



TC

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
KULAK BURUN BOĞAZ ANABİLİM DALI
ODYOLOJİ, KONUŞMA VE SES BOZUKLUKLARI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KONUŞMA GECİKMESİ OLAN VE OLMAYAN ÇOCUĞA
SAHİP ANNELERİN ANKSİYETE VE ÇOCUK YETİŞTİRME
ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Op. Dr. Talih ÖZDAŞ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Erol BELGİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA

2015



TC

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
KULAK BURUN BOĞAZ ANABİLİM DALI
ODYOLOJİ, KONUŞMA VE SES BOZUKLUKLARI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KONUŞMA GECİKMESİ OLAN VE OLMAYAN ÇOCUĞA
SAHİP ANNELERİN ANKSİYETE VE ÇOCUK YETİŞTİRME
ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Op. Dr. Talih ÖZDAŞ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Erol BELGİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA

2015

T.C
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Odyoloji ve Konuşma Ses Bozuklukları Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Talih Özdaş tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 12/09/2015

Tez Konusu: “Konuşma Gecikmesi Olan ve Olmayan Çocuğa Sahip Annelerin Anksiyete ve Çocuk Yetiştirme Özelliklerinin Karşılaştırılması”

TEZ DANIŞMANI: **Prof. Dr. Erol BELGİN**

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Erol Belgin

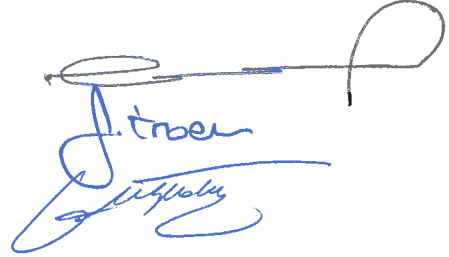
Doç. Dr. Hatice Seyra Erbek

Doç. Dr. Bülent Gündüz

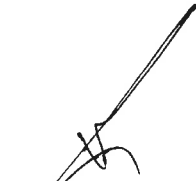
Başkent Üniversitesi

Başkent Üniversitesi

Gazi Üniversitesi



ONAY: Bu tez, Başkent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun 28/09 / 2015 tarih ve 157... Karar Sayısı ile kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Rengin ERDAL
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince, bilgi ve desteklerini benden esirgemeyen, tanımaktan onur duyduğum değerli hocam, Başkent Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Levent N. ÖZLÜOĞLU'na,

Tez çalışmam boyunca her sıkıntıda yanımda olan, bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, benden emek, sabır ve güler yüzünü esirgenemeyen çok değerli hocam ve tez danışmanım Başkent Üniversitesi, Odyoloji Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Erol BELGİN'e ve Doç. Dr. Ayşe Sanem ŞAHLI'ya,

Değerli hocalarım, Sayın Prof. Dr. Erdinç AYDIN'a, Sayın Prof. Dr. Aydan GENÇ'e, Sayın Doç. Dr. Selim ERBEK'e, Sayın Doç. Dr. Seyra ERBEK'e ve Sayın Doç. Dr.Özgül AKIN ŞENKAL'a,

Tanıştığımız ilk günden itibaren dostlukları ile hep yanımda olan ve tezimin her aşamasında bana destek veren sevgili dönem arkadaşlarıma ve Op. Dr. Gülin Gökçen Kesici ve Dr. Behiye Sarıkaya Özdemir'e,

Eğitimim süresince tecrübelerini benimle paylaşan, sevgi ve dostluklarını benden esirgemeyen, Odyom. Sinem KAPICIOĞLU, Odyom. Güldeniz PEKCAN'a

Hayatta her koşulda yanımda olan, bu günlere gelebilmem için hiç bir fedakârlıktan kaçınmayan canım aileme, eşim Sibel ve oğlum Mert'e sonsuz teşekkür ederim.

Op. Dr. Talih ÖZDAŞ

ÖZET

Çocuklarda konuşma gecikmesine neden olabilecek birçok faktör bulunmaktadır. Bu konuda gerek ulusal ve gerekse uluslararası literatürde bilgi oldukça sınırlıdır. Bu çalışmada, konuşma gecikmesi olan çocukların anneleri ile sağlam çocukların annelerinin çocuk yetiştirme tutumları ve anksiyete düzeyleri açısından karşılaştırılması ve çocuklardaki konuşma gecikmesi nedenlerini sosyodemografik özellikler açısından incelenerek, sağlam çocukların anneleri ile kontrollü bir karşılaştırma yapmak amaçlanmıştır.

Çalışmamızda hasta ve kontrol grubu olmak üzere 2 grup bulunmaktadır. Hasta grubuna yaşları 3-6 yaş arasında konuşma gecikmesi olan çocuğa sahip 105 anne, kontrol grubuna ise 3-6 yaş arasında normal konuşma ve dil gelişimine sahip çocuğu olan 105 anne dahil edilmiştir. Hasta ve kontrol grubundan, konuşma gecikmesi olan çocukların anneleri tarafından doldurulacak sosyodemografik özellikleri içeren soruların bulunduğu bir Bilgi Formu Anketi, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (PARI) ve Beck Anksiyete Ölçeği formunu doldurmaları istenmiştir. Hasta grubunda çocuklardan ve annelerinde elde edilen veriler ile kontrol grubundaki çocuk ve annelerinden elde edilen veriler istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

Çalışmamızda, gruplar arasındaki cinsiyet farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p= 0.001$). Literatürle uyumlu olarak konuşma gecikmesinin erkeklerde kızlara göre daha fazla görüldüğünü tespit edilmiştir.

Çocukların doğum sıralaması bakımından karşılaştırıldığında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p= 0.000$). Konuşma gecikmesi olan çocukların özellikle ilk iki çocuk olduğu literatürle uyumlu olarak görülmüştür.

Annelerin eğitim durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p= 0.008$). Çalışmamızda konuşma gecikmesine sahip annelerin eğitim düzeyinin daha yüksek seviyede olduğunu tespit edilmiştir.

Ailelerin aylık gelir düzeyleri arasındaki istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p= 0.000$). Konuşma gecikmesi olan çocuğa sahip ailelerin gelir düzeyinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

“*Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu*” ölçeğinin alt boyutlarına verdikleri cevaplar bakımından istatistiksel olarak karşılaştırıldığında; *Aşırı Koruyucu Annelik* boyutuna verilen cevaplar bakımından konuşma gecikmesi olan çocuğa sahip annelerin ortalaması, normal konuşma gelişimine sahip çocuğu olan annelerin ortalamasından daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiki olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p< 0.01$). Konuşma gecikmesi olan çocuğa sahip annelerin daha koruyucu annelik tutumuna sahip olduğunu fakat *Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma, Ev Kadınlığını Reddetme, Karı-Koca Geçimsizliği, Baskı ve Disiplin* boyutuna verilen cevaplar bakımından farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Beck Ansiyete Ölçeği’ne verdikleri cevaplar bakımından istatistiksel olarak karşılaştırıldığında; iki grup arasında anlamlı fark gözlenmiştir ($p< 0.01$). Konuşma gecikmesi çocuğu olan annelerin daha fazla anksiyete şiddeti seviyesine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç olarak; çocuğun yaşadığı ailenin sosyal yapısı ve annenin çocuğa sergilediği tutum ve davranışlar ile annenin anksiyete düzeyi çocuğun gelişimi için önemli bir etkiye sahiptir. Bu yüzden etiolojisinde birçok faktörün rol oynadığı konuşma gecikmesiyle ilgili daha fazla sayıda ve bizim ülkemizin aile ve toplum yapımızla ilişkisini araştırarak biçimde çalışma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Konuşma, Konuşma Gecikmesi, BECK Anksiyete Ölçeği, PARI, Anne

ABSTRACT

There are many factors that can cause speech delay in children. The literature published in both national and international journals on this topic is very limited. The aim of this study was to carry out a controlled comparison of the child-rearing attitudes and anxiety levels of mothers of children with normal speech development and those with delayed speech development as well as investigating the socio-demographic characteristics of these two groups.

There are two groups included in our study: control and patient group. The patient group includes 105 mothers of children between the ages of 3 and 6 who have speech delay, while the control group includes 105 mothers of children between the ages of 3 and 6 with normal speech and language development. Mothers from both the patient and control groups were requested to fill out several surveys including an Information Survey with questions regarding socio-demographic characteristics, Parental Attitudes Research Instrument (PARI) and Beck Anxiety Scale. A statistical comparison was carried out with the data obtained from the children and mothers of the patient group and control group.

In our study, there was a statistically significant difference between the groups in terms of sex ($p=0.001$). This is consistent with the literature in that speech delay is seen more frequently in boys than in girls.

In terms of birth order, there was also a statistically significant difference found ($p=0.000$). As seen in the literature, speech delay was seen more often in the first and second born children.

There was a statistically significant difference found based on the education status of mothers ($p=0.008$). In our study, it was found that the mothers of children with speech delay had higher education levels.

A statistically significant difference was also found in terms of monthly income ($p=0.000$). Speech delay in children was seen in families with higher monthly incomes.

Data analyzed from the *Overprotective Mothering* sub-dimension responses in the *Parental Attitude Research Instrument* showed that the average scores for mothers

of children with speech delay were higher than those of mothers of children with normal speech development and this difference was found to be statistically significant ($p < 0.01$). Mothers of children with speech delay had more protective mothering attitudes but in terms of responses to the sub-dimensions of *Democratic Attitudes and Equality*, *Rejecting Homemaker Role*, *Marital Conflict-Discord*, and *Strict Discipline* there was no statistically significant difference between the two groups.

There was a statistically significant difference between the two groups in terms of data from responses in the Beck Anxiety Scale ($p < 0.01$). It was determined that mothers of children with speech delay had a higher degree of anxiety.

In conclusion, the family structure that surrounds a child and the mother's overall attitudes and behavior and the mother's anxiety level have an important effect on a child's development. Therefore, it is thought that there is a need for research regarding the relationship between family and societal structure in Turkey and their role in the etiology of speech delay.

Keywords: Speech, Speech delay, Beck anxiety scale, PARI, Mother

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	xi
SİMGELER ve KISALTMALAR	xiii
TABLolar.	xiv
1. GİRİŞ.	15
2. GENEL BİLGİLER.....	17
2.1. Normal Konuşma ve Dil Gelişimi	17
2.2. Çocuklarda Konuşma ve Dil Problemleri.....	20
2.2.1.Primer Konuşma ve Dil Problemleri.....	20
2.2.1.1. Gelişimsel Konuşma ve Dil Gecikmesi	23
2.2.1.2. İfade Edici Dil Bozukluğu	23
2.2.1.3. Alıcı Dil Bozukluğu	23
2.2.2. Sekonder Konuşma ve Dil Problemleri.....	24
2.2.2.1. Otizm Spektrum Bozukluğu	24
2.2.2.2. Serebral Palsi.....	24
2.2.2.3. Çocukluk Apraksisi.....	24
2.2.2.4. Dizatri.....	25
2.2.2.5. Konuşma Kazandıktan Sonra İşitme Kaybı.....	25
2.2.2.6. Konuşmanın Başlangıcından Önce İşitme Kaybı	25
2.2.2.7. Zihinsel Engellilik.....	26
2.2.2.8. Selektif Mutizm	26
2.3. Anksiyete Bozuklukları	26
2.3.1. Çocuk Gelişiminde Anne-Baba Tutumları	29
2.3.2. Demokratik Anne-Baba Tutumu.....	30

2.3.3. İlgisiz (Serbest) Anne-Baba Tutumu.....	30
2.3.4. Baskıcı (Otoriter) Anne-Baba Tutumu	31
2.3.5. Aşırı Korumacı Anne-Baba Tutumu.....	31
2.3.6. Hoşgörülü Anne-Baba Tutumu	32
2.3.7. Aşırı Hoşgörülü Anne-Baba Tutumu.....	33
2.3.8. Reddedici Anne-Baba Tutumu	34
2.3.9. Dengesiz Anne-Baba Tutumu	34
2.4. Anne Çocuk İletişimi	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI, AHÇYTÖ).....	38
3.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	41
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	59
7. KAYNAKLAR	61
8. EKLER.....	74

SİMGELER ve KISALTMALAR

AGTE	: Ankara Gelişim Envanteri
AHÇYTÖ	: Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
DASS	: Depresyon Anksiyete Stres Skalası
dB	: Desibel
N	: Birey Sayısı
PARI	: Parental Attitude Research Instrument
P	: Olasılık; Probability
PLS - V	: Preschool Language Scale-5
OÖDÖ-5	: Okul Öncesi Dil Ölçeği-5
SS	: Standart Sapma
SLI	: Specific Language Impairment
SDB	: Spesifik Dil Bozukluğu
X	: Ortalama
%	: Yüzde

TABLULAR

Tablo

2.1. Dil ve konuşmanın gelişim basamakları.....	19
3.1. Annelerin ve çocukların demografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	44
3.2. Annelerin Beck Anksiyete Ölçeği'nden aldıkları puanlara göre anksiyete düzeylerinin dağılımı.....	46
3.4. Annelerin PARI Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları puanlara göre dağılımı.....	49

1. GİRİŞ

Konuşma gecikmesi (speech delay), çocuğun beklenen yaşta ve şekilde konuşma-dil becerilerini gösterememesi olarak tanımlanabilir. 2-7 yaş aralığındaki çocuklarda prevalansı %2.3-19 aralığında değişmektedir. Okul öncesi konuşma gecikmesi olan çocukların %5-8'inde okul dönemi boyunca ve hatta erişkin yaşta da devam edebilen konuşma gecikmesi izlenir (1).

Konuşma gecikmesine neden olabilecek birçok faktör bulunmaktadır. Konuşma gecikmesinde en tutarlı bildirilen risk faktörleri; aile öyküsünün pozitif olması, erkek cinsiyet, prematüre ve düşük doğum ağırlığı öyküsüdür. Daha az ilişkili olduğu düşünülen diğer risk faktörleri ise düşük ebeveyn eğitim düzeyi, çocukluk çağı hastalığı geçirmesi, geç doğum sırası, yaşlı ebeveyn, düşük sosyoekonomik durum ve geniş bir aileye sahip olunmasıdır (2, 3).

Anksiyete bozuklukları ve depresyon genel popülasyonda en sık görülen ruhsal bozukluklardır. Kadınlar erkeklerden daha sık etkilenmektedir. Kentsel nüfusta anksiyete bozuklukları için yaygınlık oranları erkeklerde %9.1 ve kadınlarda %18.1 olarak rapor edilmiştir. Zihinsel engelli çocukların ebeveynleri normal gelişim gösteren çocukların ebeveynlerine göre daha yüksek oranda çocuklarla ilişkili strese sahip oldukları bilinmektedir. Çocukların konuşma bozukluğu bir yandan annelerin emosyonel durumunu etkilerken diğer taraftan bir annenin emosyonel bozukluğu veya depresyonu çocuklarının konuşma gelişimini olumsuz yönde etkileyebilir. Bir çocuğun konuşma bozukluğu annedeki emosyonel bozukluğun nedeni ve/veya sonucu olabilir (4). Anksiyeteyi depresyondan ayırt edebilecek bir ölçeğe duyulan ihtiyaçtan dolayı Beck ve ark. tarafından 1988'de Beck Anksiyete ölçeği (BAÖ) geliştirilmiştir. Bu ölçek bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçer. Türkiye için geçerlilik-güvenirlilik çalışmaları; Ulusoy M, Şahin N ve Erkmen H

tarafından yapılmıştır (5).

Anne babaların benimsedikleri çocuk yetiştirme tutumları, çocuğun kişiliği üzerinde olumlu ya da olumsuz etkilere sahiptir (6, 7). Çocukların gelişmesinde olumlu ve olumsuz etkileri olan anne ve baba tutumlarını belirlemek için kullanılan ölçeklerden Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (Parental Attitude Research Instrument-PARI, AHÇYT), Schaefer ve Bell tarafından geliştirilen ve 1978'de Güney Le Comte, Ayhan Le Comte ve Serap Özer tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılan ve toplam 60 maddeden oluşan, Likert tipi bir ölçektir.

Çalışmamızda, çocuklardaki konuşma gecikmesi nedenlerini sosyodemografik özellikler açısından incelemek ve sağlam çocukların anneleri ile kontrollü bir karşılaştırma yapmak ve ayrıca konuşma gecikmesi olan çocukların anneleri ile sağlam çocukların annelerinin çocuk yetiştirme tutumları ve anksiyete düzeyleri açısından farklılıklarının araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Normal Konuşma ve Dil Gelişimi

Dil ve konuşma birbirinden farklı iki olgudur. Dil kendi içinde algı ve ifade olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. **Algı**, söylenenlerin ve yazılanların anlamlandırılmasıyla ilgiliyken, **İfade**; duygu ve düşüncelerin sözel ve yazılı aktarımı için hedef kelimelerin seçilmesini, dilbilgisi kurallarına uyulmasını içermektedir (8). Konuşma, fiziksel olarak sözel ifade eylemini kapsamaktadır. Konuşma ilgili organların koordinasyonu ile gerçekleşir. Seslerin artiküle edilmesi, ses kalitesi ve akıcılık konuşma ile ilgili kavramlardır (2, 9, 10).

Dil gelişimi belirli gelişim basamaklarını takip etmektedir. Dildeki algı ve ifadeye zaman geçtikçe yeni kazanımlar eklenmektedir. Algının gelişimi belirli basamakları takip eder (Tablo 2. 1):

- *Altı aylık* bebeklerin gözleri ile sesleri takip etmeleri beklenmektedir.
- *Dokuz aylık* bebeklerin seslere dönüp bakmaları, kendileri ile konuşulduğunda dinlemeleri ve sık kullanılan nesnelerin isimlerini tanımaları beklenmektedir.
- *Birinci yaşına* girmiş bebeklerin tek yönergeleri yerine getirmeleri beklenmektedir.
- *On sekiz aylık* bebeklerin, sorulduğunda en az bir vücut kısmına işaret

edebilmeleri beklenmektedir.

- **Yirmi dört ayını** tamamlamış çocukların ise basit yönergeleri yerine getirmeleri, kitaptaki resimleri sorulduğunda gösterebilmeleri, basit hikâyeleri, şarkıları dinlemeleri ve birkaç vücut kısmını gösterebilmeleri beklenmektedir.
- **Üç-dört yaş** arası çocukların ise “kim”, “ne”, “nerede” ve “neden” sorularını cevaplayabilmeleri beklenmektedir (9, 11-13).

İfadenin gelişimide belirli basamakları takip eder:

- **Altı aylıkken** bebeklerin gülmeleri, agulamaları, babıldamaya başlamaları (aynı heceleri biraraya getirmeleri ma-ma, ba-ba gibi), memnuniyet ve memnuniyetsizliklerini sesleri ile ifade etmeleri beklenmektedir.
- **Dokuz aylık** bebeklerde babıldamanın çeşitlenmesi (uzun, kısa ve farklı hecelerin biraraya gelmesi gibi) ve beden dili kullanımı gözlenmektedir.
- **Birinci yaşını** tamamlamış bebelerde, babıldamanın, sesleri taklit etmeye çalışmanın, net olmasa da bir veya birkaç kelime söylemenin ve beden dili kullanımının gözlenmesi beklenmektedir.
- **Onsekiz aylık** çocukların kelime dağarcığına 3-20 kelimenin eklenmiş olması, kullandığı kelimelerin çoğunun isimlerden oluşması ve jest ile mimiklere sesleri katarak iletişim kurulması beklenmektedir.
- **İki yaşındaki** çocukların iki kelimeyi biraraya getiriyor olmaları ve ses ile sözcükleri taklit ediyor olmaları beklenmektedir.
- **Üç-dört yaş** arasındaki çocuklarda konuşmanın aile dışındaki kişiler tarafından da anlaşılır olması, dört ve daha fazla kelimedenden oluşan cümleler kuruyor olmaları beklenmektedir (9, 11-14).

Tablo 2. 1. Dil ve konuşma gelişim basamakları (9)

Yaş	Algı	İfade
6 ay	Sesleri gözü ile takip eder.	Güler. Agular. Babıldar-aynı heceleri biraraya getirir “ <i>ma-ma, ba-ba</i> gibi...” Memnuniyet ve memnuniyetsizliğini sesi ile ifade eder.
9 ay	Seslere dönüp bakar. Kendisi ile konuşulduğundadır. Sık kullanılan nesnelere isimlerini tanır (kitap, bardak vs.)	Babıldar. Kısa ve uzun heceleri biraraya getirir “ <i>ta-ta, di-di-di</i> gibi...” Beden dilini kullanır (parmakla işaret etmek gibi...) El sallar.
12 ay	Tek kademeli yönergeleri yerine getirir.	Babıldar. Sesleri taklit eder. Çok net olmasa da bir veya birkaç kelime söyleyebilir. El sallar.
18 ay	Sorulduğunda en az bir vücut kısmına işaret edebilir.	3-20 kelimesi vardır. Kelime dağarcığı isimlerden oluşur. Sesleri biraraya getirerek jest ve mimiklerle iletişim kurabilir.
2 yaş	Basit yönergeleri ipucu, jest ve mimik olmadan yerine getirir. Kitaptaki resimler sorulduğunda gösterebilir. Basit hikayeleri ve şarkıları dinler. Sorulduğunda birkaç vücut kısmına işaret edebilir.	İki kelimeyi biraraya getirebilir (anne, su vs.) Sesleri ve sözcükleri taklit eder.
3-4 Yaş	Basit “ <i>kim, ne, nerede ve neden</i> ” sorularını cevaplayabilir.	Aile dışındaki kişiler de konuşmasını anlayabilir. Dört veya daha fazla kelimedenden oluşan cümleler kurabilir.

2.2. Çocuklarda Konuşma ve Dil Problemleri

Çocuklardaki konuşma ve dil problemleri primer ve sekonder olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır.

2.2.1. Primer Konuşma ve Dil Problemleri

Primer dil ve konuşma problemlerinin nedenleri konusunda fikir birliğine varılmamış olsa da, bazı risk faktörlerinin etkili olduğu belirtilmiştir. Cinsiyet, bir risk faktörü olarak bilinmektedir (9, 14, 15). Erkeklerde kızlara oranla dil ve konuşma gecikmesi görülmesi riski üç kat daha fazladır. Ayrıca, ailede konuşma gecikmesi yaşamış bireylerin olması bu riski iki katına çıkarmaktadır (9, 16). Bir diğer risk faktörü ise düşük doğum ağırlığı ve erken doğum olarak belirlenmiştir. İdeal doğum ağırlıklarının %85'inden daha düşük ağırlıkla doğan çocuklarda veya 37. gestasyonel haftadan erken doğan çocuklarda dil ve konuşma gecikmesi riski iki kat fazladır (9, 17).

Dil ve konuşma gelişiminde gecikmeye sebep olan bir diğer faktör ise elektronik medyadır. Televizyon, bilgisayar, internet, playstation vb. teknolojilerin yoğunlaştığı elektronik ortamlarda yetişen çocuklar, gerek kendi yaşatları gerekse aile içi iletişimin azalmasına bağlı olarak giderek daha geç konuşmaya başlamaktadırlar (9, 18).

Çocuklarda dil ve konuşmanın değerlendirmesinde, gelişim aşamasında bazı işaretlere dikkat etmek gerekir. Bunlar konuşma gecikmesinin erken tanısında bize ipucu verebilmektedir;

- **Dokuz aylık** bebeklerde babıldama olmaması, sessiz harflerin kısıtlı

kullanılması ve ağırlıklı olarak sesli harfler ile babıldamanın gerçekleşmesi,

- **On iki aylık** bebeklerde işaret etme ve jestlerin görülmemesi,
- **On beş aylıkken** en az üç kelimenin olmaması ve ebeveyn sorduğunda 5-10 nesneye veya kişiye bakmıyorsa,
- **On sekiz aylıkken** “anne”, “baba” ve başka isimler kullanılmıyorsa ve tek ve basit yönergeleri yerine getiremiyorsa,
- **İki yaşındaki** bir çocuğun en az 25 kelimesi yok ise, beden dili ile kurduğu iletişime sesi ile eşlik etmiyorsa ve istek üzerine resimlere veya vücut kısımlarına işaret etmiyorsa,
- **İki buçuk yaşında** iki kelimeyi biraraya getirip özne ve yüklem kombinasyonları yapmıyorsa ve sorulara söz yanıt vermiyorsa,
- **Üç yaşındayken** en az 200 kelime kullanmıyor, isteklerini isimleri ile ifade etmiyor, sorulara yanıt olarak birkaç sözcükten oluşan kalıpları tekrarlıyor (ekolali), edat ve yüklemeleri anlamıyor ve iki kademeli yönergeleri yerine getiremiyorsa, herhangi bir yaşta kazanımlar kaybediliyor ve geriye gidiş gözleniyorsa da zaman geçirmeden dil ve konuşma ile ilgili bir uzmana yönlendirilmelidir (9, 19, 20).

Konuşma ve dil gecikmesi olan çocukta kendiliğinden geçmesini beklemek erken müdahalenin katkılarını önleyebilmektedir. Konuşma ve dil gecikmesi yaşayan çocuklar okul çağında da konuşma ve dil bozukluklarını yaşama riskine sahiptir (9, 21, 22). Araştırmalar iki-beş yaş arası dil bozukluğu yaşayan çocukların okul çağında okuma ile ilgili zorluklarla karşılaştıklarını göstermektedir (9, 23, 24). Ailesinde gecikme öyküsü olanlar, hem algıda hem ifadede gecikmesi olanlar, jest ve mimikleri sınırlı veya hiç kullanmayan çocuklar ileride olası dil bozuklukları için (okuma, yazma, işitsel algı ve sözel ifade) risk altındadırlar (9, 25). Dil ve konuşma gecikmesi

yaşayan çocukların uzun dönemde takiplerinde, yedi yaşındaki normal gelişime sahip akranlarına oranla kelime dağarcığı, sözdizim ve dilbilgisi açısından daha düşük performans sergiledikleri ortaya çıkmıştır (26). Başka bir araştırmaya göre, sekiz ve dokuz yaşlarında bu çocukların akranları ile kıyaslandığında kelime dağarcığı, dilbilgisi, sözel hafıza, betimleme ve okuma algısı gibi alanlarda onlardan geri kaldıkları gözlenmiştir (27). Erken dönem dil ve konuşma gecikmesinin, uzun dönemde akademik performansı etkilediği belirtilmektedir (28). Yukarıda belirtilen uzun dönemli sonuçlar da dil ve konuşma terapisinin gerekliliğini göstermektedir. Dil ve konuşma terapisi alan çocuklar ile terapi almayan çocuklar karşılaştırıldığında kelime dağarcığında artış, bir söylemde çıkan kelime dizisinde artış, konuşma anlaşılabilirliğinde artışın yanı sıra, sosyalleşme becerilerinde düzelme ve ebeveynlerin endişelerinin azalması gibi farklar belirlenmiştir (29). Dil ve konuşma gecikmesi yaşayan çocukların ebeveynleri ve pediatristleri, 24-36 ay arasında konuşmaya başlayan çocuklar ile karşılaştıklarında, 3 yaşa gelene kadar değerlendirme ve tedavi yoluna gitmeyebilirler. Ancak, yapılan araştırmalara göre, 2 yaşında konuşma geriliği olan çocuklar 3 veya 4 yaşına geldiklerinde hala yaşıtlarının performansını yakalamamış olabilirler (30). Erken müdahale sayesinde (3 yaş öncesi başlayan tedavi) çocuğun dil gelişimsel eğrisini yakalayabilmek aslında mümkün olabilmektedir. Erken müdahalenin hem dil ve konuşma hem de eşlik edebilecek başka bozuklukların tedavisi için faydalı olduğu belirlenmiştir (31). Dil gecikmesi için yapılan değerlendirme sonunda dil ve konuşma uzmanı aileye çocuklarının dil gelişimini desteklemek için neler yapmaları gerektiğini öğretir. Bu sayede günlük rutinler içinde hedef stratejiler anne ve baba tarafından uygulanır. Araştırmalara göre uygun yaklaşımın dil ve konuşma uzmanı tarafından yapılmasıyla onun eğittiği ebeveyn tarafından uygulanması arasında edinilen kazanımlar göz önüne alındığında fark olmadığı belirtilmiştir. Bu yaklaşım çocuklarda dil ve konuşma gelişimini olumlu olarak desteklemektedir (32).

2.2.1.1. Gelişimsel Konuşma ve Dil Gecikmesi (Developmental Speech and Language Delay)

Bu çocuklarda, normal anlama, zeka, işitme, duygusal ilişkiler ve artikülasyon becerileri olmasına rağmen konuşma gecikmiştir. Konuşma ve dil terapisi tedavide etkilidir. Ebeveyn tarafından verilen terapi bir klinisyen tarafından verilen tedavi kadar etkilidir. Prognozu çok iyidir. Çocuklar genellikle okul yaşına kadar normal konuşabilmektedirler (2, 34).

2.2.1.2. İfade Edici Dil Bozukluğu (Expressive Language Disorder)

Bu çocuklarda anlama, zeka, işitme, duygusal ilişkiler ve artikülasyon becerileri normal olmasına rağmen konuşma gecikmiştir. Erken yaşlarda daha sık görülen gelişimsel dil ve konuşma gecikmesinden ayırt etmek zordur. Tedavisi aktif müdahale gerektirir. Konuşma ve dil terapisi tedavide etkilidir (2).

2.2.1.3. Alıcı Dil Bozukluğu (Receptive Language Disorder)

Konuşma gecikmiş olup, artikülasyon aralıklı, agrammatik ve belli belirsizdir. Çocuklar ebeveynleri tarafından adlandırılmış kişileri veya gösterilmiş nesnelere gösteremeyebilirler. Çocuklar sözel olmayan işitsel uyarılara normal tepkiler vermektedirler. Konuşma ve dil terapisinin tedavide etkisi daha azdır. Bu çocuklar da normal konuşma ve dil kapasitesinin gelişmesi nadirdir (2).

2.2.2. Sekonder Konuşma ve Dil Problemleri

2.2.2.1. Otizm Spektrum Bozukluğu (Autism Spectrum Disorder)

Bu çocuklarda konuşma gecikmesi de dahil olmak üzere çeşitli konuşma problemleri olabilmektedir. Ekolali, konuşmaları başlatmak ve sürdürmekte zorluk, konuşma ve dilde regresyon, sosyal etkileşim ve iletişim bozukluğu görülebilmektedir. Dil eğitim programlarının bu çocukların iletişim kurmasına yardımcı olduğu gösterilmiştir (2, 33).

2.2.2.2. Serebral Palsi (Cerebral Palsy)

Serebral Palsi'li çocuklardaki konuşma gecikmesi, dil kaslarındaki spazite veya koordinasyonunda zorluğa, işitme kaybına, serebral korteksteki bozukluğa veya eşlik eden zihinsel engele bağlı olabilir. Konuşma ve dil terapilerinin pozitif etkisi olmadığını fakat iletişim becerilerine karşı olumlu etkileri olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (2, 35).

2.2.2.3. Çocukluk Apraksisi (Childhood Apraxia of Speech)

Konuşmanın fiziksel bir problemidir. Çocuklar jestleri ile iletişim kurarken konuşmada zorluk söz konusudur. Tedavi de birçok farklı konuşma ve dil terapi teknikleri kullanılmaktadır.

2.2.2.4. Dizatri (Dysarthria)

Tanınabilir kelime üretmekte zorlanılır. Düşük perdeli, hafifçe boğuk artikülasyonlu konuşma bozukluğunun olduğu fiziksel bir problemdir. Çocuklar jestleri ile iletişim kurabilirler fakat konuşma bozuktur. Bazı gözlemsel çalışmalar bazı çocuklar için, konuşma-dil terapisinin anlaşılabilirlikte ve konuşma netliğinde olumlu değişikliklere neden olabileceğini düşündürmektedir.

2.2.2.5. Konuşma Kazandıktan Sonra İşitme Kaybı (Hearing Loss After Spoken Language Established)

Konuşma ve dil gelişimi yavaş yavaş etkilenir. Kelime kazanımında eksiklik ve artikülasyonda bozukluk izlenir. Bu çocuklar dinlediklerinden daha iyi konuşmalarına rağmen aileleri tarafından dinlemiyorlarmış gibi göründüklerini ifade etmektedirler. Erken aile merkezli yaklaşım dil ve bilişsel gelişimi desteklemektedir.

2.2.2.6. Konuşmanın Başlangıcından Önce İşitme Kaybı (Hearing Loss Before Onset of Speech)

Konuşma gecikmiş olup, konuşma seslerinde aruz kalıplarında bozulmalar olabilir. Çocuklar ebeveynleri tarafından adlandırılmış kişileri veya gösterilmiş nesnelere gösteremeyebilirler. Normal görsel iletişim becerilerine sahiplerdir.

2.2.2.7. Zihinsel Engellilik (Intellectual Disability)

Konuşma gecikmiştir. Jestleri kullanımı gecikir ve gelişimsel olarak çocukta her yönüyle genel bir gecikme mevcuttur. Çocuklar ebeveynleri tarafından adlandırılmış kişileri veya gösterilmiş nesnelere gösteremeyebilirler.

2.2.2.8. Selektif Mutizm (Selective Mutism)

Bu çocuklar sadece belirli sosyal ortamlarda konuşmakta başarısızlık göstermektedirler. Bunun dışında konuşma problemi yoktur (2, 36). Davranışsal ve bilişsel davranış terapileri etkilidir. Davranışsal modifikasyon, aile katılımı, okul katılımlı yaklaşımlar ve ciddi vakalarda Fluoksetin (Prozac) ile tedavi de dahil olmak üzere kombine yaklaşım umut vericidir (2, 37, 38).

2.3. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete; içten gelen, sebebi bilinmeyen korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan negatif bir duygudur. Yaşamı tehdit edebildiği gibi tehdit şeklinde algılanmasına da neden olabilmektedir. İçten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir. Latince "*tıkanma*", "*boğulma*" anlamına gelen "*angere*" kökünden anksiyete (anxiety) terimi türetilmiştir (39, 40).

Tehlike durumunda aktifleşen anksiyete, biyolojik uyum düzeneğinin bir parçasıdır. İnsan yaşamının sürdürülebilmesi için bu uyum sağlayıcı (adaptif) özelliklerin var olması gereklidir. Ancak olumsuz durumlarla başa çıkabilmek amacıyla ortaya

çıkan bu duygunun şiddetli ve uzun süre yaşanması, bir noktadan sonra kişinin yaşamını, aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlamaktadır. Bu evreden itibaren anksiyete, kişide ruhsal sorunlar yaratmasına katkı sağlayan bir duygu olarak karşımıza çıkmaktadır. Anksiyete hemen her psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilen ve birçok organik bozuklukta da görülebilen bir semptomdur (40, 41).

Toplumda en sık görülen ruhsal bozukluk anksiyete bozukluklarıdır (40, 42). Amerika'da yapılan bir çalışmada; Amerikan toplumunun yaklaşık her dört erişkinden birinde anksiyete bozukluğu olduğu saptanmıştır. Anksiyetesi olan kişiler; gerginlik, kaygı ve korku gibi ruhsal belirtilerinin yanında davranışsal ve bedensel belirtilere de sahip olabilirler. Otonom sinir sisteminin etkilediği solunum, kardiyovasküler işlevler, ısı kontrolü gibi denge sağlayıcı (hemostatik) düzeneklerin işlevleri sonucu bu tür bulgular ortaya çıkabilmektedir (40, 43).

Anksiyete ayrıca kişinin olaylara orantısız, uygunsuz ve abartılmış yanıtlar vermesine de neden olabilmektedir. Kişinin, uygunsuz yanıtlar verme derecesi kendine olan güven duygusunun yetersizliği ya da kendisi ile ilgili yeteneksizlik, beceriksizlik gibi olumsuz durumların fazlalığı ile ilişkilidir.

Tehlikeli uyarın ortadan kalktıktan sonra bile kişinin savunmacı tutumu ve uygunsuz yanıtları devam edebilmektedir. Zorlu durumlarla başa çıkma yetisinde eksiklik ve ileriye dönük belirsizlik düşünceleri anksiyetenin bilişsel yönünü oluşturmaktadır. Bu düşünceye kaygı duyma, korku ve anksiyete yaratan durumlarla başa çıkamayacağı düşünceleri de eşlik etmektedir. Bu düşünceler sonuç olarak kişinin anksiyete ile yaşama ve anksiyeteyle baş edebilme konularındaki güvensizliğini bir kısır döngüye sokmaktadır. Buna bağlı olarak anksiyete kişinin yaşamını olumsuz etkilemektedir (40, 43).

Anksiyete her kişide farklı bulgularla ortaya çıkabilmektedir. Bunlar aşırı sıkıntı ve kaygı yaşantısı olarak algılanabildiği gibi, saçma korkular, rahatsız edici saplantılar veya zorlantı hissi, ölüm ve çıldırma korkusu, bedenini yabancı olarak algılama, bedensel işlevlerin yanlış yorumlanması gibi psikolojik semptomlar ile çarpıntı, tansiyon değişiklikleri, soluk renk veya yüzde kızarma, hava açlığı, soluk almada zorluk, hiperventilasyon, yutma güçlüğü, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, sık idrara çıkma, ereksiyon, ejakülasyon bozuklukları, terleme, kızarma, soğukluk, tremor, parestezi, anestezi, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği, motor huzursuzluk, ağrılar, yorgunluk, uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk, boğazında düğümlenme, boğuluyor gibi hissetme duygusu, ellerinde aşırı titreme gibi bedensel semptomlar ile de kendini gösterebilir (40, 44, 45).

Anksiyete bozuklukları birinci basamak sağlık kuruluşlarına sık başvuru sebepleri arasındadır. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların yaklaşık %50'sinde anksiyete bozukluklarına rastlanmaktadır. Kanada'da yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluklarının yıllık prevalansının erkeklerde %9, kadınlarda ise %16 olduğu bildirilmiştir (40, 46).

Anksiyete bozuklukları kişide ilk kez 13-24 yaşlarında ortaya çıkarken, kişilerin doktora başvurma zamanı 30 yaşları civarında olmaktadır. Bu gecikme; anksiyete bozukluğunun tedavi edilebilir bir hastalık olduğunun bilinmemesi ve anksiyete bozukluğu olan kişilerin bu bozukluğu kişiliklerinin bir parçası olarak görmeleri ile açıklanmaktadır (40, 47, 48).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1996 yılında sonuçlarını yayınladığı Sartorius ve arkadaşlarının 14 ülkede 15 merkezde yürütülen, 25000 erişkinin psikiyatrik bozukluklar açısından tarandığı çalışma sonucunda anksiyete bozuklukları prevalansının %10,5 olduğu bildirilmiştir (40, 46).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen bir çalışmada bir yıllık anksiyete prevalansının %17.3 olduğu bildirilmiştir (16). Avustralya Sağlık Bakanlığının 1998 yılı istatistik verilerine göre nüfusun %9,7'sinin son bir yıl içinde anksiyete bozukluklarına ait belirtiler gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca 18-55 yaşları arasında bu prevalans rakamlarının sabit kaldığı ve 55 yaşından sonra bu oranın giderek azaldığı bildirilmiştir (40, 46).

2.3.1. Çocuk Gelişiminde Anne-Baba Tutumları

Anne-baba-çocuk iletişimi eğer olumlu duygular ve alışkanlıklar içeriyorsa, her iki taraf içinde birlikte geçirilen zaman eğlence ve mutluluk kaynağı olabilir. Çocuğun yaşı ne olursa olsun, onunla kurulan iyi bir iletişim, onda kendine güven ve çevresine saygı gelişimi için en önemli kaynaklardan biri olacaktır (50, 51). Anne-baba-çocuk ilişkisi, temelde anne ve babanın tutumlarına bağlıdır. Büyüme aşamalarında başarı olan çocuklar, iyi aile ilişkileri içinde yetişmiş bireylerdir (51, 52).

Ailenin çocuk yetiştirme tutumu, çocuğun gelişimini etkileyen en önemli etkidir. Anne-babanın çocuk yetiştirme yaklaşımı, kendi kişilik özellikleri, kendi anne-babalarından öğrenmiş oldukları davranış kalıpları ve yaşadıkları çevre, eğitim durumları vb. etmenlerden etkilenir (51, 53). Anne-babaların çocuk yetiştirme tutumları doğal olarak çocukların kişilik özelliklerine ve davranış örüntülerine yansır. Anne babaların benimsedikleri çocuk yetiştirme tutumları, çocuğun kişiliği üzerinde olumlu ya da olumsuz etkilere sahiptir (51, 54).

Çocuklar hızla büyüyüp gelişmekte ve bu hızlı gelişim dönemleri sırasında pek çok

aşamadan geçmekte, bu arada bazı sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bunların birçoğu o döneme özgü durumlardır ve anne baba desteği ile çözülebilecek niteliktedirler. Ancak anne baba çocuğa karşı yanlış bir tutum içindeyse, çocuk anne baba desteği bulamazsa ya da bulduğu destek yanlış olursa sorunlar çözülemez aksine büyür (51, 55).

Çocukların gelişmesinde olumlu ve olumsuz etkileri olan anne, baba tutumları aşağıdaki başlıklarda gruplandırılabilir.

2.3.2. Demokratik Anne-Baba Tutumu

Anne ve babalar genellikle ailedeki kurallar üzerinde konuşulmasına izin verir ya da çocuğu bu konuda destekler. Çocuğun kabul edilmeyen davranışının nedenleri olumlu bir şekilde açıklanır. Birçok davranış hoş görülür (51, 56).

Çocuğuna içten sevgi ve saygı duyan anne babalar, bunu koşulsuz olarak gösterirler. Çocuğu, yaşına uygun olarak kendisi ile ilgili bazı kararları almaya teşvik ederler, çocuğun görüşlerine değer verirler. Sözel iletişime olanak sağlarlar. Hemen her konuda çocuğa iyi bir rehber olmaya çalışırlar (51, 57). Bu tür anne ve babaların çocukları kendilerinden memnun, kendine güvenen, atılgan, kendine saygıları yüksek olan çocuklardır (51, 58).

2.3.3. İlgisiz (Serbest) Anne-Baba Tutumu

Bu anne ve babalar sadece çocuğun beslenme, giyinme gibi en temel

gereksinimlerini karşılarlar. Çoğunlukla çocuklarına ayıracakları zaman ve enerjileri yoktur. Erken dönemde başlarsa, bağılılık, oyun, zihinsel gelişim, sosyal ve duygusal gelişim gibi bazı alanlarda aksaklıklar görülür (51, 59).

2.3.4. Baskıcı (Otoriter) Anne-Baba Tutumu

Bu tutuma sahip olan anne ve babalar, kendisini toplumsal otoritenin temsilcisi durumunda görür ve çocuğunun davranışlarını biçimlendirmeye, denetlemeye ve değerlendirmeye çalışırlar. Çocuktan bir erdem olarak kabul ettiği mutlak itaati bekler. Her türlü kararı, anne ve babanın kendisi verir. Katı ve dogmatik düşünce tarzına yatkın olduğundan sözel iletişime olanak tanınmaz (51, 60). Çocuğa yeterli derecede sevgi ve sevecenlik gösterilmemektedir. Aile ortamı gergin, ilişkiler düşmancadır. Bol eleştiri, azar, aşağılama ve şiddet vardır. Çocuğu dinlemek, onu anlamaya çalışmak, davranışlarının nedenini araştırmak gibi duygusal paylaşımlar yoktur.

Bu evlerde çocuk eğitiminin tek amacı çocuğu baskı altında tutma ve göz açtırmamaktır. Çocuğa karşı takınılan tavır soğuk, anlayışsız ve kırıcdır (51, 61). Otoriter aileler, çocuğun davranışını sıkı denetim yoluyla şekillendirmeye çalışmaktadırlar. Böyle ailelerde yetişen çocuklar, zihinsel ve sosyal açıdan yetersizdirler. Genellikle olumsuz kişilik sergileyen bu tip çocukların akran ilişkileri de zayıftır. İlerleyen yıllarda ana babadan bağımsız, özerk bir kişilik geliştirmede çok zorlanmaktadırlar (51, 62).

2.3.5. Aşırı Korumacı Anne-Baba Tutumu

Anne babanın çocuğu gereğinden fazla koruması, kontrol etmesi ve özen

göstermesidir. Aşırı koruyucu tutum içindeki anne babalar, düşmanca bir çevreye karşı çocuklarını koruyan anne babalar olarak tanımlanır. Çocuklarının kendilerinden farklı bir birey olduğunu ve bağımsızlıklarını kazanmaları gerektiğini anlayamazlar (51, 63).

Bu anne babalar çocuklarına her zaman yaşından küçük bir çocuk gibi davranmaktadırlar. Kendi kendine yemek yiyebilecek duruma gelen çocuğu beslerler, giyinebilen çocuğu giydirirler (51, 61).

Aşırı korunan çocuklar kendi başına karar vermekten aciz, sormadan danışmadan bir şey yapamayan, girişim yeteneklerinden yoksun olurlar. İsteklerini ağlayarak ister, verilmezse verilene kadar ağlar, mızızlanır veya aşırı dediğim dedik, inatçı olmaya yönelirler (51, 64).

2.3.6. Hoşgörülü Anne-Baba Tutumu

Bu tip ailelerde çocukların duygu ve düşünceleri dinlenir ve önemsenir. Bebeklikten itibaren yeterince sevilen, gerekli ilgi gösterilen bunların yanı sıra, girişimcilikleri de desteklenen çocuk kendine güven duyar. Aile içi kararlar alınmasında söz sahibi olan, kendini ilgilendiren konularda kendi kararlarını kendisinin alması teşvik edilen çocuk, böylece tek başına da akılcı ve doğru kararlar alabilme yetenek ve cesareti kazanır (51, 65).

Böyle anne-babanın kurduğu aile içinde yetişen çocukların gereksinimleri doğal olarak karşılanmaktadır. Çocuklar bu güven ve sevgi ortamı içinde kendi benliklerini keşfedebilme cesaretini göstermektedirler. Bu tür ailelerde çocuklar arasındaki bireysel farklar oldukça yüksektir. Kardeşler arası farklar, anne-babanın bireyleri olduğu gibi kabul edebilme özgürlüğünün sonucudur. Bu ailelerde

çocuklar anne-babalarını kendi gereksinimlerini gidermek aracı olarak kullanmamaktadırlar (51, 66).

Anne-babanın hoşgörüsünün normal bir düzeyde gerçekleşmesi, çocuğun kendine güvenen, yaratıcı, toplumsal bir birey olmasına yardım eder. Böyle bir tutumda evde kabul edilen ve edilmeyen davranışların sınırları bellidir. Bu sınırlar içinde çocuk özgürdür. Söz hakkı vardır. Duygu ve görüşlerine saygı duyulur. Sevgi ve teşvik görür. Yetişkinler tarafından dinlenir. Böyle bir ortamda çocuk, girişim yeteneğine sahip olur. Özgüvenini kazanır ve kendi kendine karar verip sorumluluk taşımamasını öğrenir (51, 67).

2.3.7. Aşırı Hoşgörülü Anne-Baba Tutumu

Çocuk merkezli bu tür ailelerde çocuğun yaptığı herşey hoş görülür ve çocuk aşırı özgür bırakılır. Çocukta ben-merkezci (egosantrik) bir kişilik yapılanmasına yol açar. Yani çocuğu bencil yapar. O, daima diğerlerinin dikkatini çekmek ve kendisine hizmet edilmesini ister. Böyle çocuklar, ev içinde ve dışında çok zayıf bir sosyal uyum gösterirler (51, 68).

Anne babanın aşırı hoşgörü ve şımartıcı tutumu çocuğu yardımlaşma, paylaşma, fedakârlık gibi sosyal davranışlar geliştirmesini engelleyerek, çocuğun bencil bir kişi durumuna gelmesine neden olur.

Böylece çocuk başkaları tarafından istenmeyen bir kişi durumuna gelir. Çocuk arkadaşları tarafından gruba alınmaz ya da grubun dışına itilir (51, 69).

2.3.8. Reddedici Anne-Baba Tutumu

Anne baba için bir çocuğa sahip olmak mutluluk verici bir olaydır. Fakat bazı durumlarda, çocuğun evlilik dışı bir ilişkinin sonucunda meydana gelmesi, çocuğun sonuçlandırılmak üzere olan bir evliliği kurtarmak amacı ile dünyaya getirilmesi ve istenilen sonucun elde edilememesi, istenilmeyen bir zamanda dünyaya gelmesi, aile çevresinden sevilmeyen bir kişiye benzemesi, cinsiyetinin beklenenin dışında olması, engelli olması, evliliğin sona erdirilmesinin düşünülüyor olması ve anne babaların kendi ailelerinde itici bir tutum ile yetiştirilmiş olmaları, onların da çocuklarına karşı itici bir tutum geliştirmelerine neden olabilir (51, 69).

2.3.9. Dengesiz Anne-Baba Tutumu

Bu disiplin anlayışı aşırı hoşgörölü tutum ile sert cezalandırma arasında gidip gelmektedir. Anne babaları bu tutarsızlığı çocuğa yansıtabilir. Çocuk da aynı şekilde nerede ne zaman ne yapacağını bilemeyebilir. Bu kez çocuk “*ne zaman ne yaparsam cezadan kurtulabilirim*” sorusuna kafa yormaya başlar. Anne babanın birbirine uymayan eğitim anlayışı çocukta çatışmalara neden olabilmektedir (51, 70). Anne ve babanın “*dengesiz ve kararsız*” tutumu, çocuğun eğitim ve gelişimini olumsuz açıdan etkiler. Buradaki dengesizlik ve tutarsızlık, anne baba arasındaki görüş ayrılığında olabildiği gibi, anne veya babanın gösterdikleri değişken davranış biçiminde de görülebilir (51, 67).

Anne babanın çocuğa karşı tutarlı bir disiplin uygulamaları, çocuğun kabul edilebilecek ve kabul edilemeyecek davranışların neler olduğunu anlamasına yardımcı olur. Anne babanın çocuğa karşı değişken bir tutum içinde olmamaları ve aynı görüşleri paylaşıyor olmaları, çocuğun toplumun kurallarına, norm ve

standartlarına uygun davranışlar kazanmalarını sağlar. Bu da çocuğun içinde yaşadığı sosyal çevreye uyumunu kolaylaştırır (51, 63).

2.4. Anne-Çocuk İletişimi

Dünyaya geldiği andan başlayarak bebek için en önemli kişi annesidir. Bebek yaşamını sürdürebilmek için uzun yıllar bir başkasının varlığına gereksinim duyar. Dünyaya geldiği andan başlayarak, annenin bebekle ilgilenme biçimi, bedeninin sıcaklığı, ses tonu, kucaklama biçimi, kısaca anne ile bebek arasında kurulan beden temasını da içeren iletişim biçimi, bebeğin fiziksel gelişimi kadar önemlidir. Annenin bebeğine karşı gösterdiği en önemli davranış “*sevgi göstermek*”, onunla konuşmak ve onun algı dünyasını zenginleştirecek biçimde davranmaktır. Çünkü bebek doğduğu andan başlayarak, çevresiyle iletişim kurmaya ve edindiği algıları değerlendirmeye başlar. Bu değerlendirmeler ile yeni algıları bütünleştirerek kişilik kazanmaya kendi olmaya çabalar (51, 71).

Bebeğin karşılanması gereken çeşitli fizyolojik ihtiyaçları vardır. Yiyecek ve sıcaklık gibi ihtiyaçlarının sağlanması sırasında bebek bir “*insan figürü*” olarak anneye bağlanmakta ve onunla ilgilenmektedir. Bebeklerde meme emme ve memeye egemen olma gibi içsel bir güdü vardır. Annenin bu güdüyü doyuran kişi olduğunu bebek öğrenmektedir. Bundan dolayı da bebek için anne çok önemlidir. Bebek için dokunma ve sarılma, yiyecek kadar yaşamsal bir önem taşımaktadır. Anne bebeğin bu gereksinimlerini karşılayan kişidir. Bebek bu nedenle anneye çok bağlıdır (51, 72).

Temel güven duygusunun oluşumunda annenin dengeli ve kararlı tutumu büyük önem taşır. Bunun temelleri ise, bebeklik döneminde beslenme, uyku ve temizlik ihtiyaçlarının belirli bir düzen içinde karşılanmasıyla atılır.

Çocukta sosyal ilişkilerin gelişmesinde anne çocuk diyalogunun önemli bir rolü vardır. Anne ile çocuk arasında kurulan sağlıklı iletişim, çocuğun sağlıklı bir kişilik geliştirmesini sağlar ve başkaları ile olumlu ilişkiler kurması için temel oluşturur (51, 63).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmıştır. (*Proje No: KA15/168*)

Bu araştırmaya, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Odyoloji Ses ve Konuşma Bozuklukları Ünitesi ve KBB polikliniğine konuşma gecikmesi şikayeti ile başvuran ve yapılan konuşma ve dil değerlendirmesi sonucunda konuşma gecikmesi eğitsel tanısını (Yapılan değerlendirme sonucu alıcı dili normal ifade edici dili geri olan) almış toplam 105 çocuk ve annesi ile normal konuşmaya sahip 105 çocuk ve annesi dahil edilmiştir.

Çocukların konuşma ve dil değerlendirmeleri “Okul Öncesi Dil Ölçeği-5 (Preschool Language Scale, Fourth Edition; PLS-5)” ile yapılmıştır. Çalışmada test maddeleri, Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Uzmanı, Eğitim Odyolojisi Uzmanı, Türk dil bilimci ve İngiliz dil bilimci tarafından Türkçe'nin dil ve kullanım özellikleri açısından incelenerek hazırlanmıştır. PLS-5, dil gecikmesi (geriliği) veya bozukluğu olan çocukları tespit etmek amacıyla bireysel olarak uygulanan bir test olup, 0-7 yaş 11 ay arası çocukların işitsel algı ve ifade edici dil becerilerindeki performanslarını değerlendirmek için kullanılmaktadır. Tüm dünyada yaygın olarak kullanılan Okul Öncesi Dil Ölçeği-5 (Preschool Language Scale-5), Zimmerman, Steiner ve Pond tarafından 2011 yılında hazırlanan ve kullanıma sunulan bir dil değerlendirme testidir. Test, Şahlı, A.S ve Belgin, E. tarafından 2013 yılında, Türkiye'ye getirilmiş, testin Türkçe çevirisi, Türk çocuklarına adaptasyonu ve normalizasyonu Pearson Türkiye işbirliği ile yapılmıştır (73, 85).

Tüm çocukların KBB muayeneleri ve işitme değerlendirmeleri yapılmış olup, (-10) ile (+15) dB (desibel) arasında işitme seviyesine sahip çocuklar normal olarak kabul edilerek, çalışmaya dahil edilmiştir. Anamnezde; zeka geriliği, işitme kaybı, travma öyküsü olanlar, çocukluk çağı geçirilen hastalık sonucu problemi olanlar, nörolojik hastalık gibi ek problemlili çocuklar çalışmaya alınmamıştır.

Verilerin toplanmasında, Demografik Bilgi Formu, PARI ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır.

1. Demografik Bilgi Formu;

Bu form sadece annenin demografik özelliklerini sorgulamakla kalmayan (yaş, meslek, öğrenim durumu, çocuk sayısı, ekonomik durumu vb.) aynı zamanda çocuğa ait bilgileri (yaş, kaçınıcı çocuk vb.), dil ve konuşma ile birlikte çeşitli gelişim düzeylerini irdeleyen sorulardan oluşmaktadır (EK 1)

3.2. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ) (Parental Attitude Research Instrument, PARI)

1958 yılında Schoefer ve Bell tarafından ABD’de geliştirilen ölçek, Güney le Compte, Ayhan le Compte ve Serap Özer tarafından 1978 yılında Türkçe’ye uyarlanmıştır. Alt ölçekler: Anne-babaların çocuklarıyla olan ilişkilerini ve onlara karşı tutumlarını değerlendirmek amacıyla Schaefer ve Bell tarafından 1958 yılında ABD’de geliştirilmiştir. Yirmi üç alt ölçekten oluşan tümü 115 maddelik ölçek, Güney Le Compte, Ayhan Le Compte ve Serap özer tarafından 1978 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanmasında önce Türkçeye çevrilmiş madde anlaşılabilirliği saptanmıştır. Türkçe’ye çevrildiğinde anlam kaybına

neden olabilecek itemler ölçekten çıkarılarak toplam madde sayısı 60 olarak saptanmıştır. Ebeveynler üzerinde denenen ölçeğin anlaşılmayan kısımları anlaşılır maddeler haline getirilmiştir. Ölçek, 60 madde ve aşırı annelik/aşırı koruyuculuk, ev kadınlığı rolünü reddetme, demokratik tutum/eşitlik tanıma, evlilik çatışması/uyuşmazlığı ve sıkı disiplin olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır (26, 27) (EK 2). Alt ölçekler:

1. Aşırı kontrolcü annelik (16 madde);

Bu bölümde 16 soru (1, 3, 4, 7, 11, 12, 14, 26, 27, 28, 32, 34, 36, 46, 51, 57) vardır. Burada aşırı kontrol, müdahalecilik, çocuktan çalışkan ve bağımlı olmasını isteme, annenin fedakârlığı ve çocuğun bunu anlaması gerekliliğine inanma yer almaktadır.

2. Demokratik tutum ve eşitlik tanıma (9 madde);

Dokuz soru yer almaktadır (2, 13, 18, 22, 29, 37, 44, 45, 59). Çocuğa eşit haklar tanıma, fikirlerini açıkça belirtmesini destekleme, onunla arkadaşlık etme ve birçok şeyi paylaşma konuları bulunmaktadır.

3. Ev kadınlığı rolünü reddetme (13 madde);

Onüç soru (6, 9, 16, 17, 21, 23, 31, 38, 41, 42, 49, 52, 55) bulunur. Çocuklarla uzun süre kalmaktan hoşlanmamak, sinirlilik, yeni doğan bebeğin bakımından korkmak gibi konular yer almaktadır.

4. Karı-koca geçimsizliği (6 madde);

Altı soru (8, 19, 33, 40, 48, 54) den oluşmaktadır. Bu bölüm karı koca arasındaki anlaşmazlığın çocuk yetiştirmedeki rolü, kocanın düşüncesizliği, anneye yardımcı

olmayışı gibi konuları içermektedir.

5. Artık boyut ya da sıkı disiplin (16 madde);

Onaltı soru (5, 10, 15, 20, 24, 25, 30, 35, 39, 43, 47, 50, 53, 56, 58, 60) yer almaktadır. Sıkı disipline inanma, çocuğu zorlama, anne babasının kesin hâkimiyetine inanma gibi konuları içermektedir (74).

Her maddenin yanıtlanması için kullanılacak puanlama;

- Hiç uygun bulmuyorum (1 puan),
- Biraz uygun buluyorum (2 puan),
- Oldukça uygun buluyorum (3 puan),
- Çok uygun buluyorum (4 puan), şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir.

Ancak 2, 29 ve 44 maddelere verilen yanıtlar tersine puanlanır. Her boyutun temsil ettiği alttest için ayrı puan elde edilir. Puanların yorumlanması, her alt test toplam puanın yüksekliği, o boyutta yansıtılan tutumun onaylandığını gösterir (74-76).

3.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

BAÖ, dört adet kendini değerlendirme maddesinin yer aldığı Likert tipinde 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puan ile değerlendirilen bir ölçektir. BAÖ'den alınan puanlara göre hastaların anksiyete düzeyleri; 0-17 puan düşük, 18-24 puan orta, 25 ve + puan yüksek derecede anksiyete şeklinde sınıflandırılmıştır. Bu ölçek

puanlarının yüksek olması anksiyetenin şiddetini gösterir (40) (EK 3).

Anksiyeteyi depresyondan ayırt edebilecek bir ölçeğe duyulan ihtiyaçtan dolayı Beck ve ark. tarafından 1988'de Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) geliştirilmiştir. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçer. Öznel anksiyete ve bedensel belirtileri sorgulayan bir ölçektir. BAÖ dört adet kendini değerlendirme maddesinin yer aldığı 21 maddeden oluşan, 0-3 arası likert tipi puanlanan; hastanın kendisinin doldurduğu bir ölçektir. Puan aralığı 0-63 'tür. Ölçekte alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir. 0-8 puan anksiyetenin olmadığını, 8-15 puan hafif düzeyde, 16-25 puan orta düzeyde, 26-63 şiddetli düzeyde anksiyete düzeyi olarak tanımlanır. Türkiye için geçerlilik-güvenirlilik çalışmaları; Ulusoy M, Şahin N ve Erkmen H tarafından yapılmıştır (49).

Çalışmamızda istatistiksel analiz için SPSS 17.0 program yazılımı kullanılmıştır. Ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler için tanımlayıcı istatistik kullanılmıştır. Sınıflandırılmış verilerin analizi için Ki-kare testleri kullanılmıştır. İki grup ortalamalarının karşılaştırılması için Student-t testi, ikiden fazla grup ortalamalarının karşılaştırılması için One way ANOVA testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu çalışmada, konuşma gecikmesi olan 105 çocuğun anneleri ile normal dil gelişimi olan 105 çocuğun annelerinin çocuk yetiştirme tutumları ve anksiyete düzeyleri açısından karşılaştırılmış ve çocuklardaki konuşma gecikmesi nedenlerini sosyodemografik özellikler açısından incelenerek, sağlam çocukların anneleri ile kontrollü bir karşılaştırma yapılmıştır. Her iki grupta yer alan annelerin ve çocuklarının demografik özellikleri Tablo 3.1’de özetlenmiştir.

Araştırmamızda konuşma gecikmesi olan 75 erkek (%71.4), 30 kız (%28.6) olmak üzere toplam 105 çocuğun annesi hasta grubunu oluşturmuştur. Dil ve konuşma gelişimi normal olan 50 erkek (%47.6), 55 kız (%52.4) çocuk olmak üzere toplam 105 sağlam çocuğun annesi ise kontrol grubunu oluşturdu. Gruplar arasındaki cinsiyet farklılığı ki-kare testi ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p= 0.001$) ($p< 0.01$).

Hasta grubundaki çocukların yaşları 36 ile 72 ay arasında değişmekte olup ortalama yaş; 55.18 ± 17.29 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki çocukların yaşları ise 36 ile 63 ay arasında değişmekte olup, ortalaması; 45.42 ± 8.51 olarak bulunmuştur.

Hasta gruptaki çocukların doğum sıralamasını incelediğimizde 22’sinin birinci çocuk (%21), 83’ünün ise ikinci çocuk (%79) olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki çocukların doğum sıralaması ise 38’si (%36.5) birinci çocuk, 50’si (%48.1) ikinci çocuk, 6’sı (%5.8) üçüncü çocuk, 10’nu (%9.6) ise dördüncü ve üstü olduğu tespit edilmiştir. İki grup arasında çocukların doğum sıralaması bakımından ki-kare testi ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p= 0.000$) ($p< 0.001$).

Hasta gruptaki annelerin 43'ü ilkokul (%41.0), 32'si lise (%30.5) ve 30'u üniversite ve üzeri eğitim (%28.6) görmüştür. Kontrol gruptaki annelerin ise 56'sı (%53.3) ilkokul, 37'si lise (%35.52) ve 12'si (%11.4) ise üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Hasta ve kontrol grubu arasında annelerin eğitim durumları açısından ki-kare testi ile istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p= 0.008$) ($p< 0.01$).

Hasta grubundaki annelerin 83'ü ev hanımı (%79) iken, 22'si (%21.0) çalışmaktadır. Kontrol grubundaki annelerin ise 88'i ev hanımı (%83.8) iken, 17'si (%16.2) çalışmaktadır. İki grup arasında annelerin çalışma durumları açısından ki-kare testi ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p= 0.478$) ($p> 0.05$).

Hasta grubunda yer alan ailelerden 78'inin aylık geliri asgari ücret (%38.4), 83'ü asgari ücret üç katı (%40.9) ve 42'ü asgari ücret 4 katı ve üstündedir (%20.7) Kontrol grubu ailelerin ise 40'nin aylık geliri asgari ücret (%38.1), 10'nu aylık asgari ücret iki katı (%9.5), 43'ü asgari ücret üç katı (%41.0) ve 12'si asgari ücret dört katı ve üstündedir. (%11.4) İki grup arasında ailelerin aylık gelir düzeyleri arasındaki fark ki-kare testi ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p= 0.000$) ($p< 0.001$).

Hasta grubundaki ailelerin 105'ünün çekirdek aile (%100) olduğu, kontrol grubundaki ailelerin ise 68'inin çekirdek aile (%64.8), 32'sinin geniş aile (%30.4), 3'ünün ise tek ebeveynli (%2.8) aileye sahip olduğu görülmüştür. İki grup arasında aile tipi açısından ki-kare testi ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p= 0.000$) ($p< 0.001$).

Tablo 3.1. Hasta ve Kontrol grubunda yer alan Annelerin ve çocukların demografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Grup I (Hasta)		Grup II (Kontrol)		p	
	n	%	n	%		
Çocuğun Cinsiyeti						
Erkek	75	71.4	50	47.6	0.001	
Kız	30	28.6	55	52.4		
Annenin Eğitim Durumu						
İlkokul	43	41.0	56	53.3	0.008	
Lise	32	30.5	37	35.2		
Üniversite	30	28.6	12	11.4		
Annenin Çalışma Durumu						
Ev hanımı	83	79	88	83.8	0.478	
Çalışıyor	22	21	17	16.2		
Ailenin Gelir Durumu						
Asgari ücret	78	38.4	40	38.1	0.000	
Asgari ücretin iki katı	-	-	10	9.5		
Asgari ücretin üç katı	83	40.9	43	41.0		
Asgari ücretin dört katı ve üstü	42	20.7	12	11.4		
Aile Tipi						
Çekirdek aile	105	100	68	65	0.000	
Geniş aile	-	-	32	31		
Tek ebeveynli aile	-	-	5	4		
Çocuğun Doğum Sırası						
Birinci çocuk	22	21	38	36.5	0.000	
İkinci çocuk	83	79	50	48.1		
Üçüncü çocuk	-	-	6	5.8		
Dördüncü çocuk ve sonrası	-	-	10	9.6		

Grup I: Hasta grubu; Grup II: Kontrol grubu

n: Birey sayısı; %: Yüzde

Konuşma gecikmesi olan çocuğa sahip hasta grubundaki 105 annenin “*Beck Ansiyete Ölçeği*”ne verdikleri cevaplaragöre; 46’sında (%43.8) anksiyete saptanmamış, 45’inde (%42.9) hafif düzeyde anksiyete, 7’sinde (%6.7) orta düzeyde anksiyete ve 7’sinde (%6.7) ise şiddetli düzeyde anksiyete saptanmıştır.

Normal konuşma gelişimine sahip olan çocukların annelerinin (N= 105) “*Beck Ansiyete Ölçeği*”ne verdikleri cevaplara göre; 57 annede (%54.3) anksiyete saptanmamış, 32 annede (%30.5) hafif düzeyde anksiyete, 16 annede ise (%15.2) orta düzeyde anksiyete saptanmıştır.

Konuşma gecikmesi olan çocuğa sahip anneler ile normal konuşma gelişimi olan çocuğa sahip annelerin “*Beck Ansiyete Ölçeği*”ne verdikleri cevaplar bakımından her iki grup istatistiksel olarak karşılaştırıldığında; iki grup arasında ki-kare testi ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p < 0.01$) (Tablo 3. 2).

Tablo 3.2. Hasta ve Kontrol grubunda yer alan Annelerin Beck Anksiyete Ölçeği'nden aldıkları puanlara göre anksiyete düzeylerinin dağılımı

	Grup I		Grup II	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Önemsiz	46	43.8	57	54.3
Hafif	45	42.9	32	30.5
Orta	7	6.7	16	15.2
Şiddetli	7	6.7	-	-

Grup I: Konuşma gecikmesi olan çocukların anneleri (n= 105)

Grup II: Konuşması normal çocukların anneleri (n= 105)

n: Birey sayısı

%: Yüzdesi

Konuşma gecikmeli çocuğa sahip anneler ile normal konuşma gelişimine sahip çocukların annelerinin “*Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu*” ölçeğinin alt boyutlarına verdikleri cevaplar bakımından istatistiksel olarak karşılaştırılma sonuçları incelendiğinde; (Tablo 3. 4).

“*Aşırı Koruyucu Annelik*” boyutuna verilen cevaplar bakımından; hasta grubundaki annelerin puan ortalaması; 42.4 ± 4.69 'dur. Kontrol grubundaki annelerin puan ortalaması ise 40.8 ± 3.82 'dir. İki grup arasında student t testi ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p < 0.01$). Konuşma gecikmesi olan çocuğa sahip annelerin ortalaması, normal konuşmaya sahip çocukların annelerinin ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Konuşma gecikmesi olan çocuğa sahip annelerin daha koruyucu annelik tutumuna sahip olduğu görülmüştür.

“*Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma*” boyutuna verilen cevaplar bakımından; hasta grubundaki annelerin puan ortalaması 24.0 ± 5.26 , kontrol grubundaki annelerin puan ortalaması ise 22.9 ± 5.86 'dır. İki grubun ortalamaları arasında student t testi ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

“*Ev Kadınlığını Reddetme*” boyutuna verilen cevaplar bakımından; hasta grubundaki annelerin puan ortalaması 30.88 ± 9.35 , kontrol grubundaki annelerin puan ortalaması ise 29.94 ± 9.39 'dur. İki grubun ortalamaları bakımından student t testi ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

“*Karı-Koca Geçimsizliği*” boyutuna verilen cevaplar bakımından; hasta grubundaki annelerin puan ortalaması; 16.19 ± 3.45 , kontrol grubundaki annelerin puan ortalaması ise 15.50 ± 3.90 olarak bulunmuştur. İki grubun ortalamaları arasındaki farklılık student t testi ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

“*Baskı ve Disiplin*” boyutuna verilen cevaplar bakımından; hasta grubundaki annelerin puan ortalaması 43.30 ± 4.99 iken, kontrol grubundaki annelerin puan ortalaması 42.05 ± 4.85 'dir. Benzer şekilde iki grubun ortalamaları arasındaki farklılık student t testi ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 3. 4. Hasta ve kontrol grubunda yer alan annelerin PARI ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlara göre dağılımı

	Grup I	Grup II	p
	<i>Ortalama ± SS</i>	<i>Ortalama ± SS</i>	
Aşırı koruyuculuk	42.4±4.69	40.8±3.82	0.008
Demokratik / Eşitlik	24.0±5.26	22.9±5.86	0.179
Sıkı disiplin	43.30±4.99	42.05±4.85	0.068
Karı-koca geçimsizliği	16.19±3.45	15.50±3.90	0.179
Ev kadınlığı rolünü red etme	30.88±9.35	29.94±9.39	0.467

Grup I: Konuşma gecikmesi olan çocuğa sahip anneler (n= 105)

Grup II: Normal konuşma gelişimine sahip çocuğu olan anneler (n= 105)

SS: Standart Sapma

TARTIŞMA

Gregl ve ark.'nın (77) 2014 yılında yayınladıkları 97 spesifik dil bozukluğu (Specific Language Impairment, SLI) olan ve 60 sağlıklı çocuk üzerinde yaptıkları çalışmada hasta grubunun %76.30'unun erkek, %23.70'nin kız, kontrol grubunun ise %43.30'nun erkek, %56.70'inin kız olduğu ve spesifik dil bozukluğu olan hastalar arasında erkeklerde kızlara oranla daha fazla olduğu bildirilmiştir.

Horwitz ve ark.'nın (78) 2003 yılında 1189 konuşma gecikmesi olan çocuk üzerinde yaptıkları çalışmada çocukların %51'inin erkek, %49'nun kız olduğu bildirilmiştir.

Chapman-Stanton ve ark.nın (79) 2002 yılında, 6-7 yaş grubunda belirli bir dil bozukluğu olan 5862 hasta ve 201.830 kontrol grubundan oluşan popülasyon tabanlı bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada; hasta grubunun %61.1'ini erkek, %38.9'unu kız iken, kontrol grubunun ise %49.2'sinin erkek, %50.8'inin kız olduğu görülmüş ve spesifik dil bozukluğunun erkeklerde kızlara oranla daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.

Sylvestre ve ark.'nın (80) 2010 yılında yayınladıkları 68 ihmal edimiş çocuk ve annesi üzerinde yaptıkları çalışmada, 68 çocuktan 44'ünün normal konuşmaya sahip olduğu, 24'ünde ise konuşma gecikmesi olduğu bildirilmiştir. Konuşma gecikmesi olan çocukların %62.5'i, normal konuşmaya sahip grubun ise %50'si erkek olan çalışmada istatitksel olarak bir farklılık bulunamamıştır.

Zubrick ve ark.'nın (81) 2007 yılında yayınladıkları normal konuşma gelişimine sahip 1528 çocuk ve 238 konuşma gecikmesi olan toplam 1766 çocuk üzerinde yaptıkları çalışmada, normal konuşan çocukların %47.6'sının, konuşma gecikmesi olan çocukların %70.8'inin erkek olduğu ve istatistiksel olarak bu farklılığın anlamlı olduğu bildirilmiştir.

Çalışmamızda, konuşma gecikmesi olan çocukların, 75'i (%71.4) erkek, 30'u kız (%28.6) iken, normal konuşma gelişimine sahip olan çocukların 50'si erkek (%47.6), 55'i kızdır (%52.4). Gruplar arasındaki cinsiyet farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p= 0.001$). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak konuşma gecikmesi olan çocukların erkeklerde kızlara göre daha fazla görüldüğünü tespit edilmiştir.

Benzer bir çalışmada; hasta grubunun %66.9 birinci veya ikinci doğum sıralamasında, %27.2'si üçüncü veya dördüncü doğum sıralamasında ve %5.9'u dördüncü veya daha sonraki doğum sıralamasında olduğu ve kontrol grubunun ise %74.0 birinci veya ikinci doğum sıralamasında, %22.2'si üçüncü veya dördüncü doğum sıralamasında ve %3.8'u dördüncü veya daha sonraki doğum sıralamasında olduğu bildirilmiştir (79).

Benzer bir çalışmada hasta grubundaki çocuklardan %14.40'ı birinci doğum sıralamasında, %58.8'i ikinci doğum sıralamasında ve %5.9'unun üçüncü veya daha sonraki doğum sıralamasında olduğu ve kontrol grubundaki çocuklardan %31.70'i birinci doğum sıralamasında, %58.30'u ikinci doğum sıralamasında ve %8.30'unun üçüncü veya daha sonraki doğum sıralamasında olduğu bildirilmiştir (77).

Çalışmamızda ise, konuşma gecikmesi olan çocukların doğum sıralamasında 22'si birinci çocuk (%21), 83'ü ikinci çocuk (%79) olduğu tespit edilmiştir.

Kontrol grubundaki çocukların doğum sıralamasında 38'si birinci çocuk (%36.5), 50'si ikinci çocuk (%48.1), 6'sı üçüncü çocuk (%5.8), 10'nu dört ve daha fazla (%9.6) sırada gözlenmiştir. İki grup arasında çocukların doğum sıralaması bakımından istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0.000). Konuşma gecikmesi olan çocukların özellikle ilk iki çocuk olduğu literatürle uyumlu olarak görülmüştür.

Benzer bir çalışmada; hasta grubundaki annelerin %38.3'ü oniki yıldan daha az, %40.8'i oniki yıl ve %21'inin oniki yıldan daha fazla eğitim süresine sahip olduğu ve kontrol grubundaki sağlıklı çocukların annelerin %27.2'ü oniki yıldan daha az, %41.8'i oniki yıl ve %31'inin oniki yıldan daha fazla eğitim süresine sahip olduğu bildirilmiştir (79).

Benzer bir çalışmada çocuktan sorumlu ebeveynlerin %8.9'unun yüksek okuldan daha az, %19.6'sının yüksekokul seviyesinde ve %38.3'ünün kolej veya daha yüksek bir eğitim seviyesinde olduğu bildirilmiştir (78).

Çırpar ve ark'nın (82) 2010 yılında olan 18 çocuk annesi ve 29 sağlıklı çocuğa sahip çocuğun annesi üzerinde yaptıkları çalışmada, konuşma gecikmesine sahip çocuğu olan annelerin %36.88'unun ilkokul, %5.26'sının lise seviyesinde ve %21.05'inin yüksekokul veya üniversite düzeyinde eğitim seviyesinde, sağlıklı çocuğa sahip annelerin eğitim durumlarına bakıldığında %51.72'sinin ilkokul, %3.44'ünün lise seviyesinde ve %10.34'ünün yüksekokul veya üniversite düzeyinde eğitim seviyesinde olduğu bildirilmiştir.

Benzer bir çalışmada hasta grubundaki çocukların annelerinin %21.65'inin yüksek eğitim seviyesinde, kontrol grubundaki çocukların annelerinin ise %41.67'sinin yüksek eğitim seviyesinde olduğu bildirilmiştir (77).

Benzer bir çalışmada, annelerin eğitim durumları incelenmiştir. Normal konuşmaya sahip annelerin %23.9'u 12 yıldan daha az eğitim düzeyine, %19.3'ü 12 yıl eğitim düzeyine, %13.3'ü iş sertifikasına, %13.4'ü okul sonrası çalışan ve %30.1 okul sonrası tamamlanan yeterliliğe sahipken, konuşma gecikmesine sahip annelerin %29.6'u 12 yıldan daha az eğitim düzeyine, %18.5'ü 12 yıl eğitim düzeyine, %12.4'ü iş sertifikasına, %15.9'ü okul sonrası çalışan ve %23.6 okul sonrası tamamlanan yeterliliğe sahip olduğu bildirilmiş. İki grup arasında annelerin eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmemiştir (81).

Çalışmamızda ise, konuşma gecikmesi olan çocukların annelerin 43'ü (%41.0) ilkokul, 32'si (%30.5) lise ve 30'u (%28.6) üniversite ve üzeri eğitim görmüşlerdir. Kontrol gruptaki annelerin ise 56'sı (%53.3) ilkokul, 37'si (%35.52) lise ve 12'si (%11.4) üniversite ve üzeri eğitim görmüş oldukları tespit edilmiştir. Gruplar arasında annelerin eğitim durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p= 0.008$). Çalışmamızda konuşma gecikmesine sahip annelerin eğitim düzeyinin daha yüksek seviyede olduğunu tespit edilmiştir.

Benzer bir çalışmada, 68 çocuktan 44'ünün normal konuşmaya sahipken 24'ünde konuşma gecikmesi bildirilmiştir. Normal konuşmaya sahip çocukların annelerinin %86.4'ünün çalışmadığı, konuşma gecikmesi olan çocukların annelerinin ise %45.5'inin çalışmadığı tespit edilmiştir (80).

Benzer bir çalışmada çocuğun ailesinin yoksulluk durumuna bakılmış ve %64.5'inin yoksul olmadığı, %17'sinin orta seviyesinde ve %19.5'inin yoksul durumda olduğu bildirilmiştir (78).

Çalışmamızda ise, konuşma gecikmesi çocuğu olan ailelerden 78'ü (%38.4)

aylık asgari ücret, 83'ü (%40.9) asgari ücretin üç katı ve 42 (%20.7) asgari ücretin 4 katı ve üstünde gelire sahip olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ailelerin 40'ü (%38.1) aylık asgari ücret, 10'nu (%9.5) aylık askari ücretin iki katı, 43'ü (%41.0) askari ücretin üç katı ve 12 (%11.4) askari ücretin dört katı ve üstünde gelire sahip olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasında ailelerin aylık gelir düzeyleri arasındaki istatistikî olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0.000$). Konuşma gecikmesi olan çocuğa sahip ailelerin gelir düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tokol (1996) okul öncesi eğitim kurumlarına devam eden ve etmeyen 3-6 yaş çocuklarının anne baba tutumlarıyla, gelişim özelliklerini karşılaştırdığı araştırmasında 138 çocuğa (okulöncesi eğitim alan 69, okulöncesi eğitimi almayan 69) ve ailelerine Ankara Gelişim Envanteri (AGTE) ve PARI uygulamıştır. Okul öncesi eğitim alan ve almayan grubun anne-babalarının aşırı koruyuculuğa, geçimsizliğe ve baskıya yönelik tutumları birbirinden anlamlı derecede farklı bulunmuştur. Bu farklılık okul öncesi eğitim almayan grubun lehine olduğu tespit edilmiştir. Farklı genel gelişim düzeylerine sahip çocukların ana babalarının aşırı koruyucu, demokratik davranma, ev kadınlığını red, geçimsizlik ve baskı-disipline yönelik ana-baba tutumları birbirinden anlamlı düzeyde farklı olmadığı tespit edilmiştir (83).

Şahlı'nın (84) 2011 yılında yayınladığı 20 işitme kayıplı çocuk ve babaları üzerinde yaptıkları çalışmada, babaların PARI alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, işitme kayıplı çocuğu olan babaların aşırı koruyucu alt boyut puanları (42.76 ± 5.59), olmayanlardan (40.16 ± 6.55) istatistikî olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0.01$). Bu sonucun, işitme kayıplı çocuğu olan babaların çocuklarına karşı daha koruyucu bir tutum sergilediklerinin bir göstergesi olduğunu vurgulamıştır. Bununla birlikte, işitme kayıplı çocuğu olan babalar, olmayanlara göre, demokratik/eşitlik ve sıkı disiplin alt boyutlarından daha düşük puan almışlardır ve bu durum istatistikî olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Bu da, işitme kayıplı çocuğu olan babaların,

olmayanlara göre, çocuklarına karşı tutumlarında daha az demokratik oldukları ve daha az disiplin uyguladıklarının bir göstergesi olarak vurgulanmıştır.

Çalışmamızda ise, konuşma gecikmeli olan çocuğa sahip anneler ile normal konuşma gelişimi olan çocuğa sahip anneler “*Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu*” ölçeğinin alt boyutlarına verdikleri cevaplar bakımından istatistiksel olarak karşılaştırıldığında;

Aşırı Koruyucu Annelik boyutuna verilen cevaplar bakımından konuşma gecikmesi olan çocuğa sahip annelerin ortalaması, normal konuşma gelişimine sahip çocuğu olan annelerin ortalamasından daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiki olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.01$). Konuşma gecikmesi olan çocuğa sahip annelerin daha koruyucu annelik tutumuna sahip olduğunu tespit edilmiştir.

Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma, Ev Kadınlığını Reddetme, Karı-Koca Geçimsizliği, Baskı ve Disiplin boyutuna verilen cevaplar bakımından konuşma gecikmesi olan çocuğa sahip annelerin ortalaması ile normal konuşma gelişimine sahip çocuğu olan annelerin ortalaması arasındaki farklılığın istatistiki olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Ailenin sergilediği tutum çocuğun tüm gelişim alanları üzerinde olumlu ya da olumsuz etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda ise, konuşma gecikmesi olan çocuğa sahip annelerin daha koruyucu tutum ve davranışlara sahip olduğunu tespit edilmiştir. Bu tutuma sahip anneler çocuklarının kendilerinden farklı bir birey olduğunu ve bağımsızlıklarını kazanmaları gerektiğini anlayamamaktadır (51, 63). Bu anne babalar çocuklarına her zaman yaşından küçük bir çocuk gibi davranmaktadırlar. Kendi kendine yemek yiyebilecek duruma gelen çocuğu beslerler, giyinebilen çocuğu giydirirler (51,

61). Bu yüzden bütün ihtiyaçlarını kendileri yapabileceklerken daha konuşmadan anne ve babaları tarafından istekleri karşılanıldığı için muhtemelen bu çocukların konuşmaya da ihtiyaç duymadıkları düşünülmektedir.

Benzer bir çalışmada, Depresyon Anksiyete Stres Skalası (DASS) kullanılmış ve normal konuşanların annelerinin %94.5'i normal, %1.9 hafif ve %3.7 orta-şiddetli düzeyde anksiyete tespit edilmiştir. Konuşma gecikmesi olan çocukların annelerinin anksiyete düzeyine bakıldığında, %93.3'ünün normal, %2.1'i hafif ve %4.6'sı orta-şiddetli düzeyde anksiyete tespit edilmiştir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (81).

Benzer bir çalışmada konuşma gecikmesi olan 18 çocuk annesi ve 29 sağlıklı çocuğa sahip çocuğun annesi çalışmaya alınmıştır. Anksiyete düzeyleri STAI ile değerlendirilmiştir. Hasta grubun annelerinin STAI-S (44 ± 13.5) ve STAI-C (45.2 ± 9.4) skorları, kontrol grubun annelerinin STAI-S (36.9 ± 9.9) ve STAI-C (41.0 ± 5.3) skorları elde edilmiştir. Konuşma gecikmesi olan çocukların annelerinin STAI-S ortalaması ile sağlıklı çocuğa sahip çocukların annelerinin STAI-S ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p= 0.046$) (82).

Benzer bir çalışmada çocuktan sorumlu ebeveynlerin Beck Anksiyete skoru 16 puan ve üzerinde alanların yüzdesinin %5.1'i olduğu bildirilmiştir.

Çalışmamızda, konuşma gecikmesi çocuğu olan 105 annenin "*Beck Anksiyete Ölçeği*"ne göre 46'sında (%43.8) anksiyete saptanmazken, 45'inde (%42.9) hafif düzeyde anksiyete, 7'sinde (%6.7) orta düzeyde anksiyete ve 7'sinde (%6.7) ise şiddetli düzeyde anksiyete gözlenmiştir. Çocukları normal konuşmaya sahip 105 annenin "*Beck Anksiyete Ölçeği*"ne göre 57'sinde (%54.3) anksiyete saptanmazken, 32'sinde (%30.5) hafif düzeyde anksiyete, 16'sinde (%15.2) orta

düzyeyde anksiyete tespit edilmiştir. Konuşma gecikmeli çocuğa sahip anneler ile konuşması normal çocuğa sahip anneleri “*Beck Ansiyete Ölçeği*”ne verdikleri cevaplar bakımından istatistiksel olarak karşılaştırıldığında; iki grup arasında anlamlı fark gözlenmiştir ($p < 0.01$). Ayrıca çalışmamızda konuşma gecikmesi çocuğu olan annelerin daha fazla anksiyete şiddeti seviyesine sahip olduğu tespit edilmiştir. Çocuklarında konuşma gecikmesi olması bir yandan annelerin anksiyete düzeyini olumsuz etkilerken diğer taraftan bir annenin anksiyete düzeyinin yüksek olması çocuklarının konuşma gelişimini olumsuz yönde etkileyebilir. Bir çocuktaki konuşma gecikmesinin annedeki anksiyete bozukluğun nedeni ve/veya sonucu olabileceği düşünülmektedir.

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Çalışmamızda, çocuklarda konuşma gecikmesine neden olabilecek çocuğa ve anneye ait bazı faktörler araştırmıştır. Konuşma gecikmesi olan çocuklar ve anneleri ile sağlıklı çocuklar ve annelerinden elde edilen veriler istatistiksel olarak karşılaştırarak prospektif kontrollü bir çalışma yapmıştır.

Çalışmamızda;

- Konuşma gecikmesinin literatürle uyumlu olarak erkek çocuklarda daha fazla görüldüğünü,
- Konuşma gecikmesinin literatürle uyumlu olarak birinci ve ikinci doğum sıralamasında olan çocuklarda daha fazla görüldüğünü,
- Konuşma gecikmesi olan çocuklarının annelerinin ev hanımı-çalışma durumlarının sağlıklı çocukların anneleri ile karşılaştırıldığında bir fark olmadığı yani konuşma gecikmesine annelerin çalışma durumunun etkili olmadığı,
- Konuşma gecikmesi olan çocuklarının annelerinin eğitim durumlarını, sağlıklı çocukların annelerinin eğitim durumları ile karşılaştırıldığında iki grup arasında fark olduğunu ve konuşma gecikmesi olan çocukların annelerinin eğitim durumlarının daha yüksek seviyede olduğunu tespit edilmiştir. Ancak iki grup arasında eğitim düzeyi arasında anlamlı farklılık olsada annelerin ev-hanımı çalışma durumu arasında bir fark olmaması, bize eğitim seviyesi yüksek olan annelerin çocuklarındaki konuşma gecikmesini daha fazla önemsediklerini ve bu soruna çözüm bulabilmek için daha çok uzmana başvurduklarını düşünmekteyiz.

- Konuşma gecikmesi olan çocuklarının annelerinin “*Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu*” ölçeğinin alt boyutlarına verdikleri cevaplar bakımından sağlıklı çocukların annelerinin verdikleri cevapların puan ortalamaları ile istatistiksel olarak karşılaştırıldığında; çalışmamızda konuşma gecikmesi olan çocuğa sahip annelerin daha koruyucu tutum ve davranışlara sahip olduğunu tespit ettik. Bu tutum ve davranışlara sahip annelerin çocuklarının konuşmalarına bile gerek kalmadan ihtiyaçlarını karşıladıkları için böyle davranan annelerin çocuklarında konuşmanın gecikmiş olabileceği düşünmekteyiz.
- Konuşma gecikmesi olan çocuklarının annelerinin Beck Anksiyete puanlarının, sağlıklı çocukların annelerinin Beck Anksiyete puanları ile karşılaştırıldığında iki grup arasında fark olduğu ve konuşma gecikmesi olan çocukların annelerinin daha yüksek anksiyete şiddet seviyelerine sahip olduğu gözlenmiştir. Çocuklarının konuşamamasına bağlı olarak bu problemin bir sonucu olabileceği gibi, annelerinin anksiyete düzeylerinin yüksek olması çocuklarında konuşma gecikmesinin nedeni olabileceğini düşünmekte ve ülkemizde konuşma gecikmesiyle ilgili daha fazla sayıda bizim aile ve toplum yapımızla ilişkisini araştırarak çalışma yapılması gerektiğini düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Wake M, Tobin S, Girolametto L, Ukoumunne OC, Gold L, Levickis P, Sheehan J, Goldfeld S, Reilly S. Outcomes of population based language promotion for slow to talk toddlers at ages 2 and 3 years: Let's Learn Language cluster randomised controlled trial. *BMJ* 18;343:d4741, 2011.
2. McLaughlin MR. Speech and language delay in children. *Am Fam Physician* 83(10):1183-8, 2011.
3. Nelson HD, Nygren P, Walker M, Panoscha R, Rockville MD. Screening for Speech and Language Delay in Preschool Children: Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews Agency for Healthcare Research and Quality US, 2006.
4. Rudolph M, Rosanowski F, Eysholdt U, Kummer P. Anxiety and depression in mothers of speech impaired children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 67(12):1337-41, 2003.
5. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish version of Beck Anxiety inventory: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Cjuaterly* 12(2): 163-172, 1998.

6. Sarı E. Anasınıfına devam eden 5-6 yaş grubu çocukların, annelerinin çocuk yetiştirme tutumlarının, çocuğun sosyal uyum ve becerilerine etkisinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi. Üniversitesi Anabilim Dalı, Ankara, 2011.
7. Ceyhan E. Çocuk Gelişimi ve Psikolojisi, Açıköğretim Okul Öncesi Öğretmenliği Lisans Programı, Yayın No: 698, Anadolu Üniversitesi Yayınları 59, 60-210, 2000.
8. Dağlı O. Delayed speech in normal child. Yüksek lisans tezi, Üniversitesi Anabilim Dalı, Ankara, 1995.
9. Kayıran SM, Şahin SA, Cure S. Pediatri perspektifinden çocuklarda konuşma ve dil gecikmesine yaklaşım. Marmara Medical Journal 25:1-4, 2012.
10. Paul R, (editor). Language disorders from infancy through adolescence: assessment and intervention, 2, New York, Mosby Elsevier, 2006.
11. American Speech-Language-Hearing Association. How does your child hear and talk? Erişim: (<http://www.asha.org/public/speech/development/chart.htm>) Erişim tarihi: 01/06/2015.
12. Green M, Palfrey JS, (editors). Bright Futures: Guidelines for Health

Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 2nd ed., National Center for Education in Maternal and Child Health, 2002.

- 13.** Coplan J. Evaluation of the child with delayed speech and language. *Pediatr Ann* 14:203-8, 1985.
- 14.** Boyle J. Speech and language delays in preschool children. *BMJ* 343: 5181, 2011.
- 15.** Huttenlocher J, Haight W, Bryk A, Seltzer M, Lyons T. Early vocabulary growth: Relation to language input and gender. *Dev Psychol* 27:236–48, 1991.
- 16.** Feldman HM, Dale PS, Campbell TF, Colborn DK, Kurs-Lasky M, Rockette HE. Concurrent and predictive validity of parent reports of child language at ages 2 and 3 years. *Child Dev* 76:856-68, 2005.
- 17.** Zubrick SR, Taylor CL, Rice ML, Slegers DW. Late language emergence at 24 months: An epidemiological study of prevalence, predictors and covariates. *J Speech, Lang Hear Res* 50: 1562-92, 2007.
- 18.** Vandewater EA, Rideout VJ, Wartella EA, Huang X, Lee JH, Shim MS. Digital childhood: electronic media and technology use among infants,

toddlers, and preschoolers. Pediatrics 119:e1006-15, 2007.

- 19.** Northwest Center Child Development Program. Red flags for language development. Erişim:
(http://www.nwcenterkids.org/images/redflags_language.pdf) Erişim tarihi:
01/06/2015.
- 20.** Schum RL. Language screening in the pediatric office setting. Pediatr Clin North Am 54:425-36,2007.
- 21.** Catts HW, Fey ME, Tomblin JB, Zhang X. A longitudinal investigation of reading outcomes in children with language impairments. J Speech Lang Hear Res 45:1142-57, 2002.
- 22.** Tanrıdağ O. Speech and language disturbances in neurology practice. Türk Nörol Derg 15:155-60, 2009.
- 23.** Silva PA, Williams S, McGee R. A longitudinal study of children with developmental language delay at age three: later intelligence, reading and behaviour problems. Dev Med Child Neurol 29:630-40, 1987.
- 23.** Scarborough HS, Dobrich W. Development of children with early language delay. J Speech Hear Res 33:70-83, 1990.

- 25.** Weiner PS. A language delayed child at adolescence. *J Speech Hear Disord* 39:202-12, 1974.
- 26.** Rice ML, Taylor CL, Zubrick SR. Language outcomes of 7-year-old children with or without a history of late language emergence at 24 months. *J Speech Lang Hear Res* 51: 394-407, 2008.
- 27.** Rescorla L. Language and reading outcomes to age 9 in late-talking toddlers. *J Speech Lang Hear Res* 45: 360-71, 2002.
- 28.** McRae KM, Vickar E. Simple developmental speech delay: a follow-up study. *Dev Med Child Neurol* 33:868-74, 1991.
- 29.** Robertson S, Weismer S. Effects of treatment on linguistic and social skills in toddlers with delayed language development. *J Speech Lang Hear Res* 42:1234–48, 1999.
- 30.** Rescorla L, Alley A. Validation of the language development survey (LDS): a parent report tool for identifying language delay in toddlers. *J Speech Lang Hear Res* 44:434-45, 2001.
- 31.** Guralnick MJ, (editor). *The developmental systems approach to early intervention*. Baltimore, Brookes, 2005.

- 32.** Pepper J, Weitzman E, (editors). *It Takes Two to Talk: A practical guide for parents of children with language delays.* Toronto, The Hanen Centre, 2004.
- 33.** Parr J. Autism. *Clin Evid* 1(322):1-19, 2010.
- 34.** McRae KM, Vickar E. Simple developmental speech delay: a follow-up study. *Dev Med Child Neurol* 33(10):868-874, 1991.
- 35.** Pennington L, Goldbart J, Marshall J. Speech and language therapy to improve the communication skills of children with cerebral palsy. *Cochrane Database Syst Rev* 3:CD003466, 2003.
- 36.** American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV.* 4th ed, Washington, DC, APA,1994.
- 37.** Keen DV, Fonseca S, Wintgens A. Selective mutism: a consensus based care pathway of good practice. *Arch Dis Child* 93(10):838-844, 2008.
- 38.** Manassis K. Silent suffering: understanding and treating children with selective mutism. *Expert Rev Neurother* 9(2):235-243, 2009.
- 39.** Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan and Saddock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* Çeviri Editörleri: Aydın H,Bozkurt A. Sekizinci baskı, Güneş

Kitabevleri, İstanbul, 1559-1800.

40. Acil asistanların nöbet öncesi ve nöbet sonrası anksiyete düzeyinin beck anksiyete skoru ile saptanması. Uzmanlık tezi. 2013.

41. Esel E. Genellenmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 13(2):78-87, 2003.

42. K Hsu, V Marshall. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. Am J Psychiatry 144:1561-1566, 1987.

43. Gabbard GO. Anxiety Disorders: Psychodynamic Aspects. In: Sadock VA eds. Comprehensive textbook of psychiatry. 7 th ed. PA; Lippincott Williams and Wilkins: 1464-1476, 2000.

44. Sürmeli A. Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış. In: Güleç C, Köroğlu E, editors; Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği: 449-526, 1997.

45. Alkın T, Onur E. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış, Köroğlu E, Güleç C, Şenol S, editors, Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın: 296-303, 2007.

46. Schneiner FR, Johson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weisman MM. Social

fobia: comorbidity and morbidity in a epidemiological sample. Archives of General Psychiatry 49:282-288, 1992.

47. Davitson JRT, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. Psychological Medicine 23:709-718, 1993.

48. Dilbaz N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Tanı Epidemiyoloji, Etyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı. Klinik Psikiyatri 3-21, 2000.

49. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish version of Beck Anxiety inventory: Psychometric properties. Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Cjuaterly 12(2): 163-172, 1998.

50. Küçüköçük Ş. Anne ve Babanın Kitabı, Çocuk Sağlığı Rehberi, Ankara, Pelin Ofset: 329-335, 2006.

51. Sarı E. Anasınınına devam eden 5-6 yaş grubu çocukların, annelerinin çocuk yetiştirme tutumlarının, çocuğun sosyal uyum ve becerilerine etkisinin incelenmesi. Yüksek lisanstezi. Üniversitesi Anabilim Dalı, Ankara, 2011.

52. Yavuzer H. Çocuk Psikolojisi, İstanbul, Remzi Kitabevi,129, 1999.

53. Güngör A. Gelişim ve ğrenme; Toplumsal ve Duygusal Gelişim. Ankara, Anı Yayıncılık, 95, 2002.

54. CeyhanE. Çocuk Gelişimi ve Psikolojisi, Açıköğretim Okul ncesi ğretmenliği Lisans Programı, Yayın No:698, Anadolu Üniversitesi Yayınları 59, 60-210, 2000.

55. Arı M, Bayhan P, Artanİ. Farklı Ana Baba Tutumlarının 4-11 Yaş Grubu Çocuklarında Görülen Problem Durumlarına Etkisinin Araştırılması. Ya-Pa Okul ncesi Eğitimi ve Yaygınlaştırılması Semineri. İstanbul:Ya-Pa Yayınları, 24.1997.

56. Whirter J, AcarNV. Ergen ve Çocukla İletişim. Öğretme, Destekleme ve Çocuk Yetiştirme Sanatı. Ankara, US-A Yayıncılık. 68-69, 2000.

57. Sipahioğlu ř. Ana Baba Tutumları ile Genlerdeki Duygusal ve Davranışsal Bozukluklar arasındaki İlişki. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.: Ankara Üniversitesi, Ankara, 2002.

58. Bacanlı H. Gelişim ve ğrenme. Ankara, Nobel Yayınları, 70, 74, 97, 116, 2005.

59. Bayhan P, Artanİ. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi, İstanbul, Morpa, 110-113-114-

202-205-240-252, 2004.

60. Bilal G. “Demokratik” ve “Otoriter” Olarak Algılanan Anne-baba Tutumlarının Uyum Düzeylerine Etkisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1984.

61. YörükoğluA. Gençlik Çağı. 7. Baskı, İstanbul, Özgür Yayınları, 144-145-149, 1990.

62. Bayraktar R. Okul ve Aile Dergisi, 1.Baskı, Plaka Matbaa,Ankara:42-43, 1998.

63. Arı R, Çağdaş A, Seçer Z. Çocuk ve Ergende Sosyal ve Ahlak Gelişimi Ankara: Nobel Yayınları: 3-5-29-30-33-45-46-59-62-66-107, 2002.

64. Navaro L. Aşırı Koruyuculuğun Çocuk Eğitimine Etkileri. 6. Ya-pa Okul Öncesi Eğitimi ve Yaygınlaştırması Semineri, Ya-pa Yayınları, İstanbul 123, 1989.

65. Çetinkaya B. Ruhsal Açından Sağlıklı Aile, Sağlıklı Çocuk, Ankara, Pegem A Yayıncılık: 79, 2004.

66. Cüceloğlu D. İçimizdeki Çocuk. 2.baskı, İstanbul, Remzi Kitabevi: 61, 1992

- 67.** Yavuzer H. Ana Baba ve Çocuk, İstanbul: Remzi Kitabevi, On Altıncı Basım, 15-17,31, 33-34, 2003.
- 68.** Aydoğmuş K. ve ark. Ana-Baba Okulu. İstanbul, Remzi Kitabevi, 127, 2001.
- 69.** Çağdaş, Aysel Z, Seçer Ş. Çocuk ve Ergende Sosyal ve Ahlak Gelişimi. Ankara: Nobel Yayınevi: 60-65, 2002.
- 70.** Montessori M. Çocuk Eğitimi, Montessori Metodu, 3.Basım Çev Yücel G. İstanbul, Acar Matbaa, Özgür Yayın: 233, 1992.
- 71.** Baykan S. Gazi Üniversitesi Anaokulu/Anasınıfı Öğretmeni El Kitabı 2001-2002 Ders Yılı, İstanbul: Ya-Pa Yayınları, 323, 2001.
- 72.** EkşiA. Çocuk Genç ve Anne-babalar, Ankara: Bilgi Yayınevi 15-23-24, 1990.
- 73.** Zimmerman IL, Steiner, VG, Pond RE. Preschool Language Scales, Fifth Edition (PLS-5). San Antonio: TX Pearson, 2011.
- 74.** Dinçer D. Anaokuluna Devam Eden Beş Yaş Grubu Çocukların Anne-Baba

Tutumlarının Yaratıcı Düşünme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1993.

75. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği-PARI (Parental Attitude Research Instrument-PARI) Gülden Uyanık Balat Elif Yılmaz E Journal of New World Sciences Academi.

76. Öner N. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları: 538-541, 1993.

77. Gregl A, Kirigin M, Ligutić RS, Bilać S. Emotional competence of mothers and psychopathology in preschool children with specific language impairment (SLI). *Psychiatr Danub* 26(3):261-70, 2014.

78. Horwitz SM, Irwin JR, Briggs-Gowan MJ, Bosson Heenan JM, Mendoza J, Carter AS. Language delay in a community cohort of young children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(8):932-40, 2003.

79. Stanton-Chapman TL, Chapman DA, Bainbridge NL, Scott KG. Identification of early risk factors for language impairment. *Res Dev Disabil* 23(6):390-405, 2002.

80. Sylvestre A, Mérette C. Language delay in severely neglected children: a

cumulative or specific effect of risk factors? Child Abuse Negl 34(6):414-28, 2010.

81. Zubrick SR1, Taylor CL, Rice ML, Slegers DW. Late language emergence at 24 months: an epidemiological study of prevalence, predictors, and covariates. J Speech Lang Hear Res 50(6):1562-92, 2007.

82. Cirpar OC, Muluk NB, Yalçınkaya F, Arıkan OK, Oğuztürk O, Aslan F. State-Trait Anxiety Inventory (STAI) assessment of mothers with language delayed children. Clin Invest Med 33(1):E30-5, 2010.

83. Tokol O. Okulöncesi Eğitim Kurumlarına Devam eden ve Etmeyen 3-6 Yaş Çocuklarının, Gelişim Özellikleri ve Anne-Baba Tutumlarının Karşılaştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1996

84. Sahli S. Investigating child raising attitudes of fathers having or not having a child with hearing loss. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 75(5):681-5, 2011.

85. Belgin, E., Şahlı, A.S. Temel Odyoloji, 39. Bölüm, Şahlı, A.S. İşitme Kayıplı Çocuklarda Eğitsel Değerlendirme, sayfa 535-555, Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, 2015.

86. Şahlı, A.S., Belgin, E. Okul Öncesi Dil Ölçeği-5 (Preschool Language Scale-5/PLS-5) Uygulayıcı El Kitabı, (Zimmerman, I.L.,Steiner,V.G.,Pond) Amerika Birleşik Devletleri, Pearson, 1-102, 2010.

EKLER

EK 1

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Formu dolduran kişi : 1.Anne 2.Baba
2. Çocuğunuzun yaşı ve/veya doğum tarihi (gün-ay-yıl):
3. Çocuğunuzun cinsiyeti:
4. Annenin yaşı:
5. Babanın yaşı:
6. Annenin eğitim düzeyi:
7. Babanın eğitim düzeyi:
8. Annenin mesleği:
9. Babanın mesleği:
10. Sosyal güvenceniz:
11. Ailenin aylık ortalama geliri nedir?
 - 1) Asgari ücret
 - 2) Asgari ücret altı
 - 3) Asgari ücretin 2 katı
 - 4) Askeri ücretin 3 katı ve üstü

12. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- 1) Düşük
- 2) Orta
- 3) İyi
- 4) Çok iyi

13. Kaç çocuğunuz var?

14. Aile tipi:

- 1) Çekirdek aile
- 2) Geniş aile
- 3) Tek ebeveynli aileler (anne/baba ayrı)

15. Çocuğunuzun doğum sırası

- 1) 1. çocuk
- 2) 2. çocuk
- 3) 3. çocuk
- 4) Diğer

16. Çocuğunuzun bakımından sorumlu olan kişi kim? (anne, büyükanne,bakıcı)

17. Çocuğa ait bilgiler:

- Çocuğunuzun konuşma gecikmesinden ilk kaç yaşında şüphelendiniz?
- Konuşma gecikmesi teşhisi kaç yaşında koyuldu?
- Şimdiye kadar konuşma eğitimi aldı mı?
- Konuşma eğitimini kaç yaşında almaya başladı?

- Eğitime düzenli devam ediyor musunuz?
 - o Evet
 - o Hayır
 - o Bazen
 - o Nadiren
- Çocuğunuz anaokulu veya kreşe gitti mi/ gidiyor mu?
 - o Evet
 - o Hayır
 - o Düzensiz gitti/gidiyor
- Şu an herhangi bir ilköğretim okuluna gidiyor mu? Kaçınıcı sınıf?
- Çocuğunuzun konuşma gecikmesinden başka bir sağlık problemi var mı? Varsa yazınız.
- Ailenizde konuşma gecikmesi veya başka bir rahatsızlığı olan bir birey var mı? Varsa kim? Şikayeti nedir?
- Çocuğunuzun konuşma ve dil dışında, diğer gelişimleri(başını tutma, emekleme, yürüme) normal zamanında oldu mu?

Başını tutma.....ay
Yürüme.....ay/yaş
Tuvalet eğitimi.....ay/yaş
- Çocuğunuzun size göre davranış veya iletişim problemleri var mı? Varsa nelerdir?
- Çocuğunuz TV izler mi? Gün içerisinde TV izlediği toplam süreyi yazınız.
- Çocuğunuz bilgisayar kullanır mı? Gün içerisinde bilgisayar kullandığı toplam süreyi yazınız.
- Çocuğunuzun konuşması aile içindeki bireyler tarafından anlaşılır mı?

Evet Hayır Bazen Nadiren

• Çocuğunuzun konuşması yabancı bireyler tarafından anlaşılır mı?

Evet Hayır Bazen Nadiren

EK 2

AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ

Aşağıda verilen ifadeleri okuyup, şu şekilde değerlendiriniz:

4	3	2	1
Çok Uygun	Oldukça Uygun	Biraz Uygun	Hiç Uygun
Buluyorum	Buluyorum	Buluyorum	Bulmuyorum

Görüşünüzü bu sayılardan birini daire içine alarak bildiriniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış yoktur, sadece kendi görüşünüzü işaretlemeniz gerekiyor. Araştırma için, bütün sorunların cevaplandırılması çok önemli bir noktadır. Onun için, bazı ifadeler birbirine benzer dahi olsa, gene de cevaplandırmanızı rica ederiz.

1. Çocuk, yorucu veya zor işlerden korunmalıdır.
2. Anne ve babalar çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.
3. Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur.
4. Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.
5. Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse, o kadar iyi terbiye edilebilir.
6. Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir.
7. Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken çok şey vardır. Zamanını boşa geçirmesi affedilemez.
8. Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler.
9. Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de, anne ya da babanın istediğini

yapabilmesi için yeterince özgür olmamasıdır.

- 10.** Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.
- 11.** Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.
- 12.** Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir insan olacaktır.
- 13.** Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha iyi, daha ahenkli olur.
- 14.** Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.
- 15.** Anne-babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler.
- 16.** Bütün genç anneler, bebek bakımında beceriksiz olduklarından korkarlar.
- 17.** Hangi anne olursa olsun eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa sonunda çocuklar sinirine dokunur.
- 18.** Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır.
- 19.** Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babalarının daha anlayışlı olmalarını isterlerdi.
- 20.** Bir çocuğa, ne olursa olsun, dövüşmekten açınması gerektiği öğretilmelidir.
- 21.** Çocuklar bencil olduklarında, hep bir şeyler istediklerinde, annenin tepesinin atması çok normaldir.
- 22.** Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorsa, bunu anne-babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.
- 23.** Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.

24. Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teŖekkür eder.
25. Küçük bir çocuk, cinsiyet konusundan sakınmalıdır.
26. Bir annenin, çocuğunun hayatı hakkında her Ŗeyi bilmesi hakkıdır. Çocuğu onun önemli parçasıdır.
27. Uyanık bir anne-baba, çocuğun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.
28. Çocuklar, anne-babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.
29. Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verirlerse büsbütün Ŗikayetçi olurlar.
30. Sıkı terbiye, sağlam ve iyi karakter geliŖtirir.
31. Genç bir kadın, henüz geöken yapmak istediğini pek çok Ŗey olduğu için, anne oluca kendisini tutuklanmış duygusuna kaptırır.
32. Anneler, çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.
33. Babalar, daha az bencil olsalar, kendilerine düşen görevi yaparlardı.
34. İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.
35. Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.
36. Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.
37. Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne-babaya uymalarını istemek doğru değildir.
38. Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.
39. Bir çocuğa baŖı derde girdiğinde, döğüşmek yerine büyüklere baŖvurması öğretilmelidir.
40. Anne-baba arasındaki bazı konular küçük bir tartışma ile çözümlenemez.
41. Ev bakımında ve idaresinde en kötü Ŗeylerden biri de, kiŖinin kendini evinde tutuklanmış gibi hissetmesidir.

42. Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.
43. Oğlan ve kız çocukları soyunurken birbirini görmemelidir.
44. Çocukların sorunlarına eğilirseniz sizi oyalamak için çeşitli masallar uydururlar.
45. Eğer anne-babalar çocukları ile şakalaşp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha istekli olurlar.
46. Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.
47. Bir çocuk eninde sonunda anne-babasından daha akıllı olmayacağını öğrenirler.
48. Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştiremiyorsa belki de bu, babanın kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.
49. Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz.
50. Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörülle karşılanamaz.
51. Anne-babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmeleri gerektiğini öğretmelidirler.
52. Akıllı bir kadın, yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.
53. Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması gerekir.
54. Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir.
55. Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek, bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusu verir.
56. Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder.
57. Anne-babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecekleri

bütün güç işlerden sakınmalıdırlar.

58. Çocuklar, aslında, sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.

59. Çocuklarının arkadaşlıkları ve sosyal hayatlarıyla yakından ilgilenen anne-babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.

60. Anne ve babaya sadakat her şeyden önce gelir.

EK 3

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

