



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



ANNE-ÇOCUK İLİŞKİ KALİTESİ VE DİL GELİŞİM
GERİLİĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ANALİZİNDE
TEKNOFERANSIN ARACI ROLÜ

Dr. Müge ÇAKIROĞLU

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Sadettin Burak AÇIKEL

ANKARA

2024

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ANNE-ÇOCUK İLİŞKİ KALİTESİ VE DİL GELİŞİM
GERİLİĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ANALİZİNDE
TEKNOFERANSIN ARACI ROLÜ

Dr. Müge ÇAKIROĞLU

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Sadettin Burak AÇIKEL

ANKARA

2024

Ankara Üniversitesi
Tıp Fakóltesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Anne Çocuk İlişki Kalitesi ve Dil Gelişim Geriliğı Arasındaki İlişkinin Analizinde Teknoferansın Aracı Rolü” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değarlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurulu tarafından, 05.04.2023 tarihinde, İ03-160-23 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Müge ÇAKIROĞLU

Tarih: 11.03.2024

İmza:

ÖZGÜNLÜK RAPORU

Müge Tez

ORJİNALLİK RAPORU

% **13**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **12**

İNTERNET KAYNAKLARI

% **4**

YAYINLAR

% **6**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1 acikbilim.yok.gov.tr
İnternet Kaynağı

% **3**

2 Submitted to Ankara University
Öğrenci Ödevi

% **1**

3 www.tuzdev.org
İnternet Kaynağı

% **1**

4 "Poster Özetleri / Poster Abstracts", Turkish
Journal of Biochemistry, 2015
Yayın

<% **1**

5 dspace.kocaeli.edu.tr:8080
İnternet Kaynağı

<% **1**

6 dspace.ankara.edu.tr
İnternet Kaynağı

<% **1**

7 turuz.com
İnternet Kaynağı

<% **1**

8 www.turkishstudies.net
İnternet Kaynağı

<% **1**

9 Submitted to Beykent Universitesi
Öğrenci Ödevi

<% **1**

KABUL ONAY SAYFASI

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı: Müge ÇAKIROĞLU	Sınav tarihi: 20 / 03 / 2024
Anabilim/Bilim Dalı: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
Tez Danışmanı: Doç. Dr. Sadettin Burak AÇIKEL	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: “Anne-Çocuk İlişki Kalitesi ve Dil Gelişim Geriliği Arasındaki İlişkinin Analizinde Teknoferansın Aracı Rolü”	
Tezin Niteliği:	☒ Ana Dal Uzmanlık Tezi ☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3

III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin “Tıpta Uzmanlık Tezi” olarak	
☒ Kabulüne	
☐ Reddine	
☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	
☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu	ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR	
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız.	

Jüri Başkanı
Prof. Dr. Didem Behice ÖZTOP
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Doç. Dr. Esra YÜRÜMEZ
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Doç. Dr. Sadettin Burak AÇIKEL
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

ÖNSÖZ

Tez sürecimde akademik birikimi ve koşulsuz desteğinden yararlandığım, ayrıca klinik uygulamalarda kanıta dayalı yaklaşımından ilham aldığım tez danışmanım *Doç. Dr. S. Burak AÇIKEL*'e; zorlu vakalara yaklaşımda hiç çekinmeden kapısını çalabildiğim ve hastalara yaklaşımda hümanist bakış açısını örnek aldığım hocam *Prof. Dr. Didem Behice Öztıp'a*; asistanlık eğitimim süresince başta Bebek Ruh Sağlığı olmak üzere her alanda bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım hocalarım *Doç. Dr. Esra Yürümez* ve *Doç. Dr. Merve Çıkkılı Uytun'a*; kısa süre de olsa bilgi ve tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum için kendimi şanslı hissettiğim *Prof. Dr. Özlem Özcan'a*; asistanlığımın en tecrübesiz dönemlerinde klinik ve teorik bilgisiyle gelişimimde büyük emeği olan hocam *Doç. Dr. Özhan Yalçın'a*; etik ve akademik yaklaşımını örnek aldığım ayrıca tez konumu seçerken bana ilham vermiş olan hocam *Prof. Dr. Birim Günay Kılıç'a*; katkı ve desteklerini her zaman yakından hissettiğim *Öğr. Gör. Dr. Duygu Temeltürk* ve *Öğr. Gör. Dr. Duygu Uygun'a*; erişkin psikiyatri rotasyonum sırasında çekinmeden kapısını çalabildiğim *Dr. Öğr. Üyesi Rifat Serav İlhan*, *Doç. Dr. Burçin Çolak* ve tüm hocalarıma; Çocuk Nöroloji rotasyonum esnasında bilgilerini cömertçe paylaşan kıymetli hocalarıma; gerek klinik gerek akademik anlamda beraber çalışmaktan keyif aldığım, zor zamanlarımda destekçim olan ve varlıklarıyla bana güç veren *Dr. Esra Akman Ayıdağa*, *Dr. Beyza Nur Baysar Kanoğlu*, *Dr. Esra Nur Şen* ve *Sosyal Hizmet Uzmanı Nurhan Gökkoyun'a*; tezimin yazım sürecinde vermiş olduğu kıymetli destekler için *Dr. Hümeysra Hilal Öztürk'e*; başta eş kıdemlerim *Dr. Elifnur Yıldırım* ve *Dr. Banu Kaymak* olmak üzere beraber hekimlik yapmaktan keyif aldığım, kendilerinden çok şey öğrendiğim asistan arkadaşlarıma; tezimde dil testlerinin yapılmasına verdiği katkılar için *Psk. Seda Nigar'a*; beraber çalışmaktan keyif aldığım ve eğitim sürecime katkı sunan psikologlarımız ve hemşirelerimize, yüksek enerjileriyle bize destek olan idari personelimize; acılarını, sevinçlerini ve korkularını çekinmeden paylaşan, beni hekim yapan ana unsur olan hastalarıma; koşulsuz sevgi ve destekleriyle hep yanımda olan dostlarım *Betül Akpınar* ve *Dr. Nihal Cankurtaran'a*; beni kendi evlatlarından ayırmayan, sevgi, şefkat ve güvenleriyle daima bana güç veren ikinci ebeveynlerim *Ali* ve *Aysel Çakıroğlu'na*; sevgi ve samimiyetleriyle beni her daim destekleyen *İlknur* ve *Öznur ablalarım ile Fatih abime*; çocuklu bir tıp öğrencisiyken mezun olabilmemde büyük emeği olan teyzem *İnci Mocan'a*; doğru yönlendirmesi ve teşvikiyle bugün bir hekim olmamda büyük rolü olan ablam *Evrin Çataloğlu'na*; bana okuma ve düşüncelerimi ifade etme cesaretini veren, mizahın ve sohbetin keyfini yaşayarak öğreten, sevmeyi ve sevgi göstermeyi kendisinden öğrendiğim, uzmanlık eğitimim esnasında kaybettiğim sevgili babam *Cengiz Çataloğlu'na*; başarıları ve çalışkanlığına hayran olduğum, zorluklar karşısında gösterdiği büyük dirayet, iyimserlik ve özverisini örnek aldığım, sevgi, şefkat ve disipliniyle tam da kendisi gibi bir anne olmaya çalıştığım, evladımın yetişmesindeki büyük rolüne minnettar olduğum canım annem, en büyük destekçim *Ecz. Mine Mocan'a*; tıp fakültesine adım attığım ilk günden beri yanımda olan, eğitim ve uzmanlık sürecimde akla gelmeyecek büyüklükte zorlukları benimle birlikte göğüsleyen, bu süreçte iyimserliğini hiç kaybetmeden her zaman bana olan güvenini hissettiren, arkadaşlık, entelektüel zevk ve koşulsuz sevgiyi kendisiyle tattığım, eşim, can yoldaşım *Dr. Mustafa Çakıroğlu'na*; dil ve genel gelişim süreciyle beni büyüleyerek uzmanlık alanım ve tez konumu seçmeme vesile olan, bugünlere gelebilmem için tıp fakültesi ve uzmanlık eğitimim süresince -henüz hiç bir şeyin farkında değilken- büyük fedakarlıklar yapan, Rabb'immin bana en büyük hediyesi, kızım, *Edibe Bahar'ıma*,

Sevgi ve minnettarlıkla, canıgönülden teşekkür ederim...

Dr. Müge ÇAKIROĞLU

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Özgünlük Raporu	iii
Kabul Onay Sayfası	iv
Önsöz	v
İçindekiler	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	ix
Şekiller Dizini	x
Tablolar Dizini	xi

1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER	8
4.1. Dil	8
4.1.1. Dilin Bileşenleri ve İlişkili Terimler	9
4.1.2. Dil Edinim Kuramları	9
4.1.2.1. Edimsel Koşullanma (Skinner)	10
4.1.2.2. Dil Edinim Düzenegi (Chomsky)	10
4.1.2.3. Özümseme ve Uyma (Piaget)	10
4.1.2.4. Yakınsak Gelişim Alanı (Vygotsky)	10
4.1.2.5. Çocuğa Yönelik Konuşma (Bruner)	11
4.1.3. Dil ve İletişim Gelişimi	11
4.1.3.1. Alıcı dil	11
4.1.3.2. İfade Edici Dil	12
4.1.4. Dil Gelişimini Etkileyen Faktörler	13
4.1.4.1. Cinsiyet	13
4.1.4.2. Sosyal Yeterlilik ve Yürütücü İşlevler	13
4.1.4.3. Ebeveyn Ruhsal Durumu	14
4.1.4.4. Sosyoekonomik Düzey (SED)	14
4.1.4.5. Ekran Kullanımı	15
4.1.4.6. Sosyal İlişki ve Etkileşim	16
4.1.5. Dil Gelişiminin Gelecek İşlevsellik ile İlişkisi	17
4.2. Dil Gelişim Geriliği ve Tanısal Terminolojisi	18

4.2.1. Prevalans	20
4.2.2. Etyoloji	20
4.2.2.1. Genetik Faktörler	20
4.2.2.2. Çevresel Faktörler	21
4.2.2.3. Eşlik Eden Tıbbi Hastalıklar	21
4.2.3. Tanısal Özellikler ve Klinik Görünüm	22
4.2.4. Gelişim ve Prognoz	22
4.2.5. Ayırıcı Tanı	23
4.2.5.1. Dildeki Normal Varyasyonlar ve Dil Gecikmesi (Late Talkers)	23
4.2.5.2. Zihinsel Yetersizlik (ZY)	23
4.2.5.3. Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)	23
4.2.5.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)	24
4.2.5.5. Selektif Mutizm	24
4.2.5.6. Dil Gerilemesi	24
4.2.6. Komorbidite	24
4.2.7. Tedavi	24
4.3. Anne Çocuk İlişki ve Etkileşimi	25
4.3.1. Anne Çocuk Etkileşiminin Bileşenleri	26
4.3.1.1. Annenin Dil Girdisi (Maternal Language Input)	26
4.3.1.2. Anne Duyarlılığı/yanıtlayıcılığı (Maternal Responsiveness)	27
4.3.1.3. Karşılıklı Konuşma (Conversational Turns)	27
4.3.2. Anne Çocuk İlişki ve Etkileşimini Etkileyen Faktörler	27
4.4. Teknoferans	29
5. GEREÇ ve YÖNTEM	33
5.1. Örneklem Seçimi	33
5.2. Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	33
5.3. Örneklem Büyüklüğü	34
5.4. Tanı ve Değerlendirme Süreci	34
5.5. Veri Toplama Araçları	35
5.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	35
5.5.2. Stanford Binet Zeka Testi	35
5.5.3. Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE)	36
5.5.4. Türkçe İfade Edici ve Alıcı Dil (TİFALDİ) Testi	36
5.5.5. 1.5-5 yaş Okul Öncesi Çocuklar için Öğretmen/Bakım Veren Kişiler için Bilgi Formu (Child Behaviour Check List- CBCL 1.5-5 yaş)	37

5.5.6. Kısa Semptom Envanteri (KSE)	37
5.5.7. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)	37
5.5.8. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği Kısa Formu (ATBÖ-KF)	38
5.5.9. Çocuk-Anababa İlişki Ölçeği - ÇAIÖ (Child-Parent Relationship Scale - CPRS)	38
5.6. İstatistiksel Analiz	38
6. BULGULAR	40
6.1. Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması	40
6.2. Grupların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	47
6.3. Grup İçi Korelasyonlar	49
6.3.1. DB Grubunda Ölçekler Arası Korelasyonlar	49
6.3.2. Kontrol Grubunda Ölçekler Arası Korelasyonlar	52
7. TARTIŞMA	53
7.1. DB ve Sağlıklı Kontroller Arasında Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması	53
7.2. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	57
7.2.1. DB ve Kontrol Grupları Arasında Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	57
7.2.2. DB ve Kontrol Gruplarında Ölçekler Arası Korelasyonlar	58
7.3. Çalışmanın Güçlü Yönleri	60
7.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları	61
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	62
9. KAYNAKLAR	64
10. EKLER	80
Ek 1. Onam Formu	80
Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu	82
Ek 3. Kısa Semptom Envanteri	86
Ek 4. Toronto Aleksitimi Ölçeği	88
Ek 5. Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği Kısa Formu	89
Ek 6. Çocuk Anababa İlişki Ölçeği Kullanım İzni	90

SİMGELER VE KISALTMALAR

ATBÖ-KF	: Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği Kısa Formu
ÇAİÖ	: Çocuk Anababa İlişki Ölçeği
CBCL	: 1.5-5 yaş Okul Öncesi Çocuklar için Öğretmen/Bakım Veren Kişiler için Bilgi Formu (Child Behaviour Check List)
DB	: Dil Bozukluğu
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
GDB	: Gelişimsel Dil Bozukluğu
ICD	: International Classification of Diseases
KSE	: Kısa Semptom Envanteri
SED	: Sosyoekonomik düzey
TAÖ-20	: Toronto Aleksitimi Ölçeği
TİFALDİ	: Türkçe İfade Edici ve Alıcı Dil Testi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Dil Bozukluğu tanı kriterleri	19
--	----



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 6.1.	Gruplarda Çocukların Yaş Ortalamaları	40
Tablo 6.2.	Grupların Cinsiyet Dağılımları.....	40
Tablo 6.3.	DB ve Kontrol Grubundaki Çocukların Doğum Öyküleri	41
Tablo 6.4.	DB ve Kontrol Grubundaki Çocukların Doğumdaki Özellikleri	41
Tablo 6.5.	DB ve Kontrol Grubundaki Çocukların Doğum Sırası	42
Tablo 6.6.	Gruplarda Ebeveynlerin Yaş Ortalamaları	42
Tablo 6.7.	Ebeveynlerin Eğitim Düzeyleri	43
Tablo 6.8.	DB ve Kontrol Grubunda Ailenin Toplam Çocuk Sayısı	43
Tablo 6.9.	DB ve kontrol gruplarının kreşe gitme durumu	44
Tablo 6.10.	DB ve Kontrol Grubundaki Çocukların Kreşe Gitme Süreleri (Ay Olarak).....	44
Tablo 6.11.	DB ve Kontrol Grubundaki Çocukların Günlük Ekran Maruziyetleri (Mann-Whitney).....	44
Tablo 6.12.	DB ve Kontrol Grubundaki Çocukların Annelerinin Günlük Akıllı Telefon Kullanım Süreleri (Mann-Whitney)	45
Tablo 6.13.	DB ve Kontrol Grubundaki Çocukların Tablet Kullanım Sıklıkları	45
Tablo 6.14.	DB ve Kontrol Grubundaki Çocukların Akıllı Telefon Kullanım Sıklıkları	46
Tablo 6.15.	DB ve Kontrol Grubundaki Çocukların Bilgisayar Kullanım Sıklıkları.....	46
Tablo 6.16.	DB ve Kontrol Grubundaki Çocukların Bilgisayar Kullanım Sıklıkları.....	47
Tablo 6.17.	DB ve kontrol Gruplarında Çocukların TİFALDİ Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 6.18.	Gruplarda Annelerin Kısa Symptom Envanteri alt ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 6.19.	Gruplarda Annelerin Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği Kısa Formu (ATBÖ- KF) Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 6.20.	Gruplarda Annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 6.21.	Gruplarda Çocuk Anababa İlişki Ölçeği (ÇAİÖ) Puanlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 6.22.	Gruplarda 1.5-5 yaş Okul Öncesi Çocuklar için Öğretmen/Bakım Veren Kişiler için Bilgi Formu (Child Behaviour Check List - CBCL 1.5-5 yaş) alt ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 6.23.	DB Grubunda Ölçekler Arası Korelasyonlar	51

1. ÖZET

Giriş ve Amaç: Dil Bozukluğu (DB) toplumdaki yüksek yaygınlığına rağmen üzerinde nispeten az çalışılan bir alandır. Okul öncesi dönemdeki dil becerileri yaşamın ilerleyen dönemindeki akademik becerilerle güçlü şekilde ilişkilidir. Dil gelişimini sağlayan ana unsurlardan biri sağlıklı anne çocuk ilişkisi ve etkileşimidir. Anne çocuk ilişki ve etkileşim kalitesini etkileyen faktörler göz önüne alındığında ise "teknoferans" kavramı güncel bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. "Teknoferans" teknoloji kullanımına bağlı olarak insan etkileşimlerinin bölünmesini ifade eden bir terimdir. Teknoferansın ebeveynlerin çocuklarının sosyal ipuçlarının daha az farkında olmasına yol açtığı ve çocuklarına zamanında ve uygun yanıt verme becerisine zarar verdiği bilinmektedir. Etkileşimde teknoferans bağlamında yaşanan aksamalar sağlıklı dil gelişimini olumsuz etkileme potansiyeline sahiptir.

Bu nedenle çalışmamızda Dil Bozukluğu olan ve dil gelişimi normal olan çocuklar arasında anneleriyle ilişki kaliteleri açısından farklılık bulunup bulunmadığının belirlenip, fark bulunması durumunda bu farka teknoferansın aracılık edip etmediğinin anlaşılması amaçlanmıştır. Anne çocuk ilişki kalitesini bozabilecek diğer faktörler olan anne psikopatolojisine dair semptomlar ve annede aleksitimik özelliklerin varlığı da çalışmamızda değerlendirilen faktörler olacaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 1-6 yaş aralığındaki 40 katılımcı dil bozukluğu grubunu, 31 katılımcı ise kontrol grubunu oluşturmuştur. DB grubu, kliniğimize dil gelişiminde gerilik şikayetiyle başvurup DSM-5 tanı kriterlerine göre DB tanı kriterlerini karşılayıp, diğer psikopatoloji kriterlerini karşılamayan çocuklardan; kontrol grubu ise kliniğimize başvurup DSM-5 tanı kriterlerine göre herhangi bir psikopatoloji saptanmayan çocuklardan seçilmiştir. Hem DB grubu hem kontrol grubu için çocuklara Stanford-Binet Zeka testi veya Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) uygulanmış, genel gelişimleri -2 SD'nin üstünde olan çocuklar çalışmaya dahil edilmiştir. Hem DB hem de kontrol grubundan çocuklara Türkçe İfade Edici ve Alıcı Dil (TİFALDİ) Testi uygulanmış, böylece dil gelişim düzeyleri sayısal olarak dökümente edilmiştir.

Hem DB hem kontrol grubundan çocukların annelerine çocuklarıyla olan ilişkilerinin değerlendirilmesi için Çocuk Anababa İlişki Ölçeği (ÇAİÖ), annedeki ruhsal semptomların değerlendirilebilmesi için Kısa Semptom Envanteri (KSE), annenin aleksitimik özelliklerinin değerlendirilebilmesi için Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), annenin akıllı telefon kullanımının değerlendirilebilmesi için Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği (ATBÖ-KF), çocukta

bulunabilecek subklinik psikopatolojilerin alt boyutlarının değerlendirilebilmesi için ise 1.5-5 yaş Okul ncesi çocuklar için ğretmen/Bakım Veren Kişiler için Bilgi Formu (Child Behaviour Check List)(CBCL) uygulanmıştır.

Bulgular: DB ve kontrol grupları arasında anne ocuk ilişkisi yönünden anlamlı farklılık bulunmamıştır. DB grubu içinde ise anne ocuk ilişkisinin Olumlu ilişki alt leği ocuğun alıcı dil becerileriyle ilişkili bulunmuştur. Alıcı dil becerileri daha zayıf olan DB tanılı çocukların anneleriyle daha olumsuz ilişkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Gruplar arasında anne ocuk ilişkisi yönünden farklılık bulunmamasının klinik örneklem seçimi ve Dil Bozukluğu'nun biyolojik yönünün ilişkisel yönüne göre daha baskın olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla birlikte DB grubunda anne ocuk ilişkisinin çocuğun alıcı dilinden etkilenmesi, bu ikili arasındaki ilişkinin çocuğa ait özellikler ve buna yönelik annenin geliştirdiği duyarlılığın bir etkileşimiyle şekillendiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda anne ocuk ilişkisinin değerlendirilmesinde gözleme dayalı teknikler yerine öz bildirim yönteminin kullanılması değerlendirme gücünde sınırlılıklar oluşturmaktadır. Öte yandan gelecekteki alışmalarda daha yüksek katılımlı ve klinik değil toplum temelli örneklem seimi yapılmasının, dil gelişiminin üzerinde ilişkisel temelli etkileri belirlemek açısından faydalı olabileceği dşnlmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dil bozukluğu, anne ocuk ilişkisi, teknoloferans

2. ABSTRACT

Introduction and Objective: Language Disorder (LD) is a relatively understudied area despite its high prevalence in the population. Language skills in the preschool period are strongly associated with academic skills later in life. One of the main elements of language development is healthy mother-child relationship and interaction. Considering the factors affecting the quality of mother-child relationship and interaction, the concept of "technoference" emerges as a current problem. "Technoference" is a term that refers to the interruption of human interactions due to the use of technology. It is known that technoference causes parents to be less aware of their children's social cues and damages their ability to respond to their children in a timely and appropriate manner. Disruptions in interaction in the context of technoference have the potential to negatively affect healthy language development.

For this reason, our study aimed to determine whether there is a difference between children with Language Disorder and children with normal language development in terms of the quality of their relationship with their mothers, and if there is a difference, to understand whether technoference mediates this difference. Maternal psychopathology and the alexithymic features of mother, which are other factors that may impair mother-child relationship quality, will also be evaluated in our study.

Materials and Method: In our study, 40 participants aged 1-6 years constituted the language disorder group and 31 participants constituted the control group. The LD group was selected from children who presented to our clinic with the complaint of delayed language development and met the diagnostic criteria for LD according to DSM-5 diagnostic criteria but did not meet the criteria for other psychopathology; the control group was selected from children who presented to our clinic and did not have any psychopathology according to DSM-5 diagnostic criteria. For both the LD group and the control group, the Stanford-Binet Intelligence Test or the Ankara Developmental Screening Inventory (ADSI) was administered to the children, and children whose general development was above -2 SD were included in the study. The Turkish Expressive and Receptive Language (TERL) Test was administered to children from both the LD and control groups, thus quantitatively documenting their level of language development.

The mothers of the children from both the LD and control groups were administered the Child-Parent Relationship Scale (CPRS) to assess their relationship with their children, the Brief Symptom Inventory (BSI) to assess possible psychopathology of the mother, the Toronto

Alexithymia Scale (TAS-20) to assess the alexithymic characteristics of the mother, the Smartphone Addiction Scale - Short Version (SAS-SV) to assess the mother's smartphone use, and the Caregiver-Teacher Report (C-TRF) 1½-5 to assess the sub-dimensions of subclinical psychopathologies that may be present in the child.

Results: There was no significant difference between the LD and control groups in terms of mother-child relationship. In the LD group, the Closeness sub-scale of mother-child relationship was found to be related to the child's receptive language skills. It was determined that children diagnosed with LD who had weaker receptive language skills had a more negative relationship with their mothers.

Conclusion: The lack of difference between the groups in terms of mother-child relationship is thought to be due to the clinical sample selection and the fact that the biological aspect of Language Impairment is more dominant than the relational aspect. However, the fact that the mother-child relationship in the CLD group is affected by the child's receptive language emphasizes the importance of the mutual interaction of the child's characteristics and the mother's sensitivity to this situation in shaping the relationship between these two.

The use of self-report method instead of observation-based techniques in the evaluation of mother-child relationship in our study is one of the limitations of our study. On the other hand, it is thought that using a larger community sample instead of clinical sample selection in future studies may be useful in determining the effects of relational-based factors on language development.

Key Words: Language disorder, mother-child relationship, technofence

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dil, duygu, düşünce ve isteklerin kurallı bir semboller sistemi kullanılarak aktarılmasını sağlayan yapıdır [1]. Bilginin bir kaynaktan başka bir kaynağa aktarılmasını ifade eden iletişim ise sadece insanlara özgü bir beceri olmayıp hayvanlarda da mevcuttur [2]. İnsan dilini diğer canlıların iletişiminden farklı kılan nokta sınırlı sayıda ses ile sınırsız sayıda mesaj oluşturmaya olanaklı kılan büyük söylem kapasitesidir [3]. İnsan bebeklerinin dili nasıl öğrendiği üzerine çok sayıda teori geliştirilmiştir. Davranışçı, psikolinguistik, bilişsel, sosyal öğrenme ve etkileşimci kuramların [4] hiçbiri dil ediniminin her yönünü kapsamlı bir şekilde açıklayamamaktadır. Dil becerileri gelişimsel olarak alıcı ve ifade edici dil şeklinde iki kısımda incelenmektedir. Alıcı dil söylenenleri anlama, komut alma [5] ve ileriki dönemde yazılı dilin gelişimiyle ilişkili becerileri kapsar [6]. İfade edici dil ise düşünülen şeylerin işaret [7] ya da konuşmayla ifade edilmesini içerir. Agulama ile başlayan ifade edici dil yetişkin tarzda konuşmaya doğru gelişerek ilerler [5].

Dil gelişimi genetik, algısal, bilişsel ve nörolojik faktörlerden, cinsiyetten, fiziksel ve ruhsal durumdan, sosyal uyaranlardan ve anne-bebek etkileşimi gibi birçok bileşenden etkilenir [8]. Bunların bir kısmı biyolojik özellikte faktörler iken bir kısmında sosyal faktörler öne çıkmaktadır. Ailenin sosyoekonomik düzeyi [9], annenin eğitim seviyesi [10] ve ruhsal durumu [11] gibi bileşenler özellikle ebeveyn çocuk etkileşimi üzerindeki tesirleriyle dil gelişimini etkilerler [12]. Sosyal ilişki ve etkileşiminin çocuğa bilişsel uyarım sağlayarak dil gelişimini etkilediği düşünülmektedir [13].

Sağlıklı dil gelişimi çocuğun yaşamının ileriki yıllarındaki işlevselliği doğrudan etkiler. Akademik başarı bu etkilerin en bilinenidir [13], bununla birlikte sosyal [14] ve duygusal [15] gelişim, akran ilişkileri [1] gibi alanların da dil gelişiminden etkilendiği bilinmektedir.

Çalışmamızda tanısal sınıflandırmaların yanı sıra dil gelişim geriliği ifadesinin kullanılmasının ana nedeni bu durumun sosyal yönü vurgulanması gereken bir fenomen olduğuna dikkat çekmektir. Bununla birlikte söz konusu tablo için oluşturulmuş kapsamlı bir tanısal çerçeve mevcuttur. DSM-5'te Dil Bozukluğu (DB) olarak anılan [1] klinik tablo ICD 11'de Gelişimsel Dil Bozukluğu (GDB) olarak sınıflandırılmaktadır [16]. Her iki sınıflama sistemi de bu tabloyu dili anlama ve kullanmada işlevselliği bozucu bir yetersizlik durumu olarak tanımlamaktadır. Dil Bozukluğu'nun etiolojisinde genetik faktörlerin yanı sıra [17] [18] çok çeşitli çevresel faktörler mevcuttur. Bu çevresel faktörler olumsuz prenatal olaylar,

prematürite, fiziksel hastalıklar, erken dönem ekran maruziyeti ve düşük SED olarak özetlenebilir. [19] [5]

Sağlıklı dil gelişimi üzerinde en belirleyici faktörlerden biri olan anne çocuk etkileşimi [20] sadece dil alanında değil bilişsel, sosyo-duygusal gelişim ve bağlanma üzerinde de etkilidir [21]. Bağlanma bebeğin temel gereksinimlerinden biridir [22] ve anne çocuk arasındaki duygusal ulaşılabilirlik ikliminden etkilenir [23]. “Duygusal ulaşılabilirlik bir ikilinin duygusal açıdan sağlıklı bir ilişkiyi paylaşma kapasitesini ifade eder.” [24] ve hem anneye hem çocuğa ilişkin bileşenler bu ilişkiye katkı sunar. Nitelikli bir etkileşim anne çocuk ilişkisinin olumlu olmasına katkı sunar [25] [26]. Anne çocuk etkileşiminin özellikle anne duyarlılığı bileşeni [27] önemli gelişimsel sonuçlarla ilişkilidir [20]. Anne duyarlılığının anne depresyonu gibi bir psikopatoloji etkisiyle zarar görmesi durumunda [28] çocuk açısından olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Annenin aleksitimik özelliklerinin olmasının da anne çocuk ilişkisini olumsuz etkilediği bilinmektedir [29].

Günümüzde teknolojik cihazların bu derece yaygınlık kazanması bu teknolojilerin anne çocuk etkileşimi üzerindeki etkisini araştırılmaya değer hâle getirmektedir. Teknoloji kullanımı kaynaklı kişilerarası ilişkilerde ortaya çıkabilen kesintilere "teknoferans" adı verilmektedir [110] [111]. Araştırmalar teknoferansın anne çocuk etkileşimine birçok yönden olumsuz etki ettiğini göstermektedir [30].

Teknoferans her türlü teknolojik cihazın olumsuz etkisini tariflemek için kavramsallaştırılmış olsa da akıllı telefonların yaygınlığı ve etkileşimli doğaları nedeniyle ebeveyn çocuk etkileşimi için daha ciddi bir tehdit olabilecekleri düşünülmektedir [31]. Ebeveynlerin akıllı telefon kullanırken çocuklarının iletişim taleplerine daha az karşılık verdiğini [32] [33] [34], ve verilen yanıtların uygunsuz nitelikte olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur [33]. 2021’de yapılan bir çalışmada ise araştırmacılar çocukların kelime dağarcığının teknoferanstan olumsuz etkilendiği sonucuna varmışlardır [35].

Anne çocuk ilişki ve etkileşiminin dil gelişimindeki önemli rolü ve bu etkileşimi etkileyen faktörler göz önünde bulundurularak çalışmamızda dil gelişim geriliği olan çocukların anneleriyle olan ilişki kalitelerinin normal konuşma gelişimine sahip olan çocuklardan farklı olup olmadığının, bir fark olması durumunda ise bu farka teknoferansın aracılık edip etmediğinin araştırılması amaçlanmıştır. Anne çocuk ilişki ve etkileşimine zararlı etkileri bilinen anne psikopatolojisine dair semptomlar ve aleksitimi değişkenleri de bu ilişki araştırılırken göz önünde bulundurulacaktır.

Çalışmanın Hipotezleri

1. Dil gelişim geriliği olan çocukların dil gelişimi normal olan çocuklara göre anneleriyle ilişki kalitelerinin daha kötü olacağı;
2. Dil gelişim geriliği olan çocukların annelerinde sorunlu akıllı telefon kullanımının daha fazla olacağı düşünülmektedir.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Dil

“Dil” düşünce, duygu ve isteklerin, bir toplumda ses ve anlam yönünden ortak olan öğeler ve kurallardan faydalanılarak başkalarına aktarılmasını sağlayan, çok yönlü ve gelişmiş bir sistemdir [36]. Dil, iletişim için geleneksel semboller sistemini kullanır. Bu semboller sistemi konuşulan kelimeleri, işaret dilini, yazılı kelimeleri ve resimleri içerebilir. Dil, bu semboller sisteminin kurallı bir şekilde biçimini, işlevini ve kullanımını içerir [1].

Konuşma, seslerin anlamlı üretimidir ve bireyin artikülasyonunu, akıcılığını, sesini ve rezonans kalitesini içerir [1]. Dil olmadan konuşma üretilmez. Ancak, konuşma olmadan dil olabilir. Dilsel mesaj; işaret dili, yazı dili, resimler gibi başka yollarla da gönderilebilir.

Konuşma insanlar arasındaki geleneksel iletişim biçimi, dilin sembollerinin sözel ifadeler ile seslendirildiği motor eylemdir. Konuşma eyleminde; motor hareketler kullanılarak düşünceler sesli semboller olarak kodlanır. Ayrıca, sesler ile anlam ilişkilendirilir. Konuşmaya başlamak için bilişsel düzlemde sesbilgisel (fonolojik) kodlama oluşturulur. Daha sonra kodlanan seslere göre beyinde motor planlama yapılır. Sesletim (artikülasyon) için bu dizimi iletecek organlara sinirler aracılığı ile sinyaller gider. Sesletimde; sesleme yolundaki düzeneklerin farklı hareketleri ile hava akımı ağız içinde çeşitli yer ve biçimlerde engellenerek konuşma sesleri çıkarılır [37].

İletişim ise başka bir bireyin davranışını, fikirlerini veya tutumlarını etkileme potansiyeli olan her türlü sözlü veya sözsüz davranışı içerir [1]. "İletişim" kavramı dil ve konuşmadan farklı olup, sosyal nitelik taşıyan tüm hayvanlar tarafından kullanılır. Bilginin bir kaynaktan diğer bir alıcıya iletilmesi durumudur. Ötücü kuşların türe özgü şarkıları, bazı kurbağa türlerinin çiftleşme çağrıları ve bal arılarının sallanma dansı iletişim örnekleri olup bu hayvanların hayatta kalma ve üreme şansları iletişim kurmaları sayesinde artar [2].

“İnsanoğlu da yüz ifadeleri, jest ve mimikler, postür alma itibariyle belirli iletişim unsurları sergiler.” [38] İnsan dilleri, bildiğimiz haliyle iletişimde kullanılan en gelişmiş ve en esnek sistemler olup ayırt edici özellikleri, karmaşıklık derecesi ne olursa olsun her mesajı çok çabuk ve etkin şekilde iletebilmeleridir. Bu sistem başka memelilerin kullandığı iletişim araçlarından farklı olsa da ortak noktalar mevcuttur. İnsanların konuşma sırasında oluşturduğu sesler, diğer hayvan seslerinde olana benzer şekilde, dışarı hava üflenirken üst solunum yolunda

oluşan titreşimler sayesinde ağız yoluyla üretilen seslerdir. İster insan konuşması olsun ister kedi miyavlaması, oluşturulan bu sesler o türe mensup bireylerle temas kurulması amacıyla kullanılır. Bununla birlikte hayvan seslerinin dillerimizden birincil farklılığı, anlam belirtme sistemlerinin çok gelişmiş olmayışıdır. İnsan konuşması ise, kısıtlı sayıda sesi, sınırsız sayıda mesaj olarak bir araya getirmeye ve birkaç kelimenin bir araya gelip ifade oluşturmaya olanak sağlar. Böylece, az sayıda kelimeyle sonsuz sayıda cümle kurabiliriz. Bu da “sonsuz sayıda karmaşık ve incelikli fikri ifade edebilme imkanı” demektir [3].

Özetle "İletişim, bilginin aktarımındaki en geniş kapsamı temsil etmekteyken dil, onun özgün ve gelişmiş bir formudur. Konuşma ise dilin sembolik alan ile fizik alan arasındaki bağlantısını kurmaktadır." [38]

4.1.1. Dilin Bileşenleri ve İlişkili Terimler

Dilin bileşenleri şu şekilde sınıflandırılabilir: Artikülasyon (sesletim), fonoloji (ses bilgisi), gramer (dil bilgisi), semantik (anlam/içerik) ve pragmatik (kullanımsal). **Artikülasyon**, dildeki sözcükleri oluşturan sesleri doğru üretme ve ayırt etme becerisidir. **Gramer**, sözcüklerin dilde anlam oluşturacak şekilde sıralanmasıdır. **Semantik**, sözcüklerin doğru anlamda kullanımı ve kavramlar ile bütünleştirilmesi anlamına gelir. **Pragmatik** alan ise günlük yaşamda dilin sosyal bağlama uygun olarak kullanımını sağlayan sözel (doğru tonlama, duruma uygun dil seçimi) ve sözel olmayan iletişim özelliklerini (göz teması, postür, jest ve mimikler gibi) ifade eder.

Bir dildeki farklı ses ünitelerine **fonem**, bir dildeki anlamlı en küçük dil ünitesine **morfem**, dilin melodisi ve sesin tonlamasına **prozodi**, bir dildeki kelimelerin cümle içinde belli kurallara göre dizilimine ise **sentaks** denir. Fonoloji, Morfoloji ve Sentaks dilin form kısmını oluştururken, dilin içeriğini semantik, dilin fonksiyonel kullanımını ise pragmatik alan oluşturur [5].

4.1.2. Dil Edinim Kuramları

İnsanlar, özellikle de çocuklar, dil öğrenme konusunda inanılmaz bir yeteneğe sahiptir. Bu becerinin nasıl ortaya çıktığı ile ilgili çok sayıda teori ortaya atılsa da söz konusu kuramların hiçbirinin dil edinimi sürecini tüm yönleriyle açıklayamadığı ve her birinin sürecin kısmî bir açıklamasını sunduğu söylenebilir. Çocuklarda dilin ve ilgili beyin yapılarının gelişimini açıklamak için öne sürülen kuramlar, kuramcılar ve kullandıkları kavramlar şöyle özetlenebilir:

4.1.2.1. Edimsel Koşullanma (Skinner)

Dil gelişimini "Edimsel Koşullanma"yla açıklayan Skinner'e göre çocuklar dili işlevsel bir şekilde kullandıkları için "ödülleri" alırlar. Örneğin bir çocuk susadığında "su" kelimesini söylemeyi öğrenir; su alır, bu da onun su almak için bu kelimeyi kullanmasını güçlendirir, böylece çocuk bunu yapmayı sürdürür [4].

4.1.2.2. Dil Edinim Düzenegi (Chomsky)

Noam Chomsky dilin biyolojik temeli üzerinde durur ve çocukların dili öğrenme konusunda doğuştan yetenekli olduğunu söyleyerek bu doğuştan gelen yeteneği "dil edinim düzenegi" (language acquisition device) olarak adlandırır. Tüm insan dillerinin paylaştığı belirli dilbilgisi kurallarının var olması (evrensel dilbilgisi), çocukların dil gelişimi sürecinde yaş gereği öğrenilmesi mümkün olmayan karmaşık süreçlerin çok kısa bir zaman diliminde edinilmesi ve bunların büyük benzerlik göstermesi, hangi dil öğretilirse öğretilsin tüm çocukların aynı türde dil hataları yapması, bu görüşü destekleyen argümanlardır [39] [4].

4.1.2.3. Özümseme ve Uyma (Piaget)

Piaget'e göre dil ediniminin gerçekleşebilmesi için öncelikle bilişsel gelişimin gerçekleşmesi gerekir. Jean Piaget'in dil gelişimi teorisi, çocukların dili öğrenmek için özümseme (asimilasyon) ve uyma (akomodasyon) kullandıklarını söyler. Özümseme (asimilasyon) kişinin yeni bilgiyi mevcut bir şemaya yerleştirmesi, uyma (akomodasyon) ise kişinin yeni çevreye uyum sağlamak için mevcut şemalarını değiştirmesidir. Bu kurama göre çocuklar öncelikle zihinlerinde zihinsel yapılar (şemalar) oluştururlar ve bu şemalardan dil gelişimi gerçekleşir. Piaget'e göre dil gelişiminin temelinde sembol kullanma yeteneği yatar. Çocuk kelimeleri nesneleri temsil eden semboller olarak kullanmaya başlar [4] [37].

4.1.2.4. Yakınsak Gelişim Alanı (Vygotsky)

Lev Vygotsky'nin dil gelişimi teorisi, sosyal öğrenmeye odaklanmıştır. Yakınsak gelişim alanı, çocukların başkalarıyla sosyal etkileşime girmesiyle elde edilen gelişim düzeyidir [4]. Vygotsky konuşmanın köklerinin bebekliğin ilk dönemlerinde bile sosyal olduğuna inanır. 2-3 yaşlarında düşünme ve konuşma birleşir. Yani çocuklar konuşurken düşünebilmeye başlarlar. Bundan sonra da kendine yönelik konuşma başlar [40].

4.1.2.5. Çocuğa Yönelik Konuşma (Bruner)

Etkileşimci Kuram çocukların bakım verenlerinden aldıkları dil girdisinin önemini vurgular. Dil iletişim amacıyla vardır ve ancak etkileşim bağlamında öğrenilebilir. Jerome Bruner gibi etkileşimciler, yetişkinlerin çocuklarla konuşurken özel bir dil davranışı sergilediklerini söyleyerek bu davranışı "çocuğa yönelik konuşma" (child directed speech) olarak açıklarlar. Bruner'e göre bu konuşma şekli, çocuğun dil edinim sürecini desteklemek için özel olarak uyarlanır ve bu destek çocuğun dil öğrenimi için iskele olarak tanımlanır [4].

4.1.3. Dil ve İletişim Gelişimi

Dil-konuşma gelişimi intrauterin hayatta anatomik yapıların gelişimi, duyuşal-motor, dikkat, hafıza ve öğrenme becerilerinin normal gelişimiyle başlar. Gelişimsel olarak dil çoğunlukla genel bilişsel gelişim ile paralel ve öngörülebilir paterndedir. Ancak bazen bilişsel gelişim normal olsa da dil gelişiminde sorun görülebilir. Dil becerileri gelişimsel olarak alıcı dil ve ifade edici dil olarak iki kısımda incelenir:

4.1.3.1. Alıcı dil

Anatomik yapıların gelişimi ve ilgili beyin bölgelerinin olgunlaşması ile henüz prenatal dönemdeki fetüs konuşma ve çevresel sesleri neredeyse tamamen duyma becerisine sahiptir. Doğumdan sonra bebek insan sesi ve yüzüne özel ilgi gösterir. Bebeğin insan sesine olan bu ilgisi sosyal ilişki ve iletişim gelişimi için büyük önem taşır [5]. Bebek 5. aydan itibaren erişkin bakışını pasif olarak takip etmeye başlar ve bu durum bebeğin, erişkin ile aynı nesne ve olaylara "ortak referans" geliştirmesini sağlayan faktördür. Bebekle yetişkinin bu şekilde aynı deneyimi paylaşma becerisi ileri dil ve sosyal gelişim için kritiktir [41] [42].

Sekizinci aydan itibaren bebek nesneleri işaret etmeye başlar. Kelimeleri anlama 9. aydan itibaren belirginleşir ve ismi söylendiğinde bakma becerisi ortaya çıkar. Bu dönemde bebek "Cee" oyunu ve "bye bye" gibi taklide dayalı sosyal becerileri kazanır.

12. aydan itibaren çoğu bebek tekli komutları alabilir. 12-18 aylık bebekler jest ve mimik gibi kolaylaştırıcı unsurlar olmadan bazı kelimeleri anlayabilir. 1-2 yaş arasında dili kavrama artarken, vücut bölümlerini ve söylenen nesneleri gösterebilme, basit soruları yanıtlayabilme becerileri gelişir. İki yaşına gelen bebek birbiriyle ilgisiz de olsa sıralı ikili komutları alabilir (ellerini yıka ve masaya otur, gibi). Üç yaşında ne, kim, nerede, neden sorularını anlayabilen

çocuk, 4 yaşında artık erişkin tarzı konuşmayı anlamaya başlar. 5 yaş çocuğu 3-4 basamaklı komutları alabilir [5].

Okul öncesi dönemin sonunda çocuklarda "metalinguistik farkındalık" yani kelime ve sesler hakkında bilinçli olarak düşünebilme becerisi ortaya çıkar [43]. Bu fonolojik farkındalık, çocuğun konuşma seslerinin yazılı harflere dönüştürülme becerisi ile bağlantılıdır [6].

4.1.3.2. İfade Edici Dil

Araştırmalara göre vücut hareketlerine ait semboller ya da işaret dili, sesli sembollerden önce veya onlarla eş zamanlı olarak ortaya çıkar. Ebeveynler, çocuğun vücut işaretlerini yorumladığı takdirde, çocuklar da vücut hareketlerine ait sembollerini kazanarak onları iletişimde kullanabilir. Üstelik bu durum sadece işitme kaybı gibi vokal becerilerin zayıflığı ya da yokluğu durumunda değil normal vokal işlev durumunda da görülür [7].

Doğumdan 4-6 hafta sonra agulamaya başlayan bebekte böylece konuşma gelişimi için gerekli olan kas gelişimi de başlamış olur. Üçüncü ayın sonunda birçok bebek karşısındaki yetişkinle anlamsız sesler çıkarma yoluyla sosyal etkileşim sürdürebilir. 4. aydan sonra bilabial(üst ve alt dudağın birlikte kullanıldığı p, b, m gibi) sesler çıkaran bebekte mırıldanma dönemi başlar. 6-8 aydan itibaren mırıldanmaların tekrarıyla babıldama oluşur ve bebek anlamsız çoklu heceler kullanıp buna jest ve mimikleri de ekleyerek iletişim kurmaya başlar [44] [45] [5]. İfade edici dil gelişiminin en başındaki sesler evrensel nitelikteyken, bebeklerin 8-10. aydan itibaren fonolojik anlamda giderek kendi ana dillerinin özel seslerine kaydıkları görülür. Onuncu aydan itibaren cümle seslerine benzeyen jargonlar ortaya çıkar. Bu sürecin sonunda bebekler yetişkinlerin söylediği kelimeleri taklit etme becerisi kazanırlar [5].

Genellikle birinci yılın sonunda ilk tek kelimeler görülmeye başlanır. Bir yaşından sonra bebeklerin yeni kelime öğrenme hızı haftada yaklaşık 1 kelime iken, iki yaşa doğru her gün 1 yeni kelime öğrenecek şekilde bu sayı artar. Kelime dağarcığı 50-100 kelimeye çıktıktan sonra genellikle iki kelimelik cümleler ortaya çıkar [46]. İki yaşındaki kelime dağarcığı 200-300 kelimeye ulaşması beklenen bebek, kelimeleri esnek olarak bir araya getirerek bağlaç ve eklerden yoksun "telegrafik konuşma" biçimini kullanmaya başlar. Üç yaşından itibaren cümle uzunluğunda artma, zamirler ve fiil çekimlerinin kullanımı ortaya çıkarken, dört-beş yaşından sonra erişkin benzeri gramatik yapı oturur [46].

Alıcı ve/veya ifade edici dil gelişiminde sorun olabileceğini düşündüren durumlar ise şöyle özetlenebilir:

- 4. ayda henüz gülümseme olmaması,
- 12. ayda kendi ismi söylendiğinde bakmama, babıldama, işaret etme, jest ve mimiklerin mevcut olmaması,
- 18. ayda tekli komut almama, tek kelimelerin olmaması,
- 2 yaşta söylenen nesneleri veya vücut bölümlerini gösterememe, en az 50 kelimenin mevcut olmaması
- 2.5 yaşta sorulara sözel veya sözel olmayan yanıtlar vermeme, iki kelimeli cümlelerin olmaması, konuşmanın anlaşılmasında
- 3 yaşta ikili komutları almama,
- 4 yaşta konuşulanları anlamada kısıtlılık, ekolali varlığı,
- Herhangi bir yaşta dil gelişiminde duraklama veya gerileme, göz teması, jest ve mimik gibi sosyal iletişim öğelerinin konuşmaya eşlik etmemesi [5] [45] [46] [47] [44]

4.1.4. Dil Gelişimini Etkileyen Faktörler

Dil gelişimi genetik, algısal, bilişsel ve nörolojik gelişim düzeyi, cinsiyet, fiziksel ve ruhsal durum, sosyal uyarılar ve anne-bebek etkileşimi gibi çeşitli faktörlerden etkilenir [8].

Literatürde dil gelişimini etkileyen faktörler incelenirken bazıları normal gelişim bağlamında incelenmiş, bazıları ise patoloji varlığı ile ilişkilendirilerek tanımlanmıştır. Bu bölümde normal seyirdeki dil gelişimini etkileyen faktörler özetlenecektir.

4.1.4.1. Cinsiyet

Dil becerilerinin gelişiminde kız çocuklar erkeklere göre avantajlıdır. Zubrick, Taylor, Rice ve Slegers (2007) tarafından yapılan geniş ölçekli bir araştırma, erkek çocukların kızlara kıyasla dil gecikmesi yaşama olasılığının üç kat daha fazla olduğunu göstermektedir [48].

4.1.4.2. Sosyal Yeterlilik ve Yürütücü İşlevler

Normal dil gelişimi ile sosyal beceriler ve yürütücü işlevler arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Sosyal yeterlilik dil becerileri ile pozitif yönde ilişkilidir. Bu durum, küçük çocuklar arasında olumlu sosyal davranışlar için dil becerilerinin ve bunların geliştirilmesinin önemini

vurgulamaktadır [49]. 2022 yılında Yunanistan'da yapılan bir çalışmada, Dil Bozukluğu olan çocukların sözlü dil ve yürütücü işlev becerileri açısından tipik gelişen akranlarına kıyasla zorluk çektiği belirlenmiş, yürütücü işlevleri geliştirmenin sözlü dil becerilerine katkı sağlayabileceği düşüncesi ortaya atılmıştır [50]. Kelime dağarcığının okul öncesi eğitimin sonunda yürütücü işlevlerin önemli bir belirleyicisi olduğu, ayrıca yürütücü işlevlerin de kelime dağarcığını ön gördüğü bilinmektedir [51].

4.1.4.3. Ebeveyn Ruhsal Durumu

Artmış ebeveyn stresinin çocukta ifade edici dil gecikmesiyle ilişkili olduğu bilinmektedir [11]. Horwitz ve arkadaşlarına göre [52], çocukları geç konuşan ebeveynlerde, ebeveyn stresinin artma olasılığı iki ila üç kat daha yüksektir. Araştırma verileri, yüksek düzeyde ebeveyn stresinin çocuğa yönelik azalmış destekle ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu durum bir kısır döngüye yol açarak bu çocukların ifade edici dilde zayıf kalma olasılıklarını daha da yükseltebilir. Öte yandan çocukları geç konuşan annelerin öz bildirim raporlarında çocuklarıyla ilişkilerini çok stresli olarak değerlendirdikleri görülmektedir [53] [54].

4.1.4.4. Sosyoekonomik Düzey (SED)

Dil gelişimini etkileyen faktörler arasında en çok araştırılan ve en tutarlı sonuçların elde edildiği alan sosyoekonomik düzeydir. Kelime dağarcığı ve dil işleme verimliliğindeki farklılıklar, üst ve alt SED ailelerinden gelen bebekler arasında 18 aylıkken bile belirgindir [55].

SED'in bilişsel gelişimle olan ilişkisi bilinse de bu ilişkinin hangi mekanizmayla oluştuğunun belirlenmesi sunulacak müdahale olanakları açısından önem taşımaktadır. 1997'de yayınlanan "Amerikalı Küçük Çocukların Gündelik Deneyimlerindeki Anlamlı Farklılıklar", Hart ve Risley'nin çocukların dil gelişimi üzerine yaptıkları kapsamlı boylamsal çalışmalarının kitap biçimindeki ilk raporudur. Hart ve Risley, Amerika'da düşük gelir düzeyine sahip ailelerin çocuklarının katıldığı bir eğitim programı olan Head Start programından edindikleri deneyim sayesinde, düşük SED'den gelen çocukların kelime dağarcığının yüksek SED'den gelen akranlarına göre daha yetersiz olduğunu biliyorlardı. Böyle bir farkın oluşmasına ev ortamındaki hangi değişkenlerin yol açabileceğini belirlemek üzere tasarladıkları çalışmada 42 çocuktan oluşan bir örneklem almış ve örnekleme 3 farklı SED grubuna ayırmışlardır. Bu çocukların 7-9 aydan başlayıp 36 aya kadar, her çocuk için ayda bir saat olmak üzere, spontan ev içi sözlü etkileşimleri kayda alınmıştır. Sonrasında analiz edilen verilerde "Çocuğa söylenenler, çocuk tarafından söylenenler, çocuğun saat başına toplam kaç kelime, kaç yeni

kelime ve ne tür söz dizimsel yapılar ürettiği veya duyduğu" belirlenmiştir. Analizler sonucunda elde edilen verilere göre üç SED grubunda, saat başına çocuğa hitaben söylenen kelime sayısı açısından büyük farklılık mevcut olup (en alt SED grubunda 616, en üst SED grubunda ise 2152 kelime), bu farklılık 4 yaşına kadar çocuğun uyanık olduğu her saat için tahmini olarak hesaplandığında kümülatif dil deneyimi miktarında şaşırtıcı bir farklılık ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bu üç SED grubuna dahil olan çocukların 3 yaşındaki kelime dağarcıkları da en alt SED grubu için 550 iken, en üst SED grubu için 1100 kelime olarak bulunmuştur. Çocukların ev içi maruz kaldıkları kelime sayısı ile sonraki kelime dağarcıkları arasındaki bu ilişki, günümüzde "30 milyon kelime farkı" olarak anılan fenomeni ortaya çıkarmaktadır. Bu durum çocukların gelecekteki bilişsel performanslarının üzerindeki asıl etkili faktörün SED'den çok erken dönem dil becerileri olduğunu düşündürmektedir [56]. Sonraki araştırmalar SED'in çocukların dil becerileri üzerindeki bu belirleyici etkisinde en önemli bileşenin ise anne eğitim düzeyi olduğunu ortaya koymuştur [10].

Hart ve Risley'in çalışmasında incelenen değişkenler başka araştırmacılarca da defalarca test edilmiş, sonuçlar zenginleştirilmiştir. Birleşik Krallık'ı temsil eden bir kohort çalışmasına dayanan bir araştırmanın sonuçlarına göre, SED'in 4.5 yaşındaki çocuklarda sözel yetenekle olan korelasyonu sözel olmayan yeteneğe kıyasla daha fazladır. Ayrıca SED ile çocukların 7 yaşındaki okul performanslarındaki farklılıklar arasındaki ilişkiye sözsüz yeteneğe göre sözel yeteneğin büyük ölçüde daha fazla aracılık ettiği bulunmuştur [57]. SED ve dil gelişimi arasındaki ilişkinin mekanizmasını araştıran sonraki çalışmalarda, düşük ve yüksek SED'den gelen çocukların dil gelişimi farklarındaki belirleyici unsurun "diyalog hâlinde konuşma" olduğu, yüksek SED'den gelen annelerin sohbet sırasında "konuyu devam ettiren yanıtlar" verme oranının düşük SED'den gelen annelere kıyasla daha fazla olduğu görülmüştür [58] [59]. Hirsh-Pasek'in çalışmasına göre [12] yetişkinlerin konuşmalarına kulak misafiri olmak, küçük çocuklarda dil öğrenimini mutlak olarak kolaylaştırmayıp, dil gelişiminin merkezinde yer alan esas unsurun sosyal etkileşim ve duyarlı ebeveynlik olduğu düşünülmektedir.

4.1.4.5. Ekran Kullanımı

Amerikan Pediatri Akademisi'nin (AAP) çocukların medya cihazlarını kullanımıyla ilgili yayınladığı yönergede 18-24 ay arasında görüntülü sohbet dışında medya kullanımından kaçınılması, 2-5 yaş arası çocuklarda ise günde 1 saatten fazla ekran kullanılmaması önerilmiştir [60]. Çeşitli çalışmalar ekran kullanımının dil gelişimi üzerinde olumsuz etkileri olduğunu ortaya koymaktadır. 2013 tarihli bir çalışma hem kesitsel hem de boylamsal

analizlerde, günde 2 saatten fazla televizyon izleyen çocukların düşük iletişim puanları alma olasılıklarının arttığını göstermiştir [61]. Zimmerman'ın 2007'de yaptığı çalışmada bebek DVD'si izleyerek geçen her ekstra saatin bir iletişimsel gelişim envanterindeki puanlarda ekstra düşüş ile ilişkili olduğu görülmüştür [62]. 2010'da yapılan bir çalışma ise 12-18 ay arası çocukların medya aracılığıyla yeni kelime öğrenemediklerini ve ekran aracılığıyla verilen bilgileri kullanamadıklarını göstermiştir [63].

4.1.4.6. Sosyal İlişki ve Etkileşim

Ebeveynler bebekler daha konuşmaya başlamadan önce jestler aracılığıyla onlarla iletişim kurarlar. Annelerin çocuklar 14 aylıkken kullandıkları farklı jestlerin sayısının, çocukların 54 aylık olduklarında sahip oldukları kelime dağarcığının büyüklüğü ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışma aynı zamanda üst SED'den annelerin daha sık jest kullandığını da göstermiştir [64].

Romeo [65] ve arkadaşlarının çalışmasında 4 ila 6 yaş arası 36 çocuğun evde alınan ses kayıtları değerlendirilmiş; bu çocuklara fonksiyonel MRI altında bir hikâye dinleme görevi yaptırılmıştır. SED, IQ ve yetişkin ile çocuğun tekil sözel ifadelerinden bağımsız olarak, yetişkinlerle daha fazla "karşılıklı konuşma" deneyimleyen çocukların daha fazla Broca alanı (sol alt frontal bölge) aktivasyonu sergilediği görülmüştür. Bu aktivasyon çocukların dile maruz kalmaları ile sözel becerileri arasındaki ilişkiyi önemli ölçüde açıklamaktadır. Bu durum, çocukların içinde bulunduğu dil ortamını nöral dil işlemeyle doğrudan ilişkilendiren ilk kanıttır ve çocukların dil becerilerindeki SED eşitsizliklerinin altında yatan çevresel ve nöral mekanizmayı ortaya koyar. Dahası, sonuçlar “konuşma deneyimi”nin nöral dil işlemeyi SED'den veya duyulan kelimelerin saf miktarından daha fazla etkilediğini göstermektedir.

Lurie ve arkadaşlarının yaptığı 2021 tarihli boylamsal bir çalışmada ise sosyal etkileşim, bilişsel uyarım sağlayan yönüyle karşımıza çıkmaktadır. SED, dil becerileri, bilişsel uyarım ve akademik başarı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bu çalışmada "bilişsel uyarım" dile maruz kalma, öğrenme materyallerine erişim, bakım verenin çocuğun öğrenme sürecine katılımı gibi çeşitli deneyimlerin varlığını ifade etmektedir. SED arttıkça çocuğa verilen bilişsel uyarım ve çocuğun dil ölçümlerindeki performansı artmıştır. SED arttıkça akademik başarıda da artış meydana gelmiş olup, bu artışın dil becerileri aracılığıyla meydana geldiği; yüksek SED'den gelen çocukların dil becerilerinin daha iyi olmasının ise ailelerin çocuklarına sağladığı bilişsel uyarım aracılığıyla gerçekleştiği sonucuna varılmıştır [13].

SED'in kontrol edildiği 2018 tarihli bir çalışmada dar bir gelişimsel pencere olan 18 ila 24 aylar arasında, ebeveynle çocuk arasındaki karşılıklı konuşma miktarının 10 yıl sonraki IQ, sözel anlama ve alıcı ve/veya ifade edici kelime dağarcığı puanlarını tahmin ettiği görülmüştür. Aynı gelişimsel dönemde ebeveyn tarafından kullanılan toplam kelime sayısının ise sonuçlarla anlamlı ilişkisi bulunmamıştır [66].

Kullanılan kelimelerin çeşitliliği, annenin çocuğun konuşma çabalarına duyarlı olması ve çocuğun söylediklerini genişletip netleştirme yeteneği gibi bir dizi etkileşim özelliği okul öncesi yıllarda dil öğrenimini destekleyen niteliktedir [67].

4.1.5. Dil Gelişiminin Gelecek İşlevsellik ile İlişkisi

Hart ve Risley'in 1997 tarihli boylamsal çalışmasında sosyoekonomik özelliklerine göre alt gruplara ayrılmış çocuklarda 3 yaşındaki kelime dağarcıkları, en alt SED grubu için 550 iken, en üst SED grubu için 1100 olarak bulunmuştu. Ölçülen bu değişkenler 3 ve 9 yaş IQ puanları ile de ilişkilendirilmiş, dil değişkenlerinin 3 yaş IQ puanı ile %59 ve 9 yaş sözel IQ puanı ile %61 oranında ilişkili olduğu görülmüştür. Bu durum çocukların gelecekteki bilişsel performanslarının üzerinde erken dönem dil becerilerinin etkili olduğunu göstermektedir [9].

Hart ve Risley'in öncü çalışmasını takip eden yıllarda başka araştırmalar da benzer sonuçlar vermiştir. 2016'da yayınlanan boylamsal bir çalışma [68] çocuklarda alıcı dil becerisinin okuduğunu anlama becerisini güçlü şekilde yordadığını ortaya koymuştur. Öte yandan 2010 yılında Hindman ve arkadaşlarının yayınladığı çalışmada düşük gelir düzeyine sahip ailelerin çocuklarının katıldığı bir eğitim programından alınan örneklem değerlendirilmiş, başlangıçta daha yüksek kelime dağarcığına sahip olan çocukların okuryazarlık ve matematik becerilerinin daha iyi olduğu görülmüştür. Okuryazarlık ve matematik eğitimi de kelime dağarcığı aracılığıyla organize edildiğinden bu süreçte kelime dağarcığı gelişmeyi sağlayan ana faktör olarak görülebilir [69]. 2021 tarihli başka bir boylamsal çalışmada ise katılımcıların 5 yaşındayken ölçülen alıcı ve ifade edici dil becerileri 18 ay sonraki ikinci değerlendirmede akademik başarıları ile pozitif ilişkili bulunmuş; akademik başarıda meydana gelen kişiler arası farklılıklar ise dil becerileri aracılığıyla gerçekleşmiştir [13].

Okuryazarlık becerileri akademik başarının hem önemli bir bileşeni hem de yordayıcısı olup; erken dönem akademik başarının sonraki yıllar açısından belirleyici olduğu bilinmektedir. Birinci sınıfta düşük notlar almak erkek çocuklar için daha belirgin olmak üzere lisede okulu

birakma durumu ile ilişkili bulunmuştur [70]. Ayrıca dil bozukluğu olan çocuklar akran zorbalığı açısından da risk altındadır [1].

Dil becerilerindeki iyileşmenin daha iyi sonuçlarla ilişkisi klinik popülasyonda da gösterilmiştir. Gelişimsel dil bozukluğu tanılı çocuklarla yapılan bir çalışma, dil gelişiminin güçlendirilmesinin içselleştirme davranış sorunlarının ortaya çıkmasını önleyebileceği sonucuna varmıştır [15].

Bir erken dil müdahalesi programına katılan 1173 çocuk için öğretmen derecelendirmeleri toplanmış, 20 haftalık müdahaleden hemen sonra dil programı alan çocuklar, davranışsal uyum açısından tedavi görmeyen kontrol grubuna göre önemli ölçüde daha fazla iyileşme göstermiştir [71].

Venkadasalam ve arkadaşlarının [14] 656 çocukla yaptığı bir çalışmada ise erken paylaşımlı okuma deneyiminin çocukların zihin kuramı becerilerine olan etkisi araştırılmıştır. Ortak okuma sırasındaki erken anne girdisinin (early maternal input), çocukların alıcı dili ve yürütücü işlevleri aracılığıyla daha sonraki zihin kuramı (ZK) becerilerini etkilediği sonucuna varılmıştır.

Özetlersek, daha iyi dil becerilerinin daha iyi bilişsel işlev ve akademik başarı, daha az okul terki, daha iyi ruhsal ve davranışsal işlevsellik ile daha iyi yürütücü işlev ve zihin kuramı becerileriyle ilişki olduğu bilinmektedir.

4.2. Dil Gelişim Geriliği ve Tanısal Terminolojisi

Dil gelişiminde meydana gelen sapmaların nedenleri heterojen nitelik taşıdığından ve prognoz her durum için farklı olduğundan bu alandaki sorunları tanımlamak için ortaya çıkmış olan terminoloji son derece çeşitlidir. Bizim tezimizde, bu bozukluğun etiyolojisi açısından biyolojik yön kadar sosyal ve etkileşimsel faktörler de hesaba katılıyor olduğundan bir fenomen olarak “Dil Gelişim Geriliği” ifadesini kullandık. Bununla birlikte bu bölümde önemli tanı sınıflama sistemlerinin konuya yaklaşımı özetlenecektir.

Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’nın (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) son versiyonu olan DSM-5-TR’de Nörogelişimsel Bozukluklar’ın İletişim Bozuklukları grubu içinde Dil Bozukluğu, Konuşma sesi bozukluğu, Çocuklukta başlayan akıcı konuşma bozukluğu (kekemelik), Sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu ve diğer

tanımlanmış ve tanımlanmamış iletişim bozuklukları tanımlanmıştır. Bunlardan Dil Bozukluğu'nun tanı kriterleri şöyledir:

DİL BOZUKLUĞU

A. Aşağıdakileri içeren anlama veya üretimdeki eksiklikler nedeniyle dilin farklı şekillerde (örneğin konuşma, yazma, işaret dili veya diğer) edinilmesinde ve kullanılmasında sürekli zorluklar:

1. Azalmış kelime bilgisi (kelime bilgisi ve kullanımı).
2. Sınırlı cümle yapısı (kelimelerin ve kelime eklerinin bir araya getirilerek dilbilgisi ve biçim bilgisi kurallarına dayalı cümleler oluşturabilme yeteneği).
3. Söylem bozuklukları (bir konuyu veya bir dizi olayı açıklamak veya tanımlamak veya sohbet etmek için kelime dağarcığı kullanma ve cümleleri birbirine bağlama becerisi).

B. Dil becerileri, yaşa göre beklenenin önemli ölçüde ve ölçülebilir şekilde altındadır; bu durum, bireysel olarak veya herhangi bir kombinasyonda etkili iletişimde, sosyal katılımda, akademik başarıda veya mesleki performansta işlevsel sınırlamalara neden olur.

C. Belirtilerin başlangıcı erken gelişim dönemindedir.

D. Zorluklar işitme veya diğer duyu bozukluklarına, motor işlev bozukluklarına veya başka bir tıbbi veya nörolojik duruma bağlanamaz ve entelektüel gelişimsel bozukluk (zihinsel engellilik) veya genel gelişimsel gecikme ile daha iyi açıklanamaz.

Şekil 4.1. Dil Bozukluğu tanı kriterleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yayınladığı Uluslararası Hastalık Sınıflaması on birinci versiyonunda ise (ICD-11) Dil Bozukluğu yerine Gelişimsel Dil Bozukluğu (GDB) ifadesi kullanılmıştır. ICD-10'daki ifade edici dil bozukluğu (F80.1), karma alıcı ve ifade edici dil bozukluğu (F80.2) gibi alt tanımlar ICD-11'de yer almayıp, tek tanı başlığı altına alıcı ve ifade edici dil yetersizliği, ifade edici dil baskın yetersizlik, pragmatik dil baskın yetersizlik gibi belirteçler eklenmiştir.

DSM 5-TR tanı kriterlerinin D maddesinde Dil Bozukluğu tanısının konamayacağı durumlar kısmına ek olarak ICD-11'de Dil Bozukluğu'nun Otizm Spektrum Bozukluğu veya başka bir Nörogelişimsel bozuklukla daha iyi açıklanamayacağı da ifade edilmiştir. Bununla birlikte ICD-11 sözü geçen komorbiditelerle birlikte Gelişimsel Dil Bozukluğu tanısının konmasını tamamen imkânsız kılmamıştır. Entelektüel Gelişim Bozukluğu ile komorbidite durumunda dil becerileri, genel entelektüel işlevselliğin önemli ölçüde altındaysa, her iki tanı

da verilebilir. Otizm Spektrum Bozukluğu olan bireylere yalnızca pragmatik dil bozukluğuna dayanarak Gelişimsel Dil Bozukluğu ek tanısı verilmemelidir. Bununla birlikte, semantik, sözdizimsel ve fonolojik gelişimde ek spesifik bozukluklar varsa her iki tanı da atanabilir. İşitme kaybı varlığında dil sorunları işitme kaybının ciddiyeti ile orantısız ise veya işaret dili öğrenme fırsatı yeterli olduğu halde Gelişimsel Dil Bozukluğu'nun diğer özellikleri işaret diline uyarlandığında da mevcutsa Gelişimsel Dil Bozukluğu tanısı konabilir. Nörolojik bir hastalık ya da sekele bağlı nedenlerle ortaya çıkmış dil sorunları durumunda ise ilişkili tıbbi duruma ek olarak İkincil konuşma veya dil sendromu tanısı atanmalıdır [16].

4.2.1. Prevalans

Dil bozukluğunun prevalans oranları referans alınan çalışmaya göre farklı sonuçlar vermektedir. Tomblin ve arkadaşlarının anaokullarında yaptığı geniş bir epidemiyolojik çalışmada dil bozukluğunun genel yaygınlık oranı %7,4 olarak bulunmuştur [72]. Bu çalışmada erkeklerde yaygınlık tahmini %8, kızlarda ise %6'dır. Law ve arkadaşlarının toplum temelli çalışmasında ise primer dil bozukluğunun prevalansının %6-15 gibi oldukça geniş bir aralıkta olduğu görülmüştür [73]. Avustralya'da yapılan prospektif bir çalışmada ise 10 yaş gibi ileri bir gelişim dönemindeki çocuklarda bile bozukluğun prevalansı %6.4 olarak elde edilmiştir [74]. Sonuç olarak yapılan çalışmaların metodoloji ve örneklemine göre farklılık gösterse de Gelişimsel Dil Bozukluğu oldukça yaygın olup erkekleri kızlardan daha fazla etkiliyor gibi görünmektedir. Erkek:kız cinsiyet oranı klinik örneklerde (2:1 ila 6:1), toplum temelli örneklerde ise (1,3:1) şeklinde değişmektedir [16].

4.2.2. Etyoloji

Dil Bozukluğu'nun etiyolojisinde çok çeşitli genetik ve çevresel faktörler araştırılmış olup ayrıca belli tıbbi durumlar da Dil Bozukluğu'na eşlik edebilmektedir. Bu faktörler şu şekilde özetlenebilir:

4.2.2.1. Genetik Faktörler

Dil bozuklukları oldukça kalıtsaldır ve ailesel kümelenme sıktır [17] [18]. Nüfusa dayalı ikiz çalışmaları tutarlı olarak dil bozukluğu için kalıtsallık rapor etmektedir ve moleküler çalışmalar, poligenik kalıtımı işaret etmektedir [5] [1]. Bu kalıtsallık ICD-11 tanı sınıflama sisteminde Gelişimsel Dil Bozukluğu'nun ayırt edici özellikleri arasında yer almış, ailede dil

bozukluğu veya okuryazarlık problemlerinin varlığının tanıyı destekleyeceği ifade edilmiştir [16]. Kalıtsallığın ağır dil bozukluklarında daha ön planda olduğu düşünülmektedir [75].

4.2.2.2. Çevresel Faktörler

Dil bozukluğu ile ilişkili olduğu bilinen çok sayıda çevresel bileşen vardır:

İntrauterin sigara, alkol ve madde maruziyeti, yetersiz prenatal bakım, anormal fetal gelişim, epilepsi, kanser ve hipotirodi gibi ciddi medikal hastalıklar, erken prematürite (≤ 33 . gestasyonel hafta) ve çok düşük doğum ağırlığı (≤ 1500 gr) ile dünyaya gelmek, medya maruziyeti, uyku hijyeninde bozukluk ve önceki bölümde söz edilen normal dil gelişimini etkileyen düşük SED, sosyal destek eksikliği bu faktörler arasında sıralanabilir [19] [5].

İki dillilik dil bozukluğuna neden olmaz veya daha da kötüleştirmez, ancak iki dilli çocuklar dil gelişiminde gecikmeler veya farklılıklar gösterebilir. İki dilli çocuklarda görülen dil bozukluğu her iki dili de etkileyecektir; bu nedenle her iki dilde değerlendirmenin dikkate alınması önemlidir [1].

4.2.2.3. Eşlik Eden Tıbbi Hastalıklar

Dil güçlüklerinin nedeni araştırılırken ilk olarak işitme bozukluğunun dışlanması gerekir. Dil bozuklukları işitme bozukluğu, diğer duyuşsal eksiklikler veya konuşma-motor bozuklukları ile ilişkili olabilir. Dildeki sorunlar bu bozuklukların yol açabileceği sorun düzeyinin ötesine geçtiğinde dil bozukluğu tanısı konulabilir [1]. Yarı damak durumunda olduğu gibi konuşma ve dil gelişiminde görev yapan anatomik yapıların anomalilerinde, Frajil X, Klinefelter, Turner ve Down Sendromu gibi genetik sendromlarda, Hidrosefali, Korpus Kallozum Agenezisi gibi yapısal beyin malformasyonlarında dil gelişim geriliği eşlik edebilmektedir. Nörolojik hastalıklar da dil bozukluğu ile ilişkili olup, özellikle Edinilmiş Epileptik Afazi (Landau-Kleffner Sendromu) çocuk psikiyatrisi pratiği açısından önemlidir. En sık 5-7 yaş arasında başlayan bu genetik sendromda etkilenen çocukta önceden sahip olduğu becerilerin kaybı söz konusudur. İşitme normal olmasına karşın önce alıcı, sonra ifade edici dil kaybı ortaya çıkar ve eşlik eden spesifik epileptik anomali varlığı (sentrot temporal diken dalgalar gibi) mevcuttur [5].

4.2.3. Tanısal Özellikler ve Klinik Görünüm

Dil bozukluğunda temel olarak, kelime dağarcığı, dilbilgisi, cümle yapısı ve söylemin anlaşılmasında veya üretilmesinde eksiklikler mevcut olup buna bağlı olarak dilin edinilmesinde ve kullanılmasında zorluklar yaşanır. Dildeki eksiklikler sözlü ve yazılı iletişim ya da işaret dilinde görülebilir. Değerlendirme sırasında dilin hem ses, jest veya sözel sinyallerin üretimi gibi ifade edici yönünün, hem de dil mesajlarını alma ve anlama süreci göz önünde bulundurularak alıcı yönünün dikkate alınması gerekir.

Temel sorun kelime dağarcığı ve dilbilgisi bağlamında gelişiyor olup, etkilenen çocuğun genellikle ilk kelimeleri ve cümleleri gecikir. Yeni kelime kazanımı gerçekleşse de kelime dağarcığı beklenenden daha zayıf ve az çeşitli, cümleler özellikle dilbilgisi hataları nedeniyle daha kısa ve daha az karmaşıktır. Bunlar söylem kapasitesini sınırlayan ana noktalardır. Söylemdeki yetersizlik ise hikâye anlatımı üzerinde bozucu etkiye sahiptir.

Dil bozukluğu olan çocuklar konuşulanların anlamını bağlam yoluyla çıkarsamakta iyi olabileceğinden, dilin anlaşılmasındaki eksiklikler olduğundan daha hafif algılanabilir. Buna rağmen bu çocuklarda eş veya çoklu anlamlı ifadeler ile yaşa ve kültüre uygun kelime oyunlarının yetersiz anlaşılması gibi sorunlar olabilir. Öte yandan yeni ses dizilerini, kelimeleri ve cümleleri hatırlamayla, uzun talimatları takip etmekle, telefon numarası ve alışveriş listesi gibi sözlü bilgi dizilerini tekrarlamakla ilgili zorluklar görülebilir ki, bu beceriler çocuklarda yeni kelimeler öğrenmek için temel gerekliliklerdir.

Dil becerisi, yaşa göre beklenenin önemli ve ölçülebilir düzeyde altında olup, akademik başarı, mesleki performans, etkili iletişim veya sosyalleşme bu durumdan önemli ölçüde etkilenir (Kriter B).

Dil bozukluğu tanısı, bireyin geçmiş öyküsüne, ev, okul veya iş gibi farklı ortamlardaki doğrudan klinik gözlemine ve standartlaştırılmış dil yeteneği testlerinden alınan puanlara dayanarak konur. Bu testlerden elde edilen puanlar sonradan bozukluğun şiddetini belirlemekte de kullanılabilir. [1]

4.2.4. Gelişim ve Prognoz

Dil aşamalı olarak gelişen bir beceri olup normal gelişiminde de kelime edinme ve erken kelime kombinasyonları açısından bireyler arasında önemli farklılıklar vardır.

Erken çocuklukta bireysel farklılıkların, tek gösterge olarak daha sonraki sonuçları yüksek düzeyde öngörmediğine dair çalışmalar varsa da [5] bundan farklı sonuç veren çalışmalar da mevcuttur. Toplum temelli bir örnekleme dilin 24. ayda geç başlaması, 7 yaşındaki sonuçların en iyi öngörücüsü olmuştur [1]. Özellikle dili anlamada, sembolik yetenekte ve jest kullanımında gecikmeler olan çocuklar, kalıcı dil ve öğrenme bozuklukları açısından yüksek risk altındadır. Sosyal iletişim gecikmelerinin 18-21 ay veya daha erken dönemde değerlendirilmesi, klinisyenlere kalıcı dil gecikmesi riski taşıyan çocuklara önleyici erken müdahale önerme konusunda yol gösterebilir [76].

4 yaşına gelindiğinde, dil yeteneğindeki bireysel farklılıklar daha istikrarlı hale gelir, ölçüm doğruluğu daha iyi olur ve daha sonraki sonuçların öngörmesi daha olasıdır. 4 yaş ve üzeri çocuklarda teşhis edilen dil bozukluğunun zamanla stabil kalması muhtemeldir ve genellikle yetişkinlikte de devam eder [5]. Alıcı dil bozukluğunun prognozu genellikle ifade edici dil bozukluğuna göre daha kötü olup tedaviye daha dirençlidir ve okuduğunu anlama güçlüğü sıklıkla eşlik eder [1].

4.2.5. Ayırıcı Tanı

4.2.5.1. Dildeki Normal Varyasyonlar ve Dil Gecikmesi (Late Talkers)

Dil bozukluğunun normal gelişimsel farklılıklardan ayırt edilmesi gerekir ve bu ayrımın 4 yaşından önce yapılması zor olabilir. 2 yaşındaki çocukların %10-20'sinde dil gecikmesi görülebilir ve bu çocukların çoğu 3 yaşında akranlarını yakalamış olur [77] [78]. Bir çocuk dil bozukluğu açısından değerlendirilirken o çocuğun konuştuğu dilin bölgesel, sosyal veya kültürel/etnik farklılıkları dikkate alınmalıdır [1].

4.2.5.2. Zihinsel Yetersizlik (ZY)

Dil bozukluğu sıklıkla zihinsel gelişimsel bozuklukta da ortaya çıkar. Bu grupta sadece dil alanında değil diğer gelişimsel alanlarda da gelişimsel gecikme söz konusudur.

4.2.5.3. Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)

Otizm spektrum bozukluğu sıklıkla gecikmiş dil gelişimi ile kendini gösterir. Bununla birlikte Dil bozukluğu grubunda Otizmde yetersiz olan sözel olmayan iletişim becerileri

genellikle yeterli düzeydedir. Ayrıca Otizm grubuna iletişimsel sorunlardan başka tekrarlayıcı davranışlar ile daralmış ilgili alanının da eşlik etmesi söz konusudur [5].

4.2.5.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

DEHB’de mevcut olan dikkatsizlik ve dürtüsellik dil gelişiminin geri kalmasına yol açabilir [79].

4.2.5.5. Selektif Mutizm

Anksiyete Bozuklukları içinde yer alan Selektif Mutizm’de çocuk belirli sosyal durumlar ve ortamlarda yeterli dil becerisini gösterir fakat başka ortamlarda konuşamaz. Bunun tersine, Dil Bozukluğuyla ilişkili dil güçlükleri tüm ortamlarda belirgindir [16].

4.2.5.6. Dil Gerilemesi

Herhangi bir yaştaki bir çocukta konuşma ve dil kaybı olması durumunda, Landau-Kleffner sendromu gibi spesifik bir nörolojik durumun olup olmadığını belirlemek için kapsamlı bir değerlendirme gerekir. Yaşamın ilk 2 yılında sosyal beceriler ve iletişim davranışlarındaki gerilemeler olması durumunda ise Otizm spektrum bozukluğunun ekarte edilmesini gerekir [1].

4.2.6. Komorbidite

Dil bozukluğu, Özgül öğrenme bozukluğu, Zihinsel gelişim bozukluğu, Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, Otizm spektrum bozukluğu ve Gelişimsel koordinasyon bozukluğu gibi diğer nörogelişimsel bozukluklarla birlikte ortaya çıkabilir. Aynı zamanda sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğuyla da ilişkilidir. Klinik örneklerde, dil bozukluğu sıkça konuşma sesi bozukluğuyla birlikte ortaya çıkar [1]. İçer atım ve dış vurum sorunlarına da sık rastlanır [5]. İçselleştirme sorunları daha sık görülmekle birlikte [80] bu çocukların %40-75’inde davranış sorunlarının görüldüğünü bildiren çalışmalar da mevcuttur [45].

4.2.7. Tedavi

Dil bozukluğunda tedavi planlanmadan önce ayrıntılı klinik değerlendirme yapılmalıdır. Altta yatan tıbbi durumların kontrolü(işitme kaybı, nörolojik hastalık gibi) tedavi başarısı

açısından önemlidir. Her ne kadar klinik önemi olan dil bozukluğu ile gecikmiş konuşma arasındaki ayırım zor olsa da, hiçbir çocuğun ihmale uğramaması açısından erken müdahale önerilir. Konuşma bozukluğunun tedavisinde dil terapileri önemli yer tutmaktadır. Ayrıca ebeveynlere çocukla etkileşimi arttıracak stratejilerin öğretilmesi yararlı bulunmuştur [5]. Dil terapisinin erken başlaması daha hızlı dil becerisi edinmeye katkı sağlar [81]. Dil terapisinin faydaları sadece dil konuşma alanıyla sınırlı kalmamaktadır. Dil konuşma terapisi alan 210 okul öncesi çocuğun ebeveynleri ve onları takip eden klinisyenler tedavi sonrasında gözlemlerini bildirmiş, ebeveynler, klinisyenlere göre iki kat daha fazla değişim tariflemiştir. Bu değişimler genellikle konuşma ve dil sonuç ölçümlerinde yakalanamayan, oyun, sosyalleşme, güven ve davranış gelişmeleri gibi ev, okul ve toplumsal ortamda meydana gelen değişimlerdir [82].

4.3. Anne Çocuk İlişki ve Etkileşimi

Anne ve çocuk arasındaki etkileşimin kalitesi, çocuğun sosyo-duygusal, bilişsel ve bağlanma gelişimi üzerinde etkili olup yaşam boyu sonuçları mevcuttur [21]. Sağlıklı dil gelişimi için de en önemli unsurlardan biri anne-çocuk ilişki ve etkileşimidir [20]. Bu ilişki ve etkileşim analiz edilirken öncelikle bu kavramların bağlanma ve duygusal ulaşılabilirlik ile olan ilişkileri ortaya konacak, buradan yola çıkarak ilişki ve etkileşimin önemli yönleri detaylandırılacaktır.

Bağlanma bireyin diğeriyle kurduğu duygusal bağıdır [83]. Bağlanma kuramının kurucusu Bowlby'ye göre, bebeğin birincil gereksinimi insanla temas ve ilişkidir [22]. Güvenli bağlanmanın, çocuğun gelişim basamaklarında sağlıklı ilerlemesi açısından koruyucu olduğu bilinmektedir [84]. Yapılan birçok çalışma çocuğun bağlanma stili üzerinde en güçlü etmenin annenin duyarlılığı olduğunu göstermiş olup [85], annenin duygusal ulaşılabilirliği ve çocuğun bağlanma stilinin güvenliği arasındaki ilişki yüksektir [86].

Duygusal ulaşılabilirlik ve onun bir bileşeni olan anne duyarlılığı gelişimsel sonuçlarla önemli ölçüde ilişkilidir. Bir çalışmada yaşamın ilk 3 yılındaki anne duyarlılığının çocukluk ve ergenlik boyunca birçok zaman noktasında çocukların sosyal ve akademik yeterliliklerini istikrarlı bir şekilde öngördüğü gösterilmiş olup [87] bu çalışmanın devamı niteliğinde başka bir çalışmada ise bu bulgular tekrarlanmış, ek olarak yetişkinlikte de bu etkinin kalıcılığı sürmüştür [88].

"Bir yapı olarak duygusal erişilebilirlik, bir ikilinin duygusal açıdan sağlıklı bir ilişkiyi paylaşma kapasitesini ifade eder. Duygusal Ulaşılabilirlik Ölçekleri bu yapıyı hem çocuğun

hem de bakım verenin etkisini ve davranışını ölçen ölçeklerle çok boyutlu bir çerçeve kullanarak değerlendirir. Bakım verenin dört bileşeni; duyarlılık, yapılanma, müdahale etmeme ve düşmanlık etmemedir. İki çocuk bileşeni ise, çocuğun bakıcıya karşı duyarlılığı ve bakıcıya katılımıdır." [24] Annenin çocuğuna karşı duygusal uyumu ve hassas tepki verme derecesi, onun anne çocuk etkileşimine katkısının temel bileşenleri olup çocuğun temas girişimleri ve ebeveyninin temasına verdiği tepkiler çocuğun bu ilişkiye katkısıdır [89].

Annenin çocuğa olan duyarlılığı ve anne-çocuk etkileşimi, bu ikilinin arasındaki ilişkinin kalitesini belirler. Nitelikli etkileşim davranışları anne çocuk ilişkisinin olumlu olmasına katkı sağlar [25][90]. Anne çocuk etkileşimine dair özellikler davranışsal olarak net tanımlanabilirken, anne çocuk ilişkisine dair özellikler kişilerin algılama şekline göre psikolojik farklılıklar gösterebilir [91].

Bağlanma ve duygusal ulaşılabilirlik ekseninde gelişen anne çocuk etkileşimini değerlendirmek için birbirinden farklı özelliklere sahip birçok ölçüm yöntemi dizayn edilmiştir. Duygusal Ulaşılabilirlik (EA) Ölçeği bunlardan yalnızca biridir [92]. Her ölçeğin birbirine göre güçlü ve zayıf yanları olmakla birlikte güncel literatürde anne çocuk etkileşimi -özellikle de bilişsel gelişim ve dil gelişimi bağlamında- genel hatlarıyla şu 3 bileşen çevresinde değerlendirilmektedir:

- Annenin dil girdisi
- Anne duyarlılığı
- Karşılıklı konuşma [27]

Bu bileşenlerin her birinin çocuğun gelişimine sunduğu katkılar aşağıda özetlenecektir.

4.3.1. Anne Çocuk Etkileşiminin Bileşenleri

4.3.1.1. Annenin Dil Girdisi (Maternal Language Input)

Anne çocuk etkileşiminin bu bileşeni nicelik ve nitelik olarak anneler arasında büyük değişkenlik göstermektedir. Erken çocuklukta annenin dil girdisi çocuğun dil gelişiminde büyük rol oynamaktadır. Annenin dil girdisi hem nicelik hem nitelik olarak sonraki kelime hazinesini etkilemektedir ki bu da çocuğun erken okuryazarlık ve matematik becerileri gibi preakademik becerileri üzerinde etkili olmaktadır [9] [93].

4.3.1.2. Anne Duyarlılığı/yanıtlayıcılığı (Maternal Responsiveness)

Bu bileşen annenin çocuğun sinyallerine karşı uyumunu yansıtır. Duyarlılık, doğru zamanlama (promptness) ile duruma uygun yanıtı (contingency) verebilmekle karakterizedir. Anne duyarlılığı/yanıtlayıcılığı, anne-çocuk etkileşimi sırasında ortaya çıkan, annenin çocuğu onaylaması, çocuk için nesneleri tanımlaması ya da çocuğa soru sorması gibi durumları içerir [27].

Anne duyarlılığı özellikle dil edinimi açısından kapsamlı şekilde çalışılmıştır. Annenin sözel duyarlılığı/yanıtlayıcılığı yaşamın ilk 2 yılında dil gelişimindeki dönüm noktalarına ulaşabilme zamanıyla [20] ve oyun çocukluğu ile okul öncesi dönem için ifade edici dille ilişkili bulunmuştur [94] [95]. Anne duyarlılığı dil gelişimi dışında zihinsel gelişim [96], sosyo-duygusal gelişim [97] ve ahlak gelişimi [98] için de kritiktir.

4.3.1.3. Karşılıklı Konuşma (Conversational Turns)

Anne çocuk etkileşiminin üçüncü bileşeni olan karşılıklı konuşma annenin dil girdisi ve duyarlılığını kapsayan daha holistik bir etkileşim bileşenidir. Karşılıklı konuşma sadece anneye ait bir bileşen olmayıp çocuğun konuşmaya katılımını da içermektedir [65]. Daha fazla karşılıklı konuşmanın daha iyi sözel becerilerle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur [99]. Gilkerson ve arkadaşlarının çalışmasında 2 ay ile 4 yaş arasındaki karşılıklı konuşma miktarının, standart ifade edici ve alıcı dil testlerinin puanlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür [100]. Çocuk ve annesi arasındaki karşılıklı konuşma ayrıca sosyal biliş [101] ve okul öncesi dönemde akranlar arasındaki sosyal yeterliliği [102] de desteklemektedir.

4.3.2. Anne Çocuk İlişki ve Etkileşimini Etkileyen Faktörler

Ebeveynde depresyon, kaygı, travma ve madde kullanımı gibi durumların duygusal ulaşılabilirliği azalttığı bilinmektedir [24]. Anne depresyonu veya aile işlevselliğinin bozulması gibi durumlarda anne duyarlılığı azalmış veya yanıtsızlık hâli ortaya çıkmış olabilir. Bu durumun kognitif sorunlara yol açtığı [103], okul için hazır bulunuşluğu azalttığı, uyum becerilerine zarar verdiği, dil becerilerini olumsuz etkilediği [28], okul öncesi dönemde beyin gelişimini değiştirdiği [104], ortaokul döneminde daha fazla yıkıcı davranış geliştirmekle ilişkili olduğu [105] ve ergenlik döneminde daha düşük akademik performansla ilişkili olduğu [106] farklı çalışmalarda gösterilmiştir.

Annede aleksitimi varlığı da anne çocuk ilişkisi bağlamında araştırılmıştır. "Ebeveynin yansıtıcı işleyişi, bir ebeveynin çocuğunu erken yaşlardan itibaren ayrı bir birey olarak görme, çocuğun kendi düşünce ve duygularını merak etme çabasını ifade eder. Ebeveynlik yetenekleri, ebeveynin duygu düzenlemesinden ve duygusal erişilebilirliğinden etkilenir. Aleksitimi, duygusal eksiklikler ve zayıf hayal gücü ile birlikte bir kişilik yapısı olarak ebeveyn yansıtıcı işlevini etkileyebilir [107]." Yürümez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin depresif belirtileri, kaygıları, evlilik doyumları ve aleksitimi düzeyleri değerlendirilmiş, annelerin aleksitimi puanları ile anne-bebek ilişki kalitesi arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete kontrol altına alındıktan sonra da yüksek aleksitimi düzeyleri bozulmuş anne-bebek ilişkisinin göstermeye devam etmiştir [29].

Anne çocuk ilişki ve etkileşimi değerlendirilirken genellikle anneyle ilgili değişkenlere öncelik veriliyor olsa da, duygusal ulaşılabilirliğin kapsamı düşünüldüğünde çocuğun da ebeveyn gibi ilişkinin şekillenmesinde rolü vardır [24]. Bu bağlamda çocuğun kendine has özelliklerinin ve kırılganlıklarının ilişki ve etkileşimin niteliğini etkilememesi düşünülemez. Bazı çocuklar mizaçsal olarak tepkisel olup gelişebilmek için daha çok çevresel bakıma ihtiyaç duyarken, bazıları ise dayanıklıdır ve geniş bir şartlar aralığına uyum gösterebilirler [108]. Çocuğun bilişsel gelişimini etkileme potansiyeli olan prematürite gibi faktörlerin de anne çocuk etkileşim kalitesini etkileyebildiğine dair bulgular mevcuttur. Prematüre çocuklarda anne çocuk ilişkisi daha az optimal olup bilişsel gelişim bu etkiye aracılık etmiştir [109].

Sosyoekonomik düzeyin de ebeveyn duyarlılığını etkilediği gösterilmiştir. Ekonomik kaynakları daha sınırlı olan ebeveynlerin yüksek SED'den ebeveynlere göre daha az duyarlı olduğu bulunmuştur. Fakat bu duruma hangi etkenlerin yol açtığı yeterince açık değildir [24].

Günümüz insanının yaşamı teknoloji ile bu kadar iç içeyken, bu cihazlardan dolayı iletişimde kesintiler yaşanması muhtemeldir. Teknoloji nedeniyle kişilerarası ilişkilerde ortaya çıkabilen kesintiler "teknofrans" olarak kavramsallaştırılmıştır. Teknofrans her türlü kişilerarası ilişkide ortaya çıkabilir. Yüz yüze konuşmalarda kesinti olarak ortaya çıkabileceği gibi beraber vakit geçirme esnasında -o anda bireyler arasında aktif etkileşim olmasa bile- kişilerin cihazlarını kontrol etmesi, cihazlara bildirim gelmesi gibi nedenlerle ilişki-etkileşim bağlamının bölünmesini de kapsayabilir [110]. Yapılan çalışmalar teknofransın anne çocuk etkileşimine birçok yönden olumsuz etki ettiğini göstermektedir [30]. Sonraki bölümde teknofransın hangi mekanizmalar aracılığıyla anne-çocuk ilişki ve etkileşimini etkilediğine değinilecektir.

4.4. Teknoferans

Dijital ve mobil teknoloji cihazları nedeniyle kişilerarası etkileşimlerde veya birlikte geçirilen sürelerdeki gündelik kesintiler “teknoferans” olarak tanımlanmaktadır [110] [111]. Bu tür kesintiler, yüz yüze etkileşimde veya yemek zamanı, oyun gibi günlük rutinlerde meydana gelebilir. "Yetişkin romantik ilişkilerinde teknoferans, kişinin partneriyle teknoloji kullanımı konusunda daha fazla çatışma yaşaması, daha zayıf ilişki tatmini [110] ve aynı zamanda ortak ebeveynlik kalitesine ilişkin daha olumsuz algılarla ilişkilendirilmiştir [112]."

Çeşitli çalışmalar ebeveynlerin dijital teknoloji kullanımının ebeveyn-çocuk etkileşimlerinin niteliği ve niceliği ile olan ilişkisini incelemiştir. Ebeveynlerin çocukları varlığında mobil teknoloji kullanımının daha zayıf ebeveyn-çocuk etkileşimi ile ilişkili olduğu [113] ve teknoloji kullanımı esnasında çocuğun ilişki kurmaya yönelik girişimlerine yetişkinlerin daha düşük duyarlılık sergilediği [114] çalışmalarda gösterilmiştir. 2021’de yapılan bir çalışmada teknolojik cihazlardan gelen sesli bildirimlerin sıklığının bebeklerin kelime dağarcığını olumsuz etkilediğini ortaya konmuştur. Sesli bildirimler ve kelime dağarcığı arasındaki bu ilişkiye aracılık eden durumun ise ebeveynlerin çocuklarıyla etkileşimde sık yönerge vererek yönlendirici bir tarz benimsemeleri olduğu görülmüştür [35]. Ayrıca anneleri teknoloji kullanımı nedeniyle mesafeli davrandığında pek çok çocuğun dikkat çekmeye yönelik dışsallaştırma davranışları sergilediği, bu durumun da bazen annenin dikkatini cihazdan uzaklaştıran çocuğuna karşı öfkeli ve saldırgan tepkiler vermesine yol açtığı çalışmalardan elde edilen sonuçlar arasındadır [115].

Esasen ebeveynlerin çocuklarıyla etkileşimleri esnasında dikkatlerinin dağılması yeni bir olgu değildir. Ebeveynlerin önceden de birden fazla çocuğun bakımı, ev işleri ve iş hayatını dengeleme gibi sorumlulukları mevcuttu. Bununla birlikte, mobil cihazların etkisi diğer dikkat dağıtıcı durumlardan farklıdır, çünkü çoğunlukla bireylerin yanında hep hazır bulunurlar, ayrıca dinamik ve etkileşimli yönleri ön plandadır. Bu da onları ev işleri gibi diğer dikkat dağıtıcı unsurlardan daha çeldirici yapar. [Akt. 30]

Teknoferans birçok farklı bağlamda gerçekleşebilir ve birçok farklı ilişkisel ve gelişimsel sorunla ilişkili olabilir. Arka plan televizyon maruziyetinin çocuk ve ebeveynin oyununu kesintiye uğrattığı [116] ve ebeveyn-çocuk arasındaki karşılıklı konuşmayı azalttığı [117] çalışmalarla gösterilmiştir. Öte yandan Amerikan Pediatri Akademisi(AAP) okul öncesi dönemde çocukların ekran kullanımına ebeveynlerinin eşlik etmesini önermekle birlikte [60], çocuğun yaşı ne olursa olsun, beraber kitap okuma esnasında kullanılan dilin beraber televizyon

izleme esnasındakine kıyasla daha zengin ve karmaşık olduğu bilinmektedir [118]. Yine dijital olmayan duruma kıyasla dijital durumda ebeveyn-çocuk iş birliğinin ve sıcaklığının daha düşük düzeylerde olduğunu gösteren çalışmalar vardır [119]. Çocukları medyanın zararlı etkilerinden koruma amacıyla kılavuzlarda önerilen “teknolojiyi birlikte kullanma” durumu bile ebeveyn çocuk etkileşiminin kalitesine zarar verebilmektedir.

Mobil ve etkileşimli cihazların interaktif olmayanlara göre etkileşimi daha olumsuz etkilediğine yönelik hipotezler ortaya atılmıştır. Bazı araştırmalar akıllı telefonların interaktif yapıları nedeniyle dalmaya daha müsait cihazlar olduğunu, bu yüzden de ebeveyn çocuk etkileşimini daha kötü etkileyeceğini iddia etse de yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar bulunmuştur [31] [33]. Bazı çalışmalar akıllı telefon kullanımının annenin çocuğa yanıtılık düzeyini daha spesifik şekilde azalttığını göstermiştir. Ebeveynler akıllı telefon kullanırken çocukların iletişim çabasına daha az karşılık vermekte [32] [33] [34], yanıt verseler bile yanıtın zamanlaması uygunsuz olmaktadır [33]. Bazı çalışmalardaysa, çocukla interaktif oyun oynamaya kıyasla akıllı telefon veya dergi dahil başka bir medya kullanımının, annenin kullandığı sözel ifade sayısını ve yanıtıllığı azalttığını gösterilmiş [120] [33] fakat bu çalışmalar akıllı telefonun kendine has olarak daha olumsuz bir etkisi olup olmadığını ortaya koyamamıştır.

Lederer 2021 tarihli çalışmasında, anne-çocuk etkileşimini anne-çocuk arasında serbest oyun, annenin akıllı telefon kullanımı ve annenin basılı dergi okuması durumları için karşılaştırmış, annelerin akıllı telefon kullanırken çocuklarını tamamen yanıtsız bırakmadığı, fakat çocuklarına gösterebilecekleri minimum/kısmi yanıtıllığı sunduğu sonucuna varmıştır. Öyle ki çocuğun söylediği şey direkt bir yanıt gerektirmediğinde annelerin çocuklarıyla etkileşimlerini azalttığı görülmüştür. Annenin akıllı telefon kullanma ve dergi okuma durumları arasında ise etkileşimin olumsuz etkilenmesi bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bununla birlikte günlük hayatta akıllı telefon kullanımı dergi okuma gibi faaliyetlere kıyasla çok daha yaygındır. Bu durum söz konusu çalışmadaki anketlerin sonuçlarına da yansımıştır. Annelerin %90'ı günde bir saat veya daha fazla akıllı telefon kullandığını bildirirken, dergi okuma için ayrılan zamanın bununla karşılaştırılabilir düzeyde olmadığı görülmüştür. Bu durum aslında akıllı telefonların dergi okumaya kıyasla anne çocuk etkileşimi açısından daha büyük bir potansiyel risk olduğunu düşündürmektedir [27].

Birçok deneysel çalışma, annelerin mobil cihaz kullanımının çocuklar üzerindeki etkisinin, Türkçe'ye "Durağan Yüz Paradigması" olarak çevrilebilecek, "Still Face Paradigm"

ile benzer olduğunu ortaya koymuştur. Durağan Yüz paradigması üç aşamadan oluşan bir deneydir: (1) Serbest Oyun, (2) Durağan Yüz ve (3) Yeniden Birleşme. Bu üç aşamaya geçmeden önce bebekler mama sandalyesine yerleştirilir ve anneler bebekleriyle yüz yüze oturur. Serbest Oyun aşamasında annelerden bebekleriyle normalde oynadıkları gibi oynamaları istenir. Durağan Yüz aşamasında annelerden bebekleriyle göz temasını sürdürmeleri fakat onlarla konuşmaktan, etkileşime girmekten veya tepki vermekten kaçınmaları istenir. Son olarak, Yeniden Birleşme aşamasında, annelerden bebekleriyle yeniden etkileşime geçmeleri ve bebeklerini her zamanki gibi rahatlatmaları veya onunla etkileşime girmeleri istenir. Deneyin durağan yüz aşamasında bebeklerde olumsuz duygulanımda artış, olumlu duygulanımda azalma, başlangıçta annenin ilgisini çekme çabası, ancak daha sonra geri çekilme ve sosyal davranışlarda azalma ile birlikte stres belirtileri ortaya çıkar [121]. Annelerin mobil cihaz aracılığıyla Durağan Yüz durumu sergilediği bir çalışmada, 4-11 aylık bebekler bu durum nedeniyle sıkıntı ve annelerinden kopukluk göstermişlerdir [122]. Yine başka bir çalışmada, mobil cihaz aracılı Durağan Yüz aşamasında 5-14 aylık bebeklerin annelerine yönelik olumlu duygulanımlarında ve annelerine yönelimlerinde azalmalar, olumsuz duygulanımlarında, kendilerini rahatlatmalarında ve kaçma davranışlarında artışlar sergilediklerini bildirmiştir [123].

Mobil kesintilerin bebeklerde fizyolojik ve davranışsal değişkenleri nasıl etkilediğini araştıran bir çalışmada, anne-bebek etkileşimleri sırasında cep telefonunun neden olduğu kesintiler, bebeklerde kalp atışı ve olumsuz affektte artışa neden olmuştur. Bu da bu durumun bebek için stresli bir bağlam olabileceğini düşündürmektedir [124].

Teknoferansın çocuklarda yürütücü işlevleri nasıl etkilediği de araştırılmış, ebeveynlerin sorunlu teknoloji kullanımının çocukların yürütücü işlev zorluklarıyla ilişkili olduğu, bu ilişkiye de teknoloferansın aracılık ettiği gösterilmiştir [125].

Özetlersek teknoloferans ebeveynin duyarlılığını [33], karşılıklı konuşmayı [117], dolayısıyla anne-çocuk etkileşimini [27] bozuyor görünmektedir. Ek olarak teknoloferansın çocuğun yürütücü işlev zorluklarıyla [125], duygusal, davranışsal [123], ve dil gelişimiyle [35] ilgili sorunlarla ilişkili olduğu farklı çalışmalarla gösterilmiştir. Teknoferans kavramı birçok farklı teknolojik cihazla meydana gelen kesintileri ifade etmek için tanımlanmış olsa da akıllı telefonların bu bozucu etkide daha özel bir yeri var gibi görünmektedir [31]. Araştırmalar annelerin çocukları varlığında akıllı telefon kullanmaktan suçluluk duysalar da kullanım oranlarının arttığını göstermektedir [114]. Önceki bölümlerde değinildiği gibi normal dil

gelişimi, teknoferansın etkilediğini bildiğimiz bildiğimiz anne-çocuk etkileşimi [65] ve yürütücü işlevler [126] gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bütün bunlar dil gelişimi, anne çocuk etkileşimi ve teknoferans arasındaki ilişkiyi araştırılmaya değer kılmaktadır. Öte yandan sorunlu akıllı telefon kullanımı anksiyete ve depresyonla ilişkili olup [127], anne psikopatolojisinin [103] ve annedeki aleksitimi varlığının [29] anne-çocuk ilişki ve etkileşimi üzerinde bilinen olumsuz etkisi nedeniyle çalışmamızda bu değişkenler de hesaba katılacaktır.



5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Örneklem Seçimi

Etik kurul onayını takiben Nisan 2023–Kasım 2023 tarihleri arasında, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda daha önce değerlendirilip DB tanısı almış olan ve takipleri süren ya da ilk kez başvurmuş olup değerlendirmeler sonucu DSM-5'e göre DB tanısı konulmuş 1-6 yaş aralığındaki 40 çocuk 'dil bozukluğu hasta grubu' olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuruda bulunan ancak psikiyatrik değerlendirmeler ve alınan tıbbi öykü sonucunda DSM-5 tanı kriterlerine göre herhangi bir psikiyatrik tanı saptanmayan, 1-6 yaş aralığındaki 31 çocuk ise 'kontrol grubu' olarak çalışmaya alınmıştır.

Çalışmaya alınan çocukların ebeveynleri, çalışma hakkında ayrıntılı bilgilendirildikten sonra çalışmaya dahil edilmeleri için kendilerinden onam alınmıştır. Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu Ek 1'de sunulmuştur.

5.2. Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Dil Bozukluğu Grubu için Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. 1-6 yaş aralığında olmak
2. DSM-5'e göre 'Dil Bozukluğu' tanısı almak
3. Yapılan gelişim testleri sonucunda dil alanı dışındaki diğer gelişim basamaklarında - 2 SD'nin üstünde olmak
4. Dil gelişimini etkileyebilecek medikal, nörolojik, genetik hastalık, işitme kaybı, erken prematürite (≤ 33 . gestasyonel hafta) ve çok düşük doğum ağırlığı (≤ 1500 gr) öyküsü olmamak
5. Komorbid psikopatoloji tanısı olmamak
6. Ebeveynlerinden onam alınmış olması

Dil Bozukluğu Grubu için Dışlanma Kriterleri

1. Dil bozukluğu grubu için çalışmaya dahil edilme kriterlerinin karşılanmaması
2. Primer bakım vereni anne olmayan çocuklar

3. Annenin yapılacak görüşmelere katılımını engelleyebilecek veya ölçekleri dolduramayacak derecede zihinsel/bedensel engelinin olması
4. Annenin yapılacak görüşmelere katılımını engelleyebilecek veya ölçekleri dolduramayacak düzeyde Türkçe bilmemesi

Kontrol Grubu Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. 1-6 yaş aralığında olmak
2. Klinik değerlendirme sonucu herhangi bir psikopatolojiye sahip olmamak
3. Herhangi bir kronik hastalığı bulunmamak
4. Ebeveynlerinden onam alınmış olması

Kontrol Grubu Dışlanma Kriterleri

1. Kontrol grubu için çalışmaya dahil edilme kriterlerinin karşılanmaması
2. Primer bakım vereni anne olmayan çocuklar
3. Annenin yapılacak görüşmelere katılımını engelleyebilecek veya ölçekleri dolduramayacak zihinsel/bedensel engeli olması
4. Annenin yapılacak görüşmelere katılımını engelleyebilecek veya doldurulması istenen ölçekleri dolduramayacak düzeyde Türkçe bilmemesi

5.3. Örneklem Büyüklüğü

G*Power 3.1 yazılımı kullanılarak yapılan güç analizinde “48-72 aylık çocuklara yönelik sosyal problem çözme becerilerinin ebeveyn-çocuk ilişkisi yönünden incelenmesi” [128] isimli tez çalışması referans alınmış olup örneklem büyüklüğü minimum 40 (20 hasta, 20 kontrol) olarak belirlenmiştir. (effect size $d=1.17$, $\alpha=0.05$, power=0.95) Bununla birlikte çalışmaya dil bozukluğu grubu için 40, kontrol grubu için 31 çocuk dahil edilmiştir.

5.4. Tanı ve Değerlendirme Süreci

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda değerlendirilip DSM-5 kriterlerine göre ‘Dil Bozukluğu’ tanısı alan gruba ve DSM-5 kriterlerine göre herhangi bir psikiyatrik tanı saptanmayan gruba,

1. Genel gelişim düzeylerinin değerlendirilebilmesi amacıyla konuşma becerileri yeterli olan katılımcılar için Stanford Binet Zeka Testi, yeterli konuşma becerisi olmayan katılımcılar için ise Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) uygulanmıştır.
2. Türkçe İfade Edici ve Alıcı Dil (TİFALDİ) Testi klinisyen veya klinik psikolog tarafından uygulanarak dil gelişim düzeyi objektif bir temele dayandırılmıştır.
3. Çocuk psikopatolojisinin alt boyutlarının değerlendirilmesi için 1.5-5 yaş Okul Öncesi Çocuklar için Öğretmen/Bakım Veren Kişiler İçin Bilgi Formu,
4. Annedeki ruhsal semptomların değerlendirilmesi için Kısa Semptom Envanteri (KSE),
5. Annede aleksimiti varlığının değerlendirilmesi için Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20),
6. Annenin akıllı telefon kullanımının değerlendirilmesi için Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği Kısa Formu (ATBÖ-KF),
7. Anne-çocuk ilişkisini değerlendirmek için ise Çocuk-Anababa İlişki Ölçeği uygulanmıştır.

5.5. Veri Toplama Araçları

5.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacının çalışmaya yönelik hazırlamış olduğu bu formda doğum ve bakım öyküsü, çocuğa, ebeveynlerine ve kardeşlerine ait sosyodemografik bilgiler, çocuk, ebeveyn ve kardeşlerde tıbbi/psikiyatrik hastalık ve ilaç kullanımı öyküsü, ebeveyn ve çocuğun ekran kullanım özellikleri detaylı şekilde sorgulanmıştır.

5.5.2. Stanford Binet Zeka Testi

Alfred Binet ve Theodore Simon tarafından 2 yaş itibari ile zihinsel düzeyi tespit edebilmeye yarayan ve bireysel olarak uygulanan zekâ testidir. Ölçtüğü zihinsel kümeler Sözel Yargılama, Görsel-Soyut Yargılama, Niceliksel Yargılama ile Kısa Süreli Bellek olmak üzere 4 grupta toplanmaktadır. Test uygulamasının sonunda yapılan puanlama ile bireyin Zekâ Yaşı ve Zekâ Bölümü elde edilir. Zekâ Yaşı, yanıtlanan soruların doğruluk düzeyi ile örtüşen yaş grubudur. Zekâ Bölümü ise zekâyı matematiksel olarak ifade etmeye yarayan sayısal veridir. Bir başka deyişle, kronolojik yaşı 4 olan bir çocuk 4 yaş 6 aylık bir çocuktan beklenecek seviyede performans gösteriyorsa bu çocuğun zekâ yaşı 4 yaş 6 ay olarak hesaplanır. İkinci bir

işlem ile erişilen zihinsel performans sayılara dökülür ve çocuğun zekâ bölümü elde edilir [129]. Bu test çalışmamıza dahil edilen çocukların zihinsel yetersizliğinin olmadığı (zihinsel gelişimlerinin -2 SD'nin altında olmadığı) gösterilmesi amacıyla uygulanmıştır.

5.5.3. Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE)

Erol, Sezgin ve Savaşır [130] tarafından özgün bir gelişim değerlendirme aracı olarak kültürümüze uygun olarak geliştirilen AGTE annelere sorulan 154 adet sorunun "Evet - Hayır - Bilmiyorum" şeklinde cevaplanması yoluyla uygulanır. Yüksek derecede geçerlik ve güvenilirliğe sahip bir ölçüm aracıdır. Gelişimin "Dil-Bilişsel" "İnce Motor" "Kaba Motor" "Sosyal Beceriler" ve "Özbakım" alanlarını değerlendirip puanlar. Nihayetinde bu alt alanlar ve toplam gelişim için beş farklı puan elde edilmektedir. Gelişim puanları yorumlanırken alt test ham puan ortalamaları yaşa göre sıralanır. Bir çocuk alt testlerin en az birinden kendi yaş düzeyinin %30 altındaki bir yaş düzeyine denk gelen puan almışsa; ya da iki ya da daha fazla alt test puanı % 20 ve % 30 düşük yaş düzeyleri arasındaysa çocukta gelişim geriliği olduğu ifade edilir. Çalışmamızda AGTE konuşma becerisi yeterli düzeyde olmadığı için Stanford Binet testini alamayan çocukların gelişimini değerlendirmek için kullanılmıştır.

5.5.4. Türkçe İfade Edici ve Alıcı Dil (TİFALDİ) Testi

Berument ve Güven tarafından 2010 yılında, 2-12 yaş arasındaki çocukların alıcı ve ifade edici kelime dağarcığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş ve geçerlilik-güvenirlilik çalışması yapılmıştır [131]. Bu test profesyonel bir ressam tarafından siyah beyaz olarak çizilmiş resimler içeren 104 alıcı dil test kartı ve 80 ifade edici dil test kartı içerir.

Alıcı dil kartlarının her birinde, biri sorulan kelime olmak üzere dört resim bulunmaktadır. Çocuğun uygulayıcı tarafından sözel olarak söylenen kelimenin resmini göstermesi gerekmektedir. İfade edici alt testinde ise her kartta yanıtı tek sözcük olarak verilmesi gereken, çeşitli semantik kategorileri temsil eden bir resim bulunmaktadır.

Verilen cevaplara göre Alıcı dil alt testi için 0-104 arası ham puan, ifade edici dil alt testi içinse 0-80 arası ham puan belirlenmekte, sonrasında bu ham puanlar kılavuzda yer alan yaş aralıklarına göre 56-144 arası standart puanlara çevrilebilmektedir [132] [133] [134]. Çalışmamızda TİFALDİ sonuçları değerlendirilirken, alınan ham puanın denk geldiği yaş ay cinsinden hesaplanarak çocuklar derecelendirilmiştir.

5.5.5. 1.5-5 yaş Okul Öncesi Çocuklar için Öğretmen/Bakım Veren Kişiler için Bilgi Formu (Child Behaviour Check List- CBCL 1.5-5 yaş)

Achenbach ve Rescorla[135] tarafından 1997 yılında geliştirilip Erol ve Avcı [136] tarafından 2003'te Türkçe'ye uyarlanan Okul Öncesi Çocuklar için Öğretmen/Bakım Veren Kişiler için Bilgi Formu 1 1/2 -5 Yaş, (The Caregiver - Teacher Report Form for Ages 1 1/2 - 5, C-TRF 1 1/2 -5) okul öncesi çocukların sorun davranışlarını anne babalardan ya da çocukla ilişki içinde olan diğer kişilerden ve öğretmenlerden elde edilen bilgiler doğrultusunda değerlendirmeyi amaçlar. Ölçek 100 madde olup problem davranışlar son iki ay içindeki görülme sıklık derecesine göre; 0 = çocuk için doğru değil, 1= biraz ya da bazen doğru ve 2 = çok ya da sıklıkla doğru olarak derecelendirilir. Ölçek maddeleri duygusal reaktivite, kaygı-depresyon, somatik şikayetler, içe-kapanıklık, dikkat sorunları ve saldırgan davranış olarak çeşitli alt sendrom ölçekleri içinde gruplandırılır. Ayrıca form DSM odaklı beş ölçeği de değerlendirmektedir. Bunlar, (1) duygusal sorunlar; (2) kaygı sorunları; (3) yaygın gelişimsel sorunlar; (4) dikkat eksikliği/hiperaktivite sorunları ve (5) karşı olma sorunlarıdır [136]. Çalışmamızda bu form DSM kriterlerini karşılamasa da çocuklarda mevcut olabilecek olası psikopatolojilerin alt boyutlarını değerlendirmek için kullanılmıştır.

5.5.6. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Çalışmamızda annedeki ruhsal semptomlar Kısa Semptom Envanteri ile araştırılmıştır. Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory) Derogatis tarafından geliştirilmiş olup genel bir psikopatoloji değerlendirmesi yapma amacı taşıyan Likert tipi kendini değerlendirme envanteridir [137]. Şahin ve Durak tarafından 1994'te yapılan Türkçe uyarlamasında psikopatolojiler 53 maddede değerlendirilmiştir olup "Anksiyete" için 17 madde, "Depresyon" için 14 madde, "Olumsuz Benlik" için 9 madde, "Somatizasyon" için 7 madde ve "Hostilite" için 4 madde olmak üzere beş faktör mevcuttur [138].

5.5.7. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

Likert tipi, 1-5 arası puanlanan, 20 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Duygularını Tanımada Güçlük (TAÖ-1), Duyguları Söze Dökmede Güçlük (TAÖ-2), Dışa-Dönük Düşünme (TAÖ-3) alt-ölçekleri vardır. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir. Bagby ve arkadaşları [139] [140] tarafından geliştirilmiş olup Türkçe uyarlaması Güleç ve arkadaşları [141] tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Güleç ve Yenel'in 2011'de yaptığı çalışmaya göre aleksitimiklerin atlanmaması isteniyorsa "51" puanının alt

değer olarak alınması; saf aleksitimik grupla çalışılmak isteniyorsa "59" puanının üst değer alınması şeklinde kesme noktaları önerilmiştir [142].

5.5.8. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği Kısa Formu (ATBÖ-KF)

ATBÖ-KF, Kwon ve arkadaşları tarafından [143] tarafından ergenlerde akıllı telefon bağımlılığı riskini ölçmek için geliştirilen, 10 maddeden oluşan ve altılı Likert derecelleme ile değerlendirilen bir ölçektir. Ölçek puanları 10-60 arasında değişmektedir. Testten elde edilen puan arttıkça bağımlılık için riskin arttığı değerlendirilmektedir. Ölçek bir faktörlü olup alt ölçekleri yoktur. Kore örnekleminde erkekler için kesme puanı 31, kadınlar için 33 olarak belirtilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliği Noyan tarafından 2015’ te yapılmıştır [144].

5.5.9. Çocuk-Anababa İlişki Ölçeği - ÇAIÖ (Child-Parent Relationship Scale -CPRS)

1992 yılında R. C.Pianta tarafından 3-12 yaş arasındaki çocuklar ve ebeveynleri arasındaki ilişkiyi anlamak amacıyla bağlanma teorisi temelinde geliştirilen bir ölçektir. Maddeler tasarlanırken anne-çocuk etkileşimi literatürü ve Bağlanma Q-Set ölçeğinden yararlanılmıştır [145]. Orijinal ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır. Çatışma alt boyutu 14 madde, Bağlanma alt boyutu 6 madde ve Olumlu ilişki boyutu alt boyutu 10 madde olmak üzere toplam 30 madde mevcuttur. Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Akgün ve Yeşilyaprak tarafından 4-6 yaş arası çocuklar için yapılmış olup, Bağlanma alt boyutu çıkarılmıştır; Çatışma ve Olumlu ilişki alt boyutları ise korunmuştur. “Ölçeğin Türkçe formu 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5’li Likert tipi bir ölçek olup (1) Kesinlikle uygun değil ile (5) Kesinlikle çok uygun arasında yanıtlanır. Ölçekte olumlu ve olumsuz ifadeler vardır ve olumlu ifadeler tersine çevrilerek puanlanmaktadır. (1) Kesinlikle uygun değil 5 puan, (5) kesinlikle çok uygun 1 puandır. Ölçekten yüksek puan alma olumsuz ilişkiyi, düşük puan alma olumlu ilişkiyi göstermektedir. Toplam puan en yüksek 120 ve en düşük 24 arasındadır [146].”

5.6. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler için SPSS 25.0 Paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı analizler sürekli değişkenler için verilerin normal dağılıma uygunluk durumuna göre ortalama $\pm$ standart sapma şeklinde, kategorik değişkenler ise yüzde olarak verildi. Kategorik veriler Ki-Kare veya Fisher’ın Exact Testi kullanılarak analiz edildi. Varyansların homojenliğini değerlendirmeye yönelik Levene’s Test kullanıldı. Sürekli değişkenlerin birlikte değişimini incelemek için

Pearson/Spearman korelasyon katsayısından faydalanıldı. Tip 1 hata düzeyinin %5'in altında olması anlamlı olarak yorumlandı ve $p<0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.



6. BULGULAR

Çalışmamıza dil bozukluğu grubu için 40, kontrol grubu için 31 katılımcı dahil edilmiştir.

6.1. Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan DB'li çocukların yaş ortalaması 40.72 ± 13.12 ay, sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması 45.90 ± 10.68 ay olarak bulunmuştur (Tablo 6.1).

Tablo 6.1. Gruplarda Çocukların Yaş Ortalamaları

	DB	Kontrol	t	p
	N=40	N=31		
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS		
Yaş (Ay)	40,72 $\pm$ 13,12	45,90 $\pm$ 10,68	-1.785	0.079

p=anlamlılık

DB grubunun %72,5'i erkek, %27,5'i kız, kontrol grubunun %51,6'sı erkek, %48,4'ü kızdır. Gruplar arasında yaş ortalamaları ($p=0.079$) ve cinsiyet açısından ($p=0.070$) anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 6.2.).

Tablo 6.2. Grupların Cinsiyet Dağılımları

		DB	Kontrol	χ^2	p
		N=40	N=31		
		n (%)	n (%)		
Cinsiyet	Kız	11 (27,5)	15 (48,4)	3.283	0.070
	Erkek	29 (72,5)	16 (51,6)		

p=anlamlılık

DB ve kontrol grupları arasında doğum şekli, zor doğum, doğum komplikasyonları gibi doğum öyküleri açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 6.3.).

Tablo 6.3. DB ve Kontrol Grubundaki Çocukların Doğum Öyküleri

	DB	Kontrol		
	N=40	N=31		
	n (%)	n (%)	x²	p
Doğum Şekli				
NVSD	21(52,5)	17 (54,8)	0.038	0.845
C/S	19 (42,5)	14 (45,2)		
Zor Doğum				
Yok	33 (82,5)	27 (87,1)	0.282	0.595
Var	7 (17,5)	4 (12,9)		
Doğum Komplikasyonları				
Yok	32 (80,0)	24 (77,4)	0.070	0.792
Var	8 (20,0)	7 (22,6)		

p=anlamlılık

DB ve kontrol grupları çocukların doğumdaki özellikleri açısından farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.4.).

Tablo 6.4. DB ve Kontrol Grubundaki Çocukların Doğumdaki Özellikleri

	DB	Kontrol		
	N=40	N=31		
	Ort±SS	Ort±SS	t	p
Doğum Haftası	38,15±1.92	38,09±1,42	0.129	0.898
Doğum Kilosu	3092,30±604,66	3208,64±457,34	-0.888	0.378

p=anlamlılık

DB ve kontrol grupları çocukların doğum sıraları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.5.).

Tablo 6.5. DB ve Kontrol Grubundaki Çocukların Doğum Sırası

		DB	Kontrol	x ²	p
		N=40	N=31		
		n (%)	n (%)		
Doğum Sırası	En büyük çocuk	6 (15,0)	3 (9,7)	1.072	0.957
	En küçük çocuk	17 (42,5)	12 (38,7)		
	Tek çocuk	12 (30,0)	12 (38,7)		
	Ortanca	2 (5,0)	2 (6,5)		
	Çok kardeş	1 (2,5)	1 (3,2)		
	İkiz eşi	2 (5,0)	1 (3,2)		

p=anlamlılık

Annelerin yaş ortalaması DB grubunda 33,37±4,77, sağlıklı kontrol grubunda 33,48±4,48 olarak bulunmuştur. Babaların yaş ortalaması ise DB grubunda 37,00±5,10 sağlıklı kontrol grubunda 36,53±4,06'dir. Gruplar arasında anne yaşı (p=0.922) ve baba yaşı (p=0.682) açısından anlamlı farklılık yoktur (Tablo 6.6.).

Tablo 6.6. Gruplarda Ebeveynlerin Yaş Ortalamaları

	DB	Kontrol	t	p
	N=40	N=31		
	Ort±SS	Ort±SS		
Anne yaş	33,37±4,77	33,48±4,48	-0.098	0.922
Baba yaş	37,0±5,10	36,53±4,06	0.412	0.682

p=anlamlılık

DB olan çocukların annelerinin %2,5'i okuryazar, %15,0'i ilkokul, 27,5'i ortaokul, %25,0'i lise, %25,0'i lisans, %5,0'i doktora mezunudur. Kontrol grubundaki çocukların annelerinin ise %12,9'u ilkokul, %9,7'si ortaokul, %29,0'u lise, %41,9'u lisans, %6,6'sı yüksek lisans mezunudur. DB grubunda babaların %10'u ilkokul, %22,5'i ortaokul, %40,0'ı lise, %22,5'i lisans ve %2,5'i yüksek lisans, %2,5'i doktora mezunudur. Kontrol grubunda ise

babaların %3,2'si ilkököl, %9,7'si ortaokul, %45,2'si lise, %32,3'ü lisans, %9,7'si yüksek lisans mezunudur. Annelerin de (p=0.151) babaların da (p=0.312) eğitim düzeyleri gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemektedir. (Tablo 6.7.).

Tablo 6.7. Ebeveynlerin Eğitim Düzeyleri

	DB	Kontrol		
	N=40	N=31		
	n (%)	n (%)	x ²	p
Anne Eğitim Düzeyi				
Okuryazar	1 (2,5)	0 (0,0)	9.426	0.151
İlkokul	6 (15,0)	4 (12,9)		
Ortaokul	11 (27,5)	3 (9,7)		
Lise	10 (25,0)	9 (29,0)		
Lisans	10 (25,0)	13 (41,9)		
Yüksek Lisans	0 (0,0)	2 (6,6)		
Doktora	2 (5,0)	0 (0,0)		
Baba Eğitim Düzeyi				
Okuryazar	0 (0,0)	0 (0,0)	5.941	0.312
İlkokul	4 (10,0)	1 (3,2)		
Ortaokul	9 (22,5)	3 (9,7)		
Lise	16 (40,0)	14 (45,2)		
Lisans	9 (22,5)	10 (32,3)		
Yüksek Lisans	1 (2,5)	3 (9,7)		
Doktora	1 (2,5)	0 (0,0)		

p=anlamlılık

DB ve kontrol gruplarında ailenin toplam çocuk sayısı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.8.).

Tablo 6.8. DB ve Kontrol Grubunda Ailenin Toplam Çocuk Sayısı

	DB	Kontrol	t	p
	N=17	N=20		
	Ort±SS	Ort±SS		
Ailenin Toplam Çocuk Sayısı	1,87±0,83	1,70±0,64	0.893	0.375

p=anlamlılık

DB grubundaki çocukların %37,5'i, kontrol grubundaki çocukların ise %48,4'ü kreşe gitmektedir. DB ve kontrol gruplarında çocukların kreşe gitme durumları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.9.).

Tablo 6.9. DB ve kontrol gruplarının kreşe gitme durumu

		DB	Kontrol	x²	p
		N=40	N=31		
		n (%)	n (%)		
Kreş	Evet	15 (37,5)	15 (48,4)	0.848	0.357
	Hayır	25 (62,5)	16 (51,6)		

p=anlamlılık

DB ve kontrol gruplarında çocukların kreşe gitme süreleri açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.10.).

Tablo 6.10. DB ve Kontrol Grubundaki Çocukların Kreşe Gitme Süreleri (Ay Olarak)

		DB	Kontrol	t	p
		N=40	N=31		
		Ort±SS	Ort±SS		
Kreşe Gitme Süresi (ay)		2,92±5,44	4,77±8,78	-1.090	0.280

p=anlamlılık

DB grubunun günlük ortalama ekran maruziyeti süresi 141,28±139,75 iken kontrol grubunda bu süre 109,48±118,69'dur. DB ve kontrol gruplarında çocukların günlük ekran maruziyeti süreleri açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.11.).

Tablo 6.11. DB ve Kontrol Grubundaki Çocukların Günlük Ekran Maruziyetleri (Mann-Whitney)

		DB	Kontrol	t	p
		N=39	N=29		
		Ort±SS	Ort±SS		
Günlük Ekran Maruziyeti		36,64±1429,0	31,62±917,0	482.0	0.297

p=anlamlılık

DB ve kontrol gruplarında çocukların annelerinin günlük akıllı telefon kullanım süreleri DB grubu için $148,52 \pm 111,85$ dk, kontrol grubu için $176,55 \pm 202,17$ dk olarak bulunmuştur. İki grup arasında annelerinin günlük akıllı telefon kullanım süreleri açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.12.).

Tablo 6.12. DB ve Kontrol Grubundaki Çocukların Annelerinin Günlük Akıllı Telefon Kullanım Süreleri (Mann-Whitney)

	DB	Kontrol	t	p
	N=17	N=20		
	Ort±SS	Ort±SS		
Annenin Günlük Akıllı Telefon Kullanım Süresi	18,76±319,0	19,20±384,0	166.0	0.903

p=anlamlılık

DB grubundaki çocukların %89,7'si hiç tablet kullanmamakta, %2,6'sı az, %2,6'sı sık tablet kullanmaktadır, %5,22'sinin en sık kullandığı elektronik cihaz ise tablettir. Kontrol grubundaki çocukların %74,2'si hiç tablet kullanmamakta, %9,7'si az tablet kullanmaktadır, %16,11'inin en sık kullandığı elektronik cihaz ise tablettir. DB ve kontrol grupları arasında çocukların tablet kullanma sıklıkları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.13.).

Tablo 6.13. DB ve Kontrol Grubundaki Çocukların Tablet Kullanım Sıklıkları

	DB	Kontrol	x ²	p
	N=39	N=31		
	n (%)	n (%)		
Tablet Kullanımı				
Hiç	35 (89,7)	23 (74,2)		
Az	1(2,6)	3 (9,7)		
Sık	1 (2,6)	0 (0,0)	4.918	0.178
En sık	2 (5,2)	5 (16,1)		

p=anlamlılık

DB grubundaki çocukların %30,8'i hiç akıllı telefon kullanmamakta, %7,7'si az, %12,8'i sık akıllı telefon kullanmaktadır, %48,7'sinin en sık kullandığı elektronik cihaz ise akıllı telefondur. Kontrol grubundaki çocukların %37,8'si hiç akıllı telefon kullanmamakta, %9,7'si az, %19,4'ü sık akıllı telefon kullanmaktadır; %32,3'ünün en sık kullandığı elektronik cihaz ise akıllı telefondur. DB ve kontrol grupları arasında çocukların akıllı telefon kullanma sıklıkları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.14.).

Tablo 6.14. DB ve Kontrol Grubundaki Çocukların Akıllı Telefon Kullanım Sıklıkları

	DB	Kontrol	x ²	p
	N=39	N=31		
	n (%)	n (%)		
Akıllı Telefon Kullanımı				
Hiç	12 (30,8)	12 (38,7)	1.996	0.573
Az	3 (7,7)	3 (9,7)		
Sık	5 (12,8)	6 (19,4)		
En sık	19 (48,7)	10 (32,3)		

p=anlamlılık

DB grubunda bilgisayar kullanan çocuk bulunmamakta, kontrol grubunda ise çocukların %3,2'si az, %3,2'si sık bilgisayar kullanmaktadır. DB ve kontrol grupları arasında çocukların bilgisayar kullanma sıklıkları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.15.).

Tablo 6.15. DB ve Kontrol Grubundaki Çocukların Bilgisayar Kullanım Sıklıkları

	DB	Kontrol		
	N=39	N=31	x ²	p
	n (%)	n (%)		
Bilgisayar Kullanımı				
Hiç	39 (100,0)	29 (93,5)	2.590	0.274
Az	0 (0,0)	1 (3,2)		
Sık	0 (0,0)	1 (3,2)		
En sık	0 (0,0)	0 (0,0)		

p=anlamlılık

DB grubundaki çocukların %20,5'i hiç TV izlememekte, %12,8'i az, %28,2'si sık TV izlemektedir, %38,5'inin en sık kullandığı elektronik cihaz ise TV'dir. Kontrol grubundaki çocukların %32,3'ü hiç TV izlememekte, %25,8'i sık TV izlemektedir, %41,9'unun ise en sık kullandıkları elektronik cihaz TV'dir. DB ve kontrol grupları arasında çocukların televizyon izleme sıklıkları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.16.).

Tablo 6.16. DB ve Kontrol Grubundaki Çocukların Bilgisayar Kullanım Sıklıkları

	DB	Kontrol		
	N=39	N=31		
	n (%)	n (%)	x ²	p
Televizyon İzleme				
Hiç	8 (20,5)	10 (32,3)		
Az	5 (12,8)	0 (0,0)		
Sık	11 (28,2)	8 (25,8)	4.490	0.173
En sık	15 (38,5)	13 (41,9)		

p=anlamlılık

6.2. Grupların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Türkçe İfade Edici ve Alıcı Dil (TİFALDİ) Testi puanları değerlendirilirken elde edilen ham puan ilgili tablolar üzerinden çocuk yaşında karşılık geldiği ay değerine çevrilmiştir. Bu değerler DB grubu ve kontrol grubu arasında değerlendirilmiştir.

DB grubundaki çocukların TİFALDİ Alıcı Dil puanlarının denk geldiği yaş 43,05±16,90 ay, İfade Edici Dil puanlarının denk geldiği yaş ise 34,00±22,70 aydır. Kontrol grubundaki çocukların TİFALDİ Alıcı Dil puanlarının denk geldiği yaş 63,67±23,29 ay, İfade Edici Dil puanlarının denk geldiği yaş ise 63,93±23,22 aydır. Çocuklara uygulanan TİFALDİ Testi Alıcı Dil ve İfade Edici Dil alt puanlarının çocuk yaşında karşılık geldiği ay değerinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 6.17.). (**p<0.001**)

Tablo 6.17. DB ve kontrol Gruplarında Çocukların TİFALDİ Puanlarının Karşılaştırılması

	DB	Kontrol		
	Ort±SS	Ort±SS	t	p
TİFALDİ Alıcı Dil yaşı (ay)	43,05±16,90	63,67±23,29	-4.291	<0.001*
TİFALDİ İfade Edici Dil yaşı (ay)	34,00±22,70	63,93±23,22	-5.425	<0.001*

p=anlamlılık

DB ve kontrol grubunda annelere uygulanan Kısa Semptom Envanteri(KSE) alt ölçek puanlarında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. (Tablo 6.18.).

Tablo 6.18. Gruplarda Annelerin Kısa Semptom Envanteri alt ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	DB	Kontrol	t	p
	Ort±SS	Ort±SS		
KSE Anksiyete	7,76±8,83	6,00±5,40	0.978	0.331
KSE Depresyon	10,75±9,56	7,48±7,50	1.563	0.123
KSE Olumsuz Benlik	9,45±9,92	5,61±6,23	1.882	0.064
KSE Somatizasyon	4,05±4,93	4,16±4,20	-0.100	0,920
KSE Hostilite	6,20±5,68	5,74±4,35	0.375	0.709

p=anlamlılık

DB ve kontrol grubunda annelere uygulanan Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği Kısa Formu (ATBÖ-KF) toplam puanlarında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. (Tablo 6.19.).

Tablo 6.19. Gruplarda Annelerin Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği Kısa Formu (ATBÖ-KF) Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

	DB	Kontrol	t	p
	Ort±SS	Ort±SS		
ATBÖ-KF	17,60±8,08	17,09±8,74	0.251	0.803

p=anlamlılık

DB ve kontrol grubunda annelere uygulanan Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) alt ölçek puanlarında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.20.).

Tablo 6.20. Gruplarda Annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) Puanlarının Karşılaştırılması

	DB	Kontrol	t	p
	Ort±SS	Ort±SS		
TAÖ-20 Duygularını Tanıyama	12,12±4,95	9,96±4,04	1.968	0.053
TAÖ-20 Duygularını İfade Etme Zorluğu	11,60±2,86	10,90±2,90	1.011	0.316
TAÖ-20 Dışa Vuruk Düşünme	22,10±3,95	21,93±4,79	0.158	0.875

p=anlamlılık

DB ve kontrol grubunda annelere uygulanan Çocuk Anababa İlişki Ölçeği (ÇAIÖ) alt ölçek puanlarında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.21.).

Tablo 6.21. Gruplarda Çocuk Anababa İlişki Ölçeği (ÇAIÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	DB	Kontrol	t	p
	Ort±SS	Ort±SS		
ÇAIÖ Olumlu İlişki	20,57±3,88	19,41±4,02	1.225	0.225
ÇAIÖ Çatışma	31,15±10,89	31,54±10,39	-0.156	0.877

p=anlamlılık

DB ve kontrol grubunda 1.5-5 yaş Okul Öncesi Çocuklar için Öğretmen/Bakım Veren Kişiler için Bilgi Formu (Child Behaviour Check List - CBCL 1.5-5 yaş) alt ölçek puanlarında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. (Tablo 6.22.).

Tablo 6.22. Gruplarda 1.5-5 yaş Okul Öncesi Çocuklar için Öğretmen/Bakım Veren Kişiler için Bilgi Formu (Child Behaviour Check List - CBCL 1.5-5 yaş) alt ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	DB	Kontrol	t	p
	Ort±SS	Ort±SS		
CBCL Duygusal Sorunlar	2,55±2,72	2,29±2,00	0.445	0.658
CBCL Kaygı Sorunları	3,97±3,05	4,41±3,24	0.668	0.556
CBCL Yaygın Gelişimsel Sorunlar	4,65±3,38	2,64±2,61	0.221	0.008
CBCL Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Sorunları	4,65±2,88	5,22±2,80	0.590	0.401
CBCL Karşı Olma Sorunları	2,80±2,30	3,35±2,84	0.325	0.367

p=anlamlılık

6.3. Grup İçi Korelasyonlar

6.3.1. DB Grubunda Ölçekler Arası Korelasyonlar

DB grubunda kullanılan ölçekler arasındaki korelasyonlar Tablo 6.23.'te gösterilmiştir.

Çocuğa uygulanan TİFALDİ Testi Alıcı Dil puanı ile TİFALDİ Testi İfade Edici Dil puanı arasında ($r=0.802$, $p<0.001$) pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

Çocuğa uygulanan TİFALDİ Testi Alıcı Dil puanı ile annelere uygulanan Çocuk Anababa İlişki Ölçeği (ÇAİÖ) Olumsuz İlişki alt ölçeği puanı arasında ($r=-0.378$, $p=0.018$) negatif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

Kısa Semptom Envanteri (KSE) Anksiyete alt ölçeği puanıyla ÇAİÖ Çatışma alt ölçeği puanı arasında ($r=0.507$, $p=0.001$) pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

KSE Depresyon alt ölçeği puanıyla ÇAİÖ Çatışma alt ölçeği puanı arasında ($r=0.495$, $p=0.001$) pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

KSE Olumsuz Benlik alt ölçeği puanıyla ÇAİÖ Çatışma alt ölçeği puanı arasında ($r=0.564$, $p<0.001$) pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

KSE Hostilite alt ölçeği puanıyla ÇAİÖ Çatışma alt ölçeği puanı arasında ($r=0.382$, $p=0.016$) pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği puanıyla KSE'nin tüm alt ölçeklerinin puanları arasında -KSE Anksiyete alt ölçeği ile ($r=0.391$, $p=0.014$), KSE Depresyon alt ölçeği ile ($r=0.437$, $p=0.005$), KSE Olumsuz benlik alt ölçeği ile ($r=0.399$, $p=0.011$), KSE Somatizasyon alt ölçeği ile ($r=0.642$, $p<0.001$), KSE Hostilite alt ölçeği ile ($r=0.364$, $p=0.023$)- pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği puanıyla ÇAİÖ Çatışma alt ölçeği puanı arasında ($r=0.338$, $p=0.033$) pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

ÇAİÖ Çatışma alt ölçeği puanıyla TAÖ-20'nin Duygularını tanıyamama alt ölçeği puanı arasında ($r=0.505$, $p=0.001$) pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

ÇAİÖ Çatışma alt ölçeği puanıyla CBCL Duygusal sorunlar ($r=0.331$, $p=0.037$), CBCL Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite sorunları ($r=0.337$, $p=0.034$) ve CBCL Karşı olma sorunları ($r=0.357$, $p=0.024$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

Tablo 6.23. DB Grubunda Ölçekler Arası Korelasyonlar

	TİF-A	TİF-İ	KSE-A	KSE-D	KSE-O	KSE-S	KSE-H	ATBÖ	TAÖ-T	TAÖ-İ	TAÖ-D	ÇAİÖ-Ç	ÇAİÖ-Oİ	CBCL-D	CBCL-K	CBCL-YG	CBCL-DEHB	CBCL-KO
TİF-A																		
TİF-İ	.802**																	
KSE-A	-.247	-.108																
KSE-D	-.177	-.019	.898**															
KSE-O	-.219	-.041	.932**	.899**														
KSE-S	-.041	-.004	.516**	.605**	.574**													
KSE-H	-.148	.056	.838**	.836**	.866**	.511**												
ATBÖ	.007	.193	.391*	.437**	.399**	.642**	.364**											
TAÖ-T	-.194	.018	.780**	.739**	.823**	.553**	.778**	.377*										
TAÖ-İ	-.116	.029	.372*	.408**	.424**	.367*	.481*	.064	.425**									
TAÖ-D	.133	-.026	-.248	-.288	-.298	-.315*	-.260	-.378*	-.294	.001								
ÇAİÖ-Ç	-.263	-.041	.507**	.495**	.564**	.303	.382*	.338*	.505**	.175	-.241							
ÇAİÖ-Oİ	-.378*	-.265	.102	.092	.029	-.260	.167	-.144	.019	-.062	-.153	.034						
CBCL-D	.014	.008	.165	.146	.101	.151	.111	.168	.280	.035	-.215	.331*	.018					
CBCL-K	-.121	-.050	.165	.118	.084	.094	.227	.187	.233	-.083	-.180	.309	.287	.800**				
CBCL-YG	-.057	.049	-.042	.053	-.017	.029	.137	.000	.117	.038	-.333*	.178	.170	.713**	.756**			
CBCL-DEHB	.009	.065	.036	.037	.069	.025	.119	.099	.082	-.073	.050	.337*	.087	.517**	.666**	.583**		
CBCL-KO	-.121	-.086	-.010	-.023	.041	-.099	.082	-.014	.097	-.009	.073	.357*	.220	.533**	.628**	.659**	.696*	

TİF-A: TİFALDİ Alıcı Dil, TİF-İ: TİFALDİ İfade Edici Dil, KSE-A: KSE Anksiyete, KSE-D: KSE Depresyon, KSE-O: KSE Olumsuz Benlik, KSE-S: KSE Somatizasyon, KSE-H: KSE Hostilite, ATBÖ: Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği, TAÖ-T: Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygularını Tanıyamama, TAÖ-İ: Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygularını İfade Etme Zorluğu, TAÖ-D: Toronto Aleksitimi Ölçeği Dışa Vuruk Düşünme, ÇAİÖ-Ç: Çocuk Anababa İlişki Ölçeği-Çatışma, ÇAİÖ-Oİ: Çocuk Anababa İlişki Ölçeği-Olumlu İlişki, CBCL-D: CBCL Duygusal sorunlar, CBCL-K: CBCL Kaygı, CBCL-YG: CBCL Yaygın Gelişimsel Sorunlar, CBCL-DEHB: CBCL Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite, CBCL-KO: CBCL Karşı Olma Sorunları

6.3.2. Kontrol Grubunda Ölçekler Arası Korelasyonlar

Çocuğa uygulanan TİFALDİ Testi Alıcı Dil puanı ile TİFALDİ Testi İfade Edici Dil puanı arasında ($r=0.680$, $p<0.001$) pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

Çocuğa uygulanan TİFALDİ Testi Alıcı Dil puanı ile annelere uygulanan KSE Anksiyete($r=0.490$, $p<0.001$) ve Somatizasyon($r=0.472$, $p=0.007$) alt ölçekleri puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

Çocuğa uygulanan TİFALDİ Testi İfade Edici Dil puanı ile annelere uygulanan KSE Anksiyete ($r=0.388$, $p=0.031$) ve Olumsuz Benlik ($r=0.481$, $p=0.006$) alt ölçekleri puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

ATBÖ puanı ile KSE Anksiyete alt ölçeği puanı arasında ($r=0.410$, $p=0.22$), KSE Depresyon alt ölçeği puanı arasında ($r=0.665$, $p<0.001$), KSE Olumsuz Benlik alt ölçeği puanı arasında ($r=0.561$, $p=0.001$) ve KSE Hostilite alt ölçeği puanı arasında ($r=0.374$, $p=0.038$) pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

ÇAİÖ alt ölçek puanları ile TİFALDİ Alıcı ve İfade Edici Dil puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır.

ÇAİÖ Çatışma alt ölçeği puanı ile TAÖ-20 Duygularını tanıyamama alt ölçeği puanı arasında ($r=0.545$, $p=0.002$) pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

ÇAİÖ Çatışma alt ölçeği puanı ile CBCL'in tüm alt ölçek puanları arasında -CBCL Duygusal sorunlar ($r=0.405$, $p=0.024$), CBCL Kaygı sorunları ($r=0.524$, $p=0.002$), CBCL Yaygın Gelişimsel sorunlar ($r=0.586$, $p=0.001$), CBCL Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite sorunları ($r=0.371$, $p=0.040$) ve CBCL Karşı olma sorunları ($r=0.653$, $p<0.001$) pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

7. TARTIŞMA

Çalışmamızda dil gelişim geriliği olan çocukların anneleriyle ilişki kalitelerinin aynı yaş aralığından kontrol grubuyla karşılaştırılması ve bir farklılık bulunması durumunda bu farka teknoloferansın aracılık edip etmediğinin araştırılması hedeflenmiştir. Bu amaçla Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine dil gelişiminde gerilik şikayetiyle başvuran ve DSM-5 tanı kriterlerine göre Dil Bozukluğu (DB) tanısı alan 1-6 yaş arası 40 çocuk ile aynı yaş grubundan olup kliniğe farklı nedenlerden başvurduğu hâlde DSM-5 tanı kriterlerine göre herhangi bir psikopatoloji tanısı almayan 31 çocuk değerlendirilmiştir. Çalışmamızın hipotezi dil gelişimi geri olan grubun anneleriyle ilişki kalitelerinin kontrol grubuna göre daha kötü olacağıdır; bu çocuklarda anne çocuk ilişkisini etkileyebilecek teknoloferans dışında diğer faktörlerin de (anne psikopatolojisine dair semptomlar ve aleksitmi) değerlendirmeye alınması hedeflenmiştir. Anne çocuk ilişki ve etkileşimiyle dil gelişimini ya da teknoloferansla anne çocuk etkileşimini birlikte değerlendiren çok sayıda araştırma mevcut olsa da literatür taramalarımızda ulaşabildiğimiz kadarıyla dil gelişimi ve anne çocuk ilişkisini değerlendirirken teknoloferans, anneye ilişkin psikopatoloji semptomları ve aleksitmi gibi faktörlerin birlikte ele alındığı başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

7.1. DB ve Sağlıklı Kontroller Arasında Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

DB ve kontrol gruplarındaki katılımcıların sosyodemografik verileri incelendiğinde gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu durum gruplar arasında yaş ve cinsiyetin karıştırıcı etkisini ortadan kaldırmıştır. DB grubundaki katılımcıların %72,5'i erkek, %27,5'i kız olup E:K oranı 2,63'tür. Literatür verileri incelendiğinde dil bozukluğunun erkeklerde daha sık görüldüğü, E:K oranının toplum örnekleme için 1,3:1 olarak bildirildiği, klinik örneklem içinse 2:1 ila 6:1 arasında farklı oranlar bildirildiği görülmüştür [16]. Bu durumda sonuçlarımız literatürle uyumludur.

Doğum özellikleri ile doğum komplikasyonu öykülerine bakıldığında DB ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür. Erken prematürite(≤ 33 . gestasyonel hafta) ve/veya çok düşük doğum ağırlığı(≤ 1500 gr) ile dünyaya gelmenin dil gelişimi üzerindeki olumsuz etkisi [19] bilindiğinden bu faktörler çalışmamızda dışlama kriterleri arasında yer almıştır. Ek olarak yenidoğan döneminde kuvöz/yoğun bakımda takip edilmenin hayat kurtarıcı rolüne rağmen gelişen beyin üzerinde olumsuz etkileri olabildiği

bilinmektedir [147]. Gruplar arasında doğum özellikleri ve komplikasyonları açısından fark bulunmaması bu değişkenlerin dil gelişimi üzerindeki olası olumsuz etkilerinin karıştırıcı rolünü ortadan kaldırmaktadır.

Birçok araştırma, doğum sırasının çocukların bilişsel özellikleri üzerine etkili olan bağımsız bir faktör olduğu sonucunu vermektedir. Buna göre doğum sırası sayısı arttıkça entelektüel göstergeler düşer; durumun tek istisnası ailenin son çocuğu olmaktır. [Akt. 148] Bizim çalışmamızda doğum sırası bakımından DB ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemesi bu durumun olası karıştırıcı etkisini önlemiştir.

Çalışmamızda anne ve babaların yaş ortalaması açısından gruplar arası anlamlı farklılık bulunmamıştır. Anne yaş ortalaması DB grubu için $33,37 \pm 4,77$, kontrol grubu için $33,48 \pm 4,48$ 'dir. Ülkemizde okul öncesi çocuklarla yapılmış biri klinik örnekleme dayalı [149] biri de klinik olmayan örnekleme sahip [150] iki çalışmada, anne yaş ortalamaları sırasıyla $30,80 \pm 5,13$ ve $33,64 \pm 4,88$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızda babaların yaş ortalaması ise DB grubu için $37,0 \pm 5,10$, kontrol grubu için $36,53 \pm 4,06$ şeklinde olup, yine sözü geçen klinik örnekleme sahip çalışmada bu değer $35,31 \pm 5,64$, söz konusu klinik olmayan örnekleme sahip çalışmada ise $37,05 \pm 5,18$ olarak bulunmuştur. Dolayısıyla çalışmamızdaki okul öncesi çocukların anne-baba yaşına dair veriler alanyazınla uyumludur.

Çocukların dil gelişimi üzerinde ailenin sosyoekonomik düzeyinin rolü büyüktür. Düşük SED ve daha düşük ebeveyn eğitim düzeyinin Dil bozukluğu ile ilişkili olduğu bilinmektedir [5]. SED'in çocuğun dil gelişimi üzerindeki belirleyici etkisinde en önemli bileşenin anne eğitim düzeyi olduğu düşünülmektedir [10]. Çalışmamızda anne ve baba eğitim düzeyleri açısından DB ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamış olup, bu durum alanyazınla uyumsuzdur. Bu durumun küçük örneklem büyüklüğü ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda ebeveyn eğitim düzeyi okuryazarlıktan doktora kadar geniş bir aralıkta değerlendirilmiştir. Her ne kadar anne eğitimi yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış olsa da, eğitim düzeyi sınıflandırması lise altı/lise ve üstü şeklinde yapılmış olduğu takdirde sayısal olarak gruplar arasında fark olduğu göze çarpmaktadır. DB grubu annelerinin %45'i lise altı eğitime sahipken, bu oran kontrol grubunda %22,6'dır. **(Tablo 6.7.)**

Ailenin toplam çocuk sayısı açısından DB ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. 2019'da yapılan bir çalışmada GDB tanılı çocukların anneleri daha yüksek stres seviyeleri bildirmiş olup bu stres düzeyini en iyi açıklayan değişkenin de evdeki toplam çocuk

sayısı olduğu belirlenmiştir [151]. Çalışmamızda çocuk sayısı açısından gruplar arası anlamlı farklılık bulunmaması bu faktörün anne psikopatolojisi üzerindeki karıştırıcı etkisini önlemiş olabilir.

DB ve kontrol gruplarının kreşe gitme durumları açısından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kreşe gitme oranları DB grubunda %37,5, kontrol grubunda ise %48,4'dir. Alanyazında bu durumla ilgili farklı oranlar bildirilmiştir. Önal'ın 2019 tarihli tıpta uzmanlık tez çalışmasında DB grubu ile kontrol grubu arasında kreşe gitme durumları açısından farklılık görülmemiş olup DB grubunda kreşe gitme oranı %40 olarak bulunmuştur [152]. Sandıkçı'nın 2022 tarihli tez çalışmasında ise GDB grubunda kreşe gitme oranı %21,8 olarak bulunmuş olup kontrol grubuna göre düşük oranda saptanmıştır [38]. Bizim çalışmamızda DB grubundaki okullaşma oranının Önal'ın çalışmasına kıyasla düşük saptanmasının nedeni çalışmalara katılan çocukların yaş ortalamalarındaki farklılıktan kaynaklanabilir. Önal'ın çalışmasında DB grubunun yaş ortalaması 48.1 ± 7.8 ay iken bizim çalışmamızda bu rakam 40.72 ± 13.12 'dir. Türkiye'de okul öncesi eğitime katılım oranlarının yaşla birlikte arttığı bilinmektedir [153]. Sandıkçı'nın çalışmasında ise katılımcıların ortalama yaşı 43 ay olarak bulunmuş olup, katılımcılar sadece yeni tanı alan GDB hastalarından seçilmiştir. Bizim katılımcılarımızın ise bir kısmı hâlihazırda takipli olan DB hastalarından oluşmaktadır. Dil gelişim geriliği olan hastaların kreşe başlatılması polikliniğimizde bu çocukların ailelerine verilen öneriler arasındadır. Sandıkçı'nın çalışması ile bizim çalışmamız arasında okullaşma açısından bulunan farklı oranlar bu durumla açıklanabilir.

Araştırmamızda DB grubundaki çocukların kreşe gitme süresi 2.92 ± 5.44 ay, kontrol grubundaki çocukların kreşe gitme süreleri ise 4.77 ± 8.78 ay olup gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Bu süre değerleri Önal'ın çalışmasında [152] elde edilen DB grubu için 3.9 ± 6.2 ay ve kontrol grubu için 9.0 ± 4.2 ay şeklindeki verilerle kıyaslandığında daha kısa sürelerdir. Bu farklılığın çalışmamızın katılımcılarının yaş ortalamasının söz konusu çalışmaya göre daha düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Okul öncesi eğitimin dil gelişimi üzerine olumlu etkisi olduğunu gösteren çalışmaların varlığı [154] DB grubunda bu verilerin araştırılmasını önemli kılmaktadır.

Araştırmamızda DB ve kontrol grupları arasında günlük ortalama ekran maruziyeti süreleri açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Buna karşılık DB grubunun günlük ortalama kullanım süresi 141.28 ± 139.75 iken kontrol grubunda bu süre 109.48 ± 118.69 'dur. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) 18-24 ay arasındaki çocukların görüntülü sohbet dışında medya

kullanımından kaçınmasını, 2-5 yaş arası çocukların ise günde 1 saatten fazla ekran kullanmamasını önermiştir [60]. Ekran maruziyetinin dil gelişimi ve kelime dağarcığı üzerindeki olumsuz etkisi bilinmektedir [61] [62] [63]. Alanyazında ülkemizde bu konuya ilişkin yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde, Sandıkçı'nın çalışmasında [38] hem GDB hem kontrol grubunun günlük ortalama ekran maruziyetleri 120 dk olarak bulunmuştur. 2018 yılında yapılan bir çalışmada KB olan çocukların %65,7'sinin günde 2-4 saat, %28,6'sının ise günde 4 saatten fazla TV izlediği sonucuna ulaşılmıştır [155]. Öztürk'ün 2021 tarihli tez çalışmasında ise KB olan çocukların kullandıkları cihazlar ayrı ayrı değerlendirilmiş, çocuğun akıllı telefona maruziyet süresi günlük ortalama $1,29 \pm 1,40$ saat, televizyona maruziyet süresi ise günlük ortalama $2,00 \pm 1,57$ saat olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada kontrol grubunun ise akıllı telefon ve televizyon maruziyetleri sırasıyla $1,21 \pm 1,06$ ve $1,52 \pm 1,53$ saat olarak tespit edilmiştir [156]. Tüm bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda verilerimizin literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Annelerin kendi bildirdiği günlük akıllı telefon kullanım süresi açısından DB ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmamış, bu süre DB grubu için günlük $148,52 \pm 111,85$ dakika, kontrol grubu içinse $176,55 \pm 202,17$ dakika olarak tespit edilmiştir. Öztürk'ün çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuş olup [156] anne akıllı telefon kullanım süresi DB grubu için $2,27 \pm 1,50$ saat, kontrol grubu için ise $2,54 \pm 1,51$ saat olarak elde bildirilmiştir. Dil gelişiminin merkezinde yer alan esas unsurun sosyal etkileşim olduğunu [12] ebeveynlerin olumsuz medya cihazı kullanımlarının okul öncesi çocuklarda ebeveyn çocuk etkileşimini olumsuz etkilediğini [157] ve ebeveyn ekran kullanımının çocukların ifade edici kelime dağarcığı ile negatif ilişkili olduğunu gösteren [158] çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Buna karşın çalışmamızda DB ve kontrol grupları arasında annenin akıllı telefon kullanım süresi yönünden anlamlı fark bulunmamasının bazı nedenleri olabilir. Öncelikle bu veri objektif bir ölçüm yöntemine değil öz bildirime dayanmaktadır. Bu durum sonuçların anlamlı çıkmamasına yol açmış olabilir. Diğer yandan örneklem büyüklüğümüz alanyazında yer alan ve benzer verilerin araştırıldığı birçok çalışmaya göre oldukça sınırlıdır. Öte yandan çalışmamıza katılan anne sayısı 71 olmasına rağmen, kendi ekran kullanım sürelerini belirtmeleri istenen soruyu sadece 37 anne yanıtlamıştır. Bu sayı katılımcı sayımızın neredeyse yarısına tekabül etmektedir. Bu davranışın birçok nedeni olabileceği düşünülmektedir. Öncelikle anneler kendi günlük akıllı telefon kullanım süreleriyle ilgili farkındalık sahibi olmayabilir. Diğer bir neden ise sosyal istenirlik biası olabilir. Çalışmamıza katılan annelere doldurdukları ölçeklerin çocuklarının dil becerilerinin anneye ait özelliklerle ilişkisinin araştırılması amacıyla verildiği ifade edilmektedir. Anneler kendi teknoloji kullanımlarının çocuklarındaki olası olumsuz sonuçlarla

ilişkili görüleceğinden endişe edip anketleri objektif bir şekilde doldurmamış ya da ekran süresiyle ilgili cevabı vermekten kaçınmış olabilirler.

Kullanılan medya cihazları karşılaştırıldığında, DB ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bununla birlikte DB grubunda en sık kullanılan cihaz % 48,7 ile akıllı telefon iken, kontrol grubunda bunun % 41,9 ile TV olduğu görülmüştür. Akıllı telefonlar gibi taşınabilir (mobil) cihazlarla TV gibi sabit cihazların kendine has etkileri hakkındaki bilgiler sınırlıdır. Literatür genel olarak çocukların akıllı telefonları (%40,8) televizyondan (%39,6) daha fazla kullandıklarını göstermektedir [159]. Ebeveynler bu cihazları çocuklarını sakin tutmak, onları teselli etmek, ev işi yapmak ve çocuklarını uyutmak için kullanmaktadır [160] [161] [162]. Mobil cihazlar kolay taşınabilirlikleri ve içerdikleri çok farklı türdeki etkileşimli uygulamalar nedeniyle [159] çocuk gelişimi üzerinde TV'den daha farklı sonuçlar doğurabilir. Etkileşimli doğaları mobil cihazları diğer cihazlara göre dalmaya daha müsait hâle getirebilir [31]. Her yere taşınabilir olmaları uyku saati ve dışarıda yapılan aktiviteler esnasında da çocukların bu cihazlara maruz kalmasını kolaylaştırabilir. Tüm bunlar mobil cihazların çocuğun dil gelişimi üzerinde kendine has olumsuz bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasa da DB grubunda akıllı telefon kullanımı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

7.2. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

7.2.1. DB ve Kontrol Grupları Arasında Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

TİFALDİ testinin hem alıcı hem ifade edici alt test puanlarında DB ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu durum klinik tanımızın psikometrik olarak desteklenmesi anlamında önemlidir.

DB ve kontrol grupları arasında Çocuk Anababa İlişki Ölçeği (ÇAİÖ), Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği (ATBÖ-KF), Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Sağlıklı dil gelişimi için anne çocuk ilişki ve etkileşiminin kritik olduğu bilinmektedir [20]. Bununla birlikte dil edinimini etkileyen tek faktör anne ile olan ilişki ve etkileşim olmayıp, genetik özellikler, algısal, bilişsel ve nörolojik gelişim düzeyi, cinsiyet gibi birçok bileşen bu süreç üzerinde etkilidir [8]. Her ne kadar DB etiolojisinde yer alan genetik bozukluk, fiziksel hastalık, işitme kaybı [5], prematürite [19] gibi faktörler araştırmamızda kontrol edilmeye çalışılsa da bu faktörlerin daha

silik fenotipte olanları -örneğin tanıli bir genetik bozukluk olmasa da ailede kümelenmiş dil bozukluğuna sahip bireylerin varlığı gibi [17]- çalışmamızda tamamen kontrol edilmemiştir. Bu durum biyolojik faktörlerin çalışmamızdaki DB grubu üzerine olan etkisinin tamamen dışlanamaması anlamına gelmektedir. Öte yandan çalışmamız bir toplum örneklemini üzerinde yapılmış olmayıp klinik örnekleme dayanmaktadır. Bu durum aslında dil gelişim geriliği şikayetiyle getirilen bu çocukların toplumda daha silik dil yetersizlikleriyle var olan akranlarına göre daha ağır düzeyde yetersizlikleri olabileceğini, dolayısıyla bozukluğun ardındaki biyolojik ve nörogelişimsel yönün klinik örneklemden alınan bu bireylerde daha güçlü olabileceğini düşündürmektedir. Bu güçlü biyolojik yön çocukların dil gelişimi üzerinde, anneyle olan ilişki [20], annenin ruhsal durumu [11] ve annenin etkileşimi bozucu akıllı telefon kullanımı [35] gibi faktörlerin olası etkilerini gölgelemiş olabilir.

DB olan çocuklarda duygusal sorunlar ve davranış sorunlarının daha sık görüldüğü bilinmektedir [5] [80] [45]. Bununla birlikte çocuk davranışlarının alt boyutlarını değerlendirmek için kullandığımız CBCL puanlarında DB ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık görülmemesi örneklem seçiminde DB dışındaki ek psikopatolojilerin varlığını hariç tutma kriteri olarak belirlememizden kaynaklanmış olabilir.

7.2.2. DB ve Kontrol Gruplarında Ölçekler Arası Korelasyonlar

DB grubunda TİFALDİ Alıcı Dil Alt testi puanlarıyla ÇAIÖ Olumlu İlişki alt ölçeği arasında negatif yönlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. ÇAIÖ’de yüksek puan olumsuz ilişkiyi gösterdiğinden Olumlu İlişki puanındaki yükseklik aslında ebeveyn tarafından bildirilen daha olumsuz bir ilişkinin varlığını göstermektedir [146]. Dolayısıyla DB grubundaki çocuklarda alıcı dil becerilerindeki zayıflığın ebeveynle daha olumsuz bir ilişkiyle korele olması söz konusudur. ÇAIÖ bağlanma teorisi temelinde geliştirilen bir ölçek olduğundan [145] bu bulgular DB olan çocukların anneleriyle aralarındaki bağlanma ilişkisinde sorunlar olabileceğini düşündürmektedir. Bağlanma bireyin bir başkasıyla kurduğu duygusal bağıdır [83] ve Bağlanma Kuramı’nın kurucusu Bowlby’ye göre bebeğin birincil gereksinimleri arasındadır [22]. Bağlanmanın çocuğun gelişim sürecini destekleyen bir faktör olduğu düşünülmektedir [163]. Öte yandan literatürde kaçınan bağlanmanın olumsuz dil sonuçlarıyla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur [164] [165]. Annenin duygusal ulaşılabilirliğinin çocuğun güvenli bağlanma stiliyle ilişkili olduğunu bilinmektedir [23] “Bir yapı olarak duygusal ulaşılabilirlik, bir ikilinin duygusal açıdan sağlıklı bir ilişkiyi paylaşma kapasitesini ifade eder.” Hem bakımveren hem de çocuk duygusal ulaşılabilirliğe kendi bileşenleriyle katkıda bulunur.

Annedeki duyarlılık ve çocuktaki ilişkiye katılım bileşenleri [24] ikili arasındaki duygusal ulaşılabilirliğin dil gelişimi üzerindeki belirleyici etkisini oluşturuyor gibi görünmektedir. Dil bozukluğu tanılı çocukların, annelerinin etkileşime olan katılımını daha az anlayabildikleri, bu durumun da annenin sağladığı uyaran miktarının azalmasına yol açarak ikili arasında yakınlık kurulmasını olumsuz etkilediği düşünülmektedir [166]. 2022 tarihli bir çalışmada da alıcı dil ile anne duyarlılığı ve çocuktaki uyumlu davranışın ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır [167]. Tüm bu faktörlerin alıcı dil yetersizliği ile anne çocuk arasındaki olumsuz ilişkinin korelasyonunu açıklayabileceği düşünülmektedir.

DB grubunda annelerin KSE puanları ile ÇAIÖ Çatışma alt ölçeği puanları pozitif korelasyon göstermektedir. Ebeveyn psikopatolojisinin duygusal ulaşılabilirliği etkilediği [24] ve anne çocuk ilişkisindeki olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu bilinmektedir [168]. Bu açıdan sonuçlarımız literatürle uyumludur.

Hem DB hem kontrol grubunda ATBÖ-KF ve KSE puanları arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir. Ruhsal sorunların problemli akıllı telefon kullanımıyla ilişkisi bilinen bir durum olup [169], bu durumun ebeveynler özelinde araştırıldığı çalışmalarda endişeli ebeveynlerin daha fazla sorunlu akıllı telefon kullanımı sergilediğini görülmektedir [170]. Dolayısıyla sonuçlarımız literatür ile tutarlıdır.

DB grubunda ATBÖ-KF puanları ile ÇAIÖ Çatışma alt ölçeği puanları arasında pozitif korelasyon mevcuttur. Ebeveynin sorunlu teknoloji kullanımının çocukla aralarındaki ilişkiye zarar verebildiği [113] ve çatışmalara yol açabildiği [115] bilinen bir durumdur, dolayısıyla sonuçlarımız alanyazınla tutarlılık göstermektedir.

Hem DB hem kontrol grubunda ÇAIÖ Çatışma alt ölçeği puanı ile TAÖ-20 Duygularını Tanıyamama alt ölçeği puanları arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir. Annedeki aleksitiminin depresyon ve anksiyete düzeyleri kontrol edildikten sonra bile anne bebek ilişkisini negatif etkilediği bilindiğinden [29] bu sonuç alanyazınla tutarlıdır.

Hem DB hem kontrol gruplarında ÇAIÖ Çatışma alt ölçeği puanıyla CBCL Duygusal sorunlar, Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite sorunları ve Karşı olma sorunları puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Ebeveyn çocuk etkileşimini belirleyen tek unsur anneye ait özellikler olmayıp çocuğun bu etkileşime kendine özgü bir katkısı vardır [24]. Çocuklardaki içselleştirme ve dışsallaştırma sorunları ebeveyn çocuk ilişkisi ile güçlü düzeyde bağlantılıdır. Bu açıdan sonuçların literatürle uyumlu olduğu söylenebilir [171].

Son olarak, çalışmamızda kontrol grubundaki çocuklarda alıcı ve ifade edici dil puanları annedeki anksiyete puanlarıyla pozitif ilişkili bulunmuştur. Bu durumun kontrol grubunun da klinik örneklemden seçilmesiyle ilgili olabileceği düşünülmektedir. Kontrol grubumuz her ne kadar DSM-5 tanı kriterleri açısından herhangi bir psikopatolojisi olmayan çocukları içerse de, bu çocuklar ebeveynleri tarafından Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine herhangi bir sorunları olabileceği kaygısıyla getirilen çocuklardır. Kontrol grubundaki çocukların annelerinde mevcut olan anksiyete, bu ebeveynlerin çocuklarını klinik önemi az olan semptomların varlığında dahi hastaneye getiren unsur olabilir. Annedeki anksiyetenin koruyucu kollayıcı ebeveynlik tarzıyla ilişkili olduğu bilinmektedir [172]. Aşırı koruyucu kollayıcı tutum aşırı müdahaleciliğin etkisiyle genellikle çocuklar açısından olumsuz sonuçlarla ilişkili görülse de [173] [174] [175] bu ebeveynlik tarzının zaman zaman çocuklara ebeveynleri tarafından daha etkin bir takip ve daha destekleyici bir çevre sağlayabildiği [176], uç noktalara taşınmadığı sürece ebeveynin çocuğa yüksek düzeydeki katılımının olumlu sosyal gelişim ve akademik başarı sonuçlarıyla ilişkili olduğu bilinmektedir [177]. Kontrol grubu annelerinin bu yüksek katılım mekanizmasıyla çocuklarına daha fazla bilişsel uyarım vermiş olması, bunun da dil gelişimi açısından olumlu sonuçlarla ilişkili olması söz konusu olabilir [13].

7.3. Çalışmanın Güçlü Yönleri

Çalışmamız alanyazında kendine henüz yeni yer bulmaya başlayan teknoferans kavramını merkeze alması açısından önemlidir. Literatür taramalarında görülebildiği kadarıyla bu konuya ilişkin Türkiye’de yapılmış ilk araştırma olma özelliğine sahiptir.

Çalışmamız ebeveyn çocuk ilişkisini değerlendirirken ilişkiyi etkileme potansiyeli olan teknoferans, psikopatoloji semptomları, aleksitimi gibi birçok özelliği değerlendirmesi açısından kapsamlıdır.

Çalışmamızda hem DB hem kontrol grubu için zekâ veya gelişim testi uygulanmış böylece gelişim geriliği olan çocuklar çalışmanın dışında bırakılarak homojen bir örneklem oluşturulmaya çalışılmıştır.

Çalışmanın örnekleminde sosyodemografik özellikler bakımından katılımcıların benzer olması, bu faktörlerin karıştırıcı rolünü önlemiştir.

7.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın çeşitli kısıtlılıkları mevcut olup bunlar şu şekilde sıralanabilir:

Her ne kadar katılımcı sayısı güç analizinde belirtilen minimum sayının üstünde olsa da Dil bozukluğunun toplumdaki yaygınlığı düşünüldüğünde örneklem sayımız verilerin genellenebilirliği anlamında son derece kısıtlıdır.

Çalışma katılımcılarının kliniğe başvuran çocuklar arasından seçilmiş olması incelenen değişkenlerin topluma genellenebilirliğini düşürebilir.

Çocukların dil gelişim düzeyleri TIFALDI gibi kelime bilgisinin ölçümüne dayanan bir testle değerlendirilmiştir. Bu araç söz dizimi ve söylem gibi özellikleri değerlendirmekte yetersiz kaldığından dil becerilerinin değerlendirilmesinde sınırlılık söz konusu olmuş olabilir.

Anne-çocuk ilişkisinin değerlendirmesinin gözleme dayalı bir yöntemle değil öz bildirimle dayanarak yapılması, anne psikopatolojisinin klinik değerlendirmeye değil öz bildirimle dayanarak semptom düzeyinde araştırılması, annenin akıllı telefon kullanımının objektif yöntemlerle değil öz bildirimle dayanarak değerlendirilmesi çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

Çalışmamızın kesitsel deseni yine bir kısıtlılık olup sonuçlar arasında neden sonuç ilişkisi kurulmasını zorlaştırmaktadır.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Dil bozukluğu tanılı ve aktif psikopatolojisi olmayan 1-6 yaş arası çocuklardan meydana gelen iki grup üzerinde yapılan bu çalışma söz konusu gruplar arasında anneyle ilişki kalitesi açısından fark bulunup bulunmadığını araştırmış; fark bulunması durumunda da bu farklılığa teknolojinin aracılık edip etmediğini değerlendirmeyi hedeflemiştir. Bu esnada anne-çocuk ilişkisini etkileme potansiyeli olan anne psikopatolojisine dair semptomlar ve aleksitimi varlığı da dikkate alınmıştır. Sonuçlarımız şu şekilde sıralanabilir:

1. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmamaktadır.
2. Gruplar arasında çocukların doğum öyküleri ve doğumdaki özellikleri açısından anlamlı fark bulunmamaktadır.
3. Gruplar arasında çocukların doğum sırası açısından anlamlı fark bulunmamaktadır.
4. Gruplar arasında ebeveyn yaşı ve eğitim düzeyi açısından anlamlı fark bulunmamaktadır.
5. Gruplar arasında evdeki çocuk sayısı açısından anlamlı fark bulunmamaktadır.
6. Gruplar arasında çocukların kreşe gitme durumu ve kreşe gitme süresi açısından anlamlı fark bulunmamaktadır.
7. Gruplar arasında çocuğun günlük ekran süresi ve akıllı telefon, TV, tablet, bilgisayar gibi çeşitli elektronik cihazların kullanım sıklığı açısından anlamlı fark bulunmamaktadır.
8. Gruplar arasında annenin günlük akıllı telefon kullanım süresi açısından anlamlı fark bulunmamaktadır.
9. DB ve kontrol grupları arasında TİFALDİ puanları açısından hem alıcı hem de ifade edici alt test puanlarında anlamlı farklılık bulunmaktadır.
10. DB ve kontrol grupları arasında Çocuk Anababa İlişki Ölçeği puanları açısından anlamlı fark bulunmamaktadır.
11. DB ve kontrol grupları arasında Kısa Semptom Envanteri, Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve CBCL puanları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır.
12. DB grubu içinde çocukların TİFALDİ Alıcı dil puanları ile ÇAIÖ Olumlu ilişki alt ölçeği puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır.
13. DB grubunda annelerin KSE puanları ile ÇAIÖ Çatışma alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

14. Hem DB hem kontrol grubunda ATBÖ-KF ve KSE puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır.
15. DB grubunda ATBÖ-KF puanları ile ÇAIÖ Çatışma alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.
16. Hem DB hem kontrol grubunda ÇAIÖ Çatışma alt ölçeği puanı ile TAÖ-20 Duygularını Tanıyamama alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.
17. Hem DB hem kontrol gruplarında ÇAIÖ Çatışma alt ölçeği puanıyla CBCL Duygusal sorunlar, Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite sorunları ve Karşı olma sorunları puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.
18. Kontrol grubundaki çocukların alıcı ve ifade edici dil puanları ile annelerinin KSE Anksiyete alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Çalışmamızda Dil bozukluğu ve kontrol grupları arasında anneleriyle olan ilişki kalitesinde farklılık gözlenmemesi örneklem seçimizin klinik kaynaklı olmasından ve bu örnekleme Dil bozukluğunun biyolojik doğasının daha baskın olmasından kaynaklanıyor olabilir. Öte yandan Dil bozukluğu olan grupta alıcı dil becerileri azaldıkça anneyle olan ilişkinin daha olumsuz hâle gelmesi, anne çocuk ilişkisinin ikili doğası hakkında fikir vermektedir. Bu ilişkiye hem anne hem de çocuk kendi bileşenleriyle katılırlar [24] ve çocukta mevcut olan bir normalden sapma annenin duyarlılığını da etkileyerek çocuğa negatif sonuçlarla dönme potansiyeli taşımaktadır [166].

Teknoferansın anne çocuk ilişkisi ve dil gelişimine olan etkisini araştıran gelecekteki çalışmalar daha büyük bir örnekleme toplum temelli olarak uygulanırsa, ayrıca ilişki kalitesinin gözlemsel yöntemlerle ve teknoloferansın objektif yöntemlerle değerlendirilmesi mümkün olursa bu faktörün olası etkileri daha net bir şekilde belirlenebilir.

9. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. American Psychiatric Association Washington, DC; 2022.
2. Hauser MD, Yang C, Berwick RC, Tattersall I, Ryan MJ, Watumull J, Chomsky N, Lewontin RC. The mystery of language evolution. *Frontiers in Psychology*. Frontiers Media SA; 2014 May;5.
3. Janson T. Dillerin Tarihi. Boğaziçi Üniversitesi Yayinevi; 2018.
4. Libretext Social Sciences. *Theories of Language Development* maddesi. Erişim linki: [https://socialsci.libretexts.org/Bookshelves/Early_Childhood_Education/Book%3A_Child_Growth_and_Development_\(Paris_Ricardo_Rymond_and_Johnson\)/11%3A_Middle_Childhood_-_Cognitive_Development/11.10%3A_Theories_of_Language_Development](https://socialsci.libretexts.org/Bookshelves/Early_Childhood_Education/Book%3A_Child_Growth_and_Development_(Paris_Ricardo_Rymond_and_Johnson)/11%3A_Middle_Childhood_-_Cognitive_Development/11.10%3A_Theories_of_Language_Development) Erişim tarihi: 8.03.2024
5. Ercan ES, Motavalli Mukaddes N. Yaşam Boyu Nörogelişimsel Bozukluklar. Simurg Art; 2023.
6. Carson KL, Gillon GT, Boustead TM. Classroom Phonological Awareness Instruction and Literacy Outcomes in the First Year of School. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. American Speech Language Hearing Association; 2013 Apr;44(2).
7. Acredolo LP, Goodwyn SW. Symbolic Gesturing in Language Development. *Human Development*. S. Karger AG; 1985;28(1):40–49.
8. Karabekiroğlu K. Bebek Ruh Sağlığı (0-4 Yaş) Temel Kitabı. Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2012.
9. Hart B, Risley TR. Meaningful differences in the everyday experience of young American children. *Canadian Journal of Education*. 1997;22(3).
10. Hoff E. Interpreting the early language trajectories of children from low-SES and language minority homes: Implications for closing achievement gaps. *Developmental Psychology*. American Psychological Association (APA); 2013;49(1):4–14.
11. Desmarais C, Sylvestre A, Meyer F, Bairati I, Rouleau N. Systematic review of the literature on characteristics of late- talking toddlers. *International Journal of Language & Communication Disorders*. Wiley; 2008 Jul;43(4).
12. Hirsh-Pasek K, Adamson LB, Bakeman R, Owen MT, Golinkoff RM, Pace A, Yust PKS, Suma K. The Contribution of Early Communication Quality to Low-Income Children's Language Success. *Psychological Science*. SAGE Publications; 2015 Jun;26(7).

13. Lurie LA, Hagen MKP, McLaughlin KA, Sheridan MA, Meltzoff AN, Rosen ML. Mechanisms linking socioeconomic status and academic achievement in early childhood: Cognitive stimulation and language. *Cognitive Development*. Elsevier BV; 2021 Apr;58:101045.
14. Venkadasalam VP, Jenkins JM, Ganea PA, Wade M. Linking early maternal input during shared reading to later theory of mind through receptive language and executive function: A within- and between-family design. *Journal of Experimental Child Psychology*. Elsevier BV; 2022 Nov;223.
15. Verbeek L, Vissers C, Kleemans T, Scheper A, Verhoeven L. Early intervention of language and behavior in monolingual and bilingual preschoolers with Developmental Language Disorders. *Early Childhood Research Quarterly*. Elsevier BV; 2023;64:106–118.
16. World Health Organization (WHO). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. *Erişim linki: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#862918022>; Erişim tarihi: 09.03.2024*
17. Bishop DVM. What Causes Specific Language Impairment in Children?. *Current Directions in Psychological Science*. SAGE Publications; 2006 Oct;15(5).
18. Barry JG, Yasin I, Bishop DVM. Heritable risk factors associated with language impairments. *Genes, Brain and Behavior*. Wiley; 2006 Apr;6(1).
19. Zimmerman E. Do Infants Born Very Premature and Who Have Very Low Birth Weight Catch Up With Their Full Term Peers in Their Language Abilities by Early School Age?. *Journal of Speech Language, and Hearing Research*. American Speech Language Hearing Association; 2018 Jan;61(1):53–65.
20. Tamis- LeMonda CS, Bornstein MH, Baumwell L. Maternal Responsiveness and Children's Achievement of Language Milestones. *Child Development*-Wiley, 2001.
21. Sandnes K, Kårstad SB, Lydersen S, Turid Suzanne Berg-Nielsen. Are changes in mothers' representations of their infants related to changes in observed mother–infant interaction quality?. *Infant Behavior and Development*. Elsevier BV, 2023.
22. Bowlby J. *Attachment: Attachment and Loss*. Penguin Books, 1972.
23. Licata M, Zietlow AL, Träuble B, Sodian B, Reck C. Maternal Emotional Availability and Its Association with Maternal Psychopathology, Attachment Style Insecurity and Theory of Mind. *Psychopathology* 2016;(49), 334–340.
24. Biringen Z, Derscheid D, Vliegen N, Closson L, Easterbrooks MA. Emotional availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications. *Developmental Review*, Elsevier BV, 2014.

25. Roggman LA, Cook GA, Innocenti MS, Norman VJ, Christiansen K. Parenting Interactions with Children: Checklist of Observations Linked to Outcomes (PICCOLO) in Diverse Ethnic Groups. *Infant Mental Health Journal*. Wiley, 2013.
26. Chazan- Cohen R. Striking a Positive Note with the PICCOLO. *Infant Mental Health Journal*. Wiley, 2013.
27. Lederer Y, Artzi H, Borodkin K. The effects of maternal smartphone use on mother–child interaction. *Child Development*. Wiley; 2021 Nov;93(2).
28. Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months. NICHD Early Child Care Research Network. *Dev Psychol*. 1999 Sep;35(5):1297-310.
29. Yürümez E, Akça ÖF, Uğur Ç, Uslu Rİ, Kılıç BG. Mothers’ alexithymia, depression and anxiety levels and their association with the quality of mother-infant relationship: A preliminary study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. Informa UK Limited, 2014.
30. Ventura A. Caregivers’ Engagement With Distracting Technology: Considerations and Concerns. In *Promoting Responsive Feeding During Breastfeeding, Bottle-Feeding, and the Introduction to Solid Foods*. Elsevier, 2022.
31. Lemish D, Elias N, Floegel D. “Look at me!” Parental use of mobile phones at the playground. *Mobile Media & Communication*. SAGE Publications; 2019 Jun;8(2).
32. Ochoa W, Reich SM, Farkas G. The Observed Quality of Caregiver-Child Interactions With and Without a Mobile Screen Device. *Academic Pediatrics*. Elsevier BV; 2021 May;21(4).
33. Vanden Abeele MMP, Abels M, Hendrickson AT. Are Parents Less Responsive to Young Children When They Are on Their Phones? A Systematic Naturalistic Observation Study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. Mary Ann Liebert Inc; 2020 Jun;23(6).
34. Wolfers LN, Kitzmann S, Sauer S, Sommer N. Phone use while parenting: An observational study to assess the association of maternal sensitivity and smartphone use in a playground setting. *Computers in Human Behavior*. Elsevier BV; 2020 Jan;102.
35. Corkin MT, Henderson AME, Peterson ER, Costantini SK, Sharplin HS, Morrison S. Associations between technoferece quality of parent-infant interactions, and infants’ vocabulary development. *Infant Behavior and Development*. Elsevier BV; 2021 Aug;64:101611.
36. Kubbealtı Lugatı. Dil Maddesi. [Internet]. Erişim linki: <http://lugatim.com/s/dil> Erişim tarihi: 06.03.2024

37. Pekcanlar AA. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2016.
38. Sandıkçı T. Gelişimsel dil bozukluğu olan çocuklarda sosyal iletişim becerilerinin çocuğun mizacı ve ebeveyn ilişkileri ile bağlantısının incelenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; 2022.
39. Çelik İ. Noam Chomsky ve Psiko-Linguistik Dil Gelişim Kuramı. Journal of Turkish Studies (2) International Balkan University. 2017.
40. Benli GK. Dil Gelişim Kuramları - Ankara Üniversitesi Açık Ders Malzemeleri [Internet]. Erişim linki: <https://acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=129502> Erişim tarihi: 08.03.2024
41. Aboud FE, Yousafzai AK. Very Early Childhood Development. Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 2): Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health. The World Bank; 2016.
42. Locke J. The Development of Linguistic Systems. The Handbook of Psycholinguistic and Cognitive Processes. Routledge. 2010;872.
43. Kim Y-S, Apel K, Al Otaiba S. The Relation of Linguistic Awareness and Vocabulary to Word Reading and Spelling for First-Grade Students Participating in Response to Intervention. Language, Speech, and Hearing Services in Schools. American Speech Language Hearing Association; 2013 Oct;44(4).
44. Topbaş S. İletişim, dil, konuşma: Temel kavramlar. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 2003.
45. Marrus N, Hall L. Intellectual Disability and Language Disorder. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. Elsevier BV; 2017 Jul;26(3).
46. Buckley RH SBve ark. Kleigman R. Nelson textbook of pediatrics. Elsevier Health Sciences; 2016.
47. Guerra GL-MB, Williamson AA. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2015.
48. Zubrick SR, Taylor CL, Rice ML, Slegers DW. Late Language Emergence at 24 Months: An Epidemiological Study of Prevalence, Predictors, and Covariates. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. American Speech Language Hearing Association; 2007 Dec;50(6).

49. Jurkic A, Halliday SE, Hascher T. The relationship of language and social competence of preschool- and kindergarten-age single and dual language learners in Switzerland and Germany. *Early Childhood Research Quarterly*. Elsevier BV; 2023;64:72–83.
50. Kalliontzi E, Ralli AM, Palikara O, Roussos P. Examining the relationship between oral language skills and executive functions: Evidence from Greek-speaking 4–5-year-old children with and without Developmental Language Disorder. *Research in Developmental Disabilities*. Elsevier BV; 2022 May;124.
51. Schmitt SA, Purpura DJ, Elicker JG. Predictive links among vocabulary, mathematical language, and executive functioning in preschoolers. *Journal of Experimental Child Psychology*. Elsevier BV; 2019 Apr;180.
52. Horwitz S, Irwin J, Briggs-Gowan M, Bosson HJ, Mendoza J, Carter A. Language Delay in a Community Cohort of Young Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Elsevier BV; 2003 Aug;42(8).
53. Irwin J, Carter A, Briggs-Gowan M. The Social-Emotional Development of “Late-Talking” Toddlers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Elsevier BV; 2002 Nov;41(11).
54. Hawa VV, Spanoudis G. Toddlers with delayed expressive language: An overview of the characteristics, risk factors and language outcomes. *Research in Developmental Disabilities*. Elsevier BV; 2014 Feb;35(2).
55. Fernald A, Marchman VA, Weisleder A. SES differences in language processing skill and vocabulary are evident at 18 months. *Developmental Science*. Wiley; 2012 Dec;16(2).
56. Hart B, Risley T. Meaningful differences in the everyday experience of young American children. Paul H Brookes Publishing; 1995.
57. Stumm SV, Rimfeld K, Dale PS, Plomin R. Preschool Verbal and Nonverbal Ability Mediate the Association Between Socioeconomic Status and School Performance. *Child Development*. Wiley; 2020 Mar;91(3).
58. Hoff E. The Specificity of Environmental Influence: Socioeconomic Status Affects Early Vocabulary Development Via Maternal Speech. *Child Development*. Wiley; 2003 Sep;74(5).
59. Feng T, Zhang X, Zhou L, Zhang Y, Pappas L, Dill S, Rozelle S, Ma Y. Variations in the home language environment and early language development in a peri-urban community in China. *Early Childhood Research Quarterly* 64, 199–215 Elsevier BV, 2023.
60. Hill D, Ameenuddin N, Reid Chassiakos Y(L, Cross C, Hutchinson J, Levine A, Boyd R, Mendelson R, Moreno M, Swanson WS. Media and Young Minds. *Pediatrics*. American Academy of Pediatrics (AAP); 2016 Nov;138(5).

61. Duch H, Fisher EM, Ensari I, Font M, Harrington A, Taromino C, Yip J, Rodriguez C. Association of Screen Time Use and Language Development in Hispanic Toddlers: A Cross-Sectional and Longitudinal Study. *Clinical Pediatrics*. SAGE Publications; 2013 Jul;52(9).
62. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Associations between Media Viewing and Language Development in Children Under Age 2 Years. *The Journal of Pediatrics*. Elsevier BV; 2007 Oct;151(4).
63. DeLoache JS, Chiong C, Sherman K, Islam N, Vanderborcht M, Troseth GL, Strouse GA, O'Doherty K. Do Babies Learn From Baby Media?. *Psychological Science*. SAGE Publications; 2010 Sep;21(11).
64. Rowe ML, Goldin-Meadow S. Differences in Early Gesture Explain SES Disparities in Child Vocabulary Size at School Entry. *Science*. American Association for the Advancement of Science (AAAS); 2009 Feb;323(5916).
65. Romeo RR, Leonard JA, Robinson ST, West MR, Mackey AP, Rowe ML, Gabrieli JDE. Beyond the 30-Million-Word Gap: Children's Conversational Exposure Is Associated With Language-Related Brain Function. *Psychological Science*. SAGE Publications; 2018 Feb;29(5).
66. Gilkerson J, Richards JA, Warren SF, Oller DK, Russo R, Vohr B. Language Experience in the Second Year of Life and Language Outcomes in Late Childhood. *Pediatrics*. American Academy of Pediatrics (AAP); 2018 Oct;142(4).
67. Hoff E. How social contexts support and shape language development. *Developmental Review*. Elsevier BV; 2006 Mar;26(1).
68. Lepola J, Lynch J, Kiuru N, Laakkonen E, Niemi P. Early Oral Language Comprehension, Task Orientation, and Foundational Reading Skills as Predictors of Grade 3 Reading Comprehension. *Reading Research Quarterly*. Wiley; 2016 Apr;51(4).
69. Hindman AH, Skibbe LE, Miller A, Zimmerman M. Ecological contexts and early learning: Contributions of child, family, and classroom factors during Head Start, to literacy and mathematics growth through first grade. *Early Childhood Research Quarterly*. Elsevier BV; 2010 Apr;25(2).
70. Ensminger ME, Slusarcick AL. Paths to High School Graduation or Dropout: A Longitudinal Study of a First-Grade Cohort. *Sociology of Education*. JSTOR; 1992 Apr;65(2).
71. West G, Lervåg A, Snowling MJ, Buchanan-Worster E, Duta M, Hulme C. Early language intervention improves behavioral adjustment in school: Evidence from a cluster randomized trial. *Journal of School Psychology*. Elsevier BV; 2022 Jun;92.

72. Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P, Zhang X, Smith E, O'Brien M. Prevalence of Specific Language Impairment in Kindergarten Children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. American Speech Language Hearing Association; 1997 Dec;40(6).
73. Law J, Boyle J, Harris AF. Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language Communication Disorders*. Wiley; 2000 Apr;35(2):165–188.
74. Calder SD, Brennan- Jones CG, Robinson M, Whitehouse A, Hill E. The prevalence of and potential risk factors for Developmental Language Disorder at 10 years in the Raine Study. *Journal of Paediatrics and Child Health*. Wiley; 2022 Aug;58(11).
75. Viding E, Spinath FM, Price TS, Bishop DVM, Dale PS, Plomin R. Genetic and environmental influence on language impairment in 4- year- old same- sex and opposite- sex twins. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Wiley; 2004 Jan;45(2).
76. Morgan L, Delehanty A, Cleary Dillon J, Schatschneider C, Wetherby AM. Measures of early social communication and vocabulary production to predict language outcomes at two and three years in late-talking toddlers. *Early Childhood Research Quarterly*. Elsevier BV; 2020;51:366–378.
77. Rescorla L. The Language Development Survey: A Screening Tool for Delayed Language in Toddlers. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. American Speech Language Hearing Association; 1989 Nov;54(4).
78. Rescorla L. Late Talkers: Do Good Predictors of Outcome Exist?. *Developmental Disabilities Research Reviews*. Wiley; 2011 Nov;17(2).
79. Everitt A, Hannaford P, Conti- Ramsden G. Markers for persistent specific expressive language delay in 3–4- year- olds. *International Journal of Language & Communication Disorders*. Wiley; 2013 Jul;48(5).
80. Donolato E, Cardillo R, Mammarella IC, Melby- Lervåg M. Research Review: Language and specific learning disorders in children and their co- occurrence with internalizing and externalizing problems: a systematic review and meta- analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Wiley; 2021 Nov;63(5).
81. Conti-Ramsden G, Durkin K. Language Development and Assessment in the Preschool Period. *Neuropsychology Review*. Springer Science and Business Media LLC; 2012 Jun;22(4).
82. Thomas-Stonell N, Oddson B, Robertson B, Rosenbaum P. Predicted and observed outcomes in preschool children following speech and language treatment: Parent and clinician perspectives. *Journal of Communication Disorders*. Elsevier BV; 2009 Jan;42(1).

83. Ainsworth MD, Bell SM. Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Dev.* 1970.
84. IJzendoorn MH van, Dijkstra J, Bus AG. Attachment, Intelligence, and Language: A Meta- analysis. *Social Development.* Wiley; 1995 Jul;4(2).
85. De Wolff MS, IJzendoorn MH van. Sensitivity and attachment: a meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Dev.* 1997 Aug;68(4):571-91.
86. Licata M, Zietlow A-L, Träuble B, Sodian B, Reck C. Maternal Emotional Availability and Its Association with Maternal Psychopathology, Attachment Style Insecurity and Theory of Mind. *Psychopathology.* S. Karger AG; 2016;49(5):334–340.
87. Fraley RC, Roisman GI, Haltigan JD. The legacy of early experiences in development: Formalizing alternative models of how early experiences are carried forward over time. *Developmental Psychology.* American Psychological Association (APA); 2013;49(1):109–126.
88. Raby KL, Roisman GI, Fraley RC, Simpson JA. The Enduring Predictive Significance of Early Maternal Sensitivity: Social and Academic Competence Through Age 32 Years. *Child Development.* Wiley; 2014 Dec;86(3).
89. Biringen Z, Easterbrooks MA. Emotional availability: Concept, research, and window on developmental psychopathology. *Development and Psychopathology.* Cambridge University Press (CUP); 2012 Jan;24(1).
90. Chazan- Cohen R. Striking a Positive Note with the PICCOLO. *Infant Mental Health Journal.* Wiley; 2013 Jun;34(4).
91. Kars H. Özel Gereksinimli Çocuğu Olan Annelerin Çocuklarıyla Etkileşimlerinin ve İlişkilerinin İncelenmesi (K.K.T.C. Örneği). Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Özel Eğitim Anabilim Dalı Özel Eğitim Programı; 2017.
92. Gridley N, Blower S, Dunn A, Bywater T, Whittaker K, Bryant M. Psychometric Properties of Parent–Child (0–5 years) Interaction Outcome Measures as Used in Randomized Controlled Trials of Parent Programs: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review.* Springer Science and Business Media LLC; 2019 Feb;22(2).
93. Reynolds E, Vernon-Feagans L, Bratsch-Hines M, Baker CE. Mothers’ and Fathers’ Language Input from 6 to 36 Months in Rural Two-Parent-Families: Relations to children’s kindergarten achievement. *Early Childhood Research Quarterly.* Elsevier BV; 2019;47:385–395.

94. Madigan S, Prime H, Graham SA, Rodrigues M, Anderson N, Khoury J, Jenkins JM. Parenting Behavior and Child Language: A Meta-analysis. *Pediatrics*. American Academy of Pediatrics (AAP); 2019 Oct;144(4).
95. Bornstein MH, Putnick DL, Bohr Y, Abdelmaseh M, Lee CY, Esposito G. Maternal sensitivity and language in infancy each promotes child core language skill in preschool. *Early Childhood Research Quarterly*. Elsevier BV; 2020;51:483–489.
96. Wade M, Jenkins JM, Venkadasalam VP, Binnoon-Erez N, Ganea PA. The role of maternal responsiveness and linguistic input in pre-academic skill development: A longitudinal analysis of pathways. *Cognitive Development*. Elsevier BV; 2018 Jan;45.
97. Landry SH, Smith KE, Miller-Loncar CL, Swank PR. Predicting cognitive-language and social growth curves from early maternal behaviors in children at varying degrees of biological risk. *Developmental Psychology*. American Psychological Association (APA); 1997;33(6):1040–1053.
98. Kochanska G, Aksan N, Knaack A, Rhines HM. Maternal Parenting and Children's Conscience: Early Security as Moderator. *Child Development*. Wiley; 2004 Jul;75(4).
99. Donnelly S, Kidd E. The Longitudinal Relationship Between Conversational Turn-Taking and Vocabulary Growth in Early Language Development. *Child Development*. Wiley; 2021 Feb;92(2).
100. Gilkerson J, Richards JA, Warren SF, Montgomery JK, Greenwood CR, Kimbrough Oller D, Hansen JHL, Paul TD. Mapping the Early Language Environment Using All-Day Recordings and Automated Analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*. American Speech Language Hearing Association; 2017 May;26(2).
101. Ensor R, Hughes C. Content or Connectedness? Mother–Child Talk and Early Social Understanding. *Child Development*. Wiley; 2008 Jan;79(1).
102. Hedenbro M, Rydelius PA. Early interaction between infants and their parents predicts social competence at the age of four. *Acta Paediatrica*. Wiley; 2013.
103. Milgrom J, Westley DT, Gemmill AW. The mediating role of maternal responsiveness in some longer term effects of postnatal depression on infant development. *Infant Behavior and Development* [Internet]. Elsevier BV; 2004 Dec;27(4).
104. Farah R, Greenwood P, Dudley J, Hutton J, Ammerman RT, Phelan K, Holland S, Horowitz-Kraus T. Maternal depression is associated with altered functional connectivity between neural circuits related to visual, auditory, and cognitive processing during stories listening in preschoolers. *Behavioral and Brain Functions*. Springer Science and Business Media LLC; 2020 Apr;16(1).

105. Wakschlag LS, Hans SL. Relation of maternal responsiveness during infancy to the development of behavior problems in high-risk youths.. *Developmental Psychology*. American Psychological Association (APA); 1999;35(2):569–579.
106. Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Croudace T, Cooper P. The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age 16 years: a developmental approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Wiley; 2010 Sep;51(10).
107. Ahrnberg H, Pajulo M, Scheinin NM, Karlsson L, Karlsson H, Karukivi M. Association between parental alexithymic traits and self-reported postnatal reflective functioning in a birth cohort population. Findings from the FinnBrain Birth Cohort Study. *Psychiatry Research*. Elsevier BV; 2020 Apr;286.
108. Boyce T, Ellis B. Biological sensitivity to context: I. An evolutionary–developmental theory of the origins and functions of stress reactivity. *Development and Psychopathology*. Cambridge University Press (CUP); 2005 May;17(02).
109. Harel-Gadassi A, Friedlander E, Yaari M, Bar-Oz B, Eventov-Friedman S, Mankuta D, Yirmiya N. Do developmental and temperamental characteristics mediate the association between preterm birth and the quality of mother-child interaction?. *Infant Behavior and Development*. Elsevier BV; 2020 Feb;58.
110. McDaniel BT, Coyne SM. “Technoference”: The interference of technology in couple relationships and implications for women’s personal and relational well-being. *Psychology of Popular Media Culture*. American Psychological Association (APA); 2016 Jan;5(1).
111. McDaniel, BT. “Technoference”: Everyday intrusions and interruptions of technology in couple and family relationships. In C. J. Bruess (Ed.), *Family communication in the age of digital and social media*. Peter Lang. 2015.
112. McDaniel BT, Coyne SM. Technology interference in the parenting of young children: Implications for mothers’ perceptions of coparenting. *The Social Science Journal*. Informa UK Limited; 2016 Dec;53(4).
113. Radesky J, Miller AL, Rosenblum KL, Appugliese D, Kaciroti N, Lumeng JC. Maternal Mobile Device Use During a Structured Parent–Child Interaction Task. *Academic Pediatrics*. Elsevier BV; 2015 Mar;15(2).
114. Hiniker A, Sobel K, Suh H, Sung Y-C, Lee CP, Kientz JA. Texting while Parenting: How Adults Use Mobile Phones while Caring for Children at the Playground. *Proceedings of the 33rd Annual ACM Conference on Human Factors in Computing Systems*. ACM; 2015.

115. Radesky JS, Kistin CJ, Zuckerman B, Nitzberg K, Gross J, Kaplan-Sanoff M, Augustyn M, Silverstein M. Patterns of Mobile Device Use by Caregivers and Children During Meals in Fast Food Restaurants. *Pediatrics*. American Academy of Pediatrics (AAP); 2014 Apr;133(4).
116. Kirkorian HL, Pempek TA, Murphy LA, Schmidt ME, Anderson DR. The Impact of Background Television on Parent–Child Interaction. *Child Development*. Wiley; 2009 Sep;80(5).
117. Christakis DA, Gilkerson J, Richards JA, Zimmerman FJ, Garrison MM, Xu D, Gray S, Yapanel U. Audible Television and Decreased Adult Words, Infant Vocalizations, and Conversational Turns: A Population-Based Study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. American Medical Association (AMA); 2009 Jun;163(6).
118. Hanson KG, Lavigne HJ, Gover SG, Anderson DR. Parent language with toddlers during shared storybook reading compared to coviewing television. *Infant Behavior and Development* [Internet]. Elsevier BV; 2021 Nov;65.
119. Carr A, Dempster T. Parent-child interactions during joint engagement with touchscreen technology: A comparison of younger versus older toddlers. *Infant Behavior and Development*. Elsevier BV; 2021 Aug;64.
120. Ewin CA, Reupert A, McLean LA, Ewin CJ. Mobile devices compared to non-digital toy play: The impact of activity type on the quality and quantity of parent language. *Computers in Human Behavior*. Elsevier BV; 2021 May;118.
121. Tronick E, Als H, Adamson L, Wise S, Brazelton TB. The Infant's Response to Entrapment between Contradictory Messages in Face-to-Face Interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. Elsevier BV; 1978 Dec;17(1).
122. Khourouchvili M. Technology and Caregiver-Child Interaction: The Effects of Parental Mobile Device Use On Infants. York University; 2017.
123. Stockdale LA, Porter CL, Coyne SM, Essig LW, Booth MC, Keenan- Kroff S, Schvaneveldt E. Infants' response to a mobile phone modified still- face paradigm: Links to maternal behaviors and beliefs regarding technoference. *Infancy*. Wiley; 2020 Jun;25(5).
124. Rozenblatt-Perkal Y, Davidovitch M, Gueron-Sela N. Infants' physiological and behavioral reactivity to maternal mobile phone use – An experimental study. *Computers in Human Behavior*. Elsevier BV; 2022 Feb;127.
125. Yang X, Jiang P, Zhu L. Parental Problematic Smartphone Use and Children's Executive Function: The Mediating Role of Technoference and the Moderating Role of Children's Age. *Early Childhood Research Quarterly*. Elsevier BV; 2023;63:219–227.

126. Schmitt SA, Purpura DJ, Elicker JG. Predictive links among vocabulary, mathematical language, and executive functioning in preschoolers. *Journal of Experimental Child Psychology*. Elsevier BV; 2019 Apr;180.
127. Elhai JD, Dvorak RD, Levine JC, Hall BJ. Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology. *Journal of Affective Disorders*. Elsevier BV; 2017 Jan;207.
128. Karakoç KN. 48-72 Aylık Çocuklara Yönelik Sosyal Problem Çözme Becerilerinin Ebeveyn-Çocuk İlişkisi Yönünden İncelenmesi. Üsküdar Üniversitesi; 2022.
129. Stanford-Binet Testi. Türkiye Üstün Zekalı ve Dahi Çocuklar Eğitim Vakfı (TÜZDEV) [Internet]: tuzdev.org/zekatesti-stanfordbinet. *Erişim Tarihi* 2024 Mart;7.
130. Erol N, Sezgin N, Savaşır I. Gelişim Tarama Envanteri ile İlgili Geçerlik Çalışmaları. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1994.
131. Berument SK, Güven AG. Türkçe İfade Edici Ve Alıcı Dil (TİFALDİ) Testi: I. Alıcı Dil Kelime Alt Testi Standardizasyon ve Güvenilirlik Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2013;24(3):192-201.
132. Berument S, Güven A. Türkçe İfade Edici Ve Alıcı Dil Testi: Alıcı Dil Kelime Alt Testi (TİFALDİ-Ad) Kullanma Kılavuzu. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2010.
133. Küçük Ö, Aras Ş. Okula Başlama Aşamasındaki Çocuklarda Okul Olgunluğu Ve Dil Gelişimi İle İlişkili Bireysel Ve Ailesel Etkenlerin Araştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, 2016.
134. Berument S, Güven A. Türkçe İfade Edici ve Alıcı Dil Testi: İfade Edici Dil Kelime Alt Testi (TİFALDİ-İd) Kullanma Kılavuzu. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2010.
135. Achenbach, TM, Rescorla L. Manual for the ASEBA preschool forms & profiles. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 2000.
136. Erol N, Avcı S. 1.5-5 Yaş Öğretmen Bilgi Formu Türkçe çeviri ve uyarlaması. 2003.
137. Derogatis, LR. Symptom Inventory (BSI) [Database record]. APA PsycTests. 1982.
138. Şahin NH, Durak A. Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1994;9(31), 44-56.
139. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. Elsevier BV; 1994 Jan;38(1).

140. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. The twenty-item Toronto Alexithymia scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*. Elsevier BV; 1994 Jan;38(1).
141. Güleç H. Yirmi soruluk Toronto Aleksimi Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2009.
142. Güleç H, Yenel A. 20 Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği Türkçe Uyarlamasının Kesme Noktalarına Göre Psikometrik Özellikleri. *Klinik Psikiyatri*. 2011
143. Kwon M, Lee J-Y, Won W-Y, Park J-W, Min J-A, Hahn C, Gu X, Choi J-H, Kim D-J. Development and Validation of a Smartphone Addiction Scale (SAS). Laks J, editor. *PLoS ONE*. Public Library of Science (PLoS); 2013 Feb;8(2).
144. Noyan CO. Akıllı Telefon Bağımlılığı ölçeğinin kısa formunun üniversite öğrencilerinde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015.
145. Waters E, Dean KE. Defining And Assessing Individual Differences in Attachment Relationships: Q-Methodology And The Organization Of Behavior in Infancy And Early Childhood. I. Rretherton & E. Waters (Ed.). *Monographs Of The Society For Research in Child Development*, 1985;41-65.
146. Akgün E, Yeşilyaprak B. Çocuk Anababa İlişki Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2010.
147. Weber A, Harrison TM. Reducing toxic stress in the neonatal intensive care unit to improve infant outcomes. *Nursing Outlook*. Elsevier BV; 2019 Mar;67(2).
148. Dumitrashku TA. Family Structure and Children's Cognitive Development. *Russian Education & Society*. Informa UK Limited; 1997 Feb;39(2).
149. Coskun M, Kaya I. Prevalence and Patterns of Psychiatric Disorders in Preschool Children Referred to an Outpatient Psychiatry Clinic / Psikiyatri Kliniğine Başvuran Okulöncesi Çocuklarda Psikiyatrik Bozuklukların Yaygınlığı ve Örüntüleri. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*; 2016 Jan;21(17291).
150. Karaman M. Edirne il merkezindeki anaokulu çocuklarının ebeveynlerinin obezite bilgi, algı ve tutumlarının çocukluk çağı obezitesine etkisi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı*; 2020.
151. Lisa R, Pola R, Franz P, Jessica M. Developmental language disorder: Maternal stress level and behavioural difficulties of children with expressive and mixed receptive-expressive DLD. *Journal of Communication Disorders*. Elsevier BV; 2019 Jul;80.

152. Önal BS. Akıcı konuşma bozukluğu, dil bozukluğu, konuşma sesi bozukluğu olan ve tipik gelişim gösteren 3-6 yaş olguların ve annelerinin mizaç özelliklerinin karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2019.
153. MEB, Milli Eğitim İstatistikleri Örgün Eğitim 2021/2022. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. 2022.
154. Van Der Berg S. The impact of the introduction of grade R on learning outcomes. Stellenbosch University, Research on Socio-Economic Policy. 2013.
155. Örengül AC, Görmez V. Television-viewing Habits in a Preschool Age Clinical Population with Autism Spectrum Disorders and Other Clinical Groups. Bezmialem Science. Bezmialem Vakıf University; 2018 May;6(2).
156. Öztürk A. Okul Öncesi Dönem Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı, Konuşma Bozukluğu Tanılı ve Tipik Gelişen Çocuklarda Teknoloji Kullanımının Yaşam Kalitesi, Komorbid Ruhsal Sorunlar ve Ebeveyn Teknoloji Kullanımı İle İlişkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2021.
157. Rahayu T, Cahyati W, Fauzi L, Chia M, Chua T, Hariyanto H, Hardini A, Hardanis F. Digital Media Habits among Parent of Preschool Child Aged 2-6 Years in Semarang City, Indonesia. Proceedings of the 5th International Seminar of Public Health and Education, ISPHE 2020, 22 July 2020, Universitas Negeri Semarang, Semarang, Indonesia. EAI; 2020.
158. Asikainen M, Kylliäinen A, Mäkelä TE, Saarenpää- Heikkilä O, Paavonen EJ. Exposure to electronic media was negatively associated with speech and language development at 18 and 24 months. Acta Paediatrica. Wiley; 2021 Jul;110(11).
159. Covolo L, Zaniboni D, Roncali J, Mapelli V, Ceretti E, Gelatti U. Parents and Mobile Devices, from Theory to Practice: Comparison between Perception and Attitudes to 0–5 Year Old Children's Use. International Journal of Environmental Research and Public Health. MDPI AG; 2021 Mar;18(7).
160. Radesky JS, Peacock-Chambers E, Zuckerman B, Silverstein M. Use of Mobile Technology to Calm Upset Children: Associations With Social-Emotional Development. JAMA Pediatrics. American Medical Association (AMA); 2016 Apr;170(4).
161. Kulakci-Altintas H. Technological Device Use Among 0–3 Year Old Children and Attitudes and Behaviors of Their Parents Towards Technological Devices. Journal of Child and Family Studies. Springer Science and Business Media LLC; 2019 May;29(1).
162. Kabali HK, Irigoyen MM, Nunez-Davis R, Budacki JG, Mohanty SH, Leister KP, Bonner RL. Exposure and Use of Mobile Media Devices by Young Children. Pediatrics. American Academy of Pediatrics (AAP); 2015 Dec;136(6).

163. Sroufe LA. Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*. Informa UK Limited; 2005 Dec;7(4).
164. Belsky J, Fearon R. Infant–mother attachment security, contextual risk, and early development: A moderational analysis. *Development and Psychopathology*. Cambridge University Press (CUP); 2002 May;14(2).
165. Murray AD, Yingling JL. Competence in Language at 24 Months: Relations with Attachment Security and Home Stimulation. *The Journal of Genetic Psychology*. Informa UK Limited; 2000 Jun;161(2).
166. Assous A, Borghini A, Levi-Rueff M, Rittori G, Rousselot-Pailley B, Gosme C, Zigante F, Golse B, Falissard B, Robel L. Children with mixed developmental language disorder have more insecure patterns of attachment. *BMC Psychology*. Springer Science and Business Media LLC; 2018 Nov;6(1).
167. Jokihaka S, Laasonen M, Lahti-Nuuttila P, Smolander S, Kunnari S, Arkkila E, Pesonen A-K, Heinonen K. Cross-Sectional and Longitudinal Associations Between Quality of Parent–Child Interaction and Language Ability in Preschool-Age Children With Developmental Language Disorder. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. American Speech Language Hearing Association; 2022 Jun;65(6).
168. Morgan JK, Ambrosia M, Forbes EE, Cyranowski JM, Amole MC, Silk JS, Elliott RD, Swartz HA. Maternal response to child affect: Role of maternal depression and relationship quality. *Journal of Affective Disorders*. Elsevier BV; 2015 Nov;187.
169. Jon D. Elhai, Robert D. Dvorak, Jason C. Levine, Brian J. Hall. Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology. *Journal of Affective Disorders* 207 Elsevier BV, 2017.
170. Wade-Bohleber LM, Braune-Krickau K, Schneebeli L, Gemperle M, Haechler R, Pehlke-Milde J, Wyl A von. Smartphone use during the perinatal period: Findings from a longitudinal study with first-time parents. *Computers in Human Behavior*. Elsevier BV; 2024 May;154.
171. Liu T, Zhou P, Zuo Z, Fan M, Yang Y. Mediating effects of parent-child dysfunctional interactions in the relationship between parenting distress and social-emotional problems and competencies. *Infant Behav Dev*. 2023 Nov 21;74:101899.
172. Jones LB, Hall BA, Kiel EJ. Systematic review of the link between maternal anxiety and overprotection. *Journal of Affective Disorders* 295 Elsevier BV, 2021.
173. LeMoyne T, Buchanan T. Does “hovering” matter? Helicopter parenting and its effect on well-being. *Sociological Spectrum* 31 Informa UK Limited, 2011.

174. Padilla- Walker LM, Nelson LJ. Black hawk down?: Establishing helicopter parenting as a distinct construct from other forms of parental control during emerging adulthood. *Journal of Adolescence* 35 Wiley, 2012.
175. Schiffrin HH, Liss M, Miles-McLean H, Geary KA, Erchull MJ, Tashner T. Helping or Hovering? The Effects of Helicopter Parenting on College Students' Well-Being. *Journal of Child and Family Studies* 23 Springer Science and Business Media LLC, 2013.
176. Shaki O, Gupta G, Yadav P, Faisal FA. Helicopter parenting, from good intentions to poor outcomes. What parents need to know?. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 11, 4753 Medknow, 2022.
177. Areepattamannil S. Parenting Practices, Parenting Style, and Children's School Achievement. *Psychological Studies* 55 Springer Science and Business Media LLC, 2010.



10. EKLER

Ek 1. Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırmamanın adı: Anne Çocuk İlişki Kalitesi ve Dil Gelişim Geriliği Arasındaki İlişkinin Analizinde Teknoferansın Aracı Rolü

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Burak Açık

Araştırmamanın Yürütüleceği Yer: Ankara Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD

Sayın gönüllü,

Yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Çalışmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda çalışmakta olan Doç. Dr. Burak Açık ve Dr. Müge Çakıroğlu araştırmacı olarak katılacaktır. Katılımcı çocukların annelerinden kendileri ve çocuklarıyla ilgili bazı anketler doldurmaları istenecek, çocuklara uygun bir ortamda psikiyatrik görüşme yapılacak, çocuklara Stanford Binet Zeka Testi veya Ankara Gelişim Tarama Envanteri(AGTE) ile Türkçe İfade ve Alıcı Dil Testi(TİFALDİ) uygulanacaktır. Çocukta psikopatoloji saptanması durumunda ebeveyn bilgilendirilerek gerekli öneri ve yönlendirmeler yapılacaktır. Bunun dışında bir risk ve rahatsızlık öngörüsü bulunmamaktadır.

Bu çalışmadaki hedefimiz dil gelişim geriliği olan ve dil gelişimi normal olan çocuklar arasında anneleriyle ilişki kaliteleri açısından farklılık bulunup bulunmadığının belirlenip, fark bulunması durumunda bu farka "annenin teknoloji kullanımı"nın aracılık edip etmediğinin anlaşılmasıdır. Anne çocuk ilişki kalitesini bozabilecek diğer potansiyel karıştırıcıların çalışmadan elde edilecek verilerin güvenilirliğine zarar vermemesi açısından anne ruh sağlığı sorunları ve annede aleksitimi(duygu körlüğü) varlığı kontrol edilecektir.

Bu amaçla bu çalışmaya sizin de gönüllü olarak katılmanızı teklif ediyoruz. Bu çalışmaya sizin çocuğunuz gibi 1-6 yaş arası olup anabilim dalı polikliniğimize başvuran toplam 40 bireyin dahil edilmesi planlanmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz size kendi ruhsal durumunuz ve özelliklerinizle ilgili 2 anket, çocuğunuzla ilişki kalitenizi değerlendiren bir anket, annesi olarak sizin akıllı telefon kullanımınızı değerlendiren bir anket ve çocuğunuzun davranışlarını değerlendiren bir anket uygulanacaktır. Ayrıca çocuğunuzun genel gelişimini ve dil gelişimini değerlendiren 2 adet test de çocuğunuza uygulanacaktır. Çalışmamızın tasarımı doğrultusunda 2 grup belirlenecek, bu gruplara dâhil edilecek çocuklar genel gelişim açısından normal sınırlarda olan çocuklardan seçilecek, bir grup dil gelişim geriliği olanlardan(20 birey) diğer grup ise dil gelişim geriliği olmayanlardan(20 birey) oluşturulacaktır. Böylece dil gelişim geriliği olan ve olmayan çocukların anneleri ile ilişki kalitesi karşılaştırılmış olacaktır. Çocuğunuza uygulanan genel gelişim testi ve çocuğunuzun davranışlarına ilişkin dolduracağınız anket polikliniğine gelen bütün hastalara yapılan standart uygulamadır. Çalışmaya katıldığınız için diğer hastalara

yapılmayan ek olarak yalnız dil gelişim testi yapılacaktır ve annenin kendi özelliklerine ilişkin anketleri doldurması istenecektir. Anketleri doldurmanız yaklaşık 20 dakikanızı, çocuğunuza uygulanacak testler yaklaşık bir saatinizi alacaktır.

Bu araştırma toplam 6 ay sürecektir. Ayrıca, bu çalışmaya sizden başka anneleriyle birlikte 39 çocuk daha katılacaktır.

Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Bu çalışma size ve bağlı olduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumunuza herhangi mâli bir yük getirmeyecektir. Size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Araştırmadan çekilmeniz tedavinizi hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

Merak ettiğiniz bir şey olursa mesai saatleri içinde numaralı telefonu arayıp dahili numara olarak 8784'ü tuşlayarak sorumlu araştırmacıyı arayabilir ve istediklerinizi sorabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren toplam 2 sayfa metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu çalışmada bana ve çocuğuma ne olacağını, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi, imzaladığım bu formun bir kopyasının bana verileceğini biliyorum. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Bu bilgiler ışığında elde edilen verilerin;

- ☐ Başka bilimsel çalışmalarda kullanılmamasını
- ☐ Kimliğimin gizli tutularak bilimsel amaçlı diğer çalışmalarda da kullanılmasına izin veriyorum.

Hasta yakınının /Hastanın;

Adı- soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının;

Adı- soyadı:

Tarih:

İmza:

Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu

EK-1 SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

GÖNÜLLÜ EBEVEYN:

ÇOCUĞUN ADI SOYADI:

Cinsiyeti:

Bugünün Tarihi(GÜN/AY/YIL):

Doğum Tarihi (GÜN/AY/YIL):

Kreşe gitti mi? 1)Evet 2)Hayır

(Kreşe gittiye) Ne kadar süre gitti: (ay/ yıl)

Doğum zamanı (hafta):

Doğum şekli: 1)Normal yolla 2)Sezeryan

Zor doğum: 1)Yok 2)Var (Belirtiniz.....)

Doğum Kilosu:..... Doğum Boyu:..... Baş Çevresi:.....

Doğum sonrasında sıkıntılar oldu mu?:

1)Hayır 2)Evet (a. **Küvözde\ Yoğun bakımda kalma**.....gün **b. Diğer-**
Belirtiniz.....)

Doğum Sırası:

1) Çocuklardan en büyüğü 2) Çocuklardan en küçüğü 3) Tek çocuk 4) Ortanca 5)
Çok kardeş

Tıbbi Hastalık: 1) Yok 2)Var (Belirtiniz).....

Psikiyatrik Hastalık: 1) Yok 2)Var (Belirtiniz).....

Düzenli İlaç Kullanımı: 1) Yok 2)Var (Belirtiniz).....

ESKİDEN BAKIM VERENLER (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1) Anne 2) Anneanne-Babanne 3) Bakıcı 4) Diğer(belirtiniz).....

SİMDİ BAKIM VERENLER (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1) Anne 2) Anneanne- Babaanne 3) Bakıcı 4) Diğer(belirtiniz).....

Çocuğun günlük ekran maruziyeti: dakika/saat

Çocuk hangi cihazları kullanır sıklık sırasıyla yazınız(tablet/telefon/bilgisayar/televizyon gibi)

Annenin kendi akıllı telefonundaki geçen haftaki ekran süresi ortalama ne kadar?
(Telefonlardaki ekran kullanım kaydı olan uygulamadan bakıp yazalım)

AİLE ÖYKÜSÜ

AİLE TİPİ:

- 1) Çekirdek 2) Geniş (Kimler var:.....)
- 3) Boşanmışlar, çocuk anne ile yaşıyor 4) Boşanmışlar, çocuk baba ile yaşıyor
- 5) Boşanmışlar, çocuk annanne/babanne ile yaşıyor 6) Ebeveynlerden biri veya ikisi ölmüş
- 7) Evlatlık alınmış 8) Koruyucu aile ile 9) Kurum bakımında

Anne-babanın evlilik süresi:yıl

Cocuk sayısı: öz /üvey(belirtiniz.....)

ANNE İLE İLGİLİ BİLGİLER

YAŞ:

EĞİTİM DÜZEYİ:

- 1) Okuma-yazma yok 2) Okuma-yazma var, eğitim almamış 3) İlkokul 4) Ortaokul
- 5) Lise 6) Üniversite 7) Lisansüstü 8) Doktora

MESLEK:

- 1) İşsiz 2) Ev hanımı 3) Serbest meslek 4) İşçi 5) Esnaf
- 6) Tarım-hayvancılık 7) Tüccar-İş insanı 8) Devlet memuru 9) Özel sektör
- 10)Diğer(belirtiniz).....

Anne çalışıyorsa günde kaç saat çalışıyor?saat

ANNENİN MADDİ GELİRİ:

1) 0 TL 2) 0-4500 TL 3) 4500-7000 TL 4) 7000-10000 TL 5) 10000 ve üzeri

Tıbbi Hastalık: 1) Yok 2) Var (Belirtiniz).....

Psikiyatrik Hastalık: 1) Yok 2) Var (Belirtiniz).....

Düzenli İlaç Kullanımı: 1) Yok 2) Var (Belirtiniz).....

BABA İLE İLGİLİ BİLGİLER:

YAŞ:

EĞİTİM DÜZEYİ

1) Okuma-yazma yok 2) Okuma-yazma var, eğitim almamış 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise
6) Üniversite 7) Lisansüstü 8) Doktora

MESLEK:

1) İşsiz 2) Serbest meslek 3) İşçi 4) Esnaf 5) Tarım-hayvancılık
6) Tüccar-İş insanı 7) Devlet memuru 8) Özel sektör 9) Diğer (belirtiniz).....

Baba çalışıyorsa günde kaç saat çalışıyor?saat

BABANIN MADDİ GELİRİ:

1) 0 TL 2) 0-4500 TL 3) 4500-7000 TL 4) 7000-10000 TL 5) 10000 ve üzeri

Tıbbi Hastalık: 1) Yok 2) Var (Belirtiniz).....

Psikiyatrik Hastalık: 1) Yok 2) Var (Belirtiniz).....

Düzenli İlaç Kullanımı: 1) Yok 2) Var (Belirtiniz).....

KARDEŞLER İLE İLGİLİ BİLGİLER

Yaşları (sırasıyla):

Cinsiyet (sırasıyla):

Öğrenim durumu

1.ÇOCUK: 1)Okul öncesi eğitim 2)İlkokul 3)Ortaokul 4)Lise 5)Üniversite
VARSA DİĞER ÇOCUKLAR:

2.ÇOCUK: 1)Okul öncesi eğitim 2)İlkokul 3)Ortaokul 4)Lise 5)Üniversite

3.ÇOCUK: 1)Okul öncesi eğitim 2)İlkokul 3)Ortaokul 4)Lise 5)Üniversite

4.ÇOCUK: 1)Okul öncesi eğitim 2)İlkokul 3)Ortaokul 4)Lise 5)Üniversite

Tıbbi hastalıkları

1-)Yok 2-)Var (Belirtiniz)..... Varsa hangi kardeş:

Psikiyatrik Hastalık:

1-)Yok 2-)Var (Belirtiniz)..... Varsa hangi kardeş:

Düzenli İlaç Kullanımı:

1-)Yok 2-)Var (Belirtiniz)..... Varsa hangi kardeş:

Ek 3. Kısa Semptom Envanteri

KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)

Açıklama

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır.

Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz.

Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son 1 ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak **Hiç (0)**,....., **İleri derecede (4)** olacak şekilde maddelere puan veriniz.

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	İleri derecede
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2. Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5. Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9. Yaşamınıza son verme düşüncesi	0	1	2	3	4
10. İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11. İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme	0	1	2	3	4
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme	0	1	2	3	4
16. Yalnızlık hissetme	0	1	2	3	4
17. Hüzünlü, kederli hissetme	0	1	2	3	4
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19. Kendini ağlamaklı hissetme	0	1	2	3	4
20. Kolayca incinebilme, kırılma	0	1	2	3	4
21. İnsanların sizi sevmediğini, size kötü davrandığına inanma	0	1	2	3	4
22. Kendini diğer insanlardan daha aşağı görmek	0	1	2	3	4
23. Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24. Diğer insanların sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25. Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	İleri derecede
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27. Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkma	0	1	2	3	4
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma	0	1	2	3	4
30. Sıcak, soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32. Kafanızın bomboş kalması	0	1	2	3	4
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34. Hatalarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	0	1	2	3	4
35. Gelecek ile ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36. Dikkati bir şey üzerine toplamada güçlük	0	1	2	3	4
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme	0	1	2	3	4
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40. Birini dövme, ona zarar verme yaralama isteği	0	1	2	3	4
41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42. Diğer insanların yanında iken yanlış bir şey yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43. Kalabalıklardan rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44. Başka insanlara hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45. Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46. Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47. Yalnız kaldığında sinirlilik hissetme	0	1	2	3	4
48. Başarılarınıza rağmen diğer insanlardan yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49. Kendini yerinde duramayacak kadar tedirginlik hissetmek	0	1	2	3	4
50. Kendini değersiz görme duygusu	0	1	2	3	4
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52. Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

Ek 4. Toronto Aleksitimi Ölçeği

TAÖ-20 TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),, Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem	1	2	3	4	5
2. Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur	1	2	3	4	5
3. Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor	1	2	3	4	5
4. Duygularımı kolayca tarif edebilirim	1	2	3	4	5
5. Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlmeyi yeğlerim	1	2	3	4	5
6. Keyfim kaçtığımda, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem	1	2	3	4	5
7. Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır	1	2	3	4	5
8. Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurluna bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9. Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var	1	2	3	4	5
10. İnsanların duygularını tanıması gerekir	1	2	3	4	5
11. İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tarif etmek bana zor geliyor	1	2	3	4	5
12. İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler	1	2	3	4	5
13. İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum	1	2	3	4	5
14. Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem	1	2	3	4	5
15. İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
16. Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim	1	2	3	4	5
17. İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir	1	2	3	4	5
18. Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim	1	2	3	4	5
19. Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum	1	2	3	4	5
20. Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır	1	2	3	4	5

Ek 5. Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği Kısa Formu

AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ

Açıklama

Aşağıda akıllı telefon kullanımı ile ilgili çeşitli duygu ve düşünceleri içeren anlatımlar verilmiştir.

Lütfen her anlatımın size ne kadar uyduğunu değerlendirerek en uygun seçeneği yuvarlak içine alınız.

1- Kesinlikle katılmıyorum 2- Katılmıyorum 3- Kısmen katılmıyorum 4- Kısmen katılıyorum 5- Katılıyorum 6- Kesinlikle katılıyorum

1. Akıllı telefon kullanmaktan dolayı planladığım işleri aksatırım	1	2	3	4	5	6
2. Akıllı telefon kullanmaktan dolayı derslerime odaklanmakta, ödevlerimi yapmakta ve işlerimi tamamlamakta güçlük çekerim	1	2	3	4	5	6
3. Akıllı telefon kullanmaktan dolayı el bileğimde veya ensemdede ağrı hissedirim	1	2	3	4	5	6
4. Akıllı telefonumun yanımda olmamasına tahammül edemem	1	2	3	4	5	6
5. Akıllı telefonum yanımda olmadığında sabırsız ve sinirli olurum	1	2	3	4	5	6
6. Kullanmasam da, akıllı telefonum aklımdadır	1	2	3	4	5	6
7. Günlük yaşamımı aksatmasına rağmen akıllı telefonumu kullanmaktan vazgeçemem	1	2	3	4	5	6
8. İnsanların twitter, instagram veya facebook üzerindeki konuşmalarını ve paylaşımlarını kaçırmamak için sürekli akıllı telefonumu kontrol ederim	1	2	3	4	5	6
9. Akıllı telefonumu hedeflediğimden daha uzun süre kullanırım	1	2	3	4	5	6
10. Çevremdeki insanlar akıllı telefonumu çok fazla kullandığını söyler	1	2	3	4	5	6

Ek 6. Çocuk Anababa İlişki Ölçeği Kullanım İzni



T. C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Eğitim Bilimleri Fakültesi
Okul Öncesi Eğitimi Ana Bilim Dalı



22 Kasım 2022

Arş. Gör. Dr. Müge Çakıroğlu

ÇOCUK-ANABABA İLİŞKİ ÖLÇEĞİ'Nİ (Akgün ve Yeşilyaprak, 2010) ilgili yerlerde kaynak gösterilmesi şartıyla, araştırmanızda kullanabilirsiniz. Adı geçen ölçek başka çalışmalarda kullanılmak istendiğinde bilgi verilmeli ve başkalarına verilmemelidir.

İMZA

Araştırmacılar Adına

Doç. Dr. Ege Akgün

Ankara Üniversitesi

Eğitim Bilimleri Fakültesi

Okul Öncesi Eğitimi Ana Bilim Dalı

Araştırmacılar Adına:

İMZA

Arş. Gör. Dr. Müge Çakıroğlu