



**TÜRKİYE’DEKİ DİL VE KONUŞMA TERAPİSTLERİNİN DUDAK DAMAK
YARIĞINA İLİŞKİN ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Gamze ŞAHAN

Eskişehir 2021

**TÜRKİYE’DEKİ DİL VE KONUŞMA TERAPİSTLERİNİN DUDAK DAMAK
YARIĞINA İLİŞKİN ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

Gamze ŞAHAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nurdan CANKUVVET AYKUT

Eskişehir

Anadolu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Haziran 2021

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Gamze ŞAHAN'ın "Türkiye'deki Dil ve Konuşma Terapistlerinin Dudak Damak Yarığına İlişkin Özyeterlik Düzeylerinin İncelenmesi" başlıklı tezi 03/06/2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Anadolu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddeleri uyarınca, Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

	<u>Unvanı Adı Soyadı</u>	<u>İmza</u>
Üye (Tez Danışmanı) :		
Üye :		
Üye :		

Enstitü Müdürü

FINAL APPROVAL FOR THESIS

This thesis titled “The Investigation of Self-Efficacy Levels of Speech and Language Therapists in Turkey on Cleft Lip and Palate” has been prepared and submitted by Gamze ŞAHAN in partial fulfillment of the requirements in “Anadolu University Directive on Graduate Education and Examination” for the Degree of Master Science Speech and Language Therapy Department has been examined and approved on 03/06/2021.

Committee Members

Signature

Member (Supervisor) :

.....

Member :

.....

Member :

.....

Director

Graduate School of Health Sciences

ÖZET

TÜRKİYE’DEKİ DİL VE KONUŞMA TERAPİSTLERİNİN DUDAK DAMAK YARIĞINA İLİŞKİN ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Gamze ŞAHAN

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Haziran 2021

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nurdan CANKUVVET AYKUT

Bu araştırmada Türkiye’deki dil ve konuşma terapistlerinin (DKT) dudak damak yarığına (DDY) ilişkin özyeterlik düzeyleri incelenmiştir. Bu inceleme kapsamında araştırma, karma araştırma yöntemlerinden sıralı açıklayıcı desen ile yürütülmüştür.

Araştırmanın ilk aşamasında anket yoluyla 184 DKT’den veri toplanmıştır. Anketten elde edilen veriler SPSS v25 kullanılarak analiz edilmiştir. Nicel verilerin analizinde betimsel istatistik analiz, bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasında ise DDY’li bireylerle çalışma konusunda oldukça fazla deneyime sahip olan, sınırlı deneyime sahip olan ve deneyim sahibi olmayan 3 DKT ile yarı yapılandırılmış görüşme oturumları düzenlenmiştir. Görüşmelerden elde edilen nitel veriler ise betimsel analiz kullanılarak analiz edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen nicel ve nitel bulgular bütüncül olarak değerlendirildiğinde, Türkiye’deki DKT’lerin DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin, eğitim durumuna, çalışma süresine, çalışma ortamına, üniversite eğitimi esnasında DDY’li bireylerle klinik uygulama yapma durumuna, mezuniyet sonrasında DDY’ye ilişkin herhangi bir eğitim/seminer/konferansa katılma durumuna, müdahale sağlanan DDY’li birey sayısına göre farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Katılımcıların DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin bireysel faktörlerden ve disiplinler arası işbirliğinden de etkilendiği görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Dil ve konuşma terapisti, Dudak damak yarığı, Özyeterlik.

ABSTRACT

THE INVESTIGATION OF SELF-EFFICACY LEVELS OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPISTS IN TURKEY ON CLEFT LIP AND PALATE

Gamze ŞAHAN

Department of Speech and Language Therapy

Anadolu University, Graduate School of Health Sciences, June 2021

Supervisor: Asst. Prof. Dr. Nurdan CANKUVVET AYKUT

In this study, speech and language therapists in Turkey (SLP) to cleft lip and palate (CLP) were examined for levels of self-efficacy. Within the scope of this review, the research was conducted with sequential explanatory design which is one of the mixed research methods.

In the first phase of the research, data were collected from 184 SPL via questionnaire. The data were analyzed using SPSS v25. Descriptive statistical analysis, independent samples t-test and one-way analysis of variance (ANOVA) were used in the analysis of quantitative data. In the second phase of the study, semi-structured interview were held with 3 SPL, who are experienced, limited experienced and no experience. The qualitative data obtained from the interviews were analyzed descriptively.

Both qualitative and quantitative findings show that self-efficacy levels of SPL's in Turkey for CLP varies according to level of education, experience, work environment, clinical practice during their university education, participation in any training/ seminar/conference related to CLP after graduation and case load. In addition to these, personal factors and interdisciplinary cooperation also effect SPL's self-efficacy levels of SPL's in Turkey for CLP.

Keywords: Speech and language therapist, Cleft lip and palate, Self efficacy.

TEŞEKKÜR

Bu satırları tez çalışmamı bitirmiş olmanın verdiği mutluluk ve heyecanla yazıyorum. Hayatımın önemli bir kısmını işgal eden tez yazım sürecimde yanımda olan değerli insanlara teşekkür etmek isterim.

İlk ve en büyük teşekkürüm canım anneme. Her zaman kendinden önce beni ve kardeşlerimi düşündüğün, her koşulda yanımda olduğun, güçlü bir kadın olarak bize örnek olduğun için sana sonsuz teşekkür ederim. İyi ki varsın canım annem! Bana gezgin ruhunu aşıl原因, aldığım her kararda beni destekleyen ve her şeyden önce en iyi arkadaşım olan sevgili babama teşekkür ederim. Abim Hikmet'e, kız kardeşlerim Ayşe Nur ve Gizem'e sevgileri ve destekleri için teşekkür ederim. Gizem için ayrı bir parantez açmak istiyorum; bu süreçte kahrımı çektiğin, bana birbirinden lezzetli yemekler yaptığın ve burada belirtmeye fırsat bulamadığım onca şey için teşekkür ederim şefim!

Tez çalışmamın her aşamasında engin bilgisi ve tecrübesi ile bana rehberlik eden, gece yarısına kadar benimle birlikte çalışan, pes ettiğim zamanlar beni motive eden ve bana benden çok inanan tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nurdan CANKUVVET AYKUT'a sonsuz teşekkür ederim. Tez jürisinde olmayı kabul eden, görüşleriyle araştırmamıza katkı sağlayan Doç. Dr. Elçin TADIHAN ÖZKAN'a ve Dr. Öğr. Üyesi Özlem Ünal LOGACEV'e teşekkür ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Aylin Müge TUNÇER'e geçerlik komitesinde olmayı kabul ettiği ve yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve birikimlerini benimle paylaştığı için teşekkür ederim. Arş. Gör. Eren BALO'ya veri toplama aracının oluşturulmasından temaların belirlenmesine kadar pek çok konuda bize yol gösterdiği, görüşleriyle çalışmamıza değerli katkılarda bulunduğu için teşekkür ederim.

Eskişehir'i benim için çekilir kılan, yüksek lisans sürecimi güzelleştiren arkadaşlarım Şule Nur YILDIRIM ve Fehmi ALMALI'ya teşekkür ederim. Birlikte çalıştık, eğlendik, gezdik ve bol bol çay içtik. İyi ki sizi tanıdım, siz hayatımda hep olun! Yüksek lisans arkadaşım Yasemin SARI ÇAĞLAR'a tez sürecindeki tüm desteği için teşekkür ederim.

En büyük teşekkürlerimden biri de Bursa Osmangazi Rehberlik ve Araştırma Merkezi'nde görev yaptığım dönemde kurum müdürüm olan, şu anda İnegöl İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nde şube müdürü olarak görev yapan İsmail KAYIŞLI'ya. Bugün bu programı bitirebildiysem müdürüm sayesinde, ona ne kadar teşekkür etsem az kalır. Müdürümün yanı sıra mesai arkadaşlarımın desteği de yadsınamaz. 2015-2019 yılları

arasında Bursa Osmangazi Rehberlik ve Araştırma Merkezi'nde görev yapan başta özel eēitim öğretmenleri olmak üzere tüm mesai arkadaşlarıma teşekkür ediyorum. Onlarla birlikte çalışmak benim bu hayattaki en büyük şanslarımdan biriydi.

2228-A Son Sınıf Lisans Öğrencileri için Lisansüstü Burs Programı kapsamında yüksek lisans eğitimim süresince maddi destek sağlayan Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK)'na teşekkür ederim.

Son olarak izninizle sabrım ve emeğim için kendime teşekkür etmek istiyorum. Turgut Uyar'ın da dediēi gibi: “Uzanıp kendi yanaklarımdan öpüyorum.”

Gamze ŞAHAN





Anneme,

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

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

STATEMENT OF COMPLIANCE WITH ETHICAL PRINCIPLES AND RULES

I hereby truthfully declare that this thesis is an original work prepared by me; that I have behaved in accordance with the scientific ethical principles and rules throughout the stages of preparation, data collection, analysis and presentation of my work; that I have cited the sources of all the data and information that could be obtained within the scope of this study, and included these sources in the references section; and that this study has been scanned for plagiarism with “scientific plagiarism detection program” used by Anadolu University, and that “it does not have any plagiarism” whatsoever. I also declare that, if a case contrary to my declaration is detected in my work at any time, I hereby express my consent to all the ethical and legal consequences that are involved.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
BAŞLIK SAYFASI	i
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
TEŞEKKÜR	v
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ.....	viii
İÇİNDEKİLER	x
TABLolar DİZİNİ	xiv
ŞEKİLLER DİZİNİ	xv
KISALTMALAR DİZİNİ	xvi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. DDY’de DKT’lerin Rol ve Sorumlulukları.....	3
1.2. DDY’li Bireylerde Görülen Dil ve Konuşma Özellikleri	4
1.2.1. Dil özellikleri	5
1.2.2. Sesletim özellikleri	6
1.2.3. Rezonans özellikleri	6
1.2.4. Fonasyon özellikleri	7
1.3. Özyeterlik.....	8
1.4. İlgili Araştırmalar	10
1.5. Problem Durumu	16
1.6. Amaç.....	17
1.7. Önem	18
2. YÖNTEM	19
2.1. Araştırma Modeli	19
2.2. Katılımcılar	21

2.2.1. Anket katılımcıları.....	21
2.2.2. Görüşme katılımcıları	22
2.3. Veri Toplama Araç ve Teknikleri.....	23
2.3.1. Anket.....	23
2.3.2. Yarı yapılandırılmış görüşme.....	25
2.4. Veri Toplama Süreci	25
2.4.1. Nicel veri toplama süreci.....	25
2.4.2. Nitel veri toplama süreci	26
2.5. Verilerin Analizi	28
2.5.1. Nicel verilerin analizi.....	28
2.5.2. Nitel verilerin analizi	29
3. BULGULAR	31
3.1. Nicel Bulgular	31
3.1.1. Türkiye’deki DKT’lerin anket maddelerine göre özyeterlik düzeyleri.....	31
3.1.2. Türkiye’deki DKT’lerin ankette yer alan alt bölümlere göre özyeterlik düzeyleri.....	32
3.1.3. DKT’lerin DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırılması.....	33
3.1.4. DKT’lerin DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin eğitim durumuna göre karşılaştırılması	34
3.1.5. DKT’lerin DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin çalışma süresine göre karşılaştırılması	35
3.1.6. DKT’lerin DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin çalışma ortamına göre karşılaştırılması	36
3.1.7. DKT’lerin DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin klinik uygulama durumuna göre karşılaştırılması	38

3.1.8. DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin eğitim, konferans ve seminer katılım durumuna göre karşılaştırılması	39
3.1.9. DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin müdahale edilen kişi sayısına göre karşılaştırılması	41
3.2. Nitel Bulgular	43
3.2.1. Tema I: Genel bilgilere ilişkin özyeterlik düzeyi	44
3.2.1.1. Anatomi ve fizyoloji	45
3.2.1.2. Ameliyat süreci.....	46
3.2.1.3. Nedenleri ve risk faktörleri.....	47
3.2.1.4. Embriyoloji.....	47
3.2.1.5. Sınıflama	48
3.2.2. Tema II: İlişkili ve eşlik eden sorunlara yönelik özyeterlik düzeyi	49
3.2.2.1. Dil ve/veya konuşma sorunları	50
3.2.2.2. Beslenme ve yutma sorunları.....	51
3.2.2.3. İşitme sorunları	52
3.2.2.4. Diş sorunları ve ortodontik sorunlar	53
3.2.2.5. Bilişsel ve/veya psikososyal sorunlar.....	54
3.2.3. Tema III: Değerlendirmeye ilişkin özyeterlik düzeyi.....	54
3.2.3.1. Oral periferal değerlendirme.....	56
3.2.3.2. Dil değerlendirmesi.....	57
3.2.3.3. Konuşma seslerini değerlendirme	58
3.2.3.4. Rezonans değerlendirmesi	60
3.2.4. Tema IV: Müdahaleye ilişkin özyeterlik düzeyi	63
3.2.4.1. Aile danışmanlığı.....	65
3.2.4.2. Konuşma bozukluğuna yönelik müdahale	66
3.2.4.3. Dil bozukluğuna yönelik müdahale.....	68

3.2.5. Tema V: Özyeterlik düzeyini etkileyen faktörler	69
3.2.5.1. Bireysel faktörler	70
3.2.5.2. Çalışma ortamı	72
3.2.5.3. Eğitim	74
3.2.5.4. Deneyim	77
3.2.5.5. Disiplinler arası işbirliği	78
4. TARTIŞMA, SONUÇ, SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER.....	80
4.1. Tartışma	80
4.1.1. Genel bilgilere ilişkin özyeterlik düzeyine dair tartışma	80
4.1.2. İlişkili sorunlara yönelik özyeterlik düzeyine dair tartışma	81
4.1.3. Değerlendirmeye ilişkin özyeterlik düzeyine dair tartışma	83
4.1.4. Müdahaleye ilişkin özyeterlik düzeyine dair tartışma	85
4.1.5. Özyeterlik düzeyini etkileyen faktörlere dair tartışma	88
4.1.5.1. Bireysel faktörler	88
4.1.5.2. Çalışma ortamı	89
4.1.5.3. Eğitim	90
4.1.5.4. Deneyim	92
4.1.5.5. Disiplinler arası işbirliği	92
4.2. Sonuç	93
4.3. Sınırlılıklar	94
4.4. Öneriler	95
KAYNAKÇA	96
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 2.1. Katılımcılara ait sosyodemografik bilgiler	22
Tablo 2.2. Görüşme katılımcılarına ilişkin bilgiler	23
Tablo 2.3. Anketin tamamına ve alt bölümlerine ait madde sayıları ile alınabilecek değerler	25
Tablo 2.4. Yarı yapılandırılmış görüşmelere ilişkin bağlam bilgileri	26
Tablo 3.1. Dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik anketi maddelerine verilen cevaplara ilişkin betimsel istatistikler	31
Tablo 3.2. Dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik anketi ve alt boyutlarından elde edilen puanların dağılımları.....	33
Tablo 3.3. Dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik anketi ve alt boyutlarının puan ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına ilişkin t-testi sonuçları	33
Tablo 3.4. Dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik anketi ve alt boyutları puan ortalamalarının eğitim durumuna göre karşılaştırılmasına ilişkin t-testi sonuçları	34
Tablo 3.5. Dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik anketi ve alt boyutlarının puan ortalamalarının çalışma süresine göre karşılaştırılmasına ilişkin ANOVA sonuçları	35
Tablo 3.6. Dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik anketi ve alt boyutlarının puan ortalamalarının çalışma ortamı değişkenine göre karşılaştırılmasına ilişkin ANOVA sonuçları.....	37
Tablo 3.7. Dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik anketi ve alt boyutlarının puan ortalamalarının klinik uygulama durumuna göre karşılaştırılmasına ilişkin t-testi sonuçları	38
Tablo 3.8. Dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik anketi ve alt boyutlarının puan ortalamalarının eğitim, konferans ve seminer katılım durumuna göre karşılaştırılmasına ilişkin t-testi sonuçları	40
Tablo 3.9. Dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik anketi ve alt boyutlarının puan ortalamalarının müdahale edilen kişi sayısına göre karşılaştırılmasına ilişkin ANOVA sonuçları	42
Tablo 3.10. Temalar	44

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 2.1. Araştırma sürecinin aşamaları	19
--	----



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

η^2	: Eta kare
ACPA	: American Cleft Palate-Craniofacial Association (Amerikan Yarık Damak-Kraniyofasiyal Derneği)
ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi
ASHA	: American Speech-Language-Hearing Association (Amerikan Dil, Konuşma ve İşitme Derneği)
d	: Cohen's değeri
DDY	: Dudak damak yarığı
DDYÖA	: Dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik anketi
DKT	: Dil ve konuşma terapisti
F	: Anova değeri
HBK	: Hızlı bozuk konuşma
Maks.	: Maksimum değer
Min.	: Minimum değer
n	: Katılımcı sayısı
N	: Örneklem büyüklüğü
Ort.	: Ortalama
OSB	: Otizm spektrum bozukluğu
ÖDKTM	: Özel dil ve konuşma terapisi merkezi
ÖEMR	: Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi
p	: Anlamlılık değeri
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
Ss	: Standart sapma
t	: t değeri
$\bar{x}$	: Ortalama

1. GİRİŞ

Dudak damak yarığı (DDY), hamilelik sırasında bebeğin dudak ve/veya damak yapıları uygun şekilde birleşmediğinde ortaya çıkan konjenital bir bozukluktur (<http-1>). Dudak gebeliğin altıncı ve yedinci haftaları arasında oluşur. Bu dönemde dudağı oluşturan yapılar tamamen birleşmezse yarık dudak oluşur. Ağız tavanının (damak) oluşumu ise gebeliğin yaklaşık sekizinci haftasında başlayıp on ikinci haftasında tamamlanır. Ağız tavanını oluşturan yapılar bu süreçte tamamen birleşmezse yarık damak oluşur (Kummer, 2014a). Dudak ve damak ayrı ayrı gelişir, bu nedenle bir bireyde yalnızca dudak veya yalnızca damak yarığı görülebileceği gibi dudak ve damak yarığı birlikte de görülebilir (Edmondson ve Reinbartsen, 1998).

DDY en sık görülen doğumsal anomaliler arasında olup (Shapira vd., 1999) genel olarak dünya üzerinde yaklaşık her 700-1000 canlı doğumda 1 görülmektedir (Mossey vd., 2009; Parker vd., 2010; Dixon vd., 2011). Bununla birlikte DDY'nin görülme sıklığı ve yaygınlığı ırk, coğrafi bölge, sosyoekonomik statü ve çevresel faktörlere göre farklılık göstermektedir (Dixon vd., 2011). Ülkemizde yapılan araştırmalarda da DDY görülme sıklığı yaklaşık 1000 canlı doğumda 1 olarak bulunmuştur (Tomatır vd., 2009; Kızılelma Yiğit, Oğuz ve Dilmen, 2015).

Baş boyun bölgesi anomalileri arasında sık görülen bu durum, yarığın tipi ve şiddeti, sendrom varlığı gibi bir dizi faktöre bağlı olarak dil ve konuşma gelişimi, sesletim, rezonans, ses, işitme, beslenme, yutma, diş, ortodonti ve psikososyal alanda problemlere neden olabilmektedir (<http-2>). Dolayısıyla pek çok farklı alanın olumsuz etkilendiği DDY'li bireylere disiplinler arası uzman bir ekip tarafından müdahale edilmesi önerilmektedir. Amerikan Yarık Damak-Kraniyofasiyal Derneği (American Cleft Palate-Craniofacial Association), DDY ekibinin çekirdek kadrosunda plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, ortodonti, dil ve konuşma terapisi alanlarından uzmanlar bulunması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu ekip odyoloji, genetik, kulak burun boğaz, pediatri, genel ve pediatrik diş hekimliği, psikoloji, sosyal hizmet gibi disiplinlerden uzmanları da içermektedir (American Cleft Palate-Craniofacial Association [ACPA], 2019). Ancak uluslararası pratikte önerilen DDY ekibi ülkemizde çoğu zaman oluşturulamamaktadır (Nalçacı vd., 2009).

Müdahale süreci disiplinler arası bir ekip yaklaşımını gerektiren DDY'li bireyler dil ve konuşma bozuklukları açısından yüksek risk altında olan bir gruptur (Kuehn ve Moller, 2000; Vallino vd., 2008). Sadece yapısal sorunların onarılmasına dayalı DDY

müdahalesi estetik ve ortodontik açıdan yeterli olsa bile müdahale süreci dil ve konuşma müdahalesini içermediği takdirde bu bireylerde görülen dil ve konuşma bozukluklarının kendiliğinden düzelmesi söz konusu değildir (Nalçacı vd., 2009). Bu nedenle dil ve konuşma müdahalesini ve bu müdahaleyi sağlayan dil ve konuşma terapistini (DKT) içermeyen bir ekip yaklaşımının eksik kalacağını söylemek yanlış olmayacaktır.

DDY müdahalesinde önemli bir rol üstlenen ve DDY ekibinin üç temel uzmanından biri olarak görülen DKT, ülkemizde 2011 yılında yürürlüğe giren bir kanun kapsamında sağlık meslek mensubu olarak tanımlanmıştır. Bu kanuna göre;

EK MADDE 13 – d) Dil ve konuşma terapisti; dil ve konuşma terapisi alanında lisans eğitimi veren fakülte veya yüksekokullardan mezun veya diğer lisans eğitimleri üzerine dil ve konuşma terapisi alanında yüksek lisans veya doktora yapan, bireylerin ses, konuşma ve dil bozukluklarının önlenmesi için çalışmalar yapan ve ilgili uzman tabip tarafından teşhisi konulmuş yutkunma, dil ve konuşma bozukluklarının rehabilitasyonunu sağlayan sağlık meslek mensubudur. (1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunu, ek m. 13).

İlgili kanunda da belirtildiği gibi DKT'ler dudak damak yarığına bağlı dil ve konuşma bozukluklarının yanı sıra yutma bozuklukları, motor konuşma bozuklukları, afazi, ses bozuklukları, dil bozuklukları, gecikmiş konuşma, kekemelik, konuşma sesi bozuklukları, hızlı bozuk konuşma, işitme yetersizliğine bağlı dil ve konuşma bozuklukları gibi durumların müdahalesinde görev almaktadır (Duru, Akgün ve Maviş, 2018).

Uygulama alanı çok geniş olan DKT'lerin konu DDY olduğunda temel konuşma bilimi, konuşma mekanizmasının anatomisi ve fizyolojisi, DDY ile ilişkili dil ve konuşma bozukluklarının değerlendirilmesi, teşhisi ve terapisi gibi konularda yeterli bir akademik ve klinik eğitim almaları gerekmektedir (Vallino vd., 2008; Kummer, 2014a). Ancak dil ve konuşma müdahalesi gerektiren bozuklukların kapsamı ve DDY'nin görülme sıklığı göz önünde bulundurulduğunda, DKT'lerin akademik ve klinik eğitimlerini, belki de tüm kariyerlerini, DDY'li bireylerle karşılaşmadan tamamlamaları yaygın bir durumdur. Dolayısıyla DKT'ler bu bireylerde görülen dil ve konuşma bozukluklarını değerlendirme ve gerekli müdahaleleri sağlama konusunda yeterli bilgiye sahip olmayabilirler (Meyer, 2015).

Uluslararası alanyazında DKT'lerin DDY'ye ilişkin akademik ve klinik eğitimlerini, DDY'ye bağlı dil ve konuşma bozukluklarının değerlendirilmesi ve terapisi hakkındaki bilgi düzeylerini, klinik özyeterliklerini ve bu konudaki ihtiyaçlarını inceleyen pek çok araştırma bulunmaktadır. Ulusal alanyazında ise bu konuda yapılmış

bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda Türkiye’deki DKT’lerin DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerini inceleyen bir araştırmaya gereksinim olduğu düşünülmüştür. Mevcut araştırma, DKT’lerin DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerini incelediğinden aşağıdaki bölümde DKT’lerin DDY’deki rol ve sorumluluklarına, DDY’li bireylerde görülen dil ve konuşma özelliklerine ve özyeterlik kavramına yer verilmiştir.

1.1. DDY’de DKT’lerin Rol ve Sorumlulukları

Disiplinler arası bir ekip tarafından doğum öncesi dönemden başlayarak yetişkinliğe kadar takip edilen DDY’li bireylerin müdahalesindeki en temel hedef, yüz gelişimi ile konuşmayı normalleştirmek ve bu bireylerin psikososyal açıdan iyi olmalarını sağlamaktır (Moller ve Glaze, 2008; Ünal ve Topbaş, 2011; Britton vd., 2014; Sert, 2019). Bu temel hedef doğrultusunda DKT’ler DDY’ye bağlı dil, konuşma, beslenme ve yutkunma sorunlarının taranmasında, değerlendirilmesinde, tanısında ve terapisinde görev almaktadırlar (http-2).

DDY’li bireylerin iletişim becerilerini geliştirmeyi amaçlayan DKT’nin müdahalesi hizmet sağladığı bireyin yaşına göre değişiklik göstermektedir (Nemutlu, 2016). Bu müdahale erken dönemde çocuğun dil ve konuşma gelişimini takip etmeyi ve fonetik dağarcığını artırmayı içermektedir. Ayrıca bu dönemde DDY’li bebeklerin beslenme ve yutma gelişimi ile dil ve konuşma gelişimini desteklemeye ilişkin aile eğitime yer verilmektedir. Üç yaşından itibaren ise DDY ile ilişkili dil ve konuşma bozukluklarının düzeltilmesi için çocukla birebir terapi yapılmaktadır (Nagarajan, Savitha ve Subramaniyan, 2009; Ünal ve Topbaş, 2011).

DKT’ler DDY’ye bağlı dil ve konuşma bozukluklarını değerlendirme ve gerekli müdahaleleri sağlamanın yanı sıra DDY ile ilişkili diğer sorunları fark ederek bu bireyleri ilgili uzmanlara yönlendirmekten de sorumludurlar. Örneğin bir DKT yaptığı değerlendirme sonrasında diş ve ortodontik problemleri olan bireyleri diş hekimlerine veya çene cerrahlarına, işitme sorunu olan bireyleri kulak burun boğaz hekimlerine ve odyologlara, sendromik belirtileri olan bireyleri ise genetik bölümüne yönlendirmelidir. DKT’lerin bu tür sorunları fark edip ilgili uzmana yönlendirme yapabilmeleri için DDY’ye ilişkin anatomi ve fizyolojiye hakim olmaları ve DDY’li bireylerin müdahale ekibinde yer alan diğer üyelerin uzmanlık alanlarıyla ilgili temel bilgilere aşina olmaları

gerekmektedir (Nagarajan, Savitha ve Subramaniyan, 2009; Ünal ve Topbaş, 2011; Nemutlu, 2016).

Özetle, DDY’li bireylerin müdahale ekibinde yer alan DKT’lerin rol ve sorumlulukları aşağıdakileri içermektedir:

- İletişim, beslenme ve yutmayla ilgili konularda DDY’li bireylere ve ailelerine danışmanlık yapma,
- DDY’li bireylerin ihtiyaçları ve DKT’lerin bu bireylerin tanı ve yönetimindeki rolü hakkında diğer uzmanları bilgilendirme,
- Tarama ve ayrıntılı değerlendirme ihtiyacının belirlenmesi,
- DDY’li bireyleri dil, konuşma, rezonans, ses veya beslenme problemleri açısından değerlendirme ve ilişkili bozuklukları teşhis etme,
- Terapi planları geliştirme, terapi sağlama, ilerlemeyi kaydetme,
- İlgili uzmanlar, aile üyeleri ve çocuğun bakımıyla ilgilenen bireylerle işbirliği yapma,
- DDY alanındaki araştırmaları takip etme,
- DDY ekibinin bir üyesi olarak görev yapma (http-2).

DKT’lerin bahsedilen rol ve sorumlulukları en iyi şekilde yerine getirebilmeleri ve DDY’li bireylerin klinik yönetimine daha hakim olabilmeleri için DDY’nin dil ve konuşmaya olan etkisi hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir (Howard, 2004). Bu nedenle aşağıdaki bölümde DDY’li bireylerde görülen dil ve konuşma özelliklerine yer verilmiştir.

1.2. DDY’li Bireylerde Görülen Dil ve Konuşma Özellikleri

DDY’li bireylerde görülen dil ve konuşma sorunları yarığın tipi ve şiddeti, cerrahi müdahalelerin zamanı ve etkililiği, işitme durumu, sendrom varlığı, ailenin sosyo-ekonomik durumu, dil ve konuşma müdahalelerinin zamanı, miktarı ve etkililiği, palatal fistül varlığı gibi pek çok faktöre bağlı olarak değişiklik göstermektedir (D’Antonio ve Scherer, 2008). DDY sesletim, rezonans ve fonasyon sistemlerinden herhangi birini veya bu sistemlerin tamamını etkileyebileceği gibi ek bir engelin eşlik ettiği durumlarda dil gelişimini de etkilemektedir (Kuehn ve Moller 2000; Howard, 2004; Kummer, 2014a).

1.2.1. Dil özellikleri

DDY'li bireylerin dil gelişimi söz konusu olduğunda yapılan araştırmalar arasında farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu bireylerin dil gelişimlerinin akranlarına göre geride olduğunu ortaya koyan araştırmalar olduğu gibi izole DDY olması durumunda yani yarığa eşlik eden ek bir engelin olmadığı durumlarda DDY'li bireylerin dil gelişimlerinin akranları ile benzer olduğunu belirten araştırmalar da bulunmaktadır. Ancak dil gelişiminde gecikme olduğunu ortaya koyan araştırmaların DDY'ye eşlik eden sendromları ve ek engelleri göz önünde bulundurmadığı belirtilmektedir (Kuehn ve Moller, 2000; Nemutlu, 2016).

Kuehn ve Moller (2000) işitme yetersizliği, mental retardasyonu veya ek bir sendromu olmayan DDY'li bireylerin dil gelişiminde belirgin bir problem olmayacağını belirtmiş; bu bireylerin karmaşık dil sistemini öğrenebilecek bilişsel kapasiteye sahip olduklarını ifade etmiştir. Fakat DDY'nin birlikte görüldüğü 300'den fazla sendrom olduğu (Cohen ve Bankier, 1991) ve sendromik DDY'li bireylere mental retardasyon sıklıkla eşlik ettiği için bu bireylerin dil ve konuşma gelişimi olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Strauss ve Broder, 1993). Ayrıca DDY'li bireylerde orta kulak hastalığına bağlı olarak gelişen işitme kayıplarının da dil gelişiminde gecikmeye neden olabileceği bildirilmiştir (Broen vd., 1998; Bacık Tıranc vd., 2017).

Bacık Tıranc, (2015) tarafından ülkemizde yapılan bir araştırmada DDY'li bireyler dil gelişimi açısından da değerlendirilmiştir. Bu araştırmada DDY'li çocukların dil gelişimlerinin yaş düzeyinin altında olduğu, alıcı ve ifade edici dil becerilerinde gerilikler olduğu tespit edilmiştir. Bacık Tıranc bu bulguların literatürle uyumlu olduğunu, DDY'li bireylerin dil gelişiminde gerilik saptayan pek çok araştırma (Jocelyn, Penko ve Rode, 1996; Speltz vd, 2000; Hentges vd, 2011) olduğunu belirtmiştir.

Bu araştırmalar göz önünde bulundurulduğunda DKT'lerin, DDY'li bireylerin dil gelişimini rutin olarak takip etmesi, işitme durumlarının düzenli bir şekilde periyodik aralıklarla değerlendirilmesini sağlaması, mental retardasyon ve sendromlar gibi eşlik eden bozuklukların değerlendirilmesine yönelik olarak genel gelişim testlerini uygulaması ve ilgili yönlendirmeleri yapması gerekmektedir (Ünal ve Topbaş, 2011; Bacık Tıranc, 2017; ACPA, 2018).

1.2.2. Sesletim özellikleri

DDY'li bireyler sesletim açısından değerlendirildiğinde sağlıklı akranlarına göre daha düşük performans göstermektedir (Kuehn ve Moller, 2000). Damak onarımı ameliyatının geç yapılmasına bağlı olarak gelişen yanlış öğrenmeler, oral yapılardaki bozukluklar, velofarengeal kapanma sorunları gibi faktörler nedeniyle DDY'li bireylerin sesletiminde sapmalar görülmektedir (Edmondson ve Reinbartsen, 1998; Ünal, 2006). Bu sapmalar bireylerin konuşma anlaşılabilirliğini ve kişiler arası iletişimini belirgin derecede etkilemektedir (Ünal, 2006).

DDY'li bireylerin sesletim özelliklerini inceleyen araştırmaların alanyazında oldukça çok olması konunun önemini göz önüne sermektedir. Söz konusu çalışmalardan elde edilen bulgular bu bireylerin intraoral basınç gerektiren durak, sürtünmeli ve durak sürtünmeli seslerinin daha sık bozulduğunu, sesletim sırasında dil ucu yerine dilin arkasını kullanarak ön seslerde artlaştırma yaptıklarını ortaya koymuştur. DDY'li bireylerde görülen bir diğer özellik ise eşsesletimdir. Ayrıca bu bireylerde sağlıklı bireylerde rastlanmayan glottal stop, faringeal stop ve faringeal sürtünmeli ses üretimleri saptanmıştır (Edmondson ve Reinbartsen, 1998; Kuehn ve Moller, 2000; Pamplona vd., 2000; Watson vd., 2001; Gibbon ve Crampin, 2002; Whitehill, Francis ve Ching, 2003; Tezel, 2004; Ünal, 2006; Bedwinek, 2007; Balo, 2016; Nemutlu, 2016; Birol, 2019).

Kummer, (2011c) DDY'li bireylerde görülen bu sesletim hatalarını zorunlu ve telafi edici hatalar olarak sınıflandırmıştır. Zorunlu hatalar anormal işlevden değil anormal yapıdan kaynaklanmaktadır. Bu nedenle bu hataların düzeltilmesi için cerrahi veya diğer fiziksel müdahaleler gerekmektedir. Telafi edici hatalar ise anormal yapıya bağlı olarak sesletim yerinin değiştirilmesiyle oluşur. Dolayısıyla bu tür hataların düzeltilmesi konuşma terapisini gerektirmektedir.

Bu bağlamda DKT'lerin standart sesletim testleri kullanarak, hece ve cümle tekrarı yaptırarak ve bağlantılı konuşma örneği alarak DDY'li bireylerdeki zorunlu ve telafi edici sesletim hatalarını belirlemesi, zorunlu hatalar için ilgili yönlendirmeleri yapması, telafi edici hatalar için ise müdahalede bulunması gerekmektedir (Ünal ve Topbaş, 2011; Kummer, 2011b).

1.2.3. Rezonans özellikleri

DDY'li bireylerin konuşma anlaşılabilirliğini önemli oranda olumsuz etkileyen bir diğer durum ise rezonans bozukluklarıdır (Ünal, 2011). Bu bozukluklar damakta bulunan

bir fistül veya açıklık, oral, nazal ve farengeal kavitelerdeki bir tıkanıklık veya velofarengeal disfonksiyon gibi durumlar nedeniyle ortaya çıkabilmektedir (Smith ve Kuehn, 2007; Kummer, 2014b). Velofarengeal disfonksiyon kapsayıcı bir terim olup şu bozuklukları içermektedir:

Velofarengeal yetmezlik; yapısal bir kusurdan dolayı velofarengeal valfte yeterli kapanmanın sağlanamaması durumudur. Velofarengeal yetersizlik; velofarengeal yapıların hareketinin zayıf olması nedeniyle yeterli kapanmanın sağlanamadığı nörofizyolojik bir durumdur. Velofarengeal yanlış öğrenme; yapısal ve nörofizyolojik bir sorun olmaksızın oral konuşma seslerinin üretimi sırasında velofarengeal valfin kapanmaması nedeniyle oluşan artikülasyon hatalarını tanımlamak için kullanılır (Trost-Cardamone, 1989; Kummer, 2011d).

Rezonans bozukluklarının nedenlerinden biri olan velofarengeal disfonksiyon DDY'li bireylerin yaklaşık %20 ila 30'unda damak onarımı sonrasında bile devam etmektedir (Kummer, 2011b). Dolayısıyla bu bireylerde yarık damak ve velofarengeal disfonksiyona bağlı olarak hipernazalite, hiponazalite, cul-de-sac rezonans, miks rezonans ve nazal emisyon, nazal türbülans, fonem spesifik nazal emisyon gibi rezonans bozuklukları görülebilmektedir (Kummer, 2011a; Sweeney, 2011; Ünal, 2011).

DKT'ler yapısal bir kusurdan kaynaklanan rezonans bozukluklarına doğrudan müdahale sağlayamasa bile bu bozuklukların ayırıcı tanısını yapmakla ve olası nedenini belirlemekle yükümlüdürler. Dolayısıyla bir DKT algısal ve aletsel değerlendirme yöntemlerini kullanarak DDY'li bireylerin rezonans tipini belirlemeli, rezonansın normal olmadığı durumlarda tedavi için önerilerde bulunmalıdır. DKT yapısal bir kusurdan kaynaklanan rezonans bozukluklarının tedavisi için ilgili yönlendirmeleri yapmalı, yapısal kusurlardan kaynaklanmayan rezonans bozuklukları için müdahale sağlamalıdır (Kummer, 2011b; Ünal ve Topbaş, 2011; Kummer, 2014a).

1.2.4. Fonasyon özellikleri

DDY'li bireylerin konuşma anlaşılabilirliği fonasyon özelliklerinden de etkilenmektedir. Ses kısıklığı, nefeslilik, düşük ses şiddeti ve glottal fry gibi disfonik özellikler çeşitli nedenlerden dolayı yarık damaklı ve velofarengeal yetmezliği olan bireylerde yaygın olarak görülebilmektedir (Kummer, 2014b). Esen Aydın, (2015) tarafından ülkemizde yapılan bir çalışmada 4-12 yaş aralığındaki yarık damaklı çocuklarda ses bozukluğu oranı %22.2 olarak bulunmuştur. Esen Aydın bu oranın yarık

olmayan popülasyondan bir nebze yüksek olduğunu ifade etmiştir. Bu durum DKT'lerin DDY'li bireyleri ses bozukluğu açısından da değerlendirmesi gerektiğini göstermektedir.

Buraya kadar değinilen konular bütüncül olarak ele alındığında ortaya çıkan durum DDY'li bireylerin dil ve konuşma müdahalesine oldukça ihtiyaç duyan bir popülasyon olduğunu ve DKT'lerin DDY ekibinin anahtar bir üyesi olduğunu göz önüne sermektedir. DKT'lerin bu bireylere etkili ve kaliteli bir hizmet sunabilmeleri için DDY hakkında nitelikli bir eğitim almaları gerektiği düşünülmektedir. Ancak Türkiye'de DKT yetiştiren lisans ve lisansüstü eğitim programlarının akademik kadroları incelendiğinde DDY üzerine uzmanlaşan öğretim elemanı sayısının oldukça az olduğu görülmektedir (Birol, 2019). Bu durumun Türkiye'deki DKT'lerin DDY'ye ilişkin yeterlik düzeylerini etkileyeceği düşünülmektedir. DKT'ler herhangi bir uzmanlık alanında uygulama yapmadan önce kendi yeterliklerini değerlendirmekle yükümlüdürler (Dil ve Konuşma Terapistleri Derneği [DKTD], 2017). Bu doğrultuda DKT'lerin DDY'ye ilişkin yeterlik düzeylerine dair görüşlerinin, bir diğer deyişle özyeterlik düzeylerinin belirlenmesinin oldukça önemli olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

1.3. Özyeterlik

Wood ve Bandura (1989) özyeterlik kavramını, kişinin belirli talepleri yerine getirmek için gerekli olan bilişsel kaynaklarını, motivasyonunu ve eylem planını harekete geçirme yeteneğine olan inancı olarak tanımlamaktadır. Buğdaycı, (2018) ise özyeterliği, bir görev için gereken davranışları yürütme ve bu görevi başarılı bir şekilde yerine getirmeye ilişkin kişinin kendisine olan inancı olarak açıklamaktadır. Kısaca belirtmek gerekirse özyeterlik “Bu durumda bu görevi yapabilir miyim?” sorusuna verilen yanıt ile ilgilidir (Linnenbrink ve Pintrich, 2003). DKT'ler açısından özyeterlik ise bir DKT'nin dil ve konuşma değerlendirmesi ve müdahalesiyle ilgili görevleri başarılı bir şekilde yerine getirmeye dair kendisine duyduğu güven, bir diğer deyişle klinik yeteneklerine olan inancı olarak tanımlanmaktadır (Pasupathy ve Bogenschutz, 2013). Örneğin, bir DKT'nin DDY'li bireylerin konuşma özelliklerini değerlendirme veya bu bireylere müdahale sağlama gibi görevleri başarılı bir şekilde yerine getirmeye dair kendisine olan inancı özyeterlik ile ilgilidir.

Özyeterlik kişinin bir durum hakkındaki gerçek yeterlik düzeyini yansıtan bir kavram değil, o duruma dair kendi yeterliği hakkındaki kişisel inançlarını ve yargılarını yansıtan bir kavramdır (Ertürk, 2015). Dolayısıyla bir kişi belirli bir durum hakkında

sahip olduğu gerçek yeterlik düzeyinden daha çok veya daha az yeterliğe sahip olduğunu düşünebilir (Kotaman, 2008). Örneğin, bir DKT rezonans bozukluklarını değerlendirmek için gerekli bilgi ve becerilere sahip olmasına rağmen bu konuda kendisini yeterli görmeyebilir veya bu bilgi ve becerilere sahip olmamasına rağmen rezonans değerlendirmesinde yeterli olduğunu düşünebilir.

Özyeterlik inancının oluşmasında dört temel kaynağın rol oynadığı belirtilmektedir. Bunlardan ilki ve en etkili kişilerin kendi deneyimleridir. Başarılı deneyimler kişinin kendi yeterliğine dair güçlü bir inanç geliştirmesini sağlarken, başarısızlıkla sonuçlanan deneyimlerin sık olması kişinin yeterliğine olan inancını zayıflatmaktadır. İkinci kaynak sosyal modellemedir. Kişinin kendisine benzeyen insanların başarılarını gözlemlemesi kendi yeterliğine olan inancını kuvvetlendirmede etkili olmaktadır. Özyeterlik inancının üçüncü kaynağı sözel iknadır. Kişinin bir göreve ilişkin teşvik edilmesi o konuda daha fazla çaba göstermesini sağlayarak başarılı olma ihtimalini artırabilmektedir. Özyeterlik inancının son kaynağını ise kişilerin fizyolojik ve duygusal durumları oluşturmaktadır (Bandura, 2010).

Özyeterlik inancı kişilerin duygularını, düşüncelerini, davranışlarını ve motivasyonlarını etkilemektedir (Ertürk, 2015). Dolayısıyla bu inanç bireylerin caydırıcı olaylara ve engellere ne kadar süre dayanabileceğini ve bu durumları açmak için ne kadar çaba göstereceğini de belirlemektedir (Bandura ve Adams, 1977). Özyeterliği yüksek olan insanların zorlu durumlar karşısında daha fazla çaba gösterdikleri ve hedeflerine daha fazla bağlı kaldıkları belirtilmektedir (Luszczynska, Guti rrez- Doņa ve Schwarzer, 2005). Diğer yandan özyeterliği düşük olan insanların engeller karşısında daha az çabaladıklarını ve daha çabuk pes ettiklerini söylemek mümkündür. Kişinin bir görevi gerçekleştirmeye yönelik davranışını, bu davranışın sürekliliğini, davranış için güdülenmesini ve performansını etkileyen  zyeterlik inancının yüksek olması bir konu veya bir alanda başarılı olmayı kolaylaştırmaktadır (Kotaman, 2008; Adıyaman, 2019).

Bireylerin sosyal ve iş hayatları üzerinde bu denli etkisi bulunan  zyeterlik inancının ölçümü göreve has, farklı zorluk derecesi olan ve güven derecelerini içeren maddelerden oluşan anketler aracılığıyla yapılmaktadır. Özyeterlik ölçümlerinde kişiler kendilerine verilen görevleri yerine getirmeye ilişkin yeteneklerini değerlendirirler (Zimmerman, 2000). Ulusal ve uluslararası alanyazında sağlık uzmanlarının  zyeterlik düzeylerini inceleyen pek çok araştırma olduğu görülmektedir. Bu uzmanlara dil ve konuşma terapistleri (Hopstetter, 2011; Noguchi, 2017; Kalaycı, 2019), hemşireler (Sağ,

2019), ergoterapistler (Vax, Schreuer ve Sachs, 2012) ve aile hekimleri (Samancı, 2019) örnek verilebilir. Aşağıdaki bölümde DKT'ler ile yapılan çalışmalara yer verilmiştir.

1.4. İlgili Araştırmalar

Ulusal alanyazın incelendiğinde DKT'lerin özyeterlik düzeyleriyle ilgili yapılan çalışmaların oldukça sınırlı olduğu göze çarpmaktadır. Bu çalışmalar içerisinde doğrudan özyeterliği inceleyen tek bir çalışma (Kalaycı, 2019) bulunmaktadır. Diğer çalışmalarda ise DKT'lerin eğitim ve klinik bilgileri (Savaş ve Toğram, 2013), farklı dil ve konuşma bozukluklarına dair tutum, bilgi ve algıları (Maviş vd., 2013; Bellice, 2016) incelenmiştir.

Kalaycı, (2019) tarafından yürütülen çalışmada DKT'lerin işitme kaybına ve terapisine ilişkin özyeterlik düzeyleri incelenmiştir. Bu çalışmada anket kullanılarak veri toplanmıştır. Ankete Türkiye'de çalışan 87 DKT cevap vermiştir. Araştırma sonucunda DKT'lerin dil ve konuşma becerilerini değerlendirme konusunda özyeterlik düzeylerinin yüksek olduğu, fakat beyin sapı implantı ile ilgili özyeterliklerinin düşük olduğu saptanmıştır. Anketin alt boyutlarıyla ilgili bulgularda DKT'lerin terapi sürecine dair özyeterlikleri daha yüksek düzeyde bulunurken, terapi öncesi kontrollere ilişkin özyeterlikleri düşük düzeyde bulunmuştur. Bulgular, işitme kayıplı bireylerle daha uzun süredir çalışan DKT'lerin terapi sürecine ilişkin özyeterlik düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermekteyken, bir yıldan daha kısa süredir meslekte çalışan DKT'lerin ise işitmeye yardımcı teknolojilere ilişkin özyeterlik düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Bellice, (2016) "Türkiye'de Çalışan Dil ve Konuşma Terapistlerinin Hızlı Bozuk Konuşma ve Terapisine Yönelik Algılarının Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmasında DKT'lerin hızlı bozuk konuşmaya (HBK) ve terapisine ilişkin fikirlerini, tutumlarını ve davranışlarını incelemiştir. Araştırmada 61 maddelik bir anket kullanılarak 82 DKT'den veri toplanmıştır. Araştırma sonucunda katılımcıların HBK'ya dair aldıkları eğitimi yeterli bulmadıkları saptanmıştır. Eğitimleri esnasında HBK vakasıyla deneyimi olan katılımcılar ile deneyimi olmayan katılımcıların, mesleki yaşamlarında bu vakalarla çalışmayı tercih etme ve kendilerini bu vakalarla çalışma açısından yeterli veya yetersiz bulma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Bu bulgulara ek olarak çalışma hayatında HBK vakaları ile deneyimi olan katılımcılar ile deneyimi olmayan katılımcıların "HBK nedenleri, HBK bireylerin kişilik/özellikleri, terapi/yöntem, terapi etkililiği, HBK ve diğer bozukluklar, mesleki eğitim, terapi, HBK

bireylerin ebeveynleri” kategorileri altında yer alan anket maddelerine verdiği yanıtlar arasındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu bulgular eğitim sırasında ve çalışma yaşamında edinilen vaka deneyiminin, DKT’lerin HBK ile ilgili fikir ve görüşleri üzerinde etkisi olduğunu ortaya koymuştur.

Savaş ve Toğram (2013) ise DKT’lerin otizm spektrum bozukluğu (OSB) alanındaki eğitim ve klinik bilgilerini belirlemek amacıyla 52 maddelik bir anket kullanarak dil ve konuşma terapistliği lisansüstü programlarından mezun olan 61 DKT’den veri toplamıştır. Araştırma sonucunda dil ve konuşma terapistliği eğitiminin OSB ile doğrudan ilişkili dersleri kapsamadığı, dolaylı bir şekilde OSB ile ilişkili olan ders sayısının ve bu derslerde OSB’ye ayrılan sürenin sınırlı olduğu, aynı zamanda klinik uygulamalar esnasında çalışılan OSB’li vaka sayısının da sınırlı olduğu saptanmıştır. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu, OSB’ye ilişkin aldıkları eğitimi ve bu konudaki klinik deneyimlerini yeterli görmediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcılar OSB’li bireylerle çalışırken uygun müdahale hedeflerine karar vermeye ve bu bireylere eğitim sunmaya dair de kendilerini yeterli hissetmediklerini ifade etmişlerdir.

Maviş vd., (2013) Türkiye’deki DKT’lerin kekemelik ve terapisine ilişkin klinik tutumlarını tespit etmeyi ve bulguları İngiltere ve ABD’de yapılan araştırmaların sonuçlarıyla karşılaştırmayı amaçlamışlardır. Bu amaçla The Clinician Attitudes Toward Stuttering envanteri Türkçe’ye çevrilerek veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Araştırmaya 61 DKT katılmıştır. Araştırma sonucunda Türkiye’deki DKT’lerin kekemeliğin etiolojisinde birçok faktörün etkisi olduğu fikrine katıldıkları ancak kekemeliği basit bir motor konuşma bozukluğu olarak kabul etmedikleri görülmüştür. Ayrıca Türkiye’deki DKT’lerin 4-7 yaş arasındaki çocukların terapi almaları gerektiği yönünde görüş bildirmeleri, erken müdahale konusunda diğer çalışmalardaki DKT’ler ile aynı fikirde olduklarını ortaya koymuştur. Bu araştırmalardaki DKT’lerin üzerinde anlaştıkları diğer konular; okul öncesi ve ergenlik dönemindeki kekeme bireylerin terapisinde ebeveyn danışmanlığına odaklanılması gerektiği, kekemelik üzerinde değişiklik yapmanın kolay olmadığı ve terapiye en uygun konuşma bozukluğu olmadığı, kekemelik terapisinde edimsel ve öz-değerlendirme yaklaşımlarının kombinasyonunun kullanılması gerektiği yönündedir.

Yukarıda da belirtildiği gibi ülkemizde gerçekleştirilen araştırmalar DKT’lerin işitme kaybı, HBK, OSB ve kekemelik alanlarındaki özyeterlik düzeylerini ya da bilgi,

tutum ve algılarını ortaya koymaktadır. Ülkemizde DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerini veya tutumlarını konu edinen bir araştırma yapılmadığı göze çarpmaktadır.

Uluslararası alanyazına bakıldığında ise dil ve konuşma terapisi öğrencilerinin ve DKT'lerin özyeterlik düzeylerini ele alan çalışmalar olduğu gibi DKT'lerin DDY'ye ilişkin klinik özyeterliklerini, akademik ve klinik eğitimlerini, DDY ile ilgili dil ve konuşma bozukluklarının değerlendirilmesi ve terapisi hakkındaki bilgi düzeylerini, ihtiyaçlarını ve görüşlerini ele alan çalışmalar da olduğu görülmektedir. Aşağıda DKT'lerin DDY'ye dair incelendiği araştırmalara yer verilmiştir.

Schneider ve Shprintzen (1980) ABD ve Kanada'daki DKT'lerin konuşma bozukluğu olan DDY'li bireylerin tanı ve terapisinde kullandıkları yöntemleri belirlemeyi amaçlamışlardır. Araştırmada anket yoluyla veri toplanmıştır. Yaklaşık 1000 DKT'nin %60'ı anketi cevaplamıştır. Katılımcıların çok büyük bir çoğunluğu velofarengeal yetmezliğin tanısında kullandıkları yöntemlerin dinleyici yargısı, intraoral muayene ve artikülasyon testleri olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların yaklaşık %80'i velofarengeal yetmezliğin tedavisinde konuşma terapisinin en azından bazı durumlarda etkili olabileceğini belirtmiş ve bu bireylere artikülasyon terapisi yaptıklarını ifade etmiştir. Ayrıca bulgular katılımcıların %54'ünün velofarengeal kapanmaya etkisi olmadığı halde üfleme, emme, yutkunma gibi egzersizleri kullandıklarını göstermiştir. Pannbacker, Lass ve Stout (1990) tarafından yapılan benzer bir araştırmada ise katılımcıların yalnızca %27.2'si velofarengeal yetmezliğin tedavisinde konuşma terapisini her zaman veya sıklıkla etkili bulduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca araştırma sonucunda katılımcıların büyük çoğunluğunun velofarengeal fonksiyonun değerlendirilmesinde oral muayene ve aletsel değerlendirme yöntemlerini önemli buldukları saptanmıştır.

Pannbacker vd., (1993) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise DKT'lerin nazofaringoskopiye dair eğitim, deneyim ve görüşleri incelenmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu velofarengeal fonksiyonun değerlendirilmesinde nazofaringoskopinin çok önemli olduğunu ve DKT'ler tarafından yapılması gerektiğini belirtmesine rağmen yaklaşık %65'i nazofaringoskopik muayene yapmadığını bildirmiştir. Ayrıca araştırma bulguları katılımcıların %40'ının nazofaringoskopi hakkında akademik eğitiminin olmadığını, %20'sinin ise klinik deneyiminin bulunmadığını ortaya koymuştur. Araştırmacılar dil ve konuşma terapisi eğitim programları ile sürekli eğitim programlarında nazofaringoskopiye dair akademik ve klinik eğitiminin artırılması

gerektiğini, bu eğitimler sayesinde DKT'lerin velofarengeal yetersizliğin değerlendirilmesi ve tedavisine ilişkin klinik yeterliklerinin artacağını belirtmişlerdir.

Pannbacker vd., (1990'dan aktaran Vallino vd., 2008) dil ve konuşma terapisi lisansüstü programlarında yarık damak hakkında verilen eğitimi incelemişlerdir. Araştırma sonucunda çalışmaya katılan 134 programın neredeyse tamamında yarık damak ile ilgili bir ya da daha fazla ders olduğu, %53'ünde ise klinik uygulama olanaklarının mevcut olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu programların %81.4'ü yarık damak hakkında sunulan eğitimin öğrencilerin yarık damaklı bireylere hizmet sunabilmesi için yeterli olduğunu bildirmiştir.

Kuehn ve Henne (2003) Meksika'daki bir hastanede DDY'li bireylerin ameliyat sürecinde görev almışlardır. Araştırmacılar bu görev esnasında hastanede çalışan DKT ile etkileşimde bulunmuşlardır. Bu etkileşimde DKT'nin konuşma bozukluğu olan bireylere sağlanan müdahaleler hakkında genel bir deneyime sahip olduğu ancak özellikle yarık damaklı bireylerin değerlendirilmesinde ve tedavisinde kullanılan yaklaşımlara aşina olmadığı ortaya çıkmıştır. DKT'nin görev yaptığı bu hastanede DDY'li bireylerin konuşma sorunlarını teşhis etmek için kullanılan aletsel değerlendirme yöntemlerine daha önce hiç başvurulmadığı saptanmıştır. Araştırmacılar bu durumun gelişmekte olan diğer ülkeler için de benzer olabileceğini hatta ABD'de görev yapan birçok DKT'nin de yarık damaklı bireylerin değerlendirilmesi ve tedavisi ile ilgili temel bilgilere sahip olmayabileceğini belirtmişlerdir. Araştırmacılar bu durumu göz önünde bulundurarak DDY'li bireylerle çalışan DKT'ler ve diğer uzmanların faydalanması için yarık damakla ilişkili konuşma bozukluklarının değerlendirilmesi ve tedavisinin temel yönlerini içeren bir kılavuz rapor hazırlamışlardır.

Pannbacker, (2004) yarık damağı ve velofarengeal yetmezliği olan bireylere sağlanan dil ve konuşma müdahalelerinin niteliğinin yetersizden mükemmele kadar değişen bir aralıkta olduğunu, çünkü eğitim programları arasında akademik dersler ve klinik uygulamalar açısından önemli farklılıklar olduğunu belirtmiştir. Ayrıca birçok DKT'nin bu bireyleri nadiren gördüğünü vurgulamıştır. Dolayısıyla bazı DKT'lerin bu konuda kapsamlı bir eğitim ve deneyime sahip olduğunu, bazılarının ise eğitim ve deneyimlerinin sınırlı olduğunu belirtmiştir. Pannbacker bu bireylere sağlanan müdahalelerin niteliğini artırmak için DKT'lerin sürekli eğitim faaliyetlerine, mesleki toplantılara katılarak ve ilgili literatürü okuyarak bilgilerini güncel tutmaları gerektiğini vurgulamıştır. Ayrıca DKT'lerin eğitim ve deneyimlerinin sınırlı olduğu konular ve

yetkinliklerini aşan durumlar karşısında vakayı sevk etmeleri veya ilgili uzmanlardan danışmanlık almaları gerektiğini ifade etmiştir.

Callahan ve Hazelwood (2004'den aktaran Bedwinek vd., 2010), DKT'lerin yarık damaklı çocukların tedavisine ilişkin bilgi, deneyim ve ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla bir araştırma yürütmüşlerdir. Bu çalışmada katılımcıların %49.5'i yarık damak veya velofarengeal disfonksiyonu olan çocukların tedavisinde biraz yetkin olduklarını, %44.1'i ise yetkin olmadıklarını belirtmişlerdir. Araştırma sonucunda çoğu katılımcının bu bireylerle çalışma deneyiminin olmadığı veya sınırlı deneyime sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların bu konuda kaynak ve bilgi arayışında oldukları ortaya konmuştur.

Vallino vd., (2008) tarafından yürütülen bir çalışmada dil ve konuşma terapisi öğrencilerinin DDY'ye ilişkin güncel akademik ve klinik eğitimleri incelenmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Çalışma sonucunda 127 akredite lisansüstü programın %66.9'unun DDY ile ilgili özel bir ders sunduğu ancak bu programların sadece yarısında bu dersin zorunlu olduğu saptanmıştır. Bir diğer deyişle 127 programın sadece %33'ünde DDY'ye ayrılmış özel ve zorunlu bir ders olduğu görülmüştür. Programların %54.3'ünün DDY ile ilgili klinik uygulama imkânlarına sahip olduğu, %45,7'sinin ise klinik uygulama sunmadığı saptanmıştır. Ancak bu programlara kayıtlı öğrencilerin %88'inin DDY'li bireylerle klinik uygulama yapmadığı belirtilmiştir. Katılımcılar akademik eğitimdeki sınırlılığın nedenlerinden biri olarak öğretim üyesi eksikliğini belirtirken, klinik eğitimdeki yetersizliği yarık damaklı hastalara veya yarık damak takımlarına erişimlerinin sınırlı olmasıyla ilişkilendirmişlerdir. Ayrıca katılımcılar sınırlı eğitimin DKT'lerin yeterliğini ve dolayısıyla DDY'li bireylere sağlanan müdahalenin niteliğini olumsuz yönde etkileyebileceğini bildirmişlerdir. Bu bulgular ışığında araştırmacılar, DKT öğrencilerinin ve DKT'lerin DDY'ye ilişkin kendilerini geliştirmeleri için alternatif yöntemler aramaları gerektiğini vurgulamışlardır.

Bedwinek vd., (2010), tarafından yapılan bir çalışmada ise okullarda görev yapan DKT'lerin DDY'li çocukları değerlendirme ve bu bireylere terapi sağlamaya ilişkin ihtiyaçlarını belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmada 16 maddelik bir anket kullanılarak 332 DKT'den veri toplanmıştır. Çalışma sonucunda katılımcıların tamamının eğitimleri esnasında DDY ile ilgili ders aldığı ancak sadece %15'inin bu alanda klinik uygulama yaptığı, %19'unun sürekli eğitime katıldığı saptanmıştır. Katılımcıların %28'i kariyeri boyunca DDY'li bir çocuk görmediğini belirtirken, yalnızca %3'ü 11 ve daha fazla sayıda

çocuk gördüğünü belirtmiştir. Bu bulgular okulda görev yapan DKT'lerin DDY'li çocuklarla çalışma deneyimlerinin oldukça sınırlı olduğunu ortaya koymuştur. Katılımcılar özel konuşma terapisi yöntemleri, velofarengeal disfonksiyonla ilgili artikülasyon bozukluklarının değerlendirilmesi ve terapisi, rezonans bozukluklarının değerlendirilmesi ve terapisi, DDY ile ilgili dil sorunları gibi klinik ortamlarda kullanabilecekleri pratik bilgiler edinmenin kendileri için daha faydalı olacağını bildirmişlerdir. Ayrıca DDY ekibinde görev yapan DKT'lerle iletişim içinde bulunmanın da faydalı olacağını belirtmişlerdir. Ancak katılımcılar velofarengeal fonksiyonun değerlendirilmesinde kullanılan videofloroskopi, nazofaringoskopi, nazometre gibi cihazlar hakkında bilgi sahibi olmayı daha az yararlı bulduklarını belirtmişlerdir. Katılımcılar DDY'li bireylerin yönetimi hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak için DDY ekibine, web sitelere, kongre ve konferanslara başvuracaklarını bildirmişlerdir. Ayrıca DKT'lerin yaklaşık %73'lük bir kısmı yetersiz eğitim, yetersiz klinik uygulama, DDY'nin düşük görülme sıklığı ve mezuniyetleri üzerinden geçen zaman gibi faktörler nedeniyle DDY'li bireylerle çalışma konusunda kendilerini hazır hissetmediklerini belirtmişlerdir. Meyer, (2015) tarafından yapılan benzer bir araştırmada da DKT'lerin DDY'ye ilişkin akademik ve klinik eğitimlerinin sınırlı olduğu ortaya konmuştur. Bu çalışmada Bedwinek'in bulgularının aksine DKT'ler videonazendoskopi veya nazofaringoskopi hakkında daha fazla bilgi edinmeyi tercih edeceklerini bildirmişlerdir. Ayrıca bu araştırmadaki katılımcılar bilgi kaynağı olarak kongre, konferans ve web sitelerinin yanı sıra DDY dergilerini ve ders kitaplarını da tercih etmişlerdir.

Hardin-Jones, Jones ve Dolezal (2019) tarafından yapılan bir araştırmada ise DKT'lerin DDY'li çocuklara sağlanan dil ve konuşma müdahalesine ilişkin görüşleri ve uygulamaları incelenmiştir. Araştırmada 107 DKT'den anket yoluyla veri toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre katılımcıların %96'sı DKT'lerin damak onarımı öncesinde ebeveynlere çocuklarının dil ve konuşma gelişimi hakkında danışmanlık yapması gerektiği yönünde fikir birliği göstermiştir. DKT'lerin büyük çoğunluğunun (%90) hemfikir olduğu bir diğer konu ise DDY'li çocukların ünsüz envanterini artırmayı erken müdahale hedefi olarak belirlemeye yöneliktir. Ancak hangi ünsüz tipinin uyarılacağına dair DKT'lerin farklı görüşlere sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgulara ek olarak katılımcılar, üfleme faaliyetleri gibi konuşma dışı oral motor egzersizlerin labiyal, lingual veya velofarengeal hareketlerin güçlendirilmesinde etkisi olmadığını kabul etmekle birlikte DDY'li çocukların oral hava akımına yönelik bilincini artırmada

yararlı olduğunu bildirmişlerdir. Katılımcıların terapi yöntemlerinin etkililiğine ilişkin görüşlerinde de büyük ölçüde farklılıklar olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak bu araştırmanın bulguları, DDY’li çocuklara sağlanan dil ve konuşma müdahalesine ilişkin olarak DKT’ler arasında görüş farklılıkları olduğunu göstermiştir.

Baigorri vd., (2020) tarafından yapılan bir araştırmada dil ve konuşma terapisi lisansüstü öğrencilerinin DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeyleri incelenmiştir. Araştırmaya 17 öğrenci katılmıştır. Bu öğrenciler DDY’li bireylerle yoğun bir şekilde klinik uygulama yapacakları 5 günlük bir programa dahil edilmişlerdir. Bu süre zarfında öğrenciler DDY konusunda uzman 4 DKT’nin rehberliğinde farklı yaşlardaki DDY’li bireylerin değerlendirmesini yapmışlar ve bu bireylere terapi sağlamışlardır. Öğrenciler klinik uygulamaların başında ve sonunda DDY’ye ilişkin değerlendirme, terapi sağlama ve mesleki davranışlar bölümlerini içeren özyeterlik anketini cevaplamışlardır. Öğrencilere rehberlik eden DKT’ler klinik uygulamaların sonunda öğrencilerin performanslarıyla ilgili sorulara yanıt vermişlerdir. Araştırma sonucunda değerlendirme ve terapi sağlama bölümlerinde yer alan tüm bağımlı değişkenlerde klinik uygulama öncesi özyeterlik ile sonrası arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Klinik uygulamalarda öğrencilere rehberlik eden DKT’lerin, öğrencilerin uygulama öncesi ve sonrası performanslarına ilişkin görüşlerinin özyeterlik bulgularıyla genel olarak tutarlı olduğu görülmüştür. Bulgular yoğun klinik uygulamaların DDY’li bireyleri değerlendirme ve bu bireylere terapi sağlamaya ilişkin özyeterliği kuvvetlendirdiğini göstermektedir.

Araştırmalardan elde edilen bulgular, DKT’lerin DDY’ye ilişkin akademik ve klinik eğitimlerinin yetersiz olduğunu ve mesleki yaşamlarında DDY’li bireylerle nadiren çalıştığını göstermektedir. Sonuç olarak DKT’lerin DDY’ye dair bilgi düzeylerinin ve özyeterliklerinin sınırlı olduğu, DDY konusunda ek eğitimlere ihtiyaçlarının olduğu görülmüştür.

1.5. Problem Durumu

Dil ve konuşma yoluyla iletişim kurmak insana has bir özelliktir. Temelde bizi insan yapan ve diğer türlerden ayıran şey bu özelliğimizdir. Çoğu insan etkili iletişim kurabilecek dil ve konuşma becerilerine sahiptir ancak bazı insanlar çeşitli nedenlerden dolayı iletişim kurmakta zorluk yaşayabilmektedir. Buraya kadar verilen alanyazın DDY’li bireylerin dil ve konuşma bozuklukları açısından yüksek risk altında olduklarını ve konuşma anlaşılabilirliklerini etkileyen sesletim, rezonans ve fonasyon sapmaları

gösterdiklerini göz önüne sermektedir. Bu tür durumlar DDY'li bireylerin etkili iletişim kurmalarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. DDY'li bireylerde görülen bu problemlere zamanında müdahale edilmediğinde sosyal, duygusal ve eğitsel zorluklar da ortaya çıkabilmekte, bu bireylerin yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Akinbami, 2007; D'Antonio ve Scherer, 2008; Brunnegård, Lohmander ve van Doorn, 2009; Wehby vd., 2014).

Yukarıda verilen durumlar göz önünde bulundurulduğunda DDY'li bireylerin yaşam kalitesini önemli oranda etkilediği düşünülen dil ve konuşma bozukluklarının erken dönemde tespit edilmesi ve bu bozukluklara müdahale edilmesi önem arz etmektedir. Dolayısıyla DKT'lerin bu bireylerin müdahale sürecinde aktif bir şekilde görev alması gerektiği açıkça görülmektedir. ACPA ve Amerikan Dil, Konuşma ve İşitme Derneği (American Speech-Language-Hearing Association [ASHA]) DKT'lerin DDY ekibinde yer alması gereken üç temel uzmandan biri olduğunu vurgulamıştır. Ancak uluslararası alanyazın DDY'li bireylerin müdahale ekibinde bu denli önemli bir yeri olan DKT'lerin DDY'ye ilişkin akademik ve klinik eğitimlerinin sınırlı olduğunu, bu durumun DKT'lerin yeterliğini ve dolayısıyla bu bireylere sağlanan müdahalenin niteliğini etkilediğini ortaya koymuştur.

Ulusal alanyazına bakıldığında DKT'lerin DDY'ye ilişkin kendi yetkinliklerini veya yeterliklerini değerlendirdikleri herhangi bir çalışma olmadığı göze çarpmaktadır. Uluslararası alanyazında yer alan çalışmalar dikkate alındığında Türkiye'deki DKT'lerin DDY'ye ilişkin mevcut durumlarının belirlenmesi gerektiği düşünülmüştür. Bu durum araştırmanın temel gereksinimini oluşturmaktadır.

1.6. Amaç

Bu araştırma, Türkiye'deki DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerini incelemeyi amaçlamıştır. Bu amaca ulaşmak için aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Türkiye'deki DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik algıları ankette yer alan maddelere göre ne düzeydedir?
2. Türkiye'deki DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik algıları ankette yer alan alt bölümlere göre ne düzeydedir?
3. Türkiye'deki DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeyleri; cinsiyete, eğitim durumuna, çalışma süresine, çalışma ortamına, üniversite eğitimi esnasında DDY'li bireylerle klinik uygulama yapma durumuna, mezuniyet sonrasında

DDY'ye ilişkin herhangi bir eğitim/seminer/konferansa katılım durumuna, müdahale sağlanan DDY'li birey sayısına göre farklılaşmakta mıdır?

4. Türkiye'deki DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeyleri; cinsiyet, eğitim durumu, çalışma süresi, çalışma ortamı, üniversite eğitimi esnasında DDY'li bireylerle klinik uygulama yapma durumu, mezuniyet sonrasında DDY'ye ilişkin herhangi bir eğitim/seminer/konferansa katılım durumu, müdahale sağlanan DDY'li birey sayısı açısından ankette yer alan alt bölümlere göre farklılaşmakta mıdır?
5. Türkiye'deki DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerine dair görüşleri nelerdir?

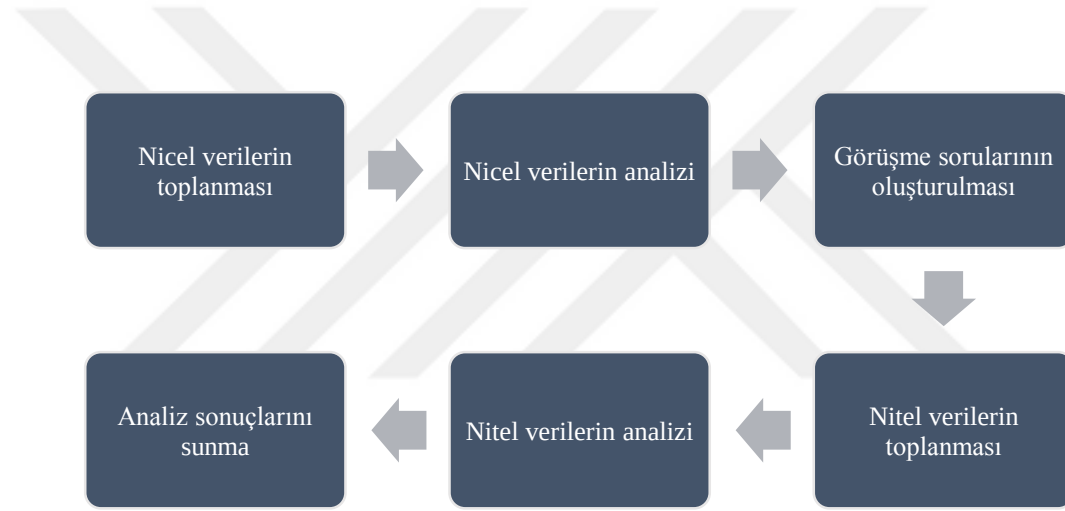
1.7. Önem

Uluslararası ve ulusal alanyazında DKT'lerin farklı dil ve konuşma bozukluklarına yönelik özyeterlik düzeylerini, akademik ve klinik eğitimlerini, bilgi düzeylerini, ihtiyaçlarını ve görüşlerini konu edinen çalışmalar olduğu görülmektedir. Bu çalışmalar incelendiğinde ulusal alanyazında DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerini ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerini belirlemeyi odağa alan bu çalışmanın bir ilk olduğu göz önüne alındığında, ulusal alanyazındaki önemli bir boşluğun doldurulacağı ve bu alandaki yeni araştırmalara rehberlik edileceği düşünülmektedir. Ayrıca araştırma sonuçları sayesinde DKT'lerin DDY'ye ilişkin ne tür bilgi, beceri ve kaynaklara ihtiyacının olduğu hakkında fikir yürütülebileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda araştırma bulgularının, DKT yetiştiren eğitim programlarındaki DDY'yle ilgili akademik ve klinik eğitimin planlanmasına rehberlik edeceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra bulgular, DDY'yle ilgili mesleki eğitimlerin, kongrelerin, seminerlerin içeriklerinin belirlenmesine ve DKT'lerin DDY'ye ilişkin bilgi edinebileceği kaynakların geliştirilmesine de katkı sağlayabilir.

Özetle bu çalışmanın dil ve konuşma terapisine ilişkin alanyazını zenginleştireceği, DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerini kuvvetlendirmeye ve dolayısıyla DDY'li bireylere sağlanan dil ve konuşma müdahalelerinin niteliğini artırmaya yönelik düzenlemelere rehberlik edeceği düşünülmektedir.

2. YÖNTEM

Bu araştırmanın amacı Türkiye’deki DKT’lerin DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerini incelemektir. Bu amaç doğrultusunda karma araştırma yöntemlerinden sıralı açıklayıcı desen kullanılarak araştırma iki aşamalı olarak yürütülmüştür. Araştırmanın ilk aşamasında, araştırmacı tarafından “Dil ve Konuşma Terapistlerinin Dudak Damak Yarığına İlişkin Özyeterlik Anketi” geliştirilmiş ve bu anket aracılığıyla veri toplanmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasında ise anketten elde edilen bulgular ışığında yarı yapılandırılmış görüşme soruları hazırlanmış ve katılımcıların özyeterlik düzeylerine ilişkin görüşleri belirlenmiştir. Araştırma sürecinin aşamaları Şekil 2.1.’de özetlenmiştir.



Şekil 2.1. Araştırma sürecinin aşamaları

Bu bölümde araştırma modeli, katılımcılar, veri toplama araç ve teknikleri, veri toplama süreci ve toplanan verilerin analiz süreci hakkında bilgi verilmiştir.

2.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma, nicel ve nitel verilerin birlikte kullanıldığı karma araştırma yöntemine göre tasarlanmış olup araştırma süreci sıralı açıklayıcı desen ile yürütülmüştür.

Karma araştırma yöntemi, tek bir çalışma veya aynı temel olguyu araştıran bir dizi çalışma bünyesinde hem nicel hem de nitel veriler toplamayı, toplanan nicel ve nitel verileri analiz etmeyi, analiz sonuçlarını yorumlamayı içeren bir araştırma süreci olarak

tanımlanmıştır (Leech ve Onwuegbuzie, 2009). Bu yöntemde nicel ve nitel araştırma yöntemleri tek bir çalışma içerisinde birleştirilerek kullanılır. Kapsayıcı, çoğulcu ve tamamlayıcı bir araştırma yöntemidir; araştırmanın yürütülmesinde ve yöntem seçiminde eklektik bir yaklaşım benimsendiğini gösterir. Karma araştırma yöntemi ile araştırmacıların seçimleri kısıtlanmaz aksine araştırma sorularının yanıtlanmasında birden fazla yaklaşımın kullanılmasına olanak sağlanır. Burada amaç nicel ve nitel araştırmaların yerini almak değil, bu yaklaşımların güçlü yönlerinden yararlanmak ve zayıf yönlerini en aza indirmektir (Johnson ve Onwuegbuzie, 2004). Diğer bir deyişle karma araştırma yöntemi nicel ve nitel yöntemleri birlikte kullanarak tek bir yöntem kullanmanın getirdiği sınırlılıkları dengelemeye yardımcı olur (Fırat, Kabakçı Yurdakul ve Ersoy, 2014). Bu yöntemde araştırmacı bir yöntemin sınırlılıklarını gidermek için diğer yöntemin güçlü yönlerini kullanabilir ve araştırma sorularını daha geniş ve eksiksiz olacak şekilde yanıtlayabilir. Nicel ve nitel verilerin birlikte kullanılması ile hem araştırma bulgularının genellenebilirliği artırmış olur hem de araştırma konusuyla ilgili farklı görüşler ve anlayışlar elde edilmiş olur (Johnson ve Onwuegbuzie, 2004).

Nicel ve nitel araştırma yöntemlerinin bir arada kullanıldığı karma yöntem, sosyal ve beşeri bilimlerde daha sık kullanılır hale gelmiştir. Sağlık bilimlerinde ise karma yöntemle yürütülen çalışmalara özellikle hemşirelik alanında daha sık rastlanmaktadır (Baki ve Gökçek, 2012). Bedwinek, (2007) yalnızca nicel yöntemlerle güvenilir veri toplamanın zor olduğunu, bu nedenle dil ve konuşma terapisi alanının da araştırma metodolojisini genişletmesi gerektiğini vurgulamıştır. Damico ve Simmons-Mackie (2003) ise nitel araştırma yöntemlerinin de dil ve konuşma terapisi alanına dâhil edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Karma araştırma yönteminin avantajları göz önünde bulundurulduğunda, mevcut araştırmada bulguların genellebilirliğini artırmak ve konuyla ilgili daha zengin bir görüş elde edebilmek amacıyla karma yöntem kullanılmıştır. Araştırmanın deseni ise sıralı açıklayıcı desen olarak belirlenmiştir. Sıralı açıklayıcı desende ilk önce nicel veriler toplanıp analiz edilir, ardından nicel verileri daha detaylı açıklayabilmek için nitel veriler toplanıp analiz edilir. Veri yorumlama ve tartışma bölümlerinde ise nicel ve nitel verilerin analizi birleştirilir (Creswell ve Zhang, 2009). Mevcut araştırmada da DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerini belirlemek amacıyla toplanan nicel verileri derinlemesine açıklayabilmek için nitel veriler toplanıp analiz edilmiştir.

2.2. Katılımcılar

Bu araştırmanın evrenini Türkiye'deki DKT'ler oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde ise çok aşamalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemde örnekleme aşamalarında farklı yöntemler kullanılabilir (Büyüköztürk vd., 2014). Bu çalışmada örnekleme iki aşamada gerçekleştirilmiş olup ilk aşamada basit seçkisiz örnekleme, ikinci aşamada ise amaçlı örnekleme yapılmıştır.

2.2.1. Anket katılımcıları

Araştırmanın nicel verilerinin toplandığı ilk aşamasında katılımcılar basit seçkisiz örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Bu yöntemde evrende bulunan her bir birimin örneklem grubuna seçilme olasılığı eşittir ve bir birimin seçilme durumu diğer birimlerin seçilme durumuna etki etmemektedir. Ayrıca seçkisiz örnekleme yöntemleri kullanılarak belirlenen örneklemin araştırma evrenini temsil etme gücünün diğer örnekleme yöntemlerine kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Büyüköztürk vd., 2014). Bu aşamaya çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 184 DKT katılmıştır.

Araştırmaya 147 kadın DKT (%79.9) ve 37 erkek DKT (%20.1) dahil edilmiştir. Katılımcıların 133'ü (%72.3) lisans, 51'i (%27.7) ise lisansüstü bir programdan mezun olmuştur. Katılımcıların çalışma sürelerine baktığımız zaman katılımcıların 73'ü (%66.9) 1 yıldan az bir deneyime sahip iken, 64'ü (%34.8) 1-3 yıl arası, 29'u (%15.8) 4-6 yıl arası ve 18'i (%9.8) 7 yıl ve üzeri bir deneyime sahiptir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu (n=102, %55.4) özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde (ÖERM) çalışırken, 26'sı (%14.1) özel dil ve konuşma terapisi merkezinde (ÖDKTM), 37'si (%20.1) hastanede, 19'u (%10.3) ise akademik alanlarda çalışmaktadır. Katılımcıların 134'ü (%72.8) üniversite eğitimleri esnasında (lisans-yüksek lisans-doktora) DDY'li bireylerle klinik uygulama yapma şansı bulurken, 50'si (%27.2) ise klinik uygulama yapmamıştır. 68 (%37.0) katılımcı mezuniyet sonrasında DDY'ye ilişkin bir eğitim/seminer/konferansa katılmışken, 116 (%63.0) katılımcı mezuniyet sonrasında DDY'ye ilişkin herhangi bir eğitim/seminer/konferansa katılmamıştır. Katılımcıların 28'i (%15.2) kariyerleri boyunca DDY'li bir bireye müdahale sağlamamış, 86'sı (%46.7) 1-3 arası bireye, 27'si (%14.7) 4-7 arası bireye, 12'si (%6.5) 8-10 arası bireye ve 31'i (%16.8) 10'dan fazla bireye müdahale sağlamıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden DKT'lere ait sosyodemografik bilgilere ilişkin frekans ve yüzde dağılımları Tablo 2.1.'de verilmiştir.

Tablo 2.1. Katılımcılara ait sosyodemografik bilgiler

	N	%
Cinsiyet		
Kadın	147	79.9
Erkek	37	20.1
Eğitim Düzeyi		
Lisans	133	72.3
Lisansüstü	51	27.7
Çalışma Süresi		
1 yıldan az	73	39.7
1-3 yıl	64	34.8
4-6 yıl	29	15.8
7 yıl ve üzeri	18	9.8
Görev Yeri		
Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	102	55.4
Özel Dil ve Konuşma Terapisi Merkezi	26	14.1
Hastane	37	20.1
Akademi	19	10.3
Klinik Uygulama Durumu		
Evet	134	72.8
Hayır	50	27.2
Eğitim/Konferans/Seminerlere Katılım Durumu		
Evet	68	37.0
Hayır	116	63.0
Müdahale Edilen Kişi Sayısı		
Hiç	28	15.2
1-3 kişi	86	46.7
4-7 kişi	27	14.7
8-10 kişi	12	6.5
10 kişiden fazla	31	16.8

2.2.2. Görüşme katılımcıları

Araştırmanın nitel verilerinin toplandığı ikinci aşamasında katılımcılar amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Bu yöntemde örnekleme alınacak birimlerin örneklem için belirlenen ölçütleri karşılaması gerekmektedir (Büyüköztürk vd., 2014). Bu aşamada katılımcılar DDY’li bireylere ilişkin klinik deneyimleri göz önünde bulundurularak belirlenmiş ve çalışmaya 3 DKT dahil edilmiştir.

Görüşme katılımcılarından A, yüksek lisans tezini DDY hakkında yazmıştır ve araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır. Bu katılımcı üniversitede DDY derslerinin yürütülmesinde görev almaktadır ve DDY’li bireylerle çalışma konusunda oldukça fazla deneyim sahibidir. B katılımcısı ise yüksek lisans mezunudur ve ÖDKTM’de görev yapmaktadır. Bu katılımcı DDY’li bireylerle çalışma konusunda deneyim sahibi değildir. C katılımcısı yüksek lisans öğrencisidir ve ÖERM’de görev yapmaktadır. Bu katılımcı DDY’li bireylerle çalışma konusunda sınırlı deneyim sahibidir. Görüşme katılımcılarına ilişkin bilgiler Tablo 2.2.’de özetlenmiştir.

Tablo 2.2. Görüşme katılımcılarına ilişkin bilgiler

Katıldığı görüşme	Kod adı	Katılımcı seçilme ölçütü	Katılımcı özelliği
YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME	A	DDY’li bireylerle çalışma deneyiminin fazla olması	- Araştırma görevlisi - Doktora öğrencisi
	B	DDY’li bireylerle çalışma deneyiminin olmaması	- ÖDKTM çalışanı - Yüksek lisans mezunu
	C	DDY’li bireylerle çalışma deneyiminin sınırlı olması	- ÖERM çalışanı - Lisans mezunu - Yüksek lisans öğrencisi

2.3. Veri Toplama Araç ve Teknikleri

Türkiye’deki DKT’lerin DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin belirlenmesi amacıyla karma araştırma yöntemi kullanılarak yürütülen bu çalışmada veriler iki aşamada elde edilmiş olup, veri toplama sürecinde hem nicel hem de nitel veri toplama araç ve teknikleri kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama araç ve tekniklerine ilişkin bilgiler aşağıda sunulmuştur.

2.3.1. Anket

Araştırmanın ilk aşamasında anket kullanılarak nicel veriler elde edilmiştir. Bu aşamada araştırmacı tarafından “Dil ve Konuşma Terapistlerinin Dudak Damak Yarığına İlişkin Özyeterlik Anketi” (Ek-1) oluşturulmuştur. Anket maddelerini oluşturma sürecinde öncelikle ASHA ve ACPA’nın DDY’li bireylerin müdahale sürecine ilişkin olarak DKT’lere yüklediği rol ve sorumluluklar incelenmiştir. Ardından ilgili alanyazın taranarak DKT’lerin DDY’ye ilişkin bilgi sahibi olması gereken konular ile çeşitli araştırmacılar tarafından vurgulanan rol ve sorumluluklar gözden geçirilmiştir. Son olarak Türkiye’deki üniversitelerin dil ve konuşma terapisi programlarındaki DDY’yle ilgili derslerin içerikleri ve bu derslerin öğrenme çıktıları incelenmiştir. Yapılan incelemelerden sonra araştırmacı anket maddelerini yazmış ve bir madde havuzu oluşturmuştur. Oluşturulan madde havuzu tez danışmanı ve DDY’yle ilgili yüksek lisans tezi yazan bir uzman DKT ile birlikte gözden geçirilmiştir. Bu gözden geçirme sonucunda anketin taslak formunda kullanılmak üzere 25 madde seçilmiştir. Seçilen maddeler 4 ana başlık altında gruplandırılarak anketin taslak formu oluşturulmuştur. Bu taslak anketin DKT’lerin DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerini ölçmekte yeterli olup olmadığını belirlemek amacıyla uzman görüşüne başvurulmuştur. Anket değerlendirme formu

oluşturulmuş ve kapsam geçerliği için 19 uzmana sunulmuştur. Uzmanlar belirlenirken DDY üzerine çalışması olan DKT'lere öncelik verilmekle birlikte üniversitelerin dil ve konuşma terapisi bölümünde görev yapan öğretim üyelerinden de görüş istenmiştir. Anket değerlendirme formunda çalışmanın içeriği ve amacına yönelik kısa bir bilgi verilmiş, ardından uzmanlardan anket maddelerini uygun, uygun değil, değiştirilebilir olarak değerlendirmeleri ve ankete ilişkin ek katkı ve görüşlerini belirtmeleri istenmiştir. Dil ve konuşma terapisi bölümünde görev yapan 1 doçent, 1 doktor öğretim üyesi, 2 araştırma görevlisi, 1 öğretim görevlisi ile 1 uzman DKT olmak üzere toplam 6 uzman ankete ilişkin görüş bildirmiştir. Anket değerlendirme formunun ilk gönderim tarihinden yaklaşık iki hafta sonra görüş bildirmeyen uzmanlara hatırlatma amaçlı tekrar e-posta gönderilmiştir. Ancak hatırlatma e-postasına yanıt veren herhangi bir uzman olmamıştır. Uzmanlardan gelen dönütler doğrultusunda tez danışmanın da onayı ile ankete yeni bir madde eklenmiş, 6. ve 16. maddelerde küçük ifade değişiklikleri yapılmış, 7. ve 17. maddelerde ise hem ifade değişikliği yapılmış hem de bu maddeler iki ayrı maddeye bölünmüştür. Yapılan bu değişikliklerden sonra anketin madde sayısı 28'e çıkmış ve ankete son hali verilmiştir.

Anket, sunuş yazısı, kişisel bilgi formu ve anket maddelerinin bulunduğu bölümlerden oluşmaktadır. Sunuş yazısı bölümünde anket adı, araştırmacıya ve tez danışmanına ilişkin bilgiler, çalışmanın amacı, ankete ilişkin bölümler, anket cevaplama yönergesi ve yanıtların gizli tutulacağına yönelik ifadeler bulunmaktadır. Kişisel bilgi formu bölümünde DKT'lerin özyeterlik düzeylerini etkileyebileceği varsayılan değişkenler bulunmaktadır. Cinsiyet, mezuniyet derecesi, meslekteki çalışma süresi, çalışma ortamı, müdahale sağlanan DDY'li birey sayısı, üniversite eğitimi esnasında DDY'li bireylerle klinik uygulama yapma ve mezuniyet sonrası DDY'ye ilişkin eğitim/seminer/kursa katılma ile ilgili sorular yer almaktadır. Anket maddelerinin bulunduğu bölüm ise genel bilgilere ilişkin özyeterlik düzeyi, DDY ile ilişkili sorunlara yönelik özyeterlik düzeyi, değerlendirmeye ilişkin özyeterlik düzeyi ve müdahaleye ilişkin özyeterlik düzeyi olmak üzere 4 ana bölümden ve 28 maddeden oluşmaktadır. Ankette bulunan her bir maddenin yanıtı beş dereceli (çok zayıf (1 puan), zayıf (2 puan), orta (3 puan), iyi (4 puan), çok iyi (5 puan) olacak şekilde düzenlenmiştir. Anketin tamamına ve alt bölümlerine ilişkin bilgiler Tablo 2.3.'te verilmiştir.

Tablo 2.3. Anketin tamamına ve alt bölümlerine ait madde sayıları ile alınabilecek değerler

Bölümler	Madde sayısı	En düşük değer	En yüksek değer
Anketin tamamı	28	28	140
Genel bilgiler	6	6	30
İlişkili sorunlar	6	6	30
Değerlendirme	11	11	55
Müdahale	5	5	25

2.3.2. Yarı yapılandırılmış görüşme

Araştırmanın ikinci aşamasında nitel veri toplamak amacıyla görüşme tekniği kullanılmış ve DKT'ler ile yarı yapılandırılmış görüşme oturumları düzenlenmiştir. Görüşme, en az iki kişiyle sürdürülen sözlü iletişim süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu teknik ile araştırma soruları hakkında ilgili kişilerden veri toplanabilir, araştırma konusuna veya sorusuna ilişkin derinlemesine bilgi edebilir (Büyüköztürk vd., 2014). Görüşme türlerinden biri olan yarı yapılandırılmış görüşmede ise araştırmacı katılımcıya yönelteceği soruları önceden belirler ve bir görüşme formu oluşturur. Bununla birlikte araştırmacı, görüşme esnasında katılımcının yanıtlarını açması ve detaylandırması için görüşme formunda yer alan sorulara dair alt veya yan sorular sorma esnekliğine sahiptir (Türnüklü, 2000).

Bu doğrultuda Türkiye'deki DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerine dair görüşlerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından görüşme soruları oluşturulmuştur. Yarı yapılandırılmış görüşme oturumlarında katılımcılara yöneltilecek olan bu sorular nicel verilerden elde edilen bulgular ışığında oluşturulmuştur. Araştırmacı tarafından oluşturulan sorular tez danışmanı tarafından kontrol edilmiş ve DKT'lere yöneltilmek üzere 9 soru belirlenmiştir. Sonraki aşamada ise araştırmacının görüşme sürecine hakim olabilmesi, görüşme becerilerini geliştirmesi ve görüşme sorularının işlevliliğinin test edilmesi amacıyla 1 DKT ile pilot görüşme yapılmıştır. Pilot görüşme sonrasında soru sayısı 8'e düşürülmüş ve görüşme formunun son hali oluşturulmuştur (Ek-2).

2.4. Veri Toplama Süreci

2.4.1. Nicel veri toplama süreci

Araştırmanın ilk aşamasında Türkiye'deki DKT'lerden anket yoluyla veri toplanmıştır. Türkiye'nin coğrafi genişliği göz önünde bulundurulduğunda araştırma anketinin yüz yüze uygulanması mümkün olmadığı için Google Formlar aracılığıyla

anketin çevrim içi hali oluşturulmuştur. Çevrim içi olarak oluşturulan anket e-posta ve çeşitli sosyal medya uygulamaları yoluyla Türkiye’deki DKT’lere ulaştırılarak araştırmaya katılımları talep edilmiştir.

2.4.2. Nitel veri toplama süreci

Araştırmanın ikinci aşamasında görüşme tekniği kullanılarak nitel veri toplanmıştır. Daha önce de bahsedildiği gibi katılımcılara yöneltilecek olan sorular nicel verilerden elde edilen bulgular doğrultusunda oluşturulmuştur. DKT’ler ile yürütülecek ana görüşmelerden önce 1 DKT ile “Skype” programı üzerinden pilot görüşme yapılmıştır. Bu pilot görüşme araştırmacı tarafından yürütülmüş ve kayıt altına alınmıştır. Kayıt altına alınan görüşme tez danışmanı tarafından izlenmiş ve araştırmacıya görüşme süreciyle ilgili geri bildirim sağlanmıştır. Pilot görüşmenin ardından görüşme sorularına son hali verilmiş ve ana görüşmeler planlanmıştır.

Ana görüşmelere dahil edilecek katılımcılar nicel verilerden elde edilen bulgulara göre belirlenmiştir. Bu bulgular doğrultusunda görüşme katılımcılarının belirlenmesinde DDY’li bireylerle çalışma deneyimi ölçüt alınmıştır. DDY’li bireylerle çalışma deneyimi fazla olan, sınırlı olan ve bu bireylerle çalışma deneyimi olmayan 3 DKT ile yarı yapılandırılmış görüşme yapılmıştır. Bu görüşmelerde “Türkiye’deki DKT’lerin DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerine dair görüşleri nelerdir?” sorusuna yanıt aranmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü dönemde dünya genelinde “Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19)” görülmesi nedeniyle görüşmeler çevrim içi video görüşme uygulamaları aracılığıyla yapılmıştır. Katılımcılardan görüşme için randevu alınmış ve görüşmeler araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Yarı yapılandırılmış görüşmelere dair bilgiler Tablo 2.4.’te verilmiştir.

Tablo 2.4. Yarı yapılandırılmış görüşmelere ilişkin bağlam bilgileri

Çevrim içi ortam	Katılımcı	Görüşme yürütücüsü	Tarih	Süre
Zoom	A	Araştırmacı	27.05.2020	63 dakika
	B		02.05.2020	32 dakika
	C		11.05.2020	49 dakika

Tablo 2.4.’ten görüleceği gibi görüşmeler çevrim içi video görüşme uygulaması olan “Zoom” aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Her bir görüşme öncesinde katılımcılara araştırma amacının ve görüşme sürecinin açıklandığı gönüllü katılım formu (Ek-2) e-

posta ile gönderilmiş ve katılımcılardan araştırmaya gönüllü olarak dahil olduklarına dair onay alınmıştır. Görüşmelerin başında araştırmacı kendisini tanıtmış ve katılımcılara bu araştırmaya neden davet edildiklerine dair açıklama yapmıştır. Bu açıklamanın ardından görüşme soruları katılımcılara yöneltilmiştir. Yapılan görüşmeler elde edilen verilerin kullanılması ve inandırıcılığın sağlanması adına ses ve video kaydına alınmıştır.

Tablo 2.4.'ten anlaşılacağı üzere, gizliliğin sağlanması adına katılımcıların isimleri belirtilmemiş, bunun yerine A, B ve C kodları kullanılmıştır. İlk görüşme 02.05.2020 tarihinde B katılımcısı ile gerçekleştirilmiş ve 32 dakika sürmüştür. C katılımcısı ile gerçekleştirilen ikinci görüşme 11.05.2020 tarihinde gerçekleştirilmiş ve 49 dakika sürmüştür. A katılımcısı ile gerçekleştirilen son görüşme ise 27.05.2020 tarihinde gerçekleştirilmiş ve 63 dakika sürmüştür. Toplamda 144 dakikalık kayıt alınmıştır.

Nitel veri toplama aşamasında katılımcılarla yapılacak görüşmelerin planlanması ve görüşmelerden elde edilen verilerin analiz edilmesi süresince geçerlik ve güvenirlik uzman denetimi aracılığıyla sağlanmıştır. Alan uzmanlarının araştırma sürecine dahil edilmesi, yapılan çalışmanın geçerliğini ve güvenirliğini kuvvetlendirmektedir (Denzin ve Lincoln, 2000; Yin, 2003). Nitel araştırmalarda geçerlik ve güvenirlik yapılan araştırmanın inandırıcılığı ile değerlendirildiği için alan uzmanlarının bakış açılarının yapılan araştırmaya dahil edilmesi inandırıcılığı sağlamaktadır (Yin, 2003; Creswell, 2014). Bu araştırmada inandırıcılığı sağlamak amacıyla geçerlik komitesi oluşturulmuş ve nitel verilerin toplanması aşamasından bulguların raporlaştırılması aşamasına kadar komite üyeleriyle birlikte çalışılmıştır. Geçerlik komitesi araştırmacı, tez danışmanı ve araştırma yöntemleri konusunda deneyimli bir alan uzmanından oluşmaktadır. Tez danışmanı Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Odyoloji Anabilim Dalı'nda doktor öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır. Karma araştırma yöntemleri konusunda deneyimli olan tez danışmanı, dil ve konuşma terapisi bölümünde lisans düzeyinde ve lisansüstü düzeyde dersler vermektedir. Diğer komite üyesi ise Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı'nda doktor öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır. Araştırma yöntemleri konusunda deneyimli olan bu uzman şimdiye kadar lisans düzeyinde ve lisansüstü düzeyde pek çok ders vermiş ayrıca araştırma yöntemleri derslerini yürütmüştür. Tezin yazarı ise Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisidir. Bahsi geçen komite üyeleri ile yarı yapılandırılmış görüşmelerin planlanması aşamasından bulguların raporlaştırılması aşamasına kadar

farklı zamanlarda ve farklı sürelerde “Zoom” programı üzerinden toplantı yapılmıştır. Ayrıca araştırmacının nitel aşamasıyla ilgili veri toplama süreci, verilerin analizi, bulguların raporlaştırılması süresince tez yazarı tarafından bilgisayar ortamında araştırmacı günlüğü tutulmuştur. Araştırmacı günlükleri görüşme sorularını oluşturma sürecinden itibaren tutulmaya başlanmıştır. Bu günlüklerde araştırma katılımcıları ile yapılan görüşmelere dair bilgilerin yanı sıra tez danışmanı ve geçerlik komitesi ile yapılan toplantıların içeriği hakkında notlar yer almaktadır.

2.5. Verilerin Analizi

Bu araştırma karma yöntem ile yürütülmüştür. Karma yöntemle yürütülen araştırmaların veri analizi sürecinde; nicel veriler nicel yöntemlerle, nitel veriler ise nitel yöntemlerle ayrı ayrı analiz edilmektedir (Creswell ve Plano Clark, 2011).

2.5.1. Nicel verilerin analizi

Araştırmanın nicel verilerinin analizi çalışmaya katılmayı kabul eden 184 DKT’den elde edilen veriler üzerinden yapılmıştır. Verilerin analizi SPSS v25 kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Temel analizleri gerçekleştirmeden önce veri setinin uygunluğu SPSS v25 kullanılarak sınanmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini kontrol etmek için Shapiro Wilk testi sonuçlarına bakılmıştır. Bu testin sonuçlarına göre, alt bölümlerin puan ortalamalarının normal dağılım göstermediği bulunmuştur. Fakat örneklem sayısı göz önünde bulundurularak bu alt bölüm puanları için basıklık ve çarpıklık (skewness ve kurtosis) değerleri incelenmiştir. Bu değerlerin -1 ile +1 arasında olduğu ve histogram ile beklenen olasılık grafiklerinin normal dağılıma yakın olduğu görüldüğünden veri setinin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir. Bu nedenle parametrik olmayan analiz yöntemleri yerine parametrik analiz yöntemleri kullanılmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Bunun yanı sıra analizlere dahil edilecek ölçümlerin güvenilirlik katsayısının 0.70 ve daha yüksek olmasının gerekliliği belirtildiğinden (Büyüköztürk, 2005; Kline, 2000) çalışmada kullanılan Dil ve Konuşma Terapistlerinin Dudak Damak Yarığına İlişkin Özyeterlik Anketine iç tutarlılık katsayısı Cronbach’s Alfa değerleri kullanılarak ölçülmüştür. Buna göre, Dil ve Konuşma Terapistlerinin Dudak Damak Yarığına İlişkin Özyeterlik Anketinin Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi alt boyutu için

Cronbach's Alfa değeri ve DDY ile İlişkili Sorunlara Yönelik Özyeterlik Düzeyi alt boyutları Cronbach's Alfa değeri 0.90, Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi alt boyutu için Cronbach's Alfa değeri 0.95 ve Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi alt boyutu için ise 0.92 olarak bulunmuştur. Tüm anket için ise Cronbach's Alfa değeri 0.97 olarak bulunmuştur.

Temel analizlerde ise betimsel istatistiklerin yanı sıra ikili grupların puan ortalamalarının karşılaştırılmasında “Bağımsız örneklem t-testi”, üç veya daha fazla grubun puan ortalamalarının karşılaştırılmasında “Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)” kullanılmıştır. Hipotez sınamalarında istatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

2.5.2. Nitel verilerin analizi

Nitel verilerin analiz sürecinde betimsel analiz yaklaşımı kullanılmıştır. Betimsel analiz yaklaşımında araştırma soruları, veri toplama sürecinde kullanılan sorular veya boyutlar doğrultusunda temalar oluşturulmaktadır. Araştırmadan elde edilen nitel veriler, önceden belirlenmiş bu temalar altında özetlenmekte ve yorumlanmaktadır. Bu analizde, araştırma katılımcılarının görüşlerini çarpıcı bir şekilde yansıtmak için sık sık doğrudan alıntılar yapılmaktadır (Strauss ve Corbin, 1990'dan aktaran Yıldırım ve Şimşek, 2011). Mevcut araştırma kapsamında yürütülen görüşmelerden elde edilen nitel verilerin analiz süreci aşağıda kısaca özetlenmiştir.

İlk olarak, kayıt altına alınan görüşmeler araştırmacı tarafından Word belgesine aktararak deşifre edilmiştir. Görüşmeler metin haline dönüştürülürken katılımcıların sözlerinde hiçbir değişiklik yapılmamış, katılımcı tarafından ifade edildiği şekilde yazılmıştır. Görüşmelerin deşifre işlemi tamamlandıktan sonra elde edilen veriler, her bir katılımcı için ayrı ayrı olmak üzere, yarı yapılandırılmış görüşme formuna aktarılmıştır. Veriler bu forma aktarılırken anlamlı bölümlere ayrılarak dizin halinde verilmiştir. Bu işlem tamamlandıktan sonra araştırmacı ses kayıtlarını tekrar dinleyerek dökümlerin doğruluğunu kontrol etmiştir. Ardından görüşme kayıtları ve dökümleri geçerlik komitesi üyelerine gönderilmiş ve doğruluk onayı alınmıştır.

Doğruluk onayı alınan dökümler araştırmacı tarafından tekrar tekrar okunarak veri aşinalığı sağlanmıştır. Betimsel analiz için oluşturulacak çerçeveyi belirlemek amacıyla görüşme verileri dikkatli bir şekilde incelenmiş, araştırmanın ilk aşamasında kullanılan ankette yer alan ana bölümler ve görüşme soruları gözden geçirilmiştir. Verilerin

düzenleneceği ve sunulacağı temalara bu işlemler doğrultusunda karar verilmiştir. Araştırmacı tarafından oluşturulan temalar ve alt temalar 13.06.2020 tarihli tez yürütme toplantısında tez danışmanı ile birlikte gözden geçirilmiş, ilk aşamada kullanılmak üzere 6 ana tema ve 22 alt tema belirlenmiştir. Belirlenen temalar geçerlik komitesindeki diğerk üyeye sunularak onay alınmıştır. Görüşmelerden elde edilen veriler belirlenen tematik çerçeveye göre işlenmiş, dizinlere ayrılan katılımcı ifadeleri bu temalara göre etiketlenmiştir. Araştırmacı tarafından yapılan etiketlemeler tez yürütme toplantılarında tez danışmanı tarafından dizin dizin kontrol edilmiş ve görüş ayrılıkları olan dizinler üzerinde birlikte çalışılarak fikir birliğine varılmıştır. Bu toplantılar esnasında ana tema sayısı 5'e düşürülmüştür. Tüm veriler 5 ana tema ve 22 alt tema altında işlenmiştir. Sonraki aşamada, aynı tema ile etiketlenen ifadeler ayrı bir dosya altında birleştirilmiş ve ardından araştırmanın ön bulguları oluşturulmuştur. Bu çalışmalar 18.11.2020 tarihinde yapılan tez yürütme toplantısında geçerlik komitesine sunulmuş ve onay alınmıştır. Son aşamada ise katılımcıların ifadelerinden doğrudan alıntılar yaparak ana bulgular oluşturulmuş ve elde edilen bulgular yorumlanmıştır. Oluşturulan ana bulgular 29.03.2021 tarihli tez yürütme toplantısında geçerlik komitesine sunulmuş ve onay alınmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Nicel Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde temel analiz bulguları verilmiştir. Temel analizler bölümünde betimsel istatistikler, bağımsız örneklem t-testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) analizlerinin sonuçları verilmiştir.

3.1.1. Türkiye’deki DKT’lerin anket maddelerine göre özyeterlik düzeyleri

Ankete 184 DKT katılmıştır. Katılımcıların anket maddelerine verdikleri yanıtlara ilişkin betimsel istatistikler Tablo 3.1.’de verilmiştir.

Tablo 3.1. Dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik anketi maddelerine verilen cevaplara ilişkin betimsel istatistikler

No	Maddeler	Ortalama (Ss)	1	2	3	4	5
			Frekans				
1	DDY anatomisi ve fizyolojisi	3.71 (0.79)	1	5	71	77	30
2	DDY embriyolojisi	3.19 (0.88)	4	33	82	54	11
3	DDY’nin nedenleri ve risk faktörleri	3.67 (0.93)	2	18	53	77	34
4	DDY’ye eşlik eden sendromlar ve bu sendromların genel özellikleri	3.32 (0.90)	4	24	84	54	18
5	DDY sınıflaması	3.89 (0.90)	2	9	47	75	51
6	Dudak ve/veya damak yarıklarının ameliyat süreci	3.45 (1.01)	4	30	57	65	28
7	DDY’ye eşlik eden dil sorunları	3.89 (0.82)	0	7	52	79	46
8	DDY’ye bağlı konuşma sorunları	4.06 (0.82)	0	5	42	74	63
9	DDY’ye bağlı beslenme ve yutma sorunları	3.64 (0.99)	3	19	59	63	40
10	DDY’ye bağlı işitme sorunları	3.46 (0.95)	4	22	70	62	26
11	DDY’ye bağlı diş ve ortodonti sorunları	3.52 (0.94)	3	20	69	63	29
12	DDY’ye bağlı psikososyal sorunlar	3.46 (0.95)	3	21	78	52	30
13	DDY’li bireylerin oral-periferik özelliklerini değerlendirme	3.51 (0.94)	2	26	58	72	26
14	DDY’li bireylerin alıcı dil becerilerini değerlendirme	4.14 (0.80)	1	4	30	82	67
15	DDY’li bireylerin ifade edici dil becerilerini değerlendirme	4.14 (0.84)	1	6	30	77	70
16	DDY’li bireylerde konuşma seslerinin üretimini değerlendirme	4.08 (0.87)	1	6	38	72	67
17	DDY’li bireylerde görülen glottal stop, faringeal stop, faringeal sürtünmeli ses üretimlerini fark etme	3.70 (1.04)	5	19	48	66	46
18	DDY’li bireylerde görülen glottal stop, faringeal stop, faringeal sürtünmeli ses üretimlerini transkript etme	3.41 (1.04)	7	27	63	58	29
19	Anatomik yapılar ile konuşma özellikleri arasında bağlantı kurma	3.85 (0.90)	1	11	51	72	49
20	DDY’li bireylerde görülen hataları zorunlu ve telafi edici hatalar olarak sınıflama	3.77 (0.94)	2	17	43	81	41
21	DDY’li bireylerin rezonans özelliklerini belirlemek için algısal ve aletsel değerlendirme yapma	3.31 (1.10)	9	36	57	53	29

Tablo 3.1. Dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik anketi maddelerine verilen cevaplara ilişkin betimsel istatistikler (Devam)

No	Maddeler	Ortalama (Ss)	1	2	3	4	5
Frekans							
22	Rezonans değerlendirmesi sonucunda elde edilen verileri yorumlayarak rezonans tipini belirleme	3.26 (1.03)	9	34	59	64	18
23	Değerlendirme sonucunda DDY ile ilgili diğer problemlerin tanı ve tedavisi için ilgili uzmanlara yönlendirme	3.85 (0.99)	4	12	45	70	53
24	DDY'li bireylerin ailelerine beslenme ve yutmayla ilgili konularda danışmanlık yapma	3.33 (1.02)	8	26	73	52	25
25	DDY'li bireylerin ailelerine dil ve konuşma becerilerini destekleme konusunda danışmanlık yapma	3.93 (0.87)	2	5	49	75	53
26	Dil bozukluğu olan DDY'li bireylere uygun terapi planı hazırlama ve uygulama	3.79 (0.91)	4	7	54	78	41
27	Konuşma bozukluğu olan DDY'li bireylere uygun terapi planı hazırlama ve uygulama	3.83 (0.92)	3	11	45	80	45
28	Fonem spesifik nazal emisyonu olan DDY'li bireylere uygun terapi planı hazırlama ve uygulama	3.67 (0.99)	4	18	52	70	40

Tablo 3.1.'e bakıldığında genel bilgiler alt bölümünde katılımcıların DDY sınıflamasına ilişkin özyeterlik düzeyleri diğer maddelere oranla daha yüksek, DDY embriyolojisine ilişkin özyeterlik düzeyleri ise daha düşük çıkmıştır. İlişkili sorunlar alt bölümünde katılımcıların DDY'ye bağlı konuşma sorunları maddesine ilişkin özyeterlik düzeyleri diğer maddelere oranla daha yüksek, DDY'ye bağlı işitme sorunları ve DDY'ye bağlı psikososyal sorunlar maddelerine ilişkin özyeterlik düzeyleri ise daha düşük çıkmıştır. Değerlendirme alt bölümünde katılımcıların DDY'li bireylerin alıcı ve ifade edici dil becerilerini değerlendirmeye ilişkin özyeterlik düzeyleri diğer maddelere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bölümdeki en düşük özyeterlik düzeyi ise rezonans değerlendirmesi sonucunda elde edilen verileri yorumlayarak rezonans tipini belirleme maddesine aittir. Müdahale alt bölümünde katılımcıların DDY'li bireylerin ailelerine dil ve konuşma becerilerini destekleme konusunda danışmanlık yapmaya ilişkin özyeterlik düzeyleri diğer maddelere oranla daha yüksek, DDY'li bireylerin ailelerine beslenme ve yutmayla ilgili konularda danışmanlık yapmaya ilişkin özyeterlik düzeyleri ise daha düşük çıkmıştır.

3.1.2. Türkiye'deki DKT'lerin ankette yer alan alt bölümlere göre özyeterlik düzeyleri

Ankette yer alan alt bölümlere ilişkin betimsel istatistikler Tablo 3.2.'de verilmiştir.

Tablo 3.2. Dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik anketi ve alt boyutlarından elde edilen puanların dağılımları

	Min.	Maks.	$\bar{X}$	Ss	Çarpıklık	Basıklık
Toplam DKT-DDYÖA	40	140	102.82	19.53	-0.34	-0.18
Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi	6	30	21.22	4.40	-0.14	0.03
DDY ile İlişkili Sorunlara İlişkin Özyeterlik Düzeyi	10	30	22.03	4.49	0.02	-0.66
Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi	11	55	41.02	8.55	-0.57	0.08
Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi	5	25	18.55	4.10	-0.50	0.39

Tablo 3.2. incelendiğinde katılımcıların ortalama puanlarının genel bilgiler alt bölümünde 30 üzerinden 21, ilişkili sorunlar alt bölümünde 30 üzerinden 22, değerlendirme alt bölümünde 55 üzerinden 41, müdahale alt bölümünde 25 üzerinden 19 olduğu görülmüştür.

3.1.3. DKT’lerin DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

Dil ve Konuşma Terapistlerinin Dudak Damak Yarığına İlişkin Özyeterlik Anketi ve alt boyutları puan ortalamalarının katılımcıların cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 3.3.’te verilmiştir.

Tablo 3.3. Dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik anketi ve alt boyutlarının puan ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına ilişkin t-testi sonuçları

Değişken	Cinsiyet	n	Ort.	Ss	t	p	d
Toplam DKT-DDYÖA	Kadın	147	102.37	19.51	-0.627	0.532	-0.115
	Erkek	37	104.62	19.75			
Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi	Kadın	147	21.40	4.18	1.099	0.273	0.202
	Erkek	37	20.51	5.18			
DDY ile İlişkili Sorunlara Yönelik Özyeterlik Düzeyi	Kadın	147	21.99	4.52	-0.245	0.807	-0.045
	Erkek	37	22.19	4.42			
Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi	Kadın	147	40.59	8.56	-1.345	0.180	-0.248
	Erkek	37	42.70	8.42			
Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi	Kadın	147	18.39	4.07	-1.099	0.273	-0.202
	Erkek	37	19.22	4.22			

Not. DKT-DDYÖA: Dil ve Konuşma Terapistlerinin Dudak Damak Yarığına İlişkin Özyeterlik Anketi, DDY: Dudak Damak Yarığı, d: Cohen’s d.

Yapılan analiz sonucu değerlendirildiğinde; cinsiyete göre katılımcıların “Toplam DKT-DDYÖA” ve alt boyutları “Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi”, “DDY ile

İlişkili Sorunlara Yönelik Özyeterlik Düzeyi”, “Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” ve “Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.1.4. DKT’lerin DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin eğitim durumuna göre karşılaştırılması

Dil ve Konuşma Terapistlerinin Dudak Damak Yarığına İlişkin Özyeterlik Anketi ve alt boyutlarının puan ortalamalarının katılımcıların eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 3.4.’te verilmiştir.

Tablo 3.4. Dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik anketi ve alt boyutları puan ortalamalarının eğitim durumuna göre karşılaştırılmasına ilişkin t-testi sonuçları

Değişken	Eğitim Durumu	n	Ort.	Ss	t	p	d
Toplam DKT-DDYÖA	Lisans	133	100.47	18.56	-2.686	0.008	-0.442
	Lisansüstü	51	108.96	20.81			
Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi	Lisans	133	20.93	4.20	-1.452	0.148	-0.239
	Lisansüstü	51	21.98	4.84			
DDY ile İlişkili Sorunlara Yönelik Özyeterlik Düzeyi	Lisans	133	21.44	4.33	-2.946	0.004	-0.485
	Lisansüstü	51	23.57	4.57			
Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi	Lisans	133	39.91	8.22	-1.972	0.050	-0.476
	Lisansüstü	51	43.90	8.79			
Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi	Lisans	133	18.19	3.95	-1.099	0.273	-0.325
	Lisansüstü	51	19.51	4.37			

Not. DKT-DDYÖA: Dil ve Konuşma Terapistlerinin Dudak Damak Yarığına İlişkin Özyeterlik Anketi, DDY: Dudak Damak Yarığı, d: Cohen’s d.

Yapılan analiz sonucuna göre; eğitim durumuna göre katılımcıların “Toplam DKT-DDYÖA” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t_{(182)}=-2.686$, $p<0.01$, $d=-0.442$]. Lisansüstü mezunu katılımcıların “Toplam DKT-DDYÖA” puan ortalamaları (Ort. = 108.96, Ss = 20.81) lisans mezunu katılımcıların puan ortalamalarından (Ort.=100.47, Ss=18.56) daha yüksek bulunmuştur.

Ayrıca eğitim durumuna göre katılımcıların “DDY ile İlişkili Sorunlara Yönelik Özyeterlik Düzeyi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t_{(182)}=-2.946$, $p<0.01$, $d=-0.485$]. Lisansüstü mezunu katılımcıların “DDY ile İlişkili Sorunlara Yönelik Özyeterlik Düzeyi” puan ortalamaları (Ort.=23.57, Ss=4.57)

lisans mezunu katılımcıların puan ortalamalarından (Ort.=21.44, Ss=4.33) daha yüksek bulunmuştur.

Eğitim durumuna göre katılımcıların DKT-DDYÖA alt boyutları “Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi”, “Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” ve “Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.1.5. DKT’lerin DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin çalışma süresine göre karşılaştırılması

Dil ve Konuşma Terapistlerinin Dudak Damak Yarığına İlişkin Özyeterlik Anketi ve alt boyutlarının puan ortalamalarının meslekteki çalışma süresine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 3.5.’te yer almaktadır.

Tablo 3.5. Dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik anketi ve alt boyutlarının puan ortalamalarının çalışma süresine göre karşılaştırılmasına ilişkin ANOVA sonuçları

	Grup	n	Ort.	Ss	F	p	η^2	Fark
Toplam DKT-DDYÖA	1 yıldan az ^a	73	95.63	19.35	6.129	0.001	0.092	c,b>a
	1-3 yıl ^b	64	107.27	15.76				
	4-6 yıl ^c	29	109.55	17.57				
	7 yıl ve üzeri ^d	18	105.33	26.63				
Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi	1 yıldan az ^a	73	20.37	4.19	1.584	0.195	0.026	-
	1-3 yıl ^b	64	21.73	4.25				
	4-6 yıl ^c	29	22.03	4.26				
	7 yıl ve üzeri ^d	18	21.56	5.60				
DDY ile İlişkili Sorunlara Yönelik Özyeterlik Düzeyi	1 yıldan az ^a	73	20.32	4.32	6.483	0.000	0.098	c,b>a
	1-3 yıl ^b	64	23.02	4.05				
	4-6 yıl ^c	29	23.48	4.36				
	7 yıl ve üzeri ^d	18	23.11	4.95				
Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi	1 yıldan az ^a	73	37.82	8.53	6.367	0.000	0.096	c,b>a
	1-3 yıl ^b	64	43.08	6.94				
	4-6 yıl ^c	29	43.97	7.34				
	7 yıl ve üzeri ^d	18	41.89	11.66				
Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi	1 yıldan az ^a	73	17.12	4.03	5.696	0.001	0.087	c,b>a
	1-3 yıl ^b	64	19.44	3.58				
	4-6 yıl ^c	29	20.07	3.32				
	7 yıl ve üzeri ^d	18	18.78	5.57				

Yapılan analiz sonucuna göre, çalışma süresine göre terapistlerin “DDY ile İlişkili Sorunlara Yönelik Özyeterlik Düzeyi” [$F(3,180)=6.483$, $p<0.001$, $\eta^2=0.098$], “Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” [$F(3,180)=6.367$, $p<0.001$, $\eta^2=0.096$], “Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” [$F(3,180)=5.696$, $p=0.001$, $\eta^2=0.087$] alt

boyutları ve “Toplam DKT-DDYÖA” puan ortalamaları [$F(3,180)=6.129$, $p=0.001$, $\eta^2=0.092$] arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Çoklu karşılaştırma Bonferroni testi sonuçlarına göre;

“Toplam DKT-DDYÖA” puanları değerlendirildiğinde 4-6 yıl (Ort.=109.55, Ss=17.57) ve 1-3 (Ort.=107.27, Ss=15.76) yıl çalışma deneyimine sahip terapistlerin “Toplam DKT-DDYÖA” puan ortalamaları 1 yıldan az çalışma deneyimine sahip terapistlerin (Ort.=95.63, Ss=19.35) puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

“DDY ile İlişkili Sorunlara Yönelik Özyeterlik Düzeyi” değerlendirildiğinde 4-6 yıl (Ort.=23.48, Ss=4.36) ve 1-3 (Ort.=23.02, Ss=4.05) yıl çalışma deneyimine sahip terapistlerin “DDY ile İlişkili Sorunlara Yönelik Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları 1 yıldan az çalışma deneyimine sahip terapistlerin (Ort.=20.32, Ss=4.32) puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

“Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” değerlendirildiğinde 4-6 yıl (Ort.=43.97, Ss=7.34) ve 1-3 (Ort.=43.08, Ss=6.94) yıl çalışma deneyimine sahip terapistlerin “Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları 1 yıldan az çalışma deneyimine sahip terapistlerin (Ort.=37.82, Ss=8.53) puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

“Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” değerlendirildiğinde 4-6 yıl (Ort.=20.07, Ss=3.32) ve 1-3 (Ort.=19.44, Ss=3.58) yıl çalışma deneyimine sahip terapistlerin “Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları 1 yıldan az çalışma deneyimine sahip terapistlerin (Ort.=17.12, Ss=4.03) puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Çalışma süresine göre katılımcıların “Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.1.6. DKT’lerin DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin çalışma ortamına göre karşılaştırılması

Dil ve Konuşma Terapistlerinin Dudak Damak Yarığına İlişkin Özyeterlik Anketi ve alt boyutlarının puan ortalamalarının çalışma ortamı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 3.6.’da yer almaktadır.

Tablo 3.6. Dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik anketi ve alt boyutlarının puan ortalamalarının çalışma ortamı değişkenine göre karşılaştırılmasına ilişkin ANOVA sonuçları

	Grup	n	Ort.	Ss	F	p	η^2	Fark
Toplam DKT-DDYÖA	ÖERM ^a	102	101.32	18.67	3.567	0.015	0.056	d>c
	ÖDKTM ^b	26	107.46	21.47				
	Hastane ^c	37	98.05	19.09				
	Akademi ^d	19	113.79	18.27				
Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi	ÖERM ^a	102	20.76	4.23	2.909	0.036	0.046	d> a
	ÖDKTM ^b	26	21.81	4.67				
	Hastane ^c	37	20.76	4.68				
	Akademi ^d	19	23.79	3.57				
DDY ile İlişkili Sorunlara Yönelik Özyeterlik Düzeyi	ÖERM ^a	102	21.67	4.42	3.560	0.015	0.056	b>c
	ÖDKTM ^b	26	23.96	4.50				
	Hastane ^c	37	20.86	4.05				
	Akademi ^d	19	23.58	4.74				
Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi	ÖERM ^a	102	40.37	8.22	3.676	0.013	0.058	d>a,c
	ÖDKTM ^b	26	42,54	9.35				
	Hastane ^c	37	39.03	8.34				
	Akademi ^d	19	46.26	7.78				
Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi	ÖERM ^a	102	18.52	4.08	2.165	0.094	0.035	-
	ÖDKTM ^b	26	19.15	4.57				
	Hastane ^c	37	17.41	3.88				
	Akademi ^d	19	20.16	3.56				

Not. ÖERM: Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi; ÖDKTM: Özel Dil ve Konuşma Terapisi Merkezi

Yapılan analiz sonucuna göre, çalışma ortamı değişkenine göre terapistlerin “Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi” [$F(3,180)=2.909$, $p=0.036$, $\eta^2=0.046$], “DDY ile İlişkili Sorunlara Yönelik Özyeterlik Düzeyi” [$F(3,180)=3.560$, $p=0.015$, $\eta^2=0.056$], “Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” [$F(3,180)=3.676$, $p=0.013$, $\eta^2=0.058$] ve “Toplam DKT-DDYÖA” puan ortalamaları [$F(3,180)=3.567$, $p=0.015$, $\eta^2=0.056$] arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Çoklu karşılaştırma Bonferroni testi sonuçlarına göre;

“Toplam DKT-DDYÖA” puanları değerlendirildiğinde akademide çalışan (Ort.=113.79, Ss=18.27) terapistlerin “Toplam DKT-DDYÖA” puan ortalamaları hastanede çalışan terapistlerin (Ort.=98.05, Ss=19.09) puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

“Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi” değerlendirildiğinde akademide çalışan (Ort.=23.79, Ss=3.57) terapistlerin “Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları ÖERM’de çalışan terapistlerin (Ort.=20.76, Ss=4.23) puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

“DDY ile İlişkili Sorunlara Yönelik Özyeterlik Düzeyi” değerlendirildiğinde ÖDKTM’de çalışan (Ort.=23.96, Ss=4.50) terapistlerin “DDY ile İlişkili Sorunlara İlişkin

Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları hastanede çalışan terapistlerin (Ort.=20.86, Ss=4.05) puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

“Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” değerlendirildiğinde akademide çalışan (Ort.=46.26, Ss=7.78) terapistlerin “Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları hastanede çalışan (Ort.=39.03, Ss=8.34) ve ÖERM’de çalışan (Ort.=40.37, Ss=8.22) terapistlerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Çalışma ortamına göre katılımcıların “Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.1.7. DKT’lerin DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin klinik uygulama durumuna göre karşılaştırılması

Dil ve Konuşma Terapistlerinin Dudak Damak Yarığına İlişkin Özyeterlik Anketi ve alt boyutlarının puan ortalamalarının katılımcıların üniversite eğitimi esnasında (lisans-yüksek lisans-doktora) dudak damak yarıklı bireylerle klinik uygulama yapma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 3.7.’de verilmiştir.

Tablo 3.7. Dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik anketi ve alt boyutlarının puan ortalamalarının klinik uygulama durumuna göre karşılaştırılmasına ilişkin t-testi sonuçları

Değişken	Klinik Uygulama	n	Ort.	Ss	t	p	d
Toplam DKT-DDYÖA	Evet	134	105.10	18.93	2.630	0.009	0.436
	Hayır	50	96.72	19.98			
Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi	Evet	134	21.81	4.00	3.010	0.003	0.499
	Hayır	50	19.66	5.04			
DDY ile İlişkili Sorunlara Yönelik Özyeterlik Düzeyi	Evet	134	22.35	4.45	1.609	0.109	0.267
	Hayır	50	21.16	4.50			
Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi	Evet	134	41.88	8.32	2.271	0.024	0.376
	Hayır	50	38.70	8.80			
Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi	Evet	134	19.06	3.83	2.787	0.006	0.462
	Hayır	50	17.20	4.52			

Not. DKT-DDYÖA: Dil ve Konuşma Terapistlerinin Dudak Damak Yarığına İlişkin Özyeterlik Anketi, DDY: Dudak Damak Yarığı, d: Cohen’s d.

Yapılan analiz sonucuna göre üniversite eğitimi esnasında klinik uygulama yapan ve yapmayan katılımcıların “Toplam DKT-DDYÖA” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t_{(182)}=2.630$, $p<0.01$, $d=0.436$]. Klinik uygulama yapan katılımcıların “Toplam DKT-DDYÖA” puan ortalamaları (Ort.=105.10, Ss=18.93) klinik uygulama yapmayan katılımcıların puan ortalamalarından (Ort.=96.72, Ss=19.98) daha yüksek bulunmuştur.

Üniversite eğitimi esnasında klinik uygulama yapan ve yapmayan katılımcıların “Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t_{(182)}=3.010$, $p<0.01$, $d=0.499$]. Klinik uygulama yapan katılımcıların “Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları (Ort.=21.81, Ss=4.00) klinik uygulama yapmayan katılımcıların puan ortalamalarından (Ort.=19.66, Ss=5.04) daha yüksek bulunmuştur.

Üniversite eğitimi esnasında klinik uygulama yapan ve yapmayan katılımcıların “Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t_{(182)}=2.271$, $p<0.05$, $d=0.376$]. Klinik uygulama yapan katılımcıların “Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları (Ort.=41.88, Ss=8.32) klinik uygulama yapmayan katılımcıların puan ortalamalarından (Ort.=38.70, Ss=8.80) daha yüksek bulunmuştur.

Üniversite eğitimi esnasında klinik uygulama yapan ve yapmayan katılımcıların “Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t_{(182)}=2.787$, $p<0.05$, $d=0.462$]. Klinik uygulama yapan katılımcıların “Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları (Ort.=19.06, Ss=3.83) klinik uygulama yapmayan katılımcıların puan ortalamalarından (Ort.=17.20, Ss=4.52) daha yüksek bulunmuştur.

Klinik uygulama yapma durumuna göre katılımcıların “DDY ile İlişkili Sorunlara Yönelik Özyeterlik Düzeyi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.1.8. DKT’lerin DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin eğitim, konferans ve seminer katılım durumuna göre karşılaştırılması

Dil ve Konuşma Terapistlerinin Dudak Damak Yarığına İlişkin Özyeterlik Anketi puan ortalamalarının katılımcıların mezuniyet sonrasında dudak damak yarığına ilişkin herhangi bir eğitim/seminer/konferansa katılma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık

gösterip göstermediğini sınamak amacıyla bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 3.8.’de verilmiştir.

Tablo 3.8. Dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik anketi ve alt boyutlarının puan ortalamalarının eğitim, konferans ve seminer katılım durumuna göre karşılaştırılmasına ilişkin t-testi sonuçları

Değişken	Katılım Durumu	n	Ort.	Ss	t	p	d
Toplam DKT-DDYÖA	Evet	68	112.40	16.36	5.483	<0.001	0.837
	Hayır	116	97.21	19.10			
Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi	Evet	68	23.29	3.94	5.235	<0.001	0.800
	Hayır	116	20.01	4.20			
DDY ile İlişkili Sorunlara Yönelik Özyeterlik Düzeyi	Evet	68	24.00	3.88	4.839	<0.001	0.739
	Hayır	116	20.87	4.43			
Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi	Evet	68	44.81	6.96	4.887	<0.001	0.746
	Hayır	116	38.79	8.63			
Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi	Evet	68	20.29	3.49	4.647	<0.001	0.710
	Hayır	116	17.53	4.10			

Not. DKT-DDYÖA: Dil ve Konuşma Terapistlerinin Dudak Damak Yarığına İlişkin Özyeterlik Anketi, DDY: Dudak Damak Yarığı, d: Cohen’s d.

Yapılan analiz sonucuna göre mezuniyet sonrasında DDY’ye ilişkin herhangi bir eğitim, seminer ve konferansa katılan ve katılmayan katılımcıların “Toplam DKT-DDYÖA” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t_{(182)}=5.483$, $p<0.001$, $d=0.837$]. Eğitim, seminer ve konferansa katılan katılımcıların “Toplam DKT-DDYÖA” puan ortalamaları (Ort.=112.40, Ss=16.36) eğitim, seminer ve konferansa katılmayan katılımcıların puan ortalamalarından (Ort.=97.21, Ss=19.10) daha yüksek bulunmuştur.

Mezuniyet sonrasında DDY’ye ilişkin herhangi bir eğitim, seminer ve konferansa katılma durumuna göre katılımcıların “Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t_{(182)}=5.235$, $p<0.001$, $d=0.800$]. Eğitim, seminer ve konferansa katılan katılımcıların “Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları (Ort.=23.29, Ss=3.94) eğitim, seminer ve konferansa katılmayan katılımcıların puan ortalamalarından (Ort.=20.01, Ss=4.20) daha yüksek bulunmuştur.

Mezuniyet sonrasında DDY’ye ilişkin herhangi bir eğitim, seminer ve konferansa katılma durumuna göre katılımcıların “DDY ile İlişkili Sorunlara Yönelik Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t_{(182)}=4.839$, $p<0.001$, $d=0.739$]. Eğitim, seminer ve konferansa katılan

katılımcıların “DDY ile İlişkili Sorunlara İlişkin Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları (Ort.=24.00, Ss=3.88) eğitim, seminer ve konferansa katılmayan katılımcıların puan ortalamalarından (Ort.=20.87, Ss=4.43) daha yüksek bulunmuştur.

Mezuniyet sonrasında DDY’ye ilişkin herhangi bir eğitim, seminer ve konferansa katılma durumuna göre katılımcıların “Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t_{(182)}=4.887$, $p<0.001$, $d=0.746$]. Eğitim, seminer ve konferansa katılan katılımcıların “Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları (Ort.=44.81, Ss=6.96) eğitim, seminer ve konferansa katılmayan katılımcıların puan ortalamalarından (Ort.=38.79, Ss=8.63) daha yüksek bulunmuştur.

Mezuniyet sonrasında DDY’ye ilişkin herhangi bir eğitim, seminer ve konferansa katılma durumuna göre katılımcıların “Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t_{(182)}=4.647$, $p<0.001$, $d=0.710$]. Eğitim, seminer ve konferansa katılan katılımcıların “Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları (Ort.=20.29, Ss=3.83) eğitim, seminer ve konferansa katılmayan katılımcıların puan ortalamalarından (Ort.=17.53, Ss=4.10) daha yüksek bulunmuştur.

3.1.9. DKT’lerin DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin müdahale edilen kişi sayısına göre karşılaştırılması

Dil ve Konuşma Terapistlerinin Dudak Damak Yarığına İlişkin Özyeterlik Anketi ve alt boyutlarının puan ortalamalarının müdahale edilen kişi sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 3.9.’da yer almaktadır.

Tablo 3.9. Dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik anketi ve alt boyutlarının puan ortalamalarının müdahale edilen kişi sayısına göre karşılaştırılmasına ilişkin ANOVA sonuçları

	Grup	n	Ort.	Ss	F	p	η^2	Fark
Toplam DKT-DDYÖA	Hiç ^a	28	97.86	20.05	3.246	0.013	0.068	e,d,c>a,b
	1-3 kişi ^b	86	99.28	18.79				
	4-7 kişi ^c	27	107.70	18.32				
	8-10 kişi ^d	12	111.75	21.87				
	10+ kişi ^e	31	109.42	18.42				
Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi	Hiç ^a	28	20.29	5.60	3.084	0.017	0.064	e,d>c,b,a
	1-3 kişi ^b	86	20.62	3.82				
	4-7 kişi ^c	27	20.96	4.72				
	8-10 kişi ^d	12	23.08	4.98				
	10+ kişi ^e	31	23.26	3.49				
DDY ile İlişkili Sorunlara Yönelik Özyeterlik Düzeyi	Hiç ^a	28	21.46	4.95	2.746	0.030	0.058	e,d>b
	1-3 kişi ^b	86	21.14	4.52				
	4-7 kişi ^c	27	23.41	3.81				
	8-10 kişi ^d	12	24.25	4.85				
	10+ kişi ^e	31	22.94	3.82				
Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi	Hiç ^a	28	39.18	8.64	3.076	0.018	0.064	e,d,c>a,b
	1-3 kişi ^b	86	39.37	8.38				
	4-7 kişi ^c	27	43.63	7.89				
	8-10 kişi ^d	12	44.08	8.76				
	10+ kişi ^e	31	43.77	8.31				
Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi	Hiç ^a	28	16.93	4.56	2.888	0.024	0.061	e,d,>a,b
	1-3 kişi ^b	86	18.15	3.89				
	4-7 kişi ^c	27	19.70	3.95				
	8-10 kişi ^d	12	20.33	4.23				
	10+ kişi ^e	31	19.45	3.82				

Yapılan analiz sonucuna göre, müdahale edilen kişi sayısı değişkenine göre terapistlerin “Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi” [$F(3,180)=3.084$, $p=0.017$, $\eta^2=0.064$], “DDY ile İlişkili Sorunlara Yönelik Özyeterlik Düzeyi” [$F(3,180)=2.746$, $p=0.030$, $\eta^2=0.058$], “Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” [$F(3,180)=3.076$, $p=0.018$, $\eta^2=0.064$], “Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” [$F(3,180)=2.888$, $p=0.024$, $\eta^2=0.061$] alt boyutları ve “Toplam DKT-DDYÖA” puan ortalamaları [$F(3,180)=3.246$, $p=0.013$, $\eta^2=0.068$] arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Çoklu karşılaştırma Bonferroni testi sonuçlarına göre;

“Toplam DKT-DDYÖA” puanları değerlendirildiğinde DDY’li 10’dan fazla kişiye müdahale etmiş (Ort.=109.42, Ss=18.42), DDY’li 8-10 arası kişiye müdahale etmiş (Ort.=111.75, Ss=21.87) ve DDY’li 4-7 arası kişiye müdahale etmiş (Ort.=107.70, Ss=18.32) terapistlerin “Toplam DKT-DDYÖA” puan ortalamaları DDY’li 1-3 arası kişiye (Ort.=99.28, Ss=18.79) müdahale etmiş ve DDY’li hiç kimseye müdahale etmemiş (Ort.=97.86, Ss=20.05) terapistlerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

“Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi” değerlendirildiğinde DDY’li 10’dan fazla kişiye müdahale etmiş (Ort.=23.26, Ss=3.49) ve DDY’li 8-10 arası kişiye müdahale etmiş (Ort.=23.08, Ss=4.98) terapistlerin “Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları DDY’li 4-7 arası kişiye (Ort.=20.96, Ss=4.72), 1-3 arası kişiye (Ort.=20.62, Ss=3.82) müdahale etmiş ve DDY’li hiç kimseye müdahale etmemiş (Ort.=20.29, Ss=5.60) terapistlerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

“DDY ile İlişkili Sorunlara Yönelik Özyeterlik Düzeyi” değerlendirildiğinde DDY’li 10’dan fazla kişiye müdahale etmiş (Ort.=22.94, Ss=3.82) ve DDY’li 8-10 arası kişiye müdahale etmiş (Ort.=24.25, Ss=4.85) terapistlerin “DDY ile İlişkili Sorunlara İlişkin Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları DDY’li 1-3 arası kişiye (Ort.=21.14, Ss=4.52) müdahale etmiş terapistlerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

“Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” değerlendirildiğinde DDY’li 10’dan fazla kişiye müdahale etmiş (Ort.=43.77, Ss=8.31), DDY’li 8-10 arası kişiye müdahale etmiş (Ort.=44.08, Ss=8.76) ve DDY’li 4-7 arası kişiye müdahale etmiş (Ort.=43.63, Ss=7.89) terapistlerin “Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları DDY’li 1-3 arası kişiye (Ort.=39.37, Ss=8.38) müdahale etmiş ve DDY’li hiç kimseye müdahale etmemiş (Ort.=39.18, Ss=8.64) terapistlerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

“Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” değerlendirildiğinde DDY’li 10’dan fazla kişiye müdahale etmiş (Ort.=19.45, Ss=3.82) ve DDY’li 8-10 arası kişiye müdahale etmiş (Ort.=20.33, Ss=4.23) terapistlerin “Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi” alt boyutu puan ortalamaları DDY’li 1-3 arası kişiye (Ort.=18.15, Ss=3.89) müdahale etmiş ve DDY’li hiç kimseye müdahale etmemiş (Ort.=16.93, Ss=4.56) terapistlerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

3.2. Nitel Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde yarı yapılandırılmış görüşmeler aracılığıyla toplanan nitel verilerin betimsel analizi sonucunda elde edilen 5 ana tema ve 22 alt temaya ilişkin bulgular sunulmuştur. Temalar Tablo 3.10.’da özetlenmiştir.

Tablo 3.10. Temalar

Tema 1. Genel bilgilere ilişkin özyeterlik düzeyi
Anatomi ve fizyoloji
Ameliyat süreci
Nedenleri ve risk faktörleri
Embriyoloji
Sınıflama
Tema 2. İlişkili ve eşlik eden sorunlara yönelik özyeterlik düzeyi
Dil ve/veya konuşma sorunları
Beslenme ve yutma sorunları
İşitme sorunları
Diş sorunları ve ortodontik sorunlar
Bilişsel ve/veya psikososyal sorunlar
Tema 3: Değerlendirmeye ilişkin özyeterlik düzeyi
Oral periferik değerlendirme
Dil değerlendirmesi
Konuşma seslerini değerlendirme
Rezonans değerlendirmesi
Tema 4: Müdahaleye ilişkin özyeterlik düzeyi
Aile danışmanlığı
Konuşma bozukluğuna yönelik müdahale
Dil bozukluğuna yönelik müdahale
Tema 5: Özyeterlik düzeyini etkileyen faktörler
Bireysel faktörler
Çalışma ortamı
Eğitim
Deneyim
Disiplinler arası işbirliği

3.2.1. Tema I: Genel bilgilere ilişkin özyeterlik düzeyi

Yarı yapılandırılmış görüşme verilerinin betimsel analizi için oluşturulan ilk tema genel bilgilere ilişkin özyeterliktir. Bu ana tema altında beş alt temaya yer verilmiştir. Aşağıda ana tema ve alt temalara ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Yarı yapılandırılmış görüşmelerin tüm katılımcıları genel bilgilere ilişkin özyeterlik düzeylerini betimleyen açıklamalarda bulunmuştur. Katılımcı B'ye bu konuya ilişkin özyeterlik düzeyi sorulduğunda, aldığı dersin niteliği nedeniyle kendisini çok yeterli hissetmediğini belirtmiş ve bu durumu şu sözlerle açıklamıştır: “...kendini çok daha özyeterli hissetmek için yeterli değildi diye düşünüyorum.” (5-41). A ve C katılımcıları ise bu konuda kendilerini yeterli gördüklerini belirtmişlerdir. A özyeterliliğine ilişkin görüşünü “...genel bilgilerimi düşündüğümde kendimi yeterli görüyorum diyebilirim.” (7-59) sözleriyle bildirirken, C “...genel bilgileri tüm başlık altında değerlendirecek olursak iyi düzeyde yeterli hissettiğimi söyleyebilirim.” (9-88) sözleriyle bildirmiştir. C katılımcısı bu yeterliği temelinde genel bilgilere ilişkin bilgilendirme yapabileceğine değinmiş, bu durumu “...gerekli bilgilendirmeyi yapabilecek pozisyonda hissediyorum kendimi.” (7-64) ifadesiyle bildirmiştir.

Katılımcılardan ikisi genel bilgilere ilişkin özyeterlik düzeylerinin eğitimden etkilendiğini belirtmiştir. B aldığı eğitimi yeterli bulmadığını belirtmiş ve “...*bu konuda yüksek lisans zamanında araştırma görevlisi bir hocamızdan ders aldık.*” (4-38) ifadelerini kullanırken araştırma görevlisinden ders almış olmasının yeterliğini olumsuz etkilediğini ima etmiştir. C ise “*Çok güzel bir akademik, teorik bilgi sürecimiz oluştu bu dersler kapsamında.*” (9-87) sözleriyle aldığı eğitimin konuya ilişkin yeterliğini olumlu etkilediğini belirtmiştir. A katılımcısı ise genel bilgilere hakim olmasını DDY’ye olan ilgisine bağlayarak bireysel faktörlerle ilişkilendirmiş, bu durumu şu sözlerle betimlemiştir: “...*ilgi ve biraz arz talep meselesi gibi düşünüyorum...benim çok ilgimi çekmişti.*” (14-109).

Genel bilgilere ilişkin özyeterlik temasına ait bulgular bütüncül olarak değerlendirildiğinde, araştırmaya katılan DKT’lerin bu konuya ilişkin özyeterlik düzeylerinin eğitim ve bireysel faktörlere göre farklılaştığı görülmektedir.

3.2.1.1. Anatomi ve fizyoloji

Yarı yapılandırılmış görüşme katılımcılarının üçü de anatomi ve fizyolojiye ilişkin özyeterlik düzeylerini belirtmiştir. Katılımcılardan biri anatomi ve fizyolojinin ne olduğunu hatırlayamamış “*Anatomi ve fizyoloji derken?*” (8-83. B) ifadesini kullanmış ve “...*ortadan daha düşük diyebilirim.*” (8-85. B) diyerek yeterliğini zayıf düzey olarak belirtmiştir. Diğer iki katılımcı ise bu konudaki yeterliklerini “...*iyi düzeyde diyebilirim.*” (9-83. C), “...*yeterli düzeyde hakim olduğumu düşünüyorum...*” (9-70. A) sözleriyle betimlemiştir. Anatomi ve fizyolojiye hakim olduğunu ifade eden A, bu konudaki yeterliğinin konuşma değerlendirmesine ilişkin yeterliğini de kuvvetlendirdiğini “*Bu konuda da kendimi yeterli görüyorum çünkü...anatomi ve fizyolojiye hakim olduğumu düşünüyorum...*” (28-211) diyerek dile getirmiştir.

Anatomi ve fizyolojiye ilişkin özyeterlik düzeyini etkileyen faktörlerden bahsederken bir katılımcı “...*özellikle velofarengeal bölgenin, oral periferik bölgenin şeyine hakim olmak için anatomi fizyolojisine hakim olmak için bir ameliyat gözlemesi gerekiyor.*” (9-74. A) sözleriyle ameliyat gözlemlemenin DKT’lerin bu konudaki yeterliğini güçlendireceğini vurgulamıştır. Aynı katılımcı DKT-hekim işbirliğinin özyeterlik düzeyine etkisini “...*bütün hastalarımızı bir biz hekimle beraber görüyor olsaydık biraz daha farklı olabilirdi olaya bakış açımız.*” (9-69. A) ifadeleriyle betimlemiştir. A’nın “*Bu benim bir ilgim aynı zamanda anatomi ve fizyolojiye hakim*

olmak ya da ilgi duymak...” (40-320) açıklamaları ise bireysel faktörlerin özyeterliğini olumlu etkilediğini düşündürmüştür.

Anatomi ve fizyoloji alt temasına ait bulgular birlikte değerlendirildiğinde, DDY’li bireylerle çalışan DKT’lerin konuşma değerlendirmesi yapıp ayırıcı tanıya ulaşabilmesi için anatomi ve fizyolojiye hakim olmaları gerektiği görülmektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda DKT’lerin bu konuya ilişkin özyeterlik düzeylerini artırmak için eğitim programlarının DKT adaylarının cerrahi müdahaleleri gözlemlemesine olanak sağlayacak şekilde düzenlenmesi gerektiği ve DKT’lerin hekimlerle işbirliği içinde çalışması gerektiği düşünülmektedir.

3.2.1.2. Ameliyat süreci

Tüm katılımcılar ameliyat sürecine ilişkin özyeterlik düzeylerine dair görüş bildirmiştir. C katılımcısı özyeterliğine ilişkin görüşünü “*Yüksek düzey diyebilirim...*” (10-102) sözleriyle dile getirmiştir. A ise doğum öncesi dönemde bile ameliyat süreci konusunda aileye bilgi verebilecek yeterliğe sahip olduğunu “*Bu halde bile bir hasta bana gelse ben...ameliyat zamanlamaları konusunda bilgi verebilirim. Bakın şu zaman şu ameliyatı olmanız gerekiyor. Şu hekim bu işin ilgili uzmanı, şu zamanda ona gitmeniz gerekiyor...*” (16-126) diyerek betimlemiştir. A, diş sorunlarına ve ortodontik sorunlara yönelik yapılan ameliyatlardan da bahsetmiş ve DDY’li bireylere yapılan cerrahi müdahalelere hakim olduğunu düşündüren şöyle bir ifade kullanmıştır: “*...cerrahiye girmedim ama hangi hastaya ne tür müdahalede bulunması gerektiği konusunda da hani kendimi geliştirdim.*” (11-85). Katılımcı B ise ameliyat sürecine ilişkin özyeterliğini belirtirken “*...orta düzeyde bilgim var tabii ki çok detaylı değil...*” (7-69) demiştir. Ancak alanyazın yarıkla ilgili cerrahi müdahalelerin plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzmanının sorumluluğunda olduğunu belirtirken, B bu müdahaleleri kulak burun boğaz hekiminin yaptığı yönünde yanlış bir ifade kullanmıştır. Bu durum katılımcının ameliyat sürecine ilişkin sahip olduğu bilgi düzeyi ile özyeterlik algısının tutarlı olmadığını göstermiştir. Konuya ilişkin yeterliğini yüksek düzey olarak belirten C katılımcısı bu konuda plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzmanından ders aldığından bahsederken “*Evet, ameliyat sürecine ilişkin bilgiler edindik.*” (10-100) ifadesini kullanmıştır. Katılımcının cerrahi müdahaleyi yapan uzmandan ders almasının yeterliğini olumlu yönde etkilediği düşünülmüştür.

C katılımcısı müdahalede bulunduğu DDY’li bireylerin birinden bahsederken “...Terapi anlamında çok fazla sağlıklı bir süreç olmadı. Çünkü yapılması gereken, tamamlanması gereken cerrahi müdahaleler vardı...” (3-30) diyerek ameliyat sürecinin terapiye etkisine değinmiştir. Katılımcı bu tür durumlarda gerekli yönlendirmeleri yapma ve süreci planlamada yeterli olduğunu “...doğru yönlendirmeleri, cerrahi öncesi ve sonrası süreci planlayabilmede kendimi yetkin hissediyorum.” (17-170. C) sözleriyle belirtmiştir.

3.2.1.3. Nedenleri ve risk faktörleri

İki katılımcı DDY’nin nedenleri ve risk faktörlerine ilişkin özyeterlik düzeylerini belirtmiştir. B özyeterliğine ilişkin görüşünü “...orta.” (8-87) ifadesiyle dile getirirken, C bu konuda kendisini yeterli gördüğünü “...DDY nedir, nasıl sorunlardan kaynaklanır... gibi işin teorik kısmına dair bilgim konusunda kendimi yeterli ve iyi hissediyorum.” (7-63) sözleriyle dile getirmiştir.

A ve C katılımcıları DDY’ye eşlik eden sendromlara ilişkin özyeterlik düzeylerine dair görüş bildirmiştir. İki katılımcı da sendromik DDY’li bireyleri fark edebildiğini ve gerekli yönlendirmeleri yapabildiğini belirten açıklamalarda bulunmuştur. Bununla ilgili olarak A, DDY’li bir bireyde sendrom varlığını işaret eden anormal bulguları tanıyabildiğini ifade etmiş ve bu konuda aileyi yönlendirebildiğini “...Böyle bir durumda neler yapması gerektiği, hangi uzmanlara gitmesi gerektiği, bir terapi ya da eğitim alması gerekiyorsa neler yapması gerektiğini söyleyebilirim.” (17-131) diyerek açıklamıştır. Ancak aynı katılımcı bir başka ifadesinde çok yaygın olmayan sendromlara ilişkin bilgisinin yeterli olmayabileceğine dikkat çekmiştir. C katılımcısı ise lisans eğitimi sırasında KBB hekiminden ve DDY konusunda uzman bir öğretim üyesinden bu konuda aldığı dersin yeterliği üzerindeki etkisinden bahsederken “O iki dersin birleşiminden doğan bilgiler benim iş hayatımda da en kurtarıcı bilgilerim oldu.” (10-94) ifadesini kullanmıştır.

3.2.1.4. Embriyoloji

Tüm katılımcılar embriyolojiye ilişkin özyeterlik düzeylerini ifade etmiştir. A özyeterliğine ilişkin görüşünü “...bu konuda yeterli olduğumu düşünüyorum...” (12-95) ifadesiyle betimlerken, C “Bu konudaki yeterliğime ilişkin orta düzeyde diyebilirim.” (7-70) ifadesiyle betimlemiştir. B ise embriyolojiye ilişkin özyeterliği sorulduğunda

“...embriyolojisi derken daha hastane boyutu mu oluyor...” (5-48) diye bir cümle kurmuş, “Eğer öyleyse o kısımda ben de yetersizim.” (5-49) demiştir. Katılımcıya embriyolojinin ne olduğu açıklandığında ise kendisini yetersiz görmediğini, orta düzeyde bilgisi olduğunu ifade etmiştir. Bu durum katılımcının bu konuda sahip olduğu bilgi düzeyi ile özyeterlik algısının ilişkili olmadığını düşündürmüştür.

A ve B katılımcıları embriyolojiye ilişkin özyeterliklerini eğitimle ilişkilendiren cümleler kurmuştur. A bu konuda aldığı eğitimi yeterli bulduğunu “...Gerek takip ettiğim ya da aldığım derslerde de bu konunun üzerinde sıklıkla duruldu.” (12-95) diyerek belirtirken, B “...detaylı ve derinlemesine değildi.” (5-47) diyerek aldığı eğitimi yetersiz bulduğunu belirtmiştir.

Bir katılımcı DDY ve DDY ile birlikte görülebilecek yapısal sorunların nedenini kavrayabilmenin embriyoloji bilgisine bağlı olduğunu “...embriyolojiye hakim olmalıyız ki bilmeliyiz ki bu sorunların da o zamandan kaynaklandığını...anlamak için embriyolojiyi bilmek gerekiyor...” (12-98. A) diyerek açıklamıştır. Bir üniversitede araştırma görevlisi olarak çalışan ve DDY üzerine ders veren A, derslerinde embriyoloji konusuna mutlaka yer verdiğini belirterek embriyoloji bilgisinin önemini bir kez daha vurgulamıştır.

Elde edilen bulgular doğrultusunda DKT’lerin DDY’ye ilişkin temel bir anlayış geliştirebilmeleri için dudak, damak ve ilişkili yapıların embriyolojisine hakim olması gerektiği düşünülmüştür. Ayrıca araştırmaya katılan DKT’lerin embriyolojiye ilişkin özyeterlik düzeylerinin eğitimden etkilendiği görülmüştür.

3.2.1.5. Sınıflama

Araştırma katılımcılarından ikisi DDY’yi sınıflamaya dair kendilerini oldukça yeterli gördüklerini belirten cümleler kurmuştur. Örneğin A özyeterliliğine ilişkin görüşünü açıklarken “...bir vaka geldiğinde bunun Kernahan sınıflaması için nasıl bir sınıflama...olduğunu belirleyebilir, isimlendirilebilir, bunu karşımda gördüğüm bir hekimle ya da bir dil ve konuşma terapistiyle doğru bir şekilde paylaşırım.” (13-104) sözlerini kullanmıştır. Aynı katılımcı bir başka ifadesinde DDY’yi sınıflandırırken kullanılan farklı yöntemler hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiş, kendisinin kullandığı sınıflama yöntemini şu sözlerle dile getirmiştir: “...Biz genelde kliniklerimizde...daha güncel olan bir sınıflama metodunu kullanıyoruz Kernahan sınıflaması diye bir sınıflama.” (13-100. A). C katılımcısı ise bu konudaki yeterliğini

aldığı eğitimle ilişkilendirmiş ve bu durumu “...akademik hayatım boyunca özellikle en çok üstünde durulan konulardan biriydi, o konuda kendimi çok iyi yeterli hissediyorum.” (8-73) diyerek açıklamıştır. Bir katılımcı ise sınıflandırmaya dair özyeterliliğini “Orta düzeyde diyebilirim.” (6-60. B) sözleriyle belirtmiştir.

Yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular doğrultusunda DDY derslerini veren ve DDY konusunda oldukça deneyimli olan katılımcının sınıflamaya ilişkin detaylı açıklamalar yaptığı, çeşitli sınıflandırma yöntemlerine hakim olduğu ve bu konuda multidisipliner ekibin diğer üyeleriyle paylaşımda bulunabilecek yeterlikte olduğu gözlenirken, DDY’li bireylerle çalışma deneyimi olmayan ve sınırlı deneyimi olan diğer iki katılımcının ise sadece düzey belirttiği, sınıflama yöntemlerine dair görüş bildirmediği gözlenmiştir.

3.2.2. Tema II: İlişkili ve eşlik eden sorunlara yönelik özyeterlik düzeyi

Yarı yapılandırılmış görüşme verilerinin betimsel analizi için oluşturulan ikinci tema ilişkili ve eşlik eden sorunlara yönelik özyeterliktir. Bu ana tema altında beş alt temaya yer verilmiştir. Aşağıda ana tema ve alt temalara ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tüm katılımcılar ilişkili/eşlik eden sorunlara yönelik özyeterliklerine dair cümleler kurmuştur. B katılımcısı ilk olarak “Orta düzeyden daha yüksek diyebilirim.” (8-93) ifadesini kullanmış, daha sonra ise yeterliliğini orta düzey olarak nitelendirmiştir. Ancak aynı katılımcı ilişki sorunların alt temalarında özyeterliliğini farklı düzeylerde betimlemiştir. Bu durum katılımcının bu konudaki özyeterlik algısının tutarlı olmadığını düşündürmüştür. İki katılımcı ise bu sorunları fark etme ve/veya ilişkili sorunların görüldüğü durumlarda ilgili uzmanlara yönlendirmeyi içeren açıklamalarda bulunmuştur. A bu durumu “...hangi durumda hangi uzmana yönlendirmem gerektiğini, bu konuda yeterli olduğumu söyleyebilirim.” (7-60) diyerek belirtmiş, C ise DDY’nin çok boyutlu bir bozukluk olduğunu, ilişkili sorunların olabileceğini vurgulamıştır. A ve C katılımcıları bu açıklamalara ek olarak ilişki sorunlara dair aile bilgilendirmesine dikkat çekmişlerdir. A “...anne karnından bile atıyorum kadın doğum uzmanı bunu tanıladı dedi ki gidin ilgili uzmanla görüşün.” (16-125) sözleriyle DKT olarak doğum öncesi süreçte bile DDY’li bireylerin müdahale ekibinde yer alabileceğini vurgulamış ve bu süreçte aileye olası sorunlar hakkında bilgi verebileceğini “...şu problemler olabilir.” (16-126) diyerek belirtmiştir.

C katılımcısı ilişkili sorunların bazı durumlarda terapi sürecini etkilediğini, bu tür sorunlar nedeniyle bazı vakalarda konuşma terapisi yapamadığını “*Çünkü diğer belli başlı sağlık sorunları nedeniyle bu müdahalelere başlanamayan vakalarım oldu.*” (17-173) ifadesiyle açıklamıştır. Aynı katılımcı bir başka ifadesinde bu tür sorunların terapinin verimliliğini etkileyeceğini belirtmiştir.

3.2.2.1. Dil ve/veya konuşma sorunları

Üç katılımcı da DDY’ye eşlik edebilen dil sorunları hakkında yüksek düzeyde yeterli olduğunu belirtmiş, C bu durumu “*...dilde yaşanan sıkıntılarla ilgili kendimi yüksek düzeyde hissediyorum.*” (11-112) ifadeleriyle dile getirmiştir.

Konuşma sorunları söz konusu olduğunda ise B katılımcısı “*Ashnda ben burda düşük olarak değerlendirebilirim.*” (10-108) sözleriyle kendisini yeterli görmediğini dile getirmiş ve bu durumu “*...klinik olarak gözlem ve uygulama açısından çok yetersizdi. O yüzden bence bu kısmı çok havada kaldı ve yetersiz kaldı.*” (10-109, 110) diyerek klinik eğitimin yetersizliğiyle ilişkilendirmiştir. C katılımcısı özyeterliliğine dair görüşünü “*...Ne gibi konuşma sorunlarına neden olur gibi işin teorik kısmına dair bilgim konusunda kendimi yeterli ve iyi hissediyorum.*” (7-63) diyerek betimlemiştir. Aynı katılımcı bir başka ifadesinde yeterliliğini yüksek olarak değil iyi olarak belirttiğini vurgulamış ve “*...yüksek diyemem belki çünkü üzerinde sürekli uygulama yapmadığınız bir şeyin zaman içerisinde teorik bilgiyi unutma eğilimine de gidiyorsun...*” (13-131. C) açıklamasıyla yeterlik düzeyini deneyimle ilişkilendirmiştir. A ise ayırıcı tanıyı gerçekleştirebilecek kadar konuşma sorunlarına hakim olduğunu “*Şunun ayırıcı tanısına da gidebilirim belki hani bu çocukta evet dil bozukluğu yok konuşma bozukluğu var...*” (25-181) ifadesiyle açıklamıştır. Aynı katılımcı rezonans bozuklukları ve velofarengeal disfonksiyon hakkında bilgi sahibi olduğunu belirten açıklamalarda bulunmuş, bu tür durumların konuşma seslerini nasıl etkilediğinden bahsederken “*...Velofarengeal disfonksiyon bu bireylerde ünsüzlerin üretimi için şeyi bozuyor, ağız içi basıncı bozuyor ve ağız içi basıncı bozduğu için özellikle yüksek basınç gerektiren sesler enerjisini kaybetmeye başlıyo.*” (26-191,192. A) sözlerini kullanmıştır. A bir başka ifadesinde “*Yanlışın gerçekten telafi edici bir hatadan kaynaklandığını düşünüyorsak...*” (28-206) diyerek zorunlu ve telafi edici sesletim hatalarına ilişkin de bilgi sahibi olduğunu düşündürmüştür.

A ve C katılımcıları yeterlikleri temelinde dil ve konuşma sorunlarına dair aile bilgilendirmesi yapabildiklerine de değinmişlerdir. A katılımcısının “*Dil ve konuşma*

sorunları...hakkında bilgi verebilirim aileye...” (16-128) sözleri bu bulguyu yansıtan ifadelerden biridir.

Elde edilen bulgular, araştırmaya katılan DKT’lerin dil ve konuşma sorunlarına ilişkin özyeterlik düzeylerinin eğitim ve deneyimden etkilendiğini işaret etmektedir.

3.2.2.2. Beslenme ve yutma sorunları

Tüm katılımcılar beslenme ve yutma sorunlarına ilişkin özyeterliklerine dair görüş belirtmişlerdir. A katılımcısı bu konuda kendisini yeterli gördüğünü “*Yani ben yeterli olduğumu görüyorum. En azından bozukluğun ne olduğunu tanıyıp, kendim yapabileceğim bir şey varsa bu konuda hani gerek yönlendirme gerek doğrudan müdahale yapabilirim.*” (21-154) ifadesiyle dile getirmiştir. Üniversitede DDY derslerinin yürütülmesinde görev alan A, bu derslerin içeriğinde beslenme ve yutma sorunlarına da yer verdiğini “*...olası bir beslenme ve yutma sorununda bu bireylerde ne tür beslenme modifikasyonları yapmamız gerektiğini ben derslerde anlatıyorum.*” (19-146) sözleriyle ifade etmiştir. Bu sözler katılımcının çalışma ortamının konuya ilişkin özyeterlik düzeyini kuvvetlendirdiğini düşündürmüştür. Aynı katılımcı beslenme ve yutma sorunları yaşayan DDY’li bireyleri ilgili diğer uzmanlara yönlendirmeyi gerektiren durumlar olabileceğini ifade etmiş ve kendisinin bu tür durumları ayırt edebildiğini “*...nazogastrik sondayla beslememiz gerekiyorsa da bu konuda ilgili hekime yönlendirmeyi yapabilirim yani bunu tanıyabilirim en azından.*” (21-156) sözleriyle dile getirmiştir. B katılımcısı bu konudaki görüşünü “*Bu çocukların beslenmesi için gerekli aparatlar, hangi açılarda beslenme yapılması gerekiyor... bunları biliyorum.*” (6-65,66) diyerek açıklamış, bir diğer ifadesinde ise beslenme ve yutma sorunlarına ilişkin özyeterlik düzeyini orta olarak nitelendirmiştir. C katılımcısı ise özyeterliğine ilişkin görüşünü “*Ayrıca beslenme evet teorik bilgi olarak hakimim ama henüz karşılaşmadığım bir vaka grubu olduğundan dolayı uygulamada nasıl olabilirim bilemiyorum o yüzden orta düzey diyebilirim ona da.*” (12-115) sözleriyle açıklamıştır. Katılımcının bu ifadesi beslenme ve yutma sorunlarına dair özyeterlik düzeyinin konuya ilişkin deneyiminden etkilendiğini göstermektedir. Tüm katılımcılar beslenme ve yutma sorunları hakkında aileyi bilgilendirebileceklerini belirtmişlerdir.

Elde edilen bulgular, A katılımcısının beslenme ve yutma sorunlarına ilişkin özyeterlik düzeyinin B ve C katılımcılarına oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durumun katılımcıların çalışma ortamı ve DDY’li bireylerle çalışma deneyimleriyle

ilişkili olduğu düşünülmektedir. A, DDY derslerini yürüten bir akademisyendir ve bu bireylerle çalışma konusunda çok deneyimli bir katılımcıdır. B katılımcısı bu konuda deneyim sahibi değildir. DDY’li bireylerle çalışma deneyimi sınırlı olan C katılımcısının ise daha çok dil gelişimi üzerine çalışmalar yaptığı görülmektedir. Katılımcıların bu özelliklerinin beslenme ve yutma sorunlarına ilişkin özyeterlik düzeylerini etkilediği düşünülmektedir.

3.2.2.3. *İşitme sorunları*

Yarı yapılandırılmış görüşme katılımcılarından B işitme sorunları hakkındaki özyeterliğini “...*düşük diyebilirim...*” (9-102) ifadesiyle açıklarken, A “...*olası işitme sorunları hakkında aileyi bilgilendirebilirim.*” (17-130) ifadesiyle bu konuda aile bilgilendirmesi yapabilecek yeterlikte olduğunu açıklamıştır. Ayrıca A bir başka ifadesinde işitme testlerinin sonuçlarını yorumlayabilecek yeterlikte olduğunu “...*bir odyogramı okuyabilirim ya da timpanogram sonuçlarını okuyabilirim. Ama bununla ilgili anormal giden bir şey olduğunu en azından anlayabilir...*” (18-139) sözleriyle betimlemiştir.

İki katılımcı işitme sorunları olan DDY’li bireyleri ilgili uzmanlara yönlendirmekten söz etmiştir. A “*Bu konuda işte ya odyoloji birimine ya da kulak burun boğaz hekimine yönlendirme yapıp bu konuda iş birliği içerisinde bulunabilirim...*” (18-141) ifadesini kullanmıştır. C’nin ise işitme sorunu olan DDY’li vakasının eğitsel açıdan desteklenmesi gerektiğinden bahsetmesi, katılımcının yönlendirme gereken durumların farkında olduğunu düşündürmüştür.

Bu alt temaya ait bir diğer bulgu da işitme sorunu olan DDY’li bireylerin terapi süreci ile ilgilidir. C katılımcısı “*Bu vakalarda işitme engeli de eşlik ettiğinden dolayı benim karşılaştığım vakalarda öncelikli olarak dil problemleri var...*” (11-111) sözleriyle bu bireylerde dil sorunları olduğunu belirtmiş ve terapi sürecinde daha çok bu konuda çalışmalar yaptığını ifade etmiştir.

Görüşmelerden elde edilen bulgular DDY’li bireylerle çalışma deneyimi olan A ve C katılımcısının işitme sorunlarına dair özyeterlik düzeylerinin, DDY’li bireylerle çalışma deneyimi olmayan ve DDY üzerine aldığı eğitimi yetersiz bulan B katılımcısına oranla daha iyi olduğunu düşündürmüştür.

3.2.2.4. *Diş sorunları ve ortodontik sorunlar*

Yarı yapılandırılmış görüşme katılımcılarından ikisi diş sorunları ve ortodontik sorunlara ilişkin yeterli olduğunu belirtirken, diğer katılımcı bu konuda yetersiz olduğunu belirtmiştir. B katılımcısı özyeterliğini betimlerken “*Düşük*” (11-121) ifadesini kullanmış, A katılımcısı ise “*Dişlerle ilgili ya da dentofasiyal görünümle ilgili bir bozukluk olduğunda bunu tanıyabilirim, işte maloklüzyonları bilebilirim, hekime bunu aktarabilirim ya da hekimin bana söylediğini anlayabilir vaka üzerinde bunu tanıyabilirim.*” (18-138) ifadesini kullanmıştır. Araştırma görevlisi olan A, bir üniversite hastanesinin ortodonti kliniğinde altı ay gözlem yaptığını, bu süreçte ortodontik müdahale türleri hakkında kendini geliştirdiğini belirtmiş ve müdahale türlerine ilişkin yeterliğini “*...dudak damak yarıklı bireylerde ne tür ortodontik müdahaleler yapılabilir konusuna hakimim, yeterli olduğumu düşünüyorum.*” (10-81) diyerek betimlemiştir. C katılımcısı da diş sorunları ve ortodontik sorunlar hakkında yeterli olduğunu söylemiş, bu konuda bir ortodonti uzmanından ders almış olmasının yeterliğine etkisini “*Olumlu yönde etkiledi, iyi yönde etkiledi.*” (15-151) sözleriyle açıklamıştır.

A ve C katılımcıları diş ve ortodontik sorunları olan DDY’li bireyleri ilgili uzmanlara yönlendirebilecek yeterlikte olduklarından bahsetmiş, C bu durumu “*En azından nerde ve hangi aşamada, hangi uzmana yönlendirmem gerektiğine dair yeteri kadar bilgim var.*” (15-146) diyerek betimlemiştir. Aynı katılımcı bir başka ifadesinde diş ve ortodontik sorunları olan DDY’li çocukları kastederek “*Yani bu çocukları zaten bizim yani dil konuşma terapisti olarak yapabileceğimiz şey onu gözlemleyip, değerlendirmesini yapıp gerekli uzmana yönlendirmek olacak.*” (14-142) cümlesini kurmuş, DKT’nin bu konudaki sorumluluğunun sorunu fark etmek ve ilgili uzmana yönlendirmek olduğunu vurgulamıştır.

Bu alt temaya ait bir diğer bulgu da diş sorunları ve ortodontik sorunların terapi sürecine etkisi ile ilgilidir. C bu etkiyi “*Bu süreçte evet diş yapısındaki bozukluklardan dolayı terapi sürecini olumsuz yönde etkileyen çocuklarım oldu.*” (14-139) sözleriyle dile getirmiştir.

Araştırma bulguları DDY’li bireylerde görülen diş sorunları ve ortodontik sorunlar hakkında bir ortodonti uzmanından ders alan C katılımcısı ile ortodonti kliniğinde uzun bir süre gözlem yapan A katılımcısının konuya ilişkin özyeterlik düzeylerinin B katılımcısına göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

3.2.2.5. Bilişsel ve/veya psikososyal sorunlar

Tüm katılımcılar bilişsel ve/veya psikososyal sorunlara ilişkin özyeterliklerine dair görüş bildirmişlerdir. B katılımcısı psikososyal sorunlar konusundaki özyeterliğini “...*düşük diyebilirim.*” (9-104) ifadesiyle dile getirirken, A bu konuda kendisini yeterli gördüğünü “...*psikososyal bozukluklar ya da öğrenmeyle ilgili bozuklukları...tanıyıp ilgili uzmana yönlendirme, kendi sorumluluğum dahilindeyse de ona yönelik değerlendirme ve terapi yapabilirim.*” (17-132) ifadesiyle dile getirmiştir. C katılımcısı ise “*Bu vakalarda benim en çok yaşadığım sıkıntılardan biri de açıkçası belki de her zaman aklımıza gelmeyen bir sıkıntı var psikolojik problemler, psikososyal problemler.*” (12-116) açıklamalarıyla bu sorunların farkında olduğunu belirtmiş ve DDY’li bireylerin yaşadığı psikososyal sorunların çoğu zaman fark edilmediğini vurgulamıştır.

C katılımcısı psikososyal sorunları olan DDY’li bireylerin terapi süreci ile ilgili açıklamalarda bulunmuştur. Katılımcı çalıştığı DDY’li bireylerin özelliklerini belirtirken “*Çok fazla sessiz çocuklar bunlar...bi nevi iletişime geçemeyen, iletişime küsmüş çocuklar çünkü biliş düzeyleri zihinsel olarak çok iyiler hiçbir problemleri yok. Fakat durumlarının farkında olması onların toplumdan kendini soyutlamalarına sebep oluyor...*” (12-117, 118) ifadelerini kullanmış, bu durum nedeniyle terapi sürecinde psikososyal açıdan destekleyici çalışmalar yaptığını “...*ben çalıştığım bu çocuklarda açıkçası aslında ilk baş etmeye çalıştığım şey onların daha sosyal hale getirmeye çalışmak oluyor.*” (12-118) sözleriyle dile getirmiştir. C katılımcısı bir diğer ifadesinde “*Çalıştığım kurum kapsamında psikoloğumuz var ve...biz multidisipliner bir çalışma yürütüyoruz...*” (22-229) diyerek psikososyal sorunları olan DDY’li bireylerin müdahale sürecinde ilgili uzmanlarla işbirliği içinde çalıştığını belirtmiştir.

3.2.3. Tema III: Değerlendirmeye ilişkin özyeterlik düzeyi

Yarı yapılandırılmış görüşme verilerinin betimsel analizi için oluşturulan üçüncü tema değerlendirmeye ilişkin özyeterliktir. Bu ana tema altında dört alt temaya yer verilmiştir. Aşağıda ana tema ve alt temalara ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tüm katılımcılar değerlendirmeye ilişkin özyeterlikleri hakkında açıklamalarda bulunmuştur. Katılımcılardan biri bu konuda oldukça yeterli olduğunu belirtirken, bir katılımcı yeterliğini yüksek olarak belirtmiş, diğer katılımcı ise kendini çok yeterli hissetmediğini ifade etmiştir. A katılımcısı özyeterliğine ilişkin görüşünü “...*bir dudak damak yarıklı bireyle karşılaştığımda onu nasıl değerlendireceğimi, değerlendirme*

sırasında nelere dikkat edebileceğimi, nelere dikkat etmem gerektiğini...bu konuda yeterli olduğumu söyleyebilirim.” (7-60) diyerek dile getirmiş, ancak uyum problemi veya zihinsel yetersizliği olan DDY’li bireyleri değerlendirmenin kendisini zorlayabileceğini belirtmiştir. Aynı katılımcı bir diğer ifadesinde “...her yıl yüz vaka gördüğümü düşünürsek dört, beş senedir hani uzman DKT olduğumdan itibaren yaklaşık dört yüz beş yüz arası dudak damak yarıklı vaka görmüşümdür diyebilirim.” (4-35. A) sözlerini kullanarak değerlendirme konusunda oldukça deneyim sahibi olduğunu belirtmiştir. Katılımcının konuya ilişkin deneyiminin yeterliliğini artıran bir faktör olduğu düşünülmüş olup şu sözleri bu düşüncüyü destekler nitelikte olmuştur: “Elimde hiçbir şey olmasa bile yani hiçbir değerlendirme aracı olmasa bile bir bireyin ya da bir çocuğun dil konuşma değerlendirmesini yapabilirim.” (23-168. A). C katılımcısı ise DDY değerlendirmesinin çok kapsamlı olduğunu belirtmiş ve yeterliliğine ilişkin görüşünü “Nasıl bir değerlendirme yapıcım...kendimi çok yeterli hissedemediğim ve her zaman vakayla karşılaştığımda endişe duyduğum bir gruptu...” (6-55) sözleriyle açıklamıştır. Özyeterlik algısının kişinin yaşantılarından beslenen bir durum olduğu (Bandura, 2010) göz önünde bulundurulduğunda, DDY’li bireylerle çalışma konusunda sınırlı deneyim sahibi olan C katılımcısının yeterliliğine ilişkin farkındalığının yüksek olduğu görülmektedir. Bu iki katılımcı değerlendirme sonucunda DDY’li bireylerde görülen diğer sorunları fark edebildiklerini ve bu bireyleri ilgili uzmanlara yönlendirdiklerini belirten ifadelerde de bulunmuştur. B katılımcısı ise DDY’li bireylerde görülen konuşma sorunları hakkında kendisini yetersiz gördüğünü belirtmesine rağmen DDY’li bireylerin dil ve konuşma özelliklerini değerlendirme söz konusu olduğunda kendisini yeterli gördüğünü “Ortadan daha yüksek diyebilirim.” (11-129) sözleriyle betimlemiştir. Bu ifadeler C’nin aksine B katılımcısının özyeterliliğine ilişkin farkındalığının tutarlı olmadığını düşündürmüştür. Aynı katılımcı her iyi değerlendirmenin ilk adımı olan vaka öyküsüne değinmiş, “Vaka öyküsüne dikkat ediyorum.” (12-147) diyerek değerlendirme esnasında vakayla ilgili bilgiler edinmeye önem verdiğini belirtmiştir.

Bu temaya ait bir diğer bulgu ise değerlendirmeye ilişkin özyeterlik düzeyini etkileyen faktörler ile ilgilidir. A ve C katılımcıları çalışma ortamı ve deneyimin etkisinden söz etmiştir. A katılımcısı deneyimin etkisini “Siz değerlendirme yapmadıkça o neyi değerlendirmeniz gerektiğini unutabilirsiniz...” (15-114) sözleriyle belirtmiştir. Ayrıca katılımcılar objektif değerlendirme araçlarına ihtiyaç duyduklarını ve çalışma ortamlarında bu araçların bulunmamasının yeterliklerini olumsuz etkilediğini ifade

etmişlerdir. C katılımcısı bu konuda “...gerekli aletsel ekipmanlar, görüntüleme cihazları, DDY’de kullanabileceğiniz birçok şey var. Fakat bunların olmaması sizin sadece algısal değerlendirme üzerinden, tahminler üzerinden yönlendirme yapmanızı neden oluyor.” (25-261, 262) diyerek objektif değerlendirme araçlarının önemini vurgulamıştır. A katılımcısının bazı ifadeleri ise değerlendirmeye ilişkin özyeterlik düzeyinin bireysel faktörlerden etkilendiğini düşündürmüştür. Örneğin A’nın “...bu üç alanda da dil, konuşma, rezonans alanında yeterli olduğumu düşünüyorum ama konuşma ve rezonans değerlendirmesini yapmak beni biraz daha mutlu eden bi şey, daha keyifli olduğunu düşünüyorum bu alanın öyle söyleyim.” (25-182) sözleri bu durumu yansıtan ifadelerden biridir.

Bulgular değerlendirme konusunda oldukça deneyimli olan A katılımcısının özyeterlik düzeyinin, B ve C katılımcılarına oranla daha yüksek olduğunu işaret etmektedir. Bu durum değerlendirmeye dair özyeterlik düzeyinin deneyim ile ilişkisini ortaya koymaktadır. Ayrıca katılımcıların bu konudaki özyeterlik düzeylerinin çalışma ortamı ve bireysel faktörlerden de etkilendiği görülmektedir.

3.2.3.1. Oral periferik değerlendirme

Görüşme katılımcılarından biri oral periferik değerlendirme konusundaki yeterliğini orta düzey olarak belirtirken, diğer iki katılımcı bu konuda yeterli olduklarını belirtmiştir. B katılımcısı özyeterliğini “Orta düzey diyebilirim.” (14-166) ifadesiyle betimlemiştir. Ancak bu değerlendirmeyi yapabilmek için en temelde anatomi ve fizyolojiye hakim olmak gerekirken B’nin bu konudaki yeterliğini düşük olarak belirttiği göz önünde bulundurulduğunda, katılımcının özyeterlik algısının tutarlı olmadığı düşünülmüştür. A ve C katılımcıları ise konuya dair kendilerini yeterli gördüklerini ifade etmiş, C bu durumu “Oral muayene DDY’li vakalarda kesinlikle en önemli detay. Bu konuda şimdiye kadar iyiydim, rahattım. Herhangi bir sorunla karşılaşmadım.” (19-194) sözleriyle dile getirmiş ve “Aileye bu konuda gerekli açıklamayı yapabiliyorum...” (18-191) diyerek yeterliği temelinde aileyi bilgilendirebildiğine değinmiştir.

A ve C katılımcıları oral periferik bir sorun fark ettiklerinde ilgili uzmanlara yönlendirmeden söz etmiş, A bu konuda “Gördüğüm oral periferik anormallikleri tanıyabilir, bu konuyla ilgili yönlendirme yapabilirim ve hekimle konuştuğum zaman bunu detaylı olarak anlatabilir, hekimin bana söylediğini anlayabilirim...” (18-137) açıklamalarında bulunmuştur.

A katılımcısı oral periferel değerlendirme sonuçları ile konuşma özellikleri arasında bağlantı kurmaktan bahsederken “...değerlendirme sonucunda elde ettiğimiz konuşma çıktılarıyla mevcut anatomik ve fizyolojik bozuklukları değerlendirip bu iki parça arasındaki ilişkiyi kurmak.” (29-212) cümlesini kurmuş ve kendisinin bu ilişkiyi kurabilecek yeterlikte olduğunu vurgulamıştır.

Nitel verilerden elde edilen bulgular doğrultusunda anatomi ve fizyoloji konusunda yeterli olduklarını belirten A ve C katılımcılarının oral periferel değerlendirmeye ilişkin özyeterliklerinin, anatomi ve fizyoloji konusunda yeterliğini düşük olarak niteleyen B katılımcısına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum oral periferel değerlendirmeye dair özyeterlik düzeyi ile anatomi ve fizyolojiye dair özyeterlik düzeyi arasında ilişki olduğunu düşündürmektedir.

3.2.3.2. Dil değerlendirmesi

Üç katılımcı da dil değerlendirmesi konusunda yeterli olduğunu belirtmiştir. A katılımcısı “Dil değerlendirmesi açısından...dil testleri varsa elimizde işte TEDİL gibi TİFALDİ gibi TODİL gibi... değerlendirme araçlarıyla değerlendirmesini yapabilirim.” (24-174) sözlerini kullanarak bu konudaki özyeterliğini standart dil testlerinin kullanımı ile ilişkilendirmiştir. A bir başka ifadesinde ise “...kişisel olarak da dil bozuklukları ya da dil benim çok ilgimi çekmiyen bir şey...” (24-180) açıklamasında bulunmuş ve bu nedenle dil değerlendirmesine oranla konuşma değerlendirmesinde kendisini daha yeterli hissettiğini “...Hepsinde yeterli olduğumu düşünüyorum ama diğer alanlarda daha yeterli olduğumu düşünüyorum.” (24-179) diyerek belirtmiştir. Bu ifadeler A katılımcısının konuya ilişkin özyeterlik düzeyinin standart dil testlerinin varlığından ve bireysel faktörlerden etkilendiğini göstermektedir. C katılımcısı ise “...ben daha çok dil üzerinde çalıştığım için dil değerlendirmesiyle ilgili kendimi yetkin hissediyorum.” (16-157) cümlesini kullanarak özyeterliğini klinik deneyimle ilişkilendirmiştir.

A katılımcısı DDY’li bireylerle çalışma konusunda oldukça deneyim sahibi iken C katılımcısı bu konuda sınırlı deneyime sahiptir. B katılımcısı ise deneyim sahibi değildir. Ancak üç katılımcının da DDY’li bireylerin dil becerilerini değerlendirme konusunda kendilerini yeterli gördüklerini belirtmeleri, DDY’nin dil becerilerini doğrudan etkileyen bir durum olmamasıyla açıklanabilir. DDY’nin konuşma üzerindeki etkisi çok yönlü ve karmaşık olabilirken dil üzerinde böyle bir etkisi olmadığı belirtilmektedir (Kuehn ve Moller, 2000; Vallino vd., 2008). Bu nedenle DDY’li bireylerle çalışma konusunda

yeterli deneyimi olmayan katılımcıların başka vaka gruplarında yaptıkları dil değerlendirmeleri doğrultusunda kendilerini yeterli hissettikleri düşünülebilir.

3.2.3.3. *Konuşma seslerini değerlendirme*

Tüm katılımcılar DDY'nin konuşma seslerine olan etkisini değerlendirmeye yönelik özyeterlikleri hakkında açıklamalarda bulunmuştur. A katılımcısı “...*Türkçe'deki her ünsüzün çeşitli konumlarda yer aldığı cümleler artık pratik yapı yapı ezberimde olduğu için onu söyleyip işte tekrar ettirip konuşma değerlendirmesini yapabilirim.*” (23-169) sözlerini kullanarak konuşma seslerini değerlendirmeye dair özyeterliğinin konuya ilişkin deneyimden beslendiğini vurgulamıştır. C katılımcısı ise DDY'li bireylerin konuşma seslerini değerlendirmeye yönelik bir çalışması olmadığı için bu konuda dil değerlendirmesi kadar yeterli hissetmediğini “...*kendimi o kadar yetkin hissetmiyorum.*” (16-158) diyerek betimlemiştir. Katılımcıların bu ifadeleri DDY'nin konuşma seslerine olan etkisini değerlendirmede deneyimin önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir. B katılımcısı da bu konuda kendini yeterli gördüğünü belirtirken daha önceki ifadelerinde DDY'li bireylerde görülen konuşma sorunları hakkında yetersiz olduğunu belirtmiştir. Katılımcının özyeterlik algısındaki bu çelişki DKT'lerin DDY'si olmayan fakat konuşma sesi bozukluğu olan bireylerle sıklıkla çalışması ile açıklanabilir. Ancak DDY'li bireylerde sağlıklı bireylerde görülmeyen konuşma sesi üretimleri olabildiği gibi eşsesletim gibi durumlar da görülebilmektedir (Bedwinek, 2007; Kuehn ve Moller, 2000; Gibbon ve Crampin, 2002). Bu tür konuşma sorunları hakkında yetersiz olduğunu söyleyen B katılımcısının değerlendirme söz konusu olduğunda yeterli olduğunu belirtmesi, özyeterliğine ilişkin farkındalığının tutarlı olmadığını düşündürmektedir.

Katılımcılar sağlıklı bireylerde görülmeyen konuşma seslerini fark ve transkript etmeye dair görüş bildirirken C “*Bu tür sesleri fark edip ayırt edebiliyorum. Buna hakimim ama bunu transkript etme konusunda o kadar yeterli hissetmiyorum kendimi.*” (20-211) ifadesini kullanmış ve transkript aşamasında yeterli hissedebilmek için pratik yapmak gerektiğini vurgulamıştır. B katılımcısı yeterliği hakkındaki görüşünü “*Orta düzey diyebilirim*” (12-145) ifadesiyle dile getirirken, A bazı durumlarda bu tür sesleri işitsel olarak ayırt etmenin ve transkript etmenin kolay olmadığını betimleyen ifadelerde bulunmuştur. A'nın “...*bazen işitsel olarak onu transkript etmekte zorlanabiliyoruz.*” (28-208) sözleri bu durumu betimleyen ifadelerden biridir. DDY konusunda uzman olan, üniversitede DDY derslerini yürüten ve şimdiye kadar yüzlerce DDY'li bireyin

değerlendirmesini yapan A katılımcısının dahi bu sesleri fark ve transkript etmekte bazen zorlandığını belirtmesi, DDY’li bireylerin konuşma seslerini değerlendirmenin konu hakkında ciddi bir uzmanlık gerektirdiğini işaret etmektedir. Bu durum, DDY’li bireylerle çalışma konusunda yeterli deneyimi olmayan veya bu konuda yeterli eğitimi almayan DKT’lerin bu bireylerin konuşma seslerini değerlendirme söz konusu olduğunda yetersiz kalabileceklerini düşündürmektedir.

A katılımcısı DDY’li bireylerin değerlendirmesindeki temel amacın zorunlu ve telafi edici sesletim hatalarını saptamak olduğunu belirtmiş ve kendisinin bu konudaki yeterliğini “...anatomy ve fizyoloji konusunda biraz daha aşına ve ilgili, nispeten daha bilgili öyle söylemek gerekebilir belki böyle olduğumu düşündüğüm için ikisi arasındaki bağlantıyı kurabilir ve hangi sesin zorunlu hangi sesin telafi edici hata olduğunu bilebilirim, tahmin edebilirim.” (29-215) sözleriyle anatomy ve fizyoloji bilgisiyle ilişkilendirmiştir. B ve C katılımcıları ise DDY’li bireylerde görülen sesletim hatalarını zorunlu ve telafi edici olarak sınıflandırmaya dair yeterlikleri hakkında herhangi bir görüş bildirmemişlerdir. DDY’de DKT’lerin en önemli rol ve sorumluluklarından birinin, sesletim hatalarını sınıflandırarak zorunlu hataların düzeltilmesi için ilgili uzmanlara yönlendirme ve telafi edici hatalar için terapi sağlama olduğu (Ünal ve Topbaş, 2011; Kummer, 2011b) göz önünde bulundurulduğunda, katılımcıların bu konuda görüş bildirmemesi dikkat çekici bir bulgudur.

A katılımcısı bir başka ifadesinde rezonans bozukluğu/velofarengeal disfonksiyonu olan DDY’li bireylerin konuşma seslerini işitsel olarak ayırt etmenin bazı durumlarda zor olabildiğini belirtmiş ve kendisinin bu tür durumların üstesinden gelebilecek yeterliğe sahip olduğunu “...hipernazalite maskeleye yapıyor ve duyduğunuz şey bi anda yanlış duymanıza sebep olabilir. Yani bu durumda değerlendirme esnasındayken pratik olarak ne yapmamız gerektiğini bilebiliyorum...” (22-165) diyerek betimlemiştir. Bu ifadeler katılımcının konuya ilişkin deneyiminin özyeterliliğini artıran bir faktör olduğunu düşündürmüştür.

Bu alt temaya ait bir diğer bulgu ise konuşma seslerini değerlendirmeye ilişkin özyeterlik düzeyini etkileyen faktörler ile ilgilidir. A katılımcısı “...pratik yapmadıkça, bu konuda çalışmadıkça, hani normal bir IPA chartı açıp dinlemedikçe...o sesi tanıyamıyabilirsiniz...benim o konuda bi avantajım vardı. Bu bireylerle sıklıkla çalışıyorum, çalıştığım için de bu konuda bildiğim bilgiyi hiç kaybetmiyorum ve sürekli onu güncel tutmaya çalışıyorum.” (15-116, 117) sözleriyle deneyim ve bireysel

faktörlerin yeterliğini olumlu yönde etkilediğini ifade etmiştir. C ise konuşma seslerini değerlendirmeye dair kendini çok yeterli hissetmemesini “*Çünkü bunlar kesinlikle sık tekrar ve sürekli uygulama gerektiren şeyler.*” (26-272) ifadesini kullanarak deneyimle ilişkilendirmiştir. Ayrıca her iki katılımcı da objektif değerlendirme araçlarını kullanmanın yeterliklerini kuvvetlendireceğini belirten açıklamalar yapmıştır. A’nın “*...ultrason gibi elektropalatograf gibi objektif değerlendirme ve terapi araçlarını biz kliniklerimizde daha fazla kullanabilsek daha doğru bir ayırıcı tanıya gidebiliriz. Yani yanlışın tam olarak ne olduğunu görebilir şey düşünelim dil damak temasıyla yanlış olan noktaları görebilir...*” (26-195) sözleri bu durumu örnekleyen ifadelerden biridir. DDY’li bireylerin değerlendirme sürecinde objektif ölçüm araçları ve standart dil testleri kullanımının, katılımcıların kendilerini daha yeterli hissetmelerine olanak sağladığı daha önceki temalarda da ortaya çıkmıştır.

Bulgular, DDY’li bireylerin konuşma sesleri hakkında yüksek lisans tezi yazan, anatomi, fizyoloji, oral periferik değerlendirme gibi konularda yüksek özyeterliğe sahip olan, aynı zamanda değerlendirme konusunda oldukça fazla deneyim sahibi olan A katılımcısının konuşma seslerini değerlendirmeye ilişkin özyeterlik düzeyinin B ve C katılımcılarına oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum DDY’li bireylerin konuşma seslerini değerlendirmeye dair özyeterlik düzeyi ile anatomi ve fizyolojiye dair özyeterlik düzeyi ve deneyim arasında ilişki olduğunu ortaya koymaktadır.

3.2.3.4. Rezonans değerlendirmesi

Yarı yapılandırılmış görüşmelerin tüm katılımcıları rezonans değerlendirmesine dair özyeterliklerini belirten ifadelerde bulunmuştur. B katılımcısı özyeterliğine ilişkin görüşünü “*...bu konuda benim de yetersizliğim var. Düşük.*” (13-156, 158) sözleriyle dile getirmiştir. C katılımcısı bazı ifadelerinde bu konuda kendini çok yeterli hissetmediğini belirtirken bazı ifadelerinde çok eksik ve yetersiz hissettiğini belirtmiştir. DDY’li bireylerle çalışma deneyimi dil gelişimi ile sınırlı olan C katılımcısının rezonans değerlendirmesine ilişkin yetersizliğini belirtirken kullandığı bu tutarsız ifadeler, katılımcının bu konuda deneyim sahibi olmamasıyla açıklanabilir. A katılımcısı ise kendisini yeterli gördüğünü “*...elimde herhangi bir alet olmasa bile hani doğrudan kesin bir rezonans tanısına gidemesem bile kanımı güçlendirecek rezonans bozukluğu var mı yok mu? Varsa neye yakın? İşte bu bi nazal rustle mı nazal emisyon mu ya da bir*

hipernazalite mi buna ulaşabilecek yeterliğimin olduğunu düşünüyorum. Bir pipetle bile...rezonans değerlendirmesini yapabilirim.” (23-170, 171, 172) açıklamalarıyla ifade etmiştir. Önceki temalarda elde edilen bulgular objektif değerlendirme araçlarının kullanımının katılımcıların değerlendirmeye ilişkin özyeterlik düzeylerini kuvvetlendirdiğini göstermekteyken, dört yüzden fazla DDY’li bireyin değerlendirmesini yapan A’nın bu sözleri, deneyimli bir katılımcının bu araçlar olmasa bile rezonans değerlendirmesini gerçekleştirerek rezonans tipini belirleyecek özyeterliğe sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum rezonans değerlendirmesine dair özyeterlik düzeyi ile deneyim arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır.

Katılımcılar rezonansın ve velofarengal fonksiyonun aletsel değerlendirmesine dair görüşlerini açıklarken A “...objektif değerlendirme araçları varsa elimizde işte nazometre gibi ya da bunun haricinde çeşitli görüntüleme yöntemleri varsa bunun değerlendirmesini de yapabilirim.” (23-173) sözlerini kullanmıştır. Aynı katılımcı bir başka ifadesinde ise şimdiye kadar yaptığı değerlendirmelerde çoğunlukla nazometre kullandığını, diğer objektif değerlendirme aletlerini kullanma deneyimi olmadığını belirtmiştir. A, bu tür aletlerle değerlendirme yapılırken bireylerde alerjik reaksiyonlar görülebildiğini, bu nedenle DKT’lerin bu aletleri bağımsız olarak kullanmasının Türkiye’deki hekimler tarafından olumlu karşılanmadığını ifade etmiş ve kendisinin bu konudaki görüşünü “*Bence dil ve konuşma terapistleri nazofaringoskopi gibi değerlendirme araçlarını kullanabilirler, kullanılmalıdır da çünkü Amerika’da bu kullanılıyor.*” (30-225) sözleriyle dile getirmiştir. Bu durum ülkemizde dil ve konuşma terapisi alanının son dönemlerde yaygınlaşması ve DKT mesleğinin bilinirliğinin yeni yeni artması ile açıklanabilir. B ve C katılımcıları ise bu konuda yeterli olmadıklarını belirten açıklamalarda bulunmuş, B yüksek lisans eğitimi sırasında aldığı DDY dersini kastederek “...bu dersin kapsamında bunu uygulama olarak bir kere ölçmeyi görmüştük o aletlerle ama sonrasında hiçbir şekilde deneyimim olmadığı için nasıl kullanacağımı unuttum.” (13-155) sözleriyle görüşünü betimlemiştir. Bu ifadeler aletsel değerlendirme konusundaki özyeterliğin deneyim ile ilişkisini ortaya koymaktadır. C katılımcısı ise rezonansın algısal değerlendirmesinde kendini daha yeterli gördüğünü “...algısal olarak daha iyi düzeydeyim.” (20-206) diyerek açıklamıştır.

Rezonans değerlendirmesinde oldukça yeterli olduğunu belirten A katılımcısı fonem spesifik nazal emisyonu fark etmeye dair yeterliğini ise şu sözlerle nitelendirmiştir: “*Yani dudak damak yarığı olsun olmasın o sesin fonem spesifik nazal*

emisyon olduğunu anlamak çok önemli ve burda iyi bir değerlendirme ile geçiyor bu konuda bence bunu anlayıp değerlendirmesini...yapma konusunda yeterliyim.” (37-293).

Bu alt tema kapsamında elde edilen bir diğer bulgu rezonans değerlendirmesine ilişkin özyeterlik düzeyini etkileyen faktörler ile ilgilidir. Bu konuda üç katılımcıda eğitimden söz etmiştir. Üniversitede DDY derslerinin ve klinik uygulamalarının yürütülmesinde görev alan A katılımcısı bölümdeki öğrencilere aletsel değerlendirme yöntemlerinden biri olan nazometre hakkında yeterli eğitimin verildiğini belirtirken, aynı üniversiteden mezun olan B ve C katılımcılarının ifadeleri rezonans değerlendirmesine dair aldıkları klinik eğitimi yeterli bulmadıklarını düşündürmüştür. Katılımcı C’nin *“Bu konuda evet teorik bilgi aldık. Bu konuya dair videolar da izledik dersimizin içeriğinde ama doğrudan bir rezonans değerlendirmesi, bir uygulama yapmadım...o konuda kendimi çok eksik hissediyorum.” (17-181)* sözleri bu durumu örnekleyen ifadelerden biridir. Bu bulgular rezonans değerlendirmesine dair özyeterlik düzeyi ile klinik eğitim arasında ilişki olduğunu düşündürmektedir.

A ve C katılımcıları çalışma ortamının etkisine değinmiş, C bu etkiyi *“...aletsel değerlendirme bakımından yeterli ekipmanlara sahip olmadığım için dolayı bu konuda kendimi yetersiz hissediyorum.” (18-184)* ifadesiyle dile getirmiştir. A ise çalışma ortamında nazometre bulunduğu için avantajlı olduğunu vurgularken, diğer bir ifadesinde özellikle aletsel değerlendirmeler söz konusu olduğunda hekimlerle işbirliği içinde çalışabileceği bir ortamın yeterliğini kuvvetlendireceğini açıklayan cümleler kurmuştur. Örneğin A *“Bir hekimle beraber çalışıyor olsam, bu demin eksikliğini saydığım nazoendoskopik değerlendirme, nazofaringoskopik değerlendirmeyi de beraber ya da ben yapıyor olsam o zaman hani şey derler ya tadından yenmez gibi bir durum...” (41-336)* diyerek bu durumu betimlemiştir. Katılımcıların bu ifadeleri rezonans değerlendirmesine dair özyeterlik düzeyinin objektif değerlendirme araçları ve disiplinler arası işbirliği ile ilişkisini ortaya koymaktadır.

Son olarak B ve C katılımcıları rezonans değerlendirmesiyle ilgili deneyim sahibi olmamalarının yeterliklerini olumsuz etkilediğinden söz etmiş, C buna dair görüşünü *“...dediğim gibi rezonans değerlendirmesiyle ilgili hem kendi uygulama eksikliğimden...dolayı bu konuda kendimi yetersiz hissediyorum.” (18-184)* ifadesiyle açıklamıştır.

Elde edilen bulgular rezonans değerlendirmesi söz konusu olduğunda araştırma katılımcılarının özyeterlik düzeylerinin deneyim, çalışma ortamı ve eğitime göre

değiştirdiğini ortaya koymaktadır. Değerlendirme konusunda oldukça fazla deneyim sahibi olan ve çalışma ortamında nazometre bulunan A katılımcısı bu bireylerin rezonans özelliklerini değerlendirip, rezonans bozukluğunun tipi hakkında yorum yapabilecek yeterlikte olduğunu belirtirken, bu konuda deneyim sahibi olmayan, aldıkları klinik eğitimi yetersiz bulan ve değerlendirme için gerekli ekipmanlara sahip olmayan B ve C katılımcıları kendilerini yetersiz hissettiğini belirtmiştir.

3.2.4. Tema IV: Müdahaleye ilişkin özyeterlik düzeyi

Yarı yapılandırılmış görüşme verilerinin betimsel analizi için oluşturulan dördüncü tema müdahaleye ilişkin özyeterliktir. Bu ana tema altında üç alt temaya yer verilmiştir. Aşağıda ana tema ve alt temalara ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tüm katılımcılar DDY’li bireylere müdahale sağlamaya ilişkin özyeterliklerine dair görüş bildirmişlerdir. B katılımcısı bu konudaki özyeterlik düzeyini “*Ortadan daha yüksek diyebilirim.*” (14-170) sözleriyle nitelendirirken, daha önceki ifadelerinde DDY’li bireylerin terapisinde kullanılan yöntemler hakkında kendisini yetersiz hissettiğini belirtmiştir. B’nin ifadelerindeki bu tutarsızlığın DDY’li bireylerle çalışma deneyimi ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. B, yüksek lisans eğitimi sırasında sadece bir bireyle kısa bir süre çalıştığını ancak meslek hayatında DDY’li bireylerle çalışma deneyimi olmadığını belirtmiştir. Katılımcının özyeterlik algısının tutarsız olmasında bu durumun etkisi olduğu düşünülmektedir. A katılımcısı “*...klinikte ortalama yılda on on beş tane dudak damak yarıklı birey olduğunu düşünelim. Bunların terapilerini süpervizyon verdim. Hani şimdiye kadar...atmış yetmiş arası vakanın süpervizyon sürecine doğrudan katkı olmuştur. Kendim işte üç dört tane dudak damak yarıklı bireyin doğrudan terapisini yapmışımdır.*” (5-40, 41) sözlerini kullanarak müdahale sağladığı DDY’li birey sayısından bahsetmiş, özyeterlik düzeyine ilişkin görüşünü ise “*...bu konuda da yine yeterli olduğumu düşünüyorum.*” (33-254) diyerek açıklamıştır. Aynı katılımcı bir başka ifadesinde ağır düzeyde mental yetersizliği olan bireylere müdahale sağlarken zorluk çekebileceğini belirtmiştir. C ise meslek hayatında müdahalede bulunduğu DDY’li birey sayısını beş olarak bildirmiştir. Müdahale ana teması ve alt temalarına ait bulgular birlikte değerlendirildiğinde katılımcıların müdahale sağlamaya ilişkin özyeterlik düzeylerinin çalıştıkları DDY’li birey sayısı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

İki katılımcı müdahale sürecinin niteliğini betimleyen ifadelerde bulunmuşlardır. A katılımcısı “*...bu çocukların ya da bu bireylerin terapisini yapmak dudak damak yarıklı*

olmayan bireylerin terapisini yapmaya göre biraz daha sabır istiyor” (34-269) sözleriyle müdahale sürecinin sabır gerektiren bir süreç olduğunu belirtmiştir. C katılımcısı ise bu konuda “...kapsamlı bir müdahale gerek...” (15-155) sözlerini kullanmıştır. DDY’li bireylerin sesletim, rezonans ve fonasyon özelliklerinde sapmalar görülebildiği, eşlik eden ek bir engelin olduğu durumlarda dil gelişimi de etkilenebildiği için (Kuehn ve Moller 2000; Howard, 2004; Kummer, 2014a) katılımcıların müdahale sürecini kapsamlı ve sabır gerektiren bir süreç olarak nitelendirmeleri beklenen bir durumdur. C katılımcısı müdahalenin erken dönemde başlaması gerektiğini ifade etmiş, bu durumu “...bizler aslında çoğu zaman çocuk geç işte konuşmasıyla ilgili süreçte varız ama DDY süreci aslında bize en çok vurgu yapılan derslerimizde de çok daha erken dönemde başlıyor aslında DDY terapisine başlamalı.” (8-77) sözleriyle dile getirmiştir. A katılımcısı da bir ifadesinde erken müdahaleden söz etmiştir. Katılımcıların erken müdahaleye ilişkin bu ifadelerinin literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. DKT’ler ile yapılan benzer bir çalışmada da katılımcılar DKT’lerin DDY’li bireylerin müdahale sürecine damak onarımı öncesinde dahil olması gerektiğini belirterek erken müdahaleyi vurgulamışlardır (Hardin-Jones, Jones ve Dolezal, 2019). Ayrıca tüm katılımcılar müdahale sürecinde ilgili diğer uzmanlarla işbirliği içinde çalışmaktan söz etmişlerdir.

Bu temaya ait son bulgu ise müdahale sağlamaya ilişkin özyeterlik düzeyini etkileyen faktörler ile ilgilidir. B katılımcısı bu konudaki özyeterlik düzeyini “*Çünkü çok vaka görmedik, vaka olmamıştı.*” (7-71) sözleriyle eğitim sürecinde yaptığı klinik uygulamaların yetersizliği ile ilişkilendirmiştir. C katılımcısı ise özyeterlik düzeyini deneyim ile ilişkilendirmiş, deneyim kazandığı konularda müdahale sağlarken kendisini daha yeterli hissettiğini belirtmiştir. C bir diğer ifadesinde “...herhangi kapanmayan bir açıklık varsa sizin terapinizi sürdürmeniz çok etkin ve verimli bir hale gelmiyecektir.” (19-193) sözlerini kullanarak müdahale sürecini etkileyen vaka kaynaklı faktörler olduğunu belirtmiştir. A katılımcısı “*Bir hastanenin bünyesinde çalışmadım. Hastane bünyesinde doğrudan...terapi gözleyemedim yeteri kadar bu benim için mesela bir eksiklikti...*” (8-66) sözleriyle çalışma ortamının etkisine değinmiştir.

Bulgular araştırma katılımcılarının müdahale sağlamaya ilişkin özyeterlik düzeylerinin eğitim, deneyim ve çalışma ortamından etkilendiğini işaret etmektedir. Ayrıca katılımcılar, DDY’li bireylerin müdahale sürecine DKT’lerin erken dönemde katılmaları gerektiğini vurgulamaktadır.

3.2.4.1. Aile danışmanlığı

Bu alt temaya ait ilk bulgu beslenme ve yutma sorunlarına yönelik aile danışmanlığı ile ilgilidir. Tüm katılımcılar bu konudaki özyeterliklerine dair görüş belirtmişlerdir. A katılımcısı bebeklik döneminde beslenme konusunda danışmanlık yaptığı bir birey olmadığını belirtmiş ancak böyle bir durumla karşılaştığı takdirde beslenme stratejileri hakkında aileye bilgi verebileceğini *“İşte biraz daha dik beslenmesi 45-60 derece gibi bir pozisyonda ya da hangi biberon daha uygun bunun yönlendirilmesi konusunda ya da beslenme zamanlamalarıyla ilgili işte 2-3 saatte bir besleyelim, 7-8 dakikada bir belki beslenmeye ara verip bebeğin gazını çıkarmamız gerekebilir. Çünkü açıklıktan dolayı daha fazla hava yutuyor olabilirler.”* (20-149) sözleriyle dile getirmiştir. Daha önce de bahsedildiği gibi A katılımcısı girdiği DDY derslerinde beslenme ve yutma sorunları ile müdahalesine yer verdiğini belirtmiştir. Dolayısıyla A'nın beslenme danışmanlığına yönelik bir uygulaması olmadığı halde kendisini bu konuda yeterli görmesinde DDY üzerine uzmanlaşmış bir akademisyen olmasının etkili olduğu düşünülmüştür. Aynı katılımcı bir diğer ifadesinde *“Bu konuda gerek doğrudan müdahale gerek yönlendirme, aile bilgilendirmesi, danışmanlık gibi konularda yeterli ve yetkin olduğumu düşünüyorum.”* (36-285) diyerek aile danışmanlığının yanı sıra beslenme ve yutma sorunlarına yönelik aktif müdahale de sağlayabileceğini bildirmiştir. Katılımcı C *“...annenin çocuğunu beslemesine yönelik aile bilgilendirmeye yönelik bilgilerden bahsedebiliriz ki bence işin en önemli kısmını da bunlar oluşturuyor.”* (8-76) ifadesini kullanarak beslenme konusunda danışmanlık yapmanın çok önemli olduğunu vurgulamış, özyeterliğine ilişkin görüşünü ise *“...henüz karşılaşmadığım bir vaka grubu olduğundan dolayı uygulamada nasıl olabilirim bilemiyorum...”* (12-115) diyerek dile getirmiştir. B katılımcısı ise beslenme ve yutma sorunları hakkındaki özyeterliğini orta düzey olarak belirtmesine rağmen bu konularda aile danışmanlığı yapma söz konusu olduğunda yüksek düzey yeterlikte olduğunu ifade etmiştir. B katılımcısının özyeterlik algısında görülen bu tutarsızlık diğer temalarda da birçok kez karşımıza çıkmıştır. B'nin DDY'ye ilişkin özyeterlik algısındaki bu genel tutarsızlığın DDY'li bireylerle çalışma deneyimi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Katılımcının bu bireylerle çalışma deneyimi olmaması, DDY'ye ilişkin özyeterliği hakkındaki farkındalığının düşük olmasına neden olmuş olabilir.

İki katılımcı DKT'lerin beslenme ve yutma sorunu yaşayan DDY'li bireylerin müdahale sürecinde yer alması gerektiğini belirtirken, bu katılımcılardan C mevcut

durumda sürecin bu şekilde ilerlemediğini, DKT'lerin müdahale sürecine genellikle dil ve konuşma sorunları ortaya çıktığında dahil olduğunu belirtmiştir. A katılımcısı ise Türkiye'deki DKT'lerin yutma konusunda biraz zayıf kaldığını ifade etmiş, ardından *"...belki bu bireylere yaklaşımdan beslenme ve yutma konusunda biraz çekingen davranılmış olabilir. Çünkü doğrudan hayati sayılabilecek bir şeye müdahale ediyosunuz ama sonuçta bu işi bizim yapmamız gerekiyor...dil konuşma terapistleri olarak. O yüzden bu konuya da hakim olmamız gerekir."* (36-283, 284) sözlerini kullanarak DKT'lerin bu konuda yeterli olmaları gerektiğine vurgu yapmıştır.

Bu alt temaya ait bir diğer bulgu DDY'li bebeklerinin dil ve konuşma becerilerini desteklemelerine yönelik ailelere danışmanlık sağlama ile ilgilidir. Üç katılımcı da bu konuda yeterli olduğunu belirtmiştir. Örneğin B katılımcısı özyeterliliğine dair görüşünü *"Bu konuda da yüksek diyebilirim."* (15-182) sözleriyle ifade etmiştir. A katılımcısı ise bir ifadesinde *"Yani bence bu alanda çalışan ve kendini yetkin hisseden bir DKT'nin yaşı ne olursa olsun, anne karnında dahi olsa aileyi bilgilendirici ya da doğrudan müdahale edici bütün şeylere sahip olması gerekir yetkinliğe sahip olması gerekir diye düşünüyorum."* (35-281) diyerek DKT'lerin bu konuda yeterli olması gerektiğini belirtmiştir. Bu bulguların yanı sıra A ve C katılımcıları DDY ve DDY'ye eşlik eden çeşitli sorunlar hakkında aileleri bilgilendirebileceklerine ve gerekli yönlendirmeleri yapabileceklerine değinmişlerdir.

3.2.4.2. Konuşma bozukluğuna yönelik müdahale

Bu alt temaya ait bulgulardan ilki telafi edici sesletim hatalarına müdahale sağlama ile ilgilidir. Yarı yapılandırılmış görüşme katılımcılarından iki kişi bu konuda görüş bildirmiştir. C katılımcısı *"...sesletim müdahalesine başlama adı altında herhangi bir çalışmam olmadı. O konuda orta düzey diyebilirim."* (11-113, 114) diyerek özyeterlilik düzeyini deneyim ile ilişkilendirmiştir. A ise telafi edici sesletim hatalarını kastederek *"...hedef sesin seçilmesi konusunda yeterli olduğumu düşünüyorum. Çünkü sesin seçilmesi konusunda belirli kriterler var işte edinim yaşı gibi kullanım sıklığı gibi uyarılabilirlik gibi birtakım parametreler var ve bunları hakim olduğumu düşünüyorum. Ve dolayısıyla bir bireyle karşılaştığım zaman hangi sestten başlayabileceğimi tahmin edebilir ve bu konuda şey yapabilirim müdahalede bulunabilirim."* (33-256, 257, 258) sözleriyle yeterliliğini dile getirmiştir. Aynı katılımcı başka ifadelerinde DDY'li bireylerin terapi sürecinde kullanılabilecek yöntemlerden söz etmiş, kendisinin bu konudaki

yeterliğini “...hangi terapi yaklaşımını kullanmam gerektiği konusunda da bilgi sahibi olduğumu düşünüyorum.” (33-259) diyerek bildirmiştir.

Tüm katılımcılar rezonans bozukluğuna yönelik müdahale sağlama konusunda özyeterlik düzeylerinden bahsetmiştir. B “Ortadan daha düşük diyebilirim.” (16-188) ifadesiyle özyeterliğini zayıf olarak betimlerken, C “...rezonansta...kendimi daha orta düzey diye nitelendirebilirim müdahale aşamasında.” (21-220) diyerek betimlemiştir. A ise fonem spesifik nazal emisyonu olan bir bireyle yaptığı müdahale sürecini “O nazal kaçıışı hissetmesi açısından böyle stetoskoba benzer bir alet vardı önü şöyle huni gibi duran. İki tane dinleme kısmı var biri terapistte biri vakada ve onun ucu geliyor böyle stetoskobun ucu gibi huni gibi bir alet çocuğun burnunun altına yerleştiriyorsunuz ve çocuğa işte nazal kaçıışı yaptığı sesi bi kendinizde gösteriyorsunuz bi çocukta gösteriyorsunuz ve önemli olan bunun farklılığını farkındalığını oluşturmak ve sağlamak.” (37-295) cümleleriyle detaylı bir şekilde açıklamış ve bu konuda DDY’si olmayan üç, dört bireye müdahalede bulunduğundan bahsetmiştir. A rezonans müdahalesine ilişkin kendini yeterli gördüğünü “Steteskop olmasa bile bunu pipetle gösterebilirim, anlatabilirim yani çocuğa bunun ne olduğunu ve buna yönelik terapiyi de planlayıp uygulayabilirim.” (37-297) ifadesiyle dile getirmiştir. DDY’ye ilişkin çeşitli konularda özyeterlik düzeyi yüksek olan A katılımcısının değerlendirme sürecinde olduğu gibi, müdahale sürecinde de gerekli materyallere sahip olmadığı şartlarda bu durumu telafi edebilecek alternatif yöntemlere sahip olduğu görülmektedir.

A ve C katılımcıları konuşma bozukluğuna müdahale sağlama söz konusu olduğunda özyeterlik düzeylerini etkileyen faktörlerden söz etmiştir. Her iki katılımcı da deneyimin etkisini vurgulamış, C bu etkiyi “...doğrudan bir sesletim terapisi uygulama şansım olsaydı kendimi çok daha yetkin hissederdim.” (26-270) sözleriyle ifade ederken, A ise “...terapi yapmadıkça, ya bu terapide hangi sestten başlamam gerekiyo ya da neler yapmam gerekiyo konusunda pratik yapmazsanız gerileyebilirsiniz.” (15-114) sözleriyle ifade etmiştir. A katılımcısı çeşitli ifadelerinde konuşma bozuklukları ve terapisine ilgisi olduğundan bahsetmiş, bu ilginin müdahale sürecine yansımaları “...bana seçenek olarak sunsan ya dil terapisini mi yapacaksın...konuşma terapisini mi yapacaksın desen konuşma terapisini seçerim.” (39-309) diyerek açıklamıştır. Yine bir başka ifadesinde müdahaleye ilişkin yeterli olmadığı durumlarda çeşitli kaynaklara başvurarak yeterliğini artırmaya çalışacağından söz ederek bireysel faktörlerin etkisine değinmiştir. A’nın “...çalışmayan bir durum varsa yani atıyorum işte abeslangla çalıştım...ama

olmadığında neler yapılması gerek konusunda bir b planım genellikle oluyor. Ama o da çalışmazsa c planına yönelik çok bilgi sahibi değilim...c planının gerektirdiği durumlarda da ilgili araştırma şeylerine de başvururum yani eksikim var diye bırakmam. Bu hedef sesi nasıl çalışabilirim konusunda gerek belki meslektaşlarımla konuşarak öncelikle. Belki bu alanda yapılmış kanıt temelli çalışmaları takip ederek, bu alanda ilgili videoları izleyerek ya da ilgili kaynaklara ulaşarak bu eksikimi de gidermeye çalışırım.” (35-270, 271, 273, 274, 275. A) sözleri bu durumu örnekleyen ifadelerden biridir. A katılımcısının bu sözleri DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeyinin yüksek olması ile açıklanabilir; çünkü özyeterliği yüksek olan insanların zorlu görevler karşısında daha fazla çaba gösterdikleri belirtilmektedir (Luszczynska, Gutiérrez- Doña ve Schwarzer, 2005).

Bulgular katılımcıların bu konudaki özyeterlik düzeyleri üzerinde klinik deneyimin ve bireysel faktörlerin önemli bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır.

3.2.4.3. Dil bozukluğuna yönelik müdahale

Görüşme katılımcılarından iki kişi dil bozukluğuna yönelik müdahale sağlamaya ilişkin özyeterlik düzeylerinden söz etmiştir. Her iki katılımcı da bu konuda yeterli olduklarını belirten cümleler kurmuştur. A özyeterliğine ilişkin görüşünü “...sorunlu görünen alan hangisi ise semantikse ya da işte sentakssa morfolojiye buna yönelik terapiyi planlayabilir ve gerçekleştirebilirim.” (38-301) sözleriyle betimlerken, C “...Dil müdahalesinde kendimi daha yetkin hissediyorum.” (22-225) diyerek betimlemiştir.

Aynı katılımcılar konuya ilişkin özyeterlik düzeylerini etkileyen faktörlerden bahsetmiştir. A katılımcısı dil bozukluklarına ilgi duymadığını, bu nedenle konuşma terapisi yaparken kendini daha yeterli hissettiğini “... dile nazaran diğerlerinin daha iyi olduğunu söyleyebilirim. Çünkü dediğim gibi dil bozuklukları ve terapisi çok ilgimi çeken alanlar olmuyor.” (38-306) diyerek açıklamıştır. Aynı katılımcı bir başka ifadesinde ilgi durumunun bu konudaki özyeterliğine etkisini “Yaratıcı olma konusunda bazen soru işaretlerim olabiliyor. Çünkü dediğim gibi çok ilgi alanım olmadığı için bir terapiyi yönetme belki konuşmadaki kadar ya da işte ses terapisini yaparkenki kadar yaratıcı olmayabilirim, olamayabilirim ama bi şekilde bunu yürütebilirim...” (38-302) sözleriyle dile getirmiştir. C katılımcısı ise “Müdahalede de genellikle ben dil gelişimine dair çalıştığım için yine kendimi en yetkin hissettiğim alan dil tabi ki.” (21-219)

açıklamalarıyla klinik deneyiminin bu konudaki özyeterliğini olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir.

Katılımcıların konuya ilişkin özyeterlik düzeylerinin deneyim ve bireysel faktörlerden etkilendiği görülmektedir. Bununla birlikte DDY’li bireylerle çalışma konusunda oldukça deneyim sahibi olan A katılımcısı ile DDY’li bireylerle çalışma deneyimi sınırlı olan C katılımcısının dil bozukluğuna müdahale sağlamaya ilişkin özyeterlik görüşlerinin benzer olması, dil değerlendirmesi temasında olduğu gibi DDY’nin dil becerilerini doğrudan etkileyen bir durum olmaması (Kuehn ve Moller, 2000) ile açıklanabilir. ÖERM’de görev yapan C katılımcısının DDY’si olmayan ancak dil bozukluğu olan vakalarla sıklıkla çalışma ihtimali göz önünde bulundurulduğunda, bu durumun katılımcının DDY’li bireylere dil müdahalesi sağlamaya ilişkin özyeterliğini olumlu yönde etkilediği düşünülmüştür.

3.2.5. Tema V: Özyeterlik düzeyini etkileyen faktörler

Yarı yapılandırılmış görüşme verilerinin betimsel analizi için oluşturulan beşinci tema özyeterlik düzeyini etkileyen faktörlerdir. Bu ana tema altında beş alt temaya yer verilmiştir. Aşağıda ana tema ve alt temalara ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Görüşme verileri araştırma katılımcılarının DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin bu konudaki akademik yayınlardan etkilendiği göstermektedir. Bununla ilgili olarak A katılımcısı, DDY’li bireylere müdahale sağlamaya ilişkin özyeterliğine dair görüşlerini belirtirken bu bireylerin terapisinde kullanılabilecek yöntemler hakkında kanıt temelli araştırmalara ihtiyaç olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca yarı yapılandırılmış görüşme katılımcılarına DDY’ye ilişkin yeterliklerini artırmak için ne tür kaynaklara başvuracakları sorulduğunda, tüm katılımcılar tercih edecekleri kaynaklardan birinin akademik yayınlar olduğunu bildirmişlerdir. Ancak ülkemizde dil ve konuşma terapisi alanında DDY ile ilgili yapılan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda, DKT’lerin bu konuda başvurabilecekleri kaynakların sınırlı olduğu görülmektedir. A katılımcısı da bir ifadesinde “*Dudak damak yarıkları tez olarak çok çalışılan konular değil. Genelde insanlar biraz daha tırnak içerisinde popüler diye belirticeğim konuları çalışıyorlar.*” (2-14) diyerek dil ve konuşma terapisi alanında uzmanlaşan kişilerin DDY konusuna çok ilgi göstermediğini, dolayısıyla bu konuda yapılan çalışmaların sınırlı olduğunu belirtmiştir.

Bu ana temaya ait bir diğer bulgu DDY'ye eşlik eden ek bir engel veya sendrom varlığının özyeterlik düzeyine etkisiyle ilgilidir. A katılımcısı bu tür durumların özyeterliğini olumsuz yönde etkileyebileceğinden söz etmiştir. Katılımcının “*Şimdi hala çok ağır düzeyde bir mental retarde çocuk gelirse onu değerlendirme ve terapi yapma konusunda belki zorluk çeke zorluk yaşayabilirim...*” (22-163) sözleri bu duruma örnek ifadelerden biridir. Dil ve konuşma terapisi alanında sunulan hizmetler yalnızca DKT'nin aktif rol aldığı bir süreç değildir, bu süreç vakaların da aktif olarak katılımını gerektirmektedir. Dolayısıyla DDY'si olsun veya olmasın vakanın bilişsel durumunun değerlendirme ve müdahale sürecini doğrudan etkileyeceği göz önünde bulundurulduğunda, bu tür bireylerle çalışmanın DKT'ler için zorlayıcı olması beklenen bir durumdur.

Elde edilen bulgular DDY ile ilgili akademik yayınların DKT'lerin konuya dair özyeterlik düzeylerini kuvvetlendireceğini düşündürmüştür. Ulusal alanyazının bu konudaki sınırlılığı dikkate alındığında ise DDY ile ilgili araştırmalara ihtiyaç olduğu açıkça görülmektedir.

3.2.5.1. Bireysel faktörler

Bulgular katılımcıların DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin bireysel faktörlerden etkilendiğini göstermektedir. Bu faktörlerden ilki literatürü takip etme durumudur. Katılımcıların DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin ilgili literatürü takip etme durumuna göre değiştiği görülmektedir. Görüşme boyunca birçok ifadesinde literatürü takip ettiğini ve konuya dair bilgilerini güncel tutmaya çalıştığını vurgulayan A katılımcısı, DDY'ye ilişkin çeşitli konular hakkında kendisini oldukça yeterli gördüğünü belirtmiştir. A'nın “*Çok okudum, çok okuyorum, okumak da isterim.*” (40-322) sözleri bu ifadelerine bir örnek olarak gösterilebilir. DDY'ye dair kendilerini A katılımcısı kadar yeterli görmeyen B ve C katılımcıları ise ilgili literatürü takip etmediklerini düşündüren ifadelerde bulunmuşlardır. Örneğin, görüşme süresince özyeterlik algısında tutarsızlıklar olduğu görülen B katılımcısı DDY'yle ilgili bilgilerinin yüksek lisans eğitimi sırasında aldığı dersle sınırlı kaldığını ve kendini bu konuda çok yeterli hissetmediğini ifade etmiş, ardından bu durumun nedenini “*çünkü...daha fazla araştırma yapıp daha fazla hakim olmak gerekiyor diye düşünüyorum.*” (5-42) diyerek açıklamıştır. C katılımcısı ise “*...üzerinde sürekli uygulama yapmadığınız bir şeyin zaman içerisinde teorik bilgiyi unutma eğilimine de gidiyorsun bi körelme de mevcut oluyor.*” (13-131) ifadesini

kullanmıştır. Bununla birlikte tüm katılımcılar DDY'ye dair özyeterliklerini artırmak için ilgili literatüre başvuracağından söz etmiş, A bu durumu “...makalelere başvuruyorum öncelikle yani kanıta dayalı yapılmış çalışmalar ilk başvurduğum şeyler oluyo ya da bu konuda yapılmış kitaplar olabiliyor.” (42-348) sözleriyle dile getirirken, B “...makale boyutundaki belki daha güvenilir kaynaklar olabilir” (18-210) sözleriyle dile getirmiştir. Nitel verilerden elde edilen bulgular bütüncül olarak değerlendirildiğinde katılımcıların DDY'ye ilişkin literatürü takip etme durumlarının DDY'li bireylerle çalışma durumlarıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür. A katılımcısı çalıştığı kurumda bu bireylerle sıklıkla karşılaştığı için bu konuda yapılmış çalışmaları takip ederken, çalışma ortamlarında DDY'li bireylerle sıklıkla karşılaşmayan B ve C katılımcılarının DDY'ye dair özyeterlik düzeylerini kuvvetlendirmeye ihtiyaç duymadıkları düşünülebilir.

İki katılımcı bireysel faktörler kapsamında ilginin etkisine değinmiştir. Bu katılımcılardan A görüşme süresince birçok kez DDY konusuna özel bir ilgisi olduğundan söz etmiş ve özyeterlik düzeyini etkileyen faktörleri açıklarken “Şöyle söyleyebilirim birincisi ilgi. Yani hiç ilgi duymayan bir insana bak sen dudak damak yarıkları çalışacaksın çalışmalısın bu vakayı almalısın demek belki çok şey olmayabilir.” (39-311) ifadesini kullanmıştır. Ayrıca A, bu ilginin kendisini DDY'ye hakkında yapılan çalışmaları okumaya teşvik ettiğini belirtmiştir. Bu ifadeler katılımcının ilgi durumunun DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeyini artırmada önemli bir motivasyon kaynağı olduğunu göstermektedir. C katılımcısının ise “...çalışması bir o kadar da keyifli bir grup ben kendi adıma ne kadar zorlansam da keyif aldığım bir grup” (28-287,288) ifadesi bu konuda ilgili olduğunu düşündürmüştür.

Bireysel faktörler kapsamında elde edilen bir diğer bulgu ise DDY'yle ilgili akademik çalışmalar yapmanın özyeterlik düzeyine etkisi ile ilgilidir. Araştırma görevlisi olarak çalışan ve doktora eğitimine devam eden A katılımcısı DDY'yle ilgili yüksek lisans tezi yazdığını, üniversitede DDY derslerinin ve klinik uygulamalarının yürütülmesinde görev aldığını, DDY ile ilgili kongrelerde sözlü bildiri yaptığını, panellerde yer aldığını belirten açıklamalarda bulunmuştur. A'nın “...herhalde 2016 ya da 2017 yılı diyebilirim, o zamandan itibaren de dudak damak yarıklarının lisans ve lisansüstü derslerini anlatıyorum.” (3-27) sözleri bu açıklamalarına örnek olarak gösterilebilir. Bu katılımcının DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeyinin yüksek olmasında, konuyla ilgili akademik çalışmalar yapmasının etkili olduğu düşünülmüştür.

Nitel verilerden elde edilen bu bulgular araştırma katılımcılarının DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin bireysel faktörlere göre farklılaştığını işaret etmektedir. DDY'ye özel bir ilgisi olan, bu konuda yapılan çalışmaları takip eden ve DDY'yle ilgili akademik çalışmalar yapan A katılımcısının diğer katılımcılara göre DDY'ye dair çeşitli konularda kendini çok daha yeterli hissettiği görülmektedir.

3.2.5.2. Çalışma ortamı

Tüm katılımcılar çalışılan kurum türünün özyeterlik düzeylerini etkilediğini belirten cümleler kurmuşlardır. Üniversitede araştırma görevlisi olarak çalışan A katılımcısı, bölümde DDY derslerinin ve klinik uygulamalarının yürütülmesinde görev aldığından bahsetmiş ve bu durumun DDY ile ilgili bilgilerini güncel tutmasını gerektirdiğini *“Bu dersi anlatırken bu derse anlatmam bile sürekli kendini güncel tutman demek.”* (39-316) ifadesiyle dile getirmiştir. Ayrıca A, DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeyini etkileyen faktörleri açıklarken *“...sürekli vakalarla berabersin, yeni vaka geliyor...”* (40-317) diyerek çalıştığı kurumda DDY'li bireylerle yoğun bir şekilde karşılaştığından ve bu durumun kendisini yeterliğini kuvvetlendirecek çalışmalar yapmaya yönelttiğinden bahsetmiştir. A'nın *“Sendromik olan bireyler geldiğinde onu tanımak için daha fazla okumak, daha fazla aşına olmak, daha fazla görmek, konuşmaları ve rezonansları için daha fazla dinlemek gerekiyor ve belki bunların hepsini farklı zamanlarda da olsa yaptığım için bunların hepsi benim yeterliğime bir şeyler katmıştır.”* (40-318) sözleri bu açıklamalarına örnek ifadelerden biridir. Bu ifadeler katılımcının ilgili literatürü takip etmesinde çalışma ortamının önemli bir etkisi olduğunu düşündürmüştür. İlgili literatürü takip etmenin ise katılımcıların DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerini olumlu yönde etkileyen bir durum olduğuna bireysel faktörler teması altında yer verilmişti. Bu bulgular çalışma ortamı ile DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeyi arasındaki ilişkiyi gösterdiği gibi çalışma ortamı, bireysel faktörler ve deneyim arasındaki ilişkiyi de göstermektedir. A katılımcısının çalışma ortamının bir avantajı olarak DDY'li bireylerle sıklıkla karşılaştığı dolayısıyla bu konudaki yeterliğini artırmaya çalıştığı ve en nihayetinde bu bireylerle çalışma konusunda oldukça fazla deneyim kazandığı görülmektedir. DDY'ye özel bir ilgisi de olan A katılımcısının tüm bu faktörler doğrultusunda konuya ilişkin özyeterlik algısının yüksek olduğu görülmektedir. ÖDKTM'de çalışan B katılımcısı ise meslek hayatında DDY'li bireylerle karşılaşmamış olmasını *“...çalışma ortamları diyebilirim belki hastane ortamında çalışmadığım için...”*

(17-201) diyerek çalıştığı kurum türü ile ilişkilendirmiş ve bu durumu özyeterlik düzeyini olumsuz etkileyen bir faktör olarak bildirmiştir. ÖERM’de görev yapan C katılımcısı da çalışma ortamında az sayıda DDY’li bireyle karşılaştığından söz etmiştir. Bu bulgular DDY’nin pek çok alanda probleme neden olabilen bir durum olması, dolayısıyla müdahale sürecinin tıbbi bir ekip gerektirebilmesiyle açıklanabilir. DDY’nin bu doğası göz önünde bulundurulduğunda, DDY’li bireylerin ve ailelerinin DKT ve diğer ilgili uzmanlara bir arada ulaşabileceği hastane, eğitim araştırma hastanesi ya da bir üniversiteye bağlı dil ve konuşma merkezi gibi kurumları ÖEMR ya da ÖDKTM gibi kurumlara oranla daha fazla tercih ediyor olabilecekleri düşünülmüştür.

A katılımcısı çalıştığı kurumu değerlendirme ve müdahale süreci için gerekli araç gereçlerin varlığı açısından da değerlendirmiş ve “...istesem nazometre kullanabilirim. İstedğim kadar araç ve gerece ulaşabilirim işte abeslangı, eldiveni, dişçi aynası, pipeti başka bir şeyi.” (41-332) sözlerini kullanarak çalışma ortamını genel olarak yeterli bulduğunu belirtmiştir. A çalışma ortamında nazometre bulunmasının kendisi için büyük bir avantaj olduğunu vurgularken, başka kurumlarda çalışan DKT’lerin bu tür objektif değerlendirme araçlarına erişimi olmayabileceğinden bahsetmiş ve “...bildiğim kadarıyla zaten Türkiye’de üç ya da dört klinikte nazometre ya da nazalansız değerlendiren cihazlar var...” (32-250) diyerek bu durumu betimlemiştir. Aynı katılımcı nazofaringoskop kullanamamış olmasını “Bu aleti hiç kullanmadım...bu da belki hastaneyle çok içli dışlı çalışmadığımızla ya da hastane bünyesinde çalışmadığımızla alakalı.” (30-224. A) sözleriyle çalışma ortamı ile ilişkilendirmiştir. C katılımcısı ise çalıştığı kurumun aletsel değerlendirme ekipmanları açısından yetersiz olduğuna değinmiş ve bu aletlerin mevcut olduğu bir çalışma ortamının yeterliğini artıracığını “...belki bir hastane ortamında veya daha klinik bir ortamda donanımlı bir ortamda olsam verdiğim kararlar daha net ve kendinden emin bir şekilde karar verecektim.” (25-263) diyerek dile getirmiştir. C katılımcısının bu sözlerinin değerlendirmeyle ilgili temalar kapsamında elde edilen bulguları destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Bu temalarda da objektif ölçüm araçlarının katılımcıların özyeterlik düzeylerini olumlu yönde etkilediği ele alınmıştı. ÖERM ya da ÖDKTM gibi kurumlarda objektif ölçüm araçlarına erişim sağlanamaması, bu kurumlara başvuran vaka popülasyonunun özelliği ile açıklanabilir. DDY’li bireylerin bu kurumlara sıklıkla başvurmadığı ve bu aletlerin maliyetleri göz önünde bulundurulduğunda, bu tür kurumlarda objektif ölçüm araçlarının olmaması beklenen bir durumdur.

A ve C katılımcılarının bazı ifadeleri disiplinler arası işbirliğine imkan sağlayan çalışma ortamlarının özyeterlik düzeyi üzerinde etkisi olduğunu düşündürmüştür. Örneğin A katılımcısına çalışma ortamının yeterliğini nasıl etkilediği sorulduğunda “*Bir hekimle beraber çalışıyor olsam ve nazofaringoskopi kullanıyor olsak birlikte, bu şartları daha iyi hale getirebilirdi.*” (42-340) açıklamasında bulunmuş, hekimlerle işbirliği içerisinde çalışabileceği bir ortamın yeterliğini olumlu yönde etkileyeceğini belirtmiştir. A katılımcısı daha önceki ifadelerinde ise DKT’lerin bu tür aletleri bazı nedenlerden dolayı bağımsız olarak kullanamadığını belirtmiştir. Dolayısıyla bu durum nedeniyle katılımcının hekimlerle işbirliği içinde çalışarak aletsel değerlendirmeye dair yeterliğini kuvvetlendirmek istediği düşünülebilir.

Elde edilen bu bulgular çalışma ortamının, katılımcıların DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerini birincil derecede etkileyen bir faktör olduğunu düşündürmüştür. DDY’li bireylerin sıklıkla başvurduğu bir kurumda çalışan ve çalışma ortamında değerlendirme ve müdahale süreci için gerekli araç gereçlere sahip olan A katılımcısının DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeyinin, bu şartlara sahip olmayan B ve C katılımcılarına göre belirgin derecede yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgular araştırma katılımcılarının DDY’li bireylerle sıklıkla karşılaşabilecekleri, objektif değerlendirme araçlarına ulaşabilecekleri ve diğer disiplinlerle işbirliği içinde olabilecekleri çalışma ortamlarının özyeterlik düzeylerini olumlu yönde etkileyeceğini ortaya koymaktadır.

3.2.5.3. Eğitim

Görüşme katılımcıları lisans ve lisansüstü eğitim programlarında DDY’ye dair verilen eğitimin özyeterlik düzeylerini etkilediğini bildirmiştir. Katılımcılardan A dil ve konuşma terapisi bölümünde doktora devam ettiğini belirtirken, B katılımcısı bu bölümde yüksek lisans eğitimini tamamladığını belirtmiş, C katılımcısı ise yüksek lisansa devam etmekte olduğunu ifade etmiştir. A ve B katılımcıları DDY’ye ilişkin bir dersi yüksek lisans sırasında aldıklarından bahsetmiş, C katılımcısı ise bu dersi lisans eğitiminde aldığını ve yüksek lisansta bu konuda herhangi bir ders almadığını dile getirmiştir. C katılımcısı yüksek lisans eğitimine devam ettiği bölümde DDY konusunda uzmanlaşmış bir öğretim üyesi olmadığına “*Kayıtlı olduğumuz programda bu bireylere yönelik dersi verebilecek uzman yoktu.*” (5-40) sözleriyle dikkat çekmiştir. A katılımcısı da bir ifadesinde bu duruma değinmiş, DDY konusunda çalışan çok fazla kişi olmadığını belirtmiştir.

A ve C katılımcıları DDY'ye ilişkin aldıkları teorik eğitimin konuya dair yeterliklerini kuvvetlendirdiğinden söz etmiş, A bu durumu “*Yüksek lisansta aldığım ders ve daha sonrasında dudak damak yarıkları dersini veren hocayı takip ettiğim ve onu asiste ettiğim için sürekli o dersleri takip ediyor olmak, iki üç sene boyunca gerek yüksek lisansta cerrah plastik cerrah hocayı takip ettim. Onun derslerini asiste ettim. Aynı zamanda kendi hocamın yani dil konuşma terapisti olan hocamın derslerini takip ettiğim için bu konuda eğitim alanında dışarıdan bir eğitime ihtiyaç duymaksızın sıklıkla aynı dersleri takip ettiğim için o konuda fayda gördüm.*” (6-49,50) sözleriyle betimlemiştir. Üniversitede araştırma görevlisi olan A'nın bu sözleri katılımcının çalışma ortamının da DDY'ye dair aldığı eğitime katkı sağladığını göstermektedir. B katılımcısı ise aldığı DDY dersini yetersiz bulduğunu belirtmiş ve özyeterlik düzeyini etkileyen faktörlerden bahsederken bu durumu “*Yetersiz eğitim...*” (16-193) ifadesiyle bildirmiştir.

Katılımcılar teorik eğitimin yanı sıra DDY'ye ilişkin klinik eğitimin de özyeterlik düzeylerini etkilediğini bildirmiştir. Bu konuda A, cerrahi müdahaleleri gözlemleme, diğer disiplinlerde bu bireylere yönelik olarak neler yapıldığını gözlemleme ve aletsel değerlendirme yapma gibi klinik uygulamaların eksikliğine değinmiştir. A'nın “*...canlı bir cerrahiye girmedığım için bu benim için bir dezavantaj yani kendimi yetersiz gördüğüm, yeterli görmediğim alanlardan biri olarak söyleyebilirim.*” (10-77) sözleri bu konudaki görüşlerine örnek ifadelerden biridir. B katılımcısı ise staj döneminde sadece bir DDY'li bireyle çalıştığından bahsederken “*...kısa bir zamandı yaklaşık bir buçuk ay falandı.*” (3-27) ifadesini kullanmış ve bu dönemi klinik gözlem ve uygulama açısından yetersiz bulduğunu vurgulamıştır. Aynı katılımcı özyeterlik düzeyini etkileyen faktörleri açıklarken de yüksek lisans döneminde yaptığı klinik uygulamaları kastederek “*...yetersiz klinik deneyim...*” (16-193) ifadesini kullanmıştır. C katılımcısı da staj döneminde DDY'li bireylerle çalışmadığını belirtmiş ve bu durumun özyeterliğine etkisini “*...lisans akademik eğitim hayatım boyunca uygulama yapmadan mezun olduğum bir bozukluk olduğundan dolayı bu vakalarla ilk karşılaştığımda kendimi çok yetersiz hissetmiştim.*” (6-50) sözleriyle dile getirmiştir. Aynı katılımcı bir başka ifadesinde “*...DDY'yle ilgili daha fazla uygulama yaparak mezun olmuş olsaydım kendimi çok daha farklı ve daha yeterli ve yetkin hissedecektim bu çok önemli.*” (24-249. C) sözlerini kullanmıştır. C katılımcısı bu araştırmalar sayesinde farkındalık oluşmasını ve eğitim programlarının planlanmasında bu durumun göz önünde bulundurulmasını temenni etmiştir.

Tüm katılımcılar DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerini artırmak için bu konuda düzenlenen kongrelere ve eğitimlere katılmayı tercih edeceklerini bildirmiştir. A katılımcısı DDY'yle ilgili birkaç kongreye katıldığını ifade etmiş, bu kongrelerden *“...multidisipliner yapılan kongrelerin çok fazla faydası var.”* (43-354) diyerek bahsetmiştir. Aynı katılımcı bir başka ifadesinde ise bu kongrelerin özyeterliliğine etkisini *“...orda dil konuşma terapisi haricinde de diğer oturumlara girerek alanda neler oluyor ya da dudak damak yarıklı bireylerin yönetiminde yeni bir şeyler var mı bunun takibini yapıp kendimi güncel tuttuğumu da söyleyebilirim.”* (7-55. A) diyerek açıklamıştır. C katılımcısı ise uygulama yapabileceği bir eğitimin kendisini daha yeterli hissetmesine katkı sağlayacağını belirtmiştir. C'nin *“...bu alanda yapılan kongreleri takip etmek faydalı olabilir ama en güzeli şu olurdu herhalde en azından kendi açımdan doğrudan uygulama da yapabileceğim bir eğitim ya da bir uygulamayı gözlemleyebileceğim bir eğitim şu aşamada olsa benim için çok daha avantajlı olurdu.”* (27-276, 277) sözleri bu duruma örnek ifadelerden biridir.

Nitel verilerden elde edilen bulgular araştırma katılımcılarının DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin bu konuda aldıkları eğitime göre değiştiğini işaret etmektedir. DDY üzerine aldığı eğitimi yeterli bulan, bu konuda yüksek lisans tezi yazan ve ilgili kongrelere katılan A katılımcısının özyeterlik düzeyinin diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. B ve C katılımcılarının ise DDY ile ilgili teorik ve klinik eğitimlerinin sınırlı olduğu görülmüştür. Katılımcılar bu sınırlılığı DDY konusunda uzmanlaşmış öğretim üyesi sayısının yetersiz olmasıyla ilişkilendirmişlerdir. Klinik uygulamaların sınırlılığı ise dil ve konuşma terapisi hizmetine başvuran DDY'li birey sayısı ile ilişkilendirilebilir.

Bu bulgular DKT yetiştiren eğitim programlarında DDY'ye ilişkin teorik ve klinik eğitime ağırlık verilmesinin faydalı olacağını düşündürmektedir. Böylelikle öğrenciler konu hakkında yeterli düzeyde bilgi edinerek ve deneyim kazanarak mesleki yaşamlarına adım atabilir. Katılımcıların konuya ilişkin özyeterlik düzeylerini kuvvetlendirmek için tercih edeceklerini belirttikleri DDY ile ilgili kongre, seminer ve uygulamalı eğitimlerin daha sık düzenlenmesinin faydalı olacağı düşünülmüştür. Ayrıca bu bulgular, eğitim programlarının DDY'li bireylerin müdahale sürecinde görev alan diğer disiplinlerle işbirliği sağlayacak şekilde planlanması gerektiğini düşündürmüştür. Bu durum sayesinde öğrenciler DDY'li bireylerin tedavi sürecine ilişkin çeşitli konularda klinik gözlem yapabileceklerdir.

3.2.5.4. Deneyim

Tüm katılımcılar mesleki deneyimleri ve DDY’li bireylerle çalışma deneyimleri hakkında açıklamalarda bulunmuşlardır. A katılımcısı dil ve konuşma terapisi bölümünde araştırma görevlisi olduğunu, bu alanda altı yıldır görev yaptığını ve bu süre zarfında çok fazla sayıda DDY’li bireyle çalıştığını belirtmiştir. B katılımcısı üç yıldır uzman dil ve konuşma terapisti olarak görev yaptığını ifade etmiş ve DDY’li bireylerle çalışma deneyimini şu sözlerle açıklamıştır: “...sadece yüksek lisans staj dönemimde bir öğrencim oldu. Onun haricinde dudak damak yarıklı bir öğrencim yok, olmadı da.” (3-25). C katılımcısı ise yaklaşık dört yıldır dil ve konuşma terapisti olarak görev yaptığını belirtmiş, bu bireylerle çalışma deneyimini “Bu süreçte yani bu yaklaşık üç buçuk dört yıldır olan süreçte beş tane vakam oldu.” (3-29) sözleriyle dile getirmiştir. Bu açıklamalar doğrultusunda A katılımcısının DDY’li bireylerle çalışma konusunda oldukça fazla deneyim sahibi olduğu, C katılımcısının sınırlı deneyim sahibi olduğu, B katılımcısının ise deneyim sahibi olmadığı görülmüştür. Bu durumun katılımcıların çalıştığı kurum türü ile ilişkili olduğuna çalışma ortamı teması altında yer verilmiştir. Daha önce de belirtildiği gibi A katılımcısının görev yaptığı kuruma DDY’li bireyler sıklıkla başvurmakta, B ve C katılımcılarının görev yaptıkları kurumlara ise bu bireyler nadiren başvurmaktadır. Dolayısıyla katılımcıların bu konudaki klinik deneyimleri çalıştıkları kurum türüne göre değişiklik göstermektedir.

Tüm katılımcılar DDY’li bireylerle çalışma deneyimlerinin özyeterlik düzeylerini etkilediğini belirtmiştir. A katılımcısı bu bireylerle sıklıkla çalıştığını, dolayısıyla bu konuda çok fazla pratik yaptığını belirtmiş ve bu durumun yeterliğini olumlu yönde etkilediğini “...daha fazla vaka görüyor olmak bile işi biraz daha böyle şey kılıyor daha fazlasını yapmalısın, daha fazla öğrenmelisin, daha fazla okumalısın, daha fazla dinlemelisin...” (40-324) sözleriyle açıklamıştır. Aynı katılımcı bir başka ifadesinde ise bu konuda deneyim sahibi olmayan DKT’leri kastederek “Pratik yapmadıkça belki onlar da bu alandan uzak kalıyor ve pratik gerektiren bir iş gerçekten.” (15-113. A) sözlerini kullanarak deneyimin önemine vurgu yapmıştır. B katılımcısı da DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeyini etkileyen faktörlerden söz ederken “...yetersiz vaka deneyimi diyebilirim...yani terapist olduktan sonra maruz kaldığım ya da benim terapi sürecinde içinde bulunduğum vakam olmadığı için diyebilirim.” (16-193) ifadesini kullanarak bu konuda deneyim sahibi olmadığını ve bu durumun yeterliğini olumsuz yönde etkilediğini açıklamıştır. C katılımcısı deneyim kazandığı konularda kendini daha yeterli hissettiğini

“...bu bozuklukta olan vakaları almaya başladıkça kendi vakalarınız doğrultusunda iyi olduğunuz yönler artmaya başlıyor.” (24-252) diyerek dile getirmiştir. Aynı katılımcı bir diğer ifadesinde deneyimin özyeterlik düzeyine etkisini şu sözlerle açıklamıştır: “Yani genel olarak bu yetkinliği etkileyen şey...iş hayatınızda karşılaştığınız vaka yoğunluğu ve vaka çeşitliliği.” (25-255. C).

Nitel verilerden elde edilen bulgular birlikte değerlendirildiğinde, araştırma katılımcılarının DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin bu bireylerle çalışma deneyimlerine göre farklılaştığı görülmektedir. Bu konuda oldukça fazla deneyim sahibi olan A katılımcısının özyeterlik düzeyinin yüksek olduğu, bu konuda deneyim sahibi olmayan B katılımcısının görüşme süresince özyeterlik algısında çelişkiler olduğu, sınırlı deneyim sahibi olan C katılımcısının ise uygulama yaptığı konularda kendisini daha yeterli hissettiği görülmektedir.

3.2.5.5. Disiplinler arası işbirliği

DDY müdahalesi ekip yaklaşımını gerektiren bir süreç olduğu için katılımcılar görüşme süresince birçok kez disiplinler arası işbirliğinden söz etmiş ve bazı ifadelerinde DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin bu işbirliğinden etkilendiğini belirtmiştir. Örneğin üç katılımcı da sendromik DDY’li bireylerle ilgili olarak disiplinler arası işbirliğine dikkat çekmiştir. A katılımcısı bu bireylerin tanılama sürecinde genetik biriminde ne tür çalışmalar yapıldığına dair çok fazla bilgi sahibi olmadığını ifade etmiş ve genetik birimiyle işbirliği içinde çalışmanın bu konudaki yeterliğini artıracağını “...genetik birimiyle, tıbbi genetik uzmanlarıyla belki daha fazla içli dışlı olmam bana bilgisel olarak daha fazla şeyler katacaktı, katacaktır çok geç değil hala.” (12-92) diyerek dile getirmiştir. B katılımcısı ise sendromik DDY’li bireylerle çalışırken özel eğitim uzmanlarıyla işbirliği içinde olmayı gerektiren durumlar olabileceğini “...herhangi bir sendrom varsa özel eğitim alanında belki disiplinler arası bir çalışmam olabilir. Ya da bir karşılıklı danışma, fikir alışverişi olabilir diye düşünüyorum.” (15-177) sözleriyle ifade etmiştir. C katılımcısı da bu bireylere hizmet sunarken ilgili diğer uzmanlara başvurması gerekebileceğini “Onlarla nasıl bir çalışma planı çizicem, süreci nasıl götürücez, nerde hangi aşamada hangi uzmana başvurucuz...” (25-254) ifadesiyle belirtmiştir. Ayrıca tüm katılımcılar DDY’ye ilişkin çeşitli konularda hekimlerle işbirliği içinde çalışmaya değinen ifadelerde bulunmuşlardır. Katılımcıların bu ifadelerine daha önceki temalarda da birçok kez yer verilmiştir.

A ve C katılımcıları diş sorunları ve ortodontik sorunlar, işitme sorunları, bilişsel ve psikososyal sorunlar gibi durumların varlığında ilgili uzmanlarla işbirliğine değinmişlerdir. Örneğin A katılımcısı, bu konulara dair kendisini yeterli görmediği durumlarda ilgili uzmanlara başvurarak yeterliğini artırmaya çalışacağını “*Bu konuda çalışan diğer uzmanlara başvurabiliyorum. İşte bu bi ortodontist, tıbbi genetik uzmanı ya da plastik cerrah olabiliyo ya da işte işitsel bir durum söz konusuysa işte odyolo bir odyoloğa başvurabiliyorum.*” (43-349) sözleriyle dile getirmiştir. C katılımcısı ise “*...ortodontistlerle çok iyi işbirliği halinde olmanız gerekiyo...ve bu konuda uzman bir ortodontiste ulaşabilmeniz gerekiyor...*” (14-138) sözlerini kullanarak işbirliğinden bahsetmiştir. Aynı katılımcı bilişsel ve/veya psikososyal sorunları olan DDY’li bireylerle yaptığı çalışmalardan söz ederken “*Özel eğitim öğretmeni özel eğitim uzmanı ve psikoloğumuzla beraber yürüttüğümüz bir süreç de oldu...süreci hep birlikte yürüttük.*” (22-231. C) ifadesini kullanarak bu süreçte ilgili uzmanlarla işbirliği içinde çalıştığını belirtmiştir.

Bu temaya ait bir diğer bulgu ise disiplinler arası işbirliğinin gerekliliği ve önemi ile ilgilidir. A katılımcısı bu konuya değinirken “*...bildiğimiz gibi dudak damak yarıkları multidisipliner bir alan...*” (7-55) ifadesini kullanmış, disiplinler arası işbirliğinin gerekliliğini ve önemini bir kalem üzerinden örnekleyerek “*Çünkü şu kalemle ilgili çalışıyorsak düşünelim şurasını biri yapıyor, şurasını biri yapıyor, şurasını biz yapıyoruz belki ama bu sonuçta bir kalem ve bir bütün. Biz bunu parçaları olarak tek tek ele alsak bile sonuçta önemli olan bu kalemin doğru bir şekilde işlev göstermesi. O nedenle bunu yapan kişinin ne yaptığını bilmek ve yeni neler yapıyor olduğunu bilmek çok önemli.*” (43-355,356) sözleriyle betimlemiştir. Katılımcının bu sözleri DDY’nin ekip çalışmasını gerektiren doğasını açıklar niteliktedir. Daha önceki temalarda da DDY’li bireylerde görülebilen ilişkili/eşlik eden sorunların dil ve konuşma terapisi sürecini olumsuz yönde etkilediğine, bu durum nedeniyle katılımcıların bu bireyleri ilgili diğer uzmanlara yönlendirdiğine değinilmişti. Bu bulgular DKT’lerin DDY’li bireylerin müdahale sürecinde görev alan diğer uzmanların çalışmaları hakkında bilgi sahibi olması gerektiğini düşündürmektedir. Böylelikle DKT’ler ilişkili/eşlik eden sorunları fark ettiklerinde ilgili uzmanlarla işbirliği sürecini başlatarak DDY’li bireylere sunulan dil ve konuşma terapisi hizmetlerinin daha etkili ve verimli olmasını sağlayabileceklerdir.

4. TARTIŞMA, SONUÇ, SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER

4.1. Tartışma

Bu araştırmada Türkiye’deki DKT’lerin DDY’ye ilişkin özyeterlik düzeylerini incelemek amaçlanmıştır. İki aşamada gerçekleştirilen araştırmanın ilk aşamasında Türkiye’deki 184 DKT’den anket yoluyla veri toplanmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasında ise nicel verilerden elde edilen bulgular doğrultusunda görüşme soruları oluşturulmuştur. Bu görüşme soruları, DDY’li bireylerle çalışma konusunda oldukça deneyime sahip olan, sınırlı deneyime sahip olan ve deneyim sahibi olmayan 3 DKT’ye yarı yapılandırılmış görüşme oturumları sırasında yönlendirilerek nitel veri toplanmıştır. Bu bölümde karma araştırmanın gerektirdiği bir biçimde nicel ve nitel bulgular harmanlanarak birlikte tartışılmıştır.

4.1.1. Genel bilgilere ilişkin özyeterlik düzeyine dair tartışma

Genel bilgilere ilişkin özyeterlik düzeyine ait bulgulara göre, katılımcıların bu alt bölüme ilişkin özyeterlik düzeyleri çalışma ortamına, eğitimleri esnasında DDY’li bireylerle klinik uygulama yapma durumuna, mezuniyet sonrasında DDY’ye ilişkin bir eğitim/seminer/konferansa katılma durumuna ve DDY’li bireylerle çalışma deneyimine göre farklılık göstermektedir. Nicel verilerden elde edilen bulgular sonucunda akademide çalışan katılımcıların ÖDKTM’de çalışan katılımcılara göre, eğitimleri esnasında DDY’li bireylerle klinik uygulama yapan katılımcıların yapmayan katılımcılara göre, mezuniyet sonrasında DDY’ye ilişkin bir eğitim/seminer/konferansa katılan katılımcıların katılmayan katılımcılara göre, 4 ve daha fazla sayıda DDY’li bireyle çalışan katılımcıların diğer katılımcılara göre genel bilgilere ilişkin özyeterlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Nitel verilerden elde edilen bulgular da bu bulguları doğrular niteliktedir. Görüşme katılımcılarından akademide görev yapan, DDY’li bireyle sıklıkla çalışan ve DDY ile ilgili kongrelere katılan katılımcı ile lisans eğitimi esnasında genel bilgilere ilişkin aldığı dersi yeterli bulan, DDY’li bireylerle çalışma konusunda kısmen deneyimli olan katılımcının genel bilgilere ilişkin özyeterlik düzeylerinin ÖDKTM’de çalışan, DDY’li bireylerle çalışma deneyimi bulunmayan ve DDY’ye ilişkin aldığı akademik ve klinik eğitimi yetersiz bulan katılımcıya oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Alanyazında bu konuda yapılmış benzer bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ancak birçok çalışmada DKT’lerin DDY’nin dil ve konuşma özelliklerine etkisini anlayabilmeleri, zorunlu ve telafi edici sesletim hatalarını belirleyebilmeleri, doğru yönlendirmeleri

yapabilmeleri için yarıkla ilişkili yapıların anatomi ve fizyolojisine hakim olmaları gerektiği; yarıkların neden meydana geldiğini anlayabilmeleri için temel embriyoloji bilgisine sahip olmaları gerektiği; DDY'ye eşlik edebilen ek engeller ve sendromlar hakkında bilgi sahibi olmaları gerektiği belirtilmiştir (Vallino vd., 2008; Ünal ve Topbaş, 2011; Kummer, 2014a; Nemutlu, 2016). Bu çalışmalar doğrultusunda DDY'ye dair genel bilgilere ilişkin yetkinliğin, değerlendirme ve müdahale sürecine ilişkin yetkinliği kuvvetlendirmeye katkı sağladığı söylenebilir. Dolayısıyla DKT'lerin genel bilgilere ilişkin kendilerini yeterli hissetmelerinin değerlendirme ve müdahale süreci açısından önem arz ettiği düşünülmüştür.

Ankette yer alan genel bilgiler alt bölümünden alınabilecek maksimum değer 30 iken, katılımcıların bu alt bölüme ilişkin ortalama puanlarının 21 olduğu görülmüştür. Madde bazında incelendiğinde ise katılımcıların DDY sınıflamasına ilişkin özyeterlik düzeylerinin diğer maddelere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. DKT'ler ile yapılan görüşmelerde de iki katılımcı bu konuda oldukça yeterli olduklarını belirten açıklamalarda bulunmuş, bir katılımcı ise orta düzey yeterlikte olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların DDY embriyolojisine ilişkin özyeterlik düzeylerinin ise diğer maddelere oranla daha düşük olduğu görülmüştür. Görüşme katılımcılarından da yalnızca bir tanesi embriyolojiye dair kendisini yeterli gördüğünü belirtmiş, bir katılımcı yeterliğini orta düzey olarak nitelendirmiş, diğer katılımcıya ise embriyolojinin ne olduğuna dair araştırmacı tarafından açıklama yapılma gereği duyulmuştur. Görüşmelerden elde edilen derinlikli veriler doğrultusunda DKT'lerin genel bilgiler alt bölümünde yer alan maddelere ilişkin özyeterlik düzeylerindeki bu farklılığın eğitimleri esnasında aldıkları DDY dersinin içeriğinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca DKT'lerin klinik ortamda vakayla çalışırken embriyoloji bilgisini kullanmıyor olmaları da bu konuya dair özyeterlik düzeylerinin düşük çıkmasına etki etmiş olabilir. Alanyazında DKT'lerin DDY'yle ilgili genel bilgilere ilişkin özyeterlik düzeylerini inceleyen bir çalışmaya rastlanmaması nedeniyle araştırma bulgularıyla ilgili tartışma sınırlı kalmıştır. Bu durum mevcut araştırmaya olan ihtiyacı bir kez daha ortaya koyduğu gibi bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu da göz önüne sermektedir.

4.1.2. İlişkili sorunlara yönelik özyeterlik düzeyine dair tartışma

Bu bölüme ait bulgular incelendiğinde, lisanüstü mezunu olan katılımcıların lisans mezunlarına göre, mezuniyet sonrasında DDY'ye ilişkin bir eğitim/seminer/konferansa

katılan katılımcıların katılmayan katılımcılara göre, 4-6 yıl ve 1-3 yıl çalışma deneyimine sahip katılımcıların 1 yıldan az çalışma deneyimine sahip katılımcılara göre, 8 ve daha fazla sayıda DDY'li bireyle çalışan katılımcıların 1-3 arası DDY'li bireyle çalışan katılımcılara göre ilişkili sorunlara yönelik özyeterlik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca ÖDKTM'de çalışan katılımcıların ilişkili sorunlara yönelik özyeterlik düzeylerinin hastanede çalışan katılımcılardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. DDY'li bireylerin ÖDKTM'lere hastanelere göre daha nadir başvurduğu düşünüldüğünde bu bulgu dikkat çekicidir. DKT'ler ile yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular da nicel bulgularla uyumluluk göstermektedir. Bu bulgular sonucunda üniversitede DDY derslerinin yürütülmesinde görev alan, DDY'li bireylerle çalışmaya dair oldukça deneyimli olan katılımcı ile DDY'li bireylerle çalışma konusunda kısmen deneyimli olan katılımcının ilişkili sorunlara yönelik özyeterlik düzeylerinin bu konuda deneyim sahibi olmayan katılımcıya göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Alanyazında DKT'lerin DDY'li bireylerde görülen ilişkili sorunlara dair özyeterlik düzeylerini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak araştırmacılar DDY'li bireylerde görülen işitme sorunlarının, diş sorunlarının ve ortodontik sorunların dil ve konuşma özelliklerini olumsuz etkileyeceğini belirtmişlerdir (D'Antonio ve Scherer, 2008; Kummer, 2014a). Bununla birlikte DDY'li bireylerin psikososyal sorunlar açısından risk altında oldukları, bu bireylerin akran ilişkilerinde, sosyal etkileşimde sorunlar yaşayabilecekleri ve sosyal yeterliklerinin zayıf olabileceği belirtilmiştir (Kummer, 2014a). Ayrıca DDY'li bireylerin yaşadığı beslenme ve yutma sorunlarının ebeveynler için önemli bir stres kaynağı olabileceği ve bu durumun ebeveyn-bebek bağlanma sürecini olumsuz etkileyebileceği belirtilmiştir (Miller, 2011). Bu bilgiler DKT'lerin ilişkili sorunları fark etmelerinin ve doğru yönlendirmeleri yapmalarının oldukça önemli olduğunu düşündürmüştür. Görüşmelerden elde edilen detaylı veriler de bu bilgileri destekler niteliktedir. Nitel bulgular doğrultusunda DDY'li bireylerde görülen ilişkili sorunların terapi sürecini olumsuz etkilediği görülmüştür. Ayrıca ilişkili sorunlara yönelik özyeterlik düzeyleri daha yüksek olan görüşme katılımcılarının özyeterlikleri temelinde aileyi olası sorunlara karşı bilgilendirebildikleri ve gerekli yönlendirmeleri yapabildikleri saptanmıştır. Özyeterlik inancının kişinin performansı üzerindeki etkisi (Kotaman, 2008) göz önünde bulundurulduğunda, DKT'lerin ilişkili sorunlara yönelik özyeterlik düzeylerinin aile bilgilendirmesi, yönlendirme ve dil ve konuşma müdahalelerinin etkililiği açısından önemli olduğu düşünülmüştür.

Ankette yer alan ilişkili sorunlar alt bölümünden alınabilecek maksimum değer 30 iken, katılımcıların bu alt bölüme ilişkin ortalama puanlarının 22 olduğu görülmüştür. Madde bazında bakıldığında ise katılımcıların DDY'ye bağlı konuşma sorunlarına ilişkin özyeterlik düzeylerinin diğer maddelere oranla daha yüksek olduğu, DDY'ye bağlı işitme sorunlarına ve psikososyal sorunlara ilişkin özyeterlik düzeylerinin ise diğer maddelere oranla daha düşük olduğu görülmüştür. Görüşme katılımcılarından biri de DKT'lerin DDY'li bireylerin yaşadığı psikososyal sorunları çoğunlukla fark etmediğini vurgulamıştır. Katılımcının bu ifadesi anket bulgularını destekler niteliktedir. Genel bilgiler bölümünde olduğu gibi bu bölümde de maddeler arasındaki bu farklılığın DDY derslerinin içeriği ile alakalı olabileceği düşünülmüştür. Bu derslerde DKT'lerin birincil uygulama alanı olan dil ve konuşma sorunlarına daha fazla ağırlık verilirken ilişkili diğer sorunlara daha az değiniliyor olabilir. Kalaycı (2019) tarafından yapılan bir çalışmada da DKT'lerin işitme kayıplı bireylerin terapi sürecine ilişkin özyeterlik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülürken; işitme sistemi, işitme kaybı, işitmeye yardımcı teknolojiler, terapi öncesi kontrollere dair özyeterlik düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgular DDY olsun veya olmasın DKT'lerin işitme sorunlarına ilişkin kendilerini çok yeterli hissetmediklerini düşündürmektedir.

4.1.3. Değerlendirmeye ilişkin özyeterlik düzeyine dair tartışma

Bu bölüme ait bulgular incelendiğinde, 4-6 yıl ve 1-3 yıl çalışma deneyimine sahip katılımcıların 1 yıldan az çalışma deneyimine sahip katılımcılara göre, akademide çalışan katılımcıların hastanede ve ÖERM'de çalışan katılımcılara göre, eğitimleri esnasında DDY'li bireylerle klinik uygulama yapan katılımcıların yapmayan katılımcılara göre, mezuniyet sonrasında DDY'ye ilişkin bir eğitim/seminer/konferansa katılan katılımcıların katılmayan katılımcılara göre, 4 ve daha fazla sayıda DDY'li bireyle çalışan katılımcıların diğer katılımcılara göre değerlendirmeye ilişkin özyeterlik düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Görüşmelerden elde edilen nitel bulgular da bu bulgularla örtüşmektedir. Nitel bulgular doğrultusunda da görüşme katılımcılarının değerlendirmeye ilişkin özyeterlik düzeylerinin DDY'li bireylerle çalışma deneyimine, bireysel faktörlere, çalışma ortamına ve klinik eğitime göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bu bulgulara benzer olarak Baigorri vd., (2020) tarafından yürütülen bir çalışmada DDY'li bireylerle yapılan yoğun klinik uygulamalar sonucunda dil ve konuşma terapisi öğrencilerinin değerlendirmeye ilişkin özyeterlik düzeylerinin arttığı ortaya

çıkıştır. Bedwinek vd., (2010) tarafından yapılan bir çalışmada ise okulda çalışan DKT'lerin yaklaşık %73'lük bir kısmının DDY'li bireylerle çalışmaya dair kendilerini hazır hissetmemeleri çalışma ortamının değerlendirmeye ilişkin özyeterliğe etkisini örnekleyebilir. Ayrıca Kuehn ve Henne (2003) tarafından yapılan bir çalışmada da hastanede çalışan bir DKT'nin DDY'li bireylerin değerlendirilmesinde kullanılan yaklaşımlar hakkında bilgi sahibi olmadığı görülmüştür. Bu bulgular klinik eğitimin, mesleki deneyimin ve DDY'li bireylerle çalışma deneyiminin sınırlı olmasının, mezuniyet sonrasında DDY'yle ilgili bir eğitime katılmamanın ve üniversite haricindeki diğer kurum türlerinde görev yapmanın DKT'lerin değerlendirmeye ilişkin özyeterlik düzeylerini olumsuz yönde etkilediğini düşündürmektedir.

Ankette yer alan değerlendirme alt bölümünden alınabilecek maksimum değer 55 iken, katılımcıların bu alt bölüme ilişkin ortalama puanları 41 olarak bulunmuştur. Madde bazında değerlendirildiğinde ise katılımcıların DDY'li bireylerin alıcı ve ifade edici dil becerilerini değerlendirmeye ilişkin özyeterlik düzeylerinin diğer maddelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. DKT'ler ile yapılan görüşmelerde de tüm katılımcılar dil değerlendirmesine dair kendilerini yeterli gördüklerini belirtmişlerdir. Kalaycı (2019) tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş, DKT'lerin özyeterlik düzeylerinin en yüksek çıktığı maddeler arasında işitme kayıplı bireylerin alıcı ve ifade edici dil becerilerini değerlendirme maddelerinin olduğu görülmüştür. Bu bulgular DKT'lerin dil gelişiminde gecikme olan bireylerle ya da dil bozukluğu olan bireylerle daha sık çalışmalarıyla açıklanabilir. Bir diğer deyişle DKT'lerin mesleki yaşamlarında dil değerlendirmesine dair daha fazla deneyim kazandıkları ve bu durumun DDY'li bireylerin dil becerilerini değerlendirmeye ilişkin özyeterlik düzeylerini kuvvetlendirdiği söylenebilir. Ayrıca DKT'lerin dil becerilerini değerlendirmeye ilişkin özyeterlik düzeylerinin yüksek olmasında standart dil testlerinin kullanımının da etkili olduğu düşünülmüştür.

Katılımcıların DDY'li bireylerin rezonans özelliklerini değerlendirme ve bu değerlendirme sonucunda rezonans tipini belirlemeye ilişkin özyeterlik düzeylerinin diğer maddelere göre daha düşük olduğu görülmüştür. DKT'lerle yapılan görüşmelerde de iki katılımcı rezonansın ve velofarengeal fonksiyonun aletsel değerlendirmesine ilişkin kendilerini yeterli görmediklerini belirtmişlerdir. Katılımcılar bu durumu eğitimleri esnasında yaptıkları klinik uygulamaların yetersizliğiyle ve çalışma ortamlarında aletsel değerlendirme ekipmanlarının mevcut olmamasıyla ilişkilendirmişlerdir. Rezonans

değerlendirmesine dair kendisini yeterli gören katılımcı ise nazometre dışında diğer objektif değerlendirme aletlerini kullanma deneyimi olmadığını belirtmiştir. Aynı katılımcı Türkiye’de DKT’lerin bu aletleri bağımsız olarak kullanmasını engelleyen durumlar olduğunu belirtmiş ve “*Bence dil ve konuşma terapistleri nazofaringoskopi gibi değerlendirme araçlarını kullanabilirler, kullanmalıdır da çünkü Amerika’da bu kullanılıyor.*” (30-225. A) sözlerini kullanmıştır. Görüşmelerden elde edilen bu bulgular DKT’lerin rezonans değerlendirmesine ilişkin özyeterlik düzeylerinin neden daha düşük olduğunu açıklar niteliktedir. Elde edilen bu bulgular alanyazındaki benzer çalışmaların bulgularıyla uyumluluk göstermektedir (Pannbacker vd., 1993; Kuehn ve Henne, 2003; Meyer, 2015). Pannbacker vd., (1993) tarafından yapılan çalışmada da katılımcılar DKT’lerin nazofaringoskopi kullanmaları gerektiğini belirtmişlerdir. Fakat bu çalışmada katılımcıların çoğunun nazofaringoskopik muayene yapmadığı ve nazofaringoskopiye ilişkin akademik ve klinik eğitimlerinin sınırlı olduğu saptanmıştır. Meyer (2015) tarafından yapılan çalışmada da katılımcılar aletsel değerlendirme yöntemleri hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Bu bulguların aksine, Bedwinek vd., (2010) tarafından yapılan çalışmada katılımcılar rezonans bozukluklarının değerlendirilmesine dair bilgi edinmenin kendileri için daha faydalı olacağını belirtmelerine rağmen videofloroskopi, nazofaringoskopi, nazometre gibi cihazlar hakkında bilgi sahibi olmayı daha az yararlı bulduklarını belirtmişlerdir. Mevcut araştırma sonucunda elde edilen bulgular ile benzer çalışmaların bulguları doğrultusunda, DKT’lerin rezonans değerlendirmesine ilişkin özyeterlik düzeylerini kuvvetlendirmek için lisans ve lisansüstü eğitim programlarında bu konuyla ilgili klinik uygulamalara daha fazla ağırlık verilmesinin ve rezonans değerlendirmesine yönelik mesleki gelişim programları düzenlenmesinin faydalı olacağı düşünülmüştür.

4.1.4. Müdahaleye ilişkin özyeterlik düzeyine dair tartışma

Müdahale bölümüne ait bulgular incelendiğinde, 4-6 yıl ve 1-3 yıl çalışma deneyimine sahip katılımcıların 1 yıldan az çalışma deneyimine sahip katılımcılara göre, eğitimleri esnasında DDY’li bireylerle klinik uygulama yapan katılımcıların yapmayan katılımcılara göre, mezuniyet sonrasında DDY’ye ilişkin bir eğitim/seminer/konferansa katılan katılımcıların katılmayan katılımcılara göre, 8 ve daha fazla sayıda DDY’li bireyle çalışan katılımcıların 1-3 arası DDY’li bireyle çalışan ve hiç çalışmayan katılımcılara göre müdahaleye ilişkin özyeterlik düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Çalışma ortamına göre katılımcıların müdahaleye ilişkin özyeterlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır fakat akademide çalışan katılımcıların puan ortalamalarının diğer kurumlarda çalışan katılımcılardan bir nebze daha yüksek olduğu görülmüştür. Görüşmelerden elde edilen bulgular da nicel bulguları destekler niteliktedir. Bu bulgulara göre akademide görev yapan, DDY'li bireylerle çalışma konusunda oldukça deneyimli olan ve DDY'yle ilgili kongrelere katılan katılımcının müdahaleye ilişkin özyeterlik düzeyinin, ÖERM'de görev yapan, DDY'li bireylerle çalışma konusunda sınırlı deneyime sahip olan katılımcı ile ÖDKTM'de görev yapan, DDY'li bireylerle çalışma deneyimi olmayan katılımcıya göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Müdahaleye ilişkin özyeterlik düzeyleri daha düşük olan katılımcılar özyeterlik düzeylerini klinik eğitimin yetersizliğiyle ve DDY'li bireylerle çalışma deneyimleriyle ilişkilendirmişlerdir. Bu bulgulara benzer olarak, lisans ve lisansüstü eğitim esnasında belirli bir vaka grubuyla yapılan klinik uygulamaların ve mesleki yaşamda o vaka grubuna ilişkin edinilen deneyimin DKT'lerin müdahale sürecine ilişkin özyeterlik düzeylerini etkilediğini ortaya koyan araştırmalar bulunmaktadır (Savaş ve Toğram, 2013; Bellice, 2016; Kalaycı, 2019; Baigorri vd., 2020). Örneğin Bellice (2016) tarafından yapılan bir çalışmada eğitimi esnasında HBK vakasıyla klinik uygulama yapan DKT'lerin yapmayan DKT'lere göre bu bozukluğa sahip çocuk ve yetişkinlerle çalışma konusunda kendilerini daha yeterli hissettikleri saptanmıştır. Baigorri vd., (2020) tarafından yapılan çalışmada ise dil ve konuşma terapisi öğrencilerinin DDY'li bireylerle yapılan yoğun klinik uygulamalar sonucunda terapi sağlamaya ilişkin özyeterlik düzeylerinin arttığı ortaya çıkmıştır. Özyeterlik inancının oluşmasındaki en etkili kaynağın kişinin kendi deneyimleri olduğu (Bandura, 2010) ve bu inancın kişinin bir göreve dair motivasyonunu ve performansını etkilediği (Kotaman, 2008) göz önünde bulundurulduğunda, DKT'lerin DDY'li bireylere müdahale sağlamaya ilişkin özyeterlik düzeylerini artırmak için lisans ve lisansüstü eğitim programlarında bu konuyla ilgili klinik uygulamalara ağırlık verilmesinin faydalı olacağı düşünülmüştür.

Ankette yer alan müdahale alt bölümünden alınabilecek maksimum değer 25 iken, katılımcıların bu alt bölüme ilişkin ortalama puanları yaklaşık 19 olarak bulunmuştur. Madde bazında bakıldığında ise katılımcıların DDY'li bireylerin ailelerine dil ve konuşma becerilerini destekleme konusunda danışmanlık yapmaya ilişkin özyeterlik düzeylerinin diğer maddelere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Görüşme katılımcıları da bu konuda kendilerini yeterli hissettiklerini belirtmişlerdir. Kalaycı

(2019) tarafından yapılan çalışmada da DKT'ler işitme kayıplı bireylerin terapi sürecine aile katılımını sağlama veya bu sürece dair aile eğitimi vermeye dair kendilerini yeterli gördüklerini belirtmişlerdir. Savaş ve Toğram (2013) tarafından yapılan çalışmada ise DKT'lerin yarısı OSB'li bireylerin ailelerine danışmanlık yapmaya dair kendisini yeterli hissettiğini belirtirken yarısı yeterli hissetmediğini belirtmiştir. Bu bulgular DKT'lerin aile danışmanlığına ilişkin özyeterliklerinin çalıştıkları vaka grubuna göre değiştiğini düşündürmüştür.

Katılımcıların DDY'li bireylerin ailelerine beslenme ve yutmayla ilgili konularda danışmanlık yapmaya ilişkin özyeterlik düzeylerinin diğer maddelere oranla daha düşük olduğu görülmüştür. DKT'ler ile yapılan görüşmelerde katılımcıların beslenme ve yutma konusunda aile danışmanlığı yapmaya dair deneyimlerinin olmadığı görülmüştür. Katılımcılardan biri DKT'lerin bu konuda yeterli olmaları gerektiğini belirtirken, bir katılımcı da DKT'lerin bebeklik döneminde beslenmeye dair aileye danışmanlık yapması gerektiğini, ancak mevcut durumda DKT'lerin DDY'li bireylerle genellikle dil ve konuşma sorunları ortaya çıktığında çalıştığını belirtmiştir. Bu durum dil ve konuşma terapisi alanının Türkiye'de son dönemlerde yaygınlaşan bir alan olmasıyla açıklanabilir. Ülkemizde son beş altı yıldır dil ve konuşma terapisi bölümlerinden nispeten daha fazla sayıda mezun verilmektedir. Alanda çalışan DKT'lerin sayıca artmasıyla birlikte DKT'lerin hastanelerde istihdam edilmesi görece artsa da henüz yeterli seviyeye ulaşmadığı düşünülmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan son alımda DKT'ler için sadece 22 kontenjan ayrılmış olması da bu düşüncüyü destekler niteliktedir ([http-3](#)). Hastanelerde görev yapan sınırlı sayıdaki DKT'nin ise dil ve konuşma müdahalesi sağladığı pek çok bozukluk türü olması nedeniyle iş yükünün oldukça fazla olduğu düşünülmektedir. Bu durumlar nedeniyle DDY'li bebek dünyaya getiren annelere ülkemiz pratiklerinde daha çok yenidoğan hemşireleri veya doktorlar tarafından beslenme ve yutmaya dair danışmanlık yapıldığı düşünülmektedir. Dolayısıyla DKT'ler DDY'li bireylerin müdahale sürecindeki birincil görevlerinden biri olan beslenme ve yutma sorunlarına ilişkin danışmanlığı ([http-2](#)) ülkemiz pratiklerinde mevcut durumdan dolayı aktif olarak yerine getirememektedir. Bu durum nedeniyle DKT'lerin konuya ilişkin özyeterlik düzeyleri olumsuz etkilenmiş olabilir.

4.1.5. Özyeterlik düzeyini etkileyen faktörlere dair tartışma

4.1.5.1. Bireysel faktörler

Görüşmelerden elde edilen bulgular katılımcıların DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin bireysel faktörlere göre değiştiğini göstermiştir. DDY'ye özel bir ilgisi olan, ilgili literatürü takip eden ve bu konuda akademik çalışmalar yapan katılımcının DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeyinin ilgili literatürü takip etmeyen katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Daha öncede bahsedildiği gibi katılımcıların ilgili literatürü takip etme durumlarının DDY'li bireylerle çalışma durumlarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. İlgili literatürü takip ettiğini belirten katılımcı DDY konusunda uzmanlaşmış bir akademisyendir ve bu bireylerle sıklıkla çalışmaktadır. Diğer katılımcılar ise DDY'li bireylerle nadiren çalışmaktadırlar. Meyer (2019) tarafından yapılan çalışmada da benzer bir bulguya ulaşılmıştır. Bu çalışmada DDY konusunda uzman olan DKT'lerin %40'ından fazlası DDY'yle ilgili çalışmaları takip etmeye her hafta bir saatten fazla süre ayırdığını belirtirken, diğer DKT'lerin bir kısmı her ay yaklaşık bir saat ayırdığını, bir kısmı ise bunun için boş zamanları olmadığını belirtmiştir. Bu bulgular DDY'ye dair devam eden ilginin ve konuya ilişkin okuma yapmanın özyeterlik düzeyini kuvvetlendirdiğini düşündürmüştür.

Görüşme katılımcıları DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerini artırmak için ilgili literatüre ve bu konuda yazılmış kitaplara başvuracaklarını belirtmişlerdir. Ancak katılımcılardan biri DDY'nin dil ve konuşma terapisi alanında çok çalışılan bir konu olmadığını ve bu konuda yapılmış çalışmaların sınırlı olduğunu belirtmiştir. Akademik yayınların yanı sıra katılımcılar DDY'yle ilgili düzenlenen kongrelerin ve uygulamalı eğitimlerin de özyeterlik düzeylerini kuvvetlendirmeye hizmet edeceğini ifade etmişlerdir. Benzer şekilde Bedwinek vd., (2010) ve Meyer (2015) tarafından yapılan çalışmalarda da katılımcılar DDY'li bireylerin değerlendirmesi ve terapisine ilişkin daha fazla bilgi edinmek için web sitelere, kongre ve konferanslara, DDY dergilerine ve ders kitaplarına başvuracaklarını belirtmişlerdir. Callahan ve Hazelwood (2004'den aktaran Bedwinek vd., 2010)'un çalışmasında da DKT'lerin yarık damaklı ve velofarengeal disfonksiyonlu çocuklarla çalışma konusunda kendilerini yeterli hissetmedikleri, bu konuya dair kaynak ve bilgi arayışında oldukları saptanmıştır. Mevcut araştırmanın bulguları ve alanyazındaki benzer araştırmaların bulguları bütüncül olarak değerlendirildiğinde, DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerini artırmak için

konuyla ilgili akademik yayınlara, web sitelere, kongrelere ve mesleki gelişim programlarına ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

4.1.5.2. Çalışma ortamı

Bu araştırmada katılımcıların DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin çalışma ortamlarına göre değişiklik gösterdiği saptanmıştır. Nicel verilerden elde edilen bulgulara göre akademide çalışan DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik puan ortalamaları diğer katılımcılardan daha yüksektir. İkinci sırada ÖDKTM'de görev yapan katılımcılar yer alırken üçüncü sırada ÖERM'de görev yapan katılımcılar yer almaktadır. DDY'ye ilişkin özyeterlik puan ortalamaları en düşük olan grubu ise hastanede görev yapan katılımcılar oluşturmaktadır. DDY'li bireylerin ÖDKTM'lere ve ÖERM'lere hastanelere göre daha nadir başvurduğu düşünüldüğünde bu bulgu dikkat çekicidir. Ayrıca hastane ortamının ilgili diğer uzmanlarla işbirliği yapma açısından ve aletsel değerlendirme ekipmanları açısından daha elverişli olduğu düşünüldüğünde bu bulgunun beklenmedik olduğu söylenebilir. Nitekim nitel verilerden elde edilen bulgular da akademide görev yapan katılımcının çalışma ortamına DDY'li bireylerin sıklıkla başvurduğunu ve bu katılımcının DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeyinin DDY'li bireylerin nadiren başvurduğu ÖDKTM'de çalışan katılımcı ile ÖERM'de çalışan katılımcıya oranla daha yüksek olduğunu göstermiştir. Görüşmelerden elde edilen detaylı ve derinlemesine veriler çalışılan kurum türünün DKT'lerin ilgili literatürü takip etmesinde ve DDY'li bireylerle çalışma deneyimi kazanmasında etkili olduğunu düşündürmüştür. Ayrıca çalışılan kurum türünün değerlendirme ve müdahale süreci için gerekli araç gereçlere sahip olması ve disiplinler arası işbirliğine imkan tanınması da DKT'lerin özyeterlik düzeylerini etkilemektedir. Alanyazında DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeyleri ile çalışma ortamı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak bazı çalışmalar DDY konusunda uzman olup yarık ekiplerinde görev yapan DKT'lerin DDY'li bireylerle daha sık çalıştığını dolayısıyla DDY'ye ilişkin daha fazla bilgi sahibi olduğunu, bununla birlikte okullarda çalışan DKT'lerin veya DDY konusunda uzman olmayıp genel bir özgeçmişe sahip olan DKT'lerin bu bireylerle nadiren çalıştığını ve DDY'ye ilişkin ek eğitimlere ihtiyaç duyduklarını ortaya koymuştur (Karnell vd., 2005; Bedwinek vd., 2010; Meyer, 2015). Mevcut araştırmanın nitel verilerinden elde edilen bulgular ve alanyazındaki benzer araştırmalardan elde edilen bulgular, DDY'li bireylere erişim sağlayabilen, değerlendirme ve müdahale süreci için gerekli araç gerece sahip olan ve

disiplinler arası işbirliğine imkân sağlayan çalışma ortamlarının DKT'lerin özyeterlik düzeyleri üzerinde oldukça önemli bir etkisi olduğunu düşündürmektedir.

4.1.5.3. Eğitim

Araştırma sonucunda katılımcıların büyük kısmının (%72.8) eğitimleri esnasında (lisans-yüksek lisans-doktora) DDY'li bireylerle klinik uygulama yaptığı saptanmıştır. Bu bulgu alanyazında yapılan çalışmaların bulgularıyla farklılık göstermektedir. Bedwinek vd., (2010) tarafından yapılan bir çalışmada katılımcıların %75'inin eğitimleri esnasında DDY'li bireylerle klinik uygulama yapmadığı saptanmışken, Meyer (2015) tarafından yapılan çalışmada bu oran %45.24 olarak bulunmuştur. Bedwinek vd., (2010) ve Meyer (2015) klinik uygulamalardaki bu sınırlılığın ASHA'nın 1993 yılında sertifika standartlarında yaptığı değişikliklerle ilişkili olabileceğini belirtmiştir. Bu değişiklikler nedeniyle DDY ile ilgili derslerin müfredattan çıkarılabileceği veya diğer derslerin içeriğine dahil edilebileceği, dolayısıyla dil ve konuşma terapisi öğrencilerinin DDY'yle ilgili akademik ve klinik eğitimlerinin yetersiz kalabileceği belirtilmiştir (Vallino vd., 2008; Bedwinek vd., 2010). Nitekim Vallino vd., (2008) tarafından yapılan çalışmada bu durum doğrulanmış, ASHA'nın sertifika standartlarında yaptığı değişikliklerin ardından 127 akredite lisansüstü programın sadece %33'ünde DDY'ye ayrılmış özel ve zorunlu bir ders olduğu, %45,7'sinin ise klinik uygulama sunmadığı görülmüştür. Ülkemizde ise 2016 yılında yayınlanan Dil ve Konuşma Terapisi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı'nda dudak damak yarıklığı-rezonans bozuklukları ayrı bir konu olarak ele alınmıştır. Mevcut araştırmanın katılımcılarının DDY'ye ilişkin klinik uygulamalarının daha yüksek çıkmasında bu durum etkili olmuş olabilir. Bunun yanı sıra araştırmamızda katılımcıların %37'sinin mezuniyet sonrasında DDY'ye ilişkin bir eğitim/seminer/konferansa katıldığı saptanmışken, Bedwinek vd., (2010) bu oranı %19 olarak bulmuştur. Bu farklılığın araştırma katılımcılarının DDY'li bireylerle çalışma deneyimleriyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bedwinek vd., (2010)'nin çalışmasında katılımcıların DDY'li bireylerle çalışma deneyimlerinin sınırlı olduğu görülmüştür. Bu durum nedeniyle katılımcıların çoğu DDY'yle ilgili herhangi bir eğitime katılmaya ihtiyaç duymamış olabilir. Bu araştırmada ise katılımcıların DDY'li bireylerle çalışma deneyimleri nispeten daha fazla bulunmuştur. Dolayısıyla katılımcılar DDY'yle ilgili bir eğitime katılmaya daha fazla ihtiyaç duymuş olabilirler.

DKT'ler ile yapılan görüşmelerde ise iki katılımcının DDY'ye ilişkin akademik ve klinik eğitiminin sınırlı olduğu görülmüştür. Tüm katılımcılar akademik eğitimin sınırlılığını DDY konusunda uzmanlaşmış öğretim üyesi sayısının yetersiz olmasıyla ilişkilendirmiştir. Birol (2019) da Türkiye'de bu konuda uzmanlaşmış yeterli sayıda öğretim üyesi olmadığını belirtmiştir. Vallino vd., (2008) tarafından yapılan araştırmada da öğretim üyesi eksikliği akademik eğitimdeki sınırlılığın nedenlerinden biri olarak bildirilmiştir. Görüşmelerden elde edilen nitel bulguların alanyazındaki çalışmalarla tutarlı olduğu, DKT'lerin DDY'ye ilişkin akademik ve klinik eğitimlerinin sınırlı olduğunu ortaya koyan birden fazla araştırma olduğu görülmektedir (Pannbacker, 2004; Vallino vd., 2008; Bedwinek vd., 2010; Meyer, 2015). Nicel bulgularda katılımcıların büyük çoğunluğunun eğitimleri esnasında DDY'li bireylerle klinik uygulama yaptığı görülmeye rağmen nitel bulgularda görüşmeye katılan üç katılımcıdan ikisinin DDY'ye ilişkin akademik ve klinik eğitiminin sınırlı olduğunun görülmesi, karma araştırma yönteminin önemini ve dil ve konuşma terapisi alanında bu yöntemle yürütülen çalışmalara ihtiyaç olduğunu göz önüne sermektedir. Mevcut çalışmada da görüldüğü üzere nicel verilerden elde edilen bulguların nitel verilerle detayına inildiğinde konuya ilişkin farklı sonuçlar elde edilebilmektedir.

Katılımcıların DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin genel eğitim durumuna (lisans-lisansüstü) ve DDY'ye ilgili eğitim durumuna göre farklılaştığı saptanmıştır. Nicel verilerden elde edilen bulgular lisansüstü mezunu olan katılımcıların lisans mezunu olan katılımcılara göre, üniversite eğitimi esnasında DDY'li bireylerle klinik uygulama yapan katılımcıların yapmayan katılımcılara göre, mezuniyet sonrasında DDY'ye ilişkin bir eğitim/seminer/konferansa katılan katılımcıların katılmayan katılımcılara göre DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Nitel verilerden elde edilen bulgular da nicel bulguları destekler niteliktedir. Görüşme katılımcıları DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin bu konuda aldıkları akademik ve klinik eğitimden etkilendiğini belirtmişlerdir. DDY'ye ilişkin aldıkları eğitimi yeterli bulmayan ve bu konuda sınırlı eğitim almış olan katılımcıların özyeterlik düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Bedwinek vd., (2010) tarafından yapılan çalışmada benzer bulgular saptanmıştır. Bu araştırmada katılımcıların büyük çoğunluğu yetersiz eğitim nedeniyle DDY'li bireylerle çalışma konusunda kendilerini hazır hissetmediklerini belirtmişlerdir. Baigorri vd., (2020) de DKT'lerin DDY'ye ilişkin akademik ve klinik eğitimlerinin bu bireylerle çalışmaya dair kendilerine olan güvenlerini, dolayısıyla özyeterliklerini

etkileyebileceğini belirtmiştir. Bu bulgular göz önünde bulundurulduğunda, lisans ve lisansüstü eğitim programlarında DDY'ye ilişkin akademik ve klinik eğitime ağırlık verilmesinin, DDY'yle ilgili mesleki gelişim programları düzenlenmesinin DKT'lerin konuya ilişkin özyeterlik düzeylerini artırmaya hizmet edeceği düşünülmüştür.

4.1.5.4. Deneyim

Bu araştırmada katılımcıların yalnızca %16.8'inin kariyeri boyunca 10'dan fazla DDY'li bireyle çalıştığı, %15.2'sinin ise bu bireylerle hiç çalışmadığı saptanmıştır. Bedwinek vd., (2010) tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların %28'inin kariyeri boyunca DDY'li bir çocuk görmediği, yalnızca %3'ünün 11 ve daha fazla sayıda çocuk gördüğü saptanmıştır. Türkiye'deki DKT'lerin DDY'ye ilişkin klinik deneyimlerinin nispeten daha fazla çıkması araştırma katılımcılarının çalışma ortamları ile ilişkili olabilir. Bu araştırmadaki katılımcıların çalışma ortamları heterojen bir dağılım gösterirken (özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi, özel dil ve konuşma terapisi merkezi, hastane, akademi), Bedwinek vd. (2010) tarafından yapılan çalışmaya yalnızca okullarda görev yapan DKT'ler dahil edilmiştir. DKT'ler ile yapılan görüşmelerde ise bir katılımcının DDY'li bireylerle çalışma konusunda oldukça fazla deneyim sahibi olduğu, bir katılımcının sınırlı deneyim sahibi olduğu, diğer katılımcının ise deneyim sahibi olmadığı görülmüştür. Ayrıca bu çalışmada DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin mesleki deneyimlerine ve DDY'li bireylerle çalışma deneyimlerine göre farklılaştığı saptanmıştır. Nicel verilerden elde edilen bulgular 4-6 yıl çalışma deneyimine sahip DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin 1 yıldan az çalışma deneyimine sahip DKT'lerden daha yüksek olduğunu, 4 ve daha fazla sayıda DDY'li bireyle çalışan DKT'lerin özyeterlik düzeylerinin ise diğer DKT'lere göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Nitel bulgular da nicel bulgularla uyumluluk göstermektedir. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde DDY'li bireylerle çalışma deneyiminin DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerini etkilediği söylenebilir. Bedwinek vd., (2010) tarafından yapılan çalışmada da benzer bir bulguya ulaşılmış, klinik deneyimin DKT'lerin DDY'li bireylerle çalışmaya dair düşüncelerini etkilediği saptanmıştır.

4.1.5.5. Disiplinler arası işbirliği

Görüşme katılımcıları DDY'li bireylerin müdahale sürecinde hekimler başta olmak üzere ilgili diğer uzmanlarla işbirliği içinde çalıştıklarını veya çalışacaklarını

belirtmişlerdir. DDY'nin pek çok alanda probleme neden olduğu (http-2), bu nedenle tedavi sürecinde hem yapısal sorunlara hem dil ve konuşma sorunlarına hem de psikososyal sorunlara odaklanılması gerektiği pek çok çalışmada belirtilmiştir (Nalçacı vd., 2009; Ünal ve Topbaş, 2011; Britton vd., 2014; Sert, 2019). Bu kapsamda görüşme katılımcılarının ilgili diğer uzmanlarla işbirliği içinde çalışmaları beklenen bir durumdur. Nitekim ASHA'da DKT'lerin DDY ekibinin bir üyesi olarak ilgili diğer uzmanlarla işbirliği içinde çalışmalarına vurgu yapmıştır (http-2).

Katılımcılardan biri DDY'ye ilişkin kendisini yeterli görmediği konularda ilgili diğer uzmanlara başvurarak yeterliğini artırmaya çalışacağını belirtmiştir. Aynı katılımcı bir diğer ifadesinde DDY'li bireylerin müdahale sürecinin ekip yaklaşımı gerektirdiğini ve DKT'lerin müdahale ekibinde yer alan diğer uzmanların çalışmaları hakkında bilgi sahibi olmaları gerektiğini vurgulamıştır. Bu bulgular alanyazındaki araştırmalarla uyumludur. Benzer araştırmalarda da katılımcılar DDY'ye dair daha fazla bilgi edinmek için DDY ekiplerine başvuracaklarını belirtmişlerdir (Bedwinek vd., 2010; Meyer, 2015). Ayrıca Nagarajan, Savitha ve Subramaniyan (2009) da DKT'lerin DDY ekibinde yer alan diğer uzmanların çalışmalarıyla ilgili temel bilgilere sahip olmaları gerektiğini ifade etmiştir. DDY ekibindeki diğer uzmanların çalışmaları hakkında bilgi sahibi olmanın ilişki sorunların varlığında doğru yönlendirmeleri yapmaya, dolayısıyla DKT tarafından sağlanan müdahalenin etkililiğinin artmasına hizmet edeceği düşünülmüştür. Bu doğrultuda DKT'lerin DDY'li bireylerle çalışmaya dair başarılı deneyimler kazanacağı ve özyeterlik düzeylerinin kuvvetleneceği söylenebilir.

4.2. Sonuç

Araştırmada Türkiye'deki DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeyleri incelenmiştir. Bu inceleme sırasında DKT'lerden anket kullanılarak veri toplanmıştır. Nicel yöntemle ulaşılan araştırma bulgularını detaylandırmak amacıyla ise DKT'ler ile yarı yapılandırılmış görüşme oturumları düzenlenmiştir. Bu araştırma, ulusal alanyazında DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerini inceleyen ilk çalışma olması açısından, uluslararası alanyazında ise karma yöntemle yürütülen ilk çalışma olması açısından özgün bir araştırmadır. Araştırma bulguları aşağıda özetlenmiştir.

1. Genel bilgiler alt bölümünde katılımcıların DDY sınıflamasına ilişkin özyeterlik düzeyleri diğer maddelere oranla daha yüksek, DDY embriyolojisine ilişkin özyeterlik düzeyleri ise daha düşük çıkmıştır. İlişkili sorunlar alt bölümünde en

yüksek özyeterlik düzeyi DDY'ye bağlı konuşma sorunları maddesine aitken en düşük özyeterlik düzeyi DDY'ye bağlı işitme sorunları ve DDY'ye bağlı psikososyal sorunlar maddelerine aittir. Değerlendirme alt bölümünde katılımcıların DDY'li bireylerin alıcı ve ifade edici dil becerilerini değerlendirmeye ilişkin özyeterlik düzeyleri diğer maddelere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bölümdeki en düşük özyeterlik düzeyi ise DDY'li bireylerin rezonans özelliklerini değerlendirme ve bu değerlendirme sonucunda rezonans tipini belirleme maddelerine aittir. Müdahale alt bölümünde katılımcıların DDY'li bireylerin ailelerine dil ve konuşma becerilerini destekleme konusunda danışmanlık yapmaya ilişkin özyeterlik düzeyleri diğer maddelere oranla daha yüksek, DDY'li bireylerin ailelerine beslenme ve yutmayla ilgili konularda danışmanlık yapmaya ilişkin özyeterlik düzeyleri ise daha düşük çıkmıştır.

2. Katılımcıların ankette yer alan alt bölümlere ait özyeterlik düzeylerinin puan ortalamaları belirlenmiştir. Katılımcıların ortalama puanlarının genel bilgiler alt bölümünde 30 üzerinden 21, ilişkili sorunlar alt bölümünde 30 üzerinden 22, değerlendirme alt bölümünde 55 üzerinden 41, müdahale alt bölümünde 25 üzerinden 19 olduğu görülmüştür.
3. Türkiye'deki DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin, eğitim durumuna, çalışma süresine, çalışma ortamına, üniversite eğitimi esnasında DDY'li bireylerle klinik uygulama yapma durumuna, mezuniyet sonrasında DDY'ye ilişkin herhangi bir eğitim/seminer/konferansa katılım durumuna, müdahale sağlanan DDY'li birey sayısına göre değişiklik gösterdiği ortaya çıkmıştır.
4. Görüşmelerden elde edilen nitel bulgular nicel bulgularla uyumluluk göstermiştir. Nitel bulgulara göre katılımcıların DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin, DDY'yle ilgili aldıkları akademik ve klinik eğitime, çalışma ortamına ve DDY'li bireylerle çalışma deneyimine göre farklılaştığı görülmüştür. Bu bulgulara ek olarak bireysel faktörler ve disiplinler arası işbirliğinin de katılımcıların özyeterlik düzeylerini etkilediği görülmüştür.

4.3. Sınırlılıklar

1. Bu araştırma ankete cevap veren 184 DKT ve yarı yapılandırılmış görüşmelere katılan, DDY'li bireylerle çalışma deneyimi farklı olan 3 DKT ile sınırlıdır.

2. Araştırma verileri, araştırmacı ve tez danışmanı tarafından geliştirilen ankete ve görüşme sorularına verilen yanıtlar ile sınırlıdır.
3. Yarı yapılandırılmış görüşme oturumlarından elde edilen veriler, araştırmacının görüşme sürecini yürütme becerisi ile sınırlıdır.
4. Araştırma bulguları, araştırmacının elde edilen verileri analiz etme becerisiyle sınırlıdır.

4.4. Öneriler

1. Alanyazında DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmaması bu konuda yeni araştırmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Mevcut araştırma daha büyük bir örneklem grubuyla tekrar edilebilir. Özellikle daha fazla sayıda DKT ile görüşme yapılarak daha detaylı veri toplanabilir. Yarı yapılandırılmış görüşmelerin yanı sıra DKT'ler ile odak grup görüşmeler düzenlenebilir. Mevcut araştırmada görüşme katılımcıları DDY'li bireylerle çalışma deneyimi ölçüt alınarak belirlenmiştir. Yeni araştırmalarda çalışma ortamları, eğitim düzeyleri ölçüt alınarak farklı özelliklere sahip katılımcılar ile görüşmeler yapılabilir.
2. DDY'li bireylerin müdahale ekibinde yer alan diğer uzmanların DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeyleri incelenebilir ve elde edilen sonuçlar karşılaştırılabilir.
3. DKT'lerin farklı vaka gruplarına ilişkin özyeterlik düzeyleri incelenebilir ve elde edilen sonuçlar karşılaştırılabilir.
4. DKT'lerin DDY'ye ilişkin özyeterlik düzeylerini artırmak için lisans ve lisansüstü eğitim programlarında DDY'ye ilişkin akademik ve klinik eğitime daha fazla ağırlık verilmesi faydalı olabilir. Özellikle DKT'lerin özyeterlik düzeylerinin daha düşük çıktığı konulara DDY derslerinde daha fazla süre ayrılması sayesinde DKT'lerin konuya ilişkin özyeterlik düzeyleri olumlu yönde etkilenebilir.
5. Görüşme katılımcıları DDY'yle ilgili özyeterlik düzeylerini artırmak için ilgili literatüre ve DDY kitaplarına başvuracaklarını, kongrelere ve uygulamalı eğitimlere katılacaklarını belirtmişlerdir. Bu bulgular doğrultusunda DKT'lerin faydalanması için DDY'yle ilgili Türkçe yayınlar oluşturulabilir veya DDY'yle ilgili web siteleri oluşturulabilir. Bu konuyla ilgili kongreler, konferanslar ve seminerler daha sık düzenlenebilir.

KAYNAKÇA

- Adıyaman, A. (2019). Yabancı dil öğrenmeye yönelik özyeterlik inanç ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *International Journal of Language Academy*, 7 (2), 80-92.
- Akinbami, B.O. (2007). Psychological effects of speech disorders in an adult patient with untreated cleft palate. *Nigerian Journal of Medicine*, 16 (4), 381-383.
- American Cleft Palate-Craniofacial Association. (2018). Parameters for evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial differences. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 55 (1), 137-156.
- American Cleft Palate-Craniofacial Association. (2019). Standards for approval of cleft palate and craniofacial teams. 1-5. <https://acpa-cpf.org/team-care/standardscat/standards-of-approval-for-team-care/> (Erişim tarihi: 01.07.2019).
- Bacık Tırank, Ş. (2015). *Dudak-damak yarıklı çocukların (2- 78 ay) gelişim, sesletim, ses ve dil açısından değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Bacık Tırank, Ş., Keskin Yıldız, M., Atalık, G., Kamışlı, G.Ş., Tutar, H. ve Gündüz, B. (2017). Damak ± dudak yarıklı bireylerde işitme ve dil gelişiminin değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4 (3), 72-85.
- Baigorri, M., Crowley, C.J., Sommer, C.L., Baquero, J. ve Moya-Galé, G. (2020). Graduate students' clinical self-efficacy: Impact of an intensive cleft lip and palate clinical practicum. *Communication Disorders Quarterly*. 00 (0), 1-8.
- Baki, A. ve Gökçek, T. (2012). Karma yöntem araştırmalarına genel bir bakış. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 11 (42), 1-21.
- Balo, E. (2016). *Türkçe konuşan dudak damak yarığı olan çocukların alveolar ve post-alveolar sürtünmeli seslerinin akustik olarak incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Bandura, A. (2010). Self-efficacy. I.B. Weiner ve W.E. Craighead (Eds). In: *The corsini encyclopedia of psychology*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Bandura, A. ve Adams, N.E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, 1 (4), 287-310.
- Bedwinek, A.P. (2007). *An analysis of needs: School speech-language pathologists and children born with cleft lip/palate*. Doctoral dissertation. Cincinnati: Union Institute & University, Graduate College.
- Bedwinek, A.P., Kummer, A.W., Rice, G.B. ve Grames, L.M. (2010). Current training and continuing education needs of preschool and school-based speech-language pathologists regarding children with cleft lip/palate. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 41 (4), 405-415.
- Bellice, M. (2016). *Türkiye’de çalışan dil ve konuşma terapistlerinin hızlı-bozuk konuşma ve terapisine yönelik algıların değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Birol, N.Y. (2019). *Dudak damak yarığı olan çocukların anatomik ve fizyolojik sorunları*

- ile konuşma problemleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Britton, L., Albery, L., Bowden, M., Harding-Bell, A., Phippen, G. ve Sell, D. (2014). A cross-sectional cohort study of speech in five-year-olds with cleft palate $\pm$ lip to support development of national audit standards: Benchmarking speech standards in the United Kingdom. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 51 (4), 431-451.
- Broen, P.A., Devers, M.C., Doyle, S.S., Prouty, J.M. ve Moller, K.T. (1998). Acquisition of linguistic and cognitive skills by children with cleft palate. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41(3), 676-687.
- Brunnegård, K., Lohmander, A. ve van Doorn, J. (2009). Untrained listeners' ratings of speech disorders in a group with cleft palate: A comparison with speech and language pathologists, ratings. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44 (5), 656-674.
- Buğdaycı, S. (2018). *Antrenörlerin iletişim becerileri ile öz yeterliliklerinin incelenmesi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Büyüköztürk, Ş. (2015). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni. SPSS uygulamaları ve yorum*. (Gözden geçirilmiş yirmi birinci baskı). Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2014). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. (14. Baskı). Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Cohen, M.M. ve Bankier, A. (1991). Syndrome delineation involving orofacial clefting. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 28 (1), 119-120.
- Creswell, J.W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. (4nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J.W. ve Plano Clark, V.L. (2011). *Karma yöntem araştırmaları tasarımı ve yürütülmesi* (Çev: Y. Dede, S.B. Demir, E. Aydın, E. Bukova Güzel, M. Bursal, S. Çorlu, A. Delice, F. Güngör, M.S. Köksal, S. Kula, M. Peker ve S. Yaman). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Creswell, J.W. ve Zhang, W. (2009). The application of mixed methods designs to trauma research. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (6), 612-621.
- D'Antonio, L.L. ve Scherer, N.J. (2008). Communication disorders associated with cleft palate. J.E. Losee ve R.E. Kirschner (Eds), In: *Comprehensive cleft care* (p. 822-840). New York: Mc Graw Hill Professional.
- Damico, J.S. ve Simmons-Mackie, N.N. (2003). Qualitative research and speech-language pathology: A tutorial for the clinical realm. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 12 (2), 131-143.
- Denzin, N. ve Lincoln, Y. (2000). *Handbook of qualitative research*. (3.bs.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dil ve Konuşma Terapistleri Derneği. (2017). Dil ve Konuşma Terapisi Mesleki Etik Kurallar Yönetmeliği. DKTD / Etik Kurallar (Erişim tarihi: 17.03.2021).
- Dixon, M.J., Marazita, M.L., Beaty, T.H. ve Murray, J.C. (2011). Cleft lip and palate: Understanding genetic and environmental influences. *Nature Reviews Genetics*, 12

(3), 167-178.

- Duru, H., Akgün, E.G. ve Maviş, İ. (2018). Dil ve konuşma terapisi mesleğine yönelik farkındalığın belirlenmesi. *Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 1 (3), 257-280.
- Edmondson, R. ve Reinbartsen, D. (1998). The young child with cleft lip and palate: Intervention needs in the first three years. *Infants & Young Children*, 11 (2), 12-20.
- Ertürk, M. (2015). *Üniversitelerde görev yapan öğretim elemanlarının genel özyeterlik düzeylerinin belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Esen Aydın, F. (2015). *Yarık damaklı çocuklarda konuşma özelliklerinin ses üzerine etkisinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Fırat, M., Kabakçı Yurdakul, I. ve Ersoy, A. (2014). Bir eğitim teknolojisi araştırmasına dayalı olarak karma yöntem araştırması deneyimi. *Journal of Qualitative Research in Education*, 1 (2), 65-86.
- Gibbon, F.E. ve Crampin, L. (2002). Labial-lingual double articulations in speakers with cleft palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 39 (1), 40-49.
- Hardin-Jones, M., Jones, D.L. ve Dolezal, R.C. (2019). Opinions of speech-language pathologists regarding speech management for children with cleft lip and palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 57 (1), 55-64.
- Hentges, F., Hill, J., Bishop, D.V.M., Goodacre, T., Moss, T. ve Murray, L. (2011). The effect of cleft lip on cognitive development in school-aged children: A paradigm for examining sensitive period effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52 (6), 704-712.
- Hopstetter, D.L. (2011). *Self-efficacy beliefs of speech-language therapists regarding their skills in collaboration to work with regular education teachers*. Doctoral Dissertation. Indiana: Indiana University of Pennsylvania.
- Howard, S. (2004). Editorial: Phonetic and phonological perspectives on speech production in cleft lip and palate. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 18 (4-5), 231-234.
- Jocelyn, L.J., Penko, M.A. ve Rode, H.L. (1996). Cognition, communication, and hearing in young children with cleft lip and palate and in control children: A longitudinal study. *Pediatrics*, 97 (4), 529-534.
- Johnson, R.B. ve Onwuegbuzie, A.J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33 (7), 14-26.
- Kalaycı, G.Ö. (2019). *Türkiye’de çalışan dil ve konuşma terapistlerinin işitme kaybına ve terapisine ilişkin özyeterlik düzeylerinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Karnell, M.P., Bailey, P., Johnson, L., Dragan, A. ve Canady, J.W. (2005). Facilitating communication among speech pathologists treating children with cleft palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 42 (6), 585-588.
- Kızılelma Yiğit, A., Oğuz, Ş.S. ve Dilmen, U. (2015). Dudak ve damak yarıkları olan vakaların derlenmesi ve büyümelemlerinin izlemi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji*

Tip Dergisi, 12 (2), 80-82.

- Kline P.A. (2000). *A Psychometrics primer*. London, UK: Free Association Books.
- Kotaman, H. (2008). Özyeterlilik inancı ve öğrenme performansının geliştirilmesine ilişkin yazın taraması. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21 (1), 111-133.
- Kuehn, D.P. ve Henne, L.J. (2003). Speech evaluation and treatment for patients with cleft palate. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 12 (1), 103-109.
- Kuehn, D.P. ve Moller, K.T. (2000). Speech and language issues in the cleft palate population: The state of the art. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 37 (4), 348-348.
- Kummer, A.W. (2011a). Disorders of resonance and airflow secondary to cleft palate and/or velopharyngeal dysfunction. *Seminars in Speech and Language*, 32 (2), 141-149.
- Kummer, A.W. (2011b). Perceptual assessment of resonance and velopharyngeal function. *Seminars in Speech and Language*, 32 (2), 159-167.
- Kummer, A.W. (2011c). Speech therapy for errors secondary to cleft palate and velopharyngeal dysfunction. *Seminars in Speech and Language*, 32 (2), 191-198.
- Kummer, A.W. (2011d). Types and causes of velopharyngeal dysfunction. *Seminars in Speech and Language*, 32 (2), 150-158.
- Kummer, A.W. (2014a). *Cleft palate and craniofacial anomalies: Effects on speech and resonance*. (Third Edition). Newyork: Delmar.
- Kummer, A.W. (2014b). Speech and resonance disorders related to cleft palate and velopharyngeal dysfunction: A guide to evaluation and treatment. *Perspectives on School-Based Issues*, 15 (2), 57-74.
- Leech, N.L. ve Onwuegbuzie, A.J. (2009). A typology of mixed methods research designs. *Quality & Quantity*, 43 (2), 265-275.
- Linnenbrink, E.A. ve Pintrich, P.R. (2003). The role of self-efficacy beliefs instudent engagement and learning inthe classroom. *Reading & Writing Quarterly*, 19 (2), 119-137.
- Luszczynska, A., Gutiérrez- Doña, B. ve Schwarzer, R. (2005). General self- efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40 (2), 80-89.
- Maviş, İ., St. Louis, K.O., Özdemir, S. ve Toğram, B. (2013). Attitudes of Turkish speech and language therapists toward stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 38 (2), 157-170.
- Meyer, S.E. (2015). *Information needs regarding cleft lip and palate: A survey*. Master Thesis. Ohio: The Ohio State University, Graduate School.
- Miller, C. (2011). Feeding issues and interventions in infants and children with clefts and craniofacial syndromes. *Seminars in Speech and Language*, 32 (2), 115-126.
- Moller, K.T. ve Glaze, L.E. (2008). *Cleft lip and palate: Interdisciplinary issues and treatment*. Texas: PRO-ED.

- Mossey, P.A., Little, J., Munger, R.G., Dixon, M.J. ve Shaw, W.C. (2009). Cleft lip and palate. *The Lancet*, 374 (9703), 1773-1785.
- Nagarajan, R., Savitha, V.H. ve Subramaniyan, B. (2009). Communication disorders in individuals with cleft lip and palate: An overview. *Indian Journal of Plastic Surgery*, 42 (Suppl), 137-143.
- Nalçacı, R., Topbaş, S., Orhan, M. ve Doruk, C. (2009). Dudak damak yarıklı bireylerde konuşma bozukluklarının önemi, konuşma terapisi ve distraksiyon osteogenezin değerlendirilmesi: İki olgu nedeniyle. *Türk Ortodonti Dergisi*, 22 (1), 45-53.
- Nemutlu, A. (2016). *Dudak damak yarığı veya kraniyofasiyal sendromu olan çocukların sağlık öyküsü, oral-periferik özellikleri ve konuşma sorunlarının betimlenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Noguchi, K. (2017). *Comparisons of clinical self-efficacy and stigma variance in speech language pathologists who stutter and do not stutter*. Master Thesis. The University of Wisconsin-Eau Claire.
- Pamplona, M.C., Ysunza, A., González, M., Ramírez, E. ve Patiño, C. (2000). Linguistic development in cleft palate patients with and without compensatory articulation disorder. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 54 (2-3), 81-91.
- Pannbacker, M. (2004). Velopharyngeal incompetence: The need for speech standards. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 13 (3), 195-201.
- Pannbacker, M.D., Lass, N.J., Hansen, G.G.R., Mussa, A.M. ve Robison, K.L. (1993). Survey of speech-language pathologists' training, experience, and opinions on nasopharyngoscopy. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 30 (1), 40-45.
- Pannbacker, M., Lass, N.J. ve Stout, B.M. (1990). Speech-language pathologists' opinions on the management of velopharyngeal insufficiency. *Cleft Palate Journal*, 27 (1), 68-71.
- Parker, S.E., Mai, C.T., Canfield, M.A., Rickard, R., Wang, Y., Meyer, R.E., Anderson, P., Mason, C.A., Collins, J.S., Kirby, R.S. ve Correa, A. (2010). Updated national birth prevalence estimates for selected birth defects in the United States, 2004-2006. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*, 88 (12), 1008-1016.
- Pasupathy, R. ve Bogschutz, R.J. (2013). An investigation of graduate speech-language pathology students' slp clinical self-efficacy. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 40 (Fall), 151-159.
- Sağ, Y. (2019). *Özel hastanede çalışan hemşirelerin özyeterlilikleri ve motivasyon düzeyleri arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Samancı, M. (2019). *Aile hekimlerinin öz yeterlilik algılarının tükenmişlikleri üzerindeki etkisi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Savaş, M. ve Toğram, B. (2013). Türkiye'deki dil ve konuşma terapistlerinin otizm alanındaki eğitim ve klinik bilgilerinin belirlenmesi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13 (4), 183-194.

- Schneider, E. ve Shprintzen, R.J. (1980). A survey of speech pathologists: Current trends in the diagnosis and management of velopharyngeal insufficiency. *The Cleft Palate Journal*, 17 (3), 249-253.
- Sert, G. (2019). *Damak yarığı onarımında vomer flebi kullanılmasının obstrüktif uyku apnesi insidansına etkisi*. Uzmanlık Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
- Shapira, Y., Lubit, E., Kuftinec, M.M. ve Borell, G. (1999). The distribution of clefts of the primary and secondary palates by sex, type, and location. *Angle Orthodontist*, 69 (6), 523-528.
- Smith, B.E. ve Kuehn, D.P. (2007). Speech evaluation of velopharyngeal dysfunction. *Journal of Craniofacial Surgery*, 18 (2), 251-261.
- Speltz, M.L., Endriga, M.C., Hill, S., Maris, C.L., Jones, K. ve Omnell, M.L. (2000). Brief report: Cognitive and psychomotor development of infants with orofacial clefts. *Journal of Pediatric Psychology*, 25 (3), 185-190.
- Strauss, R.P. ve Broder, H. (1993). Children with cleft lip/palate and mental retardation: a subpopulation of cleft-craniofacial team patients. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 30 (6), 548-556.
- Sweeney, T. (2011). Nasality-assessment and intervention. S. Howard ve A. Lohmander (Eds.), In: *Cleft palate speech: Assessment and intervention* (p. 199-220). Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Tabachnick, B.G. ve Fidell, L.S. (2013). *Using multivariate statistics*. (6th. Ed.). Boston: Pearson.
- Tezel, Ö. (2004). *Yarık damaklı türk çocuklarının sesletim, işitsel ayırma ve sesbilgisel özelliklerinin belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Tomatır, A.G., Demirhan, H., Sorkun, H.Ç., Köksal, A., Özerdem, F. ve Çilengir, N. (2009). Major congenital anomalies: A five-year retrospective regional study in Turkey. *Genetics and Molecular Research*, 8 (1), 19-27.
- Trost-Cardamone, J. E. (1989). Coming to terms with VPI: A response to Loney and Bloem. *The Cleft Palate Journal*, 26 (1), 68-70.
- Türnüklü, A. (2000). Eğitim-bilim araştırmalarında etkin olarak kullanılabilecek nitel bir araştırma tekniği: Görüşme. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 24 (24), 543-559.
- Ünal, Ö. (2006). *Türkçe konuşan damak yarıklı çocuklarda /k/, /s/, /tʃ/ seslerinin terapisine yönelik bir sesletim programının etkililiğinin belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ünal, Ö. (2011). *Rezonans bozukluklarının nazometrik değerlendirilmesi: 4-18 yaş aralığındaki bireyler için Türkçe norm çalışması*. Doktora Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ünal, Ö. ve Topbaş, S. (2011). Damak yarığı olan bireylerde konuşma bozuklukları ve terapisi. *Türkiye Klinikleri Plastic Surgery-Special Topics*, 3 (1), 126-132.
- Vallino, L.D., Lass, N.J., Bunnell, H.T. ve Pannbacker, M. (2008). Academic and clinical

- training in cleft palate for speech-language pathologists. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 45 (4), 371-380.
- Vax, S., Schreuer, N. ve Sachs, D. (2012). Work-related self-efficacy of occupational therapists in mental health. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19 (1), 42-48.
- Watson, A.C.H., Sell, D.A. ve Grunwell, P. (2001). *Management of cleft lip and palate*. London and Philedelphia: Whurr Publishers.
- Wehby, G.L., Collet, B., Barron, S., Romitti, P.A., Ansley, T.N. ve Speltz, M. (2014). Academic achievement of children and adolescents with oral clefts. *Pediatrics*, 133 (5), 785-792.
- Whitehill, T.L., Francis, A.L. ve Ching, C.K.-Y. (2003). Perception of place of articulation by children with cleft palate and posterior placement. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46 (2), 451-461.
- Wood, R. ve Bandura, A. (1989). Impact of conceptions of ability on self-regulatory mechanisms and complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (3), 407-15.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2011). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (8.basım). Ankara: Seçkin.
- Yin, R. (2003). *Case study research: Design and methods*. (3.bs.). London: Sage Publications.
- Zimmerman, B.J. (2000). Self-efficacy: An essential motive to learn. *Contemporary Educational Psychology*, 25 (1), 82-91.
- http-1: <https://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/cleftlip.html> (Erişim tarihi: 29.07.2020).
- http-2: <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/cleft-lip-and-palate/> (Erişim tarihi: 29.07.2020).
- http-3: <https://yhgm.saglik.gov.tr/Eklenti/39527/0/kpss-202014-bakanlik-ilanekpdf.pdf> (Erişim tarihi: 12.04.2021).

EK-1: Dil ve Konuşma Terapistlerinin Dudak Damak Yarığına (DDY) İlişkin Özyeterlik Anketi

Kişisel Bilgi Formu

Cinsiyetiniz:

Kadın () Erkek ()

En son mezuniyet dereceniz:

Lisans () Yüksek Lisans () Doktora ()

Dil ve konuşma terapisti olarak meslekteki çalışma süreniz:

1 yıldan az () 4-6 yıl () 10 yıl ve üzeri ()

1-3 yıl () 7-9 yıl ()

Görev yeriniz:

Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi ()

Özel dil ve konuşma terapisi merkezi ()

Üniversiteye bağlı merkez ()

Hastane ()

Akademi ()

Üniversite eğitiminiz esnasında (lisans-yüksek lisans-doktora) dudak damak yarıklı bireylerle klinik uygulama yaptınız mı?

Evet () Hayır ()

Mezuniyet sonrasında dudak damak yarığına ilişkin herhangi bir eğitim/seminer/konferansa katıldınız mı?

Evet () Hayır ()

Kariyeriniz boyunca dudak damak yarıklı kaç bireye müdahale sağladınız?

Hiç () 4-7 () 10 ve üzeri ()

1-3 () 7-10 ()

Dil ve Konuşma Terapistlerinin Dudak Damak Yarığına (DDY) İlişkin Özyeterlik Anketi

Genel Bilgilere İlişkin Özyeterlik Düzeyi		Çok Zayıf (1)	Zayıf (2)	Orta (3)	İyi (4)	Çok İyi (5)
1.	DDY anatomisi ve fizyolojisi					
2.	DDY embriyolojisi					
3.	DDY'nin nedenleri ve risk faktörleri					
4.	DDY'ye eşlik eden sendromlar ve bu sendromların genel özellikleri					
5.	DDY sınıflaması					
6.	Dudak ve/veya damak yarıklarının ameliyat süreci					
DDY ile İlişkili Sorunlara Yönelik Özyeterlik Düzeyi						
7.	DDY'ye eşlik eden dil sorunları					
8.	DDY'ye bağlı konuşma sorunları					
9.	DDY'ye bağlı beslenme ve yutma sorunları					
10.	DDY'ye bağlı işitme sorunları					
11.	DDY'ye bağlı diş sorunları ve ortodontik sorunlar					
12.	DDY'ye bağlı psikososyal sorunlar					
Değerlendirmeye İlişkin Özyeterlik Düzeyi						
13.	DDY'li bireylerin oral-periferel özelliklerini değerlendirme					
14.	DDY'li bireylerin alıcı dil becerilerini değerlendirme					
15.	DDY'li bireylerin ifade edici dil becerilerini değerlendirme					
16.	DDY'li bireylerde konuşma seslerinin üretimini değerlendirme					
17.	DDY'li bireylerde görülen glottal stop, farengeal stop, farengeal sürtünmeli ses üretimlerini fark etme					
18.	DDY'li bireylerde görülen glottal stop, farengeal stop, farengeal sürtünmeli ses üretimlerini transkript etme					
19.	Anatomik yapılar ile konuşma özellikleri arasında bağlantı kurma					

20.	DDY’li bireylerde görülen hataları zorunlu ve telafi edici hatalar olarak sınıflama					
21.	DDY’li bireylerin rezonans özelliklerini belirlemek için algısal ve aletsel değerlendirme yapma					
22.	Rezonans değerlendirmesi sonucunda elde edilen verileri yorumlayarak rezonans tipini belirleme					
23.	Değerlendirme sonucunda DDD ile ilgili diğer problemlerin tanı ve tedavisi için ilgili uzmanlara yönlendirme					
Müdahaleye İlişkin Özyeterlik Düzeyi						
24.	DDY’li bireylerin ailelerine beslenme ve yutmayla ilgili konularda danışmanlık yapma					
25.	DDY’li bireylerin ailelerine dil ve konuşma becerilerini destekleme konusunda danışmanlık yapma					
26.	Dil bozukluğu olan DDD’li bireylere uygun terapi planı hazırlama ve uygulama					
27.	Konuşma bozukluğu olan DDD’li bireylere uygun terapi planı hazırlama ve uygulama					
28.	Fonem spesifik nazal emisyonu olan DDD’li bireylere uygun terapi planı hazırlama ve uygulama					

Gönüllü Katılım Formu

Bu onay formu Cankuvvet, (2015) tarafından Dünya Sağlık Örgütü Araştırma Etik Değerlendirme Komitesinin anket, derinlikli görüşme ve odak grup görüşmeleri için hazırladığı şablonun uyarlanması ile geliştirilmiştir.

Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

“Türkiye’deki Dil ve Konuşma Terapistlerinin Dudak Damak Yarığına İlişkin Özyeterlik Düzeylerinin İncelenmesi” isimli yüksek lisans tezinde yer almak için davet edilen uzmanlar için hazırlanmış **bilgilendirilmiş onay formu.**

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nurdan CANKUVVET AYKUT

Yürütücü: Gamze ŞAHAN

Kurum: Anadolu Üniversitesi

Proje: Yüksek lisans tezi

Bu bilgilendirilmiş onay formu iki kısımdan oluşmaktadır. Bilgilendirme kısmında araştırma hakkında bilgiler sizinle paylaşılacaktır. Onay tasdiknamesi kısmında eğer katılmayı kabul ederseniz imzanız alınacaktır. Katılımcılara bilgilendirilmiş onay formunun tam, imzalı kopyası verilecektir.

BİRİNCİ KISIM

Giriş

Türkiye’deki dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik düzeylerini incelemeyi amaçlayan araştırma, Gamze ŞAHAN’ın Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde yürüttüğü yüksek lisans tez çalışmasıdır.

Bu formun amacı size araştırma hakkında bilgi vermek ve araştırmaya katılımcı olarak davet etmektir. Araştırmaya katılmak için kararınızı hemen vermeniz gerekmemektedir. Karar vermeden önce, araştırma hakkında konuşmak veya daha detaylı bir bilgi almak isterseniz, lütfen aşağıda belirtilen iletişim adreslerinden bana veya Dr. Öğr. Üyesi Nurdan CANKUVVET AYKUT’a başvurmadan çekinmeyiniz.

Eğer bu onay formu sizin anlamadığınız kelimeleri içeriyorsa veya aklınızda soru işaretleri bırakıyorsa, lütfen aklınızdaki soruları sormaktan çekinmeyiniz. Eğer daha sonrasında aklınıza bir soru gelirse bu soruları hem bana hem de diğer araştırmacıya sorabilirsiniz.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma Türkiye’deki dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik düzeylerini incelemeyi amaçlamaktadır.

Katılım Tipi

Araştırma kapsamında, veri toplamak amacıyla sizin de üyesi olduğunuz Dil ve konuşma terapisti meslek grubuyla bir kez olmak üzere yarı yapılandırılmış görüşme yapılacaktır. Görüşmenin 45 dakika-60 dakika sürmesi planlanmaktadır.

Katılımcıların Seçilme Ölçütleri

Araştırmaya katılımcı olarak davet edilme nedeniniz dil ve konuşma terapistliği meslek grubunun bir üyesi olmanızdır. Konuya ilişkin deneyimlerinizin ve önerilerinizin araştırmamıza ilişkin yeni bakış açıları kazandırabileceği ve dudak damak yarığı olan bireylerle çalışan dil ve konuşma terapistlerinin özyeterliklerine ilişkin görüşlerine dair derinlemesine bilgi sağlayacağı düşünülmektedir.

Gönüllü Katılım

Bu çalışmaya katılmanız tamamıyla sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmaya katılmaya karar vermenizin sizin açınızdan herhangi bir bağlayıcılığı yoktur. İstedığınız zaman araştırmanın katılımcısı olmaktan vazgeçebilirsiniz.

İşlem

Dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik düzeylerinin incelenmesi için düzenlediğimiz yarı yapılandırılmış görüşmeye katılımcı olma davetini kabul ettiğiniz takdirde size aşağıdaki sorular yöneltilecektir.

- 1) Kısaca kendinizden bahseder misiniz?
- 2) DDY’ye ilişkin genel bilgilerinizi düşündüğünüzde, bu konudaki yeterliğiniz hakkında neler söylemek istersiniz?
- 3) Sizin de bildiğiniz gibi DDY’li bireylerde pek çok alanda sorunlar ortaya çıkabilmektedir. DDY ile ilişkili bu sorunları düşündüğünüzde, bu konudaki yeterliğiniz hakkında neler söylemek istersiniz?
- 4) DDY’li bireylerin dil ve konuşma özelliklerini değerlendirme söz konusu olduğunda, bu konudaki yeterliğiniz hakkında neler söylemek istersiniz?
 - Değerlendirmeye ilişkin olarak kendinizi en yeterli bulduğunuz konular ile yeterliğinizi artırmanız gerektiğini düşündüğünüz konular nelerdir?
- 5) DDY’li bireylere dil ve konuşma müdahalesi sağlama söz konusu olduğunda, bu konudaki yeterliğiniz hakkında neler söylemek istersiniz?

- Müdahale sürecine ilişkin olarak kendinizi en yeterli bulduğunuz konular ile yeterliğinizi artırmayı gerektiğini dşndğunuz konular nelerdir?
- 6) Yeterlik dzeyinize ilişkin ifade ettiğiniz bu fikirlerinizi etkileyen faktörler nelerdir?
- 7) DDY'ye ilişkin konularda yeterliğinizi artırmak için ne tür kaynaklara başvurmayı tercih edersiniz?
- 8) Bizimle paylaşmak istediğiniz, eklemek istediğiniz başka bir şey var mı?

Yarı yapılandırılmış görüşme, araştırmanın yürütücüsü olan benim tarafından yapılacaktır. Sorular dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin zyeterlik düzeylerine dair fikirlerini almak ve deneyimlerinden faydalanmak için hazırlanmıştır. Görüşme sırasında kişisel inançlarınız, mesleki pratikleriniz ve paylaşmaktan rahatsız olabileceğiniz bilgiler sorgulanmayacaktır. Görüşme sizinle birlikte belirlediğimiz uygun yer ve zamanda gerçekleştirilecektir. Görüşmeye katılımcı ve araştırmacı hariç başka herhangi biri dahil olmayacaktır.

Tüm görüşme video ve ses kayıt altına alınacaktır. Kayıtlar araştırmanın bitimine kadar saklanacaktır. Kayıtlar araştırmacı tarafından harddiske kopyalanacaktır. Orijinal ve kopya kayıtlar araştırmacı tarafından saklanacaktır. Kayıtların gizliliği ve güvenirliği araştırmacının sorumluluğundadır. Kayıtlar araştırmacı, araştırmanın danışmanı ve geçerlilik komitesindeki üyeler dışında gizli tutulacaktır.

Süre

Araştırmanın devam süresi için 4 ay planlanmıştır. Bu süre içinde yarı yapılandırılmış görüşme bir kez düzenlenecektir. Yarı yapılandırılmış görüşmesinin zamanı ortalama 45-60 dakika olarak planlanmıştır.

Riskler

Görüşmelerde sizlere özel, dini ve kişisel yaşamlarınıza ilişkin herhangi bir soru yer almamaktadır. Ancak sorulan sorular sizi bir biçimde rahatsız ederse bize herhangi bir açıklama yapmadan sorulara cevap vermeme veya katılımcı olmaktan vazgeçme hakkınızı kullanmanızda herhangi bir sakınca bulunmamaktadır.

Faydalar

Araştırmanın size yönelik bir faydası bulunmamaktadır. Katılımınız dil ve konuşma terapistlerinin dudak damaklı bireyleri değerlendirme ve bu bireylere müdahale sağlama sürecine ilişkin katkı sunulmasına ve önerilerde bulunulmasına yardımcı olacaktır.

Masraflar

Katılımcılara herhangi bir teşvik primi veya ücret ödenmeyecektir. Katılımcılardan talep geldiğinde katılımcıların görüşme yerine gelmek için harcadıkları yol ücretleri araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

Gizlilik

Araştırma dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik düzeylerini incelemeyi amaçlamaktadır. Elde edilen bilgiler araştırmanın yürütücüsü, danışman ve geçerlilik komite üyeleri dışında herhangi biriyle paylaşılmayacaktır. Buna rağmen bu durum gerçekleştiğinde araştırmacının bunu engelleme veya durdurma gibi bir imkanı olmadığından araştırmacı sorumlu olmayacaktır. Araştırmaya katılan tüm katılımcıların isimleri gizli kalacaktır. Gerçek isimleri çağrıştırmayacak şekilde tüm katılımcılara kod isimler verilecektir. Araştırma sonucunda elde edilen veriler gizlilik yöntemi kullanılarak korunacak ve beş yıl süre ile araştırmacı tarafından arşivlenecek sonrasında bu veriler imha edilecektir.

Bulguların paylaşılması

Görüşmeler sırasında ifade edilen hiçbir bilgi, araştırma ekibi dışında herhangi biriyle paylaşılmayacaktır. Sizden elde edilen bilgiler araştırmanın bulgularının raporlaştırılması aşamasında kullanılacaktır. Ancak araştırmanın raporlaştırılması sırasında görüşmeler sırasında söylediğiniz belli bazı cümleler veri olarak kullanılacaktır. Her katılımcı araştırmanın bulgularını edinme hakkına sahiptir.

Red etme veya geri çekilme hakkı

Görüşme, araştırmaya katılımcı olmayı kabul eden katılımcının uygun bir zamanında gerçekleştirilecektir. Görüşmelerin sizin iş saatlerinizde olmamasına dikkat edilecektir. Görüşme devam ederken veya size vaat edilen süreyi geçtiğinde istediğiniz zaman herhangi bir açıklama yapmadan araştırmadan çekilme hakkınız sahiptir. Görüşmeler sırasında görüş bildirdiğiniz bir konunun sonrasında çıkarılmasını veya araştırma için kullanılmamasını isterseniz, bu arzuza istinaden istediğiniz kısımlar araştırmadan çıkarılacaktır.

İletişim

Herhangi bir sorunuz varsa bunu şimdi de sorabilirsiniz. Sonraki zamanlarda sorularınız olduğunda aşağıdaki iletişim bilgileriyle bana ulaşmaktan lütfen çekinmeyiniz.

Adres:

E-mail:

Bu öneri katılımcıları herhangi bir zarar görmekten korumak için tez danışmanı tarafından gözden geçirilmiş ve onaylanmıştır. Bilgilendirilmiş onay formu hakkında daha fazla bilgi almak isterseniz, Dr. Öğr. Üyesi Nurdan CANKUVVET AYKUT’la iletişime geçebilirsiniz.

Adres:

E-mail:

Bu bilgilendirmiş onay formu aynı zamanda bu gibi çalışmalarını destekleyen Dünya Sağlık Örgütü Etik Değerlendirme Komitesi tarafından gözden geçirilmiş, önerilen kalıp üzerinden hazırlanmıştır.



İKİNCİ KISIM

Onay Sertifikası

Dil ve konuşma terapisti olarak dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik düzeyim hakkında görüşlerimi paylaşmak için araştırmaya davet edildim. Bilgileri okudum. Soru sorma hakkı bana sunuldu ve sorduğum sorulara verilen cevaplar beni tatmin etti. Bu çalışmaya katılmaya gönüllü olduğuma dair onay veririm.

Katılımcının Adı:

İmzası:

Tarih:

Bu onay formunun bir kopyası katılımcıya verilmiştir.

Onayı alan araştırmacının adı soyadı: Gamze ŞAHAN

İmzası:

Tarih:

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Gamze ŞAHAN

ORCID-ID :

Yabancı Dil :

Doğum Yeri ve Yılı :

E-Posta :

Eğitim Geçmişi:

☐☐

Mesleki Geçmişi:

☐☐