge tepkileri gelişir. Vestibüler fonksiyonların gelişimi aynı zamanda motor becerilerin, görsel-uzaysal oryantasyonun, dil becerilerinin, dominant el seçiminin ve motor planlamanın gelişimi için önemlidir (Özyağcı, Ebru ve ark., 2021).

Bebeklerde duyuşal sistemler arasında vestibüler sistem en önce gelişenidir. Vestibüler aparatın morfogenezi, uterusun kırk dokuzuncu gününe kadar tamamlanır. Okülomotor çekirdek ile labirentler arasındaki bağlantı gebelikle birlikte 12-24. gestasyonel haftalarda gelişir (Mustafaoğlu, 2021). Bu nöral bağlantılar ve vestibüler sinirin miyelinizasyonu ilk kraniyal sinirde tamamlanır ve sistem intrauterin dönemin sekizinci ila dokuzuncu aylarında aktif hale gelir. Doğumda vestibüler sistem morfolojik olarak tamamlanmıştır. Gelişimsel olgunlaşma devam eder ve okul öncesi dönem, en yoğun gelişimin yaşandığı dönemdir. Çocuklarda denge, koordinasyon ve kontrollü hareket gerçekleşmesi için önemli bir sistemdir (Özyağcı, Ebru ve ark., 2021).

Vestibüler ve işitsel sistemler, gebeliğin beşinci haftasından itibaren aynı anda gelişmeye başlar. Vestibüler sistemin gelişimi, işitsel sisteme kıyasla daha hızlı ilerler. Gebeliğin onuncu haftasından itibaren fetus, moro refleksi olarak adlandırılan vestibüler uyarılara tepki vermeye başlar. Gebeliğin yirmi haftasında ise vestibüler aparat şekil ve boyut olarak son halini alır. Ayrıca, göz ve omurilik yolunda miyelinizasyon süreci başlar ve vestibüler sistem ileri düzeyde işlevsel hale gelir (Lokmanoğlu, 2021).

2.3.3 Görme Sistemi

Görme sistemi, fonksiyonel olarak en son gelişen sistemdir. Kornea, lens, iris ve göz kapakları, optik sistemin bileşenlerini oluşturur. Gebeliğin 32. haftası ve öncesinde, bebeklerin pupiller daralması sınırlı veya hiç olmayabilir ve göz kapakları incedir. Ancak gestasyonel 34-36. haftalarda göz kapakları kalınlaşır ve pupiller daralma normale döner. Bu gelişim, retinanın ışığa maruz kalma yeteneğini sınırlama becerisinin oluşumunu sağlar (Brémond-Gignac, Copin ve ark., 2011).

Bebek, anne karnında iken görsel uyarının kortekse ulaşması için bir yol bulunmaz. Uterusta bulunan fetus ışığa veya görsel uyarana maruz kalmaz. Retinadan kortekse iletilen görüntülerin yolakları, gestasyonel 39-40. haftalarda aktif hale gelir (Lokmanoğlu, 2021). Görüntü algısını oluşturan sinapslar doğumdan sonra dördüncü ayda maksimum sinaptik yoğunluğa ulaşır ve sekizinci ayda en yüksek seviyeye ulaşır. Optik sinirin miyelinizasyonu gebeliğin 32. haftasında başlar ve doğumdan sonra yedinci aya kadar devam eder (Simon, Boudreau ve ark., 2016).

2.3.4 İşitme Sistemi

Fetüs ve bebeklerde işitme sisteminin gelişimi, gebeliğin ilk 20 haftasında kulağın yapısal bileşenlerini ve 20. haftadan sonra işitsel sistemin nörosensoriyel kısmını içerir. İşitme sistemi işlevsel olarak yaklaşık 25 haftalık gebelikte aktif hale gelir. İşitsel kortekste temporal lob ve orta kulaktaki koklea, işitsel sistemin gelişimi açısından en önemli yapıları oluştururlar (Litovsky, 2015).

İnsan fetüsünde ve bebeklerde işitme sisteminin kendi gelişimsel sıralamaları bulunur. Sistemin anatomik veya yapısal bileşenleri erken dönemde gelişir. Orta kulaktaki kokleanın yapısal kısımları, 15 haftalık gebelik yaşına göre iyi şekillendirilmiş ve 20 haftalık gebelik haftasına göre anatomik olarak işlevseldir. Somaestetik (dokunma), kinestetik (hareket), proprioseptif (pozisyon), vestibüler (hareket-kafa) ve kemosensör (koku ve dokunma) sistemlerinin tamamı, 20. gebelik haftasından önce hem yapısal hem de işlevsel olarak aktiftir. İşitme sistemi ise bu sistemlerin gelişimi sırasında gelir (Özyağcı, Ebru ve ark., 2021).

Kokleadaki spiral çekirdeğin ganglion hücreleri, iç tüy hücrelerini beyin sapına ve temporal lobdaki kortekse bağladığında, işitme sistemi yaklaşık 25-29 haftalık gestasyonel yaşta işlevsel hale gelir. İşitsel uyarılmış yanıtın en erken belirtisi 16 haftalık gebelik yaşında görülür. Bu dönemde, kokleadaki ganglion hücreleri, beyin sapındaki uyarılmış çekirdeklere bağlanarak fizyolojik yanıtı tetikler. 25-26 haftalık gebelikte, rahim içinde yüksek düzeyde ses, otonomik fonksiyonlarda değişikliklere neden olabilir. Kalp atış hızı, kan basıncı, solunum düzeni, gastrointestinal motilite ve oksijenasyon etkilenebilir. Temporal lobdaki kortekse olan nöral bağlantılar, 28-30 haftalık gebelik yaşlarında işlevsel hale gelir. Bu, işitsel kortekste tonotopik sütunların oluşumunu başlatır ve dil, müzik ve anlamlı çevresel sesleri algılama, tanıma ve buna tepki verme becerisini sağlar (Lokmanoğlu, 2021).

2.3.5 Koku Sistemi

Koku alma sistemi, insanlar için önemlidir ve bebek ile ebeveyn arasındaki bağlantı ve sosyal etkileşimde rol oynar. Olfaktör sistem, gebeliğin beşinci haftasından itibaren gelişmeye başlar ve 28. haftadan itibaren fetüsün koku alma yeteneğini kullandığı belirtilir (Schriever, Góis-Eanes ve ark., 2014). Fetüslerin koku alma yeteneği, gebeliğin üçüncü trimesterinde hızla gelişir. Fetüsler, annelerinin tükettikleri besinlerin kokusunu amniyotik sıvıdaki koku molekülleriyle ayırt edebilme becerisine sahiptir. Doğumdan sonra bebekler, annelerinin sütünün kokusuna yönelme yeteneğine sahiptirler (Schriever, Góis-Eanes ve ark., 2014).

2.3.6 Tat Sistemi

Tat alma duyusunun gelişimi, koku, dokunma ve vestibüler sistemle birlikte erken dönemde ortaya çıkar. Tat alma duyusu, bebeklerin beslenmelerinin bu duyuya bağlı olması nedeniyle bebekler için önemlidir (Lokmanoğlu, 2021).

Tat alma duyusunun işlevsel ve anatomik gelişimi, ikinci trimesterin başında tamamlanır. Tat tomurcuklarının sinir liflerinin yayılması ve papillaların olgunlaşması, gebeliğin altıncı ve yedinci haftalarında başlar ve 18. haftaya kadar devam eder. Bebeklerin doğumdan itibaren ilk ayları, tatların öğrenilmesi açısından önemlidir. Tat papillalarının olgunlaşması ikinci trimesterin başında aktifleşmeye başlar. Gebeliğin sonlarına doğru, mevcut papilla sayısı ve dağılımı yetişkinlik dönemiyle benzerlik gösterir (Pekçetin, 2015).

2.4 Duyusal Gelişimi Etkileyen Faktörler

2.4.1 Genetik Yapı

Beyin yapısının, hücrelerin ilk kez yerleşmesinin, hücre göçünün, hücrelerin farklılaşmasının ve ilk uyarıya verilen cevapların genler veya genetik yapı tarafından kontrol edildiği bilinmektedir. Bu genlerin aktivitesi genellikle çevresel veya dış etkilere etkilenir. Fiziksel, duyuşal, sosyal-duygusal ve kimyasal uyarılar, DNA'nın temel yapısında değişiklik yapmadan gen aktivitesinde değişikliklere neden olabilir. Bu uyarıların zamanlaması, miktarı ve türü, gen aktivitesinde değişime yol açabilir. Bu nedenle, genetik yapı ve gen aktivitesini etkileyen dış etkilere, normal duyu gelişimi için önemli bir etkiye sahiptir (Deepa, 2017).

2.4.2 *Internal Uyarılar ve Uyku*

Fetal dönemde, beyin içinde spontan olarak oluşan ve dış uyaranlardan bağımsız olan sinirsel gelişim içerisinde uyarılar mevcuttur. Bu uyarılar, motor ve duyu sistemlerindeki ganglion hücrelerinde programlanmıştır ve gebeliğin 20. haftasına kadar devam eder. Ganglion hücrelerinin spontan ve içsel olarak ateşlenmesi, akson büyümesi ve hedefe yönelik hareket için gereklidir. İçsel ve spontan ateşlenmeler başlangıçta rastgele olarak gerçekleşirken, duyu organlarının gelişimiyle düzenli bir şekle dönüşür (Deepa, 2017).

Nöronların ve ganglionların gebelik öncesinde rastgele içsel olarak ateşlenmesi, 20. haftadan sonra rastgele ateşlenmelerin senkronize ateşlemelere dönüştüğü 28. haftada değişir. Senkronize ateşlemeler sadece hızlı REM uykusunda oluşur ve kalıcı sinaps oluşumu ve temel nöral yapı gelişimi için önemlidir. REM uykusu, duyu sistemini ve sosyal-emosyonel gelişimin yapısal değişikliklerine neden olan durumlar ve tıbbi ilaçlar tarafından engellendiğinde etkilenebilir. REM uykusu, bu sistemlerin ana yapısının gelişimi yanı sıra uzun süreli beyin plastisitesi ve hafıza gelişimi için gereklidir (Mazurek, Petrosk, 2015).

2.4.3 *Duyu Organlarının Uyarılması ve Çevreden Gelen Uyarılar*

Tüm duyu organlarının başlangıç uyarısı içsel veya endojenözdür. Ancak, gelişimin en önemli aşamasında, gelişimin daha iyi bir noktaya ulaşması için çevresel uyarılara ve deneyimlere ihtiyaç vardır. Duyu sistemleri belirli bir sıra, şekil ve yoğunlukta çevresel uyarılara maruz kalmak için uyarılara ihtiyaç duyar. Uyarının zamanı, dozu veya şekli optimal şekilde gerçekleşmediğinde, normal gelişim bozulabilir. Görme dışındaki tüm duyu organları, rahim içindeki gelişimin bir parçası olarak çevresel uyarılara ihtiyaç duyar. Bebeklerin görme sistemi, herhangi bir ışık veya görsel uyaran olmaksızın rahim içinde gelişmeye başlar (Peterka, 2018).

2.4.4 *Çevre Etkisi*

Fetüsün gelişimi, bebeklerin ve çocukların duyu organları işleme becerileri, çevresel etkilerden dolayı değişiklik gösterebilir. Çevresel faktörler, gelişim sürecinde negatif veya pozitif etkiler yaratabilir. Beslenme, toksik maddelere maruziyet ve genetik faktörler, kimyasal çevreyi oluşturan unsurlardır (Reynolds ve Lane, 2012).

Bu faktörler, fetüsün veya bebeğin yanı sıra genetik aktarımlarda da etkili olabilir. Dokunma, ses, hareket, koku ve görme deneyimleri, duyu organlarının bir parçasıdır. Bu dönem,

duyusal gelişim açısından önemlidir ve uykunun sürdürülmesi ve uyku döngüleri için önemli bir rol oynar. Sosyal ve duygusal çevre, dokunma, koku, işitme ve görme ile ilişkili olup, tüm duyusal uyarıcıların bir bileşenidir (Mazurek ve Petroski, 2015).

2.4.5 Duyu Bütünleme Teorisi

Ayres, 1970 yılında yapılan araştırmalar ve klinik deneyler temelinde duyu bütünleme teorisini ve uygulamasını geliştirmiştir. Bu teori, sinir sisteminin duyusal bilgiyi nasıl eyleme dönüştürdüğünü açıklar ve yeterli duyusal işlemelemin adaptif davranış için önemli bir temel olduğunu savunur (Kilroy, Aziz-Zadeh ve ark. 2019).

Duyu bütünleme teorisi, hareketi destekleyen ve gelişim için bir katalizör görevi gören aktif, dinamik duyusal-motor süreçleri vurgular. Duyu bütünleme yaklaşımında temel amaç, beyinde duyusal girdilerin düzenlenmesini sağlayarak doğru bir tepki oluşturmaktır. Bu tepki, çocukların çevresel duyusal uyarılara uyum sağlaması olarak tanımlanır. Ayres'e göre, beyin gelişimi için çevrenin büyük önemi vardır ve çeşitli duyusal uyarılar kullanılarak sinir sistemi fonksiyonlarının geliştirilebileceği belirtilmiştir (Parham, Roley ve ark., 2011).

2.5 Duyu Bütünlüğü ile Motor Gelişimin İlişkisi

Ayres, duyusal sistemleri vestibüler, taktil ve proprioseptif duyudan oluşan proksimal sistemler ile işitme, tat, koku ve görme duyusundan oluşan distal sistemler olmak üzere iki kısımda incelemiştir. Ayres, çocuklar için erken dönemden itibaren bu uyarılarla etkileşim içinde olmaları için proksimal duyuların gelişiminin önemli olduğunu belirtmiştir. Görme, tat, koku ve işitme gibi distal duyuların ise çocukların gelişimi ile daha önemli hale geldiğini belirtmiştir (Karim ve Mohammed, 2015)

Ayres, proksimal duyuların normal gelişim için temel rol üstlendiğini ifade etmiştir. Proksimal duyuların işlenmesinin postüral kontrol, adaptif cevap oluşumu, hareket koordinasyonu kazanımı, farkındalık ve oryantasyonun sağlanması gibi alanlarda önemli olduğunu ortaya koymuştur (Anghel, 2018).

Duyusal mekanizma, hareketle bilgilerin sağlanmasında ve motor hareketlerin gerçekleşmesinde önemli rol oynar. Bebekler ve çocuklarda DİB yaşandığında, ekstremiteler ve gövde hareketlerinde, yürüme, oturma ve koşma gibi temel aktivitelerde koordinasyon ve kontrol bozuklukları ortaya çıkabilir (Karim ve Mohammed, 2015).

2.6 Duyusal İşleme Bozuklukları

Duyusal işleme becerileri, vücut farkındalığı, koordineli hareket, motor kontrol ve dikkat gibi yüksek bilişsel becerilerin temelini oluşturur. Duyusal işleme sorunları, duysal uyarıları tanıma, yorumlama, düzenleme ve uygun yanıt oluşturma aşamalarından herhangi birindeki bozukluklara bağlı olarak ortaya çıkar (Schaaf, Benevides ve ark. 2010).

Duyusal işleme bozukluğu olan bireylerin, nesnelere ve çevreye olan dikkatleri, duysal durumları ve sosyal becerileri etkilenebilir, bu da öğrenme zorluklarına neden olabilir. Duyusal işleme bozuklukları, duysal modülasyon bozukluğu, duysal bilgiyi ayırt etme bozukluğu ve duyuya dayalı motor bozukluklar olmak üzere üç kategoriye ayrılır (Mitchell, Moore ve ark., 2015).

2.6.1 Duyusal Modülasyon Bozukluğu

Merkezi sinir sistemi, duysal uyarılara ilişkin nöral uyarıları düzenlerken duysal modülasyon meydana gelir. Bu, günlük yaşamda esnek ve uyumlu bir şekilde duysal girdilere yanıt vermekte zorluk yaşanan durumu tanımlar. Duyusal modülasyon bozukluğu olan çocuklar, merkezi sinir sisteminin işlevinin etkilenmesi nedeniyle farklı sıklık, yoğunluk ve süredeki uyarılara uygun şekilde yanıt verme konusunda problemler yaşarlar. Duyusal modülasyon bozukluğu, duysal uyarılara yetersiz yanıt oluşumu (hiposensitif), aşırı yanıt oluşumu (hipersensitif) ve duysal arayış olmak üzere üç farklı yanıt şeklinde ortaya çıkar (Koziol, Budding ve ark., 2011).

Hipersensitif çocuklar, uyarılara daha uzun ve şiddetli tepkiler verirler. Bu yüksek yanıt, duysal sistemlerin birinde veya birkaçında gözlemlenebilir. Tersine, hiposensitif çocuklar, uyarılara gerektiğinden daha az yanıt verirler veya hiç yanıt oluşturmazlar. Bu tür çocuklar az hareket ettikleri için bazen "uslu çocuklar" olarak adlandırılırlar. Duyusal arayış içinde olan çocuklar ise, duysal tatmin elde etmek için normalden daha fazla hareket arayışında olurlar (Koziol, Budding ve ark., 2011).

2.6.2 Duyu Temelli Motor Bozukluklar

Duyusal işleme bozukluğuna sahip bireylerde, motor kontrol problemleri (dispraksi) postür veya istemli hareketlerde gözlemlenebilir. Dispraksi, yeni aktivitelerin planlanması, yürütülmesi veya sıralanması sırasında ortaya çıkan bozuklukları ifade eder. Dispraksi olan

kişiler, ince motor becerilerde, kaba motor becerilerde ve ağız içi becerilerde planlama ve koordinasyon zorlukları yaşarlar (Koziol, Budding ve ark., 2011).

Postüral kontrol bozukluğu ise, belirli bir aktivitenin gerçekleştirilmesi sırasında vücudun hareket ve stabilizasyonunda ortaya çıkan bir sorunları ifade eder. Bu bozukluğun kas tonusu problemleri, esneklik bozukluğu, gerginlik, yetersiz hareket kontrolü ve kas kontraksiyonu sorunlarıyla karakterize olduğu belirtilmiştir (Hassan ve Azzam, 2012).

2.6.3 Duyusal Ayırt Etme Bozukluğu

Duyusal ayırt etme bozukluğu, çevreden gelen uyarıların özelliklerini algılama ve farklı duysal uyarıları ayırt etmede yaşanan zorluk olarak tanımlanır. Duyusal ayırt etme bozukluğu olan çocuklar, uyarının niteliğini ve konumunu yorumlamada güçlük yaşarlar (Doumas, McKenna ve ark., 2016).

2.7 Duyu Bütünleme Müdahaleleri

Duyu bütünleme terapisi, kişiye özel programlarla uygulanan ve duysal açıdan zenginleştirilmiş ortamlarda interaktif oyunlar ve aktivitelerle adaptif ve işlevsel cevapları teşvik eden bir rehabilitasyon yaklaşımıdır. Ayres'e göre, vestibüler ve diğer duysal uyarıların yetersiz entegrasyonu kas tonusunu etkileyerek motor çıktının uygulanmasında sorunlara neden olabilir. Bu nedenle, duysal girdinin nöral organizasyonunu ve kas tonusunu normalleştirmek için uyarlanabilir bir yanıt gerektiren uyarılar önerilmiştir. Duyu bütünleme terapisi, beynin plastisite ve nöroplastisite yeteneğini kullanarak gelişimi desteklemeyi hedefler (Schaaf, Dumont ve ark., 2018).

Duyu bütünleme terapisi, kişiye özel planlanan, eğlenceli aktiviteler ve oyunlar içeren, çevresel düzenlemelerin yapıldığı ve interaktif olarak gerçekleştirilen tedavi yaklaşımıdır. Tedavi, farklı duysal uyarılara adaptif, fonksiyonel ve işlevsel cevaplar oluşturmayı amaçlar. Duyu Bütünleme Terapisi, beynin plastisite ve nöroplastisite yeteneğini kullanarak gelişimi teşvik etmeyi esas alır (Lane, Mailloux ve ark., 2019). Tedavi, duysal uyarıların yanı sıra duyu-algı-motor becerilerin yer aldığı aktiviteleri içerir. Bu uygulamalar, çeşitli zorluk seviyelerine sahip aktivitelerin zenginleştirilmiş çevre desteğiyle bireylerin motivasyonunu sağlayarak gerçekleştirilir (Watling ve Hauer, 2015). Duyu işleme bozukluğu olan bebeklerde, duyu bütünleme terapisi bireyselleştirilmiş duyu müdahalesi, duyu diyeti ve aile eğitimi gibi farklı şekillerde uygulanabilir (DeGangi, 1989).

2.7.1 Bireyselleştirilmiş Duyu Bütünleme Müdahaleleri

Duyu işleme becerilerinin bebek davranışına etkileri, Anzalone tarafından dört noktada açıklanmıştır. Bu noktalar uyarılma (arousal), dikkat (attention), heyecan (affect) ve eylem (action) olarak sıralanmaktadır (Pekçetin, Akı ve ark., 2016). Duyu bütünleme tedavi yaklaşımları, hiperreaktif cevapların azaltılması, hiporeaktif cevapların artırılması, dikkat sürekliliğinin sağlanması, amaçlı aktivitelerin kazanılması ve duysal uyarılara uygun davranışların gerçekleştirilmesi gibi unsurlardan oluşmalıdır. Bu tedavi yaklaşımlarının en temel amacı, duysal düzenleme becerilerinin geliştirilerek bu duysal deneyimlerin anlamlı ve amaçlı aktiviteler için kullanılabilmesini sağlamaktır (DeGangi, 1989).

Çocukların gelişimlerini sağlayabilmeleri için ilk yaşlarında hareket edebilecekleri ve duysal deneyimler yaşayabilecekleri bir ortama ihtiyaçları vardır. Ev, bu ortamlardan en önemlisi olarak kabul edilir. Çocuklara çeşitli duysal etkileşim ve deneyimler yaşatabilecek ortamlar sağlanması ve farklı motor beceriler geliştirebilecekleri aktivitelerle desteklenmeleri, gelişimlerini tamamlamaları açısından önemlidir (Berk, 2013).

Uygun olmayan duysal cevapların tedavisi için bireyselleştirilmiş duyu bütünleme tedavi yaklaşımları kullanılır. Yüksek hassasiyeti olan bir çocukta fırçalama eğitimiyle desensitizasyon sağlanabilir. Salıncakta aşamalı olarak uygulanabilen vestibüler uyarılarla da harekete karşı hassasiyet kontrol altına alınabilir (Parham, Roley ve ark. 2011). Çocuğun doğru bir şekilde değerlendirilmesiyle uygun duysal uyarıcılar sağlanarak beklenen cevap ortaya çıkarılabilir. Bireyselleştirilmiş duyu bütünleme müdahalelerinin hangi parametreleri içermesi gerektiği, Parham tarafından 2011 yılında tanımlanmıştır (Tablo 2.1) (Parham, Roley ve ark. 2011)

Tablo 2.1. Duyu Bütünlüğü Müdahalelerinin Parametreleri

Temel Süreç Öğeler	Terapist Davranış ve Tutum açıklaması
Fiziksel güvenliğin sağlanması	Fiziksel güvenliğin sağlanması adına oyuncak çevre ve ekipmanların kontrolü sağlanır. Güvenlik anlamında risk oluşturabilecek meteryaller kaldırılmalı ve çevre çocuklara uygun şekile dönüştürülmelidir.
Duyusal fırsatların sunulması	Çocuklara vestibüler, taktil ve proprioseptif uyarılarla ilgili fırsatlar yaratılarak, duyu farkındalığının oluşması sağlanır, hareket paternlerinin gelişimi desteklenir ve öz düzenleme becerilerini geliştirilir.
Çocukların dikkatini toplamak ve gereken düzeyde tutmak	Duyusal uyarılar yardımı ile çocukların dikkatinin toplanması ve uygun seviyede dikkatin sürdürülmesi sağlanır.
Oral, Postüral, oküler, ya da bilateral motor kontrol sağlanması	Postur, okülomotor kontrol veya bilateral motor gelişimi aktivitelerle geliştirilerek duyu işleme desteklenir.
Praksis ve davranış düzenlemesi ile ilgili çalışmaların yapılması	Çocukların motor planlama, zamansal ve uzaysal davranışlarını organize etmek ve kavramsallaştırma becerilerini geliştirmek için gerekli destek sağlanır.
Aktivite seçiminde işbirliği yapılması	Çocuklara aktivite seçiminde, terapist çocuk ile birlikte işbirliği içinde hareket etmelidir. Çocukların istekleri ve ilgileri doğrultusunda oyun, metaryel ve aktivite seçilmelidir.
Aktiviteleri en uygun şekilde düzenlenmesi	Aktivitelerin karmaşıklığı çocuk başarılı oldukça artırılabilir. Bu aktiviteler öncelikli olarak çocuğun postural, okülomotor ya da oramotor kontrol, duyu modülasyon ve duyu ayırt etmesi ya da praksi becerisine göre şekillenir.

Aktivitelerin başarılı olduğundan emin olunması	Çocukların duyuşsal becerisine uygun şekilde postural, okülomotor, oramotor kontrol ya da praksis becerilerine uygun aktivite ve çalışmalar planlanır.
Çocukların oyuna karşı olan iç motivasyonunun desteklenmesi	Çocukların aktivitelere ve oyuna katılımını destekleyici düzenlemeler yapılmalıdır.
Tedavi edici iş birliğinin sağlanması	Çocukların aktivite, oyun ve tedaviye katılımlarını sağlamak için ilgi çekici ve motivasyon artırıcı işbirlikleri kurulur.

2.7.2 Duyu Diyeti

Duyusal işleme bozukluğuna sahip çocuklara uygulanan tedavide, uygulamalar çocukların günlük rutinlerine ve oyunlarına entegre edilmelidir. Bu amaçla, çocukların rutinleri, kullandıkları oyuncaklar ve aktiviteler duyuşsal ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde düzenlenmelidir. Ayrıca, ev içinde düzenlemeler yaparak duyuşsal işlemlemeyi destekleyici uygulamalar gerçekleştirilmelidir (Berk, 2013). Duyu diyeti olarak adlandırılan yaklaşım, işlevsel becerileri etkileyen ve geliştiren kişiselleştirilmiş duyuşsal uyarıların evde uygulanacak şekilde planlanmasını içerir. Duyusal içerikli aktivitelerin zamanlaması, miktarı ve süresi, optimal performansı ortaya çıkarmak için önemlidir (Pekçetin, Akı ve ark., 2016).

Duyu bütünleme teorisi, duyu modülasyon bozukluklarının düzenlenmesinde önemli bir rol oynar. Bireyselleştirilmiş bir duyu diyeti oluşturmak, çocuklar için duyu modülasyonunun gelişimini destekler. Optimal duyu modülasyonunun sağlanması, uygun adaptif yanıtın oluşmasını sağlar. Bu, dolaylı bir müdahale yaklaşımıdır (DeGangi GA ve Greenspan SI, 2019). Bebeklerde duyu bütünleme eğitimi, giysi değiştirme, banyo yapma ve yemek yeme gibi günlük yaşam aktiviteleri içinde gerçekleşir. Bu nedenle, günlük rutinleri yenilemek, ev içindeki duyuşsal ortamı düzenlemek ve gerekli duyuşsal uyarıcıların sağlandığı bir duyu diyeti ile duyuşsal cevaplar uygun hale getirilir (Parham, Roley ve ark. 2011).

2.8 Aile Eğitimi

Bebeklerde duyuşal işleme bozukluklarına bağı düzenleme problemlerinde, aile eğitimi tedavi sürecinin bir parçası olarak yer almaktadır. Aile eğitiminin iki önemli faydası vardır. İlk olarak, ailelere çocuklardaki duyuşal işleme bozukluğına yol açan davranış problemlerini anlama imkânı sağlar. Böylece anne-bebek bağı kurmayı kolaylaştırır. İkincisi ise ailelere davranış problemleriyle nasıl başa çıkacaklarını öğretir (Pekçetin, Akı ve ark., 2016).

Ebeveynlerin, çocuklarına duyuşal destek sağlamak için öncelikle duyuşal işlemenin ne olduğunu ve çocuk için ne anlama geldiğini anlamaları gerekmektedir. Aileler, bebeklerin farklı duyuşal uyarılara nasıl tepki verdiklerini dikkatlice gözlemlemeli ve bebeklerin sevdiği, kaçındığı ve aşırı arayışta olduğu duyuşal uyarıları bilmelidir. Bu bağlamda, çocukların ihtiyaçlarına uygun çevresel düzenlemeler yapılmalı ve onlara fırsatlar sunan zenginleştirilmiş bir çevre oluşturulmalıdır (Özyağı, Ebru ve ark., 2021). Aileler, her çocuğun duyuşal uyarılara farklı tepkiler verebileceğini bilmeli ve bu bilgiye dayanarak çocuklarını bireysel olarak değerlendirip onlara yaklaşmalıdır. Aileler, çocuklarının korktukları veya kaçındıkları uyarıları ve aktiviteleri öğrenmelidir. Bu tür etkinliklere zorlama veya baskıcı bir şekilde yaklaşmanın çocuklarına zarar verebileceğini ve bu nedenle böyle bir tutum sergilememeleri gerektiğini bilmelidir (Pekçetin, Akı ve ark., 2016).

3. Dil ve Konuşma

3.1. Periferik İşitme Sistemi

Periferik işitme sistemi, dış kulak, orta kulak ve iç kulak olmak üzere anatomik olarak üç bölümden oluşur (Mcfarland, 2014). Dış kulak, periferik işitme sisteminin ilk aşamasıdır ve aurikula (kulak kepçesi), dış kulak yolu (DKY) ve timpanik membranın (TM) dış katmanından oluşur. Dış kulağın görevleri arasında sesi toplamak, amplifiye etmek, lokalizasyona yardımcı olmak ve orta kulak için bir koruyucu mekanizma oluşturmak yer alır (Mcfarland, 2014).

Orta kulak, kafatasının temporal kemiğı içinde bulunan hava dolu bir boşluktur. Orta kulak kavitesinde, havada asılı ve birbirine bitişik şekilde üç kemik bulunur. Bu kemikler malleus, inkus ve stapedir. Bu kemik yapı, timpanik membranı ve kokleanın oval penceresini birbirine bağlar. Bu bağlantı sayesinde, orta kulaktaki yapılar basınç dalgalarını timpanik membrana ileterek kokleaya bir köprü görevi görür (Mcfarland, 2014).

İç kulak, denge ve işitme yapılarından oluşur. İç kulakta iki labirent sistemi bulunur: kemik labirent ve membranöz (zar) labirent. Kemik labirent, temporal kemiğin içindeki kanalı ifade ederken, zar labirent, sıvı dolu kanallardan oluşur ve işitme ve vestibüler son organ yapılarını içerir ve kemik labirent içinde yer alır (Mcfarland, 2014).

Koklear dukt, membranöz labirentin bir parçasıdır ve baziler ve reissner membranlarıyla üç kanala (skala) ayrılır: skala vestibüli, skala timpani ve skala media. Skala vestibüli, oval pencerenin hemen arkasında yer alır ve vestibüle yakınlığından dolayı bu ismi alır. Skala timpani, en altta bulunan ve yuvarlak pencereyle bağlantılı olan kanaldır. Skala media veya diğer adıyla koklear kanal, skala vestibuli ve skala timpani arasında bulunur ve işitme için önemli olan korti organı bu bölümde yer alır. Skala media endolenf sıvısına sahiptir (Mcfarland,2014).

Seslerin baziler membran üzerinde ilerleyen dalga hareketi oluşturduğu ve bu dalga hareketiyle birlikte baziler membranın işitilen seslerin frekans analizi yapılarak kokleada tonotopik bir harita oluşturduğu ve frekansa özgü maksimum uyarımı sağlandığı gösterilmektedir (Békésy, Geroge and William, 1990). Baziler membran, sesleri frekanslarına göre ayırıştırır (spektrum) ve korti organı, baziler membranın titreşimlerini sinirsel uyarılara dönüştüren tüy hücrelerini içerir (Moller, 2016).

3.2.2 Santral İşitme Sistemi

Superior Olivar Kompleks (SOC), Medial Superior Olivar (MSO), Lateral Superior Olivar (LSO) ve Trapezoid Cisim (Brugge ve Geisler, 1978) olmak üzere üç ana çekirdekten oluşur. SOC çekirdekleri, her iki koklear nükleustan gelen sinaptik uyarıları bütünleştirerek işitilen sesleri işleyen ilk nöral çekirdek grubudur. MSO, iki kulaktan gelen nöral aktivitenin zamanlamasını karşılaştırırken, LSO ise gelen uyarıların şiddetini karşılaştırarak yönlendirilmiş işitmede önemli bir rol oynar (Boudreau, 1970).

Lateral Lemniskulus (LL), afferent işitsel yolun en belirgin sinir lifi yoludur. LL'ye gelen bilgiler, sinir liflerinin inferior kollikulusa (IC) projeksiyon yapmasıyla iletilir. Lateral lemniskulus, dorsal (DNLL) ve ventral (VNLL) olmak üzere iki bölümden oluşur. DNLL, her iki kulağın sinirsel uyarımlarını alır ve binaural işitmede aktif bir rol oynar. VNLL ise kontralateral kulaktan girdi alır (Moller, 2006).

3.3. İletişim

İletişim, bilgi, düşünce, mesaj veya duyguların iletilmesi ve karşı tarafa alınması anlamına gelir. Bu kavram sadece konuşma ve sembolik dilin kullanımını değil, iletişim sırasında ortaya çıkan herhangi bir tutum veya davranışı da içerir. İnsanlar ve hayvanlar iletişim kurabilirler, ancak insanlar, hayvanlardan farklı olarak karmaşık düşünceleri, duyguları ve fikirleri dil aracılığıyla aktarabilme yeteneğine sahiptir (Tria, 2018).

3.3.1 Dil

Dil, sembollerin başka nesnelerin, varlıkların veya düşüncelerin yerine kullanılan bir kod olarak tanımlanır (Bloom, 1988), dili yaşamla ilgili düşüncelerin ve fikirlerin iletişim aracılığıyla ifade edildiği bir kod olarak tanımlamıştır. Bu tanıma göre, belirli semboller belirli kavramlara, fikirlere ve düşüncelere atıfta bulunur. Bu atıfların anlamlı olabilmesi için, sembollerin o dili kullanan tüm insanlar tarafından kabul edilmesi gerekir. Dolayısıyla, dil aslında bir ortak mutabakattır (Bloom, 1988).

Dil, sembollerin belirli kurallar ve düzenler çerçevesinde birleştirilerek ve belirli bir sıra ile kullanılarak düzenlendiği bir sistemdir. Bu kurallar, uygun ve uygun olmayan dil kullanımlarını açıklamak için ortaya çıkar. Dilin sınırlarını belirleyen kuralların sayısı ise sonsuz değildir. Bu kuralların öğrenilmesiyle birlikte, birey dili belirlenen kurallara uygun olarak kullanarak sonsuz çeşitlilikte yeni ve farklı anlamlı mesajlar oluşturabilir. Dilin yaratıcı özelliğinden kaynaklanan bu yetenek, sonsuz çeşitlilikte yeni şeylerin üretilmesini sağlar. Dil öğrenme yeteneği doğuştan gelen bir insan kabiliyeti olarak kabul edilir ve doğan çocukların büyük bir çoğunluğu bu yeteneğe sahiptir. Ancak bebekler, büyüdükleri toplumun dil özelliklerini öğrenmek zorundadır (Tria, 2018).

3.3.2 Konuşma

Konuşma, dilin sözel olarak ifade edilmesidir. Bu süreç, beyinde depolanan sembollerin tekrar üretildiği ve iletilen sensörimotor süreçleri içerir. Konuşma, ses kalıplarının oluşturulmasını gerektirir. Bu ses kalıpları, solunum, fonasyon, rezonans ve artikülasyon aşamalarından geçerek üretilir. Solunum, konuşma için gerekli hava desteğini sağlar. Fonasyon, sesin larenkste bulunan ses tellerinin titreşimiyle üretilmesi anlamına gelir. Oluşan ses, vokal trakt boyunca ilerlerken belirli noktalarda rezonansa uğrar. Konuşmanın son aşaması ise

artikülasyon organları (dil, dudak, çene, diş ve damak) tarafından üretilen sesin karakterini belirler (Bloom, 1988). İletişim, bir mesajın iletilmesi için kullanılan herhangi bir davranış veya eylem olabilir. Konuşmacı, jest ve mimiklerini kullanarak bir konuyu anlatıyorsa, dinleyici buradan konuşmacının niyetini ve ne yapması gerektiğini anlar. Ekstralinguistik yapılar üçe ayrılır: Paralinguistik, nonlinguistik ve metalinguistik (Bloom, 1988). Metalinguistik, dil hakkında konuşma, düşünme, analiz etme, yargılama ve bağlam gibi dil becerilerinin yanı sıra dilin uygunluğu ve doğruluğunu değerlendirmek için kullanılan bir terimdir. Bu beceri, dilin yanı sıra görsel algıyı da içerir (Robert, 2016).

3.4. Dil Gelişimi

Çocuklar üç-dört yaşlarına geldiklerinde, çevrelerinde konuşulan dilin temel öğelerini öğrenmiş olurlar, bu da dil gelişiminin temel ve evrensel bir başarısı olduğunu gösterir. Dilin farkına varmaya başladıktan sonra çocuklar hızla öğrenme sürecine devam ederler. Okul çağına geldiklerinde konuşmanın nasıl başlatılacağını, anlamda yapılan değişiklikleri ve telaffuzun nasıl yapılacağını bilirler. Okul çağına geldiklerinde ise cümle öğeleri olan özne, nesne, ekler ve yüklem konusunda daha fazla yetkinlik kazanırlar. Dolayısıyla, dil gelişimi bireyin yaşlanmasına rağmen durmaz ve ömür boyu devam eder (Gleason, 2016). Dilin iki temel bileşeni vardır: Alıcı Dil, konuşma uyarılarının işitme organı tarafından alınması, nöronlar arasındaki sinaptik bağlantılarla iletilmesi ve işitsel-algısal becerilerle yorumlanmasıdır (Smolak, 2016). İfade Edici Dil ise duyuşal ve motor işlevlerin ve zihinsel imgelerin ses olarak ifade edilmesi olarak tanımlanır (Miller, Chapman ve ark., 1980).

3.4.1 Çocuklarda Dil Gelişimi

Çocuklarda dil gelişimi, sıfır-bir yaş aralığında dil öncesi dönem olarak adlandırılır. Okul öncesi dönem ise çocuğun yetişkinlere benzer konuşma becerilerini kazandığı dönemdir. Dil öncesi dönem, bebek henüz kelime edinimine başlamadan önce jestler, mimikler ve farklı sesler aracılığıyla isteklerini ifade ettiği bir evredir ve ilk kelimelerin telaffuz edildiği döneme bir hazırlık aşamasıdır (H, 1992).

3.4.1.1. Refleksif Sesler Dönemi

Bu dönemde, bebek doğal ve refleksif sesler olarak ağlama, öksürme veya mızıldanma gibi sesler çıkarır. Açlık, ağrı veya öfke gibi iç uyaranlara tepki olarak sesler çıkarabilirler. Bunun yanı sıra, vokal benzeri ve homurdanma gibi sesler de duyulabilir (Tria, 2018).

3.4.1.2. Gııldama Dönemi (2-4 ay)

Bu dönemde bebek, çevresiyle etkileşime girmek için iki önemli davranış sergiler. İlk olarak, hoşnutluk sesleri olarak nitelendirilen memnuniyet ifade eden sesler çıkarır. İkinci olarak, bu hoşnutluk sesleriyle birlikte gelen gülümseme görülür. Bebekler ayrıca bu dönemde k/g gibi fonemleri üretmeye başlarlar. Kahkaha ise yaklaşık 16 haftalıkken ortaya çıkar (Tria, 2018).

3.4.1.3. Genişletme Dönemi (4-6 ay)

Bu dönem aynı zamanda ses oyunu (Vokal jimnastik) olarak da adlandırılır ve agulama dönemi olarak da bilinir. Bebek bu evrede ünlü (vokal) ve ünsüz (konsonant) sesler içeren heceler üretir. Bu dönemde ortaya çıkan konsonantlar, dilin ön kısmına doğru hareket etmesiyle ortaya çıkar. Bebek, ebeveyni veya başka bir kişiyle etkileşime geçmek için ses oyunları yapabilir. Bu ses oyunları, ses üretme becerisini geliştirmek için yapılan aktiviteler olarak düşünülmektedir (Paul R, 1996).

3.4.1.4. Düzenli Mırıldanma Evresi (7-9 ay)

Bu dönem aynı zamanda babıldama dönemi olarak da adlandırılır. Bu dönemde çocuklar, bababa ve mamama gibi evrensel niteliklere sahip sesler çıkarırlar. Yetişkin benzeri sıralamalar ve hece tekrarları bu dönemde ortaya çıkar. En sık kullanılan konsonantlar /b/, /p/, /t/, /d/, /m/ ve /n/'dir. Bu tekrarlar, çocuk tarafından bilinçli olarak yapılan ses oyunlarına benzerdir (Paul R, Baker, 1996).

3.4.1.5. Çeşitlendirilmiş Mırıldanma Evresi (10 ay-1 yaş)

Bu dönemde, yaklaşık olarak 11 aylıkken, çocuk ebeveynlerinin söylediği kelimeleri tekrarlamaya çalışır. Taklit etme davranışı, bebeğin sosyal ve dil gelişimi için büyük önem taşır. Çocuk, anlamlı ilk kelimesini söylemek için bu tür becerilere ihtiyaç duyar ve bu davranışın övgüyle karşılanması veya taklit edilmesi, çocuğun bu tür sesleri çıkarmak için motivasyonunu artırır (Behrman, Vaugan, 1987).

3.4.1.6. Ses Sözcük Dönemi (12-13 ay)

Bu dönem aynı zamanda tekrarlamama aşaması olarak da adlandırılır. Çocuk bu aşamada bilinçli bir şekilde diğer insanların sesini taklit eder. Mırıldanma benzeri sesler çıkararak ebeveynlerin konuşmasını taklit eder. Bu sesler anlamsız ve akıcı cümlelerdir ve buna jargon

denir. Bu dönemde, çocuk göz teması kurarak veya işaret ederek basit sorulara yanıt verir. Çocuk belirli jestleri ve mimikleri anlayabilir (Jeffrey, 2018).

3.4.1.7. Tek Sözcük Dönemi (14-18 ay)

Bu dönemde gerçek konuşmaya geçiş gerçekleşir. Jargon ile gerçek konuşma arasındaki sessizlik dönemi sona erdikten sonra bu evre başlar. Bu evrenin bir yaş sonunda ortaya çıktığı düşünülmektedir. Çocuğun tutarlı ve doğru bir şekilde kelimeleri kullanmasıyla konuşmanın varlığı kabul edilir. İlk ortaya çıkan kelimeler genellikle isimlerden oluşur. Daha sonra fiiller eklenir. Başlangıçta çocuk, daha sık karşılaştığı nesnelerin isimlerini telaffuz eder. Anlamlı ve anlamsız kalıplar deneyerek yeni yapılar oluşturur. Bu dönemde çocuk genellikle 10 veya daha fazla kelime ve yankı ses kullanır (Saxton, 2018).

3.4.1.8. İki Sözcük Dönemi (18-24 ay)

Bu dönemde çocuklar kelimeleri birleştirir ve bu birleştirmeler daha çok iki sözcüklü cümle öbeklerine geçişi temsil eder. Hareketler ve işaretler artık sözel ifadeye dönüşür. Çocuk bu dönemin sonunda kelimeler arasındaki ilişkilerin farkına varır ve birleştirerek farklı anlamlar oluşturur. Oluşturulan cümleler sadece anlam taşır ve genellikle isim-fiil yapısından oluşur. Zamanla çocuk, birleştirdiği kalıplarla anadilin dilbilgisini öğrenir. Sözcük dağarcığı yaklaşık 200 kelimeye ulaşır. Çocuk, anlamı doğrudan ifade eden telegrafik bir konuşma kullanırken eklerin kullanımına henüz başlamamıştır (Tria, 2018).

3.4.1.9. Gramer Kurallarına Uygun Konuşma Dönemi (2-6 yaş)

Bu evrede hızlı bir gelişme gözlenir ve sözcük dağarcığı kapasitesi hızla artar. Çocuk, yetişkinlere benzer konuşmalar yapmaya başlar ve bu nedenle fonemik gelişim dönemi olarak adlandırılır. İki yaşındaki bir çocuğun konuşması, bağlam içinde anlaşılabilirlik düzeyi %26 ile %50 arasındadır. Üç yaşında %71 ile %80, dört yaşına geldiğinde ise %100 anlaşılabilirlik düzeyine ulaşır. Üç-dört yaş arasında çocuk fısıldamayı öğrenir ve kullandığı dilin dilbilgisi yapısına uygun şekilde konuşur. Duygularını, düşüncelerini ve isteklerini rahatlıkla ifade edebilir. Dört-beş yaş arasında dilin doğru kullanımı ve ebeveynlerin benzer konuşma tarzına benzer konuşmalar sergiler. Sözcük dağarcığı kapasitesi 1000 kelimeye ulaşır. Daha karmaşık cümle yapıları kullanmaya başlar. Beş-altı yaş arasında yetişkinler gibi dil kullanır ve konuşması anlaşılırdır. Ebeveyn konuşmasını taklit etme eğilimi azalmıştır ve ekler ile zamirleri doğru bir şekilde kullanır. Çocuk, beş ya da altı kelime içeren cümleler kurabilir (Molai, Tahereh, 2019) (Weismer.ve Brown, 2021).

3.5. Dil ve Konuşma Bozuklukları

Dil gelişiminde çeşitli nedenlerden dolayı beyin hasarları, çocukluk dönemi epilepsi, serebral palsy, işitme kaybı, down sendromu, otizm spektrum bozukluğu, genetik veya psikolojik faktörler gibi gecikmeler veya bozulmalar görülebilir. Bu durumlar çocukluk döneminde gelişimsel dil bozukluğu olarak adlandırılır. DSM-5 kriterlerine göre, kekemelik, dil bozukluğu, sosyal iletişim problemleri, konuşma sesi bozukluğu ve tanımlanmamış bozukluklar gibi farklı sınıflandırmalar yapılmıştır (American Psychiatric Association, 2013).

Dil bozukluklarının ortaya çıkmasında nöbet, doğum sırasında asfiksi, orofaringeal sorunlar gibi tıbbi problemler; ailenin düşük eğitim seviyesi, aile bireylerinde veya yakın akrabalarda konuşma ve dil problemlerine dair öykünün olması, yetersiz uyaranlarla karşılaşma gibi çevresel faktörler risk faktörü olarak tanımlanmıştır (Sunderajan, Trisha, and Sujata, 2019).

Dil bozukluğu olan çocuklar sınırlı sayıda ve çeşitte kelime kullanır. Konuşurken basit cümleler tercih ederler, dilbilgisi kurallarında hatalar yapabilirler veya cümle içinde doğru anlamı ifade eden kelimeyi kullanmakta zorluk çekebilirler. Ayrıca, dilin anlaşılmasını içeren alıcı dil ile ilgili sorunlar yaşayabilirler (Nahit Motavallı, 2018.).

3.6. Gecikmiş Konuşma

Gecikmiş konuşma terimi, tipik dil gelişiminden geri kalan çocuklar için kullanılır. Bu çocuklar okuma, yazma, dikkat ve sosyalleşme ile ilgili sorunlar yaşarlar. Dil gelişimi beklenen düzeyde ilerlemeyen çocuklar için gelişimsel bir değerlendirme yapmak önemlidir, çünkü atipik dil gelişimi dil sorunlarının temel nedeni olabilir. Fiziksel ve gelişimsel sorunlar ise ikincil bir özellik olarak ortaya çıkabilir. Primer dil ve konuşma gecikmesi alıcı dil ve ifade edici dil bozukluklarını içerirken, sekonder dil ve konuşma gecikmesi işitme kaybı, zihinsel gerilik, otizm spektrum bozukluğu, mutizm ve fiziksel sorunlar gibi durumlardan kaynaklanır.

Gecikmiş konuşma üç durum üzerinde açıklanmıştır: işitme kaybı, anatomik bozukluklar ve nöro-musküler problemler. İşitme kaybı, çocuğun dil gelişimi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir çünkü işitme kaybı olan çocuklar konuşma seslerinin ayrıntılarını kaçırmaz ve bu dil gelişimini geciktirir. Anatomik bozukluğu olan çocuklar, konuşma yapısında bir problem olduğundan dil ve konuşma gecikmesi yaşama eğilimindedirler. Serebral palsy gibi nörolojik

hastalıklara veya beyin hasarıyla doğan bebekler, yaşları ilerledikçe konuşma organlarındaki sorunlardan dolayı gecikmiş konuşmaya sahip olabilirler (McLaughlin, Maura, 2011).

3.7.Konuşma Bozukluklarında Terapi

Konuşma bozukluklarında, bozukluğa özgü terapi yaklaşımları bulunmaktadır. Terapiye ne zaman başlanacağı konusunda farklı görüşler vardır: "bekle ve gör" yöntemiyle çocuğun durumu gözlenir (Whitehurst, 1991). İzle ve gör yöntemiyle ise çocuğun durumu üç-altı aylık periyotlarla takip edilir (Paul, Baker, 1996).

Okul döneminde dil ve konuşma bozukluğu olan çocukların çoğu gecikmiş konuşma tanısı almaktadır ve alıcı dil bozukluğu olan çocuklar ifade edici dil bozukluğuna sahip olanlara göre daha fazla risk altındadır. Ayrıca, alınan terapilerin kısa vadede sözcük dağarcığı kapasitesini ve ortalama cümle uzunluğunu artırdığı, çocuğun sosyalleşme becerilerini geliştirdiği ve aile bireylerinin kaygı düzeylerini azalttığı bulunmuştur (Wake, Melissa, Sherryn Tobin ve ark., 2011). Dil ile ilgili terapilerin temel amacı, çevrede konuşulan dili anlamak, iletişim kurmak için kendini ifade etmek ve konuşmayı sürdürmek için gereken stratejileri öğrenmektir. Ayrıca, terapiler sayesinde aileler aktif bir şekilde eğitime dahil edilerek çocuğun iletişim becerilerini artırmaları teşvik edilebilir. Aileler, kendi yaşam alanlarında çocuklarına dil eğitimi sağlayabilir, ancak önceden bir terapistten eğitim almaları gerekmektedir. Sonuçlara göre, ifade edici dil bozukluğu olan çocuklar, alıcı dil bozukluğu olanlara göre terapilerden daha fazla fayda sağlamaktadır ve sekiz haftadan uzun süren terapiler, sekiz haftadan kısa süren terapilere göre daha etkilidir.

4. Ebeveyn-Çocuk Etkileşimi

Yenidoğan bebeklerin doğuştan itibaren çevreleriyle etkileşime girmeye eğilimleri olduğu için, hiç insan yüzü görmemiş olsalar bile özellikle yüzlere ilgi duyarlar. Bebeğin yüz ifadelerine, jestlerine ve seslendirmelerine hassas olan ebeveyn veya bakıcı, bebeklerin iletişim ihtiyaçlarını karşılar ve bu erken etkileşimler konuşma, duyuşal gelişim ve dil gelişimi için sosyal bir temel oluşturur. Bu şekilde, çocuklarının iletişim girişimlerine duyarlı olan ebeveynler, çocuklarının iletişim becerilerinin gelişmesini sağlarken aynı zamanda çocuklarıyla arasındaki bağı güçlü olmasını da sağlarlar (Reed, 2005).

Doğduklarından itibaren çevreleriyle etkileşim içinde olan çocuklar genellikle ebeveynleri veya birincil bakıcılarıyla en sık etkileşim halindedir. Ebeveyn-çocuk etkileşimi karşılıklı, yüz

yüze ve ikili ilişkilere odaklanır. Yüksek kaliteli ebeveyn-çocuk etkileşimleri, çocukların dil gelişimi, bilişsel gelişimi, duygusal gelişimi ve sosyal-duygusal gelişimlerini etkiler. Kaliteli etkileşimde, ebeveyn veya bakım veren kişi uygun, duyarlı ve etkili bir dil kullanımı sağlar (Curtin, Herman ve ark. 2021).

Sosyo-kültürel ve sosyal-etkileşimci kuramlar, çocukların erken dönemlerinde bulundukları ortamın ve sosyal-iletişimsel etkileşimlerinin, dil edinimlerinde önemli bir rol oynadığını vurgular. Erken dönem ortamlarının en kritik unsuru, çocuğa bakan kişinin dil girdisidir (Lieven, 2010). Çocuğa bakan kişinin dil girdisinin çocukların dil edinimi üzerindeki etkisinin önemi, sosyo-kültürel ve sosyal-etkileşimci kuramlara dayanmaktadır (Meredith ve Catherine, 2021).

Dil edinimi, dil ile temas olmadan gerçekleşemez, ancak ne kadar süreyle temasın gerektiği veya uygun miktarın ne olduğu bilinmemektedir. Dil gelişimi üzerinde ebeveyn-çocuk etkileşiminin etkisini araştıran çalışmalarda, ebeveynlerin çocuğa sağladığı dil girdisi incelenmiştir. Ebeveynlerin dil girdisi hem kalite hem de miktar açısından değerlendirilmiştir (Quittner, Cruz ve ark., 2013).

Ortak dikkat, ebeveyn ve çocuk arasında karşılıklı ilgi ve odaklanmanın var olduğu durumdur. Duyusal ve dil gelişimi problemlili olan çocuklarda anne-çocuk etkileşimi sırasında ortak dikkatin incelendiği çalışmalarda, problemlili olan çocuklarda ortak dikkatin daha kısa olduğu ve ortak dikkati daha uzun süren çocukların dil becerilerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir (Dirks ve Rieffe, 2019).

Ebeveyn duyarlılığı, çocukların ihtiyaçlarına, niyetlerine ve iletişim girişimlerine uyum sağlama ve duyarlı olma yeteneğini ifade eder. Yüksek duyarlılığa sahip olan ebeveynler, çocuklarına olumlu bir yaklaşım sergiler, onları kabul eder ve çocuklarıyla etkileşimlerinin uyumunu sağlamak için çaba sarf eder. Araştırmalar, ebeveyn duyarlılığını alt kategorilere ayırarak tanımlamış ve incelemiştir. İncelenen ebeveynlerin duyarlı davranışları arasında, yanıt verme, olumlu bakma, keyif alma, kabullenme, duygusal hassasiyet, tutarlılık, yapıcı olma ve teşvik etme gibi faktörler bulunmaktadır (Sahli ve Belgin, 2017).

Anne-çocuk etkileşim unsurları, sadece annenin iletişimsel davranışlarını içermez; çocuğun iletişimsel davranışları da anne-çocuk etkileşimine dahildir. Karşılıklı etkileşim kuramına göre, ebeveyn-çocuk etkileşimleri iki yönlü ve karşılıklıdır. Ebeveyn ve çocuk birbirlerinin uyarıcılarına, ipuçlarına ve yeteneklerine yanıt verirler, bu nedenle karşılıklı bir etkileşim söz konusudur. Dolayısıyla, ebeveyn-çocuk ilişkisi bağımsız olmayıp birbirlerini etkilerler. Ebeveynin ve çocuğun yönelimleri ve becerileri, çocukların dil edinimi için daha elverişli veya az elverişli ortamların oluşmasını sağlar (Alston, ve James-Roberts, 2015).

5. Bakım veren

Bakım veren, hastalığa yakalanmış bir kişiye fiziksel, sosyal, ekonomik ve duygusal destek sağlama sorumluluğu olan kişidir. TDK'ya göre bakım, bir şeyin iyi geliştirilmesi ve iyi bir durumda kalması için harcanan emek, bir kişinin beslenme, giyinme vb. ihtiyaçlarını karşılama ve bunları sağlama işi anlamına gelir. Bakım hizmetini yerine getiren kişi, hasta bireyin bakımını yapmaktan veya gözlemlemekten sorumludur. Aile üyeleri tarafından hasta bireye bakım hizmeti sunmak, sağlık sistemi içinde en eski bakım yöntemlerinden biridir. Hasta bireylerin bakım sürecinde genellikle maddi bir karşılık veya ücret talep edilmeden, hastanın yaşam standartlarını yükselten ve evde bakım sağlayan kişiler, genellikle hastanın yakınlarıdır (Yacı, 2011).

Bakım ihtiyacı olan bireye sağlık hizmetleri, sosyal hizmetlerin koordinasyonu, kişisel bakım (yıkama, beslenme, tuvalet ihtiyaçları, giyinme vb.), ulaşım, alışveriş, ev işleri, finansal yönetim gibi konularda destek sağlanması bakım verme olarak tanımlanabilir. Bakım verme faaliyetleri resmi ve gayri resmi bakım verme olarak iki şekilde sınıflandırılabilir (Sahli ve Belgin, 2017).

Gayri resmi bakım, aile üyeleri, arkadaşlar, komşular, dini veya diğer topluluk üyeleri de dahil olmak üzere tüm profesyonel olmayan ve ücretsiz bakım sağlayıcıları tarafından kronik hastalığı veya engeli olan kişilere verilen yardımı ifade eden daha kapsayıcı bir terimdir (Sahli ve Belgin, 2017).

Gayri resmi bakıcılar, sevdiklerinin karşılanmayan ihtiyaçlarını yerine getirmek üzere görevlendirilmiş kişilerdir. Bu ihtiyaçlar, doğrudan bakım faaliyetleri olan banyo yaptıрма, besleme, giydirme gibi işleri veya dolaylı bakım faaliyetleri olan yemek hazırlama, para yönetimi, ulaşım, ev işleri gibi görevleri kapsar (Sahli ve Belgin, 2017). Öte yandan, resmi bakım

hizmetleri Ku ve arkadaşları tarafından sağlık uzmanları, hemşireler, kişisel destek çalışanları, rehabilitasyon uzmanları ve doktorlar gibi profesyoneller tarafından sunulan bakım hizmetlerini ifade eder (Reed, 2005). Bakım yükü, bakım verenin karşılaştığı fiziksel, psikolojik, sosyal ve maddi stres etkenlerine verdiği çok boyutlu bir yanıt olarak ifade edilir. Bakım yükü, bakım verenin bu etkileri ve stres faktörlerini deneyimlemesinden kaynaklanır. Bu nedenle, bakım yükü sosyal çevre, kültürel yapı ve akrabalık derecesi gibi birçok psikososyal faktörden etkilenir (Yacı, 2011).

Resmi olmayan bakıcılar, üstlendikleri fiziksel, duygusal, psikolojik, sosyal ve ekonomik yükler nedeniyle "gizli hasta" olarak tanımlanmışlardır (Simon, Boudreau ve ark. 2016). Bakım yükünü etkileyen faktörler arasında hastanın genç yaştaki olması, erkek olması, hastalığın kognitif yıkım açısından şiddeti, işlevsel kapasitesi ve hastalık süresi en az önemli etkenler olarak değerlendirilmektedir (Yacı, 2011). Bakım yükünü etkileyen hastalara ait özelliklerin literatür incelenmesi sonucunda, bilişsel yetersizlikler, fonksiyonel yetersizlikler ve davranışsal/psikiyatrik bulguların sayısı ve şiddeti gibi faktörlerin belirleyici olduğu belirtilmektedir (Doornbos, 2001).

Hastaya kimin bakım hizmeti sağladığı, bakım verenin günlük saatlerde ne kadar zaman ayırdığı ne kadar süredir bakım sağlandığı, yardım alınıp alınmadığı, edinilen tecrübe ve kazanılan beceriler, yaşanan psikolojik problemler gibi faktörlerin bakım yükünü şekillendirdiği ifade edilmektedir. Ayrıca, bakım süresi uzadıkça bakım verenlerin yaşadığı yükün arttığı belirtilmektedir (Pinquart ve Sorensen, 2007).

5.1. Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bakım Veren

Hareketlilik kaybının artmasıyla birlikte günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneği azalır ve başkalarının yardımına bağımlılık artar. Bu yardım genellikle aile üyeleri, arkadaşlar veya komşular gibi resmi olmayan bakıcılar tarafından aralıklı veya düzenli olarak sağlanır. Bakım verenler kendileri de önemli sosyal, fiziksel, psikolojik ve ekonomik zorluklarla karşı karşıya kalır (Soner, 2017).

Bakım verenlerin, günlük yaşam aktivitelerinde yüksek derecede bağımlılığa sahip bireylere bakım sağlaması durumunda psikososyal sağlığın bozulduğu gösterilmiştir. Artan bakım yükü ve buna bağlı olarak azalan mental sağlık algısı arasında bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Aynı şekilde, günlük bakım saatlerinin mental sağlık üzerinde negatif etkisi

olduğu, ayrıca bakıma harcanan sürenin artmasıyla arkadaşlarla ve aile üyeleriyle sosyalleşme, kişisel hobilerin yerine getirilmesi veya diğer aktivitelere katılım için azalan zaman anlamına geldiği tespit edilmiştir. Tüm bu faktörler yaşam kalitesinin azalmasına yol açmaktadır (SchererI, Verhey ve ark., 2019).

Bakım verenlerin genellikle çalışan bireyler olmaları nedeniyle, iş hayatlarını ve aile hayatlarını sürdürmeye çalışırken demanslı hasta yakınları için üçüncü bir mesai yapmak zorunda kaldıkları ve bu nedenle kendi ihtiyaçları için yeterli zaman ayıramadıkları belirtilmektedir. Kim ve çalışma arkadaşları tarafından yürütülen bir araştırmada, bakım verenin kendi sosyo-ekonomik seviyesini kişisel olarak iyi, orta veya kötü olarak değerlendirmenin, bakım yükünü belirlemede daha güçlü bir faktör olduğu öne sürülmüştür (Yacı, 2011).

5.2. Bakım Verenlerde Stres

Bakım verenlerin stres düzeyleri, uzun vadeli olumsuz etkilerle ilişkilidir (Kersh, 2006; Olsson ve Hwang, 2001). Bu ilişkileri dikkate aldığımızda, DD ve davranış sorunları olan çocukları olan ailelerde bakıcı stresini etkileyen risk ve koruyucu faktörleri daha iyi anlamak, klinisyenlerin aile üyelerinin dayanıklılığını ve esenliğini güçlendirme becerilerini geliştirmek için son derece önemlidir. Bakıcı katılımının tedaviye verdiği yanıtın önemi göz önüne alındığında, kültürel faktörlerin bakıcı stresıyla nasıl ilişkili olabileceğini anlamak, klinisyenlere ailelerin daha iyi katılımı için stratejiler geliştirmede yardımcı olması açısından önemlidir (Sanchez ve ark.,2021; Yani ve diğerleri,2020)

Bakımdan kaynaklanan stres, çocukların ebeveynlerinin psikolojik sağlığını etkileyecek, ebeveynlerin yeteneklerini kısıtlayacak ve çocuklarına sağladıkları bakımı ve ebeveyn-çocuk ilişkilerinin kalitesini olumsuz etkileyecektir (Akran, Hillman, 2014).Araştırmalar, çocukların yaşadığı zorlukların ve ilgili taleplerin bakıcının stresini önemli ölçüde etkilediğini ortaya koysa da (örneğin, engelli bir çocuğa bakmanın günlük görevleri; Baker ve ark.,2003), diğer bağlamsal ve/veya kültürel faktörler bu ilişkilere katkıda bulunabilir veya bu etkileri hafifletebilir (Conger, Donnellan, 2006; Perreiraet, 2006). Bu nedenle, bakıcıların sağlık durumunun daha geniş bir perspektifini düşünmek, klinisyenlere bakıcıları ebeveynlik rollerinde nasıl destekleyeceklerini daha iyi anlamalarına yardımcı olabilir (Denno, Melissa ve ark., 2013).

5.3. Gelişimsel Bozukluğu Olan Çocuklarda Bakım Veren

Nörogelişimsel bozukluklar, erken yaşlarda başlayan ve gelişimsel bozukluklarla karakterize olan bir grup rahatsızlıktır. Bu bozukluklar, kişisel, sosyal, akademik veya mesleki işlevsellikte bozulmalara neden olur. Yaygın gelişimsel bozukluğu olan bireylerin ifade becerilerinde eksiklikler olduğu açıktır ve duyguları tanıma ve duygu algılama yeteneklerinde zayıflıklar olduğu kabul edilir. Bu eksiklikler hem PDD'nin hem de otizm fenotipinin önemli bir parçasıdır (Genç, Yüksel ve ark., 2019).

Gelişimsel gecikme (DD), genellikle bir çocuğun akranlarıyla karşılaştırıldığında aynı yaş aralığındaki gelişimsel dönüm noktalarına ulaşamaması durumudur ve bu gecikme geçici veya sürekli olabilir. DD, bilişsel, dil, sosyal ve duygusal beceriler, günlük yaşam aktiviteleri ve motor beceriler gibi alanlardan bir veya daha fazlasında belirgin bir gecikmeyle karakterize edilir (Bellman, Byrne ve Sege, 2013; Kanada Önleyici Sağlık Hizmetleri Görev Gücü, 2016; Choo, Agarwal, Nasil ve Yeleswarapu, 2019).

Gelişimsel engeller, fiziksel veya zihinsel bozukluklar olarak adlandırılır ve çocuğun gelişimini açıkça sınırlar (Cauda-Laufer, 2017). Otizm Spektrum Bozukluğu (ASD), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Serebral Palsi (SP) ve Down Sendromu gibi yaygın olarak görülen engeller, gelişimsel sorunları olan çocuklar ve ergenler arasında etkilidir (Kanada Önleyici Sağlık Hizmetleri Görev Gücü, 2017; Kazemi, Salehi, & Kheirollahi, 2016). Bu gelişimsel engellerle yaşayan çocuklar ve ergenler, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme, motor beceriler, konuşma ve dil, sosyal ve kişisel beceriler, bilişsel gelişim gibi alanlarda büyük zorluklar yaşarlar (Shevell, Majnemer, Platt, Webster ve Birnbaum, 2005).

Ebeveynler, çocuklarının diğer çocuklarla sosyal etkileşimde bulunurken alışılmadık davranışlar sergilediğini fark ettiklerinde genellikle çocuklarında Gelişimsel Gecikme (DD) olduğundan şüphelenmeye başlarlar (Marshall, Raffaele Mendez ve Singleton, 2019). Çocuklarına DD tanısı konulduğunda, ebeveynler genellikle inkâr, kaygı ve depresyon gibi olumsuz tepkilerle karşılaşır (McKechnie ve diğerleri, 2018; Raspa ve diğerleri, 2015).

Gelişimsel bozukluklar, çocukluk döneminde başlayan ve otizm spektrum bozukluğu (ASD), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, zihinsel engellilik, öğrenme zorlukları ve dil ve motor bozuklukları gibi çeşitli gelişim alanlarında gecikmelere neden olan heterojen bir bozukluk grubunu ifade eder. Gelişimsel zorlukları olan çocuklara ebeveynlik yapmak, ailelerin

finansal, sosyal ve duygusal kaynaklarına büyük talepler getiren zorlu bir görevdir ve ebeveynler genellikle yaşam kalitesinde bozulma ve artan kaygı ve depresyon düzeyleri yaşarlar. (Green ve ark., 2012)

Gelişimsel bozukluğu olan çocukların anneleri, çocuklarına bakmakla büyük bir yükü üstlenirken, duygusal sıkıntılar ve zayıf fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarına karşı savunmasız hale gelirler. Benzer şekilde, çocuk yaşının ilerlemesi, artan kaygı ve bozulmuş zihinsel sağlıkla ilişkilidir ve günlük işlevsellikte daha fazla sınırlamaya yol açar. Gelişimsel bozukluğu olan çocuklar büyüdükçe, ebeveynler genellikle çocuk bakımı faaliyetlerine çoğu zamanlarını harcarlar ve bu da günlük yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu bildirirler. Ailedeki çocuk sayısı arttıkça, ebeveynlerin fiziksel ve duygusal kaynakları üzerinde daha fazla baskıya neden olan sosyo-finance zorluklar da artar. Bu bulgular, gelişimsel gecikmelere yönelik modern yaklaşımların, sadece çocuklara ve onların zorluklarına değil, aynı zamanda ailenin tümüne ve psikososyal uyuma odaklanması gerektiğini vurgulayarak ebeveyn yükü ve ihtiyaçlarına dikkat çeker (Gallagher, Hannigan, 2014).

Gelişimsel zorlukları olan çocuk ve ergenlerin bakımı, karmaşık bir görevdir. Ebeveynler, çocuklarının anlamakta zorluk çektiği etkinlikleri gerçekleştirmede rehberlik etmenin yanı sıra günlük yaşamda kendi davranışsal sorunlarıyla başa çıkma becerisine sahip olmalıdır (Gallagher, Hannigan, 2014).

Engelli bir çocuğa bakma sorumluluğu olan ebeveynler, engelli olmayan bir çocuğa sahip ebeveynlerin karşılaşmayacağı zorluklarla mücadele edebilirler. Bu durumda, DD'li çocukların ebeveynleri genellikle tipik olarak daha yüksek düzeyde ebeveynlik stresi ve fiziksel ve zihinsel sıkıntılarla karşılaşırken, DD'si olmayan çocukların ebeveynlerine göre daha fazla zorlukla karşılaşma eğilimindedir (Lopes, Clifford, Minnes ve Ouellette-Kuntz, 2008).

Çocuklarına DD teşhisi konulan ebeveynler, çocuklarının öz bakım becerilerinin eksikliği ve sosyal etkileşim zorlukları gibi yaygın stres faktörleriyle karşı karşıya kalabilirler. Bu durumda ebeveynler genellikle şok ve inkar duygularıyla tepki gösterir ve tanıyı kabul etmekte zorlanır. DD'nin çocuklarının geleceğini nasıl etkileyeceği konusunda derin bir endişe duyarlar. Bu çalışmada yer alan ebeveynlerin çoğu, suçluluk hissi taşırlar ve çocuklarının hastalığını ileri yaşıta hamilelik kararlarına, genetik sorunlara veya kaderin bir sonucuna bağlarlar. McCubbin ve arkadaşları (1996), stresli yaşam olaylarıyla karşılaşan ailelerin, aile kaynaklarını (ailenin

güçlü yanları ve yetenekleri gibi) kullanarak uyum sağlama ve başa çıkma yeteneklerini geliştirebileceklerini öne sürmektedir (Dunn, 2010).

İrlanda'da yapılan Büyümek Çalışması, gelişimsel engelli bir çocuğa bakmanın, tipik olarak gelişen çocuklara bakmaya kıyasla depresyon riskini artırdığını doğrulamıştır. Bu bulgunun potansiyel açıklamalarını araştırdık ve elde ettiğimiz bilgilere göre, kronik sağlık koşulları ve çeşitli sosyo-demografik kontrollerden sonra bile bu aşırı riskin hala var olduğunu göstermiştir (Gallagher, Hannigan, 2014).

5.4. Bakım Verenlerde Depresyon ve Anksiyete

Zihinsel ve gelişimsel engelli bir çocuğa bakmanın olumlu sonuçları olabilir, ancak ebeveynler artan bakım talepleri ve mali baskı gibi bir dizi ilişkili stres faktörü nedeniyle daha yüksek bir depresyon ve kaygı riski altında olabilir. Zihinsel ve gelişimsel engelli bir çocuk yetiştirmek, aile için daha iyi bir aile birliği, kişisel gelişim ve önemli olan neşe gibi olumlu sonuçlar doğurabilir. Ancak, zihinsel ve gelişimsel engelli bir çocuğu yetiştirmenin doğasında, çocuk davranış sorunları, yüksek bakım talepleri, damgalanma ve mali zorlanma gibi bir dizi kronik stres faktörü bulunmaktadır. Bu stres faktörlerinin sonucunda, zihinsel ve gelişimsel engelli çocukların ebeveynleri depresyon ve anksiyeteye karşı daha savunmasız olabilir. Genel olarak, IDD'li çocukların annelerinde depresyon yaygınlığının, tipik olarak gelişen çocukların annelerine kıyasla %29'a kadar çıkabileceği tahmin edilmektedir. Baba depresyonu ve anksiyetesi de göz önünde bulundurulmalıdır, çünkü babalar da bakım vermede önemli bir rol oynamaktadır ve kanıtlar, baba-çocuk etkileşiminin çocuk gelişiminde önemli olduğunu göstermektedir. IDD'li bir çocuğa ebeveynlik yapmak ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasında bir ilişki olduğunu gösteren kanıtlar bulunmaktadır ve neredeyse tüm çalışmalar pozitif bir ilişki bildirmektedir (%95 ve %90). Önceki araştırmalarla uyumlu olarak, beş çalışmadan dördü (%80) vaka annelerinde vaka babalarına kıyasla daha yüksek depresyon seviyeleri bildirmiştir. Bu, anneler arasındaki daha yüksek bakım sorumluluğundan kaynaklanabilir veya alternatif olarak, erkeklerin öz bildirim ölçümlerinde (bu derlemede kullanılan yöntem) depresif belirtileri eksik bildirme eğiliminde olmaları nedeniyle yanıt yanlılığı sonucu olabilir (Sohmaran, Shorey, 2018).

Gelişimsel engelli bir çocuğu (örneğin, otizm, dispraksi, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu) yetiştirmek genellikle zor ve stresli olabilir ve ebeveynler bu bakım bağlamında karşılaştıkları özel zorluklarla başa çıkmakta zorlanabilirler. Son yapılan bir meta-analiz,

gelişimsel engelli çocuklara bakan ebeveynlerde, tipik olarak gelişen çocukların ebeveynlerine kıyasla klinik depresyon yaygınlığının %10 daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Dyson, Edgar ve Crnic (1989), Fisman ve Kurt (1991), Khan, Brandt ve Whitaker (2004), Pilowsky, Wickramaratne, Nomura ve Weissman (2006) ile Beyaz ve Hastings (2004) tarafından belirtildiği gibi, bunun ebeveynlik rolü, aile işleyişi ve çocuğun refahı üzerinde olumsuz sonuçları vardır. Bu nedenle, bakımın bakıcılar üzerindeki olumsuz etkileri dikkate alındığında, alan uzmanları bu konuyu önemli bir halk sağlığı sorunu olarak sınıflandırmaktadır ve yetkilileri bu konuda harekete geçmeye çağırmaktadır. (Barrow ve Harrison, 2005; Talley ve ark., 2007).

Spekülatif olmasına rağmen, bu ebeveynlerde görülen artan depresyon riski, kısmen fiziksel sağlık durumlarıyla ilişkilendirilebilir ve tamamen çocuklarıyla veya diğer bağlamsal özelliklerle ilişkili olmayabilir. Dolayısıyla, bu önceki küçük ölçekli çalışmalarda bulunan depresyon oranları, ebeveynlerin fiziksel sağlık durumlarıyla karıştırılabilir (Gallagher, Hannigan, 2014).

Genel nüfusta yaygınlığı %8,5-9.5 arasında olan depresyon oranlarıyla karşılaştırıldığında (örneğin, Ayuso-Mateos ve diğerleri, 2001; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas ve Walters, 2005), bu belirli ebeveynlerdeki oranlar önemli ölçüde daha yüksek olan %14.7 olarak bulundu. Ayrıca, bu ebeveynlerde kronik tıbbi durumların yaygınlığı biraz daha yüksek bulundu. İlginç bir şekilde, daha önceki popülasyon temelli olmayan araştırmalarda bildirilen depresyon oranı (%33) önemli ölçüde daha düşük olmasına rağmen (Gallagher, Phillips, Oliver ve Carroll, 2008; Beyaz ve Hastings, 2004), bu daha küçük çalışmaların raporlama yanlılığı olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, bu ebeveynlerde depresyon yaygınlık oranı normal gelişim gösteren çocukların ebeveynlerine kıyasla önemli ölçüde daha yüksek (%14,7'ye karşı %8,9) iken, depresyon tedavi oranları her iki ebeveyn grubunda benzer (%6.8'e karşı %6.3) olarak bulundu. Bu durum, engelli çocuğu olan birçok ebeveynin depresyonlarının tedavi edilmediğini düşündürmektedir. Bu belki de bu ebeveynlerin birinci endişelerinin kendi sağlık ihtiyaçlarından ziyade çocuklarının sağlığı ve esenliği olmasıyla açıklanabilir. Ancak, diğerleri birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının depresyon taraması için yeterince donanımlı olmadığını ve tespit oranlarını iyileştirmek için daha etkili eğitime ihtiyaç duyulduğunu bulmuşlardır. (Ohtsuki ve diğerleri, 2010).

Genel olarak, bulgular gelişimsel engelli çocuklara bakmanın daha yüksek depresyon oranlarıyla ilişkili olduğunu ve bu artan riskin kronik sağlık durumlarından bağımsız olduğunu doğrulamaktadır (Gallagher ve Hannigan, 2014). Bireysel farklılıklardaki başa çıkma tarzları, gelişimsel bozukluğu olan her iki çocuğun ebeveynleri için ebeveyn stresi, depresyon ve kaygı arasındaki ilişkinin olası etkileri olarak vurgulanmıştır (Baker ve diğerleri, 2005; Hauser-Cram ve diğerleri, 2001; Olsson). Ebeveyn stresinin nedenini ve ebeveyn davranışı ile çocuk sonuçları üzerindeki etkisini anlamamıza yardımcı olan dinamik çok değişkenli modellere olan ihtiyaç, Abidin (1990) tarafından vurgulanmıştır. Kontrol odağı gibi değişkenlerin, gelişimsel bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinde ebeveyn stresi ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiye aracılık edip etmediğini anlamak, bu alanda önemli bir adımdır. Eğer kontrol odağı bu ilişkiye aracılık ediyorsa, ruh sağlığı uzmanları bu durumu önlemek veya azaltmak için gelişimsel bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinde iç kontrol duygularını artırma stratejilerini kullanabilirler (Gallagher ve Hannigan, 2014). Canales ve ekibi, depresif bireylerin depresyon atakları sırasında duruşlarının etkilendiğini ve beden imajlarından rahatsızlık duyduklarını bildirmiştir (Canales ve ark., 2010).

5.5. Dil ve Konuşma Terapisi ve Duyu Bütünleme Terapisi Alan Çocuklarda Bakım Veren

Dil öğrenme sorunu hakkında düşündüğümüzde, insan bebeklerinin tüm duyularından gelen bilgileri ayrıştırıp kelime ve cümle yapılarına dönüştürebilmeleri, gelişimlerinin ilk yıllarında etkileyici bir yetenek gibi görünebilir. Şans eseri, bebekler bu çaba içinde yalnız değiller ve duyuşsal gelişimleri, ilk deneyimlerinin karmaşıklığının aslında öngörülenden daha sınırlı olduğunu gösterir. Bebeklerin erken dönemdeki duyuşsal yetenekleri ve sınırlamaları ile, uzun süreli bakıcı varlığı, bebeklerin erken sosyal çevrelerinden elde ettikleri bilgileri uyarlayarak sınırlar ve kolaylaştırır (Goldstein, Şelale ve diğerleri, 2010; Smith ve diğerleri, 2018).

Bebeklerin duyuşsal ve motor yetenekleri geliştikçe, çevrelerindeki nesneleri ve sosyal ortakları daha fazla keşfedebilirler. Bu keşifler, bebeklerin erken deneyimleri aracılığıyla topladıkları sosyal istatistikleri genişletmelerine olanak sağlar. Aynı zamanda, bebeklerin sensorimotor başarıları, bakıcıların sosyal tepkilerinin zamanlamasını ve içeriğini etkiler ve iletişimsel öğrenme fırsatlarını artırır. Bu nedenle, bebeklerin erken dönemdeki duyuşsal ve motor gelişimindeki farklılıklar, iletişimsel öğrenmeyi sadece atipik bilgi kodlama ve algılama yoluyla değil, aynı zamanda bakıcıların sosyal geri bildirimlerini etkileyerek de etkileyebilir (Ebert, 2016).

Dil gecikmesi yaşıyan çocuklar, yüksek bir anne depresyon skoru gibi risk faktörlerine daha fazla maruz kalabilirler. Dil gecikmesi ile ilgili olarak, görme ve annenin bakımına yönelik faktörler diğer tüm risk faktörleri arasında en önemli olanlardır. Bu alanda birçok faktörün dikkate alınması, annelerin ve büyötmeye yönelik risklerin daha fazla düşünölmesini hedeflemektedir.

Dil gecikmesi olan bir çocuğa sahip olmak zorlu olabilir, özellikle anne ruh sağlığı açısından. Çalışmamızda, dil gecikmesi olan çocuklarda annelerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu gözlemledik (Ebert, 2016). Erken çocukluk döneminde konuşma gecikmesi (SD), benzer yaş ve cinsiyetteki diğer çocuklara göre konuşma gelişiminin belirgin şekilde daha yavaş olduğu bir durumu ifade eder. Konuşma ve dil gelişimi gecikmesi, okul öncesi dönemde yaygın bir konuşma ve dil bozukluğudur. ABD'de 2-5 yaş arasındaki çocuklar arasında prevalansı tahmini olarak %5-12'dir, Çin'de ise 3 yaşındaki çocuklar arasında %3'ün üzerindedir. SD, çocuklarda görme bozukluğu, işitme bozukluğu, doğuştan damak yarığı, merkezi sinir sistemi bozukluğu ve zihinsel engel gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanabilir. Ancak, bazı durumlarda belirgin bir neden olmaksızın da ortaya çıkabilir. Bu durumda, gecikmeye gelişimsel SD (DSD) veya "spesifik" konuşma bozukluğu denir. DSD, dilin kendisine özgü bir sorun olduğu anlamına gelir, yani DSD'li çocuklar işitme, zeka veya duygusal-bilişsel gelişimde belirgin bir gecikme göstermezler. DSD, küçük çocukların iletişim becerilerinin gelişimini etkiler ve gelecekte davranışsal ve psikolojik gelişimleri üzerinde olumsuz etkileri olabilir. Bu durum aynı zamanda ebeveynlerin duygusal durumunu da olumsuz etkileyebilir ve aile yaşam kalitesini etkileyebilir (Justice, Jing ve ark., 2019).

Önceden yapılan araştırmalarla uyumlu bir şekilde, gelişimsel ve/veya öğrenme zorluğu olan çocukları büyüten ebeveynlerde daha fazla sorunlu çocuk davranışı depresyon riskinin artmasından sorumlu olabilir (Anastopoulos, Guevremont, Shelton ve Dupaul, 1992; Bailey, Golden, Roberts ve Ford, 2007; Dunn, Burbine, Bowers ve Tantleff-Dunn, 2001; Resch ve diğerleri, 2012). Kronik sağlık sorunları da depresyon riski ile ilişkilendirilebilir, bu durum daha önce araştırılmamış olmasına rağmen beklenen bir durumdur. Fiziksel sağlık sorunları ile depresyon arasındaki ilişki, bu ebeveynlerde başka çalışmalarda da bildirilmiştir (Resch ve diğerleri, 2012).

Duyusal aşırı duyarlılık (SOR), günlük yaşamı etkileyen abartılı veya uzun süreli tepkilere yol açan duyuşal uyarılara karşı hassasiyetin bir durumudur. SOR semptomlarının varlığı, diğel tanımlanabilir bozukluklardan bağımsız olarak çocukları ve aileleri olumsuz etkileyebilir (Ben Sasson 2013 ve Ausderau 2016).

Duyusal işleme güçlüklerinin stres ve kaygı gibi diğel alanlarda da etkisi olduğı, önceki araştırmalarla desteklenmiştir (Baker, 2008; Lidstone, 2014; Grandin & Scariano, 1986; Williams, 1992). Bu durumun aile yaşamı (Schaaf, 2011) ve algılanan sosyal katılım (Koenig, Kinnealey, 2008) üzerinde etkileri olduğı gösterilmiştir. Ayrıca, daha yakın zamandaki çalışmalar, duyuşal işleme güçlüklerinin anne stresine katkıda bulunduğunu göstermektedir (Ben Sasson 2013 ve Ausderau 2016).

Çocukların duyuşal davranışlarının ailelerin aktivitelerini sınırladığı (Bagby, 2012; Little, 2015; Schaaf, 2011) ve bakıcılarda önemli bir gerginliğe neden olduğı (Kirby, White, Baranek, 2015) bilinmektedir. Bu durum aileleri de etkilemektedir. Anlamalı müdahaleler hem bakıcıların hem de çocukların davranışlarını etkileme potansiyeline sahiptir. Bakım verenlerin katılımı, duyuşal davranışların azalmasını sağlamanın yanı sıra bakıcıların güven duygularını artırabilir ve stresi azaltabilir, böylece klinik dışında da etkilerini gösterebilir (Mason, Goldstein ve ark., 2019).

Ebeveynler arasında stres, kaygı ve depresyon düzeyleri artmaktadır. Ebeveynlik stresleri uzun süredir önemli bir araştırma konusu olarak vurgulanmıştır (Abidin, 1990). Mevcut araştırmalar, gelişimsel sorunları olan çocukların ebeveynlerinin, gelişimsel sorunu olmayan çocukların ebeveynlerine kıyasla kaygı ve depresyon semptomları açısından önemli ölçüde daha yüksek risk altında olduğunu göstermektedir. İlginç bir şekilde, gruplar arası farklılıkları inceleyen çalışmalar, otizm spektrum bozukluğuna sahip çocukların ebeveynlerinde, diğel bozukluklara, özellikle Down sendromu olan çocukların ebeveynlerine göre daha yüksek düzeyde depresyon semptomları bulunmuştur (Abbeduto ve diğelileri, 2004; Holroyd ve McArthur, 1976). Otizimli çocukların ebeveynlerine özgü ek stres faktörleri tanımlanmıştır ve bunlar arasında tanı alma zorlukları, destek eksikliği ve davranış sorunlarının artan yaygınlığı yer almaktadır (Brogan ve Knussen, 2003; Gray, 2003; McIntyre, 2002; Nissenbaum, 2002; Olsson ve Hwang, 2003).

5.6. Bakım Verenlerde Beden Farkındalığı

Engelli çocuğu olan annelerin beden farkındalığı düzeyinin engelli çocuğu olmayan annelere kıyasla daha düşük olduğu bir araştırmada ortaya konmuştur. Bu durum, engelli çocuğu olan annelerin fiziksel aktivite eksikliği nedeniyle yaşam kalitesi ve ruh sağlığının olumsuz etkilenebileceğini düşündürmektedir. Erden ve diğerleri (2013) sağlıklı bireylerle yaptıkları bir çalışmada beden farkındalığı ile ağrı ve duygusal durum arasında negatif bir ilişki bulmuşlardır. Yazarlar, yüksek beden farkındalığına sahip bireylerin daha iyi yaşam kalitesine, depresif belirtilerin azalmasına ve ağrının azalmasına sahip olduğunu belirtmişlerdir.

Gelişimsel engeli olan çocuklarla ilgili araştırmalar, SOR'un aile katılımını sınırlayan ve rutinlere uyumu ve ebeveyn stresine katkıda bulunan bir faktör olarak tanımladığını göstermektedir. Gelişimsel engeli olsun veya olmasın, SOR'a sahip bir çocuğun ebeveynleri, çocuğun rahatsız edici, öngörülemeyen ve sıkıntı verici duygulara (örn. kalabalık bir ortamda, yeni kıyafetler denendiğinde bir yabancıyla) ve bu nedenle çocuklarının olumsuz duygusal deneyimlere tepki vermesiyle ilişkili öfke nöbetlerinden ve patlamalardan kaçınmaya çalışırlar (Carter, Ben-Sasson ve ark., 2011).

OSB'li çocukların duygusal davranışlarını tanımlayan birçok araştırma mevcut olmasına rağmen, OSB'li çocukların duygusal davranışlarına bakıcıların nasıl tepki verdiğini araştıran çalışmalar çok azdır. Literatür, çocukların duygusal uyaranlara olan ilgisi veya tepkisiyle çocuğun ve ailenin etkinliklere katılımını sınırlayabileceğini göstermektedir (Baranek, 2002; Ben-Sasson et al., 2013; Leekam, Nieto, Libby, Wing ve Gould, 2007; Little, Ausderau, Sideris ve Baranek, 2015; Rogers ve Ozonoff, 2005) aynı zamanda bakıcı stresini de artırabilir (Ben-Sasson, 2013).

Çok sayıda çalışmada, OSB'li çocukların bakıcılarının, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların ebeveynlerine, duygusal ve davranışsal bozuklukları olan çocuklara ve diğer sağlık bakımı gerektiren çocuklara kıyasla daha yüksek düzeyde zorluk yaşadıkları bildirilmiştir (Cadman, 2012; Dabrowska ve Pisula, 2010;2009; Khanna, 2012; Schieve, Blumberg, Rice, Visser ve Boyle, 2007). Örneğin, Abbeduto ve ark. (2004), OSB'li çocukların ebeveynlerinin Down sendromlu çocukların ebeveynleriyle kıyaslandığında daha yüksek, ancak Fragile X'li çocukların ebeveynlerinden daha düşük zorluk düzeylerine sahip olduklarını

bulmuşlardır. Bununla birlikte, bakıcının stresi ile çocuğun duyuşal özellikleri arasındaki ilişki henüz tam olarak araştırlmamıştır. Bazı kanıtlar, duyuşal  zelliklerin OSB'li çocukların bakıcıları arasında artan stres seviyelerine katkıda bulunduğunu göstermektedir. Yakın zamanda yapılan iki nitel araştıırma, bakıcı görüşmeleri aracılığıyla duyuşal özelliklerin aile aktiviteleri üzerindeki etkisini incelemiştir (Bagby, Dickie ve Baranek, 2012; Schaaf, Toth-Cohen, Johnson, Outten ve Benevides, 2011).

Bagby ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, tipik gelişim gösteren çocukların ailelerinden oluşan bir karşılaştırma grubu kullanılarak, OSB'li çocuklarda duyuşal özelliklerin aile etkinliklerine daha kapsamlı hazırlık gerektirdiğı ve sınırlı katılıma neden olduğı keşfedilmiştir. Schaaf ve ark. (2011) ise dört aileden katılımcıların, duyuşal özellikleriyle ilgili olarak ailenin günlük rutinleri üzerinde yüksek düzeyde gerginlik yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Ayrıca, literatürde duyuşal özellikler ile bakıcı gerginliğı arasında dolaylı bir bağılantı olduğı belirtilmiştir. Örneğın, birçok çalışma, günlük rutinlerin ( rneğın, yatma zamanı ve yemek zamanı) OSB'li çocukların aileleri için stresli olduğunu göstermiştir (Plant ve Sanders, 2007; Marquenie, Rodger, Mangohig ve Cronin, 2011), ve aynı şekilde bu rutinlerin çocuğun duyuşal özelliklerinden olumsuz etkilendiğı belirtilmiştir (Dickie ve diğ rleri, 2009; Dunn, 2007; Schaaf ve diğ rleri, 2011).

OSB grubundaki bakıcıların günlük rutinde daha fazla kesinti ve olumsuz kişisel duygular yaşadıklarını gösteren bulgular mevcuttur. Bu bulgular, önceki araştırmalarla uyumludur ve OSB'li çocukların ailelerinde aile rutinlerinde bozulmalar ve ebeveyn refahı üzerinde olumsuz etkiler olduğunu öne sürmektedir. Duyusal  zelliklerin bakıcı gerginlik seviyelerine katkısını inceleyen çalışmalarda, ASD grubunda duyuşal özelliklerin bazı bakıcı gerginlik türlerinin ilgili öngörücüleri olduğı görülmüştür. Bununla birlikte, DD grubunda önemli katkılar bulunmamıştır. Özellikle, OSB grubunda aşırı duyarlılık ve yetersiz yanıt düzeylerinin artmasıyla birlikte nesnel zorlanma düzeyinin de arttığı gözlemlenmiştir. Bu, tepki eksikliği ve aşırı duyarlılık gibi faktörlerin bakıcıların günlük işleyişi üzerindeki olumsuz etkilerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, önceki nitel literatürle tutarlıdır. Ayrıca, aşırı duyarlılığın, OSB grubunda öznel işselleştirilmiş bakıcı gerginliğini önemli ölçüde öngördüğü bulunmuştur. Bunun yanı sıra, ilginç bir bulgu olarak, beklenen yönlülüğün aksine, OSB grubunda duyuşal arama davranışlarındaki artışın, nesnel bakıcı gerginliğinde azalmalarla ilişkili olduğı görülmüştür (Clark ve Isenberg, 2001).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Yöntem

Bu tez çalışması bir vaka-kontrol araştırmasıdır.

3.1.2 Veri Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, min-maks değerleri, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla “Güvenilirlik Analizi” yapılmıştır.

Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile test edilmiştir. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için Mann Whitney U testi, numerik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır.

3.1.3 Çalışma Evreni

Çalışmaya Psikosağlık Çocuk Danışmanlık Merkezi ve NK Dil Konuşma ve Ergoterapi kliniğine başvuran, Duyu Bütünleme ve Dil Konuşma Terapisi alan çocukların bakım verenleri alınmıştır. Çalışmaya 48 terapi alan çocukların anneleri dahil edilmiştir. Kontrol grubuna 48 tipik gelişim gösteren çocukların bakım verenleri alınmıştır. Kontrol grubuna dahil edilen çocukların bakım verenleri yaş ve cinsiyetleri deney grubu ile eşlenerek seçilmiştir.

3.1.4 Örneklem Seçimi

1 Kasım 2022-1 Mayıs 2023 tarihleri arasında, aşağıda belirtilen çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve Psikosağlık Çocuk Danışmanlık Merkezi ve NK Dil Konuşma ve Ergoterapi başvuran Duyu Bütünleme Terapisi ve Dil Konuşma Terapisi alan çocukların tüm bakım verenler ardışık olarak vaka grubuna alınmıştır. Kontrol grubu kriterlerine uyan bakım verenler, ortam ve mekân farketmeksizin rastgele şekilde, yaş ve cinsiyetler vaka grubuyla yakın olacak şekilde alınmıştır.

Deney Grubu Dahil Edilme Kriterleri:

1. En az 3 aydır terapi desteği alan bireye bakım veriyor olmak.
2. 0-6 yaş arası kız ve erkek çocukların bakım vereni olmak.
3. Birincil bakım verenin biyolojik anne veya babası olmak ve Türkçe okur-yazar olmak.
4. Katılımcılar ve ebeveynlerinin çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmeleri ve aydınlatılmış onamı imzalamış olmak.

Kontrol Grubu Dahil Edilme Kriterleri

- 1- 0-6 yaş grubunda olmak.
- 2- Herhangi bir terapi sürecinde çocuğu olmayan bakım veren olmak.
- 3- Birincil bakım verenin biyolojik anne veya babası olmak ve Türkçe okur-yazar olmak.
- 4- Katılımcılar ve ebeveynlerinin çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmeleri ve aydınlatılmış onamı imzalamış olmak.

Not: Bu çalışmanın ölçmeyi amaçladığı Ebeveyn Bakım Verme Yüğü ile ilgili kontroledilemeyen sosyal değişkenleri en aza indirmek adına sadece birincil bakım veren olarak biyolojik annenin bulunduğu olgular dahil edilmiştir.

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri:

1. Epilepsi veya diğer nörolojik akut durumda olmak.
2. 3 aydan az terapi desteği almış olmak.
3. Terapilere ard arda 3 seans devam etmemek.

3.1.5 İşlem

Araştırmacı, yukarıda belirtilen vaka ve kontrol grubundaki çocukların ebeveynlerine araştırmanın amacını ve kullanılacak gereçleri açıklamıştır. Gönüllü çocukların ebeveynleri tarafından çocuklarını ve kendilerini göz önünde bulundurarak araştırmacı tarafından hazırlanmış olan Sosyodemografik Bilgi Formu (Bakım Veren), Beck Depresyon Ölçeği, Vücut Farkındalığı Ölçeği, Nottingham Sağlık Profili, Zarit Bakım Verme Yüğü Değerlendirme Ölçeği ve Aile Etki Ölçeği doldurulmuştur. Elde edilen veriler yürütücü araştırmacı tarafından puanlanarak istatistiksel işlemler yapılmak üzere anonim olarak elektronik ortama aktarılmıştır.

3.2. Gereçler

3.2.1 Sosyodemografik Bilgi Formu (Bakım Veren) (EK 1)

Gönüllü ebeveynleri ve çocuklarını araştırma hakkında bilgilendiren, açık ve anlaşılır bir dille araştırmanın detaylarını anlatan, katılımın gönüllülük esasıyla olduğunu vurgulayan, katılımcılar ve araştırmacı tarafından imzalanan aydınlatılmış onam formudur.

3.2.2 Beck Depresyon Ölçeği (EK 2)

Depresyon riskini belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ölçme için kullanılan 21 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Her madde 0-3 arasında puanlanır, toplam puan 0-63 arasında değişir ve dördümlük likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Ölçek ilk defa 1961 yılında Beck A.T. ve ekibi tarafından yayınlanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik makalesini Nesrin Hisli ve ekibi 1989 yılında yapmıştır ve kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir, yüksek puanlar daha fazla depresif belirti anlamına gelir (Uslu R. ve ark. 2008).

3.2.3 Vücut Farkındalığı Ölçeği (EK-3)

Katılımcıların beden farkındalığı Shields tarafından geliştirilen Body Awareness Questionnaire (BAQ) ile değerlendirildi ve diğerleri (Shields ve diğerleri, 1989). Anket dört alt ölçekten (Tepki veya Vücut Sürecindeki Değişiklikleri Not Edin, Vücut Tepkisini Tahmin Edin, Hastalığın Başlangıcı ve Uyku-Uyanma Döngüsü) ve toplam 18 maddeden oluşur (Shields ve ark., 1989). Katılımcılardan her öğe için kendilerini birden yediye kadar sayılarla puanlamaları istenir (1: bana uygun değil, 7: benim için tamamen uygun). Anketin toplam puanı arttıkça kişinin beden farkındalığının arttığı sonucuna varılmaktadır. Anketin Türkçe versiyonu Karaca (Karaca, 2017).

3.2.4 Nottingham Sağlık Profili (EK-4)

Nottingham Sağlık Profili, (NHP), sağlık ile ilişkili yaşam kalitesini ölçmek için yaygın olarak kullanılan genel bir araçtır. Türkçe versiyonu uygulanmış ve orijinaline geçerli ve kültürler arası eşdeğer olduğu gösterilmiştir. Altı boyuta ayrılmış 38 maddeden oluşmaktadır: enerji (NHP-E), ağrı (NHP P), duygu tepkileri (NHP-ER), uyku (NHP-S), sosyal izolasyon (NHP-SI) ve fiziksel hareketlilik (NHP-PM). Tüm parametreler NHP toplamı (NHP TOT) olarak toplanır. Katılımcı, ifade mevcut durumu veya duyguyu yeterince yansıtıyorsa evet, aksi takdirde hayır yanıtı verir. Boyut puanları 0 (sorun yok) ile 100 (en fazla sorun) arasında değişmektedir (Soner, 2017).

3.2.5 Zarit Bakım Verme Yüğü Değerlendirme Öölçeği (EK-5)

Zarit Bakım Verme Yüğü Değerlendirme Öölçeği, 22 sorudan oluşan 5'li Likert tipi bir öölçektir. Toplam skor 0 ile 88 arasında puanlanır ve daha yüksek puanlar daha fazla bakım verme yüğünü gösterir. Literatürde Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı olan pediatrik hastalarla ilişkili bakım veren yüğünü öölçmek için daha önce de kullanılmıştır. Bu öölçek, ilişki ile ilgili yüğ, duygusal iyilik hali, sosyal hayat, ekonomik durum, yaşamüzzerindeki kontrolü kaybetme, kişisel yüğ, bakım verme rolü ile ilgili yüğ olarak isimlendirilen 7 farklı boyutu öölçen detaylı bir öölçektir.

3.2.6 Aile Etki Öölçeği (EK-6)

Aile Etki Öölçeği (IFS), Stein ve Reissman tarafından kronik hastalıktan muzdarip çocukları olan ebeveynler için geliştirilmiştir. IFS 33 ifade içerir. Faktör 1 Mali Yüğü öölçmekte ve hasta bir çocuğun varlığının aile için ekonomik sonuçlarına ilişkin 4 madde içermektedir. Faktör 2 Ailesel/Sosyal Etkiyi öölçer ve bir çocuğun hastalığının doğrudan bir sonucu olarak hem aile sistemi içinde hem de dışında normal sosyal etkileşimlerin bozulmasıyla ilgili 9 madde içerir. Faktör 3'ü içeren 6 madde, hastalığın psikolojik yüğüyle ilgili olarak birincil kariyerin yaşadığı kişisel dengesizlik olan Kişisel Gerginliği öölçer. Faktör 4 başa çıkmayı öölçer ve diğer boyutlardan büyük öölçüde bağımsız 5 madde içerir (Stein ve Riessman, 1980). Aile öölçeği üzerindeki etki İngilizce yazılmış ve İspanyolca (Stein ve Riessman, 1980), İtalyanca (Annemarie ve Janine, 2000) ve Almanca'ya (RavensSieberer, 2001) çevrilmiştir. Cevaplayıcılardan ifadelerin anneler için ne derece geçerli olduğunu (kesinlikle katılıyorum veya kesinlikle katılmıyorum) 4'lü Likert tipi bir öölçek üzerinde derecelendirmeleri istenmektedir. Stein ve Reissman (1980), 100 annenin derecelendirmeleri üzerinde bir temel bileşenler analizi yaptı ve dört etki boyutu oluşturdu. Orijinal öölçek 27 sorudan oluşmakta, ancak toplam puan hesaplanırken b, c ve e soruları çıkarılmaktadır. İç tutarlılık güvenirlikleri (Cronbach's alpha) Mali Yüğ için 0.72, Ailesel/Sosyal Etki için 0.86, Kişisel Zorlanma için 0.81 ve Başa Çıkma için 0.60 idi. 24 puanın hepsinin swnmasyonu ile toplam puan elde edildi. Yüksek puan daha büyük etkiyi gösterir (min: 24; maks: 96). Toplam öölçek için Cronbach's alpha 0.88 idi. Test tekrar testi Cronbach's alpha 0.93 idi (Stein ve Riessman, 1980).

4.BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı istatistikler

Tablo 4.1: Araştırmaya Katılan Katılımcıların Gruplarına Göre Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler		Çocuğu Terapi Destegi Alan Ebeveyn		Kontrol Grubu		X ²	p
		n	%	n	%		
Eğitim	Lise	11	22,9	11	22,9	8,970	0,011*
	Lisans	29	60,4	37	77,1		
	Lisansüstü	8	16,7	0	0,0		
Hastalık Öyküsü	Var	3	6,3	0	0,0	3,097	0,078
	Yok	45	93,8	48	100,0		
Çocuk Cinsiyet	Erkek	25	52,1	23	47,9	0,167	0,683
	Kız	23	47,9	25	52,1		
Çocuk Yaş	0-2	0	0,0	5	10,4	20,795	0,000*
	2-4	20	41,7	35	72,9		
	4-6	22	45,8	5	10,4		
	6 üstü	6	12,5	3	6,3		
Çocuk Eğitim	Okul Öncesi	48	100,0	48	100,0	-	-
Dominant El	Sağ	43	89,6	45	93,8	0,545	0,460
	Sol	5	10,4	3	6,3		
Çocuk Tanısı	Var	7	14,6	0	0,0	7,551	0,006*
	Yok	41	85,4	48	100,0		
Doğumda Anne Yaşı	18-25	0	0,0	5	10,4	9,359	0,025*
	25-30	23	47,9	29	60,4		
	30-35	22	45,8	11	22,9		
	35 üstü	3	6,3	3	6,3		
Duyusal Problem olan kardeş durumu	Var	6	12,5	3	6,3	1,103	0,294
	Yok	42	87,5	45	93,8		
Kardeş Sayısı	1	12	25,0	8	16,7	1,274	0,529
	2	7	14,6	6	12,5		
	5	29	60,4	34	70,8		
Akran ilişkisi	İyi, yeterli sayıda arkadaş	3	6,3	39	81,3	61,319	0,000*
	Yetersiz sayıda arkadaş	17	35,4	9	18,8		
	Sorunlar var	19	39,6	0	0,0		
	İlişki kuramıyor	9	18,8	0	0,0		
Toplam		48	100,0	48	100,0		

*p<0,05. Tanımlayıcı İstatistik, Frekans

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde, çocuğu terapi desteği alan ebeveyn bakım verenlerin %22,9'unun lise, %60,4'ünün lisans, %16,7'sinin lisansüstü olduğu; kontrol grubu bakım verenlerin %22,9'unun lise, %77,1'inin lisans olduğu görülmektedir. Katılımcıların gruplarına göre eğitim durumlarının homojen dağılmadığı görülmektedir. (p: 0,011).

Katılımcıların hastalık öyküleri incelendiğinde, çocuğu terapi desteği alan ebeveyn bakım verenlerin %6,3'ünün hastalık öyküsü olduğu, kontrol grubu bakım verenlerin hiçbirinin hastalık öyküsü olmadığı görülmektedir. Katılımcıların gruplarına göre hastalık öyküsü durumlarının homojen dağıldığı görülmektedir (p: 0,078).

Katılımcı çocukların cinsiyetleri incelendiğinde, çocuğu terapi desteği alan ebeveyn bakım verenlerin %52,1'inin erkek, %47,9'unun kız olduğu; kontrol grubu bakım verenlerin %47,9'unun erkek, %52,1'inin kız olduğu görülmektedir. Katılımcıların gruplarına göre çocuk cinsiyetlerinin homojen dağıldığı görülmektedir (p: 0,6830).

Katılımcı çocukların yaşları incelendiğinde, çocuğu terapi desteği alan ebeveyn bakım verenlerin %41,7'sinin 2-4, %45,8'inin 4-6, %12,5'inin 6 üstü olduğu; kontrol grubu bakım verenlerin %10,4'ünün 0-2, %72,9'unun 2-4, %10,4'ünün 4-6, %6,3'ünün 6 üstü olduğu görülmektedir. Katılımcıların gruplarına göre çocuk yaşlarının homojen dağılmadığı görülmektedir (p: 0,000).

Katılımcıların dominant elleri incelendiğinde, çocuğu terapi desteği alan ebeveyn bakım verenlerin %89,6'sının sağ, %10,4'ünün sol olduğu; kontrol grubu bakım verenlerin %93,8'inin sağ, %6,3'ünün sol olduğu görülmektedir. Katılımcıların gruplarına göre dominant ellerin homojen dağıldığı görülmektedir (p: 0,460).

Katılımcıların çocuk tanıları incelendiğinde, çocuğu terapi desteği alan ebeveyn bakım verenlerin %16,4'ünün tanısı olduğu, kontrol grubu bakım verenlerin hiçbirinin tanısı olmadığı görülmektedir. Katılımcıların gruplarına göre çocuk tanılarının homojen dağılmadığı görülmektedir (p: 0,006).

Katılımcıların doğumda anne yaşları incelendiğinde, çocuğu terapi desteği alan ebeveyn bakım verenlerin %47,9'unun 25-30, %45,8'inin 30-35, %6,3'ünün 35 üstü olduğu; kontrol grubu bakım verenlerin %10,4'ünün 18-25, %60,4'ünün 25-30, %22,9'unun 30-35, %6,3'ünün 35 üstü olduğu görülmektedir. Katılımcıların gruplarına göre doğumda anne yaşlarının homojen dağılmadığı görülmektedir (p: 0,025).

Çocuğu terapi desteği alan ebeveyn bakım veren katılımcıların %12,5'inin, kontrol grubu bakım veren katılımcıların %6,3'ünün duyuşal problem olan kardeşı olduğu görülmektedir. Katılımcıların gruplarına göre duyuşal problem olan kardeş durumlarına homojen dağıldığı görülmektedir (p:0,294).

Katılımcıların kardeş sayıları incelendiğinde, çocuğu terapi desteği alan ebeveyn bakım verenlerin %25'inin 11, %14,6'sının 2, %60,4'ünün 5 olduğu; kontrol grubu bakım verenlerin %16,7'sinin 1, %12,5'inin 2, %70,8'inin 5 olduğu görülmektedir. Katılımcıların gruplarına göre kardeş sayılarına homojen dağıldığı görülmektedir (p: 0,529).

Katılımcıların akran ilişkileri incelendiğinde, çocuğu terapi desteği alan ebeveyn bakım verenlerin %6,3'ünün iyi, yeterli sayıda arkadaş, %35,4'ünün yetersiz sayıda arkadaş, %39,6'sının sorunlar var, %18,8'inin ilişki kuramıyor olduğu; kontrol grubu bakım verenlerin %81,3'ünün iyi, yeterli sayıda arkadaş, %18,8'inin yetersiz sayıda arkadaş olduğu görülmektedir. Katılımcıların gruplarına göre akran ilişkilerinin homojen dağılmadığı görülmektedir (p: 0,000).

Tablo 4.2.1: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normal Dağılım Analizi Sonuçları

Ölçekler ve Boyutları	Kolmogorov-Smirnov	p	Durum
Bakım Verme Yüğü	0,188	0,000	Normal Değil
Vücut Farkındalığı	0,182	0,000	Normal Değil
Depresyon	0,172	0,000	Normal Değil
Aile Etki	0,208	0,000	Normal Değil
Maddi Yüğü	0,220	0,000	Normal Değil
Ailesel ve Toplumsal Etki	0,230	0,000	Normal Değil
Kişisel Zorlanma	0,185	0,000	Normal Değil
Başı Çıkma	0,175	0,000	Normal Değil
Yaşam Kalitesi	0,137	0,000	Normal Değil
Ağrı	0,312	0,000	Normal Değil
Duygusal Reaksiyon	0,248	0,000	Normal Değil
Uyku	0,201	0,000	Normal Değil
Sosyal İzolasyon	0,339	0,000	Normal Değil
Fiziksel Aktivite	0,321	0,000	Normal Değil
Enerji	0,259	0,000	Normal Değil

Tablo 4.2.2.: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Tanımlayıcı Fark İstatistikleri

Ölçekler ve Boyutları	Çocuğu Terapi Desteği Alan Ebeveyn				Kontrol Grubu				Mann Whitn ey U Testi	p
	Min	Maks	$\bar{X}$	SS	Min	Maks	$\bar{X}$	SS		
Bakım Verme Yüğü	6,00	63,00	35,04	9,13	4,00	19,00	7,75	3,62	-8,264	0,000*
Vücut Farkındalığı	71,00	126,00	103,94	9,05	112,00	121,00	116,92	2,19	-7,440	0,000*
Depresyon	2,00	27,00	16,02	5,56	0,00	8,00	2,81	1,93	-8,224	0,000*
Aile Etki	34,00	72,00	53,06	6,12	65,00	82,00	75,50	3,05	-8,408	0,000*
Maddi Yüğü	3,00	10,00	6,44	1,49	9,00	12,00	10,71	0,74	-8,470	0,000*
Ailesel ve Toplumsal Etki	12,00	30,00	19,83	3,42	24,00	33,00	31,21	1,50	-8,410	0,000*
Kişisel Zorlanma	15,00	28,00	22,88	3,11	29,00	37,00	32,79	1,56	-8,472	0,000*
Başı Çıkma	4,00	12,00	7,60	2,00	5,00	8,00	6,38	1,02	-3,218	0,000*
Yaşam Kalitesi	49,39	402,53	174,48	76,34	0,00	110,53	29,45	31,60	-8,054	0,000*
Ağrı	0,00	70,56	24,15	19,51	0,00	8,96	0,37	1,81	-7,662	0,000*
Duygusal Reaksiyon	0,00	100,00	26,15	21,75	0,00	7,08	1,03	2,53	-7,856	0,000*
Uyku	0,00	87,43	39,73	26,42	0,00	71,33	12,83	19,75	-5,166	0,000*
Sosyal İzolasyon	0,00	100,00	32,48	26,18	0,00	0,00	0,00	0,00	-7,717	0,000*
Fiziksel Aktivite	0,00	33,53	12,16	10,61	0,00	33,99	3,03	6,47	-4,721	0,000*
Enerji	0,00	100,00	39,82	35,56	0,00	39,20	12,18	16,45	-4,117	0,000*

Katılımcıların gruplarına göre Bakım Verme Yüğü, Vücut Farkındalığı, Depresyon düzeyi, Aile Etki düzeyi, Maddi Yüğü düzeyi, Ailesel ve Toplumsal Etki, Kişisel Zorlanma, Başa Çıkma, Yaşam Kalitesi, Ağrı, Duygusal Reaksiyon, Uyku, Sosyal İzolasyon, Fiziksel Aktivite, Enerji Tanımlayan Maddeler alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmektedir.

Çocuğıu terapi desteğı alan ebeveyn katılımcıların Bakım Verme Yüğü puanlarının kontrol grubu bakım veren katılımcılara göre daha yüksek olduğu görölmektedir. Kontrol Grubu katılımcıların Vücut Farkındalığı puanlarının çocuğıu terapi desteğı alan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görölmektedir. Çocuğıu terapi desteğı alan katılımcıların Depresyon puanlarının kontrol grubu katılımcılara göre daha yüksek olduğu görölmektedir.

Kontrol Grubu katılımcıların Aile Etki, Maddi Yüğü, Ailesel ve Toplumsal Etki, Kişisel Zorlanma alt boyutu puanlarının sorunlu bakım veren katılımcılara göre daha yüksek olduğu görölmektedir. Çocuğıu terapi desteğı alan bakım verenlerin Başa Çıkma puanlarının kontrol grubu bakım veren katılımcılara göre daha yüksek olduğu görölmektedir.

Çocuğıu terapi desteğı alan ebeveyn katılımcıların Yaşam Kalitesi, Ağrı, Duygusal Reaksiyon, Uyku, Sosyal İzolasyon, Fiziksel Aktivite, Enerji puanlarının kontrol grubu bakım veren katılımcılara göre daha yüksek olduğu görölmektedir.

Tablo 4.2.3: Çocuğu Terapi Desteği Alan Ebeveyn

Ölçekler ve Boyutları		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1-Bakım Verme Yüğü	Correlation Coefficient	1														
	Sig. (2 tailed)															
2-Vücut Farkındalığı	Correlation Coefficient	- 0,111	1													
	Sig. (2 tailed)	0,453														
3-Depresyon	Correlation Coefficient	0,119	-0,110	1												
	Sig. (2 tailed)	0,420	0,456													
4-Aile Etki	Correlation Coefficient	- 0,280	-0,005	-0,299*	1											
	Sig. (2 tailed)	0,054	0,974	0,039												
5-Maddi Yük	Correlation Coefficient	- 0,326*	-0,109	-0,036	0,523**	1										
	Sig. (2 tailed)	0,024	0,460	0,808	0,000											
6-Ailesel ve Toplumsal Etki	Correlation Coefficient	- 0,283	0,154	-0,320*	0,782**	0,353*	1									
	Sig. (2 tailed)	0,051	0,296	0,026	0,001	0,014										
7-Kişisel Zorlanma	Correlation Coefficient	- 0,203	-0,116	-0,243	0,824**	0,484**	0,564**	1								
	Sig. (2 tailed)	0,167	0,433	0,096	0,000	0,001	0,000									
8-Başı Çıkma	Correlation Coefficient	- 0,183	-0,211	0,232	0,184	0,076	-0,056	0,077	1							

	Sig. (2 tailed)	0,212	0,150	0,112	0,212	0,608	0,706	0,601								
9-Yaşam Kalitesi	Correlation Coefficient	0,335*	-0,073	0,438**	-0,140	-0,097	-0,130	-0,250	-	1						
	Sig. (2 tailed)	0,020	0,622	0,002	0,344	0,510	0,378	0,087	0,626							
10- Ağrı	Correlation Coefficient	0,039	-0,001	0,090	-0,021	-0,151	-0,146	0,015	0,190	0,306*	1					
	Sig. (2 tailed)	0,791	0,995	0,545	0,886	0,307	0,322	0,919	0,196	0,035						
11-Duygusal Reaksiyon	Correlation Coefficient	0,212	-0,170	0,447**	-0,324*	-0,041	-0,262	-	-	0,395**	0,240	1				
	Sig. (2 tailed)	0,147	0,248	0,001	0,024	0,783	0,072	0,016	0,944	0,005	0,101					
12-Uyku	Correlation Coefficient	0,157	0,130	0,424**	-0,084	-0,076	0,051	-0,275	0,082	0,544**	-	0,058	1			
	Sig. (2 tailed)	0,287	0,380	0,004	0,570	0,606	0,728	0,058	0,579	0,000	0,610	0,697				
13-Sosyal İzolasyon	Correlation Coefficient	0,258	-0,059	0,239	0,065	0,000	-0,032	0,067	0,051	0,603**	0,239	0,106	0,022	1		
	Sig. (2 tailed)	0,076	0,691	0,101	0,662	0,999	0,831	0,649	0,733	0,000	0,103	0,473	0,883			
14-Fiziksel Aktivite	Correlation Coefficient	-	0,164	-0,005	0,077	0,029	0,114	0,033	-	-0,082	-	-	-0,024	-0,141	1	
	Sig. (2 tailed)	0,218	0,136	0,285	0,971	0,602	0,847	0,439	0,825	0,467	0,579	0,804	0,149	0,872	0,340	
15-Enerji	Correlation Coefficient	0,364*	-	0,187	-0,164	-0,049	-0,153	-0,188	-	0,705**	-	0,163	0,286*	0,310*	-0,123	1
	Sig. (2 tailed)	0,011	0,301*	0,204	0,265	0,740	0,298	0,201	0,060	0,000	0,301	0,268	0,049	0,032	0,404	

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

Çocuğu terapi desteği alan ebeveyn katılımcıların Bakım Verme Yüğü puanları ile Maddi Yüğü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu görölmektedir ($r:-0,326^* p:0,024$).

Çocuğu terapi desteği alan ebeveyn katılımcıların Bakım Verme Yüğü puanları ile Yaşam Kalitesi ve Enerji puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu görölmektedir ($r:0,335^* p:0,020$, $r:0,364^* p:0,011$).

Çocuğu terapi desteği alan ebeveyn katılımcıların Vücut Farkındalığı puanları ile Enerji puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu görölmektedir ($r:-0,301^* p:0,038$).

Çocuğu terapi desteği alan ebeveyn katılımcıların Depresyon puanları ile Aile Etki puanları, Ailesel ve Toplumsal Etki puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu görölmektedir ($r:-0,299^* p:0,054$, $r:-0,320^* p:0,051$).

Çocuğu terapi desteği alan ebeveyn katılımcıların Depresyon puanları ile Yaşam Kalitesi, Duygusal Reaksiyon, Uyku puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu görölmektedir ($r:0,438^{**} p:0,002$, $r:0,447^{**} p:0,001$, $r:0,424^{**} p:0,004$).

Çocuğu terapi desteği alan ebeveyn katılımcıların Aile Etki puanları ile Duygusal Reaksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu görölmektedir ($r:-0,324^* p:0,024$).

Çocuğu terapi desteği alan ebeveyn katılımcıların Kişisel Zorlanma puanları ile Duygusal Reaksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu görölmektedir ($r:-0,345^* p:0,016$).

Tablo 4.2.4 : Kontrol Grubu

Ölçekler ve Boyutları		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1-Bakım Verme Yüğü	Correlation Coefficient	1														
	Sig. (2 tailed)															
2-Vücut Farkındalığı	Correlation Coefficient	-0,206	1													
	Sig. (2 tailed)	0,160														
3-Depresyon	Correlation Coefficient	0,361*	- 0,182	1												
	Sig. (2 tailed)	0,012	0,215													
4-Aile Etki	Correlation Coefficient	0,228	0,127	0,129	1											
	Sig. (2 tailed)	0,118	0,388	0,384												
5-Maddi Yük	Correlation Coefficient	0,053	- 0,002	-0,003	0,282	1										
	Sig. (2 tailed)	0,721	0,988	0,986	0,052											
6-Ailesel ve Toplumsal Etki	Correlation Coefficient	0,180	0,153	0,063	0,535**	0,040	1									
	Sig. (2 tailed)	0,220	0,298	0,669	0,000	0,787										
7-Kişisel Zorlanma	Correlation Coefficient	0,056	- 0,067	-0,100	0,677**	0,129	0,117	1								
	Sig. (2 tailed)	0,705	0,651	0,498	0,000	0,384	0,430									
8-Başa Çıkma	Correlation Coefficient	0,119	0,147	0,108	0,565**	0,015	0,193	0,121	1							
	Sig. (2 tailed)	0,419	0,318	0,467	0,000	0,917	0,188	0,413								

9-Yaşam Kalitesi	Correlation Coefficient	0,464**	- 0,204	0,377**	0,323*	0,015	0,290*	0,046	0,398**	1						
	Sig. (2 tailed)	0,001	0,165	0,008	0,025	0,920	0,046	0,755	0,005							
10-Ağrı	Correlation Coefficient	0,012	0,072	0,084	0,227	0,057	-0,184	0,200	0,141	-0,106	1					
	Sig. (2 tailed)	0,938	0,625	0,569	0,120	0,700	0,210	0,173	0,340	0,472						
11-Duygusal Reaksiyon	Correlation Coefficient	-0,028	- 0,058	0,215	-0,206	0,090	0,067	- 0,233	-0,208	0,032	- 0,086	1				
	Sig. (2 tailed)	0,849	0,695	0,143	0,160	0,543	0,653	0,111	0,155	0,828	0,560					
12-Uyku	Correlation Coefficient	0,549**	- 0,270	0,340*	0,306*	0,089	0,259	0,074	0,262	0,750**	- 0,156	0,025	1			
	Sig. (2 tailed)	0,000	0,064	0,018	0,034	0,547	0,075	0,617	0,072	0,000	0,290	0,869				
13-Sosyal İzolasyon	Correlation Coefficient	0,098	0,059	0,139	0,345	0,000	0,324	0,237	0,351**	0,603**	0,239	0,176*	0,321*	1		
	Sig. (2 tailed)	0,230	0,340	0,230	0,119	0,000	0,345	0,134	0,001	0,000	0,254	0,056	0,076			
14-Fiziksel Aktivite	Correlation Coefficient	0,199	- 0,018	0,092	0,099	- 0,107	0,065	0,041	0,211	0,272	- 0,112	-0,223	-0,101	-0,191	1	
	Sig. (2 tailed)	0,175	0,901	0,532	0,505	0,467	0,660	0,784	0,151	0,062	0,447	0,128	0,496	0,230		
15-Enerji	Correlation Coefficient	0,255	- 0,106	0,273	0,326*	0,037	0,206	0,128	0,399**	0,817**	- 0,156	0,054	0,436**	0,110*	0,180	1
	Sig. (2 tailed)	0,080	0,474	0,060	0,024	0,802	0,161	0,385	0,005	0,000	0,288	0,715	0,002	0,020	0,220	

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

Kontrol Grubu katılımcıların Bakım Verme Yüğü puanları ile Depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğı görölmektedir ($r:0,361^* p:0,012$).

Kontrol Grubu katılımcıların Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ile puanları Yaşam Kalitesi, Uyku puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğı görölmektedir ($r:0,464^{**} p:0,001$, $r:0,549^{**} p:0,000$).

Kontrol Grubu katılımcıların Depresyon puanları ile Yaşam Kalitesi, Uyku puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğı görölmektedir ($r:0,377^* p:0,008$, $r:0,340^* p:0,018$).

Kontrol Grubu katılımcıların Aile Etki puanları ile Yaşam Kalitesi, Uyku, Enerji puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğı görölmektedir ($r:0,323^* p:0,025$, $r:0,306^* p:0,047$, $r:0,326^* p:0,082$).

Kontrol Grubu katılımcıların Ailesel ve Toplumsal Etki puanları ile Yaşam Kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğı görölmektedir ($r:0,290^*$, $p:0,046$).

Kontrol Grubu katılımcıların Başa Çıkma puanları ile Yaşam Kalitesi, Enerji puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğı görölmektedir ($r:0,398^{**} p:0,005$, $r:0,399^{**} p:0,005$).

5.TARTIŞMA SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Tartışma

Bu çalışma ile, Duyu Bütünleme Problemi ve Konuşma Problemi olan çocukların aileleri ile normal gelişim gösteren 0-6 yaş arasındaki çocukların bakım verenlerin bakım yükü, günlük yaşam aktivite performansı ile emosyonel durum ve vücut farkındalığı arasındaki ilişkinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi amaçlandı. Ayrıca bu ilişki düzeyinin çocuk ve bakım veren etkisi de araştırılarak, literatüre farklı bir bakış açısı kazandırılmak hedeflendi. Bu kapsamda sosyodemografik değişkenlere ilişkin karşılaştırmalar da ön analizler olarak gerçekleştirildi. Bu bölümde öncelikle sosyodemografik değişkenlere ilişkin bulgular tartışılacak, ardından araştırma ölçeklerine dair ulaşılan bulgular ele alınacaktır.

Çalışmamızda yer alan ebeveynlerin eğitim düzeyinin literatürdeki örneklerle göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızda çocukların cinsiyet dağılımlarının birbirine yakın olması ebeveyn yaklaşımlarının cinsiyet ile ilişkili olarak değişim göstermeyeceğini bize düşündürmüştür. Çalışmaya katılan çocukların yedisini tanısı vardır 42'sini tanısı yoktur. Bununla birlikte bakım yükü puanları benzer sonuçlar göstermiştir bu durum bize çocuklarda tanı sahibi olunmasının bakım yükü ile ilişkili olmadığını göstermektedir. Terapi desteği alan annelerin doğum yaşının yüksek olduğu tespit edilmiştir aynı tespit kontrol grubunda görülmemiştir. Bu durum bize anne yaşı ile dolaylı bir ilişki olduğunu gösterir. Kardeş sayısı incelendiğinde yüksek oranda tek çocuklu çekirdek aile ortamı görülmektedir. Akran ilişkisi kısmında ise çocuğu terapi desteği alan ebeveynler tarafından çocuklarının akran ilişkilerinde yetersiz hatta sorunları olup ilişki kuramadıklarından düşünülmektedir.

Literatür incelemesi, farklı engel gruplarındaki bireylere bakım verenlerin genel sağlık durumu, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi değerlendirmelerinin yapıldığı çalışmalara dikkat çekmektedir. Örneğin, Erdoğanoglu ve Günel'in çalışmaları, engel şiddetinin ailelerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermiştir (Erdoğanoglu ve Günel, 2007). Tal-hatu ve arkadaşları, SP'li çocuklara bakım verenlerin aynı yaş grubundaki normal çocuklara bakım verenlere göre genel sağlık durumlarının daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (Tal-hatu, Mordi ve Mordi, 2007). Bumin ve arkadaşları ise araştırmalarında, özürlü çocuklara bakım veren annelerin anksiyete ve depresyon düzeyinin yüksek olduğunu ve bu nedenle annelerin

yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini göstermişlerdir (Bumin, Günal ve Tükel, 2008). Khan ve arkadaşları, Multiple Sklerozlu bireylerin yaşam kalitesi ile bakım verme yükü arasındaki ilişkiyi incelemişler ve ciddi özürlü, depresyon, stres ve anksiyete düzeyi yüksek olan Multiple Sklerozlu bireylere bakım verenlerin bakım verme yükünün yüksek olduğunu belirlemişlerdir (Khan, Pallant ve Brand, 2007). Brehaut ve arkadaşları çalışmalarında, SP'li çocuklara bakım verenlerde psikososyal sorunlarla birlikte fiziksel sorunlar, bel ağrısı, astım, artrit ve kronik ağrı gibi sorunların olduğunu göstermişlerdir (Brehaut ve ark.,2004). Çalışmamızda da görülmektedir ki çocuğun katılım zorluğu olması ve bunun getirdiği sorunlar, çocuğa, ailesine ve sonuç olarak toplumsal katılıma olumsuz etkiler yapmaktadır. Uzun yıllar boyunca katılım zorluğu olan bir çocuğa bakım verenlerin, çocuğun günlük yaşam aktivitelerindeki sınırlamalara bağlı olarak kas-iskelet sistemleri, psikososyal durumları ve yaşam kalitelerinin olumsuz bir şekilde etkilendiği görülmektedir.

Çocuklara terapi süreci yürütülürken, rehabilitasyon hizmeti alan bakım verenlerin bireyler ve onların bakım verenleriyle yapılan görüşmeler, literatürdeki örneklerle benzer şekilde bakım yükünün tükenmişlik, depresyon, yaşam kalitesinde azalma, yorgunluk, kas-iskelet sistemi sorunları ve katılım kısıtlılığını artırdığını ortaya koymuştur. Genellikle problemleri ve gereksinimleri göz ardı edilerek yalnızca destek ihtiyacı olan bireylere odaklanılan bir yaklaşımın benimsendiği görülmektedir. Bu yaklaşım, tıbbi modelin bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Ancak, Dünya Sağlık Örgütü'nün son yıllarda benimsediği stratejiler, birey merkezli müdahale programlarının öne çıkmasına katkı sağlayarak biyopsikososyal modelin daha fazla kabul görmesine neden olmuştur (Blendon, Kim ve Benson, 2001). Peter ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışma, bakım verenlere uygulanan problem çözme eğitiminin ardından bu bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin azaldığını göstermiştir (Houts ve ark., 1996).

Hasta bireye ailesi tarafından bakım hizmetinin sağlanması sağlık sistemi içinde yer alan eski bakım yöntemlerindendir. Hasta bireylerin bakım süreci boyunca herhangi bir maddi karşılık ya da ücret almaksızın hastanın bakımını üstlenen ve onun evdeki yaşam standartlarını yükselten genellikle hastanın kendi yakınlarıdır (Ören.,2016). Çalışmamızda Ören'in de bahsettiği gibi bakım verenlerimiz ücret almamaktaydı buna ek olarak terapi hizmetleri için yüksek ücretler ödemekteydiler. Bu durum bakım verenlerde maddi kaygının ortaya çıktığını göstermektedir.

Bakım yükü, hasta bireye bakım hizmeti veren kişinin bu etkileri ve strese neden olan etkenleri duyumsamasından kaynaklanmaktadır. Bu yüzden bakım yükü içerisinde bulunan sosyal çevre, kültür yapısı ve akrabalık derecesi gibi birçok psikososyal faktörden etkilenmektedir (Ören.,2016). Çalışmamızda bakım yükü, günlük yaşam aktivite performansı ile emosyonel durum ve vücut farkındalığını olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Gününü engelli bireye bakmakla geçiren bireyin günlük rutinleri gerçekleştirememesi ve üzgün-mutsuz-depresif bir ruh hali içerisinde olması kendine yeterince vakit ayıramamasından kaynaklanmaktadır. Artan bakım yükü azalan vücut farkındalığını beraberinde getirmektedir. Bu konuda yapılacak bir çalışmada bakım yükü arttıkça postürel farkındalığın azalacağı düşünülebilir.

Önceki araştırmalarda gelişimsel ve/veya öğrenme güçlüğü olan çocuklara bakan ebeveynlerin çocuklarının daha fazla sorunlu davranış göstermesi depresyon riskinin artmasından sorumluydu (Anastopoulos, Guevremont, Shelton ve Dupaul 1992). Anastopoulos ve ark. değindiğinden farklı olarak bizim çalışmamızda asıl depresyon riskinin artmasına neden olan etkenin ailelerin çocuklarına ayırdıkları vakitlerden dolayı kendine vakit ayırmaması ve kendine bakım zamanlarını verimli kullanamamasıydı. Bakım verme yükü ve yaşam kalitesi puanları bu durumu destekler niteliktedir.

Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığı fazla olan bireylere bakım verenlerde psikososyal sağlığın bozulduğu gösterilmiştir. Artan bakım yükünün ve buna eşlik eden bakım verenin azalmış mental sağlık algısının bu durumla ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Benzer şekilde günlük bakım saatinin mental sağlık alanını negatif etkilediği, ayrıca bakıma harcanan zamanda artışın, arkadaş ve aile üyeleri ile sosyalleşme, bireysel hobileri yerine getirme veya diğer aktivitelere katılım için azalmış zaman anlamına geldiği saptanmıştır. Tüm bu faktörler ise yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (Günel,2014). Terapi desteği alan çocuğu olan bireylerin, bakım verme yükü, depresyon düzeyi ve aile etki düzeyinin diğer bakım verenlere göre daha yüksek çıkması bu durumu destekler nitelikteydi.

Bazı araştırmalar, bakıcıların bakım sorumlulukları için evde bulunmaları nedeni ile kendilerini izole ve sosyal hayata yabancı hissettiklerini ortaya koymuştur. Bakıcıların çoğu hobilerinden vazgeçmek ve sosyal faaliyetlere harcanan zamanlarını azaltmak zorunda kalmıştır. Bu araştırmalarda bakıcılar, olası olumsuz sonuçlardan korktukları için bakım alan

kişiyi evde yalnız bırakmak konusunda endişelendiklerini ve kendilerini suçlu hissettiklerini bildirmişlerdir, bu durum da bakıcılarda tecrit duygularına yol açar (Topcu,Buchanan,Aubeeluck,Garip, 2016).Çalışmamızda bakım verenlerin özellikle akran ilişkisi kısmında yer alan bölümdeki sonuçlara baktığımız zaman 48 bakım verenin 45'i çocuğunun akran etkileşiminin yetersiz olduğunu ve bundan dolayı çocuğu ile uzun süreler vakit geçirmeleri gerektiğini genellikle evde vakit geçirdiklerini ve onlardan ayrı kalamadıkları belirtmişlerdir.

Bakım verenler, bakım vermeyenlere ve genel popülasyona göre daha yüksek depresyon seviyelerine sahiptir. Bakıcılar, depresyon teşhisiyle ilgili damgalanma ve utançtan korktukları için, depresyonu konusunda sağlık hizmeti istemekten kaçınabilirler. Depresif semptomların tedavi edilmemesi bakım verenlerde intihar, depresyon veya bakım alıcılarına yönelik şiddet riski altındadır (Kamel, Andaleeb, Bond, Erika,2012). Bakım verenlerin kontrol grubu ile karşılaştırılmasına bakıldığı zaman iki grup arasındaki depresyon düzeyi ve günlük yaşam aktivite düzeyi arasındaki fark bu kanıyı desteklemektedir.

Canales ve ark. depresyon atakları sırasında depresif bireylerin duruşlarının etkilendiğini ve beden farkındalığının bir boyutu olan beden imajlarından rahatsız olduklarını bildirmişlerdir (Gözgen, Kaygısız 2022).Bizim çalışmamızda da bakım veren grubunun vücut farkındalık düzeyleri düşük çıkmıştır.Bu durum bakım vermek ile vücut farkındalığı arasında negatif bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Literatür incelendiğinde beden farkındalığı ile ağrı ve emosyonel durum arasında negatif bir ilişki görülmektedir (Erden,2013). Yazarlar, beden farkındalığı yüksek olan bireylerin yaşam kalitelerinin daha iyi olduğunu, depresif belirtilerin ve ağrıların azaldığını belirtmişlerdir (Gözgen, Kaygısız, 2022). Kontrol grubu ile deney grubu arasındaki anlamlı fark bu durumu teyit etmiştir.

Gelişimsel güçlükleri olan çocuklara ebeveynlik yapmak, ailelerin finansal, sosyal ve duygusal kaynaklarına aşırı talepler getiren zorlu bir görevdir ve ebeveynler genellikle bozulmuş yaşam kalitesinden (QoL) ve artan kaygı ve depresyon düzeylerinden muzdariptir(Karaivazoglou, Papadaki, Iconomou, Touliatos, Kotsopoulos, Assimakopoulos,2018).Literatürde belirtilen sonuçlar çalışmamızda da desteklenirken aynı zamanda bakım verenlerin bireysel farkındalıklarının da süreç içerisinde bozulduğunu

göstermektedir.

Ebeveynlerin sahip olduğu psikososyal problemler çocuklarda dil gelişmesine olumsuz etkide bulunurlar. Özellikle annenin ruh sağlığı yeni konuşan, yeni iletişim kuran bir çocuk için önem arz etmektedir (Yoldaş, Özmert ,2021). Yoldaş ve Özmert'in çalışmasına sadece dil problemi olan çocukların ebeveynleri dahil edilmişti. Araştırmamızda dil terapisi desteği ve ergoterapi desteği alan ebeveynler katılmıştır. Her iki konuda var olan risk faktörleri ruh sağlığı konusundaki maruziyeti daha da yükseltmiştir. Sadece depresyon değil beş farklı alan daha incelemiş olmamız diğer birçok alanda bakım verenin ruh sağlığında yüksek bozulmalar olabileceğini kanıtlamıştır.

Önceki araştırmalarla uyumlu olarak, gelişimsel ve/veya öğrenme güçlüğü olan çocuklara bakan ebeveynlerde daha fazla sorunlu çocuk davranışları depresyon riskinin artmasından sorumluydu (Anastopoulos, Guevremont, Shelton ve Dupaul, 1992; Bailey, Golden, Roberts ve Ford, 2007; Dunn, Burbine, Bowers ve Tantleff-Dunn, 2001; Resch ve diğerleri, 2012). Daha önce potansiyel bir karışıklık olarak incelenmemiş olmasına rağmen, beklendiği gibi kronik sağlık koşulları daha yüksek depresyon riski ile ilişkilendirildi. Bu ebeveynlerde fiziksel sağlık sorunları ile depresyon arasındaki ilişki bildirilmiştir (Resch ve diğerleri, 2012). Bizim çalışmamızda ise depresyon düzeyinin yaşam kalitesi ve bakım verme yükü ile olan anlamlı ilişkisi bu kanıyı destekler niteliktedir.

Duyusal işleme güçlüklerinin stres ve kaygı gibi diğer alanlarda da etkisi olduğu gösterilmiştir (Baker ve ark. 2008; Lidstone ve ark. 2014; Grandin ve Scariano 1986; Williams 1992), aile hayatı (Schaaf ve ark. 2011), ve algılanan çocukların sosyal katılımı (Koenig ve Kinnealey 2008) ve daha yakın zamanda anne stresine katkıda bulunduğu gösterilmiştir (Ben Sasson ve diğerleri 2013; Ausderau ve diğerleri 2016).Çalışmamızda terapi desteği alan bakım veren çocukların duyuşal işleme güçlüğü olması ve bakım verenin çocuğu ile daha fazla ilgilenmesi ile bakım verenin stres ve depresyon düzeyinin günlük yaşam ve bakım yükü ile anlamlı ilişki de olması ve puanlarının yüksek olması ile de ilişkilendirilmiştir.

Yapılan bir çalışmada engelli çocuğu olan annelerin beden farkındalığının engelli çocuğu olmayan annelere göre daha düşük olması, engelli çocuğu olan annelerin fiziksel aktivite eksikliği nedeniyle yaşam kalitelerinin ve ruh sağlığının olumsuz etkilenebileceğini düşündürmektedir. Bu beden farkındalık düzeylerinin azalmasında etkili olabilir. Sağlıklı

bireylerle yaptıkları çalışmada beden farkındalığı ile ağrı ve emosyonel durum arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır (Erden,2013). Yazarlar, beden farkındalığı yüksek olan bireylerin yaşam kalitelerinin daha iyi olduğunu, depresif belirtilerin ve ağrıların azaldığını belirtmişlerdir (Soner,2017). Bizim alışmamızda da ailelerin çocuğuna ve terapi sürecine fazla zaman ayırması beden farkındalığı ile bakım verme yükü ve depresyon düzeyinin artması anlamlı bir biçimde ortaya çıkmıştır. Kontrol grubunda ise böyle bir sonuç ile karşılaşılmamıştır.



5.2. Sonuç ve Öneriler

Genel anlamda ölçeklere baktığımız zaman bakım verme yükü, vücut farkındalığı, depresyon düzeyi, aile etki düzeyi ve yaşam kalitesi, çocuğun terapi desteği alan ebeveynlerin kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir.

Çocuğu terapi desteği alan ebeveyn katılımcıların bakım verme yükü puanlarının kontrol grubu bakım veren katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum çocuğu terapi desteği alan bakım verenlerin diğer bakım verenlere kıyasla bakım verme yükünün daha yüksek olduğu ve bu durumun yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilediğini düşündürmektedir.

Çocuğu terapi desteği alan katılımcıların depresyon puanlarının kontrol grubu katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kontrol grubu katılımcıların aile etki, maddi yük boyutu, ailesel ve toplumsal etki boyutu, kişisel zorlanma boyutu puanlarının çocuğu terapi desteği alan bakım veren katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durum aslında depresyona sebep olan durumların ailenin sürece etkisi, maddi yetersizlikler, kişinin kendini sürece yetememesini hissetmesi durumunun depresyon düzeyini arttırdığını düşündürmektedir. Çocuğu terapi desteği alan bakım verenlerin başa çıkma puanlarının kontrol grubu bakım veren katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmamızda ortaya çıkan bu durum bakım verenlerin çocuklarına yetemediklerini göstermektedir.

Çocuğu terapi desteği alan ebeveyn katılımcıların yaşam kalitesi, ağrı, duygusal reaksiyon, uyku, sosyal izolasyon, fiziksel aktivite, enerji puanlarının kontrol grubu bakım veren katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum bakım verenlerin günlük yaşam aktivite performanslarında da gün içinde kendilerine anlamlı ve amaçlı zaman ayıramadıkları için sadece depresyon ve yaşam kalitesi değil bununla birlikte günlük yaşamda ruhsal ve psikososyal zorluklar yaşadıklarını göstermektedir.

Çocuğu terapi desteği alan ebeveyn katılımcıların bakım verme yükü puanları ile maddi yük puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Araştırmamızda ortaya çıkan bu bulgu bakım verenlerin çocuğu için süreç içerisinde harcadığı maddi kaynaktan dolayı diğer performans alanlarında maddi anlamda yetersiz kaldıklarını

bundan dolayı süreç içerisinde çocuklarına her zaman yeterli maddi kaynak ayırmakta zorlandıklarını düşündürmektedir.

Çocuğu terapi desteği alan ebeveyn katılımcıların bakım verme yükü puanları ile yaşam kalitesi ve enerji puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu görölmektedir. Araştırmamızda ortaya çıkan bulgu ailenin bakım verme yükü arttıkça öz farkındalığı ve kendine ayırdığı zaman düzeyi azalmakta bu durumda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.

Çocuğu terapi desteği alan ebeveyn katılımcıların depresyon puanları ile aile etki puanları, ailesel ve toplumsal etki alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu görölmektedir. Ortaya çıkan bu bulgu bakım verenlerin depresyon düzeyinin ailenin diğer üyelerinin bakım vereni desteklemede yetersiz kalması ve bakım verenin toplumsal olarak baskı altında hissetmesi depresyon düzeyini arttırmada etken olduğunu göstermektedir.

Çocuğu terapi desteği alan ebeveyn katılımcıların depresyon puanları ile yaşam kalitesi, duygusal reaksiyon, uyku puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu görölmektedir. Katılım düzeyi düşen bakım verenin depresyon düzeyi artmaktadır. Kendi kişisel ve bedensel ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanan bakım verenler depresif fonksiyonlar göstermesi ile ilişkilendirilmiştir. Dil konuşma problemi ve duygusal işleme problemi olan çocuklarda terapiye başlama zamanı çocuğun şiddetini, gelişimsel düzeyini, terapi süresini, terapi sıklığını ve sorunlu davranış sıklığını etkilemektedir. Ayrıca artmış DİB, DKB çocukların bakım verenlerinde artmış bakım verme yükü ve depresyon belirtilerine yol açmaktadır. Bundan dolayı ailelerin çocuklarındaki terapi ihtiyacını erken farketmesini sağlayacak ve terapi sürecine en erken zamanda başlamasını yönlendirecek erken değerlendirme metodları geliştirilmelidir. Bu durum sürecin daha az yorucu ve kısa süreli olmasına destek olarak bakım verenin süreç içerisindeki etkilenimini minimal düzeyde tutar.

Duyu bütünleme ve dil konuşma terapisi desteği alan bir çocuk, bakım veren ebeveyninden ayrı düşünülemez, bakım verenin aktivite performans alanlarının değerlendirilmesi ve desteklenmesi, çocuğun terapi sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır. Her bireyin aktivite performansının farklı olması ve bireylerin öncelikli aktivitelerinin değişkenlik göstermesi göz önünde bulundurulması gereken en temel ve son derece önemli bir noktadır. Bu çalışma, kişi merkezli uygulamalarda ergoterapi ve ergoterapistin gerekliliğini vurgulamaktadır. Ergoterapi

programlarının dayandığı temel felsefe gereği bireylerin ihtiyaç ve isteklerinin merkezde bulunduğu ergoterapi programları hem bireyin kendisinin hem de dolaylı olarak bakım verdiği terapi desteği alan çocuğun aktivite performansını destekleyerek toplumsal katılımı artıracaktır.



6. KAYNAKLAR

- Ades, H. W., Axelsson, A., Baird, I. L., V Békésy, G., Boord, R. L., Campbell, C. B. G., & Howe, M. E. (1974). Anatomy Of The Afferent Auditory Nervous System Of Mammals. *Auditory System: Anatomy Physiology (Ear)*, 283-336.
- Alston, E., And James-Roberts, I. S. (2005). Home Environments Of 10-Month-Old Infants Selected By The Wilstaar Screen For Pre-Language Difficulties. *International Journal Of Language & Communication Disorders*, 40(2), 123-136.
- Anghel, M. (2018). The Role Of Sensorial Integration İn Motor Development İn Children With Down Syndrome. *Gymnasium*, 19(1), 42-51.
- Anne V. Kirby, Tamira J. White, And Grace T. Baranek (2015). Caregiver Strain And Sensory Features İn Children With Autism Spectrum Disorder And Other Developmental Disabilities
- Günal, A. (2014). İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Sosyal Problem Çözme Yaklaşımının Bakım Verme Rolü, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory For Measuring Depression. *Archives Of General Psychiatry*, 4, 561–571. <https://doi.org/10.1001/Archpsyc.1961.01710120031004>
- Behrman Re, Vaugan Vc. (1987). “No Title.” Pp. 6–35 İn *Developmental Pediatrics Nelson Textbook Of Pediatrics*. Usa: Wb Saunders Company.
- Ben-Sasson, A., Cermak, S. A., Orsmond, G. I., Tager-Flusberg, H., Carter, A. S., Kadlec, M. B., & Dunn, W. (2007). Extreme Sensory Modulation Behaviors İn Toddlers With Autism Spectrum Disorders. *The American Journal Of Occupational Therapy : Official Publication Of The American Occupational Therapy Association*, 61(5), 584–592.
- Ben-Sasson, A., Hen, L., Fluss, R., Cermak, S. A., Engel-Yeger, B., & Gal, E. (2009). A Meta-Analysis Of Sensory Modulation Symptoms İn Individuals With Autism Spectrum Disorders. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 39(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/S10803-008-0593-3>
- Ben-Sasson, A., Soto, T. W., Martínez-Pedraza, F., & Carter, A. S. (2013). Early Sensory Over-Responsivity İn Toddlers With Autism Spectrum Disorders As A Predictor Of Family İmpairment And Parenting Stress. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines*, 54(8), 846–853. <https://doi.org/10.1111/Jcpp.12035>

- Beydemir, F., Cavlak, U., Yolacan, S., & Ekici, G., (2009). Reliability and validity of Turkish version of the impact on family scale: Assessment of depressive symptoms and quality of life in mothers with cerebral palsied children. *Journal of Medical Sciences* , vol.9, no.4, 175-184.
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., Digirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E., Grantham-Mcgregor, S., & Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee (2017). Early Childhood Development Coming Of Age: Science Through The Life Course. *Lancet* (London, England), 389(10064), 77–90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- Bloom, L. 1988 Devadiga, D., Varghese, A. L., & Bhat, J. (2014). Epidemiology Of Communication Disorders And Its Role In Rehabilitation. *Int J Innov Res Dev*, 3(3), 469-473.
- Boudreau, J. C., & Tsuchitani, C. (1970). Cat Superior Olive S-Segment Cell Discharge To Tonal Stimulation. *Contributions To Sensory Physiology*, 4, 143–213. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-151804-2.50011-5>
- Brémond-Gignac, D., Copin, H., Lapillonne, A., & Milazzo, S. (2011). Visual Development In Infants: Physiological And Pathological Mechanisms. *Current Opinion In Ophthalmology*, 22, S1-S8.
- Brugge, J. F., & Geisler, C. D. (1978). Auditory Mechanisms Of The Lower Brainstem. *Annual Review Of Neuroscience*, 1(1), 363-394.
- Carlo, E. J., Watson, J. B. (2003). Disfluencies Of 3-And 5-Year Old Spanish-Speaking Children. *Journal Of Fluency Disorders*, 28(1), 37-53
- Carpenter, K. L. H., Baranek, G. T., Copeland, W. E., Compton, S., Zucker, N., Dawson, G., & Egger, H. L. (2019). Sensory Over-Responsivity: An Early Risk Factor For Anxiety And Behavioral Challenges In Young Children. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 47(6), 1075–1088. <https://doi.org/10.1007/S10802-018-0502-Y>
- Carter A. S., Ph.D., Ben-Sasson A., Sc.D., Briggs-Gowan M. J., Ph.D. (2011). Sensory Over-Responsivity, Psychopathology, And Family Impairment In School-Aged Children
- Cascio C. J. (2010). Somatosensory Processing In Neurodevelopmental Disorders. *Journal Of Neurodevelopmental Disorders*, 2(2), 62–69. <https://doi.org/10.1007/S11689-010-9046-3>

- Cermak, S. A., Curtin, C., & Bandini, L. G. (2010). Food Selectivity And Sensory Sensitivity In Children With Autism Spectrum Disorders. *Journal Of The American Dietetic Association*, 110(2), 238–246. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.10.032>
- Cetinbakis, G., Bastug, G., & Ozel-Kizil, E. T. (2018). Factors Contributing To Higher Caregiving Burden In Turkish Mothers Of Children With Autism Spectrum Disorders. *International Journal Of Developmental Disabilities*, 66(1), 46–53. <https://doi.org/10.1080/20473869.2018.1478630>
- Clark, R. A., & Isenberg, S. J. (2001). The Range Of Ocular Movements Decreases With Aging. *Journal Of Aapos : The Official Publication Of The American Association For Pediatric Ophthalmology And Strabismus*, 5(1), 26–30. <https://doi.org/10.1067/mpa.2001.1111016>
- Conroy K, Frech N. , Sanchez A. L., Hagan M. B. , Bagner D. B. , Comer J. S. (2021). Caregiver Stress And Cultural Identity In Families Of Preschoolers With Developmental Delay And Behavioral Problems *Infant Ment Health J.* 2021;1–13. Development In Early Language Learning *Journal of Experimental Child Psychology* Volume 183, July 2019, Pages 48-64
- Cox, N. J., Seider, R. A., Kidd, K. K. (1984). Some Environmental Factors And Hypotheses For Stuttering In Families With Several Stutterers. *Journal Of Speech, Language, And Hearing Research*, 27(4), 543-548.
- Curtin, M., Herman, R., Cruice, M., And Morgan, G. (2021). Assessing Parent-Child Interaction In Infant Deafness. *Current Opinion In Otolaryngology & Head And Neck Surgery*, 29(3), 200. Harris Sr, Megens Am, Backman Cl, Hayes V. Development And Standardization Of The Harris Infant Neuromotor Test. *Infants & Young Children*. 2003;16(2):143-51.
- Deepa, S. (2017). Impact Of Sensory Integration On Sleep Disturbance Among Children With Sensory Processing Disorder (Doctoral Dissertation, Kmch College Of Occupational Therapy, Coimbatore).
- Degangi, G. A., & Greenspan, S. I. (1989). *Test Of Sensory Functions In Infants (Tsfi)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Dellapiazza, F., Vernhet, C., Blanc, N., Miot, S., Schmidt, R., & Baghdadli, A. (2018). Links Between Sensory Processing, Adaptive Behaviours, And Attention In Children With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Psychiatry Research*, 270, 78–88. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.023>

- Denno, Melissa S., Gillard, Patrick J., Graham, Glenn D., Graham, Glenn D., Dibonaventura, Marco D., Goren, Amir., Varon, Sepi F., Zorowitz, Richard.,(2013). Anxiety And Depression Associated With Caregiver Burden In Caregivers Of Stroke Survivors With Spasticity, Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation, 94(9) ,1731-1736
- Dhawan, E. (2021). Digital Body Language, Publication City/Country London, United Kingdom
- Dirks, E., And Rieffe, C. (2019). Are You There For Me? Joint Engagement And Emotional Availability In Parent–Child Interactions For Toddlers With Moderate Hearing Loss. Ear And Hearing, 40(1), 18-26.
- Dumas, M., Mckenna, R., & Murphy, B. (2016). Postural Control Deficits In Autism Spectrum Disorder: The Role Of Sensory Integration. Journal Of Autism And Developmental Disorders, 46, 853-861.
- Dunn,J.(2010). Impact Of Mobility Impairment On The Burden Of Caregiving In Individuals With Multiple Sclerosis, Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res., 433–440,10(4)
- Ebert K. D. (2016). Measuring Clinician–Client Relationships In Speech-Language Treatment For School-Age Children ,American Journal Of Speech-Language Pathology , 1–7
- Fan S., Zhang Y. , Qin J., Song X. , Meiyunwang & Jiangping Ma(2019). Family Environmental Risk Factors For Developmental Speech Delay In Children In Northern China.
- Gallagher S. , Hannigan A. (2014). Depression And Chronic Health Conditions In Parents Of Children With And Without Developmental Disabilities: The Growing Up In Ireland Cohort Study Research In Developmental Disabilities Volume 35, Issue 2, February 2014, Pages 448-454
- Genç, F., Yuksel, B., Tokuc, F., Ucar, E.,(2019). Caregiver Burden And Quality Of Life In Early And Late Stages Of Idiopathic Parkinson's Disease, Psychiatry Investigation, 16(4) ,285-291
- Gleason, J. B., & Ratner, N. B. (2022). The Development Of Language. Plural Publishing.
- Gözgen H. , Kaygısız B. B. (2022). Analysis Of Physical Activity Level And Body Awareness Of Mothers Of Children With Special Needs, Health Care For Women

International, 43:6, 583-595

- Green, S. A., Ben-Sasson, A., Soto, T. W., & Carter, A. S. (2012). Anxiety And Sensory Over-Responsivity In Toddlers With Autism Spectrum Disorders: Bidirectional Effects Across Time. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 42(6), 1112–1119. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1361-3>
- Green, S. A., Ben-Sasson, A., Soto, T. W., & Carter, A. S. (2012). Anxiety And Sensory Over-Responsivity In Toddlers With Autism Spectrum Disorders: Bidirectional Effects Across Time. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 42(6), 1112–1119. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1361-3>
- Guitar, B. (2014). *Stuttering: An Integrated Approach To Its Nature And Treatment*. P.158, 4th Ed. Lippincott Williams & Wilkins
- H, Bee. (1992). “The Development Of Language.” Pp. 295–336 In *The Developing Child*.
- Hassan, D. M., & Azzam, H. (2012). Sensory Integration In Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Implications To Postural Control. In *Contemporary Trends In Adhd Research*. Intechopen.
- Iverach, L., Rapee, R. M. (2014). Social anxiety disorders And Stuttering: Current status And Future Directions. *Journal Of Fluency Disorders*, 40, 69- 82
- İnci H (2006). Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniv. Sağıl. Bil. Enst. Denizli.
- Jeffrey Trawick Smith. (2018). *Early Childhood Development A Multicultural Perspective*. Seventh Ed. Pearson
- Joshi, P., & Skromne, I. (2020). A Theoretical Model Of Neural Maturation In The Developing Chick Spinal Cord. *Plos One*, 15(12), E0244219. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244219>
- Justice L. M., Jing Jiang C. H., Tambyraja S., Logan J. (2019). Early-Literacy Intervention Conducted By Caregivers Of Children With Language Impairment: Implementation Patterns Using Survival Analysis.
- Karaivazoglou, K., Papadaki, E., Iconomou, G., Touliatos, G., Kotsopoulos, S., & Assimakopoulos, K. (2019). Psychological distress and health-related quality of life in parents of children referred to an outpatient service for children with developmental disorders. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 27(2), 152–156.

- Kamel, A.A., Bond, A.E. ve Froelicher, E.S. (2012), İnmeli Ürdünlü hastaların bakıcılarının yaşadığı depresyon ve bakıcı yükü. Uluslararası Hemşirelik Uygulamaları Dergisi, 18: 147-154.
- Kapci, E. G., Uslu, R., Turkcapar, H., & Karaoglan, A. (2008). Beck Depression Inventory Iı: Evaluation Of The Psychometric Properties And Cut-Off Points İn A Turkish Adult Population. Depression And Anxiety, 25(10), E104–E110. <https://doi.org/10.1002/Da.20371>
- Karim, A. E. A., & Mohammed, A. H. (2015). Effectiveness Of Sensory İntegration Program İn Motor Skills İn Children With Autism. Egyptian Journal Of Medical Human Genetics, 16(4), 375-380.
- Keleş, N. (2022). Konuşma Bozukluğu Tanısı İle Özel Eğitim Alan 2 İla 6 Yaş Çocuklarının Anne Ve Babalarının Öz Yeterlilik Düzeyleri İle Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Master's Thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Kilroy, E., Aziz-Zadeh, L., & Cermak, S. (2019). Ayres Theories Of Autism And Sensory İntegration Revisited: What Contemporary Neuroscience Has To Say. Brain Sciences, 9(3), 68.
- Koziol, L. F., Budding, D. E., & Chidekel, D. (2011). Sensory İntegration, Sensory Processing, And Sensory Modulation Disorders: Putative Functional Neuroanatomic Underpinnings. Cerebellum (London, England), 10(4), 770–792. <https://doi.org/10.1007/S12311-011-0288-8>
- Lane, S. J., Mailloux, Z., Schoen, S., Bundy, A., May-Benson, T. A., Parham, L. D., ... & Schaaf, R. C. (2019). Neural Foundations Of Ayres Sensory İntegration®. Brain Sciences, 9(7), 153.
- Laura E. Berk, Nesrin Isýkoglu Erdogan, Middle Childhood. (2012). Bebekler Ve Çocuklar. Nobel Akademik Yayıncılık.Mcfarland,
- Lieven, E. (2010). Input And First Language Acquisition: Evaluating The Role Of Frequency. Lingua, 120(11), 2546-2556.
- Litovsky, R. (2015). Development Of The Auditory System. Handbook Of Clinical Neurology, 129, 55-72.
- Mason G. M, Goldstein M. H. ., Schwade J. A. (2019). The Role Of Multisensory Development İn Early Language Learning Journal Of Experimental Child Psychology Volume 183, July 2019, Pages 48-64
- Maviş, Ş., & Toğram, B. (2009). Aileler, Öğretmenler Ve Dil Ve Konuşma

Terapistlerinin Çocuklardaki Dil Ve Konuşma Bozukluklarına Yönelik Tutum Ve Bilgilerinin Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi, 10(1), 71-85.

- Mazurek, M. O., & Petroski, G. F. (2015). Sleep Problems In Children With Autism Spectrum Disorder: Examining The Contributions Of Sensory Over-Responsivity And Anxiety. *Sleep Medicine*, 16(2), 270-279.
- Mcfarland, D.H. (2022). Netter'in Konuşma, Yutma Ve İşitme Anatomi Atlası (36. Baskı). Elsevier.
- McLaughlin, Maura R. (2011). "Speech And Language Delay In Children." *American Family Physician*.
- Meredith, L. R., And Catherine, E. S. (2020). Analyzing Input Quality Along Three Dimensions: Interactive, Linguistic, And Conceptual. *Journal Of Child Language*, 47(1), 5-21.
- Mestre, T. A., Carlozzi, N. E., Ho, A. K., Burgunder, J. M., Walker, F., Davis, A. M., Busse, M., Quinn, L., Rodrigues, F. B., Sampaio, C., Goetz, C. G., Cubo, E., Martinez-Martin, P., Stebbins, G. T., & Members Of The Mds Committee On Rating Scales Development (2018). Quality Of Life In Huntington's Disease: Critique And Recommendations For Measures Assessing Patient Health-Related Quality Of Life And Caregiver Quality Of Life. *Movement Disorders : Official Journal Of The Movement Disorder Society*, 33(5), 742–749. <https://doi.org/10.1002/Mds.27317>
- Miller, J. F., Chapman, R. S., Branston, M. B., & Reichle, J. (1980). Language Comprehension In Sensorimotor Stages V And V1. *Journal Of Speech, Language, And Hearing Research*, 23(2), 284-311.
- Mitchell, A. W., Moore, E. M., Roberts, E. J., Hachtel, K. W., & Brown, M. S. (2015). Sensory Processing Disorder In Children Ages Birth-3 Years Born Prematurely: A Systematic Review. *The American Journal Of Occupational Therapy : Official Publication Of The American Occupational Therapy Association*, 69(1), 6901220030. <https://doi.org/10.5014/Ajot.2015.013755>
- Molai, Tahereh Nasabpour. (2019). "Factors Affecting Language Development Of Children." *International Academic Journal Of Social Sciences* 06(01):37–48. Doi: 10.9756/İajss/V6i1/1910004.
- Mustafaoğlu, R. (2021). Vestibüler Sistem Bozuklukları; Unilateral Ve Bilateral Vestibüler Hipofonksiyon. *Vestibüler Rehabilitasyon, Değerlendirme Ve Tedavi Yaklaşımları*, 1, 17-22.

- Nahit Motavallı Ercan Esm. (2018). Nörogelişimsel Bozukluklar. Edited By E. E. Mukaddes Nm. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Owens, R. E. J. (2015). Language Development: An Introduction, Global Edition. Pearson Education, Limited.
- Ören,N.(2016).Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükü ve tükenmişlik durumları arasındaki ilişki,Yüksek Lisans Tezi,Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,İstanbul.
- Özyazıcı, K., Ebru, B. O. Ğ. A., Alagöz, N., Varlıklöz, K., Arslan, Z., Semra, A. K. T. O., & Sağlam, M. (2021). Duyuların Gelişimi Ve Duyu Bütünleme. Gelişim Ve Psikoloji Dergisi, 2(4), 209-226.
- Parham, L. D., Roley, S. S., May-Benson, T. A., Koomar, J., Brett-Green, B., Burke, J. P., ... & Schaaf, R. C. (2011). Development Of A Fidelity Measure For Research On The Effectiveness Of The Ayres Sensory Integration® Intervention. The American Journal Of Occupational Therapy, 65(2), 133-142.
- Paul R, Baker L, Cantwell Dp. (1996). “Development Of Communication.” Pp. 191–92 In Child And Adolescent Psychiatry, Edited By L. M. William & Wilkins.
- Pekçetin, S., Akı, E., Üstünyurt, Z., & Kayhan, H. (2016). The Efficiency Of Sensory Integration Interventions In Preterm Infants. Perceptual And Motor Skills, 123(2), 411-423.
- Peterka R. J. (2018). Sensory Integration For Human Balance Control. Handbook Of Clinical Neurology, 159, 27–42. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63916-5.00002-1>
- Quittner, A. L., Cruz, I., Barker, D. H., Tobey, E., Eisenberg, L. S., Niparko, J. K., & Childhood Development After Cochlear Implantation Investigative Team. (2013). Effects Of Maternal Sensitivity And Cognitive And Linguistic Stimulation On Cochlear Implant Users' Language Development Over Four Years. The Journal Of Pediatrics, 162(2), 343-348.
- Reed, V. (2005). An Introduction To Children With Language Disorders (Fifth Edition). Boston, United States: Pearson/Allyn And Bacon, 274-278.. Pediatric Physical Therapy. 1999;11(2):60-6.
- Reynolds, S., Lane, S. J., & Thacker, L. (2012). Sensory Processing, Physiological Stress, And Sleep Behaviors In Children With And Without Autism Spectrum Disorders. Otjr: Occupation, Participation And Health, 32(1), 246-257.
- Ruffin, N. J. (2009). Understanding Growth And Development Patterns Of Infants.

- Sahli, A. S. And Belgin, E. (2017). Adaptation, Validity, And Reliability Of The Preschool Language Scale–Fifth Edition (Pls–5) İn The Turkish Context: The Turkish Preschool Language Scale–5 (Tpls–5). *International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology*, 98, 143-14
- Saxton, M. (2018). “Prelude: Landmarks İn The Landscape Of Child Language.” Pp. 1–25 İn *Child Language*. Sage.
- Schaaf, R. C., Benevides, T., Blanche, E. I., Brett-Green, B. A., Burke, J. P., Cohn, E. S., Koomar, J., Lane, S. J., Miller, L. J., May-Benson, T. A., Parham, D., Reynolds, S., & Schoen, S. A. (2010). Parasympathetic Functions İn Children With Sensory Processing Disorder. *Frontiers İn Integrative Neuroscience*, 4, 4. <https://doi.org/10.3389/fnint.2010.00004>
- Schaaf, R. C., Dumont, R. L., Arbesman, M., & May-Benson, T. A. (2018). Efficacy Of Occupational Therapy Using Ayres Sensory Integration®: A Systematic Review. *The American Journal Of Occupational Therapy*, 72(1), 7201190010p1-7201190010p10.
- Schererı N., Verhey I. , Kuper H. (2019). Depression And Anxiety İn Parents Of Children With Intellectual And Developmental Disabilities: A Systematic Review And Metaanalısız.
- Schriever, V. A., Góis-Eanes, M., Schuster, B., Huart, C., & Hummel, T. (2014). Olfactory Event-Related Potentials İn Infants. *The Journal Of Pediatrics*, 165(2), 372–375.E2. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.04.033>
- Simon, G. R., Boudreau, A. D. A., Baker, C. N., Barden, G. A., Hackell, J. M., Hardin, A. P., ... & Committee On Practice And Ambulatory Medicine. (2016). Visual System Assessment İn Infants, Children, And Young Adults By Pediatricians. *Pediatrics*, 137(1).
- Sohmaran C. D/O, Shorey S.(2018). Psychological Interventions İn Reducing Stress, Depression And Anxiety Among Parents Of Children And Adolescents With Developmental Disabilities: A Systematic Review And Meta-Analysis
- Soner,S.(2017). Alzheimer Hastalık Sürecinde Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Güçlükler Ve Sosyal Hizmet, Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (Aeüsbed), Cilt 3, Sayı 2, Sayfa 375-387
- Soner,S.(2017). Alzheimer Hastalık Sürecinde Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Güçlükler Ve Sosyal Hizmet, Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (Aeüsbed), Cilt 3, Sayı 2, Sayfa 375-387

- Sunderajan, Trisha, And Sujatav Kanhere. (2019). "Speech And Language Delay İn Children: Prevalence And Risk Factors." Journal Of Family Medicine And Primary Care. Doi: 10.4103/Jfmpe.Jfmpe_162_19.
- Şahin, F. M. (2015). Okul Öncesi Çocukların Dil Ve Konuşma Özelliklerinin Taranması (Master's Thesis, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Şahin, M. F. (2015). Okul Öncesi Çocukların Dil Ve Konuşma Özelliklerinin Taranması
- Three, Z. T. (2016). Diagnostic Classification Of Mental Health And Developmental Disorders Of Infancy And Early Childhood : Dc: 0-5. Zero To Three The Natl Center.
- Trajkovski, N., Andrews, C., Onslow, M., Packman, A., O'Brian, S., & Menzies, R. (2009). Using Syllable-Time Dspeech Totreatpre School Children Whostutter: A Multip Lebas Elineex Periment. Journal Of Fluency Disorders, 34(1), 1-10
- Tria W. Children(2018) ." International Academic Journal Of Social Sciences 06(01):37–48. Doi: 10.9756/İajss/V6i1/1910004. Reed, 2018a,
- Tzischinsky, O., Meiri, G., Manelis, L., Bar-Sinai, A., Flusser, H., Michaelovski, A., Zivan, O., Ilan, M., Faroy, M., Menashe, I., & Dinstein, I. (2018). Sleep Disturbances Are Associated With Specific Sensory Sensitivities İn Children With Autism. Molecular Autism, 9, 22. <https://doi.org/10.1186/S13229-018-0206-8>
- Valicenti-Mcdermott, M., Lawson, K., Hottinger, K., Seijo, R., Schechtman, M., Shulman, L., & Shinnar, S. (2015). Parental Stress İn Families Of Children With Autism And Other Developmental Disabilities. Journal Of Child Neurology, 30(13), 1728–1735. <https://doi.org/10.1177/0883073815579705>
- Von Békésy, G., & Peake, W. T. (1990). Experiments İn Hearing.
- Wang P-J., Liao H-F., Kang L-J., Chen L-C., Hwang A-W., Lu Lu, Yu-Kang Tu & George A. Morgan (2019). Child And Family Factors That Predict Participation Attendance İn Daily Activities Of Toddlers With Global Developmental Delay
- Watling, R., & Hauer, S. (2015). Effectiveness Of Ayres Sensory Integration® And Sensory-Based Interventions For People With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. The American Journal Of Occupational Therapy, 69(5), 6905180030p1-6905180030p12.
- Weismer G. & Brown D. (2021). "Typical Language Development." Pp. 69–83 İn Introduction To Communication Sciences And Dis Orders The Scientific Basis Of Clinical Practice. Plural Publishing.
- Yacı Ö.(2011) Çeşitli Evrelerdeki Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarındaki

Bakıcı Yükü Ve Depresyonun Karşılaştırılması. Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

- Yoldaş, T. Ç. ve Özmert, E. N. (2021). Communicative Environmental Factors Including Maternal Depression and Media Usage Patterns on Early Language Development. *Maternal and Child Health Journal*, 25, 900–908.
- Yardımcı Lokmanoğlu, B.N. (2021). Prematür Bebeklerde Genel Hareketler, Duyusal İşleme Ve Nörogelişimsel Parametreler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Doktora Tezi). Ankara:Hacettepe Üniversitesi. 2021.
- Yaruss, J. S., & Coleman, C. (2006). Treatingpre School Children Whostutter: Description And Preliminar Yevaluation Of A Family-Focused Treatment Approach. *Language, Speech, And Hearing Services İn Schools*, 37(2), 118- 136.Black Mm, Walker Sp, Fernald Lc, Andersen Ct, Digirolamo Am, Lu C, Et Al. Early Childhood Development Coming Of Age: Science Through The Life Course. *The Lancet*. 2017;389(10064):77-90.
- Erdoğanoglu, Y. ve Günel, M.K. (2007). Serebral paralizi çocukların ailelerinin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin araştırılması. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 26 (2).
- Bumin, G., Günal, A. ve Tükel, Ş. (2008). Anxiety, depression and quality of life in mothers of disabled children. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(1),6-11.
- Tal-hatu, K., Mordi, H. ve Mordi, E.L. Impact of caring for children with cerebral palsy on the general health of their caregivers in an African community. (2007). *International Journal ofRehabilitation Research*, 30 (3).
- Khan, F., Pallant, J. ve Brand, C. (2007). Caregiver strain and factors associated with caregiver self-efficacy and quality of life in a community cohort with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 29(16), 1241-1250.
- Sanders, M. J. ve Morse, T. (2005). The ergonomics of caring for children: an exploratory study. *American Journal ofOccupational Therapy*, 59, 285-295.
- Breath, J.C., Kohen, D.E., Raina, P., Walter, S.D., Russell, D.J. ve Swinton, M. (2004). The health of primary caregivers of children with cerebral palsy: how does it compare with that ofother Canadian caregivers. *Pediatrics*, 114(2),182-191

7.EKLER

EK 1 Sosyodemografik Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFIK BİLGİ FORMU

BAKIMVEREN :

1. Ad-Soyad:
2. Adres:
3. Telefon :
4. Öğrenim durum :
- 5.Özgeçmişte medikal ve/veya mental hastalık öyküsü:

ÇOCUĞUN:

1. Ad-Soyad:
2. Cinsiyeti:
3. Yaşı:
4. Öğrenim durumu (şu an devam edilen veya en son bitirilen sınıf):
5. Dominant el:
6. Çocuğun tanısı var mı, varsa nedir ?:
7. Çocuğun doğumu sırasında anne yaşı:
8. Ailede başka duyuşal problemler gösteren kardeş var mı ?
9. Kardeş sayısı (yaş sırasına göre):

AKRAN İLİŞKİSİ(Yanına + koyunuz)

1. İyi, yeterli sayıda arkadaş
2. Yetersiz sayıda arkadaş
3. Sorunlar var
4. İlişki kuramıyor

DUYUSAL İŞLEMLEME

- 1.'Duyu bütünleme ' ' modelini nereden duydunuz ?
- 2.Duyusal Profil Anketi size kim tarafından verildi ?
- 3.Çocuğunuzda gördüğünüz (sizin gözlemlediğiniz) en büyük duyuşal problem nedir ?
- 4.Duyusal problemler günlük hayatınızda en çok hangi alanı olumsuz etkiliyor?
- 5.Günlük yaşam aktivitelerinizi düşündüğünüzde sizin ve çocuğunuz için en önemli aktivite hangisidir ?

EK 2 Bakım Verme Yüğü Ölçeği

BAKIM VERME YÜĞÜ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE ÇEVİRİSİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

12. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?
0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

EK 3 Vücut Farkındalığı Ölçeği

VÜCUT FARKINDALIĞI ANKETİ

Aşağıdaki ifadelerde insanların kendileriyle ilgili hissettikleri bazı durumlar listelenmiştir. Her ifadeyi okuduktan sonra ifadenin solundaki boşluğa ifadenin sizin için hangi derecede doğru olduğunu, 1'den 7'ye kadar değerlendirerek numarası yazınız. Doğru veya yanlış cevaplar yoktur. En doğru cevap ifadenin sizin tecrübenize uygunluğunu dürüstçe yansıtır.

Benim için hiç doğru değil

Benim için tamamen doğru

1 2 3 4 5 6 7

1. Vücudumun çeşitli yiyeceklerle verdiği tepkilerdeki farklılıklarını.
2. Bir yerimi çarptığımda beklemediğim olma potansiyeli her zaman söyleyebilirim.
3. Kendimi erisi gün ırdırıp duyacak kadar fiziksel olarak zorlayıp zorlamadığımı her zaman bilirim.
4. Bazı yiyecekleri yediğim zaman enerji düzeyimdeki değişimleri her zaman fark ederim.
5. Grip olduğumu önceden anlarım.
6. Dereceyle ölçmeden ateşimin olduğunu bilirim.
7. Açlıktan kaynaklanan yorgunluk ile uykusuzluktan kaynaklanan yorgunluk arasındaki farkı ayırt edebilirim.
8. Uykusuzluğun beni günün hangi saatında etkileyeceğini doğru tahmin edebilirim.
9. Gün boyunca aktivite düzeyimdeki değişikliklerin farkındayım.
- *10. Vücut fonksiyonlarımdaki mevsimsel ritim ve döngüler fark etmiyorum.
11. Sabah uyanır uyanmaz gün boyunca ne kadar enerjimin olacağını bilirim.
12. Yatağa gittiğimde o gece ne kadar iyi uyuyacağımı söyleyebilirim.
13. Yorgun olduğumda vücudumdaki belirgin tepkileri fark ederim.
14. Hava değişikliklerine karşı vücudumun verdiği tepkileri fark ederim.
15. Dinlenmiş bir şekilde uyanmak için gece ne kadar uyunmam gerektiğini tahmin edebilirim.
16. Egzersiz alışkanlıklarım değiştiğinde enerji düzeyimin nasıl etkileneceğini tahmin edebilirim.
17. Benim için gece uymaya gimenin belli bir uygun zamanı vardır.
18. Aşırı açlık durumundaki özel vücut tepkilerimi fark ederim.

*İçerisinden skorlanan madde

EK 4 Beck Depresyon Ölçeği

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

ACIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürtürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.
- 19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
 1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendiriyor.
 1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
 1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Depresyon derecesi	Toplam
• Minimal depresyon	0-9
• Hafif depresyon	10-16
• Orta depresyon	17-29
• Şiddetli depresyon	30-63

Nottingham Sağlık Profili

Nottingham Health Profile (NHP)

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Aşağıda insanların günlük hayatta karşılaşılabilecekleri bazı problemler sıralanmıştır. Listeye bakınız ve şu anda sahip olduğunuz problem için **Evet**, olmadığınız problem için **Hayır** kutucuğunu işaretleyiniz. Lütfen her soruyu cevaplayınız. Emin değilseniz, şu anda en doğru olduğunu düşündüğünüz cevabı işaretleyiniz.

Ağrı	Evet	Hayır	Sosyal İzolasyon	Evet	Hayır
1 Merdivenleri inerken ve çıkarken ağrım oluyor.	☐	☐	1 Kendimi yalnız hissediyorum.	☐	☐
2 Ayakta durduğum zaman ağrım oluyor.	☐	☐	2 İnsanlarla ilişki kurmakta güçlük çekiyorum.	☐	☐
3 Pozisyonumu değiştirirken ağrım oluyor.	☐	☐	3 Kendimi hiç kimseye yakın hissetmiyorum.	☐	☐
4 Oturduğum zaman ağrım oluyor.	☐	☐	4 İnsanlara yük olduğumu düşünüyorum.	☐	☐
5 Yürüdüğüm zaman ağrım oluyor.	☐	☐	5 İnsanlarla geçinmek güç geliyor.	☐	☐
6 Geceleri ağrım var.	☐	☐	Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100) _____		
7 Dayanılmaz ağrılarım var.	☐	☐	Fiziksel Aktivite	Evet	Hayır
8 Sürekli ağrılar içindeyim.	☐	☐	1 Yalnız ev içinde yürüyebiliyorum.	☐	☐
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100) _____			2 Eğilmek benim için çok zor.	☐	☐
Duygusal Reaksiyonlar	Evet	Hayır	3 Hiç yürüyemiyorum.	☐	☐
1 Olaylar beni zorluyor.	☐	☐	4 Merdiven inip çıkmakta zorlanıyorum.	☐	☐
2 Beni neyin neşelendirdiğini bile unuttum.	☐	☐	5 Bir yere uzanmakta güçlük çekiyorum.	☐	☐
3 Kendimi uçurumun kenarında hissediyorum.	☐	☐	6 Griyirken zorlanıyorum.	☐	☐
4 Günler zor geçiyor.	☐	☐	7 Uzun süre ayakta duramıyorum.	☐	☐
5 Bugünlerde sık sık hiddetleniyorum.	☐	☐	8 Sokakta yürümek için yardım gerekiyor.	☐	☐
6 Kendimi kontrol edemeyeceğimi hissediyorum.	☐	☐	Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100) _____		
7 Endişelerim gece uyumama engel oluyor.	☐	☐	Enerji	Evet	Hayır
8 Hayatın çekilmez olduğunu düşünüyorum.	☐	☐	1 Enerjim kısa sürede tükeniyor.	☐	☐
9 Uyanınca kendimi depresyonda hissediyorum.	☐	☐	2 Her şey çaba harcamamı gerektiriyor.	☐	☐
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100) _____			3 Her zaman yorgunum.	☐	☐
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100) _____			Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100) _____		
Uyku	Evet	Hayır	Bölüm 2	Toplam Skor (0-7)	
1 Uyku ilacı alıyorum.	☐	☐	Sağlık durumunuz nedeniyle aşağıdaki durumlarda problem yaşıyor musunuz?		
2 Sabah erken saatte istemeden uyanıyorum.	☐	☐	1 Çalıştığınız işte	☐	☐
3 Gece uykum kaçıyor.	☐	☐	2 Yemek, temizlik, tamir gibi işlerinde	☐	☐
4 Uyumakta güçlük çekiyorum.	☐	☐	3 Dışarı çıkmak, arkadaş ziyareti, sinema gibi sosyal faaliyetlerde	☐	☐
5 Gece uykum çok kötü.	☐	☐	4 Evdeki diğer insanlarla ilişkilerde	☐	☐
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100) _____			5 Cinsel hayatınızda	☐	☐
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100) _____			6 Hobi gibi aktiviteler yapmakta	☐	☐
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100) _____			7 Tatil zamanlarında	☐	☐
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100) _____			Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100) _____		

S. M. Hunt, J. McKee (1983) J R Coll Gen Pract. 33(273): 165-168

1. Bölüm Toplam Profil Puanı (0-600): _____

2. Bölüm Toplam Profil Puanı (0-7): _____

EK 6 Aile Etki Ölçeği

AİLE ETKİ ÖLÇEĞİ

	Tamamiyle <u>Katılıyorum</u>	<u>Katılıyorum</u>	<u>Katılmıyorum</u>	Hiç <u>Katılmıyorum</u>
a. Hastalık aile için mali problemlere neden oluyor.	1	2	3	4
b. Hastane hizmetlerinden dolayı işte zaman kaybı olmaktadır.	1	2	3	4
c. Çalışma saatlerimi çocuğuma bakmak için azaltıyorum.	1	2	3	4
d. Tıbbi masrafları karşılamak için ek gelire ihtiyaç duyulur.	1	2	3	4
e. Çocuğumun hastalığı nedeniyle işi bıraktım.	1	2	3	4
f. Hastalıklar nedeniyle şehir dışına seyahat edemiyoruz.	1	2	3	4
g. Çevredeki insanlar çocuğumun hastalığı nedeniyle bize farklı davranır.	1	2	3	4
h. Çocuğun hastalığı nedeniyle dışarıya çıkmak için az isteğimiz var.	1	2	3	4
i. Çocuğumun bakımını üstlenmek için güvenilir bir kişi bulmak zordur.	1	2	3	4
j. Bazen, çocuğumun durumu nedeniyle son dakikada dışarıya çıkmayla ilgili planlarımızı değiştirmek zorunda kalırız.	1	2	3	4
k. Biz, hastalık nedeniyle aile ve arkadaşları daha az görürüz.	1	2	3	4
l. Paylaşmakta olduğumuz şeyler nedeniyle ailemize daha yakınız.	1	2	3	4
m. Bazen, çocuğuma özel olarak mı ya da normal bir çocukmuş gibi mi davranmalı merak ediyorum.	1	2	3	4
n. Akrabalarım çocuğumu anlıyor ve yardım ediyorlar.	1	2	3	4
o. Hastalık nedeniyle artık daha fazla çocuk sahibi olmamakla ilgili düşünüyorum.	1	2	3	4
p. Partnerim (eşim) ve ben çocuğumun problemlerini beraber tartışırız.	1	2	3	4
q. Çocuğumuza normal bir çocukmuş gibi davranmaya çaba gösteriyoruz.	1	2	3	4
r. Çocuğumun bakımından sonra diğer aile üyelerine kalan daha fazla vaktim yok.	1	2	3	4

	Tamamiyle <u>Katılıyorum</u>	<u>Katılıyorum</u>	<u>Katılmıyorum</u>	Hiç <u>Katılmıyorum</u>
s. Akrabalar çocuğum için en iyisinin ne olduğunu bildiklerini düşünürler ve karışırlar.	1	2	3	4
t. Ailemiz, çocuğumun hastalığından dolayı eşya, giyecek, mobilya gibi şeylerden vazgeçer.	1	2	3	4
u. Yorgunluk, çocuğumun hastalığından kaynaklanan bir problemdir.	1	2	3	4
v. Günlük yaşıyorum ve gelecek için plan yapmıyorum.	1	2	3	4
w. Hiç kimse, benim taşıdığım ağır yükü anlamaz.	1	2	3	4
x. Hastaneye gidip-gelmek beni gergin hale getirir.	1	2	3	4
y. Çocuğumun hastalığının üstesinden gelmeyi öğrenmek kendimi daha iyi hissetmemi sağlamaktadır.	1	2	3	4
z. Gelecekte çocuğuma neler olacağına dair endişelerim var. (O büyüdüğünde ve ben yanında olamadığımda.)	1	2	3	4
aa. Bazen, çocuğum hastalığındaki değişiklik içindeyken büyük bir krizde yaşadığımızı hissedebiliyorken, her şey normalken kendimizi iyide hissedebiliyoruz.	1	2	3	4

8.ÖZGEÇMİŞ

1. Adı Soyadı : Furkan Kumru
2. Doğum Tarihi :
3. Unvanı : Ergoterapist
4. Öğrenim Durumu:

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Ergoterapi	İstanbul Bilgi Üniversitesi	2020

5. Yayınlar

5.1 Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

Kumru, F., Çakmak Reyhan, A. Ve Arslan, B. Ç. (2020). Üst Ekstremitte Rehabilitasyonunda İşaret Dili Sembollerinin Anlamlı ve Amaçlı Bir Aktivite Olarak Kullanımının Depresyon Düzeyine Etkisi. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi.

9.İNTİHAL

KONUŞMA PROBLEMİ İLE DUYU BÜTÜNLEME PROBLEMİ YAŞAYAN ÇOCUKLARIN BAKIM VERENLERİNİN BAKIM YÜKÜ, GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE PERFORMANSI İLE EMOSYONEL DURUM VE VÜCUT FARKINDALIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMİ

Gönderim Tarihi: 08-Eki-2023 11:58AM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 2184252733

Dosya adı: FURKAN_KUMRU.pdf (533.63K)

Kelime sayısı: 17453

Karakter sayısı: 112621

Yazar Furkan Kumru

KONUŞMA PROBLEMİ İLE DUYU BÜTÜNLEME PROBLEMİ
YAŞAYAN ÇOCUKLARIN BAKIM VERENLERİNİN BAKIM YÜKÜ,
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE PERFORMANSI İLE EMOSYONEL
DURUM VE VÜCUT FARKINDALIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMİ

ORJİNAL LİK RAPORU

% **13**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **9**

İNTERNET KAYNAKLARI

% **3**

YAYINLAR

% **9**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

Submitted to Istanbul Gelisim University
Öğrenci Ödevi

% **4**

2

acikbilim.yok.gov.tr
İnternet Kaynağı

% **2**

3

www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080
İnternet Kaynağı

% **1**

4

Submitted to Ege Üniversitesi
Öğrenci Ödevi

% **1**

5

openaccess.maltepe.edu.tr
İnternet Kaynağı

<% **1**

6

dergipark.org.tr
İnternet Kaynağı

<% **1**

7

Submitted to Bahcesehir University
Öğrenci Ödevi

<% **1**

8	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<% 1
9	onlinelibrary.wiley.com İnternet Kaynağı	<% 1
10	openaccess.ihs.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
11	paperity.org İnternet Kaynağı	<% 1
12	Submitted to Ataturk Universitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
13	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<% 1
14	stacks.cdc.gov İnternet Kaynağı	<% 1
15	Submitted to Sabanci Universitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
16	www.med.unc.edu İnternet Kaynağı	<% 1
17	cdr.lib.unc.edu İnternet Kaynağı	<% 1
18	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1
19	www.marmaraodyolojigunleri2023.com	

		<% 1
20	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
21	acikerisim.gedik.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
22	sinirbilimt.com İnternet Kaynağı	<% 1
23	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
24	YAZAR, Menekşe Sıla, DEPÇE, Ahmet Alper, BALABAN, Özlem Devrim, İPEKÇİOĞLU, Derya and ERADAMLAR, Nezih. "Erkek şizofreni hastalarında alkol ve madde kullanım bozukluğu varlığının bakım veren yükü, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerine etkisi", Esform Ofset, 2017. Yayın	<% 1
25	slidetodoc.com İnternet Kaynağı	<% 1
26	isiarticles.com İnternet Kaynağı	<% 1
27	AKGÜN ŞAHİN, Zümrüt. "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına (KOAH) Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Depresyon Düzeyleri", Tıp Araştırmaları Derneği, 2014.	<% 1

28	Submitted to Ufuk Universitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
29	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
30	Submitted to Istanbul Aydın University Öğrenci Ödevi	<% 1
31	bpb-us-w2.wpmucdn.com İnternet Kaynağı	<% 1
32	Submitted to Nazarbayev University Öğrenci Ödevi	<% 1
33	Submitted to Üsküdar Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
34	sssjournal.com İnternet Kaynağı	<% 1
35	www.gecekitapligi.com İnternet Kaynağı	<% 1
36	aut.sagepub.com İnternet Kaynağı	<% 1
37	assets.cureus.com İnternet Kaynağı	<% 1
38	www.acibademhayat.com İnternet Kaynağı	<% 1

Alıntıları çıkart Kapat

Eşleşmeleri çıkar

< 10 words

Bibliyografyayı Çıkart Kapat