



Kapadokya Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

**DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ALAN ÇOCUKLARIN
AİLELERİNİN TELE-TERAPİ HİZMETLERİNE BAKIŞ
AÇILARININ İNCELENMESİ**

Nur Berfin APARI

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir, 2023

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ALAN ÇOCUKLARIN AİLELERİNİN
TELETERAPİ HİZMETİNE BAKIŞ AÇILARININ İNCELENMESİ

Nur Berfin APARI

Kapadokya Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü
Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir, 2023

TEŞEKKÜRLER

Tez sürecim boyunca yanımda olan danışmanım Prof. Dr. Mahmut Özkırış’a,
Zorluklarla baş etmeyi, sabrı ve merhameti bana öğreten canlarım sevgili annem
Şükran Aparı ve babam Yahya Aparı’ya,
Bana bir abla ve kardeşten öte dost ve sırdaş olan sevgili Firdevs Aparı ve Bürde
Aparı ’ya ve biricik meleğim Eslemkuşum’a,
Her konuda destekleriyle yanımda olan biricik arkadaşlarım; Funda Durdakal,
Busenur Narmanlı ve Betül Uzuner’e,
Canım arkadaşlarım; Kübra Şen ve Zeynep Karataş’a,
Başladığımız günden bitirdiğimiz sürece kadar tüm heyecanımızı birlikte
paylaştığımız yol arkadaşım Beril Durmaz’a,
Lisans ve yüksek lisans öğrenimim boyunca bana bildiğim her şeyi öğreten,
yardımlarını esirgemeyen, can hocalarım Dr. Gülce Alev Savtak, Dr. Aşena Karamete ve
Uzm. Işıl Özdemir’e,
Sevgili iş arkadaşlarım; Ayşegül Sarı, Birce Zorlutuna ve Hande Göktan İlgar’a,
Hayatımı her anda anlamlı kılan, düştüğümde kaldıran, yükümü hafifleten,
içtenliği, enerjisi ve sevgisi ile tamamen değiştiren sevgili Muhammed Emin Emrak’a,
Araştırmaya katılmayı kabul ederek değerli vakitlerini ayıran ve bana güvenerek
sorularımı içtenlikle cevaplayan değerli katılımcılara,
Hayatımda olan ve beni bugünkü halime getiren herkese,
Sonsuz destekleri, anlayışları ve sevgileri için teşekkür ederim...

ÖZET

APARI Nur Berfin, *Dil ve Konuşma Terapisi Alan Çocukların Ailelerinin Tele-terapi Hizmetine Bakış Açılarının İncelenmesi*, Yüksek Lisnas Tezi, Nevşehir, 2023.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 11 Mart 2020 tarihi itibari ile tüm dünyada pandemi ilan etmiştir. Pandemi ile birlikte birçok sektörde online sistemlere geçiş yapılmıştır. Türkiye’de birçok kurum ve kuruluşlarda bu duruma ve çağa ayak uydurmuştur. Bu durumlardan en çok özel gereksinime ihtiyaç duyan çocuklar etkilenmiştir ancak kurulan bu yeni düzenden aktif bir şekilde yararlanamamışlardır. Bireysel eğitimlerde ise (Özel eğitim, Dil ve konuşma terapisi vb.) özel gereksinimli çocukların yanlarında bir desteğe ihtiyaçları her zaman vardır. Bu noktada ebeveynler aktif bir rol almaktadır. Alanyazında ebeveynlerin tele-terapiye bakış açılarına yönelik kısıtlı çalışma bulunmaktadır. Bu sebeple bu araştırmada Türkiye’ de dil ve konuşma terapisi alan çocukların ebeveynlerinin tele-terapi hizmetine bakış açıları değerlendirilmiştir. Araştırmada; araştırmacı tarafından hazırlanmış olan “Dil ve Konuşma Terapisi Alan Çocukların Ailelerinin Tele-terapi Hizmetine Bakış Açıları Anketi” kullanılmıştır. Araştırmanın asıl amacı ise, Türkiye’ de dil ve konuşma terapisinde tele-terapiye bakış açılarının ebeveynler tarafından değerlendirilmesidir.

Çalışmada 102 ebeveyne veri toplama aracı olarak 5 bölümden oluşan 23 soruluk bir anket uygulanmıştır. Araştırmada toplanan veriler IBM SPSS 25.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Aktif olarak dil ve konuşma terapisi alan çocukların ebeveynlerinin aldıkları terapi ve tele-terapi uygulamalarına ilişkin görüşlerini belirttikleri maddeler hem çocuğun hem de ebeveynin demografik özellik ve deneyimleri ile çaprazlanarak analiz edilmiştir. Ele alınan maddeler grup özellikleri bağlamında yüzde ve frekans olarak betimlenmiş ve karşılaştırma analizlerinde ki-kare testleri kullanılmıştır. Araştırmanın bulgularına göre; ebeveynlerin çoğunluğunun tele-terapi hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı ve bu sebeple tele-terapiyi kullanmaya yönelik düşüncelerinin çoğunlukla kararsız olduğu ancak buna rağmen katılımcıların birçoğunun tele-terapiye karşı bakış açılarının olumlu olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Tele-terapi, Dil ve Konuşma Terapisi, Ebeveyn rolü.

ABSTRACT

APARI Nur Berfin, *Analyse of the Perspectives of the Families of Children Receiving Speech and Language Therapy on Tele-therapy Services*, Master's Thesis, Nevşehir, 2023.

The World Health History Organization (WHO) declared a worldwide pandemic as of March 11, 2020. Along with the pandemic, many sectors have transitioned to online systems. Many institutions and organizations in Turkey have done the same by keeping up with this situation and age. Children with special needs were most affected by this situation, but they could not actively benefit from it. In individual trainings (Special education, Language and therapy speaking, etc.), children with special needs always need a support with them. At this point, parents take an active role. There are limited studies in the literature on parents' perspectives on teletherapy. Fort his reason, in this study, the perspectives of parents whose children receiving speech and language therapy in Turkey, on teletherapy service were evaluated. In the research; The Perspectives Questionnaire of the Families of Language and Speech Therapy Children, which was prepared by the researcher, was used. The main purpose of the research is to evaluate the perspectives of teletherapy in speech and language therapy by parents in Turkey.

In the study, a questionnaire of 23 questions consisting of 5 elements was used as a data collection tool for 102 parents. The data collected in the research were analyzed using the IBM SPSS 25.0 package program. Items in which parents of children who actively receive speech and language therapy express their views on the therapy and teletherapy practices they receive, were analyzed by crossing them with the demographic characteristics and experiences of both the child and the parent. The group characteristics of the items were described as perception and frequency, and the chi-square test was used in comparative analysis. According to the findings of the research; that most of the parents do not have enough knowledge about tele-therapy and therefore their thoughts on using tele-therapy are mostly undecided; however, it was seen that most of the participants had a positive perspective towards teletherapy.

Keywords: Teletherapy, Speech Language and Therapy, Parent role.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜRLER	vi
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
İÇİNDEKİLER	x
KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
TABLolar DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. DİL VE KONUŞMA TERAPİSTİ TANIMI	4
2.2. TELE-TERAPİ TANIMI	4
2.3. BOZUKLUKLARIN TANIMI	5
2.3.1 Akıcılık Bozuklukları	5
2.3.1.1. Kekemelik.....	5
2.3.2 Konuşma Sesi Bozuklukları (Artikülasyon Bozuklukları)	5
2.3.3. Motor Konuşma Bozuklukları Görülebilecek Tanı Grupları.....	6
2.3.3.1 Apraksi.....	6
2.3.3.2 Serebral Palsi	6
2.3.3.3 Dizatri.....	7
2.3.4 Gelişimsel Dil Bozuklukları Görülebilecek Tanı Grupları.....	7

2.3.4.1. Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB).....	7
2.3.4.2. Down Sendromu	7
2.3.5. Gecikmiş Dil ve Konuşma.....	8
2.3.6. Dudak Damak Yarıklığı.....	8
2.4. DİL VE KONUŞMA BOZUKLUKLARI ALANINDA TELE-TERAPİ	9
2.5. TELE-TERAPİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ	12
2.5.1 Eşzamanlı/Senkronizelik	12
2.5.2 Ulaşım/Eşitlik	12
2.5.3 Ekonomik.....	13
2.5.4. Teknoloji.....	13
2.6. TELE-TERAPİ'DE ROLLER VE SORUMLULUKLAR	14
2.7. TELE-TERAPİ'DE E-YARDIMCILIK.....	14
2.8. TELE-TERAPİ ALANINDA DİL VE KONUŞMA TERAPİSİNİN AVANTAJ VE DEZAVANTAJLARI.....	15
3. YÖNTEM	17
3.1 ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	17
3.2. KATILIMCILAR	17
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	19
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI.....	20
3.5. VERİLERİN ANALİZİ.....	20
4. BULGULAR.....	22
4.1. ANKET MADDELERİNİN BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLERİ.....	22
4.2. KARŞILAŞTIRMA ANALİZLERİ.....	32
5. TARTIŞMA.....	39
6. SONUÇ	45

6.1 ÖNERİLER	46
KAYNAKÇA.....	47
EK 1. ORJİNALLİK RAPORU	57
EK 2. ETİK KURUL İZİN FORMU.....	58
EK 3. DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ALAN ÇOCUKLARIN AİLELERİNİN TELE-TERAPİ HİZMETİNE BAKIŞ AÇILARI ANKETİ.....	58

KISALTMALAR DİZİNİ

DKT	: Dil ve Konuşma Terapisti
KSB	: Konuşma Sesi Bozukluğu
ÇÇKA	: Çocukluk Çağı Konuşma Apraksisi
MS	: Multiple Skleroz
DDY	: Dudak Damak Yarığı
NKYB	: Nörolojik Kökenli Yutma Bozukluğu
SPSS	: Statistical Program in Social Sciences

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler.....	18
Tablo 2. Çocuğa İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	23
Tablo 3. Alınan Dil ve Konuşma Terapisi Hizmetine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler ..	25
Tablo 4. Ebeveynlerin Tele-terapiye İlişkin Görüşlerinin Tanımlayıcı İstatistikleri-1...	26
Tablo 5. Ebeveynlerin Tele-terapiye İlişkin Görüşlerinin Tanımlayıcı İstatistikleri-2...	27
Tablo 6. Tele-terapinin Avantaj ve Dezavantajlarının Toplam Temsil Oranları	28
Tablo 7. Katılımcılara Göre Tele-terapinin Avantajlarının Tanımlayıcı İstatistikleri	30
Tablo 8. Katılımcılara Göre Tele-terapinin Dezavantajlarının Tanımlayıcı İstatistikleri-1	31
Tablo 9. Katılımcılara Göre Tele-terapinin Dezavantajlarının Tanımlayıcı İstatistikleri-2	32
Tablo 10. Karşılaştırma Maddesi 1’e İlişkin Analiz Sonuçları.....	33
Tablo 11. Karşılaştırma Maddesi 2’ye İlişkin Analiz Sonuçları.....	34
Tablo 12. Karşılaştırma Maddesi 3’e İlişkin Analiz Sonuçları.....	35

1. GİRİŞ

31 Aralık 2019 tarihinde Çin'in Wuhan şehrinde ortaya çıkan SARS-CoV-2 virüsünün sebep olduğu COVID-19 salgını korona virüslerin sebep olduğu ilk pandemi olarak tarihe geçmiştir. Koronavirüs hastalığı (COVID-19), yeni tanımlanan β -koronavirüs SARS-CoV-2 virüsünün neden olduğu akut bir solunum hastalığıdır (Jin vd, 2020:12). 11 Mart 2020 tarihinde ise Dünya Sağlık Örgütü (WHO) COVID-19'u küresel bir pandemi olarak ilan etmiştir (WHO, 2020).

Pandeminin ilanı ile birlikte sağlık hizmetlerine birçok yeni önlemler getirilerek düzenlemeler yapılmıştır. Alınan önlemler kişiler arası iletişimde de sınırlılıklar meydana getirmiş, özel gereksinimli çocukların ve ebeveynlerinin yaşadığı zorlukları şiddetlendirmiştir.

Özel gereksinimli çocukların eğitimlerinde ailelerinin anahtar rol oynadığı çalışmacı tarafından belirtilmiş ve yurt dışında 1960'lı yıllardan sonra aile odaklı eğitim programları düzenlenmiştir (Birkan, 2002). Tipik gelişim gösteren çocuklara nazaran gelişimlerinde farklılık gösteren özel gereksinimli çocuklarda ebeveynler kilit rol oynamaktadır. Bu noktada özel gereksinimli çocuklarla çalışan eğitimciler aileler ile sürekli iletişim halindedir. Aynı şekilde bu çocuklar ile çalışan dil ve konuşma terapistleri (DKT) de aileleri terapilerin süreçlerine dahil etmektedirler.

Dil ve konuşma terapisi hizmetleri yüksek ölçüde yüz yüze verilmek ile birlikte, danışanların hizmete erişim kısıtlılıklarına bağlı olarak son yıllarda tele-terapi hizmetleri açığa çıkmıştır(ASHA, 2002). Dil ve konuşma terapistliği alanyazında, birçok bozukluk tipinde tele-terapi uygulama ve araştırmalarının yapıldığı görülmektedir (Mashima ve Doarn, 2008).

Son birkaç yıldır konuşma, dil ve konuşma bozukluklarında tele-sağlık uygulamaları hakkında yapılan araştırmaların sayısı artmıştır ve artmaya devam etmektedir. Tele-terapi alanında en fazla çalışmanın yapıldığı ülkeler Amerika Birleşik Devletleri ve Avustralya'dır. Bu iki ülkenin nüfusunun geniş bir coğrafyaya yayılmış

olması tele-sağlık hizmetlerini önemli bir noktaya taşımaktadır (Molini-Avejonas ve ark., 2015). Mohan ve ark., 2017 yılında yaptıkları bir çalışmalarında dil ve konuşma terapisinde tele-pratik kullanımı araştırmışlardır. Toplamda 20 dil ve konuşma terapisti ile yapılan anket çalışmasında terapistlerin %12,19'u klinik hizmetler sunmak için tele-terapi kullandıklarını dile getirmişlerdir. Üstüne düşülen bir başka çalışmada tele-terapi teknolojisinin yüksek lisans programlarındaki durumunu incelemiştir. Çalışmanın neticesinde bireylerin birçoğunun tele-terapiye yönelik bilgiyi, teknolojiyi ve kullanım şeklini öğrenmeye olumlu baktıkları görülmüştür (Constantine, 2015). Tucker (2012) bir araştırmasında tele-terapinin, iletişim güçlüğü olan bireylerin hizmet alabilmesi için DKT'lerin sahadaki eksikliğini giderme potansiyeli olduğundan bahsetmektedir. ASHA onaylı dil ve konuşma terapistlerinin çoğunluğu eğitim merkezlerinde çalıştığından ve okullardaki iletişimsel güçlüğü olan pediatrik grubun varlığı artmaya devam ettiğinden eğitim ortamlarında tele-terapi kullanım araştırmaları oldukça önemli ve gerekli hale gelmiştir. Okul ortamlarındaki tele-terapi kullanımıyla ilgili dil ve konuşma terapistlerinin görüşlerinin rapor edildiği bir çalışmada tele-terapi hizmetleriyle ilgili dört temel tema ortaya çıkmıştır. Bunlar; dezavantajlar-avantajlar, tele-terapi kullanımı, tele-terapi uygunluk koşulları ve tele-terapi profesyonel konularını çözümlmek için önerilerdir.

1990 ve 2000'li yıllarda tele-terapinin potansiyel etkisini tanımlayan devlet kurumları, silahlı kuvvetler, özel sanayi, kâr amacı güden ve gütmeyen sağlık kurumları ve üniversiteler tele-terapi desteğini ve yapılan ilgili çalışmalarını yoğunlaştırmıştır. Bununla beraber geniş banttaki internet bağlantılarının hızla çoğalması, pahalı olmayan bilgisayar teknolojileri (laptop, masa üstü bilgisayarlar, akıllı telefonlar) ve online yazılım ve tele-konferans web-sitelerinin mevcut olması (Skype, Google Talk, Facetime ve benzerleri) gerçek zamanlı video konferansın yapılmasını mümkün kılmakta, geniş çapta kullanılabilir hale getirmekte ve hatta taşınabilir olmasını sağlamaktadır (Houston ve ark., 2012).

Danışanın kişisel özelliklerine göre tele-terapinin verimliliği farklılık gösterebilmektedir. DKT'lere tele-terapi hakkında ön eğitimler verilmesi ve hatta tele-terapinin dil ve konuşma terapisti lisans/yüksek lisans programlarında ders olarak yer verilmesinin daha verimli ve etkili bir terapi sürecine katkı sağlayabileceği

öngörülmektedir. Alanyazında tele-terapi ile ilgili daha fazla araştırma yapılmasının dil ve konuşma terapisi alanına her anlamda olumlu bir kazanç sağlayabileceği düşünülmektedir. Yüzyüze ve online terapinin avantajları ve dezavantajları ayrı ayrı incelenmelidir.

Alanyazındaki araştırmalar, özel gereksinimli çocukların tüm bozukluklarda dil ve konuşma alanında tele-terapi açısından uygun olup olmadığını, karşılaştıkları sorunlarda ebeveynlerin iş birliklerini ve terapi süresince etkilerinin önemini belirtmelerine rağmen, tele-terapide ebeveynlerin bakış açılarına ilişkin araştırmaları kapsamamaktadır. Bu durum hakkındaki araştırmalar literatürde oldukça kısıtlıdır. Özel gereksinimli çocuklarda kullanılan müdahalelerde var olan durumu ortaya çıkarmak ve bu durumların tele-terapi ile yapılan seanslarda etkilerini ölçmek; tele-terapi ile terapi süreçlerinin yönetilmesi dahilinde ebeveynlerin sorumlulukları hakkındaki bilgilere sahip olup olmadıklarını görmek; tele-terapi hakkında bilgilenmelerini sağlamak; ebeveynlerin kendi çocuklarının tele-terapiye uygun olup olmadığını fark ettirmek; tele-terapi sürecinde ebeveynlerin kendi sorumluluklarını nasıl algıladıklarını bilmek; ebeveynlerin telerepiye bakış açılarını anlamaya yardımcı olacaktır. Dolayısıyla bu çalışmada dil ve konuşma terapisi alan çocukların ebeveynlerinin ne gibi zorluklar yaşadığını ve ebeveynlerinin tele-terapiye olan yaklaşımlarının neler olduğu hakkında araştırmalar yapılmıştır. Kullanılacak olan ankette tele-terapi konusunda ebeveynlerin yaklaşımları incelenmiş, Türkiye’de dil ve konuşma terapisi alan çocukların ebeveynlerinin tele-terapi uygulamalarına bakış açıları değerlendirilmiştir. Araştırma süresince hemen aşağıda yer alan sorular için cevaplar aranmıştır:

1. Dil ve konuşma terapisi alan çocukların ebeveynlerine tele-terapi konusunda yeterli bilgiye sahip midir?
2. Türkiye’deki ebeveynler tele-terapi hakkında ne düşünmektedir?
3. Hangi bozukluk tiplerinde tele-terapi hizmetleri daha çok tercih edilmektedir?
4. Tele-terapi hizmetlerinde ebeveynlerin beklentileri nelerdir?
5. Ebeveynlerin tele-terapi süreçlerinde karşılaşılabilecekleri zorluklar nelerdir?
6. Ebeveynlerin tele-terapi süreçlerinde karşılaşılabilecekleri kolaylıklar nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DİL VE KONUŞMA TERAPİSTİ TANIMI

Dil ve konuşma terapisti (DKT), insan iletişimi ile ilgili bozuklukluların belirlenmesi, önüne geçilmesi, değerlendirme, müdahale ve bilimsel araştırmalarından sorumlu sağlık-meslek personelidir. İnsan iletişimi, konuşma ve yazma ile ifade edilen dilin üretilmesi ve algılanmasına ek olarak sözel olmayan dil becerilerini de kapsar (Topbaş S, 2002). DKT ‘nin ilgilendiği alanlar olan konuşma sesi bozuklukları (KSB), gecikmiş dil/konuşma (GDK), afazi, kekemelik ve hızlı bozuk konuşma (akıcılık bozuklukları), gelişimsel dil bozuklukları, yutma bozuklukları, ses bozuklukları, motor konuşma bozuklukları (MKB), dudak damak yarıklığı (DDY) gibi problemlere dayalı dil ve konuşma problemleri ve işitme engeline bağlı dil ve konuşma bozuklukları gibi durumlarda her yaştan bireyle dil ve konuşma terapisi gerçekleştirebilir (Duru H, Akgün EG, Maviş İ, 2018).

2.2. TELE-TERAPİ TANIMI

Tele-terapi, dil ve konuşma terapistlerinin danışanlara uzaklık, klinisyen eksikliği, hareket kısıtlılıkları olan hastaların klinisyenlere ulaşamaması gibi engelleri aşmak amacıyla kullanılan bir hizmettir (ASHA, 2005).

ASHA tele-tıp veya tele-sağlık yerine tele-pratik terimini kullanmayı seçmektedir. Bunun sebebi toplumda bu hizmetin yalnızca sağlık hizmetlerinde kullanıldığının düşünülmesinin önüne geçmektir. Bu terimlerin hepsi tele-rehabilitasyonun alt başlıklarıdır. Tele-rehabilitasyonun alt başlıkları arasında tele-konuşma ve tele-terapi de yer almaktadır. Türkiye’de DKTD derneğine göre (2020) tele-terapi teriminin kullanımı tercih edilmektedir.

2.3. BOZUKLUKLARIN TANIMI

2.3.1 Akıcılık Bozuklukları

2.3.1.1. Kekemelik

Kekemelik çoğunlukla erken dönemden itibaren başlayıp yetişkinlik dönemine kadar devam edebilen bir iletişim bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Bu bozukluk kişiyi sözel iletişimini kurmada, sosyal hayata katılımında, akademik ve/veya mesleki performanslarını göstermede yaşantısını kısıtlamaktadır (ASHA, 2005, DSM-5).

2.3.1.2 Hızlı Bozuk Konuşma

Hızlı bozuk konuşmayı St. Louis (1992), kekemelik olmayan normal dışı akıcılık, hızlı ve düzensiz konuşma hızı ile karakterize konuşma/dil bozukluğu olarak tanımlamıştır. Weiss'in (1964) bütüncül tanımı ise; “Hızlı bozuk konuşma, kişinin bozukluğunun farkında olmadığı, kısa dikkat süresi, algılama, konuşmanın formülasyonu ve artikülasyonunda zorlukların olduğu, genellikle konuşma hızı ile karakterize edilen konuşma bozukluğudur. Konuşmaya hazırlık niteliğindeki düşünce süreçlerinin bozukluğudur ve kalıtsal bir eğilime dayalıdır. Hızlı bozuk konuşma, tüm iletişim kanallarını (örneğin, okuma, yazma, ritim ve müzikalite) ve genel olarak davranışı etkileyen merkezi dil dengesizliğinin sözlü tezahürüdür” şeklindedir (akt. Ward, 2006).

2.3.2 Konuşma Sesi Bozuklukları (Artikülasyon Bozuklukları)

Konuşma seslerinin oynak olan ve olmayan yapılar aracılığıyla üretilip, oral kavitede sesin şekillenmesine ve daha sonra ağızdan üretim olarak çıkmasına artikülasyon denir. Alt ve üst dudak, damakların her ikisi de (set ve yumuşak damak), dil ve dişler artikülasyon araçlarıdır (Topbaş, 2001). Artikülasyon ve fonolojik bozukluklar belirli kelime seslerini düzgün bir şekilde oluşturamamadır. Bu dil ve konuşma bozukluğuna sahip bir kişi, kelimelere yeni sesler ekleyerek, hecelerin yerlerini değiştirerek ve/veya yeni bir kelime üretmektedir. Bu gruptaki bireylerde, ayrıca fonetik problem de olabileceği bilinmektedir. Artikülasyon bozukluğu, dil ve konuşma sorunu yaşayan

çocukların yaklaşık %12'sinde; fonolojik bozukluklar ise dil ve konuşma sorunu yaşayan çocukların ise yaklaşık olarak %55'inde gözlemlenmektedir. Bu da konuşma seslerinin motor üretiminde ve algılanmasındaki sorunlara sebep olur. Konuşma sesleri, eğer dildeki seslerin yapısını etkilemişse artikülasyon bozukluğundan; eğer konuşma seslerinin yapısını etkilemişse fonolojik bozukluklardan bahsedilmektedir (Pehlivan, 2021).

2.3.3. Motor Konuşma Bozuklukları Görülebilecek Tanı Grupları

2.3.3.1 Apraksi

Leiguarda ve Marsden; Apraksiyi, motor-duyusal sistemler, anlama, kooperasyon ve koordinasyon sağlam olmak kaidesiyle öğrenilmiş ve beceri gerektiren işlerin yapılamaması olarak tanımlamaktadır (2000).

Shriberg vd. (1997, s. 274), Çocukluk Çağı Konuşma Apraksisinde (ÇÇKA) gözlenen hataların gecikmiş dil konuşmada (GDK'da) gözlenen hatalardan farklı olduğunu; edinilmiş konuşma apraksisi olan bireylerin ise hatalarına benzerlik gösterdiğini dile getirmişlerdir. Ayrıca tanı göstergesinin olmayışına da dikkat çekmişlerdir. Motor planlamanın göstergesi olarak oldukça karşılaşılan konuşma özelliklerinin incelenebileceği düşünülmektedir. Bu özelliklerin tanımları, literatürde değişiklik göstermekte, belli başlı artikülatör özelliklerinden, prozodik özelliklerden ve aynı zamanda bağlamın performans üzerindeki etkisinden çokça söz edilmektedir. ÇÇKA'sı olan çocukların bu var olan davranışların tümünü yapmaları beklenmemektedir (Yorkston, 1999).

2.3.3.2 Serebral Palsi

Serebral Palsi (SP); fetüs iken (fetal dönemde) veya doğumdan sonraki çocukluk dönemlerinde gelişimini tamamlayamamış, bireyin beyinde bir hasar oluşması sebebiyle motor gelişiminde kalıcı bozukluklar (hareket ve vücut postüründeki zorluklar) ile tanımlanan, birçok bozukluğun birlikte görüldüğü bir hastalıktır (Yates H,2014). SP hastalığına sahip çocukların kaba motor problemlerinin yanında oral motor eksikliklerde onlara eşlik edebilir. Bunların birkaçı emme ve yutma bozukluklarında zorluklar, buna

bağlı olarak salya akıtma problemleri, konuşmada bozukluklar ve çiğnemede yaşanan oral motor problemlere örnekler olarak gösterilebilir. (Elbasan B, 2017)

2.3.3.3 Dizartri

Dizartri, konuşma üretiminin nefes alma, seslendirme, rezonans, artikülasyon veya prozodik yönleri için gerekli motor hareketlerin gücü, hızı, aralığı, kararlılığı, tonu veya bunlar doğrultusundaki anormallikler ile karakterize edilen nörojenik konuşma bozukluğunu tanımlar. Bu anormallikler, kastaki zayıflık veya felç, koordinasyonsuzluk, istemsiz hareketler veya aşırı azalmış veya değişken kas tonusu dahil olmak üzere bir veya daha çok sensorimotor problemlerdeng kaynaklanır (Duffy, 2013).

2.3.4 Gelişimsel Dil Bozuklukları Görülebilecek Tanı Grupları

2.3.4.1. Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), sosyal iletişim ve sosyal etkileşimdeki eksiklikler ve aynı zamanda kısıtlı, tekrarlayıcı davranışların varlığı ile karakterize edilen nörogelişimsel bir bozukluktur. Sosyal iletişim eksiklikleri çeşitli şekillerde ortaya çıkar. Ortak dikkat ve sosyal karşılıklılıktaki bozuklukların yanı sıra sosyal etkileşim için sözlü olan ve sözsüz olan iletişim davranışlarını kullanma zorluklarını içerebilmektedir. Kısıtlı, tekrarlayıcı davranışlar, ilgiler veya faaliyetler basmakalıp, tekrarlayıcı konuşma (ekolali) ve yine tekrarlayıcı motor hareket veya nesnelerin kullanımı ile kendini gösterir. Rutinlere esnek olmayan bağlılık, sınırlı ilgi alanları ve duyuşal girdiye karşı aşırı ihtiyaç veya hassasiyet söz konusu olabilmektedir (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013).

2.3.4.2. Down Sendromu

Down Sendromu (DS), kromozom çiftinin mayoz bölünmesi esnasında 21. çift kromozomun ayrılmayarak iki tane olması gereken noktada üç tane olması sebebi ile 47 kromozomlu bir bireyin oluşmasıdır (Kozma, 2013). DS bir çeşit hastalık değildir. Tedavisi bulunmamaktadır ve doğuştan süregelen kalıtsal bir farklılıktır (Üstündağ,

1994). Genetik sebep ile ortaya çıkan bu durum ile zihinsel yetersizliğe sahip Down Sendromlu bebeklerin doğum oranı, dünya genelinde yaklaşık 700-800 canlı doğumda bir gözlemlenmektedir (Tüysüz ve diğerleri, 2011).

2.3.5. Gecikmiş Dil ve Konuşma

Gecikmiş Dil ve Konuşma (GDK) tek dile sahip çocukların arasındaki belirti ve bulguları çoğunlukla ebeveyn dönütlerinin ölçümlerine dayanır. GDK için yaygın olarak kullanılan ölçüt; çocuğun 24 aylıkken 50'den daha az kelimedenden oluşan ve kii kelime düzeyi kombinasyonu var olmayan ifade edici kelime dağarcığı olarak belirtilmiştir (Rescorla, 1989).

Çocukların dil edinimi süreçlerinde; sözel olmayan iletişim becerileri ve alıcı dil becerileri tipik gelişim gösteren akranlarıyla aynı şekilde ilerlemesine rağmen, ifade edici dil becerilerinde zayıflık olan bu çocuklar, gecikmiş dil-konuşması olanlar (GDK) şeklinde tanımlanmaktadır (Ölmez, 2010) Bir başka deyişle, diğer çocuklarda normal seyreden duyuşal-motor, sözsüz iletişim becerileri ve bilişsel süreçlerde akranlarıyla denk performansı göstermelerine rağmen; ifade edici dil becerilerinde gecikme ortaya çıkmaktadır (Paul ve ark. 1991).

2.3.6. Dudak Damak Yarıklığı

Dudak damak yarıklığı; yarık dudak ve yarık damak olmak üzere, atipik embriyolojik gelişimin neden olduğu konjenital yapısal anomaliler olarak tanımlanmaktadır. Kraniyofasiyal farklılıklar, gelişmekte olan embriyo veya fetüsün 4. ve 10. haftaları arasında embriyolojik büyümesinin kesintiye uğramasının bir sonucu olarak görülmektedir (Peterson-Falzone, Hardin-Jones, & Karnell, 2010).

Yarıklar, alakalı yapılara (dudak, alveol, sert damak ve yumuşak damak), lateraliteye (tek taraflı (sol veya sağ) veya iki taraflı) ve ciddiyete (ilgili yapıların genişliği ve kapsamı) göre tanımlanır. Yarıklar izole edilebilir (yalnızca yarık

dudak veya yalnızca yarık damak) veya kombinasyon halinde oluşabilirler. Tek taraflı veya çift taraflı olabilirler ya da tam veya eksik olabilirler (ASHA, 2018).

Yarık ile ilişkili belirti ve semptomlar, tip ve şiddet ve hem dudak hem de damak dahil olmak üzere çeşitli faktörlere bağlıdır. Dudak damak yarığı olan kişiler rezonans ve hava akışı, artikülasyon zorlukları, telafi hataları, öğrenilmiş nazal emisyon, gelişimsel konuşma hataları, konuşma ve dil özellikleri, ses, beslenme ve yutma gibi sıralanan alanlardan bir veya birkaçında zorluk yaşayabilirler.

2.4. DİL VE KONUŞMA BOZUKLUKLARI ALANINDA TELE-TERAPİ

Dil ve konuşma terapistleri; dil, motor konuşma, yutma ve ses bozukluklarının tanılama ve sağaltım hizmetlerini sağlamak için çevrimiçi video konferans platformları, sesli görüşme ve diğer özel telekomünikasyon sistemleri aracılığıyla hizmet sunumu gerçekleştirebilmektedirler. Telekomünikasyon teknolojisini kullanarak dil ve konuşma terapisti ile danışanı veya terapist ile terapisti birbirine bağlayarak, dil ve konuşma terapisinde değerlendirme, müdahale veya konsültasyon hizmetlerinin sunulması tele-terapi olarak tanımlanmaktadır (ASHA, 2021).

Dil ve konuşma terapistleri dil ve konuşma alanındaki yetkin oldukları tüm alanlarda tanılama ve terapi süreçlerini çevrimiçi bir şekilde video konferans platformları, sesli görüşme ve diğer iletişim telekomünikasyon sistemleri ile birlikte hizmetlerini gerçekleştirebilmektedirler. Bu telekomünikasyon teknolojilerini kullanarak gerçekleştirdikleri terapist-danışan veya terapist-terapist toplantılarını dil ve konuşma terapisinde değerlendirme, tanılama, müdahale ya da konsültasyon hizmetlerini sağlamak amacı ile sundukları hizmete tele-terapi denilmektedir (ASHA, 2021).

ASHA'nın araştırmalarına göre (2011;2014;2016) dil ve konuşma terapistlerine yönelik yapılan anketlerden elde edilen sonuçlarda, dil ve konuşma terapistleri tarafından tele-terapinin kullanımında istikrarlı bir artış olduğunu görülmektedir. Çocuk, ergen ve yetişkinlerde gözlemlenen neredeyse bütün iletişim, dil ve konuşma bozukluğunda Tele-terapi kullanılmaktadır (ASHA, 2014).

Pandemi sürecinde yüzyüze dil ve konuşma terapisi seanslarında yaşanan zorluklar terapistleri olumsuz yönde etkilemiştir. Bu sebeple tele-terapi, kişilere kendi yaşadıkları ortamlarda, az bir maliyetle ve zengin bir içerikle terapi hizmetine olanak vermektedir (Brienza ve McCue, 2013). Bu durum dil ve konuşma terapistlerinin hizmet sunum modellerinde farklılığa gitmelerine yol açmış ve tele-terapi hizmetinin dil ve konuşma terapisinin sürekliliğini sağlamak için daha yaygın bir yaklaşım haline gelmesinde çok önemli bir rol oynamıştır (Musaji ve ark., 2021; Aggarwal, Patel ve Ravi, 2020).

B. Bhattarai; T. Sanghavi; B. P. Abhishek (2021) yaptıkları bir çalışmada odyologlar ve dil ve konuşma terapistlerinin karşılaştığı zorluklarla ilgili olarak web tabanlı bir anket aracılığıyla tanımlayıcı bir kesitsel anket gerçekleştirilmiştir. Buna yönelik ankette tele-terapiye yönelik bakış açıları karşılaştırıldı. Çalışmanın sonucunda telerehabilitasyonun yaygın olarak kullanıldığını ortaya çıktı.

Alanyazında yapılan çalışmalara bakıldığında birçok bozukluk türünde dil ve konuşma terapisinde tele-terapinin olumlu kullanım alanları göze çarpmaktadır.

Cangi ve Toğram (2020) yaptıkları çalışmada kekemeliği olan 20 yetişkin bireyle çalışmışlardır. Araştırmaya katılan bireylerin yarısı geleneksel olan yüz yüze terapi ile akıcılık bozukları terapisi alırken diğer yarısı tele-terapi ile hizmet almışlardır. Çalışmanın sonucunda tele-terapi yönteminin yüz yüze dil ve konuşma terapi hizmetlere erişim güçlüklerinde uygun ve aynı zamanda yüz yüze terapi kadar etkili bir hizmet sunduğunu gözler önüne sermişlerdir.

Grogan-Johnson ve ark. (2011) yaptıkları bir araştırmada tele-terapi ile terapi hizmetinin etkililiğini incelemek amacıyla konuşma sesi bozukluğu olan 13 danışanla çalışmışlardır. Bu 13 katılımcının 7'sinde tele-terapi hizmet modelini kullanmışlardır. 6'sında geleneksel yüz yüze terapi uygulanmıştır. Araştırmanın sonucunda tele-terapi ve geleneksel yüzyüze terapi modelleri arasında iki grubun farklılaşmadığı, uygun dönütleri her iki grupta da aldıkları görülmüştür.

Yine konuşma sesi bozukluklarında (KSB) Coufal ve arkadaşları, (2017) geleneksel ve tele-terapi hizmet modeliyle verilen bir araştırma ortaya koymuşlardır. Bu araştırmada seçilmiş bir grup çocuk için geleneksel konuşma terapisi ile tele-terapi

yoluyla terapi arasında konuşma sesi bozuklukları terapisinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını raporlamıştır. Bu araştırmalar (Coufal ve ark. 2017) KSB terapisinde tele-terapinin geleneksel yüz yüze terapi kadar etkili olduğunu kanıtlamaktadır.

Hill ve arkadaşları, (2009) 11 kişi ile yaptıkları bu çalışmada apraksi değerlendirmesinde tele-terapinin etkililiğini incelemişlerdir. Dil ve konuşma terapistleri katılımcıları hem tele-terapi hizmet modeli ile hem de yüz yüze olarak değerlendirmişlerdir. Araştırma sonuçları tele-terapi ve yüz yüze değerlendirme modellerinde elde edilen puanlar arasında anlamlı bir fark olmadığını, bu küçük örneklem boyutuna rağmen tele-terapi ile konuşma apraksisinin değerlendirmesinin geçerli olduğunu ortaya koymuştur.

Parmanto ve ark., (2013) OSB’li çocukların, ergenlerin ve yetişkinlerin uzaktan değerlendirme sistemini mümkün olduğunca yüz yüze değerlendirmeye yakın hale getirmeyi amaçlamış ve bunun için bir tele-sağlık sistemi geliştirmişlerdir. Geliştirdikleri bu sistem üzerinden gerçek danışanlar üzerinden uygulamaya başlamış ve çalışmanın sonucunda kullanımı kolay, yüksek kaliteli etkileşime sahip bir sistem ortaya çıkardıkları görmüşlerdir.

Yapılan bir başka araştırmada da OSB’li bireylerin tedavilerinde OSB’li 46 katılımcıya hizmet sunumunda bakıcılara ve eğitimcilere yardımcı olmak için kullanılmıştır. Sunulan hizmetler arasında davranışsal ve tanısal değerlendirmeler, eğitim danışmanlığı, davranışsal müdahalelerin rehberliği ve denetimi ve kapsamlı bir erken müdahale programının uygulanmasında koçluk/egitim yer almaktadır. Araştırmanın sonucunda tele-pratiğin ek araştırmaları garanti eden ancak umut verici bir terapi hizmeti olduğu belirtilmiştir (Boisvert ve ark., 2010).

Dudak Damak Yarıklığı (DDY) olan çocuklarla yapılan bir çalışmada tele-terapi hizmeti yöntemi ile dil ve konuşma terapisi hizmeti sunulmuştur (Pamplona ve Ysunza 2020). Bu çalışmaya uygun kriterleri sağlayan 43 hasta ve ailesi dahil olmuştur. Çalışmada tele-terapinin; çocukların konuşma üretimi performansları üzerine etkisi araştırılmıştır. Çalışmanın sonuçları standart bir sesletim ölçeğinde anlamlı bir gelişme

olduğunu göstermektedir. Araştırmacılar tele-terapinin yarık damak/dudak olan çocuklara konuşma patolojisi tedavisi için bir seçenek olabileceğini belirtmişlerdir.

Böylece dil ve konuşma terapisinde kullanılan tele-terapi hizmet modeli, yüz yüze hizmetlere erişim güçlüklerinde uygun ve aynı zamanda yüz yüze terapi kadar etkili bir hizmet sunumu olabileceğini göstermektedir.

2.5. TELE-TERAPİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

2.5.1 Eşzamanlı/Senkronizelik

Tele-terapi; telekominikasyon cihazları ile (Örneğin; telefon, tablet, bilgisayar) videokonferans aracılığı ile eşzamanlı (senkronize) olarak gerçekleştirilebilir ancak mobil uygulamalar aracılığı ile eşzamansız (asenkronize) olarak (genellikle kronik hastalığı bulunan bireyler için) gerçekleştirilebilmektedir (American Telemedicine Association, 2013). Tele-terapi ile ilgili yapılan çalışmalarda görülmüştür ki; terapist ve danışan tarafının süregelen bir şekilde eşzamanlı senkronize olmasına gerek yoktur, çevrimdışı gönderilen bilgiler ile değerlendirme olabilmektedir. (Joseph, 2008).

2.5.2 Ulaşım/Eşitlik

Tele-terapi günümüzde geleneksel yüzyüze terapi modeline göre daha ulaşılabilir olması açısından daha pratiktir (Towey, 2013). Fairwather (2016) bir çalışmada dünyadaki sağlık hizmetleri ele alındığında hızlı ve rahat ulaşımında eşitsizlikler olduğunu ve bu durumun özellikle kırsal ve kentsel bölgelerde daha sık yaşandığını dile getirmiştir. Bunun sebebi olarak kırsal ve kentsel bölgelerde sağlık çalışanlarının büyükşehirlerdekine kıyasla daha az olduğu gösterilebilir. Bu sebeple gerekli sağlık hizmetleri sağlanamamasından kaynaklı, bu hizmetlere ihtiyacı olan bireyler faydalanmakta güçlükler yaşamaktadırlar. Bu var olan eşitsizlik kişilerin uzaktan sağlık hizmetleri desteği alabilmesine imkân sağlayan tele-sağlık hizmetlerini ortaya çıkarmıştır (American Telemedicine Association, 2013). Dünyadaki bütün yardımcı sağlık hizmetlerinde görüldüğü gibi, kırsal ve kentsel bölgelerde varolan sağlık çalışanı

eksikliği, dil ve konuşma terapisi hizmetine ulaşımı da etkilemektedir. Uzak noktalardaki terapistlere yüz yüze terapi almak amacıyla yol alarak ulaşılması; terapist, danışan ve ebeveyn açısından belli başlı sorunlara sebep olmaktadır. Örneğin, çocuklar terapi veya değerlendirme yapılan günlerde yolculuk nedeniyle doğan olumsuz şartların etkisiyle değerlendirme veya terapi esnasında yorgun veya dikkatsiz olabilmektedirler. Ebeveynler için de hem ulaşım problemi ekstra maliyete sebep olabilir hem de çalışan ebeveynler için çalıştıkları yerlerden izin almaları çeşitli problemlere sebep olabilmektedir. Bu durumda tele-terapi; DKT'lerin hizmet vermediği bölgelere terapi hizmetlerini sunmak için uygun bir seçenek olarak kullanılabilmektedir (Fairweather, 2016).

2.5.3 Ekonomik

Tele-terapi hizmetleri, yüz yüze terapi uygulamalarından farklı ihtiyaçlara sahiptir. Çünkü geleneksel klinik ortamın ihtiyaç duyduğu çevresel ve fiziksel koşullar, maddi bir külfeti de beraberinde getirmektedir (Örneğin, kira, stopaj, personel vs.). Tele-terapi hizmetleri için ise uygun bir ev ortamında kullanıma olanaklı teknolojik donanımın sağlanması ile gerçekleştirebilir. Bu durumda konuşma terapilerinin maddi külfeti önemli ölçüde azalabilir (DKTD 2020). Towey (2013) tele-terapi için geleneksel modele göre daha az maliyetli olduğunu düşündüğünü dile getirmiştir. Yine tele-terapinin yüzyüze terapi hizmetlerinden daha ekonomik olduğu Parsonson ve Stokes (2017) tarafından belirtilmiştir.

2.5.4. Teknoloji

Tele-terapi, teknolojik gelişimlere paralel olarak gelişimine devam etmektedir. (Towey, 2013). Teknoloji kullanımı, tele-terapinin en doğal unsurudur. Donanım ve yazılım ekipmanı ve bağlantı hakkındaki seçimler, tele-terapi uygulamasına göre değişiklik gösterebilir. Tele-terapi ekipmanlarının kullanımında teknolojik destek ve eğitim sağlanması başarı için önemli bir unsurdur. (DKTD 2020). Tele-terapi şimdiki zamanda hizmet sunmak amacıyla, telekomünikasyon aletlerinin (Örneğin; telefon, videofon, bilgisayar, kamera ve mikrofon gibi) kullanımını içermektedir (Mashima ve Doarn, 2008). Bu duruma bakıldığında; günlük hayatta teknoloji kullanımındaki bu

yüksek artış, tele-terapinin profesyonel hizmet modelleriyle sunulması için oldukça etkili bir seçenek ve tamamlayıcı bir yöntem bütünü haline gelmektedir (Grogan-Johnson ve ark., 2015).

2.6. TELE-TERAPİ'DE ROLLER VE SORUMLULUKLAR

Tele-terapi seansları sırasında DKT'lerin görev ve sorumlulukları oldukça önem arz etmektedir. Yüzyüze yapılan seanslarda olduğu gibi tele-terapi seanslarında da görevleri olan dil ve konuşma terapistlerinin süreci yönetirken; değerlendirme ve terapide uygun vaka seçimi yapmaları ve bu hizmetleri sunarken kullanılan teknolojiyi anlamaları ve seçmeleri, bu sayede uygulayabilmeleri gerekmektedir. Hizmeti uygularken telekomünikasyon hizmetlerine uygun yöntemleri seçmelidirler. Seansa başlamadan önce ve seans sırasında klinik malzemelerin ve tele-sağlık ekipmanlarının yönetimini ve kontrolünü sağlayabilmelidirler. Yine tele-terapi yoluyla hizmet almak isteyen bireylerdeki iletişim bozukluklarının tanılanmasını, değerlendirilmesini, tedavisini oldukça etkileyen kültürel ve dile ilişkin değişkenlere duyarlı olmayı unutmamalıdır. Gerektiği noktada bireye veya e-yardımcıya mevcut araç ve yöntemleri tanıtmak, sunulan hizmetlerin etkinliğini değerlendirmek ve aynı zamanda sonuçlarını ölçmek için bu araçları kullanmak, zamanında yönlendirme ve takip hizmetleri için hekimler ve diğer uzmanlarla birlikte çalışabilmek görevleri arasındadır. Güvenlik ve gizlilik konuları, hizmetlerin faturalandırılması, gerekli yetkinlik belgelerine sahip olma, sorumluluk duygusu ve hatalı uygulama kaygıları da dahil olmak üzere tele-terapi ile ilgili mevcut kurallar ve düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olmak ve bunlara uymak ile yükümlüdürler. Tele-terapi hizmetlerinin uygulanabilmesi için bilgilendirilmiş onam ve tele-terapi görüşmesinin belgelenmesi ve bu belgelerin uygun biçimde korunması yine dil ve konuşma terapistlerinin sorumluluklarındandır (DKTD 2020).

2.7. TELE-TERAPİ'DE E-YARDIMCILIK

Dil ve konuşma terapisi hizmetlerinde pediatrik gruplara tele-terapi hizmet yöntemi verilirken destek amacıyla yanında olan kişilere e- yardımcı denmektedir (Towey, 2013). E-yardımcılar, dil ve konuşma terapistleri tarafından yürütülen tele-terapi seanslarında

terapi alan kişilere bulundukları yerden gerçek zamanlı olarak yardımcı olan kişilerdir (Sippl ve Ciccia, 2014). E-yardımcılar; terapistin yönlendirmeleri doğrultusunda tele-terapi oturumunun verimli geçmesinde çok büyük katkılar sağlamaktadır (ASHA, 2014). Buradan da anlaşılabileceği gibi e-yardımcılar terapi süresi boyunca sessiz kalıp gözlem yapmaz; terapist ve çocuğun iletişim kurmasına yardım ederler, terapi tekniklerini öğrenmeye çalışırlar ve terapi hedeflerini günlük yaşantıda deneyimleyebileceği aktiviteler içinde destekleyerek bireyin bağımsızlığını kazandırmada rol almaktadırlar (Towey, 2013). Tele-terapi literatüründe e- yardımcıların bu hizmet modelinde ayrılmaz bir parça olarak bahsedilmektedir. (Alvares, 2013; Grogan-Johnson, 2015; Douglass, Lowman ve Angadi, 2021). Bu sebeple başarılı bir tele-terapi hizmetinin uygulanmasında ve terapinin düzgün bir şekilde yürütülmesinde e-yardımcıların varlığı büyük bir öneme sahiptir (Aggarwal, Patel ve Ravi, 2020; Sharma ve Kunwar, 2012).

2.8. TELE-TERAPİ ALANINDA DİL VE KONUŞMA TERAPİSİNİN AVANTAJ VE DEZAVANTAJLARI

Tele-terapinin hizmetleri sunumunun çeşitli avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. ASHA ((2002; 2005), dil ve konuşma terapisi hizmetlerine erişimde yetersiz hizmet alan popülasyonlar için ilerlemenin bir yolunun için tele-terapi olduğunu belirtmektedir.

Tele-terapi, dil ve konuşma terapisi hizmetlerinin telekomünikasyon teknolojisi kullanılarak uzaktan sunulmasını içerir. Bugüne kadar yapılan anekdot niteliğindeki kanıtlar ve ampirik araştırmalar, teleterapinin sağladığı hizmetlerin etkili olduğunu göstermektedir (Brennan, Georgeadis, Baron, & Barker, 2004; Forducey, 2006; Kully, 2000; Mashima ve diğerleri, 2003; Mashima & Doarn, 2008).

ASHA (2020) ve Tucker (2012) tele-terapinin avantajları olarak; uzmanlara erişim kolaylığını, dil ve konuşma terapisi hizmetlerinin mekanlarına erişim imkanlarını, öğrenciler için bireyselleştirilmiş programları ve öğrenciler tarafından kabulü, okul ve aileler için oluşan faydaları, iş birliğini ve hizmet sunum seçeneklerini DKT'ler için yarar olarak sıralamıştır. Alanyazı incelendiğinde tele-terapi ile ilgili araştırmalarda sürece dair tüm birey açısından memnuniyetlerini içeren görüşlere rastlanmaktadır. Hergün gelişen

teknolojik ilerlemeler günlük hayatın kolaylaştırılmasını amaçlamaktadır. Tele-terapi hizmetinde yapılan araştırmalarda, tele-terapinin zaman ve mekân açısından esneklik sağladığını göstermektedir (Akamoglu ve ark., 2018; Kairy ve ark., 2009; Yoo ve ark., 2021). Dil ve konuşma terapisi hizmetlerinde de teknolojik ilerlemeler tele-terapi hizmet sunumu ile gelişmektedir. Araştırmalar DKT'lerin eğer ulaşılması zor yerlerde hizmet veriyorsa ve tele-terapi ile daha önceden deneyimleri varsa daha büyük yoğunlukta tele-terapiyi etkili bulduklarını öne sürmektedir. (ASHA 2005)

ASHA (2020) ve Tucker (2012) tele-terapinin dezavantajları olarak; teknolojinin yetersizliğini, eğitimin eksikliğini, fiziksel etkileşimin eksikliğini, çevrenin yapısını, terapötik ilişkilerin korunması, danışanın uygunluğunu, memnuniyetsizliği ve araştırma yetersizliği olarak sıralamışlardır. Şehirden uzak yerlerde, internete erişiminin kısıtlı olduğu mekanlarda veya eski model internet bağlantı tipi (yüksek hızlı internet erişimi yoksunluğu) internet bağlantısında altyapıya dayalı zorluklar tele-terapinin dezavantajları olarak nitelendirilebilir (McGill ve Fiddler, 2021). Alanyazına bakıldığında bildirilen diğer güçlükler içerisinde görsel-işitsel kalitenin kötü olabilmesi (Anderson ve ark., 2014; Behl ve Kahn, 2015; Tucker, 2012), internet bağlantısının kesilme ihtimalleri, kötü sinyal kalitesi (Anderson ve ark., 2014), mikrofon ile yaşanan zorluklar, ses iletim sorunları (Anderson ve ark., 2014), teknik destek eksikliği (Behl ve Kahn, 2015; Tucker, 2012) eski internet altyapısı ve bilgisayar sisteminin çökmesi (Tucker, 2012) gibi sorunlar yer almaktadır.

Bir diğer açıdan bakıldığında ise; mesleki standartların eksikliği, maliyet hakkında veri eksikliği olması, yanlış terapi/tedavi sorumluluğu hakkındaki endişeler, hastanın kişisel bilgilerinin korunmasında yaşanabilecek sıkıntılar ve tüm diğer faktörler tele-terapinin dezavantajlarıdır. Bundan kaynaklı olarak dil ve konuşma terapistleri veya aileler geleneksel yüz yüze terapiyi tercih edebilmekte veya tele-terapi alanındaki değişimi dikkate almamayı seçebilmekte ve bireylerin değişime hazır olma süreçlerini uzatabilmektedirler.

3. YÖNTEM

Araştırmamızın bu bölümünde, araştırmanın tasarlandığı model ve desen, katılımcı özellikleri, veri toplama araçları, verilerin toplanma süreci ve verilerin analizi hakkında bilgiler sunulmaktadır.

3.1 ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırmamız dil ve konuşma terapisi alan çocukların ailelerinin tele-terapi hizmetine yönelik tutumlarının belirlemesi için nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modeli ile gerçekleştirilmiştir. İlişkisel tarama modelinde araştırma amacı odaklı olarak incelenen kişi, olay ya da nesne kendi koşulları içinde, bağlamına uygun şekilde olduğu gibi yansıtılmaya çalışılır (Karasar, 2013). Ayrıca incelenen konunun yansıtılması/betimlenmesi bir noktada betimsel araştırma modelini de ifade etmektedir çünkü betimsel modelde ele alınan problem durumun (olay, kişi, nesne ya da olgu) tam ve dikkatli bir şekilde tanımlanması amaçlanır (Büyüköztürk, vd. 2013; Gay, Mills ve Airasian, 2012). Bu bağlamda çalışmamızda dil ve konuşma terapisi alan çocuk ailelerinin tele-terapi hizmetine yönelik tutumları betimlenerek hem aile hem de çocuğa ilişkin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, tanı, ebeveyn eğitim düzeyi, alınan terapi türü, hizmet sunan kurum vb.) çerçevesinde incelenmiştir.

3.2. KATILIMCILAR

Araştırmamızın katılımcı grubunu aktif olarak dil ve konuşma terapisi alan çocukların ebeveynleri oluşturmaktadır. Araştırmanın katılımcı grubunun belirlenmesinde amaçlı örnekleme yöntemleri içerisinde yer alan ölçüt örnekleme yöntemi esas alınmıştır. Ölçüt örnekleme yönteminde, araştırmaya dahil olması planlanan kişi, birim, olgu ya da nesneler araştırma amacı çerçevesinde belirlenmiş olan özelliklere sahip olmalıdır. Dahil etme kriterleri olarak ifade edilebilecek olan bu özelliklere uyan

katılımcılar gönüllü olmaları halinde örneklem olarak seçilirler (Büyüköztürk, 2017). Bu bağlamda araştırmamızın dahil olma ve dışlama kriterleri;

- Dil ve konuşma terapisini aktif olarak almak
- 18 yaşından küçük olmak
- Ek engele sahip olmamak

Şeklinde belirlenmiştir. Araştırma kapsamında kriterleri sağlayan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen toplam 102 ebeveyn ile çalışılmıştır. Katılımcı ebeveynlere ilişkin betimleyici istatistikler Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler

Değişkenler	<i>n</i> (102)	%
Formu Dolduran Kişi		
Anne	86	84,3
Baba	16	15,7
Anne yaşı		
20-29	5	4,9
30-39	63	61,8
40+	34	33,3
Anne Eğitim Durumu		
İlkokul	3	2,9
Orta Okul	2	2,0
Lise	15	14,7
Üniversite	82	80,4
Anne Çalışma Durumu		
Çalışıyor	77	75,5
Çalışmıyor	25	24,5
Baba Yaşı		
20-29	2	2,0
30-39	42	41,2
40+	53	52,0
50+	5	4,9
Babanın Eğitim Durumu		
İlkokul	3	2,9
Orta Okul	1	1,0
Lise	20	19,6
Üniversite	78	76,5

Tablo 1’de sunulan bilgiler incelediğinde katılımcıların çoğunluğunu ifade eden 86 (%84,3) kişinin annelerden, 16 (%15,7) kişinin ise babalardan oluştuğu görülmektedir. Annelerin %61,8’i (n=63) 30-39 yaş aralığında, %80,4’ü (n=82) üniversite mezunu ve

%75,5'i (n= 77) ise çalışmaktadır. Babaların yarısından fazlasını ifade eden 53 kişi 40 yaş ve üzerinde, annelere benzer şekilde %76,5'i (n=78) üniversite mezunudur.

Ebeveynlerden elde edilen diğer özellikler çocuklarının dil ve konuşma terapisi alma sürecinde deneyimledikleri tecrübe ve görüşleri ile ilişkilidir ve araştırmanın bulgular kısmında detaylı olarak yer verilmiştir.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmamız da veri toplama aracı olarak kullanılan anket, tez çalışması sürecinde araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Anketin geliştirilmesi sürecinde araştırmacı literatür taraması yapıp kavramsal alt yapıyı oluşturduktan sonra dil ve konuşma terapisi ve tele-terapi çalışmaları, makaleler, ölçekler, anketler ve kontrol listeleri gibi ölçme araçlarını taramış ve bu süreç sonrasında 30 maddelik bir madde havuzu oluşturmuştur. Hazırlanan bu havuzdaki sorular; doktor, uzman ve lisans mezunu dil ve konuşma terapisti 7 kişiye gönderilmiştir. Uzmanlardan alınan görüş ve önerilerin ardından 7 madde anketten çıkarılmış ve anket 23 soruluk formuna ulaşmıştır. Anket ile veriler toplanmadan önce dil ve konuşma terapisi alan 5 çocuğun annesi ile yüz yüze görüşmeler yapılarak anketin pilot çalışması; soruların anlaşılabilirliği, toplam doldurma süresi, terminolojik olarak kontrolünün yapılması şeklinde gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulama sonrası biçimsel ve yazımsal düzenlemeler yapılmış ve anketin nihai formu verilmiştir. Anketin psikometrik özellikleri test edilmemiştir.

Anketin içinde var olan soruların içerisinde açık uçlu sorular, “Evet/Hayır” seçenekleri ve verilen seçeneklerden birinin ve/veya birden fazlasının işaretlenmesini gerektiren cevap seçenekleri bulunmaktadır. Araştırma için araştırmacı tarafından hazırlanan anket beş bölümden oluşmaktadır. Araştırmaya vakalardan katılım onayı alınarak başlanmaktadır. Onay alındıktan sonraki bölümler aşağıda sıralanmıştır;

Demografik Bilgiler (formu dolduran kişi, çocuğun doğum tarihi ve cinsiyeti, anne/baba yaşı ve meslekleri gibi.)

Çocuğun Aldığı Dil ve Konuşma Terapisi Hakkındaki Bilgiler (Çocuğun tanısı, haftada kaç saat dil ve konuşma terapisi seansı aldığı, seans aldıkları merkeze ulaşım süreleri ve çocuğun masa başında oturduğu süre vb.)

Çocuk Terapi Aldıysa Dil ve Konuşma Terapisinde Tele-terapi Seansları Hakkındaki Bilgiler (Çocuğun kaç seans Tele-terapi aldığı, Tele-terapi seansından memnun kalıp kalmadıkları vb.)

Tele-terapiye Olan Bakış Açıları (Çocuğun tele-terapiye uygun olup olmadığı, tele-terapi hakkında yeterli bilgiye sahip olup olmadıkları ve tele-terapi seans içeriği hakkındaki görüşleri gibi.)

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verilerinin toplanması veri toplama aracı olarak hazırlanmış olan anketin çevrimiçi olarak aktif olarak dil ve konuşma terapisi alan çocukların ebeveynlerine ulaştırılması şeklinde gerçekleştirilmiştir. Çevrimiçi platformu Google anket formu kullanılmıştır. Çevrimiçi formun ebeveynlere ulaştırılması için İstanbul'da dil ve konuşma terapisi alanında hizmet sunan bir merkez özelinde çalışılmış ve ilgili kurumdan hizmet sağlayan ebeveynler üzerinden veri toplanmıştır.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada toplanan veriler IBM SPSS 25.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Aktif olarak dil ve konuşma terapisi alan çocukların ebeveynlerinin aldıkları terapi ve tele-terapi uygulamalarına ilişkin görüşlerini belirttikleri maddeler hem çocuğun hem de ebeveynin demografik özellik ve deneyimleri ile çaprazlanarak analiz edilmiştir. Ele alınan maddeler grup özellikleri bağlamında yüzde ve frekans olarak betimlenmiş ve karşılaştırma analizlerinde ki-kare testleri kullanılmıştır.

Ki-kare analizlerinde beklenen değere ilişkin gözlenen sayısının 5'ten küçük olma durumu tüm gözleneklerin %20'sini aştığında;

1: İlgili satır ya da sütun düzeylerinde mantıklı ve kuramsal çerçevede birleştirmeler yapılabilir,

2:5'ten küçük olduğu gözlenen gözleneklerin sayısının azaltılması amacıyla ilgili satır ya da sütun analiz dışı bırakılabilir,

3: Analize ilişkin açıklamalar ki-kare ve anlamlılık değerleri kullanılmadan sadece çapraz tablolarda yer alan frekans ve yüzdeler üzerinden gerçekleştirilebilir (Büyüköztürk, 2004).

Gerçekleştirilen bazı analizlerde ki-kare analizi için ifade edilen tedbirler uygulanarak analizlere devam edilmiş ve raporlaştırılmıştır. Analizlerde I. tip hata olasılığı %5, yani $p \leq .05$ olarak kabul edilmiştir daha küçük hata olasılıklarına duyarlık açısından raporlaştırmalarda $p \leq .01-.001$ anlamlılık düzeyleri de dikkate alınmıştır p değerleri olduğu gibi belirtilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmamızın verileri dil ve konuşma terapisi alan çocukların ailelerinin tele-terapi hizmetine yönelik tutumlarının belirlemesi amacıyla geliştirilmiş olan 23 maddelik anket ile elde edilmiştir. Ulaşılan bu verilere ilişkin bulgular; tüm katılımcılar bağlamında anket maddelerinin betimleyici istatistikleri ve katılımcı/çocuk özellikleri ile maddelerin çaprazlanması ile ulaşılan ki-kare analiz sonuçlarının sunulması şeklinde iki aşamalı olarak ele alınmıştır.

4.1. ANKET MADDELERİNİN BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLERİ

Veri toplama aracı olarak kullanılan anket çalışması maddeleri; çocuğa ilişkin tanımlayıcı istatistikler, devam edilen dil ve konuşma terapisini ilişkin değerlendirmeler, tele-terapiye ilişkin ebeveyn görüşleri; tele-terapinin avantaj ve dezavantajları şeklinde sınıflandırılarak Tablo 2 ile Tablo 10 arasında sunulmuştur.

Tablo 2. Çocuğa İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Kategorik Değişkenler			n (102)	%
Cinsiyet				
Kız			22	21,6
Erkek			80	78,4
Sürekli Değişken	Ort.	SS.	Min.	Maks.
Yaş	6,11	2,57	3	14
Kategorik Değişkenler			n (102)	%
Tanı Durumu				
Akıcılık Bozuklukları			6	5,9
Gecikmiş Dil ve Konuşma			28	27,5
Gelişimsel Dil Bozuklukları			37	36,3
Konuşma Sesi Bozuklukları			14	13,7
Motor Konuşma Bozuklukları			14	13,7
Dudak Damak Yarıklığı			1	1,0
Tanısı Olmayan			2	2,0
Dil ve Konuşma Terapisi Seansı Alma Süresi				
1-4 Ay			33	32,4
5-9 Ay			15	14,7
10-12 Ay			11	10,8
12+			43	42,2
Bir Haftada Alınan Dil ve Konuşma Terapisi Seansı Sayısı				
1,00			44	43,1
2,00			33	32,4
3,00			22	21,6
4,00			3	2,9
Dil ve Konuşma Terapisi Seansı Alınan Terapi Türü				
Akıcılık Bozuklukları			6	5,9
Gecikmiş Dil ve Konuşma			34	33,3
Gelişimsel Dil Bozuklukları			30	29,4
Konuşma Sesi Bozuklukları			15	14,7
Motor Konuşma Bozuklukları			13	12,7
Dudak Damak Yarıklığı			1	1,0
Tanısı Olmayan			1	1,0
Atipik			1	1,0
Edinilmiş Dil Bozuklukları			1	1,0
Çocuğun Masa Başında Oturabilme Süresi				
0-15 Dakika			18	17,6
15-30 Dakika			32	31,4
30-40 Dakika			35	34,3
45 Dakika ve Üzeri			17	16,7

Tablo 2’de yer alan sonuçlar incelendiğinde dil ve konuşma terapisine devam eden çocukların %78,4’ünün (n=80) erkek, %21,6’sının (n=22) kızlardan oluştuğu ayrıca çocukların yaş ortalamalarının 6,11 olduğu belirlenmiştir. En küçük çocuk 3 en büyük çocuk ise 14 yaşındadır. Çocukların tanı durumları incelendiğinde en yüksek frekanslara sahip grupların %36,3 (n=37) ile gelişimsel dil bozuklukları ve %27,5’lik (n=28) oran ile gecikmiş dil ve konuşma grupları olduğu görülmektedir.

Çocukların %42,2’si (n=43) 12 aydan daha uzun süredir dil ve konuşma terapisi seansları almaya devam etmekte iken 33 (%32,4) çocuk henüz 1-4 aydır seanslara devam etmektedir. Ayrıca çocukların 43,1’i (n=44) haftada bir seans hizmet aldığını ifade ederken geriye kalan 68 çocuk haftada en az iki seans dil ve konuşma terapisini devam etmektedir. Seanslarda alınan terapi türü çocukların tanı durumları ile paralellik göstererek en yüksek %33,3 (n=34) ile gecikmiş dil ve konuşma ve %29,4 (n=30) ile gelişimsel dil bozuklukları olarak elde edilmiştir.

Çocuğun masa başında oturabilme süresi sorusuna ilişkin cevap dağılımlarında en yüksek frekans 35 çocuk (%34,3) için 30-40 dakika arası olarak elde edilmiştir. Ulaşılan sonuçlara ilişkin detaylar Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 3. Alınan Dil ve Konuşma Terapisi Hizmetine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Kategorik Değişkenler	n (102)	%
Hizmet Alınan Kurum		
Danışmanlık Merkezi	4	3,9
Dil ve Konuşma Merkezi	55	53,9
Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	7	6,9
Hiçbiri	1	1,0
Danışmanlık Merkezi + Dil Ve Konuşma Merkezi	5	4,9
Dil ve Konuşma Merkezi +Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	25	24,5
Danışmanlık Merkezi + Dil ve Konuşma Merkezi + Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	5	4,9
Hizmet Alınan Kuruma Ulaşım Süresi		
0-30 Dakika	47	46,1
30-45 Dakika	26	25,5
45-60 Dakika	16	15,7
60 Dakika ve Üstü	13	12,7
Bir Haftada Seans İçin Yolda Harcanan Toplam Süre		
0-2 Saat	55	53,9
2-4 Saat	21	20,6
4-6 Saat	10	9,8
6-8 Saat	10	9,8
8 +	6	5,9
Terapi Almak İsteddiğiniz Kurum ve Kişilere Ulaşmakta Zorluk Yaşıyor Musunuz?		
Evet	8	7,8
Hayır	94	92,2
Yüz Yüze Aldıkları Seanslarda Çocuğunuzun Terapisini İzleme Şansına Sahip Misiniz?		
Evet	33	32,4
Hayır	69	67,6

Tablo 3’de sunulan yüz yüze olarak alınan dil ve konuşma terapisi hizmetine betimleyici istatistikler incelendiğinde terapilerin çoğunluğunu ifade eden %53,9 (n=55) oranın dil ve konuşma merkezinde alındığı ikinci sırada ise %24,5 (n=25) dil ve konuşma merkezi +özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde alındığı görülmektedir. Hizmet sağlanan kuruma ulaşmak için ailelerin %46,1’i (n=47) 0-30 dakika zaman harcarken %25,5’i (n=26) 30-45 dakika arası zaman harcamakta ve ulaşım için en uzun zaman dilimini ifade eden 60 dakika ve üzerinde zaman harcayan ailelerin oranı ise %12,7 (n=13) olarak belirlenmiştir. Bir hafta içinde sadece seanslara gidip gelmek için harcanan

toplam süreler incelendiğinde ebeveynlerin %53,9'unun (n=55) 0-2 saat aralığında zaman harcadıkları belirlenmiştir. Harcanan zamanların ebeveynler için zorluğa neden olup olmadığı sorusunda ise ailelerin büyük çoğunluğunu ifade eden %92,2'sinin (n=94) zorluk yaşamadıkları görülmektedir. Ayrıca seans esnasında çocuğunu izleme şansı bulabilen ailelerin oranı %32,4 (n=33) olarak elde edilmiştir.

Tablo 4. Ebeveynlerin Tele-terapiye İlişkin Görüşlerinin Tanımlayıcı İstatistikleri-1

Kategorik Değişkenler	n (102)	%
Hiç Tele-terapi Seansı Aldınız Mı?		
Evet	9	8,8
Hayır	93	91,2
Kaç Seans Tele-terapi aldınız? (n=9)		
2	1	11,1
3	2	22,2
4	2	22,2
5 ve Üzeri	4	44,4
Tele-terapi Seansından Memnun Kaldınız mı? (n=9)		
Evet	6	66,7
Hayır	3	33,3
Çocuğunuz Terapiye Uyum Sağlayabildi mi? (n=9)		
Evet	8	88,8
Hayır	1	11,2
Tele-terapiye bakış açınız nedir?		
Olumlu	18	17,6
Olumsuz	18	17,6
Kararsız	66	64,7
Tele-terapi ile ilgili yeterli bilgiye sahip misiniz?		
Evet	26	25,5
Hayır	76	74,5
Tele-terapi ile yüz yüze seanslar arasında bir farklılık görüyor musunuz?		
Evet	80	78,4
Hayır	22	21,6
Sizce Çocuğunuz Tele-Terapiye Uygun Mu?		
Uygun	25	24,5
Uygun Değil	77	75,5

Tablo 4'de yer alan ebeveyn görüşleri incelediğinde çocukların %91,2'lik (n=93) gibi büyük bir oranda tele-terapi deneyimine sahip olmadıkları görülmektedir. Daha önce tele-terapi alan 9 çocuk içinde ise %44,4'ü temsil eden 4 çocuğun 5 ve daha fazla tele-

terapi seansı aldığı görülmektedir. Alınan tele-terapi seanslarından memnun olma oranı ise %66,7 (n=6) olarak hesaplanmıştır. Ayrıca ebeveynlerin %88,8'i (n=8) çocuklarının tele-terapi seansına uyum sağladığını ifade etmiştir.

Ebeveynlerin tele-terapiye karşı tutumlarında %17,6 (n=18) olarak tam bir eşitlik söz konusu iken %64,7'si kararsız olduğunu belirtmiştir. İfade edilen bu kararsızlık ebeveynlerin %74,6'sının (n=76) tele-terapi hakkında yeterli bilgi sahibi olması ile tutarlılık göstermektedir. Yine ebeveynlerin çoğunluğunu ifade 80 (%78,4) katılımcının tele-terapi ile yüz yüze seanslar arasında farklılık gördüğü ve 77 (%75,5) ebeveynin çocuğunun tele-terapi için uygun olduğunu ifade ettiği belirlenmiştir.

Tablo 5. Ebeveynlerin Tele-terapiye İlişkin Görüşlerinin Tanımlayıcı İstatistikleri-2

Kategorik Değişkenler	n (102)	%
Tele-terapinin Süresi Ne Kadar Olmalıdır?		
15dk	16	15,7
25dk	21	20,6
30dk	40	39,2
40dk	13	12,7
45+ Dk	12	11,8
Tele-terapi Seansları İçin Ücrette Bir Farklılık Olmalı Mıdır?		
Evet	82	80,4
Hayır	20	19,6
Tele-Terapi'yi Kullanmayı Düşünür Müsünüz?		
Olumlu	12	11,8
Olumsuz	33	32,4
Kararsız	57	55,9
Sizce Tele-Terapilere Destek Verilmeli ve Türkiye' De Yaygınlaştırılmalı Mıdır?		
Evet	74	72,5
Hayır	28	27,5
Tele-terapi İçin Gerekli ki Ekipmana (bilgisayar, sessiz bir oda, mikrofon, kamera, internet vb.) sahip misiniz?		
Evet	72	70,6
Hayır	30	29,4
Tele-terapi Yapılması Durumunda E-Yardımcılık Yapabilir Misiniz?		
Yapabilirim	79	77,5
Yapamam	23	22,5

Ebeveynlerin tele-terapiye ilişkin görüşlerine devam edildiğinde Tablo 5’de tele-terapi süresine ilişkin cevaplarda en yüksek frekansın %39,2 (n=40) ile 30 dakika olduğu ikinci sırada ise %20,6 ile (n=21) 25 dakika seçeneği olduğu görülmektedir. Ücretlendirme noktasında ebeveynlerin çoğunluğunu ifade 82 (%80,4) katılımcı tele-terapi seans ücretlerinde yüz yüze seanslara göre farklılık göstermesi gerektiğini belirtmişlerdir. Ebeveynlerin çoğunluğu kararsız olduğunu belirtse de tele-terapi kullanma düşüncesine ilişkin dağılımda kullanmayı düşünmeyen ebeveynlerin oranı (%32,4) kullanmayı düşünenlerden (%11,8) daha yüksektir. Ayrıca tele-terapinin Türkiye’de yaygınlaştırılması fikrine (%72,5), tele-terapi için gerekli ekipmana sahip olma durumuna (%70,6) ve tele-terapi seanslarında e-yardımcılık yapabilecek olma durumlarına (%77,5) benzer oranlarla ebeveynlerin çoğunluğu olumlu cevaplar vermişlerdir.

Katılımcı ebeveynlerin tele-terapiye ilişkin avantaj ve dezavantajları Tablo 6-9 arasında sunulmuştur. İlgili maddeler için anket çalışmasında birden fazla seçenek işaretleme opsiyonu sunulduğu için sonuçlar toplam temsil oranları ve kendi içlerinde frekans dağılımları şeklinde ayrı ayrı sunulmuştur.

Tablo 6. Tele-terapinin Avantaj ve Dezavantajlarının Toplam Temsil Oranları

Kategorik Değişkenler	n (102)	%
Sizce Tele-terapinin Avantajları Nelerdir?		
Zaman Bakımından Esneklik Sağlaması	73	71,6
Ekonomik Acıdan Daha Avantajlı Olması	47	46,1
Ulaşılabilir Olması	59	57,8
Sosyal Fobi ve Benzeri Durumlarında Mekân Esnekliği	29	28,4
Fizyolojik Problemlili Bireylerde İşlevsel Olması	41	40,2
Sizce Tele-terapinin Dezavantajları Nelerdir?		
Bağlantı Sorunları Riski	65	63,7
Yeterli İletişimin Sağlanamaması	82	80,4
Kriz Yönetmede Zorluk	64	62,7
Dışsal Uyarılar	59	57,8
Konsantrasyon Eksikliği	83	81,4
Güven Sorunu Oluşturabilmesi	36	35,3

Tele-terapiye ilişkin avantajlardan içinde en çok tercih edilen seçenek %71,6 (n=73) ile zaman bakımından esneklik sağlaması seçeneği olmuştur. Bunu %57,8 (n=49) ile ulaşılabilir olması seçeneği izlemektedir. En az tercih edilen avantaj seçeneği %28,4 ile (n=29) sosyal fobi ve benzeri durumlarda mekân esnekliği sağlaması olmuştur.

Dezavantajlarına ilişkin seçeneklerin işaretlenme yüzdeleri incelendiğinde ise ebeveynlerin en fazla kaygı duymalarına neden olan durum %81,4 (n=83) oranı ile konsantrasyon eksikliği olarak elde edilmiştir. Benzer bir oranda (%80,4) ebeveynler yeterli iletişim sağlanamaması seçeneğini de işaretleyerek kaygılarını belirtmişlerdir. En düşük oranda işaretlenen seçenek %35,3 (n=36) oranı ile güven sorunu oluşturabilmesi seçeneği olmuştur. Ayrıca avantaj seçenekleri toplam 249 kez tercih edilmişken ve dezavantajlarına ilişkin seçenekler toplam 389 kez işaretlenmiştir. Farklı bir ifade ile ebeveynler tele-terapinin avantajdan ziyade dezavantajlarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

İşaretlenen avantaj ve dezavantajların çoklu kombinasyonlarına ilişkin frekans dağılımları Tablo 7-9 arasında detaylı olarak sunulmuştur. Tablolara ilişkin açıklamalar Tablo 9 sonrasında yer almaktadır.

Tablo 7. Katılımcılara Göre Tele-terapinin Avantajlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

Kategorik Değişkenler	n (102)	%
Sizce Tele-terapinin Avantajları Nelerdir?		
Zaman Bakımından Esneklik Sağlaması	14	13,7
Ekonomik Acıdan Daha Avantajlı Olması	3	2,9
Ulaşılabilir Olması	11	10,8
Sosyal Fobi ve Benzeri Durumlarında Mekân Esnekliği	3	2,9
Fizyolojik Problemlili Bireylerde İşlevsel Olması	2	2,0
Zaman Bakımından Esneklik Sağlaması + Ekonomik Acıdan Daha Avantajlı Olması	5	4,9
Zaman Bakımından Esneklik Sağlaması + Ulaşılabilir Olması	7	6,9
Zaman Bakımından Esneklik Sağlaması + Fizyolojik Problemlili Bireylerde İşlevsel Olması	6	5,9
Ekonomik Acıdan Daha Avantajlı Olması + Ulaşılabilir Olması	2	2,0
Ulaşılabilir Olması + Sosyal Fobi ve Benzeri Durumlarında Mekân Esnekliği	1	1,0
Ulaşılabilir Olması + Fizyolojik Problemlili Bireylerde İşlevsel Olması	1	1,0
Sosyal Fobi ve Benzeri Durumlarında Mekân Esnekliği + Fizyolojik Problemlili Bireylerde İşlevsel Olması	1	1,0
Zaman Bakımından Esneklik Sağlaması + Ekonomik Acıdan Daha Avantajlı Olması + Ulaşılabilir Olması	10	9,8
Zaman Bakımından Esneklik Sağlaması + Ekonomik Acıdan Daha Avantajlı Olması + Fizyolojik Problemlili Bireylerde İşlevsel Olması	2	2,0
Zaman Bakımından Esneklik Sağlaması + Ulaşılabilir Olması+ Fizyolojik Problemlili Bireylerde İşlevsel Olması	3	2,9
Zaman Bakımından Esneklik Sağlaması+ Sosyal Fobi ve Benzeri Durumlarında Mekân Esnekliği+ Fizyolojik Problemlili Bireylerde İşlevsel Olması	3	2,9
Ekonomik Acıdan Daha Avantajlı Olması + Ulaşılabilir Olması+ Fizyolojik Problemlili Bireylerde İşlevsel Olması	2	2,0
Ekonomik Acıdan Daha Avantajlı Olması + Sosyal Fobi ve Benzeri Durumlarında Mekân Esnekliği + Fizyolojik Problemlili Bireylerde İşlevsel Olması	1	1,0
Ulaşılabilir Olması + Sosyal Fobi ve Benzeri Durumlarında Mekân Esnekliği + Fizyolojik Problemlili Bireylerde İşlevsel Olması	1	1,0
Zaman Bakımından Esneklik Sağlaması + Ekonomik Acıdan Daha Avantajlı Olması + Ulaşılabilir Olması+ Sosyal Fobi ve Benzeri Durumlarında Mekân Esnekliği	3	2,9
Zaman Bakımından Esneklik Sağlaması + Ekonomik Acıdan Daha Avantajlı Olması + Ulaşılabilir Olması+ Fizyolojik Problemlili Bireylerde İşlevsel Olması	5	4,9
Zaman Bakımından Esneklik Sağlaması + Ekonomik Acıdan Daha Avantajlı Olması + Sosyal Fobi ve Benzeri Durumlarında Mekân Esnekliği + Fizyolojik Problemlili Bireylerde İşlevsel Olması	3	2,9
Zaman Bakımından Esneklik Sağlaması + Ulaşılabilir Olması + Sosyal Fobi ve Benzeri Durumlarında Mekân Esnekliği + Fizyolojik Problemlili Bireylerde İşlevsel Olması	3	2,9
Zaman Bakımından Esneklik Sağlaması + Ekonomik Acıdan Daha Avantajlı Olması +Ulaşılabilir Olması + Sosyal Fobi ve Benzeri Durumlarında Mekân Esnekliği + Fizyolojik Problemlili Bireylerde İşlevsel Olması	10	9,8

Tablo 8. Katılımcılara Göre Tele-terapinin Dezavantajlarının Tanımlayıcı İstatistikleri-1

Kategorik Değişkenler	n (102)	%
Sizce Tele-terapinin Dezavantajları Nelerdir?		
Bağlantı Sorunları Riski	3	2,9
Yeterli İletişimin Sağlanamaması	2	2,0
Kriz Yönetmede Zorluk	2	2,0
Dışsal Uyaranlar	--	--
Konsantrasyon Eksikliği	4	3,9
Güven Sorunu Oluşturabilmesi	2	2,0
Bağlantı Sorunları Riski-Yeterli İletişimin Sağlanamaması	1	1,0
Bağlantı Sorunları Riski-Konsantrasyon Eksikliği	1	1,0
Bağlantı Sorunları Riski-Güven Sorunu Oluşturabilmesi	1	1,0
Yeterli İletişimin Sağlanamaması-Konsantrasyon Eksikliği	4	3,9
Yeterli İletişimin Sağlanamaması-Güven Sorunu Oluşturabilmesi	2	2,0
Dışsal Uyaranlar-Konsantrasyon Eksikliği	1	1,0
Bağlantı Sorunları Riski-Yeterli İletişimin Sağlanamaması-Kriz Yönetmede Zorluk	1	1,0
Bağlantı Sorunları Riski-Yeterli İletişimin Sağlanamaması-Dışsal Uyaranlar	2	2,0
Bağlantı Sorunları Riski-Kriz Yönetmede Zorluk-Konsantrasyon Eksikliği	1	1,0
Bağlantı Sorunları Riski-Konsantrasyon Eksikliği-Güven Sorunu Oluşturabilmesi	1	1,0
Yeterli İletişimin Sağlanamaması-Kriz Yönetmede Zorluk-Konsantrasyon Eksikliği	5	4,9
Yeterli İletişimin Sağlanamaması-Dışsal Uyaranlar-Konsantrasyon Eksikliği	3	2,9
Kriz Yönetmede Zorluk-Dışsal Uyaranlar-Konsantrasyon Eksikliği	2	2,0
Bağlantı Sorunları Riski-Yeterli İletişimin Sağlanamaması-Kriz Yönetmede Zorluk-Konsantrasyon Eksikliği	6	5,9
Bağlantı Sorunları Riski-Yeterli İletişimin Sağlanamaması-Kriz Yönetmede Zorluk-Güven Sorunu Oluşturabilmesi	1	1,0
Bağlantı Sorunları Riski-Yeterli İletişimin Sağlanamaması-Dışsal Uyaranlar-Konsantrasyon Eksikliği	4	3,9
Bağlantı Sorunları Riski-Yeterli İletişimin Sağlanamaması-Dışsal Uyaranlar-Güven Sorunu Oluşturabilmesi	1	1,0
Bağlantı Sorunları Riski-Yeterli İletişimin Sağlanamaması-Konsantrasyon Eksikliği-Güven Sorunu Oluşturabilmesi	2	2,0
Bağlantı Sorunları Riski-Kriz Yönetmede Zorluk-Dışsal Uyaranlar-Konsantrasyon Eksikliği	2	2,0
Yeterli İletişimin Sağlanamaması-Kriz Yönetmede Zorluk-Dışsal Uyaranlar-Konsantrasyon Eksikliği	6	5,9
Yeterli İletişimin Sağlanamaması-Kriz Yönetmede Zorluk-Konsantrasyon Eksikliği-Güven Sorunu Oluşturabilmesi	2	2,0
Yeterli İletişimin Sağlanamaması-Dışsal Uyaranlar-Konsantrasyon Eksikliği-Güven Sorunu Oluşturabilmesi	1	1,0
Bağlantı Sorunları Riski-Yeterli İletişimin Sağlanamaması-Kriz Yönetmede Zorluk-Dışsal Uyaranlar-Konsantrasyon Eksikliği	16	15,7
Bağlantı Sorunları Riski-Yeterli İletişimin Sağlanamaması-Kriz Yönetmede Zorluk-Dışsal Uyaranlar-Güven Sorunu Oluşturabilmesi	1	1,0

Tablo 9. Katılımcılara Göre Tele-terapinin Dezavantajlarının Tanımlayıcı İstatistikleri-2

Kategorik Değişkenler	n (102)	%
Sizce Tele-terapinin Dezavantajları Nelerdir?		
Bağlantı Sorunları Riski-Yeterli İletişimin Sağlanamaması-Kriz Yönetmede Zorluk-Konsantrasyon Eksikliği-Güven Sorunu Oluşturabilmesi	1	1,0
Bağlantı Sorunları Riski-Yeterli İletişimin Sağlanamaması-Dışsal Uyarılar-Konsantrasyon Eksikliği-Güven Sorunu Oluşturabilmesi	3	2,9
Yeterli İletişimin Sağlanamaması-Kriz Yönetmede Zorluk-Dışsal Uyarılar-Konsantrasyon Eksikliği-Güven Sorunu Oluşturabilmesi	2	2,0
Bağlantı Sorunları Riski-Yeterli İletişimin Sağlanamaması-Kriz Yönetmede Zorluk-Dışsal Uyarılar-Konsantrasyon Eksikliği-Güven Sorunu Oluşturabilmesi	16	15,7

Tablo 7’de sunulan avantajlara ilişkin dağılımlar incelendiğinde 33 (%32,3) katılımcının sadece bir seçenek işaretlediği, işaretlenen tekli seçenekler içinde ise en yüksek frekansın 14 katılımcı (%13,7) zaman bakımından esneklik sağlaması seçeneği olduğu görülmektedir. Çoklu kombinasyonlar içinde ise 10’ar (%9,8) katılımcının zaman bakımından esneklik + ekonomik olarak avantajlı + ulaşılabilir olması kombinasyonunu ve tüm avantajları ifade eden kombinasyonun yani bir bakıma hepsi seçeneğinin olduğu görülmektedir.

Tablo 8 ve Tablo 9’da yer alan dezavantajların dağılımları incelendiğinde ise tek seçenek işaretleyen katılımcı sayısı 13 (%12,7) olarak hesaplanmıştır. Kombinasyonlara ilişkin dağılımlarda ise iki kombinasyonun 16’şar (%15,7) katılımcı tarafından işaretlenerek en yüksek frekanslara sahip oldukları belirlenmiştir. Bu iki seçenektan birisi tüm dezavantajların yer aldığı kombinasyon, diğer seçenek ise bağlantı sorunları riski + yeterli iletişimin sağlanamaması + kriz yönetmede zorluk + dışsal uyarılar + konsantrasyon eksikliği kombinasyonudur.

4.2. KARŞILAŞTIRMA ANALİZLERİ

Araştırmamızda gerçekleştirilen karşılaştırmalarda ki-kare analizleri kullanılmıştır. Gerçekleştirilen analizler aşağıda yer verilmiş olan çaprazlamalar arasında yapılmıştır. Analizler esnasında gözlenen sayısının 5’ten küçük olması durumunda seçenekler arası birleştirmeler yapılmış ve sonuçlar çaprazlama sırasına uygun olarak raporlaştırılmıştır.

1. Ebeveynlerin seans için bir haftada harcadıkları süre ile
 - 1.a) İstendik tele-terapinin süresi arasında anlamlı farklılık var mıdır?
2. Ebeveynlerin yüz yüze terapileri izleme durumu ile
 - 2.a) Tele-terapilere destek verilmesi ve yaygınlaştırılması
 - 2.b) Tele-terapiyi kullanma tercihleri
 - 2.c) Tele-terapiye bakış açıları arasında anlamlı farklılık var mıdır?
3. Ebeveynlerin tele-terapiyi kullanma tercihleri ile
 - 3.a) Tele-terapilere destek verilmesi ve yaygınlaştırılması
 - 3.b) Gerekli ekipmana sahip olma durumu
 - 3.c) Çocuğun masa başında oturabilme süre seçenekleri
 - 3.d) E-yardımcılık yapabilme durumu arasında anlamlı farklılık var mıdır?
4. Tele-terapi alıp almama durumu ile
 - 4.a) Tele-terapiye bakış açıları
 - 4.b) Tele-terapi ile yüz yüze seanslar arasında farklılık görme seçenekleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?
5. Çocuğun tanı durumu seçenekleri ile
 - 5.a) Tele-terapiye bakış açıları
 - 5.b) Çocuğun tele-terapiye uygun olma
 - 5.c) Çocuğun masa başında oturabilme süresi durumları anlamlı farklılık var mıdır?

Yukarıdaki maddelerde ifade edilen çaprazlamalara ilişkin elde edilen ki-kare karşılaştırma analizlerinin sonuçları Tablo 10 ve Tablo 14 arasında sunulmuştur.

Tablo 10. Karşılaştırma Maddesi 1'e İlişkin Analiz Sonuçları

Anket soruları → ↓	Ebeveynlerin seans için bir haftada harcadıkları süre					
	0-2 saat		2+ saat		ki-kare	p
Ulaşımında zorluk yaşıyor musunuz?	n	%	n	%		
Evet	3	5,5	5	10,6	0,942	.332
Hayır	52	94,5	42	89,4		
Toplam	55	100	47	100		

Not: * = $p \leq 05$; ** = $p \leq 01$; *** = $p \leq 001$.

Tablo 10’da yer alan analiz sonuçları incelendiğinde ebeveynlerin seans için bir haftada harcadıkları toplam süreleri ile ulaşımında zorluk yaşıyıp yaşamama durumları arasında [$X^2 (sd=1, n=102) = 0,942, p>.05$] istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmemiştir.

Ulaşımında zorluk yaşama bağlamında ki dağılımlarda hem 0-2 saat hem de 2+ saat zaman harcayan ebeveyn grupları benzer olarak yüksek oranlarda ulaşımında zorluk yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Aynı şekilde tele-terapinin desteklenmesi ve yaygınlaştırılmasına ilişkin görüşlerde de her iki gruptaki ebeveynlerde %70 oranlarında evet seçeneğini tercih etmişlerdir.

Tablo 11. Karşılaştırma Maddesi 2’ye İlişkin Analiz Sonuçları

Anket soruları → ↓	Ebeveynlerin yüz yüze terapileri izleme durumu					
	Evet		Hayır		<i>ki-kare</i>	<i>p</i>
Tele-terapilere destek verilmeli ve yaygınlaştırılmalı mı?	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Evet	21	63,6	53	76,8	1,946	.163
Hayır	12	36,4	16	23,2		
Toplam	33	100	69	100		
Tele-terapiyi kullanma tercihi	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>ki-kare</i>	<i>p</i>
Olumlu	4	12,1	8	11,6	0,414	.813
Olumsuz	12	36,4	21	30,4		
Kararsız	17	51,5	40	58,0		
Toplam	33	100	69	100		
Tele-terapiye bakış açıları	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>ki-kare</i>	<i>p</i>
Olumlu	5	12,5	13	18,8	0,209	.901
Olumsuz	6	18,2	12	17,4		
Kararsız	22	66,7	44	63,8		
Toplam	33	100	69	100		

Not: * = $p \leq 05$; ** = $p \leq 01$; *** = $p \leq 001$.

Karşılaştırma maddesi 2 bünyesinde yapılan analiz sonuçları incelendiğinde yüz yüze terapileri izleme şansı olan ve olmayan ebeveynlerin; Türkiye’de tele-terapinin destek görmesi ve yaygınlaştırılmasına ilişkin görüşleri arasında [$X^2 (sd=1, n=102) = 1,946, p>.05$], tele-terapiyi tercih edip etmemeleri arasında [$X^2 (sd=2, n=102) = 0,414, p>.05$] ve tele-terapiye karşı bakış açıları arasında [$X^2 (sd=2, n=102) = 0,209, p>.05$] istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmemiştir.

Yüz yüze yapılan terapileri izleme şansı olan ve olmayan ebeveynler tele-terapinin desteklenmesi ve yaygınlaştırılmasına ilişkin olumlu görüş bildirmişlerdir. Her iki gruptaki ebeveynlerinde çoğunluğu tele-terapiyi kullanma tercihleri noktasında kararsız olduklarını, karar bildirenlerin içinde ise yine her iki grupta da benzer oranlarda (%36,4-%30,4) olumsuz fikir beyan ettikleri görülmektedir. Her iki gruptaki ebeveynlerin üçte ikisini ifade eden (%66,7- %63,8) çoğunluğunun tele-terapiye bakış açıları noktasında kararsız olduklarını görülmektedir. Ebeveynler bir önceki soruda %30'lar seviyesinde kullanmayı tercih etmediklerini ifade etmiş olsalar da bakış açıları olumsuz olanları oranı %18,2-17,4 olarak daha düşük yüzdeler şeklinde elde edilmiştir.

Tablo 12. Karşılaştırma Maddesi 3'e İlişkin Analiz Sonuçları

Anket soruları → ↓	Ebeveynlerin tele-terapiyi kullanma tercihleri (n=45)					
	Olumlu (n=12)		Olumsuz (n=33)		ki-kare	p
Tele-terapilere destek verilmeli ve yaygınlaştırılmalı mı?	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Evet	12	100	12	36,4	14,318	.000***
Hayır	--	--	11	63,6		
Toplam	12	100	33	100		
Gerekli ekipmana sahip misiniz?	Olumlu (n=12)		Olumsuz (n=33)		ki-kare	p
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Evet	10	83,3	24	72,7	0,536	.464
Hayır	2	16,7	9	27,3		
Toplam	12	100	33	100		
E-yardımcılık yapabilir misiniz?	Olumlu (n=12)		Olumsuz (n=33)		ki-kare	p
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Evet	12	100	24	72,7	4,091	.043*
Hayır	--	--	9	27,3		
Toplam	12	100	33	100		

Not: * = $p \leq 05$; ** = $p \leq 01$; *** = $p \leq 001$.

Tablo 12'de sunulan karşılaştırma analizleri sonuçlarına göre tele-terapiyi tercih edeceğini ve etmeyeceğini ifade eden ebeveyn grupları arasında; gerekli ekipmana sahip olup olamama durumu açısından [$X^2 (sd=1, n=45) = 0,536, p>.05$] istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmemiştir. Tele-terapiyi kullanmak isteyen ve istemeyen ebeveynler benzer oranlarda ve çoğunlukla gerekli ekipmanlara sahip olduklarını bildirmişlerdir.

Türkiye'de tele-terapinin destek görmesi ve yaygınlaştırılmasına ilişkin görüşleri arasında [$X^2 (sd=1, n=45) = 14,318, p<.05$] ve e-yardımcılık yapabilme durumları arasında [$X^2 (sd=1, n=45) = 4,091, p<.05$] ise istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmiştir. Olumlu görül bildiren ebeveynlerin tamamı tele-terapinin desteklenmesi ve yaygınlaştırılması isterken bu oran olumsuz görüş bildiren ebeveynlerde %63,6 olarak elde edilmiştir. Benzer şekilde yine olumlu görüş bildiren ebeveynlerin tamamı e-yardımcılık yapabileceklerini ifade ederken bu oran olumsuz görüş bildiren ebeveynler grubunda %72,7 olarak elde edilmiştir.

Tablo 13. Karşılaştırma Maddesi 4'e İlişkin Analiz Sonuçları

Anket soruları → ↓	Çocuğunuz tele-terapi seansı aldı mı?					
	Evet		Hayır		<i>ki-kare</i>	<i>p</i>
Tele-terapiye bakış açıları	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Olumlu	4	44,4	14	15,1	6,536	.038*
Olumsuz	--	--	18	19,4		
Kararsız	5	55,6	61	65,6		
Toplam	9	100	93	100		
Tele-terapi ile yüz yüze seanslar arasında farklılık var mı?	Evet		Hayır		<i>ki-kare</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Evet	9	100	71	76,3	2,715	.099
Hayır	--	--	22	23,7		
Toplam	9	100	93	100		

Not: * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$

Tablo 13'de yer alan ve çocuğu daha önce tele-terapi alan ve almayan ebeveynlerin tele-terapiye karşı bakış açılarının ve tele-terapi ile yüz yüze terapi arasında farklılık olup olmadığına ilişkin görüşleri karşılaştırılmıştır. Çocuğu tele-terapi almış olan ebeveynlerin tamamı ve almayanların çoğunluğu yüz yüze seanslara göre tele-terapinin farklılıkları olduğunu ifade etmişlerdir ve elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir [$X^2 (sd=1, n=102) = 2,715, p>.05$].

Tele-terapiye bakış açıları çerçevesinde yapılan karşılaştırma sonucunda ise [$X^2 (sd=1, n=102) = 6,536, p<.05$] anlamlı farklılığa ulaşılmıştır. Her iki grupta da kararsız olan ebeveynler çoğunluğu oluşturmalarına rağmen çocuğu tele-terapi alan hiçbir ebeveyn olumsuz görüş bildirmemiştir ancak bu oran daha önce tele-terapi almayanlarda %19,4 şeklinde elde edilmiştir.

Tablo 14. Karşılaştırma Maddesi 5'e İlişkin Analiz Sonuçları

Anket soruları → ↓	Tele-terapiye bakış açısı (n=36)					
	Olumlu (n=18)		Olumsuz (n=18)		ki-kare	p
Çocuğun tanı durumu	n	%	n	%		
Akıcılık Bozuklukları	1	5,9	2	10,5	4,821	.306
Gecikmiş Dil ve Konuşma	4	23,5	5	26,3		
Gelişimsel Dil Bozuklukları	3	17,6	8	42,1		
Konuşma Sesi Bozuklukları	6	35,3	2	10,5		
Motor Konuşma Bozuklukları	3	17,6	2	10,5		
Toplam	18	100	18	100		
Anket soruları → ↓	Çocuğunuz tele-terapiye uygun mu?					
	Evet		Hayır		ki-kare	p
Çocuğun tanı durumu (n=98)	n	%	n	%		
Akıcılık Bozuklukları	5	20	1	1,4	16,488	.002**
Gecikmiş Dil ve Konuşma	4	16	24	32,4		
Gelişimsel Dil Bozuklukları	6	24	31	41,9		
Konuşma Sesi Bozuklukları	6	24	8	10,8		
Motor Konuşma Bozuklukları	4	16	10	13,5		
Toplam	25	100	74	100		
Anket soruları → ↓	Çocuğun masa başında oturabilme süresi					
	0-30 dk (n=50)		30+ dk (n=52)		ki-kare	p
Çocuğun tanı durumu	n	%	n	%		
Akıcılık Bozuklukları	4	8,0	2	3,8	14,815	.022*
Gecikmiş Dil ve Konuşma	21	42,0	7	13,5		
Gelişimsel Dil Bozuklukları	15	30,0	22	42,3		
Konuşma Sesi Bozuklukları	4	8,0	10	19,2		
Motor Konuşma Bozuklukları	6	12,0	8	15,4		
Dudak Damak Yarıklığı	0	0	1	1,9		
Tanısı Olmayan	0	0	2	3,8		
Toplam	50	100	52	100		

Not: * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$.

Araştırmamızın son karşılaştırma grubuna ilişkin analizlerin yer aldığı Tablo 14'de sunulan bulgulara göre ebeveynlerin tele-terapiye bakış açılarına göre oluşturulan gruplar arasında; çocuğun tanı durumu bakımından anlamlı farklılık bulunmazken [$X^2 (sd=4, n=36) = 4,821, p > .05$], çocuğunun tele-terapiye uygun olup olmaması şeklinde oluşturulan gruplar arasında [$X^2 (sd=4, n=98) = 16,488, p < .05$] ve çocuğun masa başında oturabilme süresi bağlamında oluşturulan gruplar arasında çocuğun tanı durumu açısından anlamlı farklılık [$X^2 (sd=4, n=98) = 14,815, p < .05$] elde edilmiştir.

Çocuğunun tele-terapiye uygun olduğunu ifade edenler içinde gelişimsel dil bozuklukları tanımlı çocukların ebeveynlerinin oranı %24 iken bu oran çocuğum uygun

değil diyen ebeveynlerde %41,9 şeklinde elde edilmiştir. Elde edilen diğer farklılıklar konuşma sesi bozukluklarında %24 ve %10,8, gecikmiş dil ve konuşma grubunda %16'ya % 32,4 ve akıcılık bozukluklarında %20'ye %1,4 şeklinde elde edilmiştir.

0-30dk boyunca masa başı etkinliklerine devam edebilenler arasında en yüksek yüzdeye sahip tanı grubu %42 ile gecikmiş dil ve konuşma grubu iken aynı grubun 30 dakika ve üzeri etkinliğe devam edebilme oranı %13,5 olarak belirlenmiştir. 30 dakika ve üzeri masa başı etkinlik sürdürebilen çocuklar içinde ise en yüksek oran %42,3 ile gelişimsel dil bozuklukları grubu olmuştur. Ayrıca gelişimsel dil bozuklukları grubu 0-30 dakika etkinliğe devam edebilenler içinde de %30'luk bir temsil gücüne sahiptir.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada Türkiye’ de dil ve konuşma terapisi alan çocukların ebeveynlerinin tele-terapi hizmetlerine bakış açılarını incelemek amaçlanmıştır. Araştırma Türkiye ‘de dil ve konuşma terapisi alan çocukların ebeveynlerinden oluşan 102 aileyi kapsamaktadır. Çalışmada “Ebeveynlerin Tele-terapi’ ye Bakış Açıları Anketi” ve “Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu” veri araçları olarak kullanılmıştır. Elde edilen veriler ile alinyazındaki var olan bilgiler karşılaştırılmış ve daha sonra yorumlanmıştır.

Katılımcıların tele-terapinin avantajları ve dezavantajları hakkında tanımlayıcı olarak seçtiklerine bakıldığında Tablo 7’de sunulan avantajlara ilişkin dağılımlar incelendiğinde 33 (%32,3) katılımcının sadece bir seçenek işaretlediği, işaretlenen tekli seçenekler içinde ise en yüksek frekansın 14 katılımcı (%13,7) zaman bakımından esneklik sağlaması seçeneği olduğu görülmektedir. Çoklu kombinasyonlar içinde ise 10’ar (%9,8) katılımcının zaman bakımından esneklik + ekonomik olarak avantajlı + ulaşılabilir olması kombinasyonunu ve tüm avantajları ifade eden kombinasyonun yani bir bakıma hepsi seçeneğinin olduğu görülmektedir. Geri kalan seçenekler bireylerin kişisel farklılıkları ve uygunlukları açısından ebeveynler tarafından ayrı ayrı seçilmiştir. Aynı durum tele-terapide dezavantajlar dağılımları için de geçerlidir.

Tablo 8 ve Tablo 9’da yer alan dezavantajların dağılımları incelendiğinde ise tek seçenek işaretleyen katılımcı sayısı 13 (%12,7) olarak hesaplanmıştır. Kombinasyonlara ilişkin dağılımlarda ise iki kombinasyonun 16’şar (%15,7) katılımcı tarafından işaretlenerek en yüksek frekanslara sahip oldukları belirlenmiştir. Bu iki seçenekten birisi tüm dezavantajların yer aldığı kombinasyon, diğer seçenek ise bağlantı sorunları riski + yeterli iletişimin sağlanamaması + kriz yönetmede zorluk + dışsal uyaranlar + konsantrasyon eksikliği kombinasyonudur.

Bu verilere genel olarak bakıldığında ASHA (2020) ve Tucker (2012) ‘in tele-terapi için yapılan çalışmalarında belirledikleri dezavantajlar ve avantajlar ile benzerlik göstermektedir.

Yapılan anket sorularının verilerine göre; dil ve konuşma terapisi alan çocukların çoğunluğunun dil ve konuşma merkezinde hizmet aldığı (%53,9), ikinci sırada özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde (%24,5) hizmet aldığı görülmektedir. Kendilerine en yakın merkezden dil ve konuşma terapisi almayı tercih eden bireyler bu sebep ile ulaşma çok vakit harcamadıklarını dile getirmişlerdir. Hizmet sağlanan kuruma ulaşmak için ailelerin %46,1'i 0-30 dakika zaman harcarsen, %25'i 30-45 dakika arası zaman harcamaktadır. Ulaşım için en uzun zaman dilimini ifade eden 60 dakika ve üzerinde zaman harcayan ailelerin oranı ise %12,7 olarak belirlenmiştir. Bir hafta içinde sadece seanslara gidip gelmek için harcanan toplam süreler incelendiğinde ebeveynlerin %53,9'unun 0-2 saat aralığında zaman harcadıkları belirlenmiştir. Harcanan zamanların ebeveynler için zorluğa neden olup olmadığı sorusunda ise ailelerin büyük çoğunluğunu ifade eden %92,2'sinin zorluk yaşamadıkları görülmektedir. Ancak 25 kişi tele-terapinin avantajları zaman bakımından esneklik sağlaması ve ulaşılabilirlik açısından avantaj sağladığını dile getirmişlerdir. Buna göre kişiler kurumlara olan ulaşımalarında zorluk yaşamadıklarını ancak yolda harcadıkları zamanı bir kayıp olarak gördüklerini göstermektedir. Ki kare karşılaştırma analizi 1'e göre ulaşımında zorluk yaşama bağlamındaki dağılımlarda da hem 0-2 saat hem de 2+ saat zaman harcayan ebeveyn grupları benzer olarak yüksek oranlarda (%92,2'si) ulaşımında zorluk yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Alanyazında yapılan araştırmalarla (ASHA 2020; Tucker 2012) bu durum örtüşmektedir.

Kalan %7,8'lik kısmın hizmete erişimde zorluk yaşadıkları görülmektedir. Bu da merkezi bölgelere uzak oturan ailelerin dil ve konuşma terapisi hizmetlerine ulaşımında eşitsizlik yaşadıklarını gözler önüne sermektedir. Benzer şekilde Fairwather 'ın (2016) çalışmasında sağlık hizmetleri ele alındığında hızlı ve rahat ulaşımında eşitsizlikler olduğu ve bu durumun özellikle kırsal ve kentsel bölgelerde daha sık yaşandığı görülmektedir. Çalışmanın karşılaştırma analizlerinden yola çıkılarak ebeveynlerin bir haftada yola harcadıkları süre ile ulaşımında zorluk yaşayıp yaşamadıkları durumları arasında anlamlı bir farklılık elde edilememiştir.

Araştırma bulgularında seans esnasında çocuğunu izleme şansı bulabilen ailelerin oranı %32,4 olarak elde edilmiştir. Ailelerin %67,6'sı çocuklarının terapilerini izleme şansına sahip değildir. Ancak tele-terapi hizmeti alan çocukların ailelerinin tümü yapılan

seansları izleyebilmektedir. Hindistan’da yapılan bir araştırmada (Sikka K., 2022) ebeveynler (%97’si) tele-terapi seanslarını izlemenin olumlu olduğunu ve seanslar sırasında neler olup bittiğini anlayabildiklerini bildirmiştir. Ayrıca, terapist tarafından çocukta dil becerilerini geliştirmek için verilen stratejiler, ailelerde seansta ve seanslardan sonra takip etmeleri için kapsamlı olmuş ve onlar için bir avantaj niteliğinde görülmüştür. Bu, ebeveynlerin katılımı olarak tele-terapinin etkisinden bahsederken çok önemlidir ve sürecin genel sonucu büyük ölçüde ebeveynlerin ve yakın aile üyelerinin seanslar sırasında yapılanlara ne kadar dahil olabildikleri ve takip edebildiklerine bağlıdır. Yakın aile üyelerini, çocuğun konuşma ve dil gelişimine katkıda bulunan tüm rehabilitasyon sürecine aktif olarak katılmaya motive edecektir. Bu sebeple seansları izleyebilme ihtimali çocukların performanslarını artırabilir sonucuna varılabilmektedir. Tele-terapi hizmet sunumunun bu açıdan etkisinin büyük olduğu göze çarpmaktadır.

Verilere göre daha önce tele-terapi alan 9 çocuğun alınan tele-terapiden memnun olma düzeyleri %66,7 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca ebeveynlerin %88,8’i çocukların tele-terapi seansına uyum sağladığını ifade etmişlerdir. Bu da alan yazında yapılan çalışmalarla örtüşmektedir (Boisvert ve ark., 2010; Parmanto ve ark., 2013; Coufal ve ark., 2017). Karşılaştırma analizi 2’de yüz yüze terapileri izleme şansı olan ve olmayan ebeveynlerin; Türkiye’de tele-terapinin destek görmesi ve yaygınlaştırılmasına ilişkin görüşleri arasında tele-terapiyi tercih edip etmemeleri arasında ve tele-terapiye karşı bakış açıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmemiştir. Yüz yüze yapılan terapileri izleme şansı olan ve olmayan ebeveynler tele-terapinin desteklenmesi ve yaygınlaştırılmasına iki grupta olumlu görüş bildirmişlerdir. Her iki gruptaki ebeveynlerin üçte ikisini ifade eden (%66,7- %63,8) çoğunluğunun tele-terapiye bakış açıları noktasında kararsız olduklarını görülmektedir. Ebeveynler tarafından belirtilen bu kararsızlık onların tele-terapi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları (%74,6) ile de tutarlılık göstermektedir. Balseçelen’in (2022) yaptığı bir çalışmada katılımcılar tele-terapi hizmetini seçmelerinin nedenini tele-terapi hakkında bilgi sahibi olmalarından kaynaklı olduğu söylemişlerdir. Ebeveynler tarafından belirtilen bu kararsızlık tele-terapiye yönelik bilgi eksikliğiyle açıklanabilir.

Çalışmamızda tele-terapiyi tercih edeceğini ve etmeyeceğini ifade eden ebeveyn grupları arasında; gerekli ekipmana sahip olup olamama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmemiştir. Tele-terapiyi kullanmak isteyen ve istemeyen ebeveynler benzer oranlarda ve çoğunlukla gerekli ekipmanlara sahip olduklarını bildirmişlerdir. Bu da Türkiye’de popülasyonun küçük bir kısmına bakıldığında tele-terapinin teknolojik gereksinimleri karşılayabileceğini göstermektedir.

Karşılaştırma analizi 3’te Türkiye’de tele-terapinin destek görmesi ve yaygınlaştırılmasına ilişkin görüşleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmiştir. Olumlu görüş bildiren ebeveynlerin tamamı tele-terapinin desteklenmesi ve yaygınlaştırılması isterken bu oran olumsuz görüş bildiren ebeveynlerde %63,6 olarak elde edilmiştir. İki grupta da ebeveynlerin çoğunluğu tele-terapinin yaygınlaştırılması gerektiğini belirtmişlerdir. Valentine (2014) İnternet erişiminin gelişmekte olduğu bu günümüzde tele-terapi uygulamaları yaygınlaşmakta olduğunu belirtirken Carey ve ark. (2010;2012) çalışmalarında dil-konuşma güçlükleri olan vakaların da bu hizmetten yarar görebileceğine yönelik bulguların artmakta olduğunu savunmaktadır. Bununla birlikte benzer şekilde yine olumlu görüş bildiren ebeveynlerin tamamı e-yardımcılık yapabileceklerini ifade ederken bu oran olumsuz görüş bildiren ebeveynler grubunda %72,7 olarak elde edilmiştir. Bu da tele-terapi de e-yardımcılık hakkında yeterli bilgiye sahip olmayan ebeveynlerin tele-terapiye bakış açılarını etkilediklerini göstermektedir. E-yardımcılar; pasif duran gözlemci rolünde değillerdir. Seansta her iki tarafın iletişim kurmasına yardım ederler. Terapi tekniklerini öğrenmede ve gün boyunca yapılacak olan aktivitelerle vakaların bağımsızlık hissi geliştirmelerini desteklemede önemli bir rol üstlenirler (Towey, 2013). Bu sebeple dil ve konuşma terapistleri ebeveynleri yeterince eğitim aldıkları konusunda değerlendirmelidirler (ASHA, 2014).

Karşılaştırma analizi 4’e ilişkin analiz sonuçlarında çocuğu daha önce tele-terapi alan ve almayan ebeveynlerin tele-terapiye karşı bakış açılarının ve tele-terapi ile yüz yüze terapi arasında farklılık olup olmadığına ilişkin görüşleri karşılaştırılmıştır. Çocuğu tele-terapi almış olan ebeveynlerin tamamı ve almayanların çoğunluğu yüz yüze seanslara göre tele-terapinin farklılıkları olduğunu ifade etmişlerdir. Tele-terapiye bakış açıları çerçevesinde yapılan karşılaştırma sonucunda anlamlı farklılığa ulaşılmıştır. Her iki grupta da kararsız olan ebeveynler çoğunluğu oluşturmalarına rağmen çocuğu tele-terapi

alan hiçbir ebeveyn olumsuz görüş bildirmemiştir. Bu veriler Balseçen'in (2022) yaptığı çalışmada tele-terapi hizmet modelini deneyimleyen ebeveynlerin (e-yardımcıların) tele-terapiye bir avantaj olarak baktıkları ve kullanmaya devam etmek istedikleri tele-terapi hizmet modelinden gelecekte yaygın bir şekilde yararlanılabileceğine ilişkin sonuçları ile örtüşmektedir.

Son olarak; araştırmanın son karşılaştırma grubuna ilişkin analizlerin yer aldığı Tablo 14'te sunulan bulgulara göre ebeveynlerin tele-terapiye bakış açılarına göre oluşturulan gruplar arasında; çocuğun tanı durumu bakımından anlamlı farklılık bulunmazken çocuğunun tele-terapiye uygun olup olmaması şeklinde oluşturulan gruplar arasında çocuğun tanı durumu açısından anlamlı farklılık elde edilmiştir.

0-30dk boyunca masa başı etkinliklerine devam edebilenler arasında en yüksek yüzdeye sahip tanı grubu (%42) ile gecikmiş dil ve konuşma grubu iken aynı grubun 30 dakika ve üzeri etkinliğe devam edebilme oranı %13,5 olarak belirlenmiştir. 30 dakika ve üzeri masa başı etkinlik sürdürebilen çocuklar içinde ise en yüksek oran (%42,3) ile gelişimsel dil bozuklukları grubu olmuştur. Ayrıca gelişimsel dil bozuklukları grubu 0-30 dakika etkinliğe devam edebilenler içinde de %30'luk bir temsil gücüne sahiptir.

Çocuğunun tele-terapiye uygun olduğunu ifade edenler içinde gelişimsel dil bozuklukları tanımlı çocukların ebeveynlerinin oranı %24 iken bu oran çocuğun uygun değil diyen ebeveynlerde %41,9 şeklinde elde edilmiştir. Elde edilen diğer farklılıklar konuşma sesi bozukluklarında %24 ve % 10,8, gecikmiş dil ve konuşma grubunda %16'ya % 32,4 ve akıcılık bozukluklarında %20'ye %1,4 şeklinde elde edilmiştir. Alanyazındaki çalışmalara bakıldığında; tele-terapi hizmetlerinde pek çok bozukluk üzerinde tele-terapi hizmet yöntemin etkililiği incelenmiştir. KSB alanında yapılan çalışmalarda (Grogan-Johnson ve ark. 2011; Coufal ve arkadaşları, 2017) araştırmalarının sonucunda tele-terapi ve geleneksel yüzyüze terapi modelleri arasında iki grubun farklılaşmadığı, uygun dönütleri her iki grupta da aldıkları görülmüştür. KSB terapisinde tele-terapinin geleneksel yüz yüze terapi kadar etkili olduğunu kanıtlanmaktadır. Bu sonuçlar araştırmanın ki kare analizinde KSB tanımlı çocukların ebeveynlerinin tele-terapiye bakış açısıyla benzer bulguları yansıtmaktadır. Gelişimsel dil alanında yapılan çalışmalarda Parmanto ve ark. (2013) ve Bosivert (2010) 'ın çalışmalarıyla benzerlik

göstermektedir. Henüz gelişimsel dil ve gecikmiş dil de çok çalışma yapılamamasına rağmen tele-pratiğin ek araştırmaları garanti eden ancak umut verici bir yaklaşım olduğu belirtilmiştir. Bu da çalışmamızdaki tanıya bağımlı tele-terapi uyumluluğu açısından gelişimsel dil ve gecikmiş dilde benzerlik göstermektedir. En yüksek uyumluluğun çıktığı akıcılık bozukluğu tanı grubu ile tele-terapi uygunluğu bulguları akıcılık bozukluğu üzerine alan yazında yapılan çalışmaların (Cangi ve Togram 2020; Lewis ve ark., 2008; Irani, 2010; Carey ve ark., 2012; Valentine, 2015) sonuçlarıyla eşleştiğini yansıtmaktadır. Theodoros'a (2012) çalışmasına göre; tele-terapi hizmeti alanında büyük ölçüde çocuklar ve yetişkin popülasyonda nörolojik iletişim bozuklukları, ses bozuklukları, kekemelik; artikülasyon, dil ve okuma bozukluklarıyla ilgilidir. Bu durumun çalışmamızın tanı durumu ve tele-terapi uyumu çaprazlamasının sonuçlarını yansıttığı varsayılmaktadır.

6. SONUÇ

Türkiye’de dil ve konuşma terapisi alan çocukların ebeveynlerinin tele-terapiye bakış açılarının incelendiği bu çalışmanın sonucunda; teknolojik açıdan yaşanan ilerlemenin dil ve konuşma terapisi hizmetlerinde de yeni bir çağ açtığını ve bunun tele-terapi hizmetleri ile sağlandığı görülmektedir. Araştırma sürecinde ailelerin beveynlerin çoğunluğunun tele-terapi hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı ve bu sebeple tele-terapiye bakış açılarının çoğunlukla kararsız olduğu görülmüştür. Araştırmanın sonunda kabul eden tüm ailelere informal bir şekilde tele-terapi hizmetleri hakkında bilgi verilmiştir.

Ebeveynlerin tele-terapiye dair tanı grubuna yönelik bireysel farklılıklar açısından seçtikleri seçenekler dışında ortak olarak belirttikleri kolaylıklar olarak; Zaman Bakımından Esneklik Sağlaması + Ekonomik Acıdan Daha Avantajlı Olması +Ulaşılabilir Olması + Sosyal Fobi ve Benzeri Durumlarında Mekân Esnekliği + Fizyolojik Problemlili Bireylerde İşlevsel Olması seçeneklerini, zorluklar olarak ise; bağlantı sorunları riski + yeterli iletişimin sağlanamaması + kriz yönetmede zorluk + dışsal uyaranlar + konsantrasyon eksikliği seçeneklerini seçtikleri görülmüştür. Bu da ebeveynlerin bir kısmının tele-terapiye olan olumlu bakışlarını sergilerken bir grup ebeveynin seçimleri üzerinden ise her birey için uygun bir seçenek olmayabileceğini göstermektedir. Çalışmanın verilerine göre tanı gruplarında ebeveynlerin görüşlerinde en çok akıcılık bozuklarının ve konuşma sesi bozukluklarının tele-terapide tercih edildiği sonucuna varılabilmektedir.

Tele-terapilerin etkililiği hakkında alanyazındaki araştırmaların çoğu olumlu olmakla birlikte iyi bir terapi süreci ve memnun ebeveynler için uygun aday kriterlerini ve tele-terapi için koşulları sağlayan aileler ile çalışılması açısından değerlendirilmeye devam edilmelidir. Ülkemizde gelişiminde desteğe ihtiyaç duyulan çocuklar için imkanların kolaylaştırılması için düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu koşulları sağlayamayan aileler için (yeterli bilgi sahibi olamama, telekomünikasyon açısından eksik kalma ve erişimde zorluk gibi) çözüm yolları aranmalıdır.

Araştırmanın sunduğu bu veriler tele-terapi hizmet sunumunun en üst düzeye çıkarılabilme açısından oldukça önem arz etmektedir.

6.1 ÖNERİLER

Daha önce tele-terapi alan bireylerin ebeveynleri ile almayan bireylerin ebeveynleri arasında bir çalışma yapılabilir. DKT'lerin tele-terapi alanında her tanı grubundaki pediatrik grup ile terapilerine yönelik çalışma yapılabilir. DKT'lerin tele-terapi alanında her tanı grubundaki yetişkin grup ile terapilerine yönelik çalışma yapılabilir. Daha önce tele-terapi yapan ve yapmayan DKT'lerin görüşleri üzerine bir çalışma yapılabilir. Tanı grupları için tele-terapi kullanım stratejilerine yönelik bir klavuz geliştirilebilir. Daha önce tele-terapi almamış bireylerin ayda belli bir seans sayısında tele-terapi deneyimlemeleri ve iki hizmet modeli arasında bir farklılık olup olmadığını deneyimleyerek keşfetmelerini sağlayacak bir çalışma üzerine gidilebilir. Ebeveynlerin tele-terapi hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla spesifik bir çalışma yapılabilir. Kırsal kesimde yaşayan ve dil ve konuşma terapisine ihtiyaç duyan aileler için tele-terapinin etkililiği üzerine ayrıntılı çalışmalar yapılabilir.

KAYNAKÇA

- (Dil ve Konuşma Terapistleri Derneği DKTD). (2020) Dil ve Konuşma Terapisinde Teleterapi Klavuzu. <https://www.dktd.org/tr/article/desc/56937/dktd-tele-terapi-kilavuzu.html> adresinden alınmıştır. (Erişim Tarihi: 24.10.2022)
- Aggarwal, K., Patel, R., & Ravi, R. (2020). Uptake of telepractice among speech-language therapists following COVID-19 pandemic in India.
- Akamoglu, Y., Meadan, H., Pearson, J. N., & Cummings, K. (2018). Getting Connected: Speech and Language Pathologists' Perceptions of Building Rapport via Telepractice. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 30(4), 569–585.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- American Speech Language Hearing Association (2014). *Telepractice*. (Practice Portal). www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Telepractice/ (Erişim Tarihi: 23.11.2022)
- American Speech-Language-Hearing Association. (2016). *Scope of practice in speech-language pathology*. www.asha.org/policy/ adresinden alınmıştır (Erişim Tarihi: 01.08.2022).
- American Speech-Language-Hearing Association. (2020). *Telepractice*, <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/telepractice/> adresinden alınmıştır (Erişim Tarihi: 05.02.2022).
- American Tele-Medicine Association (2013). Telehealth: Defining 21st Century Care. <https://www.americantelemed.org/resource/why-telemedicine/> Erişim Tarihi: 28.10.2022

- Anderson, K., Balandin, S., Stancliffe, R. J., & Layfield, C. (2014). Parents' Perspectives on Tele-AAC Support for Families with a New Speech Generating Device: Results from an Australian Pilot Study. *Perspectives on Telepractice*, 4(2), 52–60.
- ASHA (2018) www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Cleft-Lip-and-Palate/ adresinden alınmıştır. (Erişim Tarihi: 24.12.2022)
- ASHA (American Speech-Language-Hearing Association), Speech-Language Pathologists Providing Clinical Services via Telepractice: Position Statement (2005). www.asha.org/policy.
- ASHA (American Speech-Language-Hearing Association), Survey of Telepractice Use Among Audiologists and Speech-Language Pathologists. Rockville, MD: Author (2002).
- ASHA. (2021). *Telepractice. (Practice Portal)*. <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/telepractice/>
- Balseçen, B. (2022) E-Yardımcıların Tele-terapi Hizmet Sunum Modeline İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: İzmir Bakırçay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Barkaia, A., Stokes, T. F., Ve Mikiashvili, T. (2017). Intercontinental telehealth coaching of therapists to improve verbalizations by children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 50(3), 582-589.
- Behl, D. D., & Kahn, G. (2015). Provider Perspectives on Telepractice for Serving Families of Children who are Deaf or Hard of Hearing. *International Journal of Telerehabilitation*, 7(1), 3–12.
- Biraj Bhattarai; Tanvi Sanghavi; B. P. Abhishek (2021). Challenges in Delivering Tele-Practice Services for Communication Disorders Among Audiologists and Speech Language Pathologists. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*.

- Birkan, B. “Küçük Adımlar Kursu’nun Gelişim geriliği Olan Çocuğa Sahip Annelerin Küçük Adımları Uygulama Becerilerini Kazanmalarına Etkisi”, A.Ü. Yayınları, Eskişehir, 2002
- Boisvert, M., Lang, R., Andrianopoulos, M., Boscardin, M. L. (2010). Telepractice in the assessment and treatment of individuals with autism spectrum disorders: A systematic review. *Developmental Neurorehabilitation*, 13(6), 423-432.
- Brennan, D., Georgeadis, A., Baron, C., & Barker, L. (2004). The effect of videoconference-based telerehabilitation on story retelling performance by brain-injured subjects and its implications for remote speech-language therapy. *Telemedicine Journal & e-Health*, 10, 147-154.
- Brienza, D. M., McCue, M., Introduction to Telerehabilitation. In: Kumar, S. and Cohn, E. R. (ed.) *Telerehabilitation*. pp. 1–11. Springer, London (2013).
- Büyüköztürk, Ş. (2017). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: istatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum [Data analysis handbook for social sciences: statistics, research design, SPSS applications and interpretation]. *Baskı (23rd Edition)*. Ankara: Pegem Akademi.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç, Ç. E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2013). Bilimsel araştırma yöntemleri (2.Basım). Pegem Akademi.
- Cangi, M. E., & Toğram, B. (2020). Stuttering therapy through telepractice in Turkey: A mixed method study. *Journal of Fluency Disorders*, 66, 105793.
- Carey, B., O’Brian, S., Onslow, M., Block, S., Jones, M., Packman, A., (2010). Randomized controlled non-inferiority trial of a telehealth treatment for chronic stuttering: The Camperdown Program, *International Journal of Language and Communication Disorders*, 45 (1), 108-120.
- Carey, B., O’Brian, S., Onslow, M., Packman, A., Menzies, R., (2012). Webcam delivery of the Camperdown Program for adolescents who stutter: A phase i trial, *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 43, 370-380.

- Constantine, K. M. (2015). Survey of telepractice in speech-language pathology graduate programs.
- Coufal, K., Parham, D., Jakubowitz, M., Howell, C., & Reyes, J. (2017). Comparing Traditional Service Delivery and Telepractice for Speech Sound Production Using a Functional Outcome Measure. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(1), 82–90.
- Crutchley, S., Alvare, R. L.; Cambell, M. F., (2013). Getting started: Building a successful telepractice program, *Telepractice in Speech-Language Pathology*, 51-55.
- Crutchley, S., Dudley, W., Campbell, M., (2010). Articulation assessment through videoconferencing: A pilot study. *Communications of Global Information Technology*, 2, 1223.
- Dixon, B. E., Hook, J. M. ve McGowan, J. J. (2008). *Using telehealth to improve quality and safety: Finding from the AHRQ Portfolio*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality
- Douglass, H., Lowman, J. J., & Angadi, V. (2021). Defining Roles and Responsibilities for School-Based Tele-Facilitators: Intraclass Correlation Coefficient (ICC) Ratings Of Proposed Competencies. *International Journal of Telerehabilitation*, 13(1).
- Duffy, J. R. (2013). *Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management*. St. Louis, MO: Elsevier.
- Duru H, Akgün EG, Maviş İ. Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi (DKYAD) Journal of Language, Speech and Swallowing Research Araştırma Afazili Vakalarda Değerlendirme Sonuçlarının Analizi 1. Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Derg 1(3): 257–80, 2018.
- Elbasan B., ed. *Pediyatrik Fizyoterapi Rehabilitasyon*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri; 2017.

- Fairweather, G. C., Lincoln, M. A., ve Ramsden, R. (2016). Speech-language pathology teletherapy in rural and remote educational settings: Decreasing service inequities. *International journal of speech-language pathology*, 18(6), 592-602
- Fong, B., Fong, A. C. M., ve Li, C. K. (2011). *Telemedicine technologies: Information technologies in medicine and telehealth*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Forducey, P. (2006). Speech telepractice program expands options for rural Oklahoma schools. *ASHA Leader*, 11, 12-13.
- Gabel, R., Grogan-Johnson, S., Alvares, R., Bechstein, L. ve Taylor, J. (2013). A field study of telepractice for school intervention using the ASHA NOMS K-12 database. *Communication Disorders Quarterly*, 35(1), 44–5. <https://doi.org/10.1177%2F1525740113503035>
- Gay, L. R., Mills, G. E. and Airasian, P. W. (2012). *Educational research: Competencies for analysis and applications*. London: Pearson.
- Glogowska, M., Campell R., “Investigating Parental Views of Involvement in Pre-school Speech and Language Therapy”, *Int. J. Lang. Comm. Dis.*, 2000, Vol. 35, No.3, 391- 405
- Grela Bernard G., Illerbrun D., “Evaluating Rural Preschool Speech-Language Services: Consumer Satisfaction”, *Int. J. Disability, Development and Education*, 1998 Vol. 45, No. 2, 203-216
- Grogan-Johnson, S., Gabel, R. M., Taylor, J., Rowan, L. E., Alvares, R., & Schenker, J. (2011). A Pilot Exploration of Speech Sound Disorder Intervention Delivered by Telehealth to School–Age Children. *International Journal of Telerehabilitation*, 3(1), 31.
- Grogan-Johnson, S., Meehan, R., McCormick, K., Miller, N., Results of a national survey of preservice telepractice training in graduate speech-language pathology and audiology programs, *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 42 122-137 (2015).

- Grogan-Johnson, S., Schmidt, A. M., Schenker, J., Alvares, R., Rowan, L. E., ve Taylor, J. (2013). A comparison of speech sound intervention delivered by telepractice and side-by-side service delivery models. *Communication Disorders Quarterly*, 34 (4), 210-220.
- Hall, N. C., An investigation of the efficacy of direct and indirect AAC service provision via telepractice, Doktora Tezi, University of Massachusetts Amherst, Massachusetts, ABD (2013).
- Hall, N., Boisvert, M., Ve Steele, R. (2013). Telepractice in the assessment and treatment of individuals with aphasia: A systematic review. *International Journal of Telerehabilitation*, (1), 27.
- Hill, A. J., Theodoros, D., Russell, T., & Ward, E. (2009). Using telerehabilitation to assess apraxia of speech in adults. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 44(5), 731–747.
- Houston, K. T., Stredler-Brown, A., ve Alverson, D. C. (2012). More than 150 years in the making: The evolution of telepractice for hearing, speech, and language services. *The Volta Review*, 112(3), 195– 205.
- Jin Y, Yang H, Ji W, et al. Virology, epidemiology, pathogenesis, and control of COVID-19. *Viruses*. 2020;12(4):E372
- Kairy, D., Lehoux, P., Vincent, C., & Visintin, M. (2009). A systematic review of clinical outcomes, clinical process, healthcare utilization and costs associated with telerehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 31(6), 427–447.
- Karasar, N. (2013). Bilimsel araştırma yöntemi. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Keidel, M., Vauth, F., Richter, J., Hoffmann, B., Soda, H., Griewing, B., ve Scibor, M. (2017). Telerehabilitation nach Schlaganfall im häuslichen Umfeld [Home-based telerehabilitation after stroke]. *Der Nervenarzt*, 88(2), 113–119.

- Kozma, C. (2013). Down sendromlu bebekler. K. S. Gundersen (Ed.). Down Sendromu nedir? İstanbul: Down Sendromu Derneği İktisadi İşletmesi Yayınları.
- Kully, D. (2000). Telehealth in speech pathology: Applications to the treatment of stuttering. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6 (Suppl 2): S2:39-S2:41.
- Leiguarda RC, Marsden CD. (2000). Limb apraxias: higher-order disorders of sensorimotor integration. *Brain*, 123:860-879
- Mashima, M. & Doarn, C. (2008). Overview of telehealth activities in speech-language pathology. *Telemedicine and e-Health*, 14 (10), 1101-1117.
- Mashima, M., Birkmire-Peters, D., Syms, M., Holtel, M., Burgess, L., & Peters, L. (2003). Telehealth: Voice therapy using telecommunications technology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 12, 432-439.
- Mashima, P. A., Doarn, C. R., Overview of telehealth activities in speech-language pathology, *Telemedicine and e-Health*, 14 (10) (2008).
- McGill, M., & Fiddler, K. (2021). A User's Guide for Understanding and Addressing Telepractice Technology Challenges via ZOOM. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 6(2), 494–499.
- Mohan, H. S., Anjum, A., ve Rao, P. (2017). A survey of telepractice in speech-language pathology and audiology in India. *International Journal of Telerehabilitation*, 9(2), 69–80. <https://doi.org/10.5195/ijt.2017.6233>
- Molini-Avejonas, D. R., Rondon-Melo, S., Amato, C. A. H., Samelli, A. G., A systematic review of the use of telehealth in speech, language and hearing sciences, *Journal of Telemedicine and Telecare* (2015).
- Musaji, I., Roth, B., Coufal, K., Parham, D. F., & Self, T. L. (2021). Comparing In-Person And Telepractice Service Delivery For Spoken Language Production And Comprehension Using The National Outcomes Measurement System. *International Journal of Telerehabilitation*
- Ölmez, S., (2010). 24-36 ay arası normal gelişim gösteren çocuklar ile 30-48 ay arası gecikmiş dil ve konuşması bulunan çocukların dilsel becerilerinin TİGE-2

kullanılarak karşılaştırılması. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Pallant J. (2001). SPSS Survival Manual: A Step-By-Step Guide to Data Analysis Using Spss for Windows. Philadelphia, PA: Open University Press.

Pamplona, M., Ve Ysunza, P. A. (2020). Speech pathology telepractice for children with cleft palate in the times of COVID-19 pandemic. International journal of pediatric otorhinolaryngology, 138, 110318.

Parmanto, B., Pulantara, I. W., Schutte, J. L., Saptono, A., McCue, M. P., An integrated telehealth system for remote administration of an adult autism assessment, Telemedicine and e-Health, 19 (2), 88-94 (2013).

Paul R. (1991). Profiles of Toddlers with slow expressive language development. Topics in Language Disorders. 11(4) 1-13.

Pehlivan, B. (2021). Erken Koklear İmplantasyon Yaşının Konuşma Sesi Bozukluğu Şiddetine ve Konuşma Anlaşılabilirliği Düzeyine Olan Etkisinin İncelenmesi. TC. Hacettepe Üniversitesi.

Peterson-Falzone, S. J., Hardin-Jones, M. A., & Karnell, M. P. (2010). *Cleft palate speech*. St. Louis, MO: Mosby.

Rescorla LA (1989). The Language Development Survey: A screening tool for delayed language in toddlers. Journal of Speech and Hearing Disorders, 54(4), 587–599.

Rescorla, L., Dahlsgaard, K., Roberts, J. (2000). Late-talking toddlers: MLU and IPSyn outcomes at 3;0 and 4;0. Journal of Child Language, 27, 643-664.

Rescorla, L., Mirak, J., & Singh, L. (2000). Vocabulary growth in late talkers: Lexical development from 2; 0 to 3; 0. Journal Of Child Language, 27(2), 293-311.

Sharma, M. K., & Kunwar, S. V. (2012). E-health for rural areas of Uttarakhand under e-Governance service delivery model. 1st International Conference on Recent Advances in Information Technology (RAIT), 622–625

Shriberg, L.D., Aram, D.M., Kwiatkowski, J. (1997). Developmental Apraxia of Speech: I. Descriptive and Theoretical Perspectives. J. Speech Hear. Res., 40, 273-285.

- Sikka, K. Parent's Perspective on Teletherapy of Pediatric Population with Speech and Language Disorder During Covid-19 Lockdown in India. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* Springer (2022)
- Sippl, T., & Ciccio, A. H. (2014). Reaching the Neediest Preschoolers. *ASHA Leader*, 19(2), 42–48. <https://doi.org/10.1044/LEADER.FTR1.19022014.42>
- St. Louis KO. (1992). On defining cluttering. In F.L. Myers & K.O. St. Louis (Eds.), *Cluttering: A clinical perspective*. Kibworth: Far Communications.
- Taylor, O. D., Armfield, N. R., Dodrill, P., & Smith, A. C. (2014). A review of the efficacy and effectiveness of using telehealth for paediatric speech and language assessment. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 20(7), 405–412.
- Theodoros, D., A new era in speech-language pathology practice: Innovation and diversification, *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14 (3), 189-199 (2012).
- Topbaş S, Konrot A, Ege P. Dil ve konuşma terapistliği: Türkiye’de gelişmekte olan bir bilim dalı. TC Anadolu Üniversitesi, 2002.
- Topbaş, S. (Ed.). (2001). “Çocukta Dil ve Kavram Gelişimi.” Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Towey, M., Speech Therapy Telepractice, Kumar, S., Cohn, E. R. (ed.), *Telerehabilitation*, Springer, London 101-123 (2013).
- Tucker, J. K., Perspectives of speech-language pathologists on the use of telepractice in schools: The quantitative survey results, *International Journal of Telerehabilitation*, 4 (2), 61-72 (2012).
- Tüysüz, B., Gökner, N. ve Öztürk, B. (2011). Growth charts of Turkish children with Down syndrome. *Am J Med GenetA*, 158, 2656-2664.
- Üstündağ, B. (1994). 47. kromozom Down sendromu. İstanbul: Nesil Yayınları.

- Valentine, D. T., Stuttering intervention in three service delivery models (direct, hybrid and telepractice): Two case studies, *International Journal of Telerehabilitation*, 6 (2) (2014).
- Ward D. (2006). *Stuttering and cluttering: Frameworks for understanding and treatment*. Hove, UK: Psychology Press
- Weiss DA. (1964). *Cluttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Accessed March 21,
- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Accessed March 21, 2020.
- World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report– 66. Published March 26, 2020. Accessed March 27, 2020.
- Yates H., ed. *Handbook on Cerebral Palsy. Risk Factors, Therapeutic Management and Long-Term Prognosis*. New York: Nova Science Publishers; 2014.
- Yoo, J., Yoon, M., Lee, C. K., Hong, G.-H., & Choi, S. J. (2021). An Exploratory Survey of Priorities in Establishing Telepractice System for SLPs and Caregivers in Korea. *Communication Disorders Quarterly*, 42(4), 230–237.
- Yorkston, K.M., Beukelman, D.R., Strand, E.A., Bell, K.R. (1999). *Management of motor speech disorders in children and adults* 2nd edition. Texas: Pro-ed.

EK 3. Dil ve Konuşma Terapisi Alan Çocukların Ailelerinin Tele- terapi Hizmetine Bakış Açıları Anketi

1- Çocuğunuzun tanısı?

- ☐ Akıcılık Bozuklukları (Kekemelik, Hızlı bozuk konuşma vb.)
- ☐ Dudak Damak Yarıklığı
- ☐ Konuşma Sesi Bozuklukları (Artikülasyon bozuklukları)
- ☐ Ses Bozuklukları
- ☐ Motor Konuşma Bozuklukları (Apraksi, Serebral palsi vb.)
- ☐ Gelişimsel Dil Bozuklukları (Otizm Spektrum Bozukluğu, Down Sendromu vb.)
- ☐ Gecikmiş Dil ve Konuşma
- ☐ Yutma Bozuklukları
- ☐ İşitme Engeline Bağlı Dil ve Konuşma Bozuklukları

2- Çocuğunuz ne kadar süredir dil ve konuşma terapisi seansı almaktadır?*

- ☐ 1-4 ay
- ☐ 5-9 ay
- ☐ 10-12 ay
- ☐ 12+

3- Çocuğunuz haftada kaç gün dil ve konuşma terapisi seansı almaktadır?*

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5+
- ☐ Diğer:.....

4- Çocuğunuz hangi dil ve konuşma terapisi alanında terapi almaktadır?*

- ☐ Akıcılık Bozuklukları
- ☐ Dudak Damak Yarıklığı

- Konuşma Sesi Bozuklukları
- Ses Bozuklukları
- Motor Konuşma Bozuklukları
- Edinilmiş Dil Bozuklukları
- Gelişimsel Dil Bozuklukları (OSB, Down Sendromu vb.)
- Gecikmiş Dil ve Konuşma
- Yutma Bozuklukları
- İşitme Engeline Bağlı Dil ve Konuşma Bozuklukları

5- Aşağıdaki kurumlardan hangilerinden hizmet alıyorsunuz?*

- Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi
- Danışmanlık merkezi
- Dil ve Konuşma Merkezi
- Hastane
- Üniversite
- Diğer:

6- Hizmet aldığınız merkeze ulaşım süreniz ne kadar?*

- 0-30 dakika
- 30-45 dakika
- 45-60 dakika
- 60 dakika ve üstü

7- Bir hafta boyunca seans almak için gittiğiniz yolda harcadığınız süre ne kadar?*

- 0-2 saat
- 2-4 saat
- 4-6 saat
- 6-8 saat
- 8 saat ve üstü

8- Çocuğunuz masa başında kaç dakika oturabiliyor?*

- 0-15 dakika

- 15-30 dakika
- 30-40 dakika
- 45+ dakika

9- Terapi almak istediğiniz kurum ve kişilere ulaşmakta zorluk yaşıyor musunuz?*

- Evet
- Hayır

10- Yüz yüze aldıkları seanslarda çocuğunuzun terapisini izleme şansına sahip misiniz?*

- Evet
- Hayır

11- Hiç Tele-terapi seansı aldınız mı?*

- Evet
- Hayır

(Cevap evet ise;)

- Aldıysanız kaç seans?
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5+
- Memnun kaldınız mı?
 - Evet
 - Hayır
- Çocuğunuz uyum sağlayabildi mi?
 - Evet
 - Hayır

12- Tele-terapiye bakış açınız nedir?*

- Olumlu

- ☐ Olumsuz
- ☐ Kararsızım

13- Tele-terapi ile ilgili yeterli bilgiye sahip misiniz?*

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

14- Tele-terapi ile yüz yüze seanslar arasında bir farklılık görüyor musunuz?*

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

15- Sizce çocuğunuz tele-terapiye uygun mudur? Değilse neden?*

- ☐ Uygun
- ☐ Uygun değil (Çünkü;) _____

16- Tele-terapi için ek donanım/klinik materyallere (bilgisayar, sessiz bir oda, mikrofon, kamera, internet vb.) sahip misiniz?*

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

17- Tele-terapi yapılması durumunda e-yardımcılık (çocuğa seans içerisinde yardımcı olma) yapma durumunuz nedir?*

- ☐ E-yardımcılık yapabilirim
- ☐ E-yardımcılık yapamam

18- Sizce tele-terapinin süresi ne kadar olmalıdır?*

- ☐ 15 dakika
- ☐ 25 dakika
- ☐ 30 dakika
- ☐ 40 dakika
- ☐ 45 dakika

19- Sizce Tele-terapilerde yüz yüze terapilere göre ücrette bir farklılık olmalı mıdır?*

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

20- Sizce tele-terapinin avantajları nelerdir? (1 ya da 1'den fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)*

- Zaman bakımından esneklik sağlaması
- Ekonomik açıdan daha avantajlı olması
- Ulaşılabilir olması
- Sosyal fobi ve benzeri durumlarında Mekân esnekliği
- Fizyolojik problemlili bireylerde işlevsel olması

21- Sizce tele-terapinin dezavantajları nelerdir? (1 ya da 1'den fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)*

- Online bağlantı sorunları yaşanabilmesi
- Karşılıklı güven sorunu oluşturabilmesi
- Yeterli iletişimin sağlanamaması
- Kriz durumlarını yönetmede zorluk
- Dış etkenlerin motivasyonu bozması
- Seans içerisinde yeterli konsantrasyonun sağlanamaması

22- Bu yenilenen terapi yöntemlerini (Tele-terapi' yi) kullanmayı düşünür müsünüz?*

- Olumlu
- Olumsuz
- Kararsızım

23- Sizce tele-terapilere destek verilmeli ve Türkiye' de yaygınlaştırılmalı mıdır?*

- Evet
- Hayır