



Kapadokya Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

**DIRFLOORTİME MÜDAHALE YÖNTEMİNİ
UYGULAYAN TERAPİSTLERİN ÖZYETERLİKLERİNİN
İNCELENMESİ**

Beyza UYANIK

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir, 2022

DIRFLOORTİME MÜDAHALE YÖNTEMİNİ UYGULAYAN TERAPİSTLERİN
ÖZYETERLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Beyza UYANIK

Kapadokya Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir, 2022

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yürütülmesi sırasında her zaman bana destek olan, bilgilerini ve deneyimlerini her an benimle paylaşan danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül Zencir Şen'e,

Lisans eğitimim ve tüm eğitim hayatım boyunca emeği geçen tüm hocalarıma,

Hayatım boyunca her zaman yanımda olan ve beni destekleyen ailem Ahmet, Ayşe ve Şeyda Uyanık'a,

Yüksek lisans tezini hazırlama sürecimde her zaman bana destek olan, her an yanımda olan, beni her an ve her koşulda destekleyen, moral ve motivasyonumun kaynağı, hayat arkadaşım olacak olan sevgili Burak Bilgiç'e teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

UYANIK, Beyza. *Dirfloortime Müdahale Yöntemini Uygulayan Terapistlerin Özyeterliklerinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi Nevşehir, 2022.

Bu çalışmamız Türkiye’deki DIRFloortime müdahale yöntemini uygulayan terapistlerin özyeterliklerini incelemiştir. Yürütmüş olduğumuz çalışma nicel araştırma yöntemlerinden kesitsel model kullanılmış olan tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

Çalışmamızda veri toplamak amacıyla ‘DIRFloortime Müdahale Yöntemini Uygulayan Terapistlerin Özyeterliklerinin İncelenmesi Anketi’ geliştirilmiştir. Anket, Floortime terapistlerinin eğitim düzeyi, terapistin duygularına yönelik, müdahaleye yönelik ve Fonksiyonel Duygusal Gelişim Basamaklarına ilişkin özyeterlik düzeyi olmak üzere 4 alt başlık altında 32 maddeden oluşmaktadır. Anketimize 128 terapist katılmıştır. verilerin analizleri SPSS 25 programı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya alınan verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov Smirnow Testi ile kontrol edilmiştir (ALPAR, 2020). Karşılaştırma testleri için anlamlılık düzeyi (p) 0,05 olarak alınmıştır.

Araştırma bulguları değerlendirildiğinde floortime seanslarındaki terapistin duygularına yönelik özyeterlik düzeyi alt bölümünde terapistlerin büyük bir çoğunluğu DIRFloortime uygularken keyif aldıklarını bildirmiştir. Terapistlerin müdahaleye yönelik özyeterlik düzeyi alt bölümünde DIRFloortime seanslarından sonra danışanlarının iletişim gelişiminde olumlu değişiklikler fark ettim maddesinde terapistlerin çoğunluğu danışanlarının iletişim gelişimlerinin arttığını bildirmiştir. Fonksiyonel duygusal gelişim basamaklarına ilişkin özyeterlik düzeyi alt bölümünde terapistlerin büyük bir çoğunluğu ilk iki basamakta, regülasyon- ortak dikkat ve birliktelik sağlama basamaklarında daha iyi çalıştıklarını belirtmişlerdir. DIRFloortime müdahale yöntemini uygulayan terapistlerin özyeterlik düzeylerinin, DIRFloortime eğitim seviyesine, terapistlerin yaşına, DIRFloortime terapisti olarak çalışma yıllarına, daha üst seviyede floortime eğitimi alma isteğine göre farklılıklar gösterdiği ortaya çıkmıştır.

Anahtar Sözcükler

Dil ve konuşma terapisi, Terapist, DIRFloortime, Floortime, Otizm

ABSTRACT

UYANIK, Beyza. *Examining the Self-Efficacy of Therapists Applying the DIRFloortime Intervention Method*, Master's Thesis, Nevşehir, 2022.

This study examined the self-efficacy of therapists who applied the DIRFloortime intervention method in Turkey. The study we carried out is a descriptive study in which the cross-sectional model, one of the quantitative research methods, was used. In order to collect data in our study, 'The Questionnaire for Examining the Self-Efficacy of Therapists Applying the DIRFloortime Intervention Method' was developed. The questionnaire consists of 32 items under 4 sub-headings: the education level of Floortime therapists, the level of self-efficacy regarding the therapist's emotions, intervention and Functional Emotional Development Steps. 128 therapists participated in our survey. The analysis of the data was carried out with the SPSS 25 program. The Kolmogorov Smirnov Test was used to check whether the data included in the study fit the normal distribution (ALPAR, 2020). The significance level (p) for comparison tests was taken as 0.05.

When the research findings were evaluated, the majority of the therapists reported that they enjoyed applying DIRFloortime in the sub-section of the therapist's feelings of self-efficacy in the floortime sessions. In the sub-section of therapists' self-efficacy for intervention, in the I noticed positive changes in the communication development of my clients after the DIRFloortime sessions, the majority of therapists reported that their clients' communication developments increased. In the sub-section of the level of self-efficacy related to the functional emotional development steps, the majority of the therapists stated that they worked better in the first two steps, regulation- joint attention and providing togetherness. It was revealed that the self-efficacy levels of the therapists who applied the DIRFloortime intervention method differed according to the DIRFloortime education level, the age of the therapists, the years of working as a DIRFloortime therapist, and the desire to receive a higher level of floortime training.

Key Words

Speech and language therapy, Therapist, DIRFloortime, Floortime, Autism

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	vi
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	vii
ETİK BEYAN.....	viii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM	3
1.1. OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU	3
1.2. TARİHÇESİ	4
1.3. OTİZM BELİRTİLERİ	5
1.4. NEDENLERİ	7
1.4.1. Genetik Nedenler	8
1.4.2. Çevresel Nedenler	9
1.5. OTİZMLİ ÇOCUKLARIN GELİŞİM ÖZELLİKLERİ	9
1.5.1. Bilişsel Gelişim	9
1.5.2. Dil ve İletişim Gelişimi	10
1.5.3. Sosyal Gelişim	11
1.5.4. Motor Gelişim	12
1.6. DEĞERLENDİRME	13
1.7. MÜDAHALE	13
2. BÖLÜM	15
DIRFLOORTİME MÜDAHALE YÖNTEMİ	15
2.1. DIRFLOORTİME	15
2.2. DIR MODELİ	16
2.2.1. Gelişimsel Bölüm	17
2.2.2. Bireysel Farklılıklar Bölümü	17
2.2.3. Etkileşim Temelli Bölüm	17

2.3. FONKSİYONEL DUYGUSAL GELİŞİM KAPASİTELERİ	18
2.3.1. Regülasyon ve Ortak Dikkat (0-3 ay)	18
2.3.2. İlişki Kurma ve Birliktelik (2-6 ay)	19
2.3.3. Amaca Yönelik İki Taraflı İletişim (4-9 ay)	19
2.3.4. Karmaşık Problem Çözme ve Benlik Gelişimi (9-18 ay)	19
2.3.5. Yaratıcı Düşünce ve Sembolik Oyun (18-30 ay)	20
2.3.6. Soyut ve Duygusal Düşünme (30-48 ay)	20
2.4. BİREYSEL FARKLILIKLAR	21
2.4.1. Duyular ve Otizmle İlişkisi	21
2.4.2. Taktil Sistem	21
2.4.3. Vestibüler Sistem	22
2.4.4. Proprioseptif Sistem	23
2.4.5. Görsel Sistem	24
2.4.6. İşitsel Sistem	24
2.4.7. Koku ve Tat Sistemi	25
2.4.8. İnteroseptif Sistem	25
2.5. DIRFLOORTİME MÜDAHALE YÖNTEMİNDE DEĞERLENDİRME	26
2.6. DIRFLOORTİME TERAPİSTLERİ	27
2.6.1. Ergoterapist	27
2.6.2. Çocuk Gelişimci	27
2.6.3. Özel Eğitim Öğretmenliği	28
2.6.4. Fizyoterapistler	28
2.6.5. Dil ve Konuşma Terapistleri	28
2.7. ÖZYETERLİK	29
3. BÖLÜM	30
GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. ARAŞTIRMA MODELİ	30
3.2. KATILIMCILAR	30
3.3. VERİ TOPLAMA ARACI	30
3.4. VERİ TOPLAMA SÜRECİ	31
3.5. VERİLERİN ANALİZİ	32
3.6. BULGULAR	33
3.6.1. Demografik Bilgiler	33
3.6.2. Özyeterlikle İlişkili Sorulara Verilen Cevapların Dağılımı	35

3.6.3. DIRFloortime Seansları İle İlgili Sorulara Verilen Cevaplara Ait Tanımlayıcı İstatistikler	48
3.6.4. Anket Puanına Göre Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması	49
4.BÖLÜM	62
TARTIŞMA	62
SONUÇ	68
SINIRLILIKLAR	68
ÖNERİLER	69
KAYNAKÇA	70
EK 1. ORJİNALLİK RAPORU	80
EK 2. ETİK KURUL İZNİ	81
EK 3. ANKET FORMU	82

KISALTMALAR DİZİNİ

α	: Cronbach Alfa Değeri
AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
APA	: American Psychological Association (Amerikan Psikoloji Birliği)
AVE	: Average Variance Extracted
CR	: Composite Reliability
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DIR	: Developmental, Individual Difference, Relationship-based
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FDGK	: Fonksiyonel Duygusal Gelişim Kapasiteleri
Max	: Maksimum
M-CHAT	: Modified Checklist For Autism İn Toddlers
Min	: Minimum
MR	: Mental Reterdasyon
n	: Sayı
NGG	: Normal Gelişim Gösteren
ort	: Ortalama
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
ss	: Standart Sapma
TGG	: Tipik Gelişim Gösteren

UDA : Uygulamalı Davranış Analizi

vd : ve diğerleri

YGB : Yaygın Gelişimsel Bozukluklar

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Demografik Bilgiler.....	33
Tablo 2. Terapistlik ile İlgili Bilgilerin Dağılımları.....	34
Tablo 3. Çalışılan Kurumların Dağılımı	35
Tablo 4. Özyeterlikle ilişkili sorulara verilen cevapların dağılımı.....	36
Tablo 5. 22 sorudan alınan puanlara ait tanımlayıcı istatistikler	49
Tablo 6. Puanların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	49
Tablo 7. Puanların Terapistlik Seviyesine Göre Karşılaştırılması	50
Tablo 8. Puanların Yaşa Göre Karşılaştırılması.....	51
Tablo 9. Puanların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	52
Tablo 10. Puanların Terapist Olarak Çalışma Yıllarına Göre Karşılaştırılması	52
Tablo 11. Puanların Danışan Sayılarına Göre Karşılaştırılması	54
Tablo 12. Puanların Alınan Eğitim Seviyesinin Yeterliliği Durumuna Göre Karşılaştırılması..	55
Tablo 13. Puanların Seanslar İçin Üst Seviye Eğitim Alma İsteği Durumuna Göre Karşılaştırılması	55
Tablo 14. Çalışılan Yer ile Seanslar için Eğitim Seviyesinin Yeterli Olup Olmaması Arasındaki İlişki	56
Tablo 15. Çalışılan Yer ile Seanslar için Üst Seviye Eğitim Alıp Almama Düşüncesi Arasındaki İlişki	57
Tablo 16. DIRFloortime Terapist Seviyesi ile Seanslar için Üst Seviye Eğitim Alıp Almama Düşüncesi ve Seanslar için Eğitim Seviyesinin Yeterliliği Arasındaki İlişki	59
Tablo 17. Uygulama Yapılan Danışan Sayısı ile Seanslar için Üst Seviye Eğitim Alıp Almama Düşüncesi ve Seanslar için Eğitim Seviyesinin Yeterliliği Arasındaki İlişki	60
Tablo 18. Terapist Olarak Çalışma Yılı ile Seanslar için Üst Seviye Eğitim Alıp Almama Düşüncesi ve Seanslar için Eğitim Seviyesinin Yeterliliği Arasındaki İlişki	61

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Mesleklere Göre Dağılım.....	34
Şekil 2. Çalışılan Kurumların Dağılımı	36
Şekil 3. Seansa Aile ile Katılmak Beni Endişelendirir	38
Şekil 4. DIRFloortime Müdahale Yöntemini Uygulamaktan Keyif Alıyorum.....	38
Şekil 5. Seanslarda İlerlemenin Yavaş Olması Beni Kaygılandırır	39
Şekil 6. Müdahaleyi Doğru ve Etkin Uyguluyorum	39
Şekil 7. Seanslar Sonrasında Danışanlarımın İletişiminde Olumlu Değişiklikler Fark Ettim ...	40
Şekil 8. Regüle Olmadığım Zamanlarda Danışanımı Regüle Etmekte Zorlanırım.....	40
Şekil 9. Danışanımın Regülasyonu Bozulduğu Anlarda Endişelenirim	41
Şekil 10. Danışanımın Duyusal Profilini Gözlemlemede Yeterli Hissediyorum.....	41
Şekil 11. Danışanımın Praksi Becerilerini Desteklemede Yeterli Hissediyorum	42
Şekil 12. Danışanım ile Seanslarda İletişim Zinciri Açıp Kapatma Konusunda Yeterli Hissediyorum	42
Şekil 13. DIRFloortime Yöntemi Hakkında Aileyi Bilgilendirmede Zorluk Yaşıyorum.....	43
Şekil 14. Danışanımın Fonksiyonel Duygusal Gelişim Kapasitesini Tespit Etmede Zorlanıyorum	43
Şekil 15. Danışanımın Niyetini Anlamada Zorluk Yaşıyorum.....	44
Şekil 16. Seanslarda Danışanımın Verdiği Tepkiye Anlık Dönütler Vermede Zorlanıyorum	44
Şekil 17. Seanslarda Danışanıma Afekt Vermekte Zorlanırım.....	45
Şekil 18. Seanslarda Danışanımın Liderliğini Takip Etmekte Zorlanıyorum.....	45
Şekil 19. Regülasyon ve Ortak Dikkat Basamağında İyi Çalıştığımı Düşünüyorum	46
Şekil 20. Birliktelik Sağlama Basamağında İyi Çalıştığımı Düşünüyorum.....	46
Şekil 21. İki Yönlü İletişim Kurma Basamağında İyi Çalıştığımı Düşünüyorum	47
Şekil 22. Kompleks Sosyal Problem Davranışlarının Organizasyonu Basamağında İyi Çalıştığımı Düşünüyorum.....	47
Şekil 23. Düşüncelerin Temsil Edilmesi Basamağında İyi Çalıştığımı Düşünüyorum	48
Şekil 24. Soyut Düşünme Basamağında İyi Çalıştığımı Düşünüyorum	48

GİRİŞ

Otizm Spektrum Bozukluğu sosyal problemleri içeren ve iletişim alanında da belirgin yetersizlikleri bulunan ve kısıtlı, tekrarlayıcı davranışları ve ilgi alanları ile karakterize, nörogelişimsel bozukluklardandır. Otizm spektrum bozukluğu doğuştan gelen veya hayatın ilk zamanlarında ortaya çıkan karmaşık bir nöro-gelişimsel farklılıktır. Otizmlili bireylerin, beyin yapısında veya beynin yerine getirmesi gereken birtakım işlevlerde zorluklar yaşadığı düşünülmektedir. Sinir sistemi problemlerinden dolayı bu zorlukların olduğu varsayılmaktadır (Bailey, ve diğerleri, 1998). Genel olarak otizmlili bireylerin dış görünüşleri diğer bireyler ile aynıdır. Fakat otizmlili bireyler iletişimi başlatma, sürdürme ve sonlandırmada problemler yaşamaktadırlar. Sınırlı ve yineleyici ilgilere ek olarak duyuusal uyarılarla farklı biçimlerde etkilenme ve duyuusal uyarılara karşı çok ya da az tepki göstermektedir. Otizmlili bireylerin bazıları günlük yaşamlarında, etkileşime girmede, iletişimi başlatma, sürdürme ve sonlandırmada problemler yaşayıp çok ciddi desteğe ihtiyaç duyarlarken, bazı otizmlili bireyler çok daha az desteğe ihtiyaç duyarlar. Otizm spektrum bozukluğunda bireysel farklılıklar gözlenmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Otizmden etkilenen diğer önemli bileşenler ise duyuusal hassasiyetler, motor planlama ve mantık yürütme becerilerinin temelini sağlayan duyuusal problemlerdir. Otizm spektrum bozukluğuna sahip bireylerde duyuusal bütünlük etkilenmiştir (Kranowitz, 2014).

Floortime bireyin gelişimini eğlenceli, neşeli ve ilgi çekici bir süreçle desteklemek için kullanılan bir müdahaledir. Öz düzenleme, katılım, iletişim, sosyal problem çözme ve yaratıcı, organize ve yansıtıcı düşünme ve akıl yürütme kapasitelerinin gelişimini desteklemek için ilişkilerin ve insan bağlantılarının gücünü kullanır. Dr. Stanley Greenspan ve meslektaşları tarafından geliştirilen floortime modeline dayanmaktadır. Tüm dünyada özel eğitim öğretmenleri, ergoterapistler, dil ve konuşma terapistleri, psikologlar, ebeveynler ve gelişimsel güçlükleri veya diğer ilgili ihtiyaçları olan bireylere bakan diğer birçok kişi tarafından kullanılmaktadır. Otizmlili çocuklar, otizmin engelleyici olabilecek yönlerinin üstesinden gelmelerine yardımcı olmak için yoğun müdahaleye ihtiyaç duyar. Kendi başlarına bırakıldıklarında bir şeye ihtiyaçları olmadıkça genellikle etkileşimi başlatmazlar. Çok fazla yalnız bırakıldıklarında, ortak bir dünyanın zevklerini

keşfetme fırsatını kaçırıyorlar. Bu nedenle otizmlı çocuklar floortime terapisinden her zaman ve her yerde faydalanabilirler. Floortime evin herhangi bir yerinde, arka bahçede, süpermarkette ve oyun alanında uygulanabilir (Greenspan & Wieder, 2006).

Yapılan çalışmanın araştırma sorularını şu sorular oluşturmaktadır: DIRFloortime müdahale yöntemini uygulayan terapistlerin özyeterlik düzeylerinin, DIRFloortime eğitim seviyesine, terapistlerin yaşına, DIRFloortime terapisti olarak çalışma yıllarına, daha üst seviyede floortime eğitimi alma isteğine göre farklılıklar gösterip göstermediği oluşturmaktadır.

DIRFloortime müdahale yöntemini uygulayan terapistlerin özyeterliğini incelemek, çalışmamızdaki terapistlerin özyeterlik düzeylerini hangi faktörlerin etkilediğini, uygulanan floortime seansları sonrasında danışanlarındaki gelişmelerin incelenmesi ve literatüre katkıda bulunulması amacıyla çalışmamız 128 terapist ile gerçekleştirilmiştir.

1. BÖLÜM

1.1. OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), toplumsal etkileşimde, sözlü ya da sözsüz iletişimde sınırlılıkları bulunduran, tekrarlayıcı davranışlar ve dar ilgi alanı ile nitelendirilmiş nörogelişimsel bir bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Otizme eşlik eden sorunlar çocuklarda bireysel farklılıklar göstermektedir. OSB teşhisine sahip iki çocuğun kabiliyetleri birbirlerinden farklılıklar gösterebilir. Bu farklılıklar OSB'si olan çocukların gelişim düzeylerine ve doğumdan itibaren geçen sürelerine göre değişmektedir (Kientz & Dunn, 1997). Otizmin tanı kriterlerinin farklılaşması, otizmin yaygınlığını arttırarak yıllar boyu ilerlemesine neden olmuştur. Maenner ve ark. (2021) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- V) tanı kriterlerini kullanarak yaptığı bir çalışmada OSB yaygınlığının 8 yaşındaki 1000 çocukta 23 olarak bildirilmiştir. 8 yaşında olan 44 çocuktan birine OSB tanısı koyulduğu bildirilmiştir (Maenner, ve diğerleri, 2021). Türkiye’de 18-36 ay arası çocuklarda (Modified Checklist For Autism In Toddlers/ Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği) (M-CHAT) tarama ölçeği ile yapılan çalışmada (M-CHAT) pozitif olarak tespit edilen 44 çocuktan 6 çocuğa OSB teşhisi koyulmuştur, yapılan bu çalışma ülkemizdeki OSB prevalansının yüksek olduğunu göstermiştir (Çeleğen, 2020). OSB; (DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) - V)’e göre kısıtlı/tekrarlayıcı davranışlar, aynılık konusunda üsteleme, toplumsal iletişim ve etkileşimdeki sürekli yetersizlikler, rutinlere çok bağlılık ve duyuşal girdilere çok duyarlılık veya duyarsızlıklar ile kişiliğini gösteren doğumdan sonra 2 yaştan itibaren semptomlarının yoğun görüldüğü gelişimsel yetersizliklerdir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Belirtilen sorunlara ek olarak duyuşal problemler, bilişsel sorunlar ve beslenme problemleri de eşlik etmektedir. Otizm, bireylerin sosyal yaşamlarına ve otizmden etkilenme derecelerine göre farklılıklar da göstermektedir (SARI ÇAĞLAR, 2021). Otizmden tüm bireyler farklı derecelerde etkilendikleri için değerlendirme ve müdahale süreçlerinde de farklı meslek gruplarının bir arada çalışması, multidisipliner çalışmalar yapılması otizmlili bireyler için önemlidir (Prelock, Beatson, Bitner, Broder, & Ducker, 2003; Filipek, ve diğerleri, 1999). Ekip içerisinde çocuk nörologları, psikologlar, çocuk psikiyatristleri, ergoterapistler, dil ve konuşma terapistleri, çocuk gelişimciler, okul öncesi öğretmenleri, özel eğitim

öğretmenleri, odyologlar, sınıf öğretmenleri ve farklı meslek grupları bulunabilmektedir (SARI ÇAĞLAR, 2021).

1.2 TARİHÇESİ

OSB'ye ilişkin sınıflandırmalar ve tanılamalar geçmişten günümüze değişerek ilerlemiştir. Otizm terimi ilk olarak Bleuler ve Kraepelin tarafından tanımlandığı dönemlerde, otizmlili bireylerin kendilerini dış dünyadan soyutlayarak izole bir yaşam sürdürdükleri ve şizofreni belirtileri gösterdikleri belirtilmiştir. (Moskowitz & Heim, 2011; ÖZDEMİR & TARLACI, 2021). Yapılan bu tanımlama neticesinde OSB (DSM-I) tanı ölçütleri içerisinde psikojenik bozukluklar sınıflandırması içerisinde yer almıştır (American Psychiatric Associations, 1952). 1968 yılında güncellenen DSM II tanı kriterleri içerisinde OSB ile ilişkili bulgular devam etmiş ve psikojenik bozukluklar sınıflandırması içerisindeki yerini almaya devam etmiştir (American Psychiatric Associations, 1968). DSM tanı kriterlerini yayınlandığı zamanlara yakın dönemlerde Leo Kanner de İnfantil otizmi birincil olarak 1943'te tanımlamıştır. Kanner, çalışmasında yaşamlarının ilk dönemlerinden başlayarak yabancılarla ilişki kuramayan, asosyal ve etraftaki değişikliklerle çok fazla ilgilenen 11 çocuk ile çalışmıştır. Bu çocukların geneli konuşma problemi yaşıyordu ve kelimeleri ters kullanma, kendilerine has dil oluşturma ve toplumsal iletişimde kısıtlılıklar gibi farklı şekillerde iletişim cinsine sahiplerdi. Kanner, konuşma bozukluğuna ekstra el veya vücut sallama gibi kasıtlı olarak yapıldığı düşünülebilecek sıralı motor hareketler de içeren hareketler de gözlemledi. Kanner'in birinci açıklamasından sonra otizmin bir dönem, şizofreninin erken dönem belirtilerinden olduğu düşünülüyordu. 1970 yıllarında birbirleriyle bağlantı kuran bir takım bilgi sonucu otizmin kuvvetli kalıtım parçalarına sahip beyin odaklı bozukluk olduğu aktarılmıştır (Kanner, 1943; ÇELİKBAŞ & SARI GÖKTEN, 2020). Kanner'in çalışmış olduğu hastalarda daha sosyal tarif edilen 'yüksek işlevli otizm' ve 'infantil otizm' terimleri 1980 yıllarında DSM III 'e dahil edilmiştir (American Psychiatric Association, 1980). 1987 yılında yayınlanan (DSM-III)' te OSB tanısı için infantil otizm tanısı alması gerekliliği eklenmiş infantil otizm tanısı için gerekli belirtileri göstermesi gerektiği üzerinde durulmuştur. İnfantil otizm belirtilerini göstermeyenler için 'Başka Türlü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk (YGB)' kategorisi de eklenmiştir (American Psychiatric Association, 1980). DSM III dahilinde 'infantil otizm' teşhisi için

zorunlu semptomlar: 2 yaş 6 aydan önce gözlenen; etraftaki kimselere karşı tepki eksikliği, iletişim ve etkileşimde kısıtlılık, etraftaki uyarıcılara karşılık ilginç hal ve hareketler şeklinde listelenmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) aracılığıyla 1994 senesinde yayımlanan DSM-IV'te otistik bozukluk teşhisi için on iki belirtiden en az altı tane belirtinin gösterilmesinin gerekli olduğu belirtilmiştir. Bu belirtiler; toplumsal etkileşimde kısıtlılığı gösteren dört belirtiden ikisini, iletişimde kısıtlılığı gösteren dört belirtiden birini ve kısıtlı yineleyen ilgi ve tutuş belirti dört belirtiden birini sergileme olarak tanımlanmıştır (American Psychiatric Association, 1994). DSM- IV'te kuvvetli bir önerge ile otistik, rett, asperger bozuklukları ve isimlendirilemeyen yaygın gelişimsel bozukluklar salt bir grup içerisinde 'Yaygın Gelişimsel Bozukluk' olarak bölümlendirilmiştir (American Psychiatric Association, 1994; American Psychiatric Association, 2013). Rett bozukluğu gruplandırmadan çıkarılmış, öteki dört alt gruplar bir tek başlık içerisinde 'Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)' olarak toplanmıştır (American Psychiatric Association, 2013). Şu anda kullanılan son gruplama sistemi DSM-V'te bulunan tanı kriterleri şu şekildedir; toplumsal etkileşim ve iletişimde sınırlılık (A) ile kısıtlı, yineleyici ilgi alanları ve etkinlikler (B) olarak iki başlıca grupta değerlendirilmiştir. A grubu tanı ölçütleri sosyal-duygusal sınırlılık (A1), sözel olmayan etkileşimde sınırlılık (A2), yaşıtlı ilişkisini başlatma ve devam ettirmede güçlük (A3) şeklinde 3 alt başlıktan oluşmaktayken; B grubu tanı kriterleri yineleyici motor davranışlar, madde kullanımı veya konuşma (B1), aynılıkta üsteleme, alışkanlıklar (B2), sınırlı ilgi alanları (B3), eksilmiş veya yoğunlaşmış duyuşal ilgi veya tepkiler (B4) şeklinde 4 alt başlıktan oluşmuştur. DSM-V kriterlerine göre OSB teşhisi için A kriterlerinin tamamı, B kriterlerinin en az ikisi sağlanmış olmalıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

1.3 OTİZM BELİRTİLERİ

Otizm, bebeklerde yaklaşık olarak 8 aylık dönemde kendini gösterebilir. Otizmde biyolojik belirtilerin kesin olmaması nedeniyle davranışsal belirtiler yoğun olarak tanılamada kullanılmaktadır (Akfidan & Taş, 2016; Hill & Frith, 2003). Belirtiler ile ilgili farklı çalışmalar bulunmaktadır. Bazı araştırmalarda otizm belirtilerinin doğum sürecinde olmadığı, ilk 1 yılda becerilerin yok olmasıyla kendini gösterdiği belirtilmiştir. Bazı araştırmalarda 6 aylık bebeklerde otizm davranışlarının nadiren de olsa görüldüğü ve

bebeklerde doğumdan itibaren otizm bulunduğunu bildirmişlerdir. OSB'li bireylerin yaşları arttıkça çeşitli alanlarda farklı belirtiler göstermektedirler. Sonuçta belirtiler, bireysel farklılıklardan kaynaklı olarak farklı dönemlerde ve zamanlarda kendini göstermektedir (Ozonoff, ve diğerleri, 2011; Akfıdan & Taş, 2016).

Tipik Gelişim Gösteren (TGG) çocuklarda ortak dikkat, taklit ve jest kullanımı gibi söz öncesi iletişim becerilerinde erken dönemlerde edinilmektedir. Ancak OSB'li bireylerde iletişim için önemli unsurlardan olan göz teması, uygun sürede ve kalitede gerçekleşmemektedir. Taklit yeteneğinde sınırlılıklar görülmektedir. Nesneleri umursamama ve oyun becerilerinde de yetersizlikler görülmektedir (Korkmaz , Njiokiktijen , & Verschoor , 2014).

Otizmli bireylerin anlamlandırma becerilerinde de sınırlılıklar bulunmaktadır. Sosyal ortamlarda kendilerinden beklenen davranışları gerçekleştirmede ve anlamlandırmalarda sorunlar yaşamaktadırlar. Zeka düzeyleri yüksek ya da hafif düzey otizm olanlarda bile kültürel beklentileri anlamada sınırlılıklar gerçekleşmektedir. Otizmli bireyler özellikle görsel ayrıntıları fark etme konusunda başarılıdır ancak olayları bütünsel olarak algılamakta sınırlılıkları bulunmaktadır. Örnek olarak oyuncakların köşesinde bulunan görsel şekiller dikkatini çeker ve oynamaya başlamazlar (KASHEFIMEHR & KAYIHAN, 2014). OSB'li çocuklar kendilerine eğlenceli gelen aktivitelere odaklanırlar ancak istenilen noktaya odaklanma konusunda iyi performans sergilemezler. Soyut düşünme becerilerinde ve sembolik oyun kurma aşamalarında zorluk çekmektedirler. Soyut düşünme ve sembolik oyunlar yerine somut düşünceler ve somut oyuncaklarla oynamayı tercih etmektedirler (Grandin, 1995; Krug, Arick, & Almond, 1980; Meyer & Minshew, 2002). Otizmli çocuklar fikirleri birleştirmede, zıt kavramlar ile ilişkili bilgileri anlamada sorun yaşayabilirler. Örneğin gülü seven kişinin, arkadaşı için gül toplamasını anlamlandıramayabilirler. Gülü seviyorsa neden kopardı? Diye düşünebilirler. Sevme ve koparmada bulunan zıtlık ilişkisini fikir birleştirme ve anlamlaştırmada sınırlılıkları olduğu için anlamayabilirler. Gülü kopardığı için gülü sevmediklerini düşünebilirler (Murray, Lesser, & Lawson, 2005).

OSB'ye sahip çocuklarda küçük yaşlarda görülmeye başlayan diğer belirtiler de şunlardır; yaşamının ilk altı ayı sonrasında gülümsemenin olmaması, söz öncesi iletişim becerilerinde yoğun sınırlılıkların olması, 12 ay sonrasında parmak işaretlerinin ve jest

kullanımının sınırlı olması, 24 aylık olduğu dönemde alıcı ve ifade edici dil becerilerinin yaşlarına göre geride olması, adına tepkisiz kalması, parmak ucunda yürüme, stereotipik davranış kalıplarının ve ekolalinin olması, oyunları ve oyuncakları rutin ve anlamsız şekilde oynaması erken dönemlerde görülen belirtiler arasındadır (Öztürk & Uluşahin, 2011). OSB’li bireylerde bulunan davranışlardan duyuşal belirtiler şunlardır; Seslerin birçoğuna kulaklarını kapatır, canı yandığı zaman tepki vermeyebilir, ışıklı ortamlarda gözlerini kapatabilir ve görsel tepkiler vermekte sınırlılıklar yaşamaktadırlar. Beden ve nesnelerin kullanımı ile ilişki belirtiler şunlar olabilir; El çırpımlar, parmak ucunda yürüme, sallanma, dönme, oyuncakları sıralama ve kendine zarar verme davranışları gözlemlenebilir. İlişki ve etkileşim kurmada da sınırlılıkları bulunmaktadır. Diğer bireylerin yüz ifadelerini anlamlandıramaz ve tepki vermede zorluklar yaşayabilirler. Taklit davranışlarında sınırlılıklar bulunmaktadır. Genelde sosyal etkinliklere ve etkileşimlere katılmaz, arkadaşları kısıtlıdır. Dil becerileri ile ilişkili sınırlılıklar şunları içermektedir; Basit komutları yerine getirmede ve anlamlandırmada sorun yaşarlar. Zamirleri ters şekilde kullanırlar. Örneğin ben yerine sen, sen yerine ben zamirlerini kullanabilirler. Yoğun ekolali gözlenir. Sözcükleri veya cümleleri tekrar edebilir. Günlük ürettiği sözcük ve cümle sayısında sınırlılıklar bulunmaktadır. Öz bakım becerileri ile ilgili belirtiler şunlardır; tuvalet ile ilişkili sorunlar görülür. Kendi Kendine giyinemez, öfke nöbetleri gözlenebilir. Tehlikeli anları fark etmeyebilir, Cansız cisimler ile uğraşmayı tercih ederler. 2 yaş 6 aylık olduğu dönemin öncesinde veya sonrasında gelişimsel bir gerilik görülebilmektedir (ÖZDEMİR & TARLACI, 2021).

1.4 NEDENLERİ

Otizm Spektrum Bozukluğunda erken müdahale, tanılama, etkili müdahale yöntemlerini keşfetmek ve nedenlerini araştırıp etiyolojisini ortaya koymak için birçok çalışma yapılmıştır. OSB’nin çeşitli klinik belirtiler göstermesi, birden çok faktörün etkilemesi nedeniyle etiyolojisine dair kesin sonuçlar elde edilememiştir. Otizmin, beyin yapılarını etkisi altına aldığı, çevresel ve genetik etkenlerden etkilendiği düşünülmektedir. Bu sebeplerden birden fazla etmenin otizmin ortaya çıkışında etkili olduğu düşünülmekte ve otizmin etiyolojisini aydınlatmak için çalışmalar yapılmaya devam etmektedir (Korkmaz, 2017; Ganaie & Bashir, 2014). Otizm nedenleri için önceki zamanlarda ailelerin ilgisiz tutumları ve annelerin çocuklarına karşı soğuk olması, otizm

nedeni olarak gösterilmektedir ancak yapılan çalışmalar ile böyle bir durumun neden olarak gösterilemeyeceği de ortaya konulmuştur (Özbey, 2005)

1.4.1 Genetik Nedenler

Otizm Spektrum Bozukluğunun genetik nedenlerine dair yapılan güncel çalışmalarda, otistik belirtilerin beyin gelişimini etkilediği düşünülmektedir. Genetik ve çevresel etmenlerin etkileşimiyle de otistik belirtilerin ortaya çıktığı düşünülmektedir (BİLGİÇ & CÖNGÖLOĞLU, 2009). Otizme neden olan spesifik, tek bir gen saptanmamıştır. Tek bir genin olmaması heterojen etmenlerin etkili olduğunu da göstermektedir. Saptanan genlerin ayrıca Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna (DEHB), Mental Retardasyona (MR), epilepsi ve daha farklı sorunlara da yol açtığı tespit edilmiştir. Otizmi etkileyen genlerin diğer sorunlara da sebep olması, genetik nedenlerin karmaşık yapıda olduğunu ve mutasyonların farklı klinik sorunlara da sebep olabileceğini göstermektedir (El-Fishawy, 2010; Ma, ve diğerleri, 2010). OSB'ye yatkınlıkta ve otizm nedenlerinde genetik etmenler önemli roldedir. Otizmlili bireylerin kardeşlerinde ve monozigotik ikizlerde otizm riski çok yüksektir (ÖZDEMİR & TARLACI, 2021). Otizme neden olabileceği düşünülen yaklaşık olarak 25 ve üstünde gen lokusu saptanmıştır ve araştırmalar devam etmektedir (Abrahams & Geschwind, 2008). Yapılan güncel çalışmalar ile otizmle ilişkili 16 gen tanımlanmış, 700 ve üstünde genin de heterojen olarak otizmde etkili olduğu görülmüştür (ÖZDEMİR & TARLACI, 2021). Genetik nedenleri etkileyen diğer bir etmende doğum öncesi, sırası ve sonrasında kullanılan ilaçların ve bazı asitlerin otizmi etkilediğini göstermektedir (Wang, Geng, Liu, & Zhang, 2017; ÖZDEMİR & TARLACI, 2021). Anne ve babanın yaşlarının yüksek olduğu dönemlerdeki hamileliklerde risk artmaktadır, ayrıca gebelik arası sürenin uzun veya kısa olması da otizm riskini arttırmaktadır (Croen, Najjar, Fireman, & Grether, 2007; Schieve, ve diğerleri, 2018). Normal zamandan erken doğan bebeklerde de OSB olma riskinin yüksek olduğu, doğum ağırlığının düşük olması, uterin kanama ve doğumun sezaryen şekilde gerçekleşmesi de riski arttıran diğer etmenler arasındadır (Agrawal, Rao, Bulsara, & Patole, 2018; Newschaffer, ve diğerleri, 2007). OSB'ye eşlik eden genetik kökenli hastalıklardan en fazla görülenleri frajil x sendromu ve tüberosklerozdur. Ayrıca erkek çocuklarda kız çocuklara göre otizm görülme riski 4 kat yüksektir (AYDINOĞLU &

ORAL, 2015). Sonuçta, otizme neden olan çok faktörlü genetik nedenlerin otizmin etiolojisinde etkili olduğu çalışmalar ile ortaya konulmuştur.

1.4.2 Çevresel Nedenler

Otizm nedenleri üzerinde genetik etiolojinin etkili olduğu kadar çevresel nedenlerde etkilidir. Çevresel nedenler için yapılan çalışmaların bir diğer nedeni de monozigot ikizlerde farklı otizm davranışlarının varlığını ortaya koyan çalışmaların olmasıdır (Zager, Cihak, & Stone-MacDonald, 2017). Yapılan diğer çalışmalarda çevresel etmenlerin, çocukların beyin işlevlerinde bozulmalara neden olduğu belirtilmiştir (Rakap, Birkan, & Kalkan, 2017). Otizme neden olduğu düşünülen çevresel etmenler başlıca şu şekildedir; Bazı vitamin ya da minerallerin vücuda yeterince alınamaması etkilemektedir. Özellikle D vitamini, çinko ve magnezyum gibi minerallerin eksikliğinden kaynaklanabilir. Civa ve kurşun gibi ağır metallere maruz kalınması, besinlerde kimyasal içeriklerin kullanımının artması, gebelik döneminde yoğun virüs enfeksiyonlarına maruz kalınması ve gebelik döneminde bilinçsiz ilaçların kullanımı otizme neden olduğu düşünülen çevresel etmenler arasında yer almaktadır (Korkmaz, Ah şu otizm, 2017).

1.5 OTİZMLİ ÇOCUKLARIN GELİŞİM ÖZELLİKLERİ

Otizmli çocukların TGG (Tipik Gelişim Gösteren) çocuklara göre farklı beceri alanlarında sınırlılıklar görülmektedir. TGG gösteren çocuklar yaşına uygun becerileri sergilerken otizmli çocuklar gelişim alanlarındaki sınırlılıklardan kaynaklı yaşitlarını geriden takip etmektedir. OSB olan çocukların gelişimsel olarak geriden gelmesi nedeniyle, çevrelerinden soyutlanmış ve kendi dünyalarında görünmektedirler. Ayrıca toplumdaki bireylere farklı görünmelerinin sebeplerinden bir tanesi de yaşına uygun olmayan davranışları gerçekleştiriyor olmalarıdır. Otizmlilerin gösterdiği davranışları NGG (Normal Gelişim Gösteren) bireylerde gerçekleştirir ancak bu davranışların gerçekleşme yaşı farklıdır (ÇELİKBAŞ & SARI GÖKTEN, 2020; Wing, 2005).

1.5.1 Bilişsel Gelişim

Otizmli çocukların bilişsel gelişimi için literatür tarandığında, OSB'li çocukların bilişsel gelişimi NGG çocuklara göre daha fazla farklılıklar içermektedir. Aşırı düşük zeka, ortalama zeka ve çok az bir kısmının yüksek zekaya sahip olduğu belirtilmiştir

(Charman, ve diğeri, 2011; ÇELİKBAŞ & SARI GÖKTEN, 2020). Zihinsel geriliği olan otizmlilerde çocuklarda epilepsi ve işitme gibi eşlik eden farklı sorunlarda görülmektedir (Akfidan & Taş, 2016). Otizmlilerde bazı çocuklarda ise üstün beceriler görülmektedir. Ezber yapma, dört işlem ve fotografik hafıza gibi beceriler üstün beceriler arasında yer almaktadır. Ancak görsel hafızaları iyi olmasına rağmen akademik becerileri düşüktür. Bunun nedeni ise anlama ve anlamlandırabilme becerilerinde sınırlılıklarının bulunmasıdır (Görgü & Savran, 2005). Otizmlilerde kız ve erkek çocukları arasında yapılan zeka testlerinde kız çocuklarının puanları daha düşük bulunmuştur. Düşük bulunmasının nedeni ise kız çocuklarında otizmin daha ağır seyretmesi gösterilebilir (Volkmar, Lord, Bailey, Schultz, & Klin, 2004; ÇELİKBAŞ & SARI GÖKTEN, 2020). Otizmlilerde çocukların uygulanan testlerde düşük puan almalarının sebebi, test esnasında dikkatlerinin dağınık olması ya da sosyal iletişimde sınırlılıklarının olması nedeniyle cevabı doğru bir şekilde ifade edememesinden kaynaklı olabilir. Normal veya yüksek skorlara ulaşan otizmlilerde çocuklar, NGG çocuklar ile eğitimlerine devam etmektedirler (Akfidan & Taş, 2016).

1.5.2 Dil ve İletişim Gelişimi

Dil, kodların oluşturduğu ve sosyal gelişimi de destekleyen bir araçtır. Dil aynı zamanda; Pragmatik, morfoloji, fonoloji, semantik ve sentaksın oluşturduğu bileşenlerden oluşan ve beyin aktif katılımının artmasıyla gelişme gösteren bir araçtır. (Akfidan & Taş, 2016). Dil ve iletişim ile ilişkili problemler, OSB'li çocukların yaklaşık olarak %40'lık bir kesiminde görülebilmektedir. Görülen problemler şunlar olabilir; İnsanlarla etkileşime girmekten kaçınma, taklit becerilerinde ve diğer söz öncesi iletişim becerilerinde sınırlılıklar, konuşmanın prozodik özelliklerinde hatalar ve diğer dil gelişimi ile ilişkili hatalar sıklıkla görülmektedir. Otizmlilerde bireylerden bazılarında konuşma gelişse de dil becerileriyle ilişkili sorunlar devam etmektedir (ÖZLÜ FAZLIOĞLU & BARAN, 2004). Bazı otizmlilerde ise konuşma becerisi gelişmez, ihtiyaçlarını çığlıklar veya ağlamalar ile yaptırırlar. Fizyolojik olarak dili kullanmaya hazır hale gelmeyip konuşmadıkları için istek ve ihtiyaçlarını yönlendirmeler ile anlatmayı denerler (Karakaş, 2010; Darica, Abidoğlu, & Gümüşçü, 2005).

OSB yaşayan çocukların dil ve iletişim gelişimi ile ilişkili sorunlar bebeklik dönemlerinden itibaren dikkat çekmektedir. Sözcükleri tekrar etme ve taklit etme becerileri kısıtlıdır. NGG çocukların gelişiminde görülen babıldama ve diğer seslemeleri

otizmlı bebekler çıkarmayabilir. İletişim kurmak için ebeveynlerini çekiştirme, onların işaret parmaklarını kullanma davranışları da gözlenebilir. Cümle kurmaya başladıkları dönemlerde ise dili ortama uygun bir şekilde kullanmakta sorun yaşamaktadırlar. Sorunların nedenini ise semantik ve pragmatik dil bileşenlerinin kullanımında yaşadıkları sınırlılıkları oluşturmaktadır (Akfidan & Taş, 2016; Korkmaz, 2010). OSB yaşayan çocuklarda dil ve iletişim gelişiminde gecikmeler ve sınırlamalar bulunması nedeniyle birçok sorun yaşamaktadırlar. Bu sorunlar şunları içermektedir; Semantik ve pragmatik alanda yaşadıkları sınırlılıklardan kaynaklı, uygun olmayan ortamda yanlış sözcüğün kullanılmasından dolayı çevresindeki kişiler tarafından anlaşılamamak. İletişimde önemli unsurlardan olan dinleme ve söz alma becerilerinde yaşanan sınırlılıktan kaynaklı iletişim kuramama ve sosyal iletişim ve etkileşimden uzaklaşmak. Sözcük ve cümlelerin tekrarlarıyla oluşturduğu ekolali nedeniyle istek ve ihtiyaçlarını ifade etmede sorun yaşamak. Söz öncesi iletişim becerilerinden olan; jest, mimik ve duyguları anlayamamasından dolayı kendi içine kapanmak. Sosyal iletişimi ve etkileşimi başlatmada ve sürdürmede sorunlar yaşamasından kaynaklı istediklerini belirtememesi gibi iletişim ve dil ile ilişkili sorunları içermektedir (ÇELİKBAŞ & SARI GÖKTEN, 2020; AKSOY & DİKEN, 2013).

1.5.3 Sosyal Gelişim

Bireyler, çevresiyle olan etkileşimleri sayesinde sosyal gelişim becerileri kazanmaktadır. NGG kişiler sosyal becerilerini kullanarak toplumsallaşmaya başlar (Frith & Frith, 2005). OSB'li çocukların sosyal ve duygusal gelişim becerilerinde yaşanan sorunlar otizmin temel belirtileri arasında yer almaktadır. Otizmin ilk tanımlamalarının yapıldığı dönemlerde de sosyal çekingenlik önemli belirtiler arasında yer almıştır (Wing, 2005; Akfidan & Taş, 2016). Otizmlilerin sosyal gelişimlerinde yaşadıkları sınırlılıklar göz önüne alınarak 3 grupta yapılmıştır. Çevresine duyarsız, etkileşime girmeyen, etkileşimi reddeden, kendi dünyasından paylaşılan dünyaya geçiş yapmayan, oyunlarda pasif kalan otizmlı çocuklar pasif grup içerisinde yer almışlardır. İletişim kuran, etkileşimi ve iletişimi başlatan grup aktif gruptur. İlerleyen yaşlardaki otizmlilerde; resmi davranışlar gösteren, sosyal iletişimde bulunan kurallara bağlı olan çocukları aşırı resmi grup kategorisi içerisinde gruplamışlardır (Wing, 2005).

OSB yaşayan çocuklar NGG akranları ile etkileşime girmekte, oyun kurmakta, oyunlara katılmakta ve oyuncakları paylaşma da sorunlar yaşamaktadırlar. Sosyal etkileşimde yaşadıkları bu sorunlardan kaynaklı olarak arkadaşları tarafından dışlanmaktadır. Oyuncaklarına takıntı olacak derecede bağlılıkları bulunabilmektedir. NGG çocuklar oyuncaklarını sosyal etkileşim amaçlı kullanmaları sayesinde sosyalleşebilirken otizmlili çocuklar oyuncaklarını takıntı olarak kullanmaları ve tekrarlayıcı davranışları ile iç dünyalarına kapanmaktadırlar (AKSOY & DİKEN, 2013). OSB yaşayan çocukların sosyal gelişimlerinde şu özellikleri görebiliriz; Göz teması ve ortak dikkat kurmada yaşadıkları sorunlardan kaynaklı sosyal etkileşime girmekte sınırlılıkları bulunmaktadır. Robotik konuşmaları, ezber cümleleri ve prozodideki sorunlardan sosyal etkileşimleri olumsuz etkilenmektedir (ÇELİKBAŞ & SARI GÖKTEN, 2020).

1.5.4 Motor Gelişim

OSB yaşayan çocukların motor gelişimlerdeki farklılıklara çok sık rastlanılmamaktadır. Yürüme ve oturma gibi koordinasyon gerektiren becerilerinde, NGG yaşlıtlarını geriden takip etmektedirler (Fazlıoğlu & Eşme-Yurdakul, 2009; AKSOY & DİKEN, 2013). OSB yaşayan çocuklarda görülen motor problemlerin büyük bir bölümünü, motor koordinasyon ve planlamayla ilişkili sınırlılıklar oluşturmaktadır (Fazlıoğlu & Eşme-Yurdakul, 2009). Otizmlili çocuklarda ince ve kaba motor becerileriyle ilişkili sınırlılıklarda görülmektedir. Yüzme, ip atlama, koşma, zıplama gibi hareketlerde, motor planlama ya da duyuusal sınırlılıklardan kaynaklı kaba motor becerilerle ilişkili hareketler arasındadır. Kağıt kesme, boyama yapma, yazı yazma, küp dizme gibi hareketlerde yaşadıkları sınırlılıklar, ince motor becerilerde gözlenen sorunlar içerisinde yer almaktadır (Darıca, Abidoğlu, & Gümüşçü, 2021). Otizmlili çocukların motor gelişimlerinde yaşanan sorunlarının nedenini; motor işlevlerde sınırlılıklarının olması, motor koordinasyon ve planlamada yetersizliklerin görülmesi ve duyuusal işlemlerinde farklılıkların bulunması gösterilebilir (ÇELİKBAŞ & SARI GÖKTEN, 2020).

1.6 DEĞERLENDİRME

Otizimli bireylerde erken tanı koyulması, uygulanacak müdahale yöntemleri ve çocuklardaki ilerlemeler için kritik öneme sahiptir. Otizm belirtilerinin erken görüldüğü dönemlerde uygulanacak detaylı ve farklı meslek grupları tarafından yapılan değerlendirme önem arz etmektedir (Klin, Jones, Schultz, Volkmar, & Cohen, 2002; Beatson & Prelock, 2002). Çocuklara otizm tanısı koymak için spesifik uygulanan bir test ya da yöntem bulunmamaktadır. Çocukların göstermiş olduğu belirtiler değerlendirilerek, doğal dil örnekleri alınarak, standardize testler uygulanarak değerlendirme gerçekleştirilmektedir ayrıca, değerlendirmeyi gerçekleştirecek olan uzmanın deneyimli bir uzman olması da çok kritik bir unsurdur (Korkmaz, 2010; Mukaddes, 2017; Mukaddes, 2013). Otizmde küçük yaşta, bebeklik döneminde yapılacak değerlendirmeler, bebeklerin farklılıklarından kaynaklı olarak değerlendirme yapılmasını zorlaştırmaktadır. Değerlendirmeler sırasında eksik unsurların kalmaması için ayrıntılı öykü alınmalı, ailenin ilettiği gözlem ve video görüntüleri de değerlendirmelere kesinlikle dahil edilmesi gereklidir (Ünlütürk, 2021).

OSB değerlendirmesinde bir diğer önemli unsur da bireyin gelişim dönemidir. Otizmin belirtilerini, görülen gelişim özelliklerini kısaca otizm hakkında doğru bilgilere sahip olunması, otizm değerlendirmesini kolaylaştırmaktadır (İŞERİ & Taş Torun, 2018). Otizimli bireyler için yapılan kapsamlı değerlendirmeler ile, bireylerin güçlü-zayıf yönleri, uygulanacak en etkili müdahale yönteminin belirlenmesi, ailelerin neler yapıp neler yapmaması gerektiğini öğrenmesi açısından detaylı değerlendirmeler kritiktir (Filipek, ve diğerleri, 1999).

1.7 MÜDAHALE

Otizimli bireylerde uygulanacak müdahale yöntemleri; bireysel farklılıklardan, otizmin şiddetinden ve diğer unsurlardan kaynaklı çeşitlilik göstermektedir. Uygulanan müdahalelerin ortak amaçları, bireylerin sosyal iletişimini ve günlük yaşamlarını kolaylaştırmaya çalışmaktır (Parellada, ve diğerleri, 2014; SARI ÇAĞLAR, 2021). OSB tanısının erken dönemlerde koyulmaya başlamasıyla birlikte erken dönem müdahale uygulamalarının önemi de gün geçtikçe artmaktadır.

Geçmişten günümüze kadar müdahale yöntemleri değişiklik göstermiştir. Otizm müdahalesinde kanıt temelli uygulamalar ile çalışmalar yapılmaktadır (KOCA & GÜLDENOĞLU, 2021). Kanıt temelli uygulanan müdahale yöntemlerinin faydaları ise şunlardır; Etkililiği kanıtlandığı için zaman ve kaynak konusunda tasarruf sağlamaktadır. Çocukların bireysel ihtiyaçlarına ve farklılıklarına uygun olmaktadır. Farklı meslek gruplarının çocuğa uygulanan müdahale yöntemini bilmesi nedeniyle ortak bir dil kullanılmaktadır. Uygulanan müdahale yönteminde başarıyı yakalamanın yüksek olması faydalar arasında yer almaktadır (Roane, Fisher, & Carr, 2016). Kanıt temelli uygulamalarda ise iki grup bulunmaktadır. Odaklanmış Uygulamalar; Uygulamalı Davranış Analizi (UDA) temeli ile yürütülen çalışmalardır. Diğer uygulama yöntemine göre daha kısa sürede uygulanmaktadır. Bir diğer uygulama yöntemi ise kapsamlı uygulamalardır. Odaklanmış uygulamalara göre daha fazla ve daha farklı gelişimsel ilerlemeyi hedefleyen, daha uzun süre uygulanan müdahale yöntemlerindendir (Odom, Boyd, Hall, & Hume, 2010). Uygulanacak müdahale yönteminin seçimi değerlendirme sonrası ortaya çıkmaktadır. Terapist ya da öğretmenler, çocuğun eksikliklerini kapatacak ve günlük yaşama katkısı olacak müdahale yöntemini seçerek, müdahale planlamalarını ve uygulamalarını gerçekleştirmelidir.

2. BÖLÜM

DIRFLOORTİME MÜDAHALE YÖNTEMİ

2.1. DIRFLOORTİME

DIR (Developmental – Individual difference – Relationship based approach) olarak adlandırılan yöntem, 1980’lerde özellikle gelişimsel ve sosyal bağlamla ilişkili becerilerde sınırlılık yaşayan çocuklar için Stanley Greenspan ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir yaklaşımdır (Carpente, 2017; ŞENGÜL-ERDEM, 2021; Greenspan & Wieder, 2006; Exkorn, 2006). Gelişimsel yetersizliği bulunan ya da OSB yaşayan çocukların ve bebeklerin etkileşim becerilerinde veya duygusal kapasitelerinde sınırlılıkları bulunabilmektedir. DIR müdahalesiyle, ebeveyn ve çocuk arasında ya da terapist ve çocuk arasındaki etkileşim becerilerini ve duygusal kapasite becerilerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir (Mukaddes, 2017). DIR yaklaşımı aynı zamanda çocukların; ebeveynleri, terapistleri ya da akranları ile olan etkileşimini ve çocukların güçlü yönlerini ortaya çıkaran bir programdır. Çocukların bireysel farklılıklarını ve Fonksiyone Duygusal Gelişim Kapasitelerini (FDGK) dikkate alarak iletişim becerilerinin artmasını hedefler (ERAKTAN, 2005). DIR eğitimi yaklaşımında, çocuğun davranışları, belirtileri ve semptomlarına yönelik müdahale uygulamak yerine çocuğun etkileşim çevresini genişletmek, duygusal kapasitelerini arttırmak ve anlamlı iletişimini geliştirmeye yönelik, çocuğun ilgilerini ve liderliğini takip ederek gelişim kapasitesine uygun becerilerin öğretilmesine yönelik çalışmalar gerçekleştirilmektedir. Yapılan çalışmalar ile ebeveyn çocuk ya da ebeveyn terapist arasındaki etkileşimin kalitesinin artmasıyla çocuğun iletişimi daha anlamlı bir şekilde kullanacağı belirtilmiştir (Mukaddes, 2017; Greenspan & Wieder, 2006; ÇELİKBAŞ & SARI GÖKTEN, 2020; Mercer, 2017). Etkileşime ihtiyacı olan çocuklarda, çocuğun liderliğini takip ederek eğlenceli oyunlar eşliğinde, duygusal jestlerin kullanımının artmasıyla etkileşim becerilerinde süreklilik sağlanmaya başlar. Etkileşim becerilerinin artmasıyla birlikte, çocuklarda gözlenen ekolalide, stereotipik davranışlarda ve karşılığı olmayan davranış biçimlerinde değişiklikler gözlenmeye başlamıştır. Üstelik iletişimi amaçlı kullanımında da artışlar olmuştur. Ancak erken dönemde bu müdahaleye başlamayan, daha geç dönemlerde başlayan çocuklarda ilerlemeler daha yavaş ve geç gözlenmektedir (Greenspan S. , 1992; Greenspan, Wieder, & Simons, 1998). Erken dönemde DIR

yöntemine başlayan çocuklarda etkileşim becerileri ve duygusal kapasite becerilerinin kazanımında hızlı ilerlemelerin olduğu bilinmektedir. Geç dönemde başlayan çocuklardaki hedeflerden birisi ise çocuğun kaçırmış olduğu FDGK'ye geri götürmeyi hedefler (Greenspan S. , 1992; Greenspan, Wieder, & Simons, 1998; Mercer, 2017). Floortime müdahale yönteminde, OSB olan çocuklara ya da etkileşim kurmada ve iletişim becerilerinde sınırlılıkları bulunan çocuklarda uygulanan müdahale ile hedeflenen bazı kazanımlar bulunmaktadır. Bunlar şu şekildedir; Etkileşime ihtiyacı olan bireyin hareketsiz bir biçimde durmasını ve kendi dünyasında kalmamasına yardımcı olmak için hareketlenmesini sağlamak. Girişkenliğini arttırmak için motive ederek, etkileşim ve iletişim becerilerinin artmasına yardımcı olmak. Herhangi bir sorun ile karşılaştıklarında çözüm üretebilmelerini sağlamak, arka arakaya gelen eylemleri devam ettirebilmelerine ve planlama yapabilmelerine yardımcı olmak hedeflenen kazanımlar arasındadır. Hedeflenen kazanımların gerçekleşebilmesi için çocukların bu etkinliklerden keyif almaları gerekmektedir (ÇELİKBAŞ & SARI GÖKTEN, 2020).

2.2 DIR MODELİ

Stanley Greenspan ve Serana Wieder tarafından DIRFloortime müdahale modeli oldukça kapsamlı ve geniş bir biçimde tanımlanmıştır. DIRFloortime modeli tanımlanırken çocukların FDGK, çocuğun sahip olduğu biyolojik ve duygusal özellikleri içeren bireysel farklılıklar bölümü, çocukların aileleri ile etkileşimleri ve çocuğun etkileşim özellikleri göz önünde bulundurularak tanımlamalar gerçekleştirilmiştir (Greenspan, Wieder, & Simons, 1998; Wieder & Greenspan, 2003). Ek olarak DIRFloortime modelinde çocukların; ev, okul, park, bahçe gibi sosyal ortamlarını ve de çocukların aldığı dil ve konuşma terapisi, fizyoterapi, özel eğitim, ergoterapi ya da çocuk gelişimi gibi destek aldığı tüm hizmetlere de dikkat eden bir modeldir (Pilarz, 2009). Müdahale modelinin amacı, çocukların etkileşimini geliştirerek anlamlı iletişim kurmalarını sağlamak, ebeveynlerin çocukları ile etkili iletişim kurmasını öğretmek ve ebeveynin çocuğu ile etkileşimi üzerine yoğunlaşarak ebeveynlere yardımcı olmayı hedeflemektedir (Pilarz, 2009; ŞENGÜL-ERDEM, 2021).

DIR müdahale modelinin temelinde 3 alt başlık yer almaktadır. D- (Developmental) altı kapasitenin bulunduğu Fonksiyonel Duygusal Gelişim Kapasitelerini (FDGK); I- (Individual Differences) bireylerde biyolojik olarak bulunan duygusal farklılıkları ve R-

(Relationship based) etkileşimsel ilişkiyi ve duyguların paylaşımını ifade etmektedir. Alt başlıklarda bulunan tüm alanların, çocuklara ve ailelere uygun müdahale planı oluştururken dikkate alınması gerekmektedir (ŞENGÜL-ERDEM, 2021).

2.2.1 Gelişimsel Bölüm

Gelişimsel alan, DIR modelinin temelini oluşturan başlıca alandır. Bu bölümde çocuğun bulunduğu gelişim seviyesinin ve kapasitesinin bulunduğu noktayı tespit etmek müdahale programının planlanabilmesi için büyük önem arz etmektedir. Çocukların duyguları, bilişsel becerileri ve entelektüel becerileri yönünden sağlıklı şekilde gelişimlerini tamamlamaları için FDGK'ye uygun bir gelişim göstermeleri ve basamakları tamamlamaları beklenmektedir. FDGK tamamlanmasıyla birlikte çocukların akademik ve etkileşim becerilerinin temeli oluşmaya başlayacaktır (Greenspan & Wieder, 2015).

2.2.2 Bireysel Farklılıklar Bölümü

Bireysel farklılıklar bölümü diğer yönlerden farklı alanlara sahiptir. Çocuklarda ve bireylerde bulunan biyolojik farklılıklarla birlikte çevreden gelen uyaranlar ile duyguların nasıl alındığı, nasıl işlendiği gibi duyuşsal ve motor farklılıklar ile bireysel farklara vurgu yapmaktadır. Greenspan, yaptığı çalışmalar ile farklı duyuşsal ve motor özellikleri yapısal olgunlaşma olarak isimlendirdi. Bireysel farklılıkları temelde 8 duyu organı üzerinden incelememizi ve uygulanacak müdahaleleri bireysel farklılıklar çerçevesinde ele almamızı sağlamaktadır. Bireysel farklılıklar bölümünün dikkate alınmasının en büyük nedeni, çevreden gelen uyaranlara tüm çocukların farklı tepkiler verebileceği ve vereceği tepkiler üzerinden stratejilerimizin değişimini sağlamaktadır (Mercer, 2017; Greenspan & Wieder, 2015; Ağır, 2022).

2.2.3 Etkileşim Temelli Bölüm

DIR metodunun son kısmıdır ve diğer bölümlerin tamamlayıcı kısmıdır. Terapistlerin ve ebeveynlerin uygulama esnasında, çocukların gelişimine ve bireysel farklılıklarına uygun olarak çocuklarla etkileşime girmesi, çocukların duygularının paylaşılması ve yansıtılmasını sağlayan kısımdır. Çocuğun FDGK'de ilerlemelerini sağlamak ve

duygusal gelişimini tamamlamaları için etkileşime girilerek yakın ve sıcak ilişki kurulmasını sağlayan bölümdür (Greenspan & Wieder, 2015; Ağır, 2022).

2.3 FONKSİYONEL DUYGUSAL GELİŞİM KAPASİTELERİ

OSB yaşayan, gelişimsel yetersizliği olan ya da etkileşim ve iletişimde sınırlılıkları olan çocuklar bireysel farklılıklarından dolayı altı temel kilometre taşında gecikmeler yaşamaktadırlar. Terapist ya da ebeveynlerinin müdahalesiyle çocuklar, kaçırmış oldukları gelişim kapasitelerinde ilerlemelere başlarlar (Greenspan, Wieder, & Simons, 1998). DIR modelinin gelişimsellik ilkesi doğrultusunda çocuklar Floortime yöntemiyle 6 gelişim kapasitesinde ilerlemeye başlarlar (Dionne & Martini, 2011; Greenspan & Wieder, 2006). NGG çocukların FDGK'yi hayatlarının beşinci yılına kadar tamamladığı, ancak YGB olan çocuklarda gelişim kapasitelerinde zorluklar yaşadığı bilinmektedir (KURT & SUBAŞI YURTÇU, 2017).

2.3.1 Regülasyon ve Ortak Dikkat (0-3 ay)

Çocuklar, çevreleriyle sosyal etkileşimi gerçekleştirebilmek amacıyla duyu sistemlerinden gelen bilgileri işlemleyerek ve daha önceki yaşadıkları olaylardan gelen deneyimleri ile bilgi elde etmek ve yaşama adapte olabilmeleri için sakinliklerini korumalı ve de odaklanmaları gereklidir (Casenhiser, Shanker, & Stieben, 2013). Regülasyon, çocukların ya da bebeklerin içinde oldukları çevreden gelen ve kendisinden kaynaklı uyarınları kontrol altına alarak sakinliğini koruyabilmesini, sakinliğini koruyabildiği için etkileşim kurabilmesini ya da etkileşimi devam ettirebilmesini sağlamaktadır. Bebeklerin yaşamından 3 aylık süreye kadar gelişme gösterir ve ileriki süreçlerde de gelişimine devam etmektedir. (Casenhiser, Shanker, & Stieben, 2013). Annelerin bebeklerini sallamaları, ritmik ve melodik şarkılar söylemesi, sarılmaları bebeklerin ve çocukların sakinliklerini koruyabilmelerini, regülasyonunu sağlayabilmelerini ve odaklanmalarını sağlamaktadır (Casenhiser, Shanker, & Stieben, 2013; Solomon, Necheles, Ferch, & Bruckman, 2007). Ayrıca regülasyon ve ortak dikkat basamağı FDGK temelini oluşturan basamaktır (Greenspan, Wieder, & Simons, 1998).

2.3.2 İlişki Kurma ve Birliktelik (2-6 ay)

Çocukların ya da bebeklerin, ebeveynleriyle eğlenerek ilişki kurabildiği ve birlikteliği sağlayabildiği kapasitedir. Aynı zamanda çocukların ve ebeveynlerin arasında güven ilişkisinin sağlandığı bölümdür (Solomon, Necheles, Ferch, & Bruckman, 2007). Çocuk ve yetişkinler arasındaki ilişki kurma ve birliktelik kurma becerilerinin kalitesi, çocuk ve yetişkin arasındaki ilişkiye bağlıdır. Birliktelik kurmadaki sıcaklık ve keyifli olma hali, çocuk ve yetişkin arasındaki güven ilişkisine bağlıdır aynı zamanda her ikisinin o anda sahip oldukları duygular ve duygu paylaşımları ilişkilerinin niteliğini ve sağlamlığını etkilemektedir. Özellikle mutsuz olma, stres gibi olumsuz duyguların olduğu durumlarda birlikteliklerinin kalitesi olumsuz olarak değişebilmektedir. Yetişkinin bebeğe olan yaklaşım biçimi bebeklerin tepkilerini ve birlikteliğin kalitesini etkiler (Casenhiser, Shanker, & Stieben, 2013; Solomon, Necheles, Ferch, & Bruckman, 2007).

2.3.3 Amaca Yönelik İki Taraflı İletişim (4-9 ay)

Bebekler yaklaşık olarak altı ay sonrasında duyguların iletişimi etkilediğini keşfederler ve duygularını iletişim amaçlı sinyaller olarak kullanmaya başlarlar. Ancak iki yönlü olarak iletişimin gerçekleşebilmesi için ebeveynlerin bebekten gelen duygu yüklü sinyalleri anlayabilmesi, yorumlaması ve uygun tepki vermesi gereklidir. İletişim çift yönlü olarak gerçekleştiği için bebeklerin de aynı şekilde ebeveyninden gelen mesajı anlamlandırması ve tepki vermek amaçlı niyetlenmelidir (Casenhiser, Shanker, & Stieben, 2013). İçerisinde anlam barındıran çift taraflı iletişim sinyalleri içerisinde karşılıklı gülümseme, göz teması kurulması ve bakışmaların gerçekleşmesi, ses üretimleri, beden dili ve jest kullanımı, yüz ifadesinin oluşması çift taraflı gerçekleşen iletişim sinyalleri arasında sayılabilmektedir (Pajareya & Nopmaneejumrulers, 2011).

2.3.4 Karmaşık Problem Çözme ve Benlik Gelişimi (9-18 ay)

Bebekler, benlik algısının gelişmesiyle birlikte kendi istek ve ihtiyaçlarına göre ebeveynlerinin tepkilerinin farklılaştığını anlarlar (Pajareya & Nopmaneejumrulers, 2011). Aynı dönemde kompleks sosyal problemler çözmeye başlarlar ve etkileşim becerileri gelişmeye başlar. Çocuk hedefine ulaşabilmek amacıyla 3 basamak gerektiren davranışları gerçekleştirmeye başlarlar. Ebeveynleriyle karşılıklı iletişim sinyalleri paylaşır ve iletişim zincirlerinin sayısı artar. (Solomon, Necheles, Ferch, & Bruckman,

2007; Pajareya & Nopmaneejumruslers, 2011). Örnek olarak dolabın üstünde bulunan arabasını almak amacıyla ebeveynlerinden yardım istemek, sandalye getirip ebeveyninden arabasını istemek ve çoklu problemlerin içeren adımları tamamlarlar. Motor planlama becerileri hızla ilerlemeye başlar. Sözel ifadeler de bu kapasitede gelişir ve entelektüel kapasitelerin gelişimi hızlanır (Pajareya & Nopmaneejumruslers, 2011; Solomon, Necheles, Ferch, & Bruckman, 2007). Düşündüklerinin ve isteklerinin gerçekleşmesinin artması, sosyal problem çözme becerilerinin artmasıyla beraber benlik duygularını da güçlendirir, duygularının paylaşımı artar ve vücudunun koordinasyonu artmaya başlar (TERZİ & TARAKCI, 2019; Pajareya & Nopmaneejumruslers, 2011).

2.3.5 Yaratıcı Düşünce ve Sembolik Oyun (18-30 ay)

Bu basamakta entelektüel becerilerin gelişiminin artmasıyla beraber yaratıcı düşünceler gelişme gösterir. Çocuklar artık nesneleri ya da varlıkları sembolize ederek sembolik oyunları oynamaya başlar (Greenspan & Wieder, 2006). Evcilik oyunları, pasta ve yemek yapma, asker oyunları gibi sembolik düşüncelerin gerçekleştiği oyunları canlandırabilir ya da eylem olarak oyunları gerçekleştirmeden zihinsel semboller ile oyunlar kurabilirler. Zihinsel sembollerin kullanılması ve sembolik oyunların artmasıyla birlikte sosyal problem çözme gibi entelektüel becerilerde ve yürütücü işlev becerilerindeki gelişmeler de hızla ilerleme göstermektedir (Solomon, Necheles, Ferch, & Bruckman, 2007; Greenspan & Wieder, 2006). Beşinci kapasitenin gelişimiyle birlikte çocuklar, sembolik düşünme ve dil becerilerini daha kompleks şekilde kullanabilmektedirler (Greenspan & Wieder, 2006). Yaratıcı düşüncelerin gelişimiyle birlikte çocukların otomatik davranışları ve cevapları azaltmaya başlar. Yaratıcılığı geliştirdiği için düşüncelerini ve isteklerini daha anlamlı bir şekilde karşı tarafa aktarabilir (TERZİ & TARAKCI, 2019; Greenspan & Wieder, 2006).

2.3.6 Soyut ve Duygusal Düşünme (30-48 ay)

Bu basamakta sembolik oyunlara duygular da katılmaya başlar. Her sembolik oyun gerçekçi bir kurguyla ilerlemese de içerisinde mantığı barındıran bağlantılar taşımaktadır. Zaman, mekan ve mesafe belirten kavramlar kullanılmaya başlar. Duyguların paylaşılması ve yansıtılması üst düzeylere ulaşır ve olumlu ya da olumsuz bütün duyguları oyun anında görebiliriz (Greenspan & Wieder, 2006; TERZİ & TARAKCI,

2019). Bu aşamada sabit konular üzerinde dramalar gerçekleştirebilirler. Entelektüel becerileri üst düzeylere ulaşır, yürütücü işlev becerileri gelişir, matematik becerileri artmaya başlar ve çocuklar oyun üretebilme potansiyellerine ulaşırlar. Kurallı oyunları oynamada zorluk yaşamazlar (TERZİ & TARAKCI, 2019; Case-Smith & Miller, 1999).

2.4 BİREYSEL FARKLILIKLAR

2.4.1 Duyular ve Otizmle İlişkisi

Duyularımız aracılığıyla vücudumuzdan ve çevremizden uyarılar alırız. Aldığımız sürekli uyarılar ile bunları deneyimleriz ve uyarılara cevaplar oluştururuz. Yapılan bütün hareketleri, elimizle tuttuğumuz her nesne ve varlığı, yenilen her lokmayı algılayabiliriz (Kranowitz, 2014; ÖZARSLAN & KURT, 2019). Yapılan aktivitelerde birden fazla duyumuz eş zamanlı olarak çalışır. Her zaman bilinen beş duyumuz bulunmaktadır. Bunlara ek olarak vestibüler ve proprioseptif uyarıları algılayan duyu sistemlerimiz de bulunmaktadır (ÖZARSLAN & KURT, 2019; Kranowitz, 2014). Sahip olduğumuz duyu sistemlerinin organizasyonuna da duyu bütünleme adı verilmektedir (Ayres, 1972). Duyu bütünleme çalışmaları yapılırken temeli oluşturan duyu sistemleri bulunmaktadır. Bunlar; taktil, proprioseptif ve vestibüler sistemdir. Temeli oluşturan duyu sistemlerimizin çevremizi algılamamızı sağladığı varsayılmaktadır (ÖZARSLAN & KURT, 2019).

Duyusal işleme bozuklukları OSB yaşayan çocuklarda da gözlenmektedir. Yapılan araştırmalarda, otizmlili çocukların NGG çocuklara göre duyu uyarılara daha farklı cevaplar verdiği belirlenmiştir (Akfidan & Taş, 2016). Ayrıca otizmlili bireylerde görülen duyu bozukluklarının oranı %42 ve %88 arasında değişim göstermektedir (Baranek, 2002). Otizmlili bireylerde gözlenen stereotipik davranışlara ek olarak duyu bütünleme bozukluklarının da görülmesi sosyal etkileşimlerini yüksek oranda kısıtlar ve tüm bireylerde oluşturulan cevaplar farklılıklar içermektedir (Baranek, David, Poe, Stone, & Watson, 2006; Baranek, 1999).

2.4.2 Taktil Sistem

Taktil sistem vücudumuzda bulunan dokunma duyusu sistemidir. Vücudumuzda geniş bir alanı kaplayan ve en fazla reseptör bulunduran sistemdir. Dokunduğumuzu, bize dokunulduğunu, soğukluğu, sıcaklığı, acıyı ve vücudumuza herhangi bir basınç

uygulandığı zaman bunları hissetmemizi sağlayan sistemdir. Doğum öncesinde anne karnında gelişen ilk sistemimizdir (Ayres, 1964; Picard, 2007; ÖZARSLAN & KURT, 2019). Vücut farkındalığımızın gelişmesini sağlar ve dış çevrede güvende hissetmemizi sağlar. Taktil sistemin gelişmesiyle çocuklar, dokundukları nesnelerin neler olduğu hakkında yorum yapma becerilerini geliştirirler (Özbakır & Otrar, 2010)

OSB yaşayan çocuklar duyu sistemindeki sınırlılıklardan taktil uyaranlara farklı cevaplar verirler. NGG bebekler yaşamlarının ilk yıllarında kucağa alınmak amacıyla kollarını kaldırırken otizmliler fiziksel temastan kaçınır ve farklı tepkiler verirler. OSB yaşayan çocuklardan bazıları yeni keşfettikleri nesneleri dokunarak, kollarında gezdirerek ya da ağızlarına alarak tanımaya çalışırken, bazı otizmliler çocuklar yüzeyle dokunmaktan kaçınabilir, farklı kumaşlı elbiselerden rahatsız olabilirler. Özbakır becerilerinden kaçabilirler (ÖZLÜ FAZLIOĞLU & BARAN, 2004; Akfıdan & Taş, 2016).

2.4.3 Vestibüler Sistem

Vestibüler sistem, vücudumuzda bulunan yer çekimini hissetmemizi sağlayan sistemdir. Eklemlerimizden ve gözlerimizden gelen duyu bilgileri sayesinde vücudumuzun hareketini ve dengesini sağlar. Göz kaslarımızın kontrolünün artmasını ve kendimizi güvende, rahat hissetmemizi sağlayan duyu sistemimizdir, ayrıca yön ve hareket bilgilerimizin gelişmesini ve kullanılmasını sağlar. Kaslarımızın gelişiminde, sıkılığında ve harekete hazır hale gelmesinde önemli rol üstlenmektedir. Vestibüler sistemin ayrıca beynimizde duyu ve hislerimizin kontrol edildiği yapılar ile bağlantısı da bulunmaktadır (Özbakır & Otrar, 2010; ÖZARSLAN & KURT, 2019). Vestibüler duyu sisteminin temelimizi oluşturmasıyla diğer etkinliklerde olan tecrübelerimiz de artmaktadır (Özbakır & Otrar, 2010).

Vestibüler duyu sistemi çocukların motor gelişiminde önemli role sahip duyu sistemlerimizdendir. Vestibüler duyu sistemi üzerinde bulunan herhangi bir sınırlılık motor gelişim aşamalarında çocukları olumsuz etkilemektedir. OSB yaşayan çocuklarda vestibüler sistemle ilişkili yaşanan sınırlılıklar beraberinde şu becerilerde de sorunlara yol açmaktadır; dengenin sağlanması, ayakta durma, yön bulma becerileri, koşma, yer çekimi güvensizliği, sosyal etkileşim, iletişim, kas tonusu vd. sorunlar görülebilmektedir.

Otizimli çocuklarda vestibüler sistemdeki sorunlar ayrıca; çift taraflı dengenin sağlanması, görsel koordinasyon becerilerinde sorunlara sebep olmaktadır. Vestibüler sistemdeki sınırlılıklara yönelik yapılan çalışmalarla beraber çocukların dil becerilerinin de arttığı gözlenmiştir (Akbuğa & Eliöz, 2020; 2002).

2.4.4 Proprioseptif Sistem

Vücudumuzda bulunan kas ve eklem sistemlerimizden gelen duyuşsal bilgilerin işlenerek kendi pozisyonumuz hakkında çıkarım yapabilmemizi sağlayan duyuş sistemidir, ayrıca bedenimizin çevremizdeki konumumuzu algılamamızı sağlayan sistemdir (ÖZARSLAN & KURT, 2019). Proprioseptif sistemimiz sayesinde; yürümek, koşmak, alışveriş poşetleri taşımak, ağırlık kaldırmak, baş aşağı uzanmak gibi kompleks hareket becerilerini yerine getirebilmekteyiz (Kasım, 2010) Ayrıca proprioseptif sistemimiz sayesinde düğme iliklemek, kaşık tutmak, çatal tutmak gibi ince motor becerilerimizi de yerine getirebilmekteyiz (Bayraktaroğlu, 2012). Proprioseptif sistemle aynı zamanda işlerimizi yaparken kullandığımız kasların ne kadar, ne zaman ve nasıl kasılacağı hakkındaki bilgileri de elde edebiliriz. Vücudumuzda birçok kas olduğu için proprioseptif sistem, taktıl sistem kadar vücudumuzda geniş bir alanı etkilemektedir (Hesse, Nishitani, Fink, Jousmäki, & Hari, 2010; LaRue, ve diğerleri, 1995).

Proprioseptif işleme bozukluklarında kas ve eklemlerden gelen uyarılar yetersiz şekilde işlenmektedir. Proprioseptif sistemde yaşanan sorunlara, taktıl ve vestibüler sistem sorunları da genellikle eşlik etmektedir. Proprioseptif işleme zayıf, OSB yaşayan çocuklar; vücut pozisyonlarını düzenlemede ve gerçekleştirdikleri hareketlerle ilgili duyuşsal bilgileri işleme sorunları yaşamaktadırlar. Duyuşsal bilgileri işleme yaşadığı sınırlılıklar nedeniyle nesneleri kullanmada sorunlar yaşayabilirler, nesnelere uygulaması gereken basınçları hissedemedikleri için kapıları açmakta zorlanabilir, oyuncaklarını kırıp dökebilirler. Farklı ağırlıktaki nesneleri kullanmada sorunlar yaşayabilirler. Vücut farkındalıklarında sınırlılıklar olduğu için vücudunun ne yaptığını görme duyusuyla beraber gerçekleştirmeleri gereklidir. Rutin işleri görme duyusu olmadan sadece proprioseptif duyuları ile gerçekleştirmek onlar için çok zordur (Kranowitz, 2014; Akfıdan & Taş, 2016).

2.4.5 Görsel Sistem

Görme, çeşitli görüntüleri fark etmemizi, üstümüze doğru gelen nesneleri algılamamızı ve algıladıktan sonra tepki vermemizi sağlayan duyuşal sistemdir. Bize doğru gelen hareketleri algılayarak kendimizi çevreye karşı koruyabiliriz ya da hareketlerimizi şekillendirerek yön verebiliriz. Görme, sayesinde uyarılara anlamlı tepkiler vererek sosyal etkileşimimizi arttırabiliriz. Görsel ayırt etmeyi ve proprioseptif sistem duyumuzu kullanarak vücudumuzun uzaydaki yerini ve nesnelerin konumunu fark edebiliriz (Akfidan & Taş, 2016).

OSB yaşayan çocuklarda ya da NGG çocuklarda görsel işlemlemeye ilişkin sınırlılıklar bebeklik döneminde başlamaktadır. Bebekler annenin yüzünü algılamada ve anneye uygun tepkiyi vermede zorluklar yaşarlar. İlerleyen yaşlarda görsel uzaysal alanda zorluklar yaşarlar. Çevreye göre bedenini konumlandırmada ve çevresinden gelen uyarıları gözüyle takip etmekte zorlanırlar (Greenspan & Wieder, 2006; Akfidan & Taş, 2016).

2.4.6 İşitsel Sistem

İşitsel işlemleme, çevreden beynimize gelen bilgiyi işitme ve algılama şeklimizle ilişkilidir. İşitsel işlemleme gerçekleşirken prozodik özellikler, seslerin ayırt edilmesi ve duyulanın çözömlenmesi gibi birden fazla bilginin aynı zamanda işlemlemesi gerekmektedir (Case-Smith & Arbesman, 2008). Çocuklarda dil becerilerinin gelişiminde işitsel işlemlemenin büyük bir önemi bulunmaktadır. Ayrıca sadece dil gelişiminde değil; bilateral koordinasyonda, sosyal etkileşimde ve öğrenme becerilerinde önemli bir duyuşal sistemdir (Akfidan & Taş, 2016; Dionne & Martini, 2011).

Otizimli çocuklar seslere tepki vermeyip, duymuyormuş gibi yapabilirler. Yapılan çalışmalar ile otizmli çocukların gürültülü ortamlarda sesleri ayırt edemedikleri ve rahatsız oldukları gözlenmiştir. İşitsel işlemlemede güçlük yaşayan çocuklar kendi kendilerine konuşarak ya da kulaklarını kapatarak, çevreden gelen uyarılara kendilerini kapatabilirler. Uyarılara kapatmaları nedeniyle sosyal etkileşimden ve iletişimden uzaklaşmış olurlar (ÖZLÜ FAZLIOĞLU & BARAN, 2004).

2.4.7 Koku ve Tat Sistemi

Kokusu bulunan küçük parçalar havadaki gazlar arasında bulunmaktadır. Havadaki gazlar arasında bulunan kokuların beynimize ulaşmasını, vücudumuzdaki koku sistemi sağlamaktadır. Koku sistemi, rutin olarak ilerleyen sistemlerin dışında doğrudan duygularımızı etkileyen limbik sisteme ulaşmaktadır. Limbik sisteme doğrudan ulaşması nedeniyle duygularımız üzerinde, gelen kokuların etkisi önemli bir noktadadır. Vestibüler ve koku sistemi gibi tat sisteminde gelişimi erken dönemlerde olmaktadır. Dilimizde bulunan tatlı, acı, ekşi ve tuzlu kimyasalları ayırt etmemizi sağlayan reseptörler gelişmiştir. Dilimizde bulunan reseptörler sayesinde sağlığınıza ve tercihlerimize göre besinleri tercih edebilmekteyiz (TERZİ & TARAKCI, 2019).

OSB olan çocuklar koku sisteminde yaşadıkları sınırlılıkları, nesneleri burunlarına yakın tutarak ya da tadına bakarak koku sistemini telafi etmeye çalışmaktadırlar.

2.4.8 İnteroseptif Sistem

İnterosepsiyon duyusu aracılığıyla bireylerin iç bedeninde; akciğer, mide ve kalp gibi organlarda yaşanan olaylarla ilgili işlemler gerçekleştiren, vücudumuzdaki fizyolojik dönütleri algılamamızı sağlayan duysal sistemdir (Shah, Hall, Catmur, & Bird, 2016; Hatfield, Brown, Giummarra, & Lenggenhager, 2019). İnteroseptif sistemin dört alanı bulunmaktadır. İnteroseptif doğruluk aracılığıyla, vücudumuzdan gelen uyarınları algılayabiliriz. İnteroseptif duyarlılık aracılığıyla, beden durumlarını algılayabiliriz. İnteroseptif farkındalık aracılığıyla, vücut farkındalığımız gelişmektedir. İnteroseptif duygusal değerlendirmeler ile bedensel duyuları algılayıp ona uygun tepkiler oluşturabiliriz (Akbuğa & Eliöz, 2020; Craig, 2003; Hatfield, Brown, Giummarra, & Lenggenhager, 2019).

Otizmi bulunan çocuklarda interoseptif sistemden gelen uyarınları tolere edememekte ve tepki oluşturmakta gecikmeler yaşamaktadırlar. İnteroseptif sistemde yaşadıkları sorunlardan kaynaklı olarak sosyal etkileşimde sınırlılıklar, duyguları anlamada ve duygu yansıtmada ciddi sorunlar yaşamaktadırlar (Akbuğa & Eliöz, 2020).

2.5 DIRFLOORTİME MÜDAHALE YÖNTEMİNDE DEĞERLENDİRME

OSB, gelişimsel geriliği veya etkileşime ihtiyacı olan çocuklarda erken tanı koyulmasıyla beraber erken dönemde uygulanan müdahalelerle farklı beceriler kazandırılmakta ve sınırlılık yaşadıkları alanlardaki sorunlar azaltılabilmektedir. Erken dönemde uygulanan müdahalelerde terapistlerin ya da eğitimcilerin rolünün olduğu kadar ailenin desteği ve çalışmaları da çok önemlidir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda, ailelerde eğitime ve müdahalelere aktif katılım sağlarlar (Korkmaz, 2017). DIRFloortime müdahale yönteminde; çocukların gelişimsel basamakları, bireysel farklılıkları ve etkileşimleri dikkate alınarak yapılan değerlendirmelerde dört temel alan incelenebilir. Çocukların erken dönemde gelişen duygusal gelişimlerini incelemek ve duygusal gelişimlerdeki ilerlemeler, çocuklarda bulunan bireysel farklılıkların ve sinir sistemlerindeki gelişimler, çocukların çevresiyle ve aileleriyle olan etkileşimleri, çocukta bulunan sınırlılıkları dikkate alarak farklı meslek gruplarıyla beraber çalışılması değerlendirme öncesinde ve sırasında dikkate alınması gereken unsurları oluşturmaktadır (Greenspan & Wieder, 2015).

DIRFloortime modelinde değerlendirme yapılırken temel bölümü gelişimsel alan oluşturmaktadır. Çocukların gelişimsel süreçleri, değerlendirme esnasında yapılan aile görüşmeleriyle ve subjektif klinik gözlemler ile saptanabilir. Gelişimsel sürecine ilişkin bilgi alındıktan sonra çocuğun ailesiyle ve çevresiyle olan iletişimi ve etkileşimine dair gözlemler gerçekleştirilebilir. Etkileşime dair yapılan saptamalarla beraber ailelerin dikkat etmeleri gereken alanlar ve ailelerin müdahaleye yönelik katkıları belirlenebilir. Yapılan değerlendirmelerde ayrıca çocukların bilişsel durumlarından ziyade sosyal katılımları ve etkileşimlerine dair gözlemler gerçekleştirilmektedir. Alıcı dil becerilerindeki performanslarına ek olarak, söz öncesi iletişim becerileri, duygularını yansıtması, iletişim başlatma ve sürdürme becerilerine de dikkat edilmektedir (Greenspan & Shanker, 2004; ÇELİKBAŞ & SARI GÖKTEN, 2020).

Genel itibarıyla FDGK'yı, bireysel farklılıkları ve etkileşimi temel alan DIRFloortime modelinde yapılan gözlemlerde farklı meslek gruplarının bir arada çalışması, nitelikli bir değerlendirme için önemli bir unsurdur. Dil ve konuşma terapisti, çocuk gelişimcisi, ergoterapist, çocuk nöroloğu ve psikiyatristi, psikolog, özel eğitimci

ve diğer farklı meslek gruplarından farklı değerlendirmeler alınabilir (ÇELİKBAŞ & SARI GÖKTEN, 2020).

2.6 DIRFLOORTİME TERAPİSTLERİ

2.6.1 Ergoterapist

Ergoterapi mesleği ya da diğer ismi ile ‘uğraşı terapisi (occupational therapy)’ hastalık ya da sağlık durumunda danışanların ilerlemesini sağlayan meslek alanıdır. Uğraşı terapistleri danışanlarının ihtiyaçlarına ya da isteklerine göre sorun yaşadığı durumu belirleyerek hastaların yaşama uyumunu arttırmayı hedeflemektedirler (Demirci, 2017). Ergoterapistler; gelişimsel bozukluğu olan, fiziksel sorunu olan çocuklar, ergen ve yetişkin bireyler, yaşlı bireyler ya da mesleklerinden kaynaklı sorun yaşayabilen bireyler ile çalışmalar yapan meslek grubudur.

Ergoterapistler DIRFloortime uygulayabilen bir meslek grubudur. Toplumdan dışlanmış bireylerle yaptığı çalışma ve rehabilitasyonlar ile bireylerin topluma geri kazandırılmasını sağlarlar. Engelli bireylerin yaşadığı kısıtlılıkları tespit ederek günlük yaşama adaptasyonlarını ve ihtiyaçlarını karşılayabilmelerini sağlarlar. Duyusal, algısal ve motor alanlarda sorun yaşayan bireyler ile yaptığı çalışmalarda DIRFloortime müdahale yöntemine dair stratejileri kullanarak bireylerin etkileşimlerini arttırarak yaşadıkları sorunları çözüme kavuşturan meslek grubudur (Demirci, 2017).

2.6.2 Çocuk Gelişimci

Çocuk gelişimi meslek grubuna sahip bireyler, çocukların gelişiminin değerlendirilmesi sürecinde gelişimsel değerlendirmeleri yapan ve çocukların hayatındaki kritik öneme sahip noktaların öğrenilmesini sağlayan meslek grubudur. Gelişim sürecinde sorun yaşayan çocukların ya da NGG çocukların takibini ve desteklenmesini sağlamaktadırlar (Tercan & Bıçakçı, 2016)

Çocuk gelişimciler DIRFloortime uygulayabilen bir meslek grubudur. Gelişimsel bir bozukluğu olan ya da NGG çocuklarda bulunan motor, sosyal, fiziksel ve diğer alanlarda yaşanan sorunları DIRFloortime müdahale yöntemi stratejilerini kullanarak çocukların gelişim basamaklarında ilerlemesini sağlamaktadırlar (Tercan & Bıçakçı, 2016).

2.6.3 Özel Eğitim Öğretmenliği

Özel eğitim öğretmenliği normal gelişim göstermeyen bireylere ya da TGG bireylerin istek ve ihtiyaçlarına yönelik eğitim veren bir meslek grubudur. Özel eğitim öğretmenleri başlıca zihinsel, işitme ve görme engeli olan bireyler ile çalışmaktadırlar (Açiler, 2022).

Özel eğitim öğretmenleri DIRFloortime uygulayabilen diğer bir meslek grubudur. İhtiyaç durumu fazla olan çocuklarla çalışan özel eğitimciler, bireylerin ihtiyaçlarını karşılarken DIRFloortime stratejilerini kullanarak çocuklarda bulunan istek ve ihtiyaçları karşılayabilirler (Açiler, 2022).

2.6.4 Fizyoterapistler

Fizyoterapistler, Doktorların koymuş olduğu teşhise yönelik bireylerde bulunan sınırlı ya da yetersiz fiziksel hareketlerin yapılmasına yardımcı olan meslek grubudur. Çalıştıkları meslek grupları genellikle kas erimelerine bağlı zayıflığı bulunan ileri yaşı hastalardır (Yüksel, 2022).

Fizyoterapistler DIRFloortime uygulayabilen bir diğer meslek grubudur. Yetersiz gelişimi olan çocuklarla ya da duyuşsal alanda yetersizliği olan çocuklar ile çalışırken DIRFloortime müdahale yöntemi stratejilerini kullanarak çalışmalarını daha rahat ve kolay bir şekilde gerçekleştirebilirler (Yüksel, 2022).

2.6.5 Dil ve Konuşma Terapistleri

Dil, konuşma, yutma ve ses bozukluklarının tanısında, değerlendirilmesinde ve terapi sürecinde rol oynayan meslek grubudur. Bebeklikten yaşlılığa kadar insanların iletişimini, etkileşimini, yutmasını ve diğer iletişim, dil ve konuşma alanında yaşanan sorunlarla çalışmalar gerçekleştirmektedir (Toğram, Güneri, & YANAT-VAN-ZONDEREN, 2019).

Dil ve konuşma terapistleri DIRFloortime müdahale yöntemini uygulayan bir diğer meslek grubudur. Gelişimsel geriliği bulunan, iletişim ya da etkileşim alanında sınırlılık yaşayan çocuklarda DIRFloortime müdahale yöntemi stratejilerini kullanarak terapilerin etkililiğini arttırabilirler (Toğram, Güneri, & YANAT-VAN-ZONDEREN, 2019).

Birçok farklı meslek DIRFloortime müdahale yöntemine ilişkin eğitimi alarak etkileşim alanında çalışma yürütebilmektedir. Bireylerde bulunan ihtiyaçlara yönelik terapi hedeflerine DIRFloortime stratejilerini katarak çalışmalarını şekillendirebilirler.

2.7 ÖZYETERLİK

Özyeterlik, bireylerin yeteneklerini kapsayan güven algısıdır. Özyeterlik aynı zamanda bireylere verilen görevleri gerçekleştirmedeki yeteneklerdir (SARI ÇAĞLAR, 2021). Bireylerin özyeterlikleriyle ilişkili tutumları motivasyonlarını etkisi altına alarak gerçekleştireceği eylemlerini etkilemektedir (Bandura & Adams, 1977). Dil ve konuşma terapistleri (DKT) üzerinden bir örnek verecek olursak; Bir DKT akıcılık bozukluğu ile ilgili müdahalede özgüveni varken, otizm ile ilgili müdahalelerde özgüveni daha düşük olabilir. Bireylerin özyeterlikleri kendi motivasyonlarını da etkilemektedir. Özyeterlik düzeyi yüksek olan kişiler, kendilerini daha rahat ve güvende hissederken, özyeterlik düzeyi düşük olan bireyler daha kaygılı ve endişeli olmaktadır (Luszczynska, Gutiérrez-Doña, & Schwarzer, 2005).

Bireylerin özyeterliklerini araştıran, farklı meslek grupları ve farklı kişiler ile ilişkili çalışmalar yapılmaktadır. Sağlık sektörü çalışma yapılan alanlardan biridir. Sağlık sektöründe yapılan çalışmalar, verimlilik ve etkililiğin artmasına yönelik ve sağlık bölümünde yer alan programların geliştirilmesine yönelik çalışmalardır. Sağlık alanında gerçekleşen çalışmalara; DKT'ler hemşireler, doktorlar, odyologlar ve ergoterapistler ile ilişkili yapılan özyeterlik çalışmaları bulunmaktadır (SARI ÇAĞLAR, 2021).

3. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamızın bu kısmında araştırmanın modelinden, araştırmaya katılan katılımcıların özelliklerinden, veri toplama aracı ve sürecinden, son olarak da verilerin analizinden bahsedilecektir.

3.1 ARAŞTIRMA MODELİ

Mevcut araştırmada DIRFloortime Müdahale Yöntemini Uygulayan Terapistlerin Özyeterliklerinin incelenmesini amaçlanmıştır. Araştırmamızın sonuçlarını tarafsız olarak paylaşabilmek amacıyla istatistiki veriler, tablolar ve yüzdeler kullanılacaktır. İstatistiki incelemeleri gerçekleştirmek amacıyla nicel araştırma yöntemlerinden kesitsel model kullanılmış olan tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır. Bu tür araştırmalar da ölçülen değişkenler arasındaki ilişkiler incelenebilmektedir (Büyüköztürk vd., 2013). Araştırmamızın bağımlı değişkenini DIRFloortime terapistlerinin özyeterlik düzeyleri, bağımsız değişkenini; terapistlerin cinsiyetleri, floortime eğitim düzeyleri, terapistlerin yaşları, eğitim durumları, terapist olarak çalışma yılları ve aldıkları danışan sayısı oluşturmuştur.

3.2 KATILIMCILAR

Çalışmanın katılımcılarını Türkiye'nin farklı şehirlerinden, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde, danışmanlık merkezlerinde, hastanelerde, akademide, üniversite merkezlerinde ya da kliniklerde, çocuklar ile çalışan farklı meslek gruplarından DIRFloortime 201 düzeyinde ve üstünde olan 88 kadın (%67,75) ve 40 erkek (%32,75) terapist oluşturmuştur. Araştırmanın çalışma grubu rastgele örnekleme yöntemiyle çevrimiçi olarak kendilerine ulaşılabilen, çalışmaya katılmaya gönüllü Floortime terapistleri olacaktır.

3.3 VERİ TOPLAMA ARACI

Verilerin toplanmasında farklı meslek gruplarından DIRFloortime uygulama yeterliliğine sahip uzmanların desteğiyle hazırlanan ve geçerliği sağlanan anket formu

kullanılacaktır. Bu araştırmada, DIRFloortime Müdahale Yöntemini Uygulayan Terapistlerin Özyeterliklerinin İncelenmesi amacıyla “Floortime terapistlerinin eğitim düzeyi, Floortime seanslarında terapistin duygularına yönelik özyeterlik düzeyi, terapistlerin müdahaleye yönelik özyeterlik düzeyi ve fonksiyonel duygusal gelişim basamaklarına ilişkin özyeterlik düzeyi ölçme anketi (Ek-1) geliştirilmiştir. Johnson (2018) tarafından nitel araştırma yöntemiyle hazırlanan sorular gözden geçirilmiş ve çalışma temel alınarak incelenmiştir. Anket geliştirme sürecinde alanyazın taraması yapılarak otizm ve DIRFloortime ilişkin anketler ve farklı çalışmalar incelenmiştir. Araştırmalar sonucunda soru havuzu oluşturulmuştur. Daha sonra ana başlık altında 14 maddenin yer aldığı anket formu oluşturulmuştur. Oluşturulan anket formu tez danışmanı ile birlikte gözden geçirilmiştir. Oluşturulan anket sorularının sayısı arttırılmış ve tekrar gözden geçirilmiştir. 4 ana başlık altında toplamda 32 soru ile anket düzenlenmiştir. Hazırlanan anketin geçerliğinin belirlenebilmesi amacıyla ve değerlendirilmesi için farklı mesleklerden uzmanların görüşüne sunulmuştur. Dil ve konuşma terapisti, özel eğitim alanı öğretmeni, ergoterapist, pedagog, fizyoterapist ve floortime eğitim lideri olan 13 uzmana mesaj yoluyla iletilmiştir ve 11 uzmandan gelen görüşler doğrultusunda tez danışmanı ile birlikte, anket formunun genel yapısında ve içeriğinde değişiklikler yapılmış ve 4 ana başlık altında 32 maddenin yer aldığı şekilde düzenlenmiş ve çevrimiçi olarak tekrar hazırlanmıştır. Anket formunun ilk bölümünde terapistin cinsiyeti, yaşı, çalışma yerine ilişkin sorular sorulmuştur. Anket formunun ikinci bölümünde ise Floortime Terapistlerinin eğitim düzeyi (5 madde), Floortime seanslarındaki terapistin duygularına yönelik özyeterlik düzeyi (3 madde), Terapistlerin müdahaleye yönelik özyeterlik düzeyi (13 madde) Fonksiyonel Duygusal Gelişim Basamaklarına ilişkin Özyeterlik Düzeyi altında (6 madde) toplam 27 madde yer almıştır. 4’lü likert olarak hazırlanan ankette hiçbir zaman, nadiren, sıklıkla ve her zaman cevapları kullanılmıştır. Her madde için verilen puanlar 1 ile 4 arasında değişmektedir. Katılımcılardan “Hiçbir zaman 1 Puan”, “Nadiren 2 puan”, “Sıklıkla 3 puan” ve “Her zaman 4 puan” seçeneklerinden uygun olanını işaretlemeleri istenmiştir. Çıkarılacak sonuçlarda, DIRFloortime Müdahale Yöntemini Uygulayan Terapistlerin Özyeterliklerinin İncelenmesi açısından güvenilir veriler sunacağı şeklinde değerlendirilmiştir.

3.4 VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Anket, Covid-19 salgını olması nedeniyle Google Formlar üzerinden çevrim içi olarak hazırlanmıştır. Anket linkinin çalışıp çalışmadığını ve maddelerin işaretlenmesinde herhangi bir sorun olup olmadığını kontrol etmek amacıyla üç yüksek lisans öğrencisi ve araştırmacı tarafından anket doldurulmuş ve anket linki terapistlere gönderilmeden önce kontrol verileri silinmiştir. Kontrollerin bitmesinin ardından anketimiz sosyal medya uygulamalarıyla, e-postayla ve diğer uygulamalar aracılığıyla çevrim içi olarak terapistlere ulaştırılmıştır. Anketin ön bölümünde anketimize katılacak olan terapistlere kişisel bilgi paylaşımının olmayacağı ve çalışmamızın gönüllülük esaslı olduğu bildirilmiştir.

3.5 VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmaya alınan verilerin analizleri SPSS (Statistical Program in Social Sciences) 25 programı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya alınan verilerin Normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov Smirnow Testi ile kontrol edilmiştir (ALPAR, 2020). Karşılaştırma testleri için anlamlılık düzeyi (p) 0,05 olarak alınmıştır.

Bağımsız ikili gruplarda yapılan karşılaştırmalar; normallik varsayımı sağlanmaması nedeniyle Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. Bağımsız çoklu gruplarda yapılan karşılaştırmalar ise Kruskal Wallis testi analizi ile yapılmıştır. Fark bulunan değişkenlerde karşılaştırma sayısının artmasına bağlı olarak p değeri artacağından Bonferroni düzeltmeli p değeri kullanılmıştır ve “(0,05/ikili karşılaştırma)” ile hesaplanmıştır (Aktürk & Acemoğlu, 2011). Kruskal-Wallis testi sonrasında Mann-Whitney testi ile elde edilen p değerleri hesaplanan p değerleri ile karşılaştırılıp sonuca karar verilir.

Geçerlilik analizinde CR (Composite Reliability) ve AVE (Average Variance Extracted) olmak üzere iki değer hesaplanmaktadır. Bir gizil değişkenin kendini oluşturan gözlenen değişkenler tarafından ne derece temsil edildiğini gösteren CR değeri analizinden elde edilen sonuçlar genellikle hesaplanan Cronbach α değerleriyle paralellik göstermektedir. CR sonuçlarının 0,70 ve üzeri olması gerekmektedir. Teorik olarak gözlemlenemeyen bir yapının ilişkilendirildiği gözlenen değişkenlerde açıklayabileceği ortalama varyansı gösteren AVE değerinin açıklanamayan varyanstan ve 0,50’den büyük olması gerekmektedir. 0,90 – 1,00 arası hesaplanan Cronbach Alfa (α) değeri mükemmel

güvenilirliği ifade etmektedir (Kılınç, İnceoğlu , & Aktaş, 2019). DIRFloortime Müdahale Yöntemini Uygulayan Terapistlerin Özyeterliklerinin incelenmesini amacı ile hazırlanan anket sorularına içeren verilere açıklayıcı faktör analizi uygulanarak elde edilen faktör yükleri yardımı ile AVE ve CR değerleri hesaplanmıştır.

Kullanılan ölçeğe ait yapı geçerliliğini test için faktör analizi yöntemi kullanılmaktadır. Kullanılan ölçeğe ait yapıyı belirlemek ya da daha önce belirlenmiş bir yapıyı doğrulamak için kullanılan faktör analizi birbiri ile ilişkili çok sayıda değişkenin olduğu bir yapıyı daha az sayıda değişken yardımıyla ifade etmek için kullanılmaktadır. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) anket yapısı oluşturmada kullanılan temel yöntemlerden biridir (Çokluk, Şekercioğlu, & Büyüköztürk, 2012)

Cronbach Alfa (α) değeri 0,705 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada AVE değeri 0,510 ve CR değeri ise 0,961 olarak hesaplanmış olup, kullanılan anketin geçerli ve güvenilir olduğu görülmektedir.

3.6 BULGULAR

3.6.1 Demografik Bilgiler

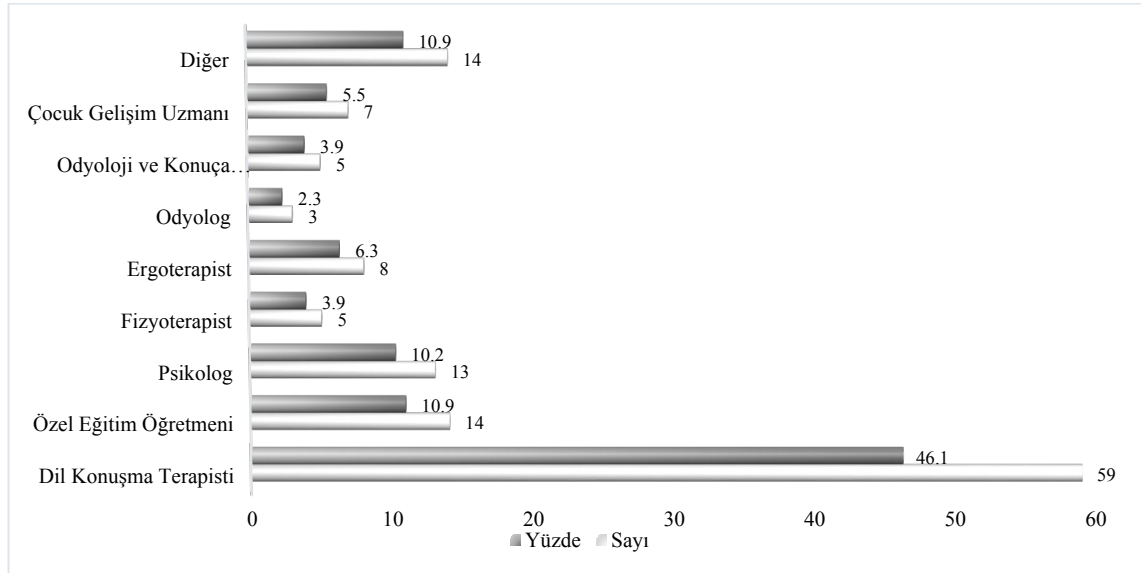
Çalışmaya alınan katılımcılara ait demografik bilgiler aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 1. Demografik Bilgiler

Değişken	Grup	Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	88	68,75
	Erkek	40	31,25
Yaş	23-25 yaş	31	24,2
	26-29 yaş	38	29,7
	30-36 yaş	37	28,9
	37 yaş ve üzeri	22	17,2
Son Mezuniyet Derecesi	Lisans	80	62,5
	Yüksek lisans ve üzeri	48	37,5
Meslek	Dil Konuşma Terapisti	59	46,1
	Özel Eğitim Öğretmeni	14	10,9
	Psikolog	13	10,2
	Fizyoterapist	5	3,9
	Ergoterapist	8	6,3
	Odyolog	3	2,3
	Odyoloji ve Konuşa Bozuklukları	5	3,9

Çocuk Gelişim Uzmanı	7	5,5
Diğer	14	10,9

Çalışmaya katılan 128 katılımcıya ait mesleki bilgiler ve demografik bilgileri tablo 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1. Mesleklere Göre Dağılım

Tablo 2. Terapistlik İle İlgili Bilgilerin Dağılımları

Değişken	Grup	Sayı	Yüzde
DIRFloortime Terapist Seviyesi	201	97	75,8
	202	18	14,1
	203	10	7,8
	204	3	2,3
Seanslar İçin Eğitim Seviyesinin Yeterliliği	Evet	55	43,0
	Hayır	73	57,0
Seanslar İçin Üst Seviye Eğitim Alma	Evet	113	88,3
	Hayır	15	11,7
Uygulama Yapılan Danışan Sayısı	0-10 danışan	41	32,0
	11-20 danışan	49	38,3
	21+ danışan	38	29,7
Terapist Olarak Çalışma Yılı	0-1 yıl	38	29,7
	13 ay -2 yıl	38	29,7
	25 ay - 5 yıl	39	30,5

5 yıl üzeri

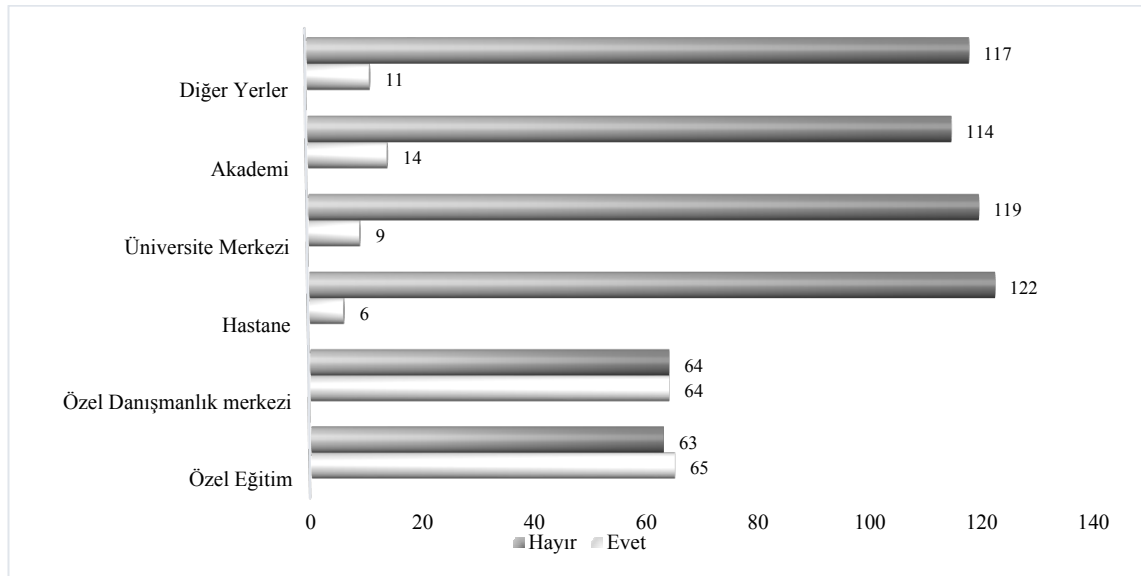
13

10,2

DIRFloortime terapistlerinin müdahaleye yönelik bilgileri tablo 2’de belirtilmiştir.

Tablo 3. Çalışılan Kurumların Dağılımı

Değişken	Grup	Sayı	Yüzde
Özel Eğitimde Çalışma	Hayır	63	49,2
	Evet	65	50,8
Özel Danışmanlık Merkezinde Çalışma	Hayır	64	50,0
	Evet	64	50,0
Hastanede Çalışma	Hayır	122	95,3
	Evet	6	4,7
Üniversite Merkezinde Çalışma	Hayır	119	93,0
	Evet	9	7,0
Akademide Çalışma	Hayır	114	89,1
	Evet	14	10,9
Diğer Yerlerde Çalışma	Hayır	117	91,4
	Evet	11	8,6



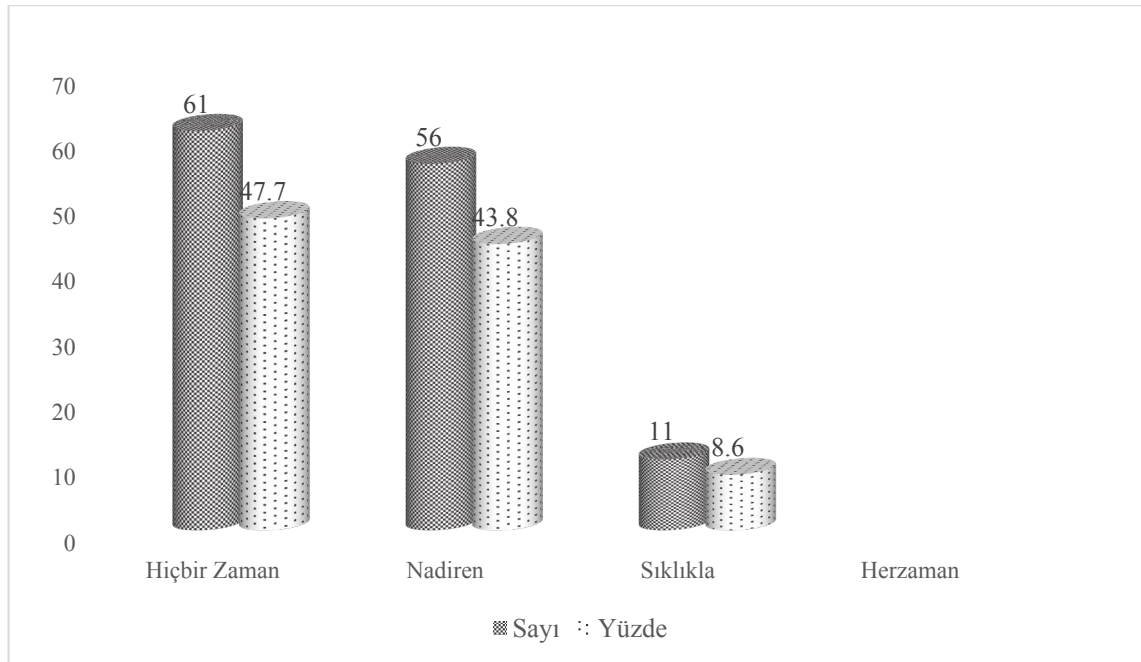
Şekil 2. Çalışılan Kurumların Dağılımı

3.6.2 Özyeterlikle İlişkili Sorulara Verilen Cevapların Dağılımı

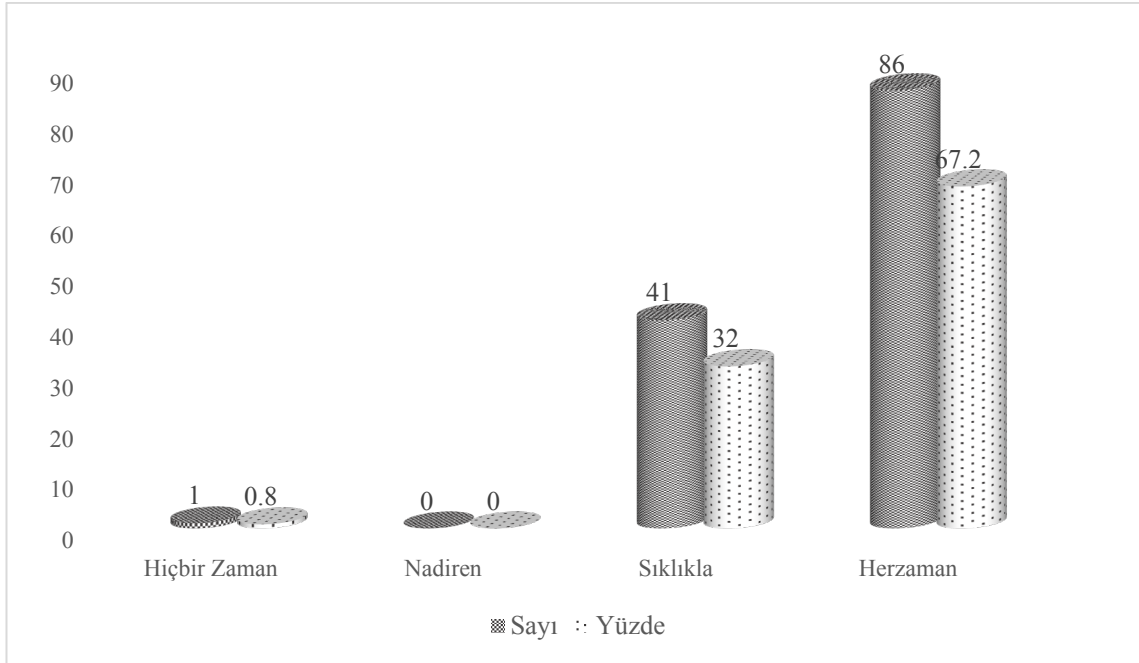
Tablo 4: Özyeterlikle ilişkili sorulara verilen cevapların dağılımı

Değişken	Grup	Sayı	Yüzde
Seansa Aile İle Katılımın Endişe Oluşturması	Hiçbir zaman	61	47,7
	Nadiren	56	43,8
	Sıklıkla	11	8,6
DIRFloortime Uygulamadan Keyif Alma	Hiçbir zaman	1	0,8
	Sıklıkla	41	32,0
	Her zaman	86	67,2
Seansta İlerlemenin Yavaş Olmasından Endişelenme	Hiçbir zaman	37	28,9
	Nadiren	73	57,0
	Sıklıkla	17	13,3
	Her zaman	1	0,8
Müdahaleyi doğru Etkin Uygulama	Hiçbir zaman	3	2,3
	Nadiren	7	5,5
	Sıklıkla	74	57,8
	Her zaman	44	34,4
seans Sonrası Danışan İletişim gelişimi İlerlemesi	Nadiren	2	1,6
	Sıklıkla	50	39,1
	Her zaman	76	59,4
Regüle Olunmadığında Danışanı Regülede zorlanma	Hiçbir zaman	33	25,8
	Nadiren	58	45,3
	Sıklıkla	23	18,0
	Her zaman	14	10,9
Danışanın Regülasyonun Bozulmasında endişelenme	Hiçbir zaman	36	28,1
	Nadiren	72	56,3
	Sıklıkla	15	11,7
	Her zaman	5	3,9
Danışanın Duygusal profilini gözlemede yeterlilik	Hiçbir zaman	3	2,3
	Nadiren	12	9,4
	Sıklıkla	52	40,6
	Her zaman	61	47,7
Danışanın Praksi Becerileri Desteklemede yeterlilik	Hiçbir zaman	2	1,6
	Nadiren	20	15,6
	Sıklıkla	48	37,5
	Her zaman	58	45,3
Senasta İletişim Zinciri Açma Yeterliliği	Hiçbir zaman	1	0,8
	Nadiren	12	9,4
	Sıklıkla	49	38,3
	Her zaman	66	51,6
Müdahale yöntemini Aileye anlatmada zorlanma	Hiçbir zaman	54	42,2
	Nadiren	61	47,7
	Sıklıkla	6	4,7
	Her zaman	7	5,5
Danışanın fonk duyg gelişimi bulmada Zorlanma	Hiçbir zaman	59	46,1
	Nadiren	60	46,9
	Sıklıkla	6	4,7
	Her zaman	3	2,3
Danışanın Niyetini Alanmada Zorlanma	Hiçbir zaman	41	32,0
	Nadiren	78	60,9
	Sıklıkla	5	3,9
	Her zaman	4	3,1
Seansta danışan tepkisine anlık dönüt verme zorlanma	Hiçbir zaman	48	37,5
	Nadiren	69	53,9
	Sıklıkla	8	6,3
	Her zaman	3	2,3
Seansta danışanın tepkisine afekt vermede zorlanma	Hiçbir zaman	71	55,5
	Nadiren	50	39,1
	Sıklıkla	5	3,9
	Her zaman	2	1,6
Seansta danışanın liderliğini takipte zorlanma	Hiçbir zaman	71	55,5
	Nadiren	51	39,8

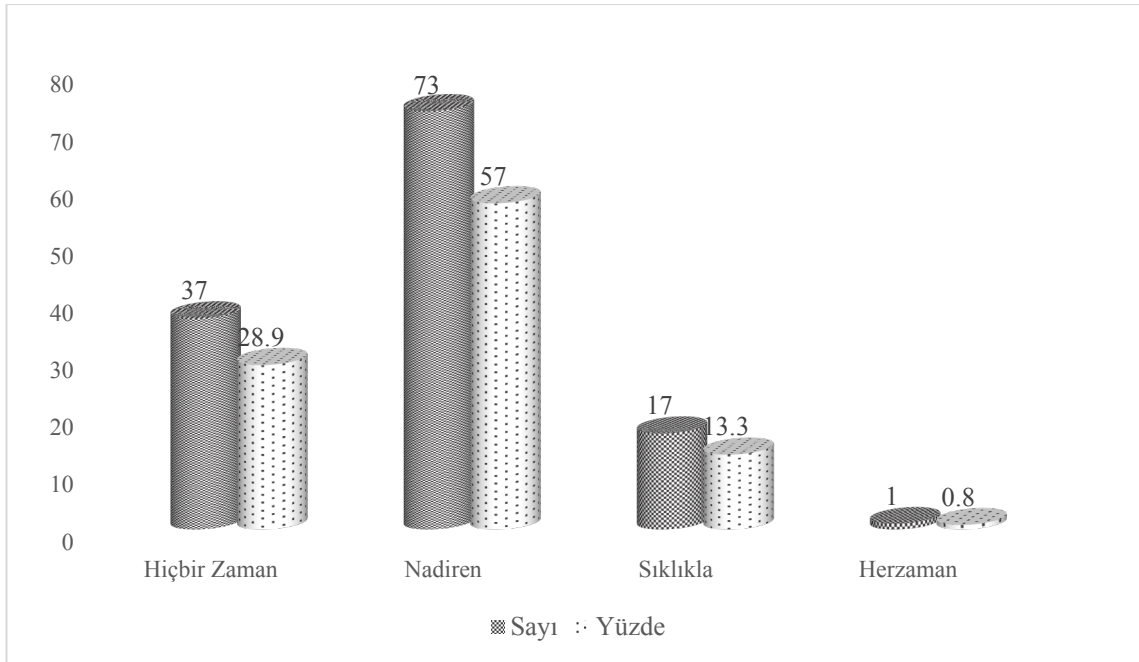
	Sıklıkla	4	3,1
	Her zaman	2	1,6
	Hiçbir zaman	1	0,8
	Nadiren	7	5,5
Regülasyon orta Dikkatte İyi Çalışma	Sıklıkla	47	36,7
	Her zaman	73	57,0
	Hiçbir zaman	1	0,8
	Nadiren	2	1,6
Birliktelik Sağlamada İyi Çalışma	Sıklıkla	50	39,1
	Her zaman	75	58,6
	Hiçbir zaman	1	0,8
	Nadiren	4	3,1
İki Yönlü İletişim Kurmada İyi Çalışma	Sıklıkla	58	45,3
	Her zaman	65	50,8
	Hiçbir zaman	3	2,3
	Nadiren	22	17,2
Kompleks sosyal problem çözmede İyi Çalışma	Sıklıkla	57	44,5
	Her zaman	46	35,9
	Hiçbir zaman	15	11,7
	Nadiren	32	25,0
Düşüncelerin temsi edilmesinde İyi Çalışma	Sıklıkla	32	25,0
	Her zaman	49	38,3
	Hiçbir zaman	15	11,7
	Nadiren	34	26,6
Soyut düşünme İyi Çalışma	Sıklıkla	33	25,8
	Her zaman	46	35,9



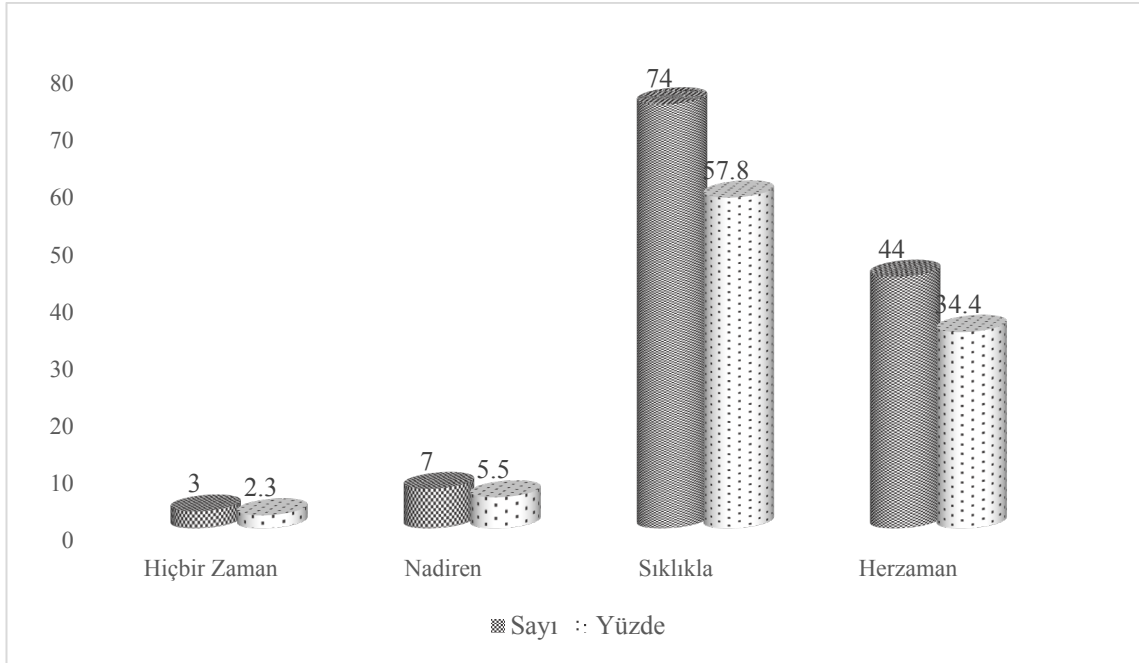
Şekil 3. Seansa Aile ile Katılmak Beni Endişelendirir



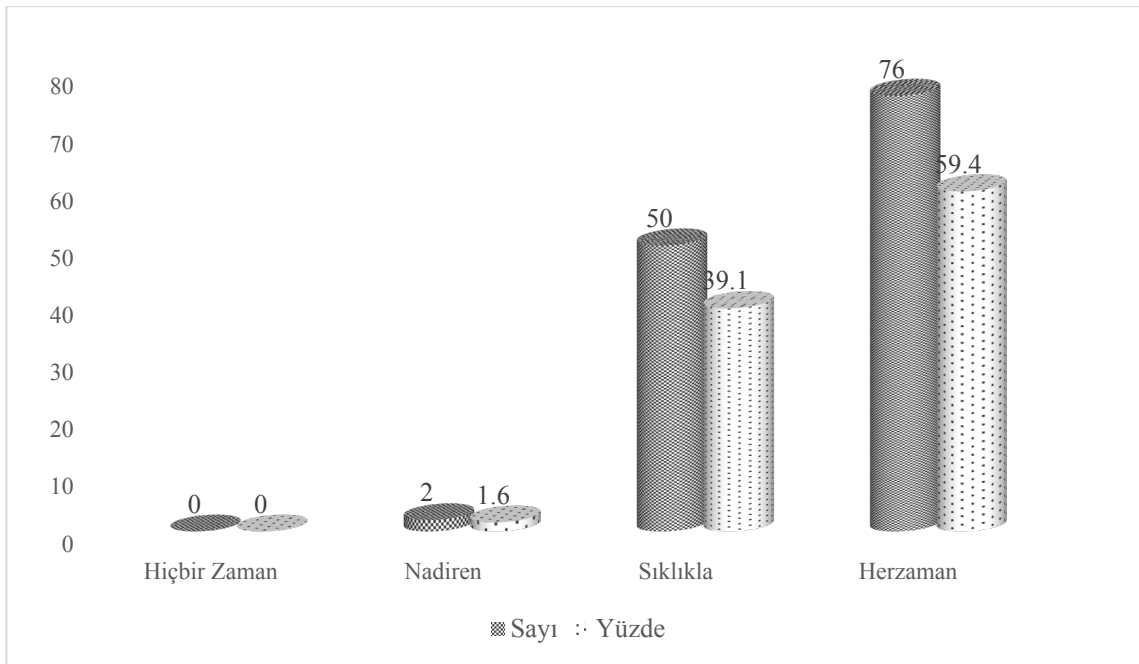
Şekil 4. DIRFloortime Müdahale Yöntemini Uygulamaktan Keyif Alıyorum



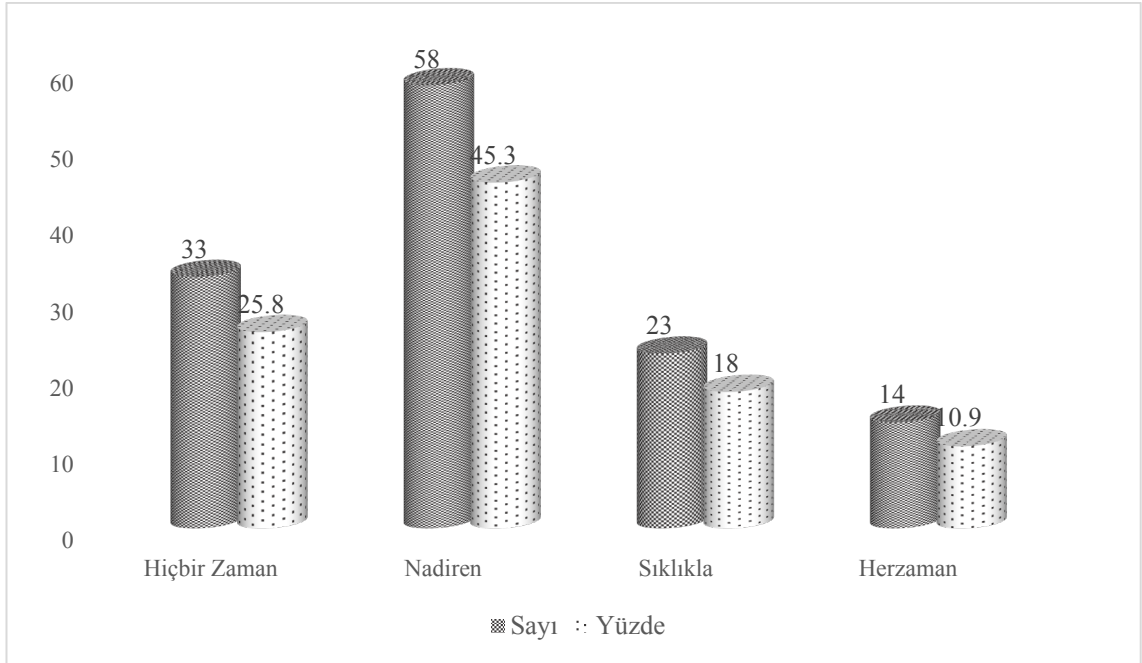
Şekil 5. Seanslarda İlerlemenin Yavaş Olması Beni Kaygılandırır



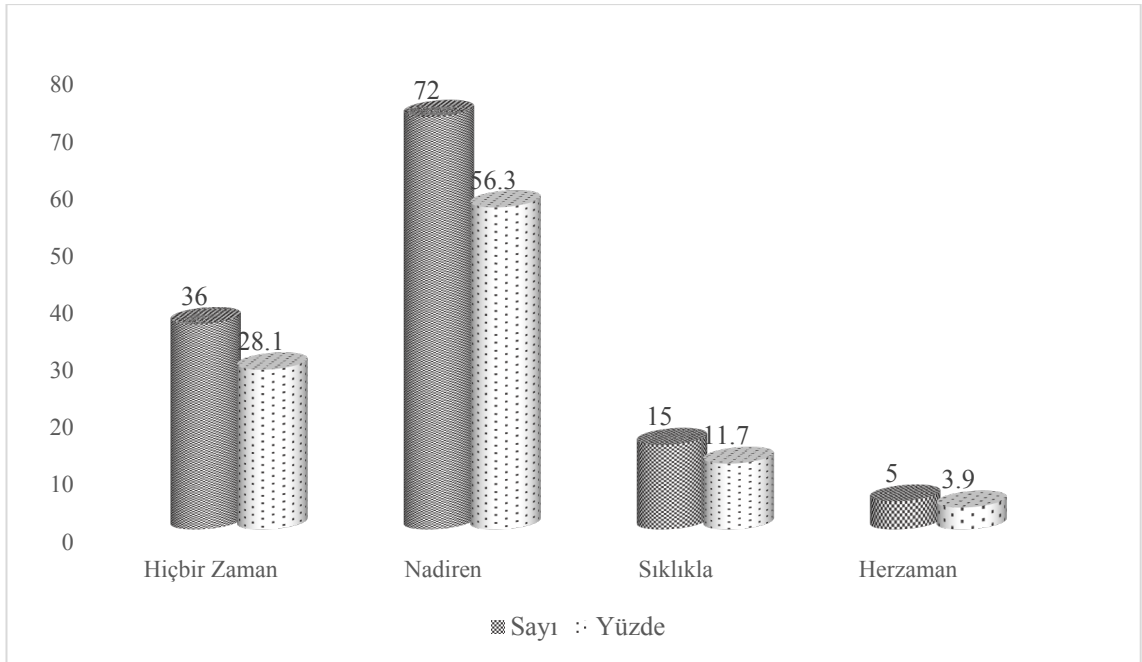
Şekil 6. Müdahaleyi Doğru ve Etkin Uyguluyorum



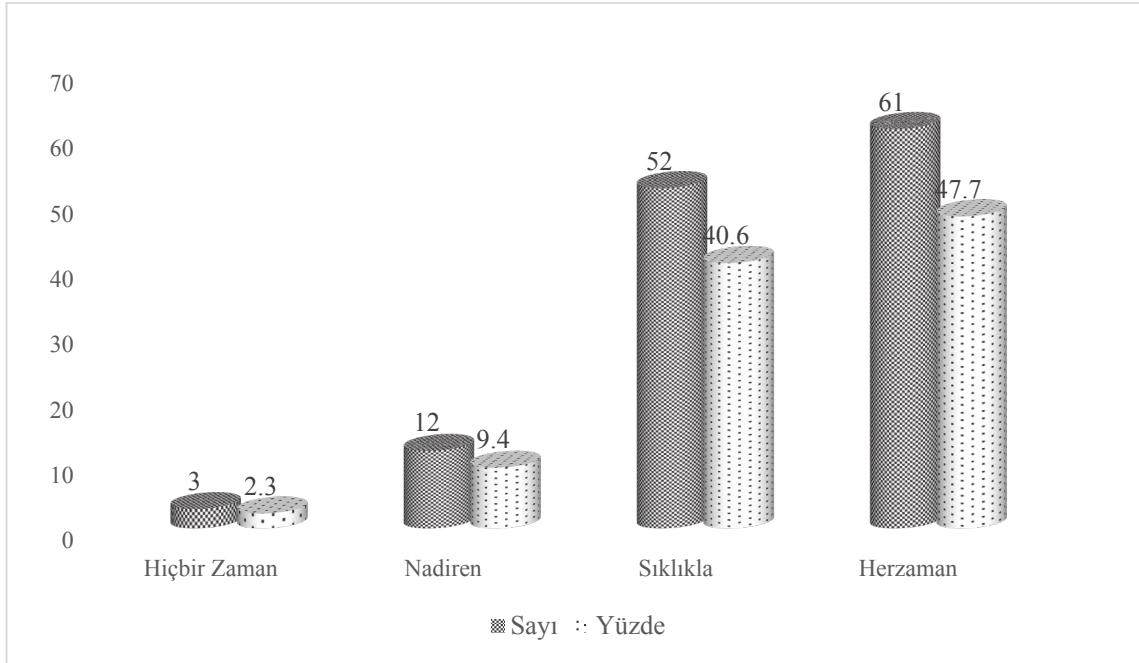
Şekil 7. Seanslar Sonrasında Danışanlarımla İletişimde Olumlu Değişiklikler Fark Ettim



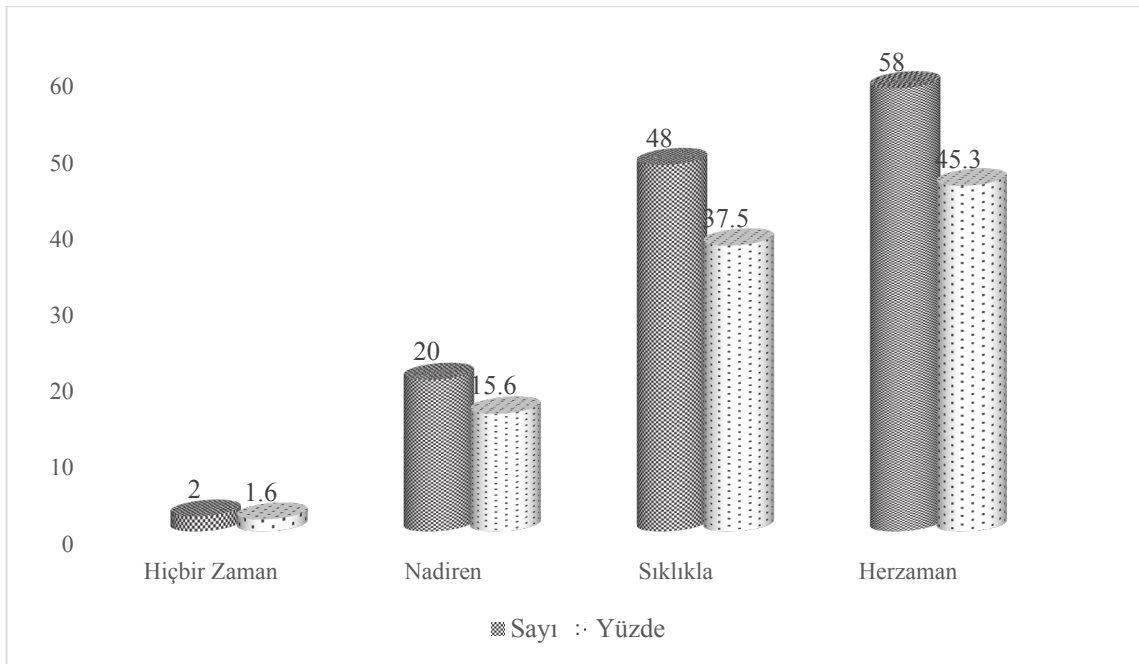
Şekil 8. Regüle Olmadığım Zamanlarda Danışanımı Regüle Etmekte Zorlanırım



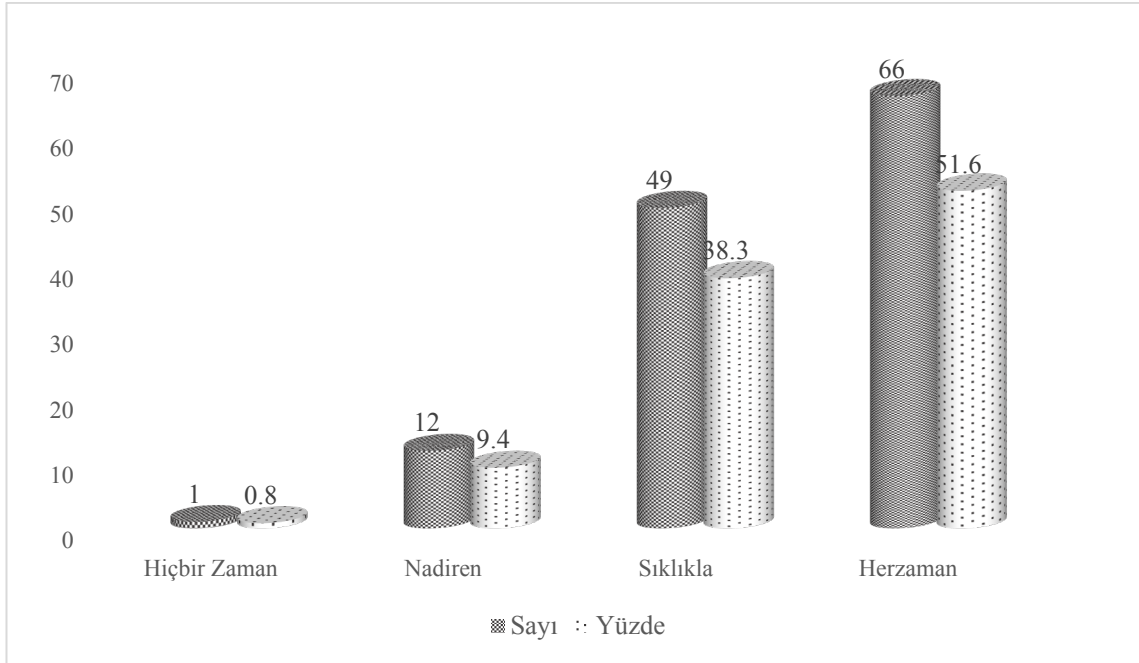
Şekil 9. Danışanımın Regülasyonu Bozulduğu Anlarda Endişelenirim



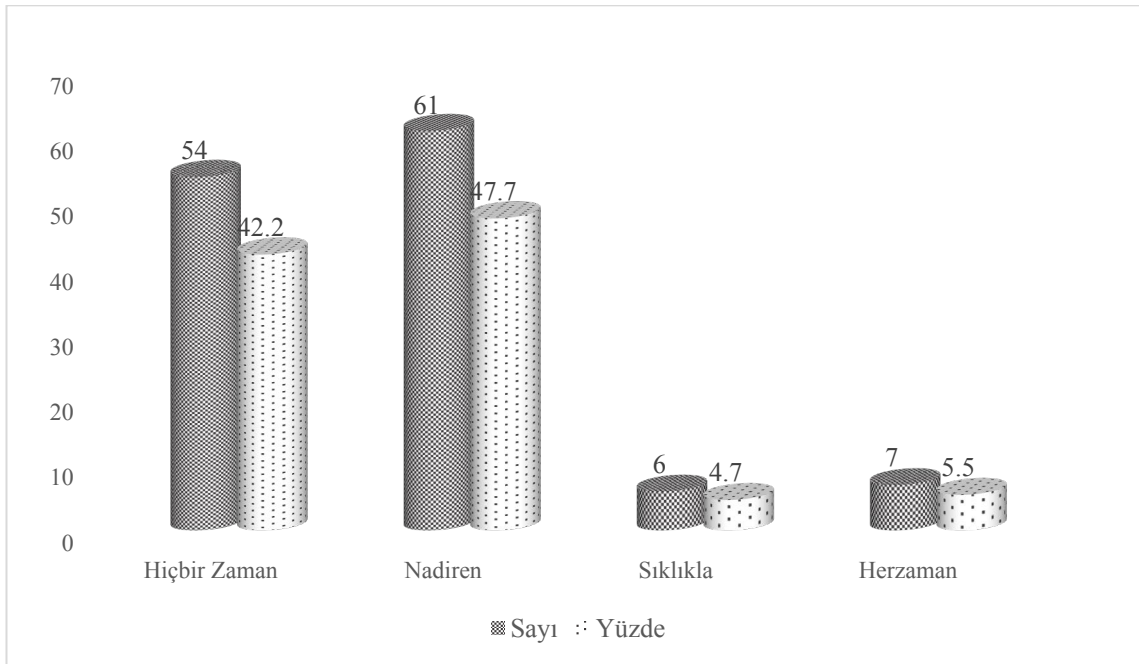
Şekil 10. Danışanımın Duyusal Profilini Gözlelemede Yeterli Hissediyorum



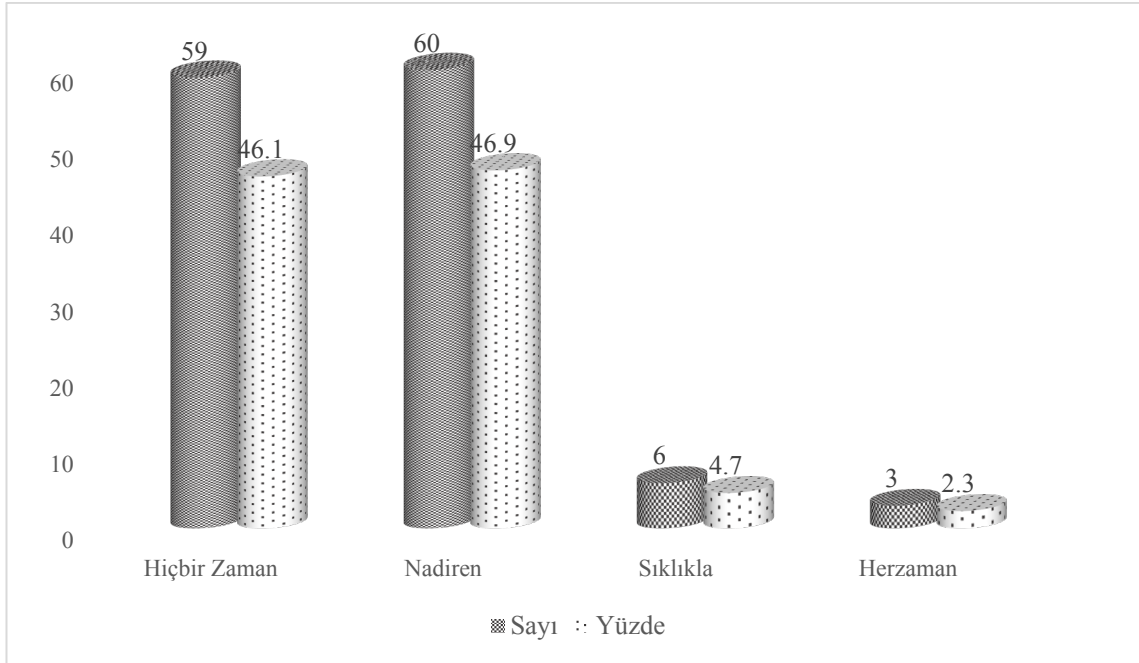
Şekil 11. Danışanımın Praksi Becerilerini Desteklemede Yeterli Hissediyorum



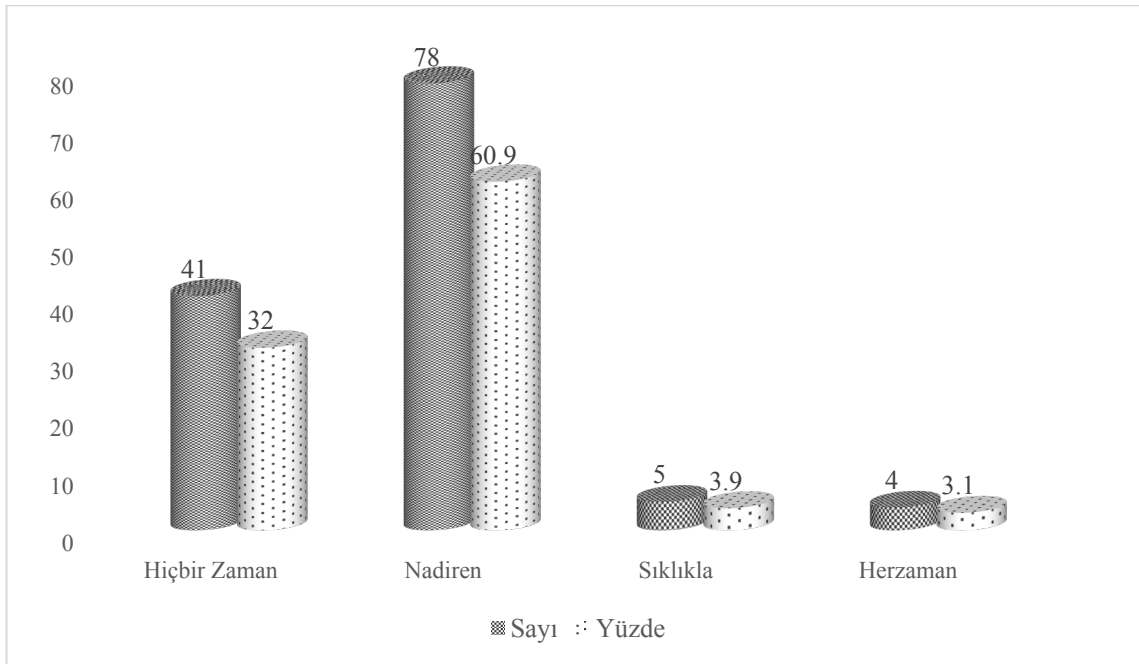
Şekil 12. Danışanım ile Seanslarda İletişim Zinciri Açıp Kapatma Konusunda Yeterli Hissediyorum



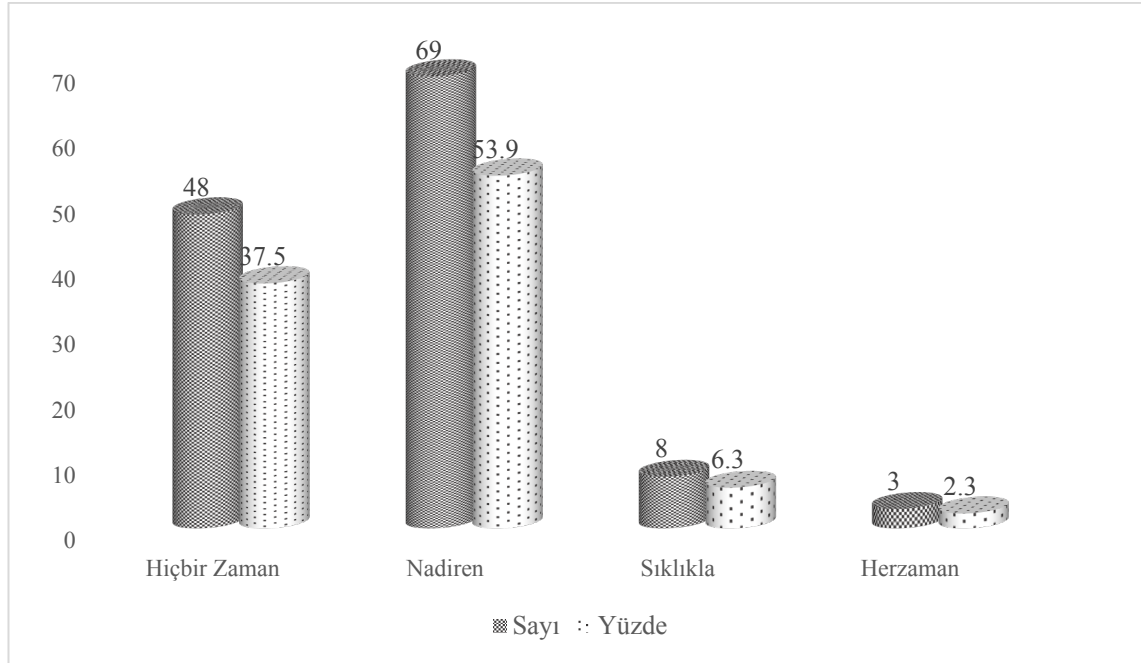
Şekil 13. DIRFloortime Yöntemi Hakkında Aileyi Bilgilendirmede Zorluk Yaşıyorum



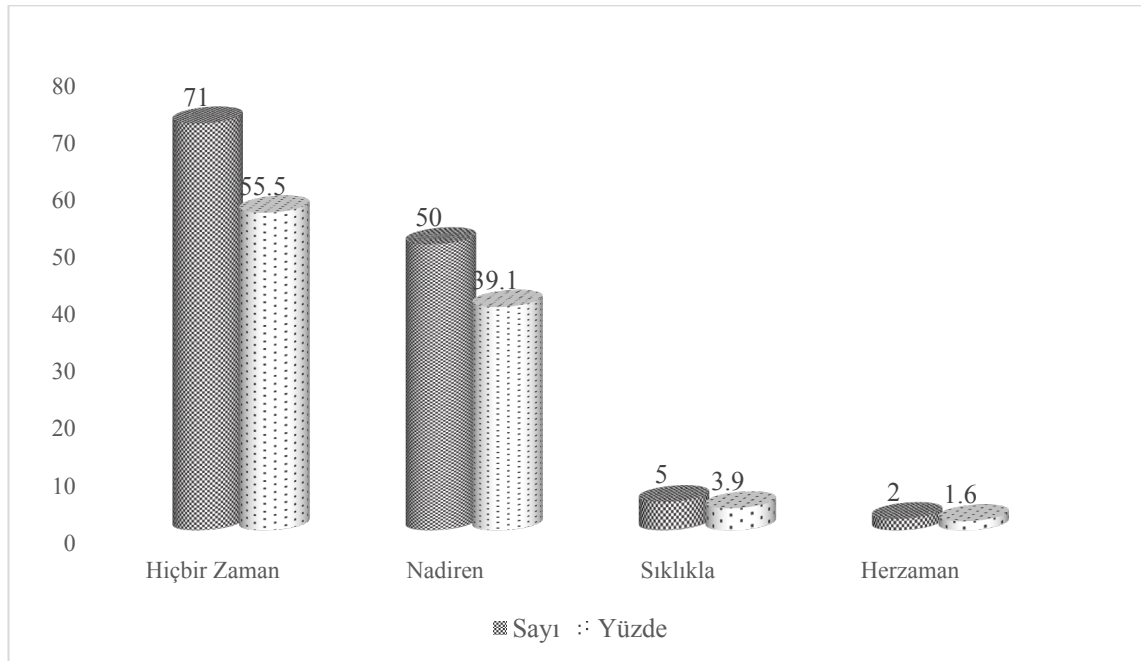
Şekil 14. Danışanımın Fonksiyonel Duygusal Gelişim Kapasitesini Tespit Etmede Zorlanıyorum



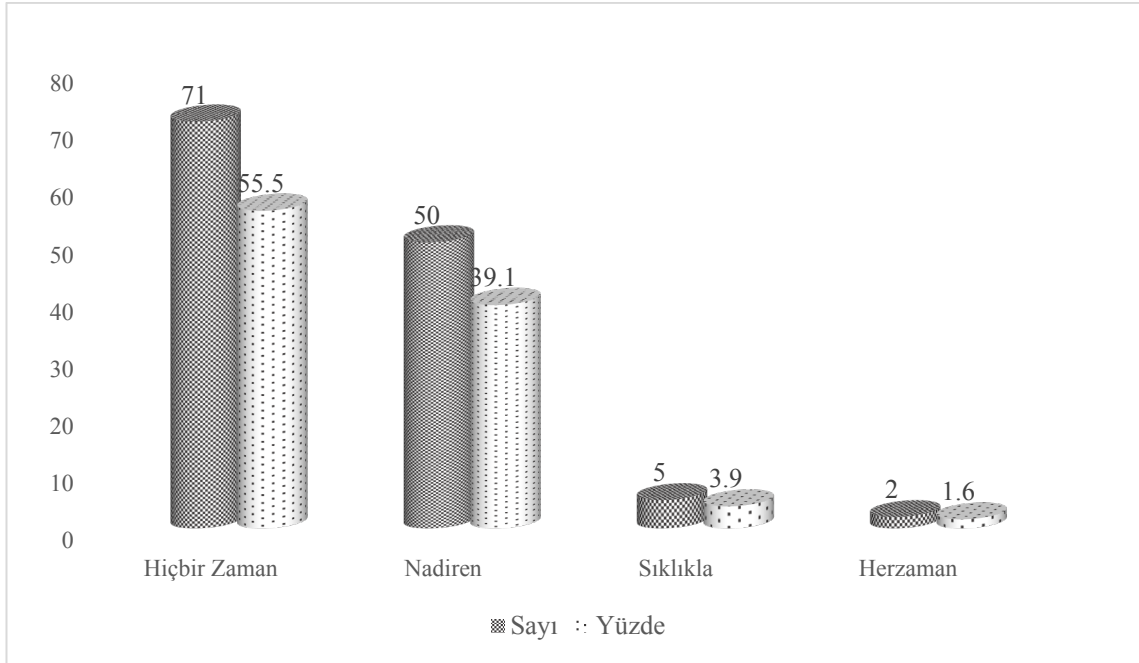
Şekil 15. Danışanımın Niyetini Anlamada Zorluk Yaşıyorum



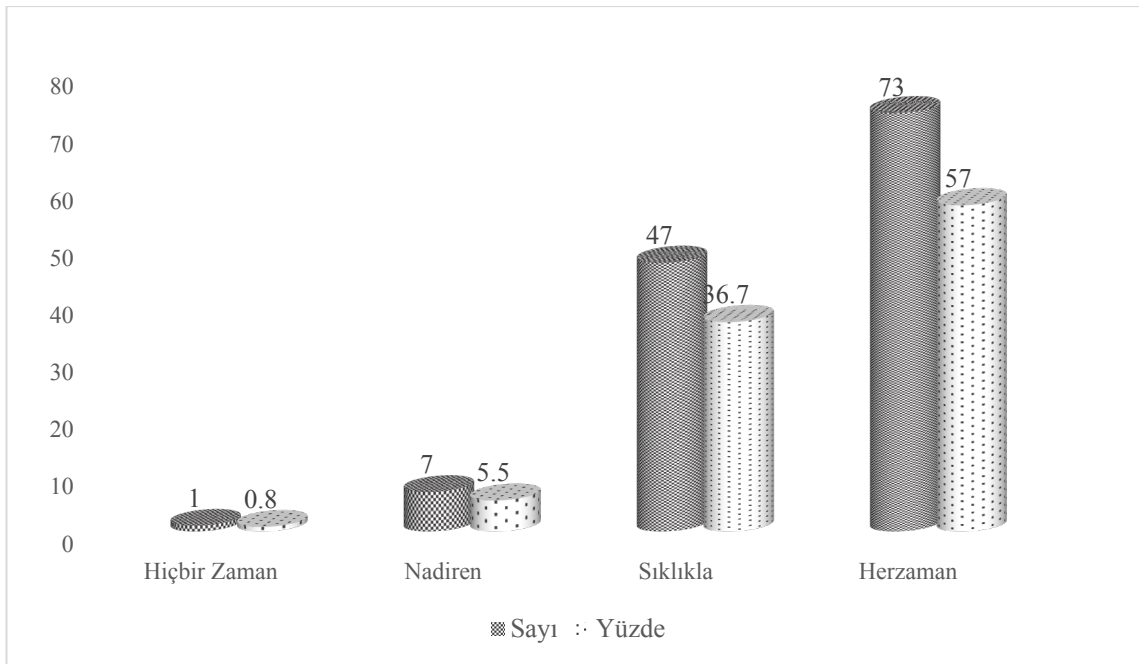
Şekil 16. Seanslarda Danışanımın Verdiği Tepkiye Anlık Dönütler Vermede Zorlanıyorum



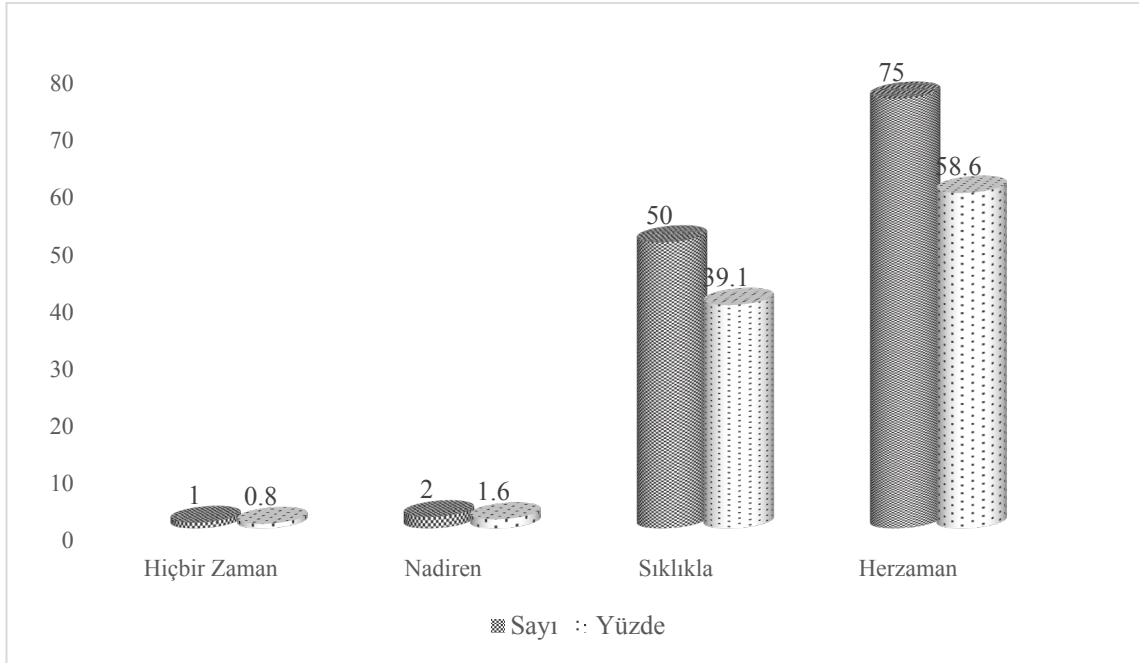
Şekil 17. Seanslarda Danışanıma Afekt Vermekte Zorlanırım



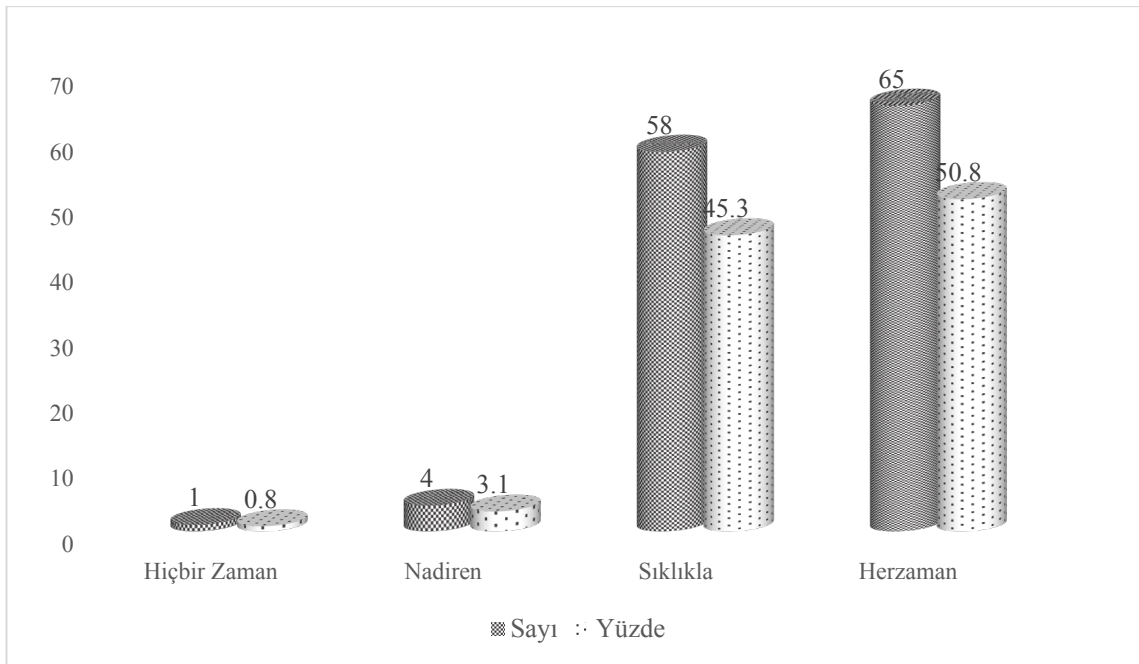
Şekil 18. Seanslarda Danışanımın Liderliğini Takip Etmekte Zorlanıyorum



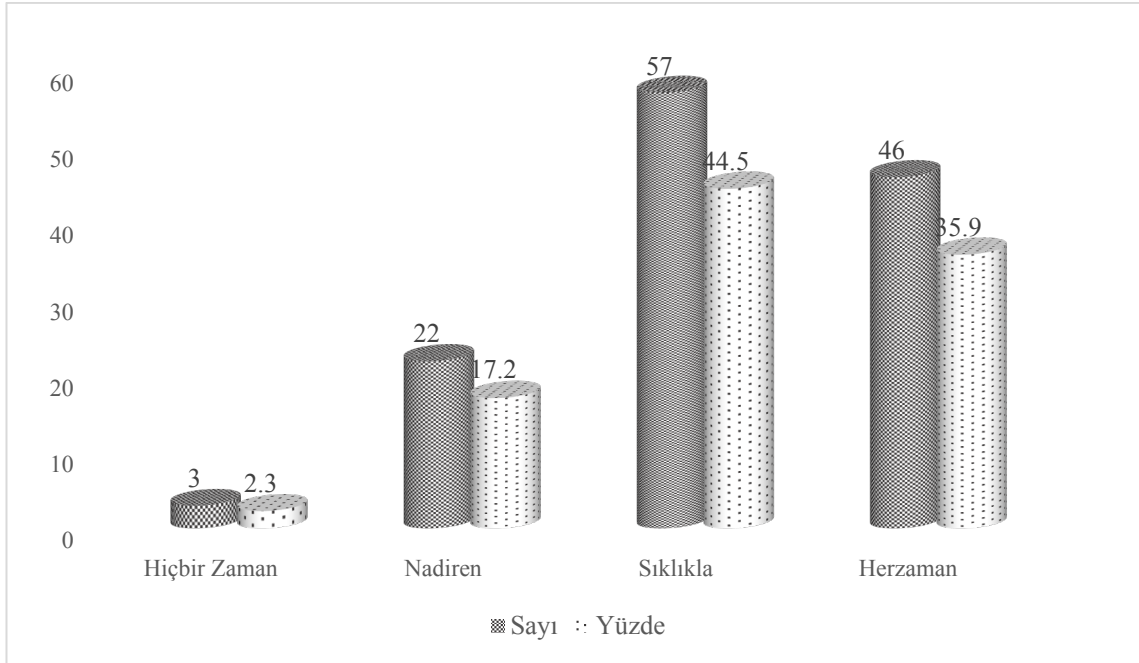
Şekil 19. Regülasyon ve Ortak Dikkat Basamağında İyi Çalıştığımı Düşünüyorum



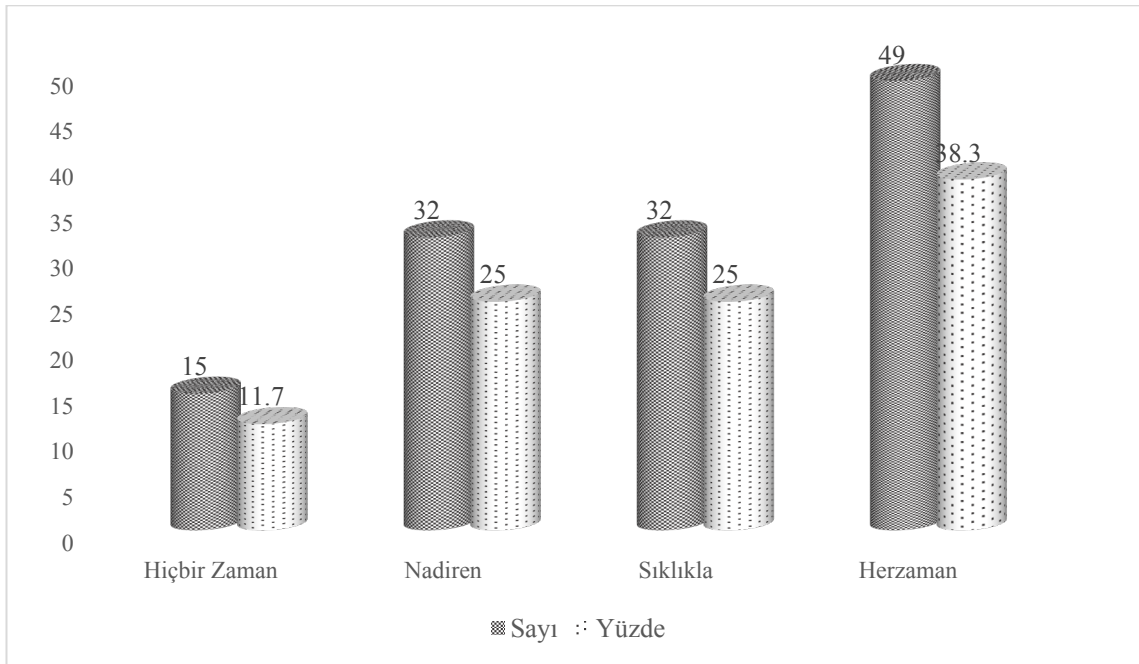
Şekil 20. Birliktelik Sağlama Basamağında İyi Çalıştığımı Düşünüyorum



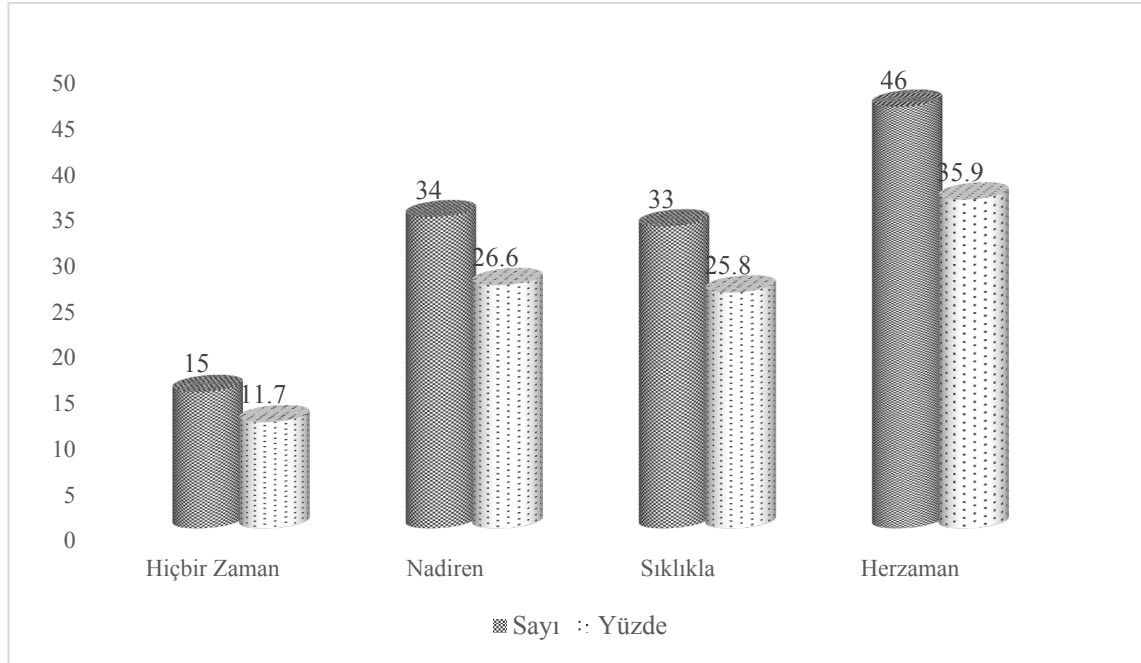
Şekil 21. İki Yönlü İletişim Kurma Basamağında İyi Çalıştığımı Düşünüyorum



Şekil 22. Kompleks Sosyal Problem Davranışlarının Organizasyonu Basamağında İyi Çalıştığımı Düşünüyorum



Şekil 23. Düşüncelerin Temsil Edilmesi Basamağında İyi Çalıştığımı Düşünüyorum



Şekil 24. Soyut Düşünme Basamağında İyi Çalıştığımı Düşünüyorum

3.6.3 DIRFloortime Seansları İle İlgili Sorulara Verilen Cevaplara Ait Tanımlayıcı İstatistikler

DIRFLOORTIME seansları ile ilgili 22 soru için tüm katılımcılara ait ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 5. 22 sorudan alınan puanlara ait tanımlayıcı istatistikler

Puanlar	Ort ± ss	Min - Max
	57,32 ± 5,96	37-84

Ort; ortalama, ss; standart sapma, Min; alınan en düşük puan, max; alınan en yüksek puan

4'lü likert olarak hazırlanan ankette hiçbir zaman, nadiren, sıklıkla ve her zaman cevapları kullanılmıştır. Her madde için verilen puanlar 1 ile 4 arasında değişmektedir. Toplam 22 madde olması nedeni ile alınacak en düşük puan 22 iken en yüksek puan ise 88 olarak hesaplanmıştır. 128 katılımcının ortalama puanı $57,32 \pm 5,96$ standart sapmadır. Katılımcıların çalışmada aldığı en düşük puan 37 iken en yüksek puan ise 84'tür.

3.6.4 Anket Puanına Göre Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

3.6.4.1 Puanların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

22 sorudan oluşan DIRFloortime seanslarına özgü anket için alınan puanların cinsiyete göre fark gösterip göstermediği test edilmiş ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Araştırma sorusu: Katılımcıların cinsiyetinin farklı olması özyeterliklerini değiştirmekte midir?

Tablo 6. Puanların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Ölçümler**	Gruplar	Ort $\pm$ ss	M (Min - Max)	p Değeri
Puan	Kadın	57,15 $\pm$ 6,33	57(37-84)	0,340
	Erkek	57,73 $\pm$ 5,07	58(47-72)	

Ort; ortalama, ss; standart sapma, Min; alınan en düşük puan, max; alınan en yüksek puan, p; Mann Whitney Test Değeri p değeri

DIRFloortime seanslarına özgü anket için alınan puanlarda kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

3.6.4.2 Puanların Terapistlik Seviyesine Göre Karşılaştırılması

22 sorudan oluşan DIRFloortime seanslarına özgü anket için alınan puanların terapistlik seviyesine göre fark gösterip göstermediği test edilmiş ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Araştırma sorusu: Terapistlik seviyesinin değişmesi özyeterlikleri nasıl değiştirmektedir?

Tablo 7. Puanların Terapistlik Seviyesine Göre Karşılaştırılması

Ölçümler**	Gruplar	Ort $\pm$ ss	M (Min - Max)	P Değeri	Fark
Puan	201 ¹	57,02 $\pm$ 5,91	57(47-84)	0,001*	1-3
	202 ²	57,33 $\pm$ 5,11	57,5(43-65)		
	203 ³	61,6 $\pm$ 2,5	61,5(58-65)		
	204 ⁴	53 $\pm$ 14,18	58(37-64)		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, Min; alınan en düşük puan, max; alınan en yüksek puan, p; Kruskal Wallis Test Değeri p değeri

DIRFloortime seanslarına özgü anket için alınan puanlarda terapist seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$).

Terapist seviyesi grup sayısı 4 ve karşılaştırma sayısı 2 olduğundan

$\binom{4}{2} = 6$, $\alpha_{BD} = 0.05/6 = 0,008$ olarak hesaplanmıştır. Kruskal-Wallis testi sonrasında Mann-Whitney testi ile elde edilen p değerleri bulunan 0,008 değeri ile karşılaştırılıp sonuca karar verilir.

- Seviye 201 ile seviye 203 arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,008$).
- Diğer yapılan ikili grup karşılaştırmalarında ise anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,008$).

3.6.4.3 Puanların Yaşa Göre Karşılaştırılması

22 sorudan oluşan DIRFloortime seanslarına özgü anket için alınan yaş gruplarına göre fark gösterip göstermediği test edilmiş ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Araştırma sorusu: Terapistlerinin yaşının değişmesi özyeterliklerini nasıl değiştirmektedir?

Tablo 8. Puanların Yaşa Göre Karşılaştırılması

Ölçümler**	Gruplar	Ort $\pm$ ss	M (Min - Max)	p Değeri	Fark
Puan	23-25 yaş ¹	56,06 $\pm$ 7,41	55(37-84)	0,015*	1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 3-4
	26-29 yaş ²	56,87 $\pm$ 5,06	57(43-69)		
	30-36 yaş ³	57,68 $\pm$ 4,34	58(47-65)		
	37 yaş ve üzeri ⁴	59,32 $\pm$ 7,19	58(52-84)		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, Min; alınan en düşük puan, max; alınan en yüksek puan, p; Kruskal Wallis Test Değeri p değeri

DIRFloortime seanslarına özgü anket için alınan puanlarda yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$).

Yaş grup sayısı 4 ve karşılaştırma sayısı 2 olduğundan

$\binom{4}{2} = 6$, $\alpha_{BD} = 0.05/6 = 0,008$ olarak hesaplanmıştır. Kruskal-Wallis testi sonrasında Mann-Whitney testi ile elde edilen p değerleri bulunan 0,008 değeri ile karşılaştırılıp sonuca karar verilir.

- 23-25 yaş ile 26-29 yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,008$).
- 23-25 yaş ile 30-36 yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,008$).
- 23-25 yaş ile 37 yaş ve üzeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,008$).
- 26-29 yaş ile 30-36 yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,008$).
- 26-29 yaş ile 37 yaş ve üzeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,008$).
- 30-36 yaş ile 37 yaş ve üzeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,008$).
- Diğer yapılan ikili grup karşılaştırmalarında ise anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,008$).

3.6.4.4 Puanların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

22 sorudan oluşan DIRFloortime seanslarına özgü anket için alınan puanların eğitim durumuna göre fark gösterip göstermediği test edilmiş ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Araştırma sorusu: Katılımcıların eğitim durumunun farklı olması özyeterlikleri nasıl değiştirmektedir?

Tablo 9. Puanların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçümler**	Gruplar	Ort $\pm$ ss	M (Min - Max)	p Değeri
Puan	Lisans	57,31 $\pm$ 6,32	57(43-84)	0,330

	Yüksek lisans ve üzeri	57,35 ± 5,36	58(37-65)	
--	------------------------	--------------	-----------	--

Ort; ortalama, ss; standart sapma, Min; alınan en düşük puan, max; alınan en yüksek puan, p; Mann Whitney Test Değeri p değeri

DIRFloortime seanslarına özgü anket için alınan puanlarda lisans ile yüksek lisans ve üzeri mezun olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

3.6.4.5 Puanların Terapist Olarak Çalışma Yıllarına Göre Karşılaştırılması

22 sorudan oluşan DIRFloortime seanslarına özgü anket için alınan puanların terapist olarak çalışma yıllarına göre fark gösterip göstermediği test edilmiş ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Araştırma sorusu: Terapist olarak çalışma yılları özyeterlikleri nasıl değiştirmektedir?

Tablo 10. Puanların Terapist Olarak Terapist Olarak Çalışma Yıllarına Göre Karşılaştırılması

Ölçümler**	Gruplar	Ort ± ss	M (Min - Max)	p Değeri	Fark
Puan	0-1 yıl ¹	56,37 ± 6,36	55,5(47-84)	0,008*	1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 3-4
	13 ay -2 yıl ²	58,63 ± 5,97	58(50-84)		
	25 ay - 5 yıl ³	56,72 ± 5,16	57(37-66)		
	5 yıl üzeri ⁴	58,15 ± 6,79	58(43-72)		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, Min; alınan en düşük puan, max; alınan en yüksek puan, p; Kruskal Wallis Test Değeri p değeri

DIRFloortime seanslarına özgü anket için alınan puanlarda terapist olarak çalışma yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Hangi gruplar arasında fark olduğunu hesaplamak için ikili karşılaştırmalar yapılmıştır.

Kullanılacak p değerini hesaplamak için;

Çalışma yılları grup sayısı 4 ve karşılaştırma sayısı 2 olduğundan

$\binom{4}{2} = 6$, $\alpha_{BD} = 0.05/6 = 0,008$ olarak hesaplanmıştır. Kruskal-Wallis testi sonrasında Mann-Whitney testi ile elde edilen p değerleri bulunan 0,008 değeri ile karşılaştırılıp sonuca karar verilir.

- 0-1 yıl ile 13 ay – 2 yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,008$).

- 0-1 yıl ile 25 ay – 5 yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,008$).
- 0-1 yıl ile 5 yıl üzeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,008$).
- 13 ay – 2 yıl ile 25 ay – 5 yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,008$).
- 13 ay – 2 yıl ile 5 yıl üzeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,008$).
- 25 ay – 5 yıl ile 5 yıl üzeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,008$).
- Diğer yapılan ikili grup karşılaştırmalarında ise anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,008$).

3.6.4.6 Puanların Danışan Sayılarına Göre Karşılaştırılması

22 sorudan oluşan DIRFloortime seanslarına özgü anket için alınan puanların danışan sayılarına göre fark gösterip göstermediği test edilmiş ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Araştırma sorusu: Danışan sayılarının değişmesi özyeterlikleri nasıl değiştirmektedir?

Tablo 11. Puanların Danışan Sayılarına Göre Karşılaştırılması

Ölçümler**	Gruplar	Ort $\pm$ ss	M (Min - Max)	p Değeri	Fark
Puan	0-10 danışan ¹	56,44 $\pm$ 7,28	55(37-84)	0,009*	1-2,1-3, 2-3
	11-20 danışan ²	58,08 $\pm$ 5,96	58(48-84)		
	21 ve üzeri ³	57,32 $\pm$ 4,07	58(43-65)		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, Min; alınan en düşük puan, max; alınan en yüksek puan, p; Kruskal Wallis Test Değeri p değeri

DIRFloortime seanslarına özgü anket için alınan puanlarda danışan sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Danışan sayıları grup sayısı 3 ve karşılaştırma sayısı 2 olduğundan

$\binom{3}{2} = 3$, $\alpha_{BD} = 0.05/3 = 0,017$ olarak hesaplanmıştır. Kruskal-Wallis testi sonrasında Mann-Whitney testi ile elde edilen p değerleri bulunan 0,017 değeri ile karşılaştırılıp sonuca karar verilir.

- 0-10 danışan ile 11-20 danışan arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,017$).
- 0-10 danışan ile 21 ve üzeri danışan arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,017$).
- 11-20 danışan ile 21 ve üzeri danışan arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,017$).

3.6.4.7 Puanların Alınan Eğitim Seviyesinin Yeterliliği Göre Karşılaştırılması

22 sorudan oluşan DIRFloortime seanslarına özgü anket için alınan puanların alınan eğitim seviyesinin yeterliliği durumuna göre fark gösterip göstermediği test edilmiş ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Araştırma soruları: Alınan eğitim seviyesinin yeterlilik durumuna göre özyeterlilikleri nasıl değişmektedir?

Tablo 12. Puanların Alınan Eğitim Seviyesinin Yeterliliği Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçümler**	Gruplar	Ort $\pm$ ss	M (Min - Max)	p Değeri
Puan	Evet	57,31 $\pm$ 6,21	58(37-84)	0,490
	Hayır	57,34 $\pm$ 5,8	57(47-84)	

Ort; ortalama, ss; standart sapma, Min; alınan en düşük puan, max; alınan en yüksek puan, p; Mann Whitney Test Değeri p değeri

DIRFloortime seanslarına özgü anket için alınan puanlarda alınan eğitim seviyesinin yeterli olup olmadığı düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

3.6.4.8 Puanların Seanslar İçin Üst Seviye Eğitim Alma İsteği Durumlarına Göre Karşılaştırılması

22 sorudan oluşan DIRFloortime seanslarına özgü anket için alınan puanların seanslar için üst seviye eğitim alma isteği durumuna göre fark gösterip göstermediği test edilmiş ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Araştırma sorusu: Üst seviye eğitim alma isteğine göre özyeterlilikleri nasıl değişmektedir?

Tablo 13. Puanların Seanslar İçin Üst Seviye Eğitim Alma İsteği Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçümler**	Gruplar	Ort $\pm$ ss	M (Min - Max)	p Değeri
Puan	Evet	57,68 $\pm$ 5,14	58(47-84)	0,020*
	Hayır	54,67 $\pm$ 10,08	55(37-84)	

Ort; ortalama, ss; standart sapma, Min; alınan en düşük puan, max; alınan en yüksek puan, p; Mann Whitney Test Değeri p değeri

DIRFloortime seanslarına özgü anket için alınan puanlarda seanslar için üst seviyede eğitim almak isteyenler ve istemeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$).

3.6.4.9 Çalışılan Yer ile Seanslar İçin Eğitim Seviyesinin yeterli Olup Olmaması Arasındaki İlişki

Çalışan yerin eğitim seviyesinin yeterli olup olmama düşüncesine göre farklılık gösterip göstermediği test edilmiş ver sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Araştırma sorusu: Çalışılan yer ile seanslar için eğitim seviyesinin yeterliliği arasında nasıl bir ilişki vardır?

Tablo 14. Çalışılan Yer ile Seanslar İçin Eğitim Seviyesinin yeterli Olup Olmaması Arasındaki İlişki

Değişken	Grup	Seanslar İçin Eğitim Seviyesinin Yeterliliği	Toplam	p Değeri
----------	------	--	--------	----------

		Evet		Hayır		
Özel Eğitimde Çalışma	Hayır	n	36	27	63	
		%	65,5%	37,0%	49,2%	0,001*
	Evet	n	19	46	65	
		%	34,5%	63,0%	50,8%	
Özel Danışmanlık Merkezinde Çalışma	Hayır	n	28	36	64	0,858
		%	50,9%	49,3%	50,0%	
	Evet	n	27	37	64	
		%	49,1%	50,7%	50,0%	
Özel Hastanede Çalışma	Hayır	n	49	73	122	0,004*
		%	89,1%	100,0%	95,3%	
	Evet	n	6	0	6	
		%	10,9%	0,0%	4,7%	
Üniversite Merkezinde Çalışma	Hayır	n	49	70	119	0,136
		%	89,1%	95,9%	93,0%	
	Evet	n	6	3	9	
		%	10,9%	4,1%	7,0%	
Akademide Çalışma	Hayır	n	48	66	114	0,573
		%	87,3%	90,4%	89,1%	
	Evet	n	7	7	14	
		%	12,7%	9,6%	10,9%	
Diğer Yerlerde Çalışma	Hayır	n	48	69	117	0,148
		%	87,3%	94,5%	91,4%	
	Evet	n	7	4	11	
		%	12,7%	5,5%	8,6%	

n; sayı, %; yüzde, p değeri; Ki-kare Testi istatistiksel anlamlılık değeri

Özel eğitimde çalışma ile seans için eğitim seviyesinin yeterli olup olmadığını düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Özel danışmanlık merkezinde çalışma ile eğitim seviyesinin yeterli olup olmadığını düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Özel hastanede çalışma ile seans için eğitim seviyesinin yeterli olup olmadığını düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Üniversite merkezinde çalışma ile eğitim seviyesinin yeterli olup olmadığını düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Akademide çalışma ile eğitim seviyesinin yeterli olup olmadığını düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Diğer yerlerde çalışma ile eğitim seviyesinin yeterli olup olmadığını düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

3.6.4.10 Çalışılan Yer ile Seanslar İçin Üst Seviye Eğitim Alıp Almama Düşüncesi Arasındaki İlişki

Çalışan yerin eğitim seviyesinin yeterli olup olmama düşüncesine göre farklılık gösterip göstermediği test edilmiş ver sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Araştırma sorusu: Çalışılan yer ile üst seviye eğitim alıp almama düşüncesi arasında nasıl bir ilişki vardır?

Tablo 15. Çalışılan Yer ile Seanslar İçin Üst Seviye Eğitim Alıp Almama Düşüncesi Arasındaki İlişki

Değişken	Grup	Seanslar İçin Üst Seviye Eğitim Alma		Toplam	p Değeri
		Evet	Hayır		
Özel Eğitimde Çalışma	Hayır	n	53 _a	10 _a	63
		%	46,9%	66,7%	49,2%
	Evet	n	60 _a	5 _a	65
		%	53,1%	33,3%	50,8%
Özel Danışmanlık Merkezinde Çalışma	Hayır	n	52 _a	12 _b	64
		%	46,0%	80,0%	50,0%
	Evet	n	61 _a	3 _b	64
		%	54,0%	20,0%	50,0%
Özel Hastanede Çalışma	Hayır	n	108 _a	14 _a	122
		%	95,6%	93,3%	95,3%
	Evet	n	5 _a	1 _a	6
		%	4,4%	6,7%	4,7%
Üniversite Merkezinde Çalışma	Hayır	n	107 _a	12 _b	119
		%	94,7%	80,0%	93,0%
	Evet	n	6 _a	3 _b	9
		%	5,3%	20,0%	7,0%
Akademide Çalışma	Hayır	n	103 _a	11 _b	114
		%	91,2%	73,3%	89,1%
	Evet	n	10 _a	4 _b	14
		%	8,8%	26,7%	10,9%
Diğer Yerlerde Çalışma	Hayır	n	105 _a	12 _a	117
		%	92,9%	80,0%	91,4%
	Evet	n	8 _a	3 _a	11
		%	7,1%	20,0%	8,6%

n; sayı, %; yüzde, p değeri; Ki-kare Testi istatistiksel anlamlılık değeri

Özel eğitimde çalışma ile seanslar için üst seviye eğitim alma düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Özel danışmanlık merkezinde çalışma ile seanslar için üst seviye eğitim alma düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Özel hastanede çalışma ile seanslar için üst seviye eğitim alma düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Üniversite merkezinde çalışma ile seanslar için üst seviye eğitim alma düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Akademide çalışma ile seanslar için üst seviye eğitim alma düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Diğer yerlerde çalışma ile seanslar için üst seviye eğitim alma düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

3.6.4.11 DIRFloortime Terapist Seviyesi ile Seanslar İçin Üst Seviye Eğitim Alıp Almama Düşüncesi ve Seanslar İçin Eğitim Seviyesinin Yeterliliği Arasındaki İlişki

Seanslar için üst seviye eğitim alıp almama düşüncesinin ve seanslar için eğitim seviyesinin yeterliliğinin DIRFloortime terapist seviyesine göre farklılık gösterip göstermediği test edilmiş ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Araştırma sorusu: Floortime terapistlik seviyesi ile seanslar için üst seviye eğitim alıp almama düşüncesi ve seanslar için eğitim seviyesinin yeterliliği arasında nasıl bir ilişki vardır?

Tablo 16. DIRFloortime Terapist Seviyesi ile Seanslar İçin Üst Seviye Eğitim Alıp Almama Düşüncesi ve Seanslar İçin Eğitim Seviyesinin Yeterliliği Arasındaki İlişki

Değişken	Grup	DIRFloortime Terapist Seviyesi				Toplam	p Değeri
		201	202	203	204		

Seanslar İçin Eğitim Seviyesinin Yeterliliği	Evet	n	42	6	5	2	55	0,665
		%	43,3%	33,3%	50,0%	66,7%	43,0%	
	Hayır	n	55	12	5	1	73	
		%	56,7%	66,7%	50,0%	33,3%	57,0%	
Seanslar İçin Üst Seviye Eğitim Alma	Evet	n	84	17	10	2	113	0,307
		%	86,6%	94,4%	100,0%	66,7%	88,3%	
	Hayır	n	13	1	0	1	15	
		%	13,4%	5,6%	0,0%	33,3%	11,7%	

n; sayı, %; yüzde, p değeri; Ki-kare Testi istatistiksel anlamlılık değeri

DIRFloortime terapist seviyelerine göre eğitim seviyesinin yeterli olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

DIRFloortime terapist seviyelerine göre seanslar için üst seviye eğitim alma düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

3.6.4.12 Uygulama Yapılan Danışan Sayısı ile Seanslar İçin Üst Seviye Eğitim Alıp Almama Düşüncesi ve Seanslar İçin Eğitim Seviyesinin Yeterliliği Arasındaki İlişki

Seanslar için üst seviye eğitim alıp almama düşüncesinin ve seanslar için eğitim seviyesinin yeterliliğinin uygulama yapılan danışan sayısına göre farklılık gösterip göstermediği test edilmiş ver sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Araştırma sorusu: Uygulama yapılan danışan sayısı ile seanslar için üst seviye eğitim alıp almama düşüncesi ve seanslar için eğitim seviyesinin yeterliliği arasında nasıl bir ilişki vardır?

Tablo 17. Uygulama Yapılan Danışan Sayısı ile Seanslar İçin Üst Seviye Eğitim Alıp Almama Düşüncesi ve Seanslar İçin Eğitim Seviyesinin Yeterliliği Arasındaki İlişki

Değişken	Grup	Uygulama Yapılan Danışan Sayısı			Toplam	p Değeri
		0-10	11-20	21-50		
		danışan	danışan	danışan		
Seanslar İçin Eğitim Seviyesinin Yeterliliği	Evet	n	12	25	18	55
		%	29,3%	51,0%	47,4%	43,0%
	Hayır	n	29	24	20	73
		%	70,7%	49,0%	52,6%	57,0%
	Evet	n	37	41	35	113

Seanslar İçin Üst Seviye Eğitim Alma	Hayır	%	90,2%	83,7%	92,1%	88,3%
		n	4	8	3	15
		%	9,8%	16,3%	7,9%	11,7%

n; sayı, %; yüzde, p değeri; Ki-kare Testi istatistiksel anlamlılık değeri

Uygulama yapılan danışan sayılarına göre eğitim seviyesinin yeterli olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Uygulama yapılan danışan sayılarına göre seanslar için üst seviye eğitim alma düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

3.6.4.13 Terapist Olarak Çalışma Yılı ile Seanslar İçin Üst Seviye Eğitim Alıp Almama Düşüncesi ve Seanslar İçin Eğitim Seviyesinin Yeterliliği Arasındaki İlişki

Seanslar için üst seviye eğitim alıp almama düşüncesinin ve seanslar için eğitim seviyesinin yeterliliğinin terapist olarak çalışma yılına göre farklılık gösterip göstermediği test edilmiş ver sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Araştırma sorusu: Terapist olarak çalışma yılı ile seanslar için üst seviye eğitim alıp almama düşüncesi ve seanslar için eğitim seviyesinin yeterliliği arasında nasıl bir ilişki vardır?

Tablo 18. Terapist Olarak Çalışma Yılı ile Seanslar İçin Üst Seviye Eğitim Alıp Almama Düşüncesi ve Seanslar İçin Eğitim Seviyesinin Yeterliliği Arasındaki İlişki

Değişken	Grup	Terapist Olarak Çalışma Yılı					Toplam	p Değeri
		Yılı						
		0-1 yıl	13 ay -2 yıl	25 ay- 5 yıl	5 yıl üzeri			
Seanslar İçin Eğitim Seviyesinin Yeterliliği	Evet	n	9	22	16,	8,	55	0,004*
		%	23,7%	57,9%	41,0%	61,5%	43,0%	
	Hayır	n	29	16	23,	5,	73	
		%	76,3%	42,1%	59,0%	38,5%	57,0%	
Seanslar İçin Üst Seviye Eğitim Alma	Evet	n	34	32	35	12	113	0,054
		%	89,5%	84,2%	89,7%	92,3%	88,3%	
	Hayır	n	4	6	4	1	15	
		%	10,5%	15,8%	10,3%	7,7%	11,7%	

n; sayı, %; yüzde, p değeri; Ki-kare Testi istatistiksel anlamlılık değeri

Terapist olarak çalışma yılına göre eğitim seviyesinin yeterli olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Terapist olarak çalışma yılına göre seanslar için üst seviye eğitim alma düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.BÖLÜM

TARTIŞMA

Yapılan bu çalışmada, DIRFloortime müdahale yöntemini uygulayan terapistlerin özyeterlik düzeyleri incelenmiştir. DIRFloortime müdahale yöntemini uygulama yeterliğine sahip terapistlerin seanslardaki duygularına yönelik, müdahaleye yönelik ve fonksiyonel duygusal gelişim kapasitelerine yönelik özyeterlik düzeylerinin ne olduğu ve cinsiyetlerine, terapistlik seviyelerine, terapistlerin yaşına, DIRFloortime terapisti olarak çalışma zamanına, terapistin aldığı danışan sayısına ve çalışma ortamlarına göre özyeterliklerinin nasıl değiştiği incelenmiştir. Toplam 128 DIRFloortime terapistinden alınan veriler incelenmiş ve ulaşılan sonuçlar literatürde bulunan çalışmalar ile bu bölümde tartışılacaktır.

DIRFloortime terapistlerinin duygularına yönelik özyeterlik düzeyi alt bölümünün içeriğini DIRFloortime seanslarına aile ile katılmak beni endişelendirir, DIRFloortime uygularken keyif alıyorum ve danışanım ile Floortime seanslarındaki ilerlemenin yavaş olması beni kaygılandırır alt maddeleri oluşturmaktadır. DIRFloortime terapistlerinin duygularına yönelik özyeterlik düzeyi alt maddelerinin ortalama puanları incelendiğinde en yüksek puanın DIRFloortime uygularken keyif alıyorum maddesinde olduğu saptanmıştır. Johnson (2018) tarafından yürütülen çalışmada araştırmaya katılan katılımcılar, DIRFloortime uygularken eğlendiklerini ve zevk aldıklarını, aynı zamanda terapistler seanslardan keyif aldıkları zamanlarda çocuklarında bağ kurduklarını belirtmişlerdir. Bu bulgu mevcut çalışmamızın bulgularını desteklemektedir.

Katılımcıların duygularına yönelik özyeterlik düzeyleri katılımcıların yaşına, mesleğine, çalışma yerine, mezuniyet derecesine, hangi seviyede floortime terapisti olduğuna, kaç danışan ile uygulama yaptığına ve ne kadar süredir floortime terapisti olduklarına göre farklılık göstermektedir. Diğer maddelerde terapistlerin daha düşük puan alma nedeni, katılımcıların çoğunluğunun temel seviyede floortime terapisti olması ve uygulama yaptıkları danışan sayısının kısıtlı olmasından kaynaklanabilir. Ek olarak Johnson (2018) yaptığı çalışmada ailelerin endişelerinin olmasından kaynaklı terapistlerin de endişelerinin arttığını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda da terapistlerin çoğunluğunun floortime deneyimlerinin az olmasından kaynaklı diğer maddelerde puanları daha düşük çıkmış olabilir.

Danışanım ile DIRFloortime çalışmalarımızda ilerlemenin yavaş olması beni kaygılandırır alt maddesinde terapistlerin büyük bir kısmı nadiren de olsa zorlandıklarını bildirmişlerdir. Johnson (2018)'in çalışmasına katılan terapistler de ilerlemelerde yavaşlık olmasının doğal bir sonuç olduğunu düşünmektedirler. Ancak ilerlemenin yavaş olmasının nedeninin, ailelerin yeni öğrendiği bu yöntemde öğrenecekleri ve uygulayacakları bilgilerin karmaşık olduğunu ve ailelerin de uygulama da güçlükler yaşaması nedeniyle ilerlemelerin yavaş olduklarını düşünmektedirler.

Terapistlerin müdahaleye yönelik özyeterlik düzeyleri alt maddelerinden olan regüle olmadığım anlarda danışanımın regülasyonunu sağlamakta zorlanırım ve danışanımın regülasyonu bozulduğu anlarda endişelenirim maddelerinde terapistler sık olarak değil, ancak nadiren de olsa regülasyonu sağlamakta zorlandıklarını belirtmiş ve yüksek puan alamamışlardır. Itskovich (2019) yaptığı çalışmada klinisyenlerin kendi regülasyonlarını sağlamada ve danışanlarının regülasyonunu sağlama konusunda sürekli çalışma yapması gerektiği ve regülasyonun sağlanmasında, devamlı bir perde arkası çalışması yapılması gerektiği şeklinde yorumlamıştır.

Terapistlerin müdahaleye yönelik özyeterlik düzeyi alt maddelerinden olan seansta danışanımın niyetini anlamakta zorlanırım, danışanımın tepkisine afekt vermekte zorlanırım ve DIRFloortime terapi seanslarında danışanın verdiği tepkiye anlık dönütler vermekte zorlanırım maddelerinde terapistlerin büyük çoğunluğu zorlanmadığını, danışanlarının niyetlerini anladıklarını ve çocuğun durumuna uygun anlık tepkiler verdiklerini belirtmişlerdir. Itskovich (2019) yürütmüş olduğu çalışmasında afekt kullanımlarında seçilen afektlere dikkat edilmesi gerektiğini ve çocuğun duygu durumuna yönelik afekt kullanılmasının tercih edilmesi gerektiğini vurgulamıştır.

DIRFloortime seansları esnasında danışanın liderliğini takip etmede zorluk yaşıyorum maddesinde katılımcıların çoğunluğu zorlanmadığını belirtmiştir. Itskovich (2019)'te yapmış olduğu çalışmada liderlik takibine dikkat çekmiştir. Danışanın liderliğini takip etmenin sadece oyuncaklar üzerinden fiziksel bir takip olmadığını, sürekli çalışma gerektiren ve her yönden liderlik takibinin yapılması gerektiğini belirtmiştir (Itskovich, 2019).

DIRFloortime müdahale yöntemi hakkında aileyi bilgilendirme konusunda terapistler, çoğunlukla nadir olarak zorlandıklarını bildirmişlerdir. Johnson (2018) çalışmasında terapistler, kaygıları arttığı anlarda, baskı hissettiği durumlarda aileye açıklama yaparken zorlandıklarını bildirmişlerdir. Özellikle müdahale yöntemini uygulamaya yeni başlayan terapistlerin aileleri seanslar hakkında bilgilendirme esnasında kaygılarının arttığı ve zorlandıklarını bildirmiştir. Coletti (2011) yapmış olduğu çalışmada, ailelerin müdahale yönteminin uygulanması konusunda yazılı ve basılı kaynakların kısıtlı olmasından kaynaklı uygulamada sorun yaşadıklarını bildirdiklerini aktarmıştır. Ülkemizde de uygulama hakkında basılı ve yazılı kaynakların kısıtlı olmasından kaynaklı, çalışmamıza katılan terapistlerin müdahale yöntemini aktarmada nadir de olsa sorun yaşadıkları düşünülebilir. Trinh (2008)'in aileler ile yaptığı çalışmasında, ebeveynlerin floortime uygularken daha fazla püf noktaya ve daha fazla desteğe ihtiyacı olduklarını bildirmişlerdir. Bunun nedenini ise terapistlerin deneyimlerinin az olmasından kaynaklı olabileceğini belirtmektedirler.

DIRFloortime terapistlerinin iletişim, çocuklarla olan ilişkileri ve iletişim zinciri açıp kapatma maddelerinde genel olarak yüksek puanlar almışlardır. Johnson (2018) tarafından yürütülen çalışmada terapistlerin büyük çoğunluğunun, çocuklarla ilişki kurma açısından uygun ve etkili bir müdahale yöntemi olduğunu belirtmişlerdir. Müdahale yönteminin doğru ve etkin kullanımı arttıkça çocuklarda etkileşim kurma becerilerinde ilerleme olduğu, danışanlarının iletişim gelişimlerinin arttırdığını bildirmiştir. Ek olarak Johnson (2018) yaptığı çalışmada iletişim zinciri açıp kapatma konusunda da başarılı sonuçlara ulaşılabilceğini ancak iletişim zincirlerinin mutlaka sözlü iletişim olmayacağını da net bir şekilde bildirilmesinin gerekli olduğunu bildirmiştir. Ek olarak terapistlerin, çocukların gelişim basamaklarına uygun olarak yapmış olduğu çalışmaları sonucunda çocukların iletişim zincirlerini açtıkları ve iletişim başlatmalarının arttığı görülmüştür. Çelikbaş (2020) yaptığı çalışmasında, çocukların diğer çocuklar ile ilgilenme becerisini değerlendiren ön test ve son test sonuçları incelendiğinde DIRFloortime seansı alan çocukların sosyal etkileşim başlatma becerisinde artış olmasının iletişim kurma becerisi yönünden faydalı olduğu düşünüldüğünü belirtmiştir. Solomon (2014)'un yapmış olduğu çalışmasında OYNA müdahalesi sonucunda da iletişim başlatma ve etkileşim becerilerinde artış olduğunu bildirmiştir.

Danışanının duyuşal profilini gözlemleme konusunda yeterli hissediyorum maddesinde çalışmamıza katılan terapistlerin %88,3'ü başarılı olduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca Fonksiyonel Duygusal Gelişim Basamaklarından ilk dört basamakta başarılı çalışmalar yaptıklarını belirtmişlerdir. Johnson (2018) yapmış olduğu çalışmasında danışanların bireysel gelişmeleri ve gelişim basamaklarının müdahale yönteminin temeli olduğunu ve bireysel farklılıkları göz önünde bulundurarak, gelişim basamaklarına uygun yapılan çalışmalarda, katılımcılarının başarılı sonuçlar aldıklarını bildirmiştir. Pajareya ve Nopmaneejumrulers (2011) yapmış olduğu çalışmasında ailelere verdikleri eğitim ve uygulamalar sonucunda çocukların duyu profillerinde olumlu değışikler olduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmamıza katılan terapistler, danışanının bulunduğu fonksiyonel duygusal gelişim basamağını tespit etmede zorlanırım maddesinde büyük çoğunluğu zorlanmadığını bildirmiştir. Fonksiyonel duygusal gelişim basamaklarına ilişkin özyeterlik düzeyi alt maddelerinde terapistlerin çoğunluğu ilk dört madde de iyi çalıştığını düşünmekte ancak sonraki iki madde de başarılı olarak çalıştığını düşünen terapistlerin sayısı azalmaktadır. Pajareya ve Nopmaneejumrulers (2011) yaptığı çalışmada uygulamalar sonucunda çocukların fonksiyonel duygusal gelişim basamaklarındaki artışların klinik olarak anlamlı farklılıklar olduğunu bildirmiştir. Johnson (2018)'ın çalışmasına katılan terapistler, çocukların fonksiyonel duygusal gelişim basamaklarının farklı beceriler için temel yapı taşı olduğunu ve mümkün olduğunca en başarılı şekilde FDGB üzerinde detaylı ve başarılı çalışmalar yaptıklarını bildirmişlerdir. Çocukların FDGB'de ilerleme kat etmesiyle diğer becerilerde daha rahat ve güvenli ilerlediklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca DIRFloortime müdahale yönteminin çocukların hayat kalitesini arttırmada önemli bir yeri olduğunu vurgulamışlardır. Bizim çalışmamızda terapistlerin FDGB'nin son iki maddesinde başarı sayılarının düşmesinin nedeni olarak, çalışmamıza katılan terapistlerin 201 eğitim düzeyinde olanların sayısının daha fazla olması olabilir.

Araştırmada kullanılan DIRFloortime Müdahale Yöntemini Uygulayan Terapistlerin Özyeterliklerinin İncelenmesi amacıyla hazırlanan anketin sonuçlarına göre ankette; terapistlik seviyesine göre, yaşa göre, terapist olarak çalışma yıllarına göre ve terapistlerin

aldıkları danışan sayılarına göre ikili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı ilişkiler saptanmıştır. İkili karşılaştırmalar sonucunda:

DIRFloortime seanslarına özgü anket için katılımcıların aldıkları puanların terapistlik seviyesine göre fark gösterip göstermediği incelenmiş. İnceleme sonucunda, DIRFloortime 201 terapistleri ile 203 terapistleri arasında ($p<0,008$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Terapistlik seviyesinin arttıkça DIRFloortime müdahale yöntemini uygulama konusunda terapistlerin daha tecrübeli olduklarını ve anketlere verdikleri yanıtlar sonucunda tecrübelerinden kaynaklı daha yüksek puanlar aldıkları düşünülmektedir.

Terapistlerin özyeterliliğini ölçmek amacıyla hazırlanan anket için katılımcıların aldıkları puanların, terapistlerin yaşlarına göre karşılaştırılması sonucunda 23-25 yaş ile 26-29 yaş arasında ($p<0,008$) ve farklı yaşlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Terapistlerin yaşları arttıkça anket puanlarından daha yüksek puanlar almışlardır. Yaşları arttıkça danışan sayılarının daha fazla olmasından ve yaşları arttıkça tecrübelerinin de artması anket sonuçlarından daha yüksek puan almalarını etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

DIRFloortime seanslarına katılan terapistlerin özyeterliliğini ölçmek amacıyla hazırlanan anket sonuçlarına göre; terapistlerin aldıkları puanların DIRFloortime terapisti olarak yıllarına göre karşılaştırması yapılmıştır. Karşılaştırma sonucunda 0-1 yıl ve 5 yıl ve üzeri çalışan terapistlerin arasında ($p<0,008$) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Ayrıca uzun yıllar çalışanlar ve yeni çalışmalara başlayan gruplar arasında da farklılıklar saptanmıştır. İncelemeler sonucunda anket sonuçlarından yüksek puan alan terapistlerin uzun yıllar çalıştıkları, tecrübelerin arttığı ve aldıkları danışan sayılarının fazla olmasından kaynaklı yüksek puanlar aldıkları düşünülmektedir.

Terapistlerin özyeterliliğini ölçmek amacıyla hazırlanan anket için katılımcıların aldıkları puanların, terapistlerin aldıkları danışan sayılarına göre kıyaslamaları sonucunda 0-10 danışan ile 21 ve üzeri danışan alan terapistlerin arasında ($p<0,017$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Terapistlerin aldıkları danışan sayıları farklılaştıkça ya da arttıkça deneyimleri ve tecrübeleri de artmaktadır. Bu sebeplerden dolayı

terapistlerin danışan sayıları arttıkça anket sonuçlarından daha yüksek puanlar aldıkları düşünülmektedir.

Greenspan ve Wieder (2004), gelişimsel basamaklara uygun, bireysel farklılıkları temel alarak oyunun içine katan ve yerde etkileşimi öncülleyerek çocuğun liderliğini izlemiş, terapistlerin ve ebeveynlerinde çocuğun ilgisini ve dikkatini çeken oyunların oynanmasını tavsiye etmiştir. Literatürde terapistlerin DIRFloortime müdahale yöntemi açısından özyeterliliğini inceleyen çalışmaların kısıtlı olması nedeniyle çalışmamız benzer ve yakın araştırmalarla desteklenmeye çalışılmıştır.

SONUÇ

Yürütmüş olduğumuz bu çalışmada, Türkiye’de DIRFloortime müdahale yöntemini uygulayan terapistlerin özyeterlik düzeyleri ve cinsiyetleri, yaşları, mezuniyet dereceleri, meslekleri, çalışma yerleri ve floortime ilişkin eğitimlerinin özyeterlik düzeylerini nasıl etkilediği incelenmiş ve araştırmamızın bulguları özetlenmiştir:

Floortime seanslarındaki terapistin duygularına yönelik özyeterlik düzeyi alt bölümünde terapistlerin büyük bir çoğunluğu DIRFloortime uygularken keyif aldıklarını bildirmiştir. Terapistlerin müdahaleye yönelik özyeterlik düzeyi alt bölümünde DIRFloortime seanslarından sonra danışanlarının iletişim gelişiminde olumlu değişiklikler fark ettim maddesinde terapistlerin çoğunluğu danışanlarının iletişim gelişimlerinin arttığını bildirmiştir. Fonksiyonel duygusal gelişim basamaklarına ilişkin özyeterlik düzeyi alt bölümünde terapistlerin büyük bir çoğunluğu ilk iki basamakta, regülasyon- ortak dikkat ve birliktelik sağlama basamaklarında daha iyi çalıştıklarını belirtmişlerdir.

DIRFloortime müdahale yöntemini uygulayan terapistlerin özyeterlik düzeylerinin, DIRFloortime eğitim seviyesine, terapistlerin yaşına, DIRFloortime terapisti olarak çalışma yıllarına, daha üst seviyede floortime eğitimi alma isteğine göre farklılıklar gösterdiği ortaya çıkmıştır. Terapistlik seviyesine göre bakıldığında DIRFloortime 203 terapistlerinin, terapistlerin yaşına göre bakıldığında 37 yaş ve üzerinde olanların, DIRFloortime terapisti olarak çalışma yıllarına göre incelendiğinde 13 ay ve 2 yıl arasında terapist olanların ve daha üst seviyede eğitim alma isteği olan terapistlerin özyeterlik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

SINIRLILIKLAR

1. Yaptığımız çalışma 128 terapist ile sınırlıdır.
2. Çalışma verileri, araştırmacı ve tez danışmanı tarafından hazırlanan ankete verilen yanıt seçenekleri ile sınırlıdır.

ÖNERİLER

1. Literatürde DIRFloortime terapistlerinin özyeterlik düzeyini inceleyen anket çalışmalarına rastlanmaması ve nitel çalışmaların da kısıtlı olması, bu konuda güncel ve yeni çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.
2. Yapılan çalışma daha büyük bir örneklem grubuyla nitel ve nicel karma araştırma yöntemleriyle desteklenerek daha detaylı bilgilere ulaşabilmek amacıyla tekrarlanabilir.
3. Terapistlerin eşit düzeylerde katılım sağladığı çalışmalar ile daha farklı ve detaylı karşılaştırmalar yapılabilir.

KAYNAKÇA

- Abrahams, B., & Geschwind, D. (2008). Advances in autism genetics: on the threshold of a new neurobiology. *Nature reviews genetics*, 9(5), 341-355.
- Açiler, S. (2022, 04 12). *Özel Eğitim Öğretmenliği Bölümü*. iienstitu.com: <https://www.iienstitu.com/blog/ozel-egitim-ogretmenligi-bolumu> adresinden alındı
- Agrawal, S., Rao, S., Bulsara, M., & Patole, S. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder in preterm infants: a meta-analysis. *Pediatrics*, 142(3).
- Ağır, M. (2022, 03 08). *DIR FLOORTİME NEDİR? HANGİ ÇOCUKLAR YARARLANMALIDIR?* mineagir.com.tr: [https://mineagir.com.tr/dir-floortime-nedir-hangi-cocuklar-yararlanmalidir/#:~:text=Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20sonucu%20%C3%B6zet%20olarak%20Floortime,\(ili%C5%9Fki%20temelli\)%20s%C3%B6zet%20B6z%20C3%B6klerinden%20olu%C5%9Ftur](https://mineagir.com.tr/dir-floortime-nedir-hangi-cocuklar-yararlanmalidir/#:~:text=Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20sonucu%20%C3%B6zet%20olarak%20Floortime,(ili%C5%9Fki%20temelli)%20s%C3%B6zet%20B6z%20C3%B6klerinden%20olu%C5%9Ftur) adresinden alındı
- Akbuğa, E., & Eliöz, M. (2020). *OTİZMLİ ÇOCUKLARIN MOTOR BECERİLERİNİN İNCELENMESİ*. Samsun: T.C. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ.
- Akfıdan, A., & Taş, C. (2016). *OTİZM'DE GÖRÜLEN DUYUSAL BOZUKLUKLARIN GELİŞİM BASAMAKLARINA OLAN ETKİSİ*. İstanbul: ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ.
- AKSOY, V., & DİKEN, İ. (2013). *EĞİTSEL PLANLAMA İÇİN OTİZM TARAMA ARAÇLARI (ASIEP-3)'NİN PSİKOMETRİK NİTELİKLERİNİN BELİRLENMESİ: TÜRKİYE ÖRNEĞİ*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü .
- Aktürk, Z., & Acemoğlu, H. (2011). *Sağlık çalışanları için araştırma ve pratik istatistik*. Erzurum.
- ALPAR, C. (2020). *Spor Sağlık Ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle UYGULAMALI İSTATİSTİK VE GEÇERLİK GÜVENİRLİK* (6. Baskı b.). Ankara: Detay Yayıncılık.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Edition)*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington: American Psychiatric Publishing.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th. Ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Associations. (1952). *DSM-I: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Associations. (1968). *DSM-II: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (5. b.)*. (E. Körođlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- AYDINOğLU, Ü., & ORAL, E. (2015). *EŞİKALTI OTİSTİK BELİRTİLERİN YAYGINLIğI, ZİHİN KURAMINA ETKİSİ VE PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARLA KOMORBİDİTESİ*. Erzurum: ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI.
- Ayres, A. (1964). Tactile functions. Their relation to hyperactive and perceptual motor behavior. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 18, 6-11.
- Ayres, A. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Alaska: Western Psychological Services.
- Bailey, A., Luthert, P., Dean, A., Harding, B., Janota, I., Montgomery, M., & Lantos, P. (1998). A clinicopathological study of autism. *Brain: a journal of neurology*, 121(5), 889-905.
- Bandura, A., & Adams, N. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive therapy and research*, 1(4), 287-310.
- Baranek, G. (1999). Autism during infancy: A retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9–12 months of age. *Journal of autism and developmental disorders*, 29(3), 213-224.
- Baranek, G. (2002). Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 32(5), 397-422.
- Baranek, G., David, F., Poe, M., Stone, W., & Watson, L. (2006). Sensory Experiences Questionnaire: discriminating sensory features in young children with autism, developmental delays, and typical development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(6), 591-601.
- Bayraktaroğlu, F. (2012). *Mental Motor Retardasyonlu Çocuklarda Duyu Bütünleme Tedavisi İle Nöro gelişimsel Tedavi Yöntemlerinin Karşılaştırılması*. Bolu: Abant

İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı.

- Beatson, J., & Prelock, P. (2002). The Vermont rural autism project: Sharing experiences, shifting attitudes. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17(1), 48-54.
- BİLGİÇ, A., & CÖNGÖLOĞLU, M. (2009). Otizm spektrum bozukluklarında biyolojik temelli tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 16(3), 153-164.
- Carpente, J. (2017). Investigating the effectiveness of a developmental, individual difference, relationship-based (DIR) improvisational music therapy program on social communication for children with autism spectrum disorder. *Music Therapy Perspectives*, 35(2), 160-174.
- Casenhiser, D., Shanker, S., & Stieben, J. (2013). Learning through interaction in children with autism: Preliminary data from asocial-communication-based intervention. *Autism*, 17(2), 220-241.
- Case-Smith, J., & Arbesman, M. (2008). Evidence-based review of interventions for autism used in or of relevance to occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 62(4), 416-429.
- Case-Smith, J., & Miller, H. (1999). Occupational therapy with children with pervasive developmental disorders. *The American Journal of Occupational Therapy*, 53(5), 506-513.
- Charman, T., Pickles, A., Simonoff, E., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2011). IQ in children with autism spectrum disorders: data from the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Psychological medicine*, 41(3), 619-627.
- Craig, A. (2003). Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Current opinion in neurobiology*, 13(4), 500-505.
- Croen, L., Najjar, D., Fireman, B., & Grether, J. (2007). Maternal and paternal age and risk of autism spectrum disorders. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 161(4), 334-340.
- Çeleğen, İ. (2020). 18-36 AYLIK ÇOCUKLARDA OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUKLARININ YAYGINLIĞI. *ICONTECH INTERNATIONAL JOURNAL*, 4(2), 97-107.
- ÇELİKBAŞ, F., & SARI GÖKTEN, E. (2020). OTİZM TANILI 2-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA DİFLOORTİME VE OYUNLA TEDAVİ EĞİTİM

PROGRAMLARININ ETKİLİLİĞİNİN İNCELENMESİ. İstanbul: ÜSKÜDAR
ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ.

- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., & Büyüköztürk, Ş. (2012). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları*. Ankara: Pegem Akademi.
- Darıca, N., Abidoğlu, Ü., & Gümüşçü, S. (2021). *Otizm ve Otistik Çocuklar*. Ankara: Özgür Yayınları .
- Darıca, N., Abidoğlu, Ü., & Gümüşçü, Ş. (2005). *Otizm ve otistik çocuklar* (4. b.). İstanbul: Özgür Yayınları.
- Demirci, O. (2017). Ergoterapi: Geleceğin mesleği olabilecek bir meslek alanı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 59-65.
- Dionne, M., & Martini, R. (2011). Floor time play with a child with autism: A single-subject study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(3), 196-203.
- Dionne, M., & Martini, R. (2011). Floor time play with a child with autism: A single-subject study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(3), 196-203.
- El-Fishawy, P. (2010). The genetics of autism: key issues, recent findings, and clinical implications. *Psychiatric Clinics*, 33(1), 83-105.
- ERAKTAN, P. (2005). Otizmde Tedavi Yaklaşımları. *Sapiens, Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Dergisi*.
- Exkorn, K. (2006). *The Autism Sourcebook: Everything You Need to Know About Diagnosis, Treatment, Coping, and Healing*. New York: Harper Collins Publishers.
- Fazlıoğlu, Y., & Eşme-Yurdakul, M. (2009). *Otizm, otizmde görsel iletişim tekniklerinin kullanımı*. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları.
- Filipek, P., Accardo, P., Baranek, G., Cook, E., Dawson, G., Gordon, B., & Volkmar, F. (1999). The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 29(6), 439-484.
- Frith, U., & Frith, C. (2005). The biological basis of social interaction. *Current directions in psychological science*, 10(5), 151-155.
- Ganaie, S., & Bashir, A. (2014). Global autism: Autism, autism etiology, perceptions, epistemology, prevalence and action. *Internation Journal Clinic Ther Diagn*, 2(2), 39-47.

- Görgü, E., & Savran, C. (2005). *3-7 yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin aldıkları sosyal destek düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Grandin, T. (1995). How people with autism think. E. Schopler, & G. Mesibov (Dü) içinde, *Learning and cognition in autism* (s. 137-156). Boston: Springer.
- Greenspan, S. (1992). Reconsidering the diagnosis and treatment of very young children with autistic spectrum or pervasive developmental disorder. *Zero to three*, 13(2), 1-9.
- Greenspan, S., & Shanker, S. (2004). *The first idea: how symbols, language, and intelligence evolved from our primate ancestors to modern humans*. Cambridge.
- Greenspan, S., & Wieder, S. (2006). *Engaging Autism*. Perseus Books.
- Greenspan, S., & Wieder, S. (2015). *Otizmde Derinlemesine Oyunla Tedavi*. (M. I. Koç, Çev.) İstanbul: ÖZGÜR YAYINLARI.
- Greenspan, S., Wieder, S., & Simons, R. (1998). *The child with special needs: Encouraging intellectual and emotional growth*. Boston: Addison Wesley Longman.
- Hatfield, T., Brown, R., Giummarra, M., & Lenggenhager, B. (2019). Autism spectrum disorder and interoception: Abnormalities in global integration? *Autism*, 23(1), 212-222.
- Hesse, M., Nishitani, N., Fink, G., Jousmäki, V., & Hari, R. (2010). Attenuation of somatosensory responses to self-produced tactile stimulation. *Cerebral Cortex*, 20(2), 425-432.
- Hill, E., & Frith, U. (2003). Understanding autism: insights from mind and brain. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 358(1430), 281-289.
- İŞERİ, E., & Taş Torun, Y. (2018). Bebeklik Döneminde Önemli Bir Psikopatoloji: Otizm. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 48-55.
- Itskovich, G. (2019). On Affective States and the Use of Affect in DIR Floortime Clinical Practice. *Autism and Developmental Disorders*, 17(2), 5-17.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, 2(3), 217-250.
- Karakaş, S. (2010). *Kognitif Nörobilimler* (3. b.). İstanbul: Nobel Tıp.

- KASHEFIMEHR, B., & KAYIHAN, H. (2014). *OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA MOHO MODELİNE GÖRE DUYU ALGI BÜTÜNLEME TEDAVİSİNİN İNCELENMESİ*. Ankara: HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ.
- Kasım, D. (2010). *Duyusal İşleme Ölçeği-Sınıf Formu'nun Türk Çocuklarına Uyarlanması*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Kientz, M., & Dunn, W. (1997). A comparison of the performance of children with and without autism on the Sensory Profile. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(7), 530-536.
- Kılınç, E., İnceoğlu, F., & Aktaş, K. (2019). İş Yüğü Fazlalığının Psikolojik Sermayeye Etkisi: Ulaşım Sektöründe Bir Araştırma. *International Social Sciences Studies Journal*, 5(35):2586-2596.
- Klin, A., Jones, W., Schultz, R., Volkmar, F., & Cohen, D. (2002). Defining and quantifying the social phenotype in autism. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 895-908.
- KOCA, B., & GÜLDENOĞLU, İ. (2021). *Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuklara Ebeveyn Merkezli Sosyal İletişim Öğretimi Müdahale programının Etkililiğinin İncelenmesi*. Ankara: ANKARA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ.
- Korkmaz, B., Njiokiktijen, C., & Verschoor, A. (2014). *Children's social relatedness. An embodied brain. Process. A clinical view of typical development and disorders*. Amsterdam: Suyi Publications.
- Korkmaz, B. (2010). Otizm: Klinik ve nörobiyolojik özellikleri, erken tanı, tedavi ve bazı güncel gelişmeler. *Turkish Archives of Pediatrics*, 45.
- Korkmaz, B. (2017). *Ah şu otizm*. İstanbul: Aba Yayıncılık.
- Kranowitz, C. (2014). *Senkronize Olamayan Çocuk*. (E. Ş. Baggio, Çev.) İstanbul: Pepino Yayıncılık.
- Krug, D., Arick, J., & Almond, P. (1980). Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21(3), 221-229.
- KURT, O., & SUBAŞI YURTÇU, A. (2017). Otizm spektrum bozukluğu olan bireylere yönelik kapsamlı uygulamalar. *Sakarya University Journal of Education*, 7(1), 155-182.

- LaRue, J., Bard, C., Fleury, M., Teasdale, N., Paillard, J., Forget, R., & Lamarre, Y. (1995). Is proprioception important for the timing of motor activities? *Canadian journal of physiology and pharmacology*, 73(2), 255-261.
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International journal of Psychology*, 40(2), 80-89.
- Ma, D., Rabionet, R., Konidari, I., Jaworski, J., Cukier, H., Wright, H., & Martin, E. (2010). Association and gene–gene interaction of SLC6A4 and ITGB3 in autism. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 153(2), 477-483.
- Maenner, M., Shaw, K., Bakian, A., Bilder, D., Durkin, M., Esler, A., & Cogswell, M. (2021). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2018. *MMWR Surveillance Summaries*, 70(11), 1.
- Mercer, J. (2017). Examining DIR/Floortime™ as a treatment for children with autism spectrum disorders: A review of research and theory. *Research on Social Work Practice*, 27(5), 625-635.
- Meyer, J., & Minshew, N. (2002). An update on neurocognitive profiles in Asperger syndrome and high-functioning autism. *Focus on autism and other developmental disabilities*, 17(3), 152-160.
- Moskowitz, A., & Heim, G. (2011). Eugen Bleuler's Dementia praecox or the group of schizophrenias (1911): a centenary appreciation and reconsideration. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 471-479.
- Mukaddes, M. N. (2013). *Otizm Spektrum Bozukluklari: Tani ve Takip*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Mukaddes, M. N. (2017). *Bebeklikten Erişkinliğe Otizm Aileler İçin Kılavuz*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Murray, D., Lesser, M., & Lawson, W. (2005). Attention, monotropism and the diagnostic criteria for autism. *Autism*, 9(2), 139-156.
- Newschaffer, C., Croen, L., Daniels, J., Giarelli, E., Grether, J., Levy, S., & Windham, G. (2007). The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annu. Rev. Public Health*, 28, 235-258.

- Odom, S., Boyd, B., Hall, L., & Hume, K. (2010). Evaluation of comprehensive treatment models for individuals with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(4), 425-436.
- Ozonoff, S., Young, G., Carter, A., Messinger, D., Yirmiya, N., Zwaigenbaum, L., & Stone, W. (2011). Recurrence risk for autism spectrum disorders: a Baby Siblings Research Consortium study. *Pediatrics*, 128(3), e488-e495.
- ÖZARSLAN, E., & KURT, P. (2019). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocuklarda Duyu Bütünleme Bozukluğu Üzerine Bir İnceleme*. İstanbul: İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI.
- Özbakır, M., & Otrar, M. (2010). *DUYUSAL İŞLEMLEME ÖLÇEĞİ - EV FORMU'NUN TÜRKİYE KOŞULLARINA UYARLANMASI*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Özbey, Ç. (2005). *Otizm ve otistik çocukların eğitimi: Yalnızlık ülkesine yolculuk*. İstanbul: İnkılap Kitabevi.
- ÖZDEMİR, M., & TARLACI, S. (2021). *Otizm Spektrum Bozukluğunda Kommisural Bağlantıların Otizm Davranış Özellikleri ve Dil Becerisiyle Olan İlişkisinin İncelenmesi*. İstanbul: ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ.
- ÖZLÜ FAZLIOĞLU, Y., & BARAN, G. (2004). *Duyusal entegrasyon programının otizmlili çocukların duyuusal ve davranışsal problemleri üzerine etkisinin incelenmesi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (Yenilenmiş (11. Baskı) b., Cilt Cilt I). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Pajareya, K., & Nopmaneejumrulers, K. (2011). A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism*, 15(5), 563-577.
- Parellada, M., Penzol, M., Pina, L., Moreno, C., González-Vioque, E., Zalsman, G., & Arango, C. (2014). The neurobiology of autism spectrum disorders. *European Psychiatry*, 29(1), 11-19.
- Picard, D. (2007). Tactual, visual, and cross-modal transfer of texture in 5-and 8-year-old children. *Perception*, 36(5), 722-736.
- Pilarz, K. (2009). *Evaluation of the efficacy of a seven week public school curriculum based dir/floortime parent training program for parents of children on the autism spectrum*. Philadelphia: Temple University Libraries.

- Prelock, P., Beatson, J., Bitner, B., Broder, C., & Ducker, A. (2003). Interdisciplinary assessment of young children with autism spectrum disorder. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 34 (3), 194–202.
- Rakap, S., Birkan, B., & Kalkan, S. (2017). *Türkiye'de otizm spektrum bozukluğu ve özel eğitim*. 2003: Tohum Otizm Vakfı.
- Roane, H., Fisher, W., & Carr, J. (2016). Applied behavior analysis as treatment for autism spectrum disorder. *he Journal of pediatrics*, 175, 27-32.
- SARI ÇAĞLAR, Y. (2021). *TÜRKİYE'DEKİ DİL VE KONUŞMA TERAPİSTLERİNİN OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞUNA İLİŞKİN ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Schieve, L., Tian, L., Drews-Botsch, C., Windham, G., Newschaffer, C., Daniels, J., & Danielle Fallin, M. (2018). Autism spectrum disorder and birth spacing: Findings from the study to explore early development (SEED). *Autism Research*, 11(1), 81-94.
- Shah, P., Hall, R., Catmur, C., & Bird, G. (2016). Alexithymia, not autism, is associated with impaired interoception. *cortex*, 81, 215-220.
- Solomon, R., Necheles, J., Ferch, C., & Bruckman, D. (2007). Pilot study of a parent training program for young children with autism: The PLAY Project Home Consultation program. *Autism*.
- ŞENGÜL-ERDEM, Ö. (2021). DIR/Floortime: Otizm Spektrum Bozukluğunda Bir Erken Müdahale Modeli. *Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi*, 11(1), 21-39.
- Tercan, H., & Bıçakçı, M. (2016). Sağlık bilimlerinde transdisipliner yaklaşım içerisinde çocuk gelişimcinin rolü. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 157-168.
- TERZİ, A., & TARAKCI, D. (2019). *Sağlıklı Gelişen Anaokulu Çocuklarında Bilişsel ve Fiziksel Aktivitelerin Duyusal İşleme ve Emosyonel Cevaplar Üzerine Etkilerinin Araştırılması*. İstanbul: İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ.
- Toğram, B., Güneri, Y., & YANAT-VAN-ZONDEREN, E. (2019). Türkiye’de Dil ve Konuşma Terapistlerinin Klinik Uygulama ve Deneyimlerinin İncelenmesi. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 2(3), 315-347.
- Ünlütürk, S. (2021). *OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU, DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE ÖZGÜL ÖĞRENME BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUĞA SAHİP EBEVEYNLERİN GENİŞ OTİZM*

FENOTİPİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI. Konya: NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ.

- Volkmar, F., Lord, C., Bailey, A., Schultz, R., & Klin, A. (2004). Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of child psychology and psychiatry*, 45(1), 135-170.
- Wang, C., Geng, H., Liu, W., & Zhang, G. (2017). Prenatal, perinatal, and postnatal factors associated with autism: A meta-analysis. *Medicine*, 96(18).
- Wieder, S., & Greenspan, S. (2003). Climbing the symbolic ladder in the DIR model through floor time/interactive play. *Autism*, 7(4), 425-435.
- Wing, L. (2005). *Otizm el rehberi*. İstanbul: Doğan Kitapçılık.
- Yüksel, N. (2022, 04 12). *Fizyoterapist Nedir? Ne İş Yapar? Maaşı Ne Kadar?* iienstitu.com: <https://www.iienstitu.com/blog/fizyoterapist> adresinden alındı
- Zager, D., Cihak, D., & Stone-MacDonald, A. (2017). *Autism Spectrum Disorders. 4th ed.* New York: Taylor and Francis.

EK 3. ANKET FORMU

DIRFloortime Müdahale Yöntemini Uygulayan Terapistlerin Özyeterliklerinin İncelenmesi

Demografik Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz nedir?
 - ☐ Kadın
 - ☐ Erkek
2. Yaşınız
 - ☐ Belirtiniz
3. En son mezuniyet dereceniz nedir?
 - ☐ Lisans
 - ☐ Yüksek lisans
 - ☐ Doktora
4. Mesleğiniz nedir?
 - ☐ Dil ve Konuşma Terapisti
 - ☐ Özel Eğitim Öğretmeni
 - ☐ Psikolog
 - ☐ Fizyoterapist
 - ☐ Ergoterapist
 - ☐ Odyolog
 - ☐ Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Uzmanı
 - ☐ Çocuk Gelişim Uzmanı
 - ☐ Diğer (Belirtiniz)
 - ☐
5. Çalışma yeriniz nedir? (Birden fazla seçebilirsiniz.
 - ☐ Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi
 - ☐ Özel danışmanlık merkezi
 - ☐ Hastane
 - ☐ Üniversiteye ait merkez
 - ☐ Akademi
 - ☐ Belirtiniz

Dil ve Konuşma Terapistlerinin DIRFloortime Müdahale Yöntemine İlişkin Özyeterlik Anketi

Floortime Terapistlerinin eğitim düzeyi

6. Hangi seviyede floortime terapistisiniz?
 201
 202
 203
 204
 204 Eğitim lideri
7. DIR Floortime seanslarınız için şu an bulunduğunuz seviye eğitimi yeterli midir?
☐ Evet
☐ Hayır
8. DIR Floortime seanslarınız için daha üst seviyede floortime eğitimi almayı düşünüyor musunuz?
☐ Evet
☐ Hayır
9. Kaç danışan ile DIR Floortime terapisi uyguladınız?
 Cevabı Yazınız:
10. Ne kadar süredir Floortime terapistisiniz? (Lütfen belirtiniz)
 Cevabı yazınız:

Floortime seanslarındaki terapistin duygularına yönelik özyeterlik düzeyi

11. DIR Floortime seanslarına aile ile katılmak beni endişelendirir.
☐ Her zaman
☐ Sıklıkla
☐ Nadiren
☐ Hiçbir zaman
12. DIR Floortime uygularken keyif alıyorum.
☐ Her zaman
☐ Sıklıkla
☐ Nadiren
☐ Hiçbir zaman
13. Danışanım ile floortime çalışmalarımızda ilerlemenin yavaş olması beni kaygılandırır.
☐ Her zaman
☐ Sıklıkla
☐ Nadiren
☐ Hiçbir zaman

Terapistlerin müdahaleye yönelik özyeterlik düzeyi

14. DIR Floortime müdahale yöntemini yeterince doğru ve etkin uyguladığımı düşünüyorum.
 - Her zaman
 - Sıklıkla
 - Nadiren
 - Hiçbir zaman
15. DIR Floortime seanslarından sonra danışanlarımın iletişim gelişiminde olumlu değişiklikler fark ettim.
 - Her zaman
 - Sıklıkla
 - Nadiren
 - Hiçbir zaman
16. Regüle olmadığım anlarda danışanımın regülasyonunu sağlamakta zorlanırım.
 - Her zaman
 - Sıklıkla
 - Nadiren
 - Hiçbir zaman
17. Danışanımın regülasyonu bozulduğu anlarda endişelenirim.
 - Her zaman
 - Sıklıkla
 - Nadiren
 - Hiçbir zaman
18. Danışanımın duyusal profilini gözlemleme konusunda yeterli hissediyorum.
 - Her zaman
 - Sıklıkla
 - Nadiren
 - Hiçbir zaman
19. Danışanın praksi becerilerini desteklemede yeterli hissediyorum.
 - Her zaman
 - Sıklıkla
 - Nadiren
 - Hiçbir zaman
20. Danışanım ile seanslarda iletişim zinciri açıp kapatma konusunda yeterli hissediyorum.
 - Her zaman
 - Sıklıkla

- Nadiren
 - Hiçbir zaman
21. DIRFloortime müdahale yöntemi hakkında aileyi bilgilendirme konusunda zorluk yaşıyorum.
- Her zaman
 - Sıklıkla
 - Nadiren
 - Hiçbir zaman
22. Danışanımın bulunduğu fonksiyonel-duygusal gelişim basamağını tespit etmede zorlanırım.
- Her zaman
 - Sıklıkla
 - Nadiren
 - Hiçbir zaman
23. Danışanımın niyetini anlamakta zorlanırım.
- Her zaman
 - Sıklıkla
 - Nadiren
 - Hiçbir zaman
24. DIRFloortime terapi seanslarında danışanın verdiği tepkiye anlık dönütler vermekte zorlanırım.
- Her zaman
 - Sıklıkla
 - Nadiren
 - Hiçbir zaman
25. DIRFloortime terapi seanslarında danışanıma afekt vermekte zorlanırım.
- Her zaman
 - Sıklıkla
 - Nadiren
 - Hiçbir zaman
26. DIRFloortime terapi seanslarında danışanın liderliğini takip etmekte zorluk yaşıyorum.
- Her zaman
 - Sıklıkla
 - Nadiren
 - Hiçbir zaman

Fonksiyonel Duygusal Gelişim Basamaklarına ilişkin Özyeterlik Düzeyi

27. Regülasyon ve ortak dikkat basamağında iyi çalıştığımı düşünüyorum.
- Her zaman
 - Sıklıkla
 - Nadiren

- Hiçbir zaman
28. Birliktelik sağlama basamağında iyi çalıştığımı düşünüyorum.
- Her zaman
 - Sıklıkla
 - Nadiren
 - Hiçbir zaman
29. İki yönlü iletişim kurabilme basamağında iyi çalıştığımı düşünüyorum.
- Her zaman
 - Sıklıkla
 - Nadiren
 - Hiçbir zaman
30. Kompleks sosyal problem çözme davranışlarının organizasyonu basamağında iyi çalıştığımı düşünüyorum.
- Her zaman
 - Sıklıkla
 - Nadiren
 - Hiçbir zaman
31. Düşüncelerin temsil edilmesi basamağında iyi çalıştığımı düşünüyorum.
- Her zaman
 - Sıklıkla
 - Nadiren
 - Hiçbir zaman
32. Soyut düşünme basamağında iyi çalıştığımı düşünüyorum.
- Her zaman
 - Sıklıkla
 - Nadiren
 - Hiçbir zaman