



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DUDAK DAMAK YARIĞI OLAN ÇOCUKLARIN ANNELERİ
İLE TİPİK GELİŞİM GÖSTEREN ÇOCUKLARIN
ANNELERİNİN İLETİŞİM BECERİLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

SACİDE EBRAR ENGİNAR

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ANABİLİMDALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÜNAL LOGACEV

İstanbul-2022

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi: Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Dil ve Konuşma Terapisi
Tez Sahibi : Sacide Ebrar ENGİNAR
Tez Başlığı : Dudak Damak Yarığı Olan Çocukların Anneleri İle Tipik
Gelişim Gösteren Çocukların Annelerinin İletişim Becerilerin
Karşılaştırılması
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 25.10.2022

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Kurumu

İmza

Dr.Öğr.Üyesi Özlem ÜNAL LOGACEV İstanbul Medipol Üniversitesi

Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Nazmiye Evra G. ŞENOL İstanbul Medipol Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Eren BALO

Anadolu Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../ tarih ve/..... - sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Sacide Ebrar ~~ENGİNAR~~

TEŞEKKÜR

Lisans hayatımın başından beri çalışkanlığı, enerjisi ve donanımıyla her anlamda bana rol model olan kıymetli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Özlem Ünal Logacev'e,

Maddi ve manevi her açıdan destek olan, tüm sorularımı anlayışla cevaplayan sevgili hocam Dr. Öğr. Üyesi Evra Günhan Şenol'a,

Mesleğine olan sevgisiyle, azmi ve disipliniyle hepimize örnek olan bölümümüzün kurucu hocası sayın Prof. Dr. Seyhun Topbaş'a ve bölümümüzün diğer emektar hocaları olan Dr. Öğr. Üyesi Sertan Özdemir ve Dr. Öğr. Üyesi Talat Bulut'a,

Tüm süreç boyunca destek olan sevgili bölüm başkanımız Prof. Dr. İlknur Maviş'e ve sevgili bölüm başkan yardımcımız Doç. Dr. Elçin Tadihan Özkan'a,

Çalışmamın başlangıcından itibaren ilgisini hiç eksik etmeyen, manevi desteklerini esirgemeyen, jüri davetimi kırmayan Dr. Öğr. Üyesi Eren Balo'ya, katılımcılara ulaşmama yardımcı olan Dr. Öğr. Üyesi Semra Selvi Balo'ya,

Aklıma takılan tüm sorularımı cevaplayan, materyallerini benimle paylaşan sevgili Ayşe Işıldar'a,

Her anımda yanımda olan, her başım sıkıştığında yardımına koşan, desteklerini daima hissettiğim Dilara, İlayda, Buğse ve Eray'a,

Karşılıksız desteklerinden ötürü Dr. Şenay Özdemir'e,

Son zamanlarda biraz ihmal etsem de bugünlere gelmemde payları büyük olan, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen başta babam olmak üzere canım aileme ve

Çalışmama katılmayı kabul eden değerli annelere ve katkısı olan adını sayamadığım herkese çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
TEZ ONAY FORMU.....	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISLATMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1 Dudak Damak Yarıklarında Dil Gelişimi.....	6
4.2. DDY’li Çocukların Dil Gelişimindeki Risk Faktörleri.....	7
4.3. Maternal Bağlanma ve DDY.....	8
4.4. DDY’li Çocuğu olan Annelerin Etkileşimleri.....	9
4.5. DDY’li Bireylerin Psikososyal Gelişimleri ve Etkileşim Becerileri.....	12
4.6. DDY’li Çocuğu Olan Annelerin İletişim Becerileri.....	13
5. MATARYEL VE METOT.....	14
5.1 Araştırmanın Deseni.....	14
5.2 Katılımcılar.....	14
5.3 Veri Toplama Araçları.....	18
5.3.1. Katılımcı bilgi formu.....	18
5.3.2. Türkçe İletişim Davranışları Gelişim Envanteri-2 (TİGE-2).....	18
5.3.3. Video kaydı.....	19
5.4. Prosedür.....	19

5.5.	Verilerin Analizi.....	19
5.5.1.	Videoların kodlanması.....	20
5.5.1.1.	Pozitif kodlar.....	20
5.5.1.2.	Negatif kodlar.....	21
5.5.2.	İletişim becerilerinin analizi.....	22
5.6.	Güvenirlilik Analizi.....	23
5.7.	İstatistiksel Analiz.....	24
6.	BULGULAR.....	25
6.1	TİGE-2 Ham Puanlarının Karşılaştırılması	25
6.2	Annelerin İletişim Becerileri Analizlerinin İncelenmesi ve Karşılaştırılması	26
7.	TARTIŞMA.....	42
8.	SONUÇ.....	48
8.1	Sınırlılıklar ve Öneriler	48
9.	KAYNAKLAR.....	50
10.	EKLER.....	57
11.	ETİK KURUL ONAYI.....	70
12.	ÖZGEÇMİŞ.....	73

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

CLP	: Cleft lip palate
DDY	: Dudak-damak yarığı
DKT	: Dil ve konuşma terapisti
F	:ANOVA test değeri
Min-mak	: Minimum-maksimum değer
Otit	: Otitis media (orta kulak iltihabı)
p	: Anlamlılık düzeyi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
t	: t-testi değeri
TİGE	: Türkçe İletişim Davranışları Gelişimi Envanteri
U	: Mann Whitney U değeri

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No.
Şekil 5.5.3. PRAAT analizine örnek görsel.....	23
Şekil 6.1. TİGE-2 ham puanlarının incelenmesi.....	26
Şekil 6.2.1. Her iki gruptaki annelerin çocuklarıyla iletişimlerinde en sık kullandıkları davranışlar.....	27
Şekil 6.2.2. Her iki gruptaki annelerin çocuklarıyla iletişimlerinde en sık kullandıkları pozitif davranışlar.....	28
Şekil 6.2.3. Her iki gruptaki annelerin çocuklarıyla iletişimlerinde en sık kullandıkları negatif davranışlar.....	29
Şekil 6.2.4. Grupların pozitif davranış yüzdelerine ilişkin kutu grafiği.....	30
Şekil 6.2.5. Grupların negatif davranış yüzdelerine ilişkin kutu grafiği.....	31
Şekil.6.2.6. TİGE-2 değerleri ve annelerin pozitif davranış yüzdelerine ilişkin serpmeye diyagramı.....	41

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 5.2.1. Katılımcıların gruplara dağılımı	14
Tablo 5.2.2. Katılımcıların ve çocuklarının yaş ortalamaları ve çocukların cinsiyete dağılımları.....	15
Tablo 5.2.3. Katılımcılara ilişkin demografik bilgiler.....	16
Tablo 5.2.4. Çocukların gelişimlerine ve sağlık durumları ilişkin özellikler.....	17
Tablo 5.5.1.1 Pozitif kodlar ve tanımları.....	20
Tablo 5.5.1.2 Negatif kodlar ve tanımları.....	21
Tablo 6.1. Gruplara göre çocukların TİGE-2 ham puanlarının Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması.....	25
Tablo 6.2.1. Gruplara göre annelerin pozitif davranış yüzdelerinin t-testi ile karşılaştırılması.....	29
Tablo 6.2.2. Gruplara göre annelerin negatif davranış yüzdelerinin t-testi ile karşılaştırılması.....	30
Tablo 6.2.3. DDY grubunun cinsiyet, anne çalışma durumu, anne ile günlük geçirilen zaman, anne ile günlük oyun süresi, otit geçirme sıklığı, kulakta tüp varlığı değişkenleri ile pozitif puanların ANOVA ve t-testi ile karşılaştırılması.....	33
Tablo 6.2.4. DDY grubunda anne yaşı, çocuk yaşı, dudak ameliyat ayı, damak ameliyat ayı, yürümeye başladığı ay, ilk sözcük ayı ve TİGE-2 skorları ile pozitif davranışlar arasındaki ilişkiler.....	34
Tablo 6.2.5. Tipik grubun cinsiyet, anne çalışma durumu, anne ile günlük geçirilen zaman, anne ile günlük oyun süresi, değişkenleri ile pozitif puanların ANOVA ve t-testi ile karşılaştırılması.....	34
Tablo 6.2.6. Tipik grupta anne yaşı, çocuk yaşı, yürümeye başladığı ay, ilk sözcük ayı ve TİGE-2 ile pozitif puanlar arasındaki ilişkiler.....	34

Tablo 6.2.7.	Katılımcı grubuna göre “evet-hayır sorusu” değerlerinin Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması.....	35
Tablo 6.2.8.	Katılımcı grubuna göre “açık uçlu soru” değerlerinin Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması.....	35
Tablo.6.2.9.	Katılımcı grubuna göre “adlandırma sorusu” değerlerinin Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması.....	36
Tablo.6.2.10.	Katılımcı grubuna göre “negatif 5n1k sorusu” değerlerinin t-testi ile karşılaştırılması.....	36
Tablo.6.2.11.	Katılımcı grubuna göre “talep bildiren soru” değerlerinin Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması.....	37
Tablo.6.2.12.	Katılımcı grubuna göre “emir verme” değerlerinin t-testi ile karşılaştırılması.....	37
Tablo.6.2.13.	Katılımcı grubuna göre “annenin liderliği” değerlerinin t-testi ile karşılaştırılması.....	37
Tablo.6.2.14.	Katılımcı grubuna göre “afekt” değerlerinin Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması.....	38
Tablo.6.2.15.	Katılımcı grubuna göre “taklit” değerlerinin t-testi ile karşılaştırılması.....	38
Tablo.6.2.16.	Katılımcı grubuna göre “yorumlama” değerlerinin t-testi ile karşılaştırılması.....	38
Tablo.6.2.17.	Katılımcı grubuna göre “niyetini ifade etme” değerlerinin Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması.....	39
Tablo.6.2.18.	Katılımcı grubuna göre “bilgi verme” değerlerinin Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması.....	39
Tablo.6.2.19.	Katılımcı grubuna göre “genişletme” değerlerinin Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması.....	39
Tablo.6.2.20.	Katılımcı grubuna göre “etiketleme” değerlerinin t-testi ile karşılaştırılması.....	40
Tablo.6.2.21.	Katılımcı grubuna göre “pozitif 5n1k sorusu” değerlerinin Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması.....	40

1. ÖZET

DUDAK DAMAK YARIĞI OLAN ÇOCUKLARIN ANNELERİ İLE TİPİK GELİŞİM GÖSTEREN ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN İLETİŞİM BECERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Karmaşık bir etiyojijiye sahip olan dudak damak yarığı (DDY) yaygın bir doğumsal anomalidir. Yapısal anomalilerin konuşma üzerindeki çok yönlü ve karmaşık etkisinden dolayı DDY olan bireyler iletişim bozuklukları açısından risk grubundadır. Bu kişilerdeki rezonans ve artikülasyon bozuklukları, birebir yarık ve ona bağlı meydana gelen biyolojik farklılıklardan kaynaklansa da dil gelişimindeki gecikmeler kesin olarak bir sebebe bağlanamamaktadır. Fakat erken çocukluktaki dil gelişiminde ailenin, özellikle de annenin çocukla etkileşimi oldukça önemlidir. Ailelerin bebekleriyle kurduğu kaliteli etkileşim daha iyi dilsel, bilişsel ve sosyal gelişimle ilişkilendirilmiştir. Özel gereksinimli çocuğı olan ebeveynlerin günlük yaşam aktivitelerinde daha korumacı yaklaşım sergileyebilmekte bu da çocukların farklı alanlardaki gelişimlerini etkilemektedir. Bu çalışmada dudak damak yarığı olan çocukların annelerinin, çocuklarıyla etkileşimleri incelenerek tipik gelişim gösteren çocukların anneleri ile karşılaştırılmıştır. Çalışmaya 18-36 aylık tipik gelişim gösteren çocuğı olan 10 anne ile 18-36 aylık çocuğunda DDY olan 14 anne dahil edilmiştir. Katılımcı annelerle yapılan görüşmede katılımcı bilgi formu ve çocukların dil gelişimini değerlendirmek amacıyla Türkçe İletişim Gelişim Envanteri-II (TİGE-II) formu doldurulmuştur. Ardından katılımcılara çocuklarıyla evlerinde serbest oyun videosu çekmeleri istenmiştir. Videoların analizleri sonucunda iki gruptaki annelerin iletişim becerileri karşılaştırılmış anlamlı bir fark bulunmamıştır. Tipik gruptaki çocukların daha yüksek dil becerilerine sahip oldukları bulunmuştur. Çalışmanın geneline bakıldığında annelerin iletişim becerileri ile çocukların dil becerileri arasında bir korelasyon bulunmuştur.

Anahtar sözcükler: anne-çocuk etkileşimi, dil gelişimi, dudak damak yarıkları, iletişim becerileri, maternal bağlanma

2. ABSTRACT

COMPARISON OF THE COMMUNICATION SKILLS OF THE MOTHERS OF CHILDREN WITH CLEFT LIP AND PALATE AND THE MOTHERS OF CHILDREN WITH TYPICAL DEVELOPMENTS

Cleft lip and palate (CLP) with a complex etiology is a common congenital anomaly. Due to the multifaceted and complex effect of structural anomalies on speech, individuals with CLP are in the risk group for communication disorders. Although the resonance and articulation disorders in these individuals are caused by the one-to-one cleft and the biological differences that occur due to it, the delays in language development cannot be attributed to a definite reason. However, the interaction of the family, especially the mother, with the child is very important in language development in early childhood. Quality interaction that families have with their babies has been associated with better linguistic, cognitive, and social development. Parents with special needs children may display a more protective approach in their daily living activities, which affects the development of children in different areas. In this study, the interactions of mothers of children with cleft lip and palate were examined and compared with mothers of children with typical development. Ten mothers with a typical 18-36-month-old child and 14 mothers with a 18-36-month-old child with cleft lip and palate (CLP) were included in the study. During the interview with the participant mothers, the participant information form and the Turkish Communication Development Inventory-II (TİGE-II) form were filled in order to evaluate the language development of the children. Then, the participants were asked to shoot a video of free play with their children at home. As a result of the analysis of the videos, the communication skills of the mothers in the two groups were compared and no significant difference was found. Children in the typical group were found to have higher language skills. Looking at the overall study, it was found that there was a correlation between the language skills of the mothers and the language skills of the children.

Key words: cleft lip and palate, communication skills, language development, maternal attachment, mother-child interaction,

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Yarık, normalde kapalı olması gereken yapılardaki anormal açıklıktır (1). Kraniofasiyel yarıklar arasında en sık görüleni (2) yaklaşık 700 doğumdan birinde görülen dudak damak yarıklarıdır (3). Dudak ve damak yarıkları (DDY) genetik bir bozukluk veya hamilelikte gelişen bir komplikasyon sonucu görülen doğumsal bir anomalidir (1). İzole olarak dudakta veya damakta görülebileceği gibi, yarık hem dudakta hem de damakta olabilmektedir (4). Yarık, dudakta tek taraflı veya çift taraflı, dudaktan yumuşak damağa kadar tuttuğu yapılara göre ise komplet veya inkomplet olabilir (5). Tüm DDY vakalarının %70'i başka herhangi bir bilişsel, yapısal anomalisi olmayan izole DDY vakalarıdır (3). DDY olan bireylerde emme-beslenme güçlüğü, ortodontik bozukluklar, işitme problemleri, uygun olmayan rezonans ve artikülasyon ve bunlara bağlı olarak gelişen psikososyal sorunlar gözlenebilmektedir. Bu problemlerin sağaltımında başta plastik cerrah olmak üzere dil ve konuşma terapisti, ortodontist, odyolog, kulak burun boğaz hekimi, psikolog gibi farklı uzmanlardan oluşan multidisipliner bir ekip görev almaktadır (6). DDY tedavi sürecinde doğumdan genç yetişkinliğe kadar fonksiyonel ve kozmetik amaçlı bir dizi ameliyat gerekmektedir (7). Dudaktaki açıklık çoğunlukla 2 ve 3. aylarda, damaktaki açıklık ise 6-12 aylar arasında kapatılmaktadır (8). Damak onarımına rağmen bireylerin %10-20'sinde görülen hipernazalite sebebiyle ikincil bir cerrahi gerekmektedir. Okul öncesi dönemde çocuğun daha kabul edilebilir bir görüntüye kavuşması için estetik amaçlı burun ve dudak revizyonuyla beraber ikincil damak ameliyatı da yapılabilmektedir (9). İlkokul çağına gelmiş bir çocukta alveolar greft ameliyatı ve kalıcı dişlerin sürmesiyle ortodontik tedavilere başlanmaktadır (7). Bu popülasyonda dil ve konuşma terapistleri (DKT) ise yenidoğan döneminden itibaren beslenme yutma ve işitme konusunda danışmanlık vermekte ve yönlendirmeler yapmakta ayrıca DDY'den bağımsız olarak çocuğun dil gelişimini takip etmektedir. Çocuğun üç yaşına girmesiyle artikülasyon ve rezonansı değerlendirilerek ihtiyaç halinde artikülasyon terapisi yapılmaktadır (9).

DKT'ler DDY'li vakaların takip ve tedavi sürecinin bütün aşamalarında aktif olarak rol almaktadır. Diğer disiplinlerle iletişim halinde olarak zamanında doğru müdahalelerin yapılmasının kontrolünü üstlenmekte ve gerekli yönlendirmeleri

yapmaktadır. DKT'lerin beslenme desteği gerektiren durumlar dışında bu vakalarla doğrudan teması 3 yaşından sonra olsa da ondan önceki süreçte çocuğun dil ve iletişim becerilerinin gelişimini izlemektedirler. Ayrıca DKT'ler aile bilgilendirmeleriyle dolaylı yoldan erken müdahale süreçlerini yönetmektedir (6). Bu uygulamalar, özel gereksinimleri olan ve risk grubunda bulunan çocuklar ve ailelerine uzmanlar aracılığıyla ulaşarak dolaylı yoldan programa entegre edilmesini içeren ve çocukların gelişim ve ilerlemelerinde büyük önem taşıyan erken müdahale süreçlerinin bir parçası olarak ele alınabilir (10). Ülkemizde birçok bebeğin birincil bakıcısının anneleri olduğunu varsayarsak annelerin çocuğuyla etkileşimi ve erken müdahale yöntemlerini uygulayabilmeleri çocuğun dil gelişimindeki önemi oldukça fazladır. Çocuğunda DDY olan ebeveynler diğerlerine göre daha fazla stres ve kaygı yaşamakta, ayrıca bu durumdan utanç duyabilmektedirler (11). Bir çalışma çocuğunda orofasiyal yarık olan ailelerin enerjilerinin çoğunu bozukluğun tedavisine harcamalarından dolayı aile içi etkileşiminin düşük olduğu bildirilmiştir (12). DDY'li çocuğu olan annelerin stres altında oldukları ve bunun da etkileşimlerini olumsuz yönde etkileyebildiği belirtilmiştir (13). Daha az etkileşimci anne davranışları ise, çocuğun bilişsel gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir (13). Field ve Vega-Lahr (14) yaptıkları çalışmada annelerin henüz ameliyat olmamış bebeklerdeki kozmetik malformasyonlar ve yarık sebebiyle bebeğin mimiklerini anlamakta zorluk çektikleri ve bebekleriyle etkileşiminden çok keyif almadıkları iddia edilmiştir. Wasserman ve Allen'in (15) 1985'te yaptıkları bir çalışmada çocuklardaki kozmetik malformasyonların, annelerin kurdukları etkileşim üzerine etkisini incelemek için görünür malformasyonu olan grup, prematüre grup ve tipik gelişim gösteren grubu karşılaştırmalı olarak izlemişlerdir. Anne çocuk serbest oyun oynamaları istenip video kaydına alınmış ve kayıtlar incelenerek annelerin davranışları kodlanmıştır. Çalışma sonucunda fiziksel malformasyonları olan gruptaki annelerin çocukla etkileşiminde kopmalar ve çocuklarına karşı daha az duyarlı oldukları bulunarak bunun nedeninin çocuğun görünür malformasyonlar sebebiyle anneye çekici gelmediği ve çocukların düşük performansı olduğu bildirmişlerdir.

Ülkemizde Akçay-Gülşen (16) tarafından yapılan bir çalışmada DDY'li çocukların ve annelerinin psikososyal durumları incelenmiştir ve çocuklarda benlik saygısının düşük olduğu bulunurken annelerde yüksek benlik saygısı olduğu

vurgulanmıştır. Fakat ülkemizde henüz çocuğunda DDY olan annelerle tipik gelişim gösteren çocuğu olan annelerin dil becerilerini karşılaştırarak inceleyen bir çalışma yapılmamıştır. Bu sebeple bu çalışma ülkemiz alanyazınındaki ilk çalışmadır. Bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmaktadır:

1. DDY'li çocukların dil becerileri ile tipik gelişim gösteren çocukların dil becerileri arasında fark var mıdır?
2. DDY'li çocukların anneleri ile tipik gelişim gösteren çocukların annelerinin kullandıkları iletişimi stratejileri arasında fark var mıdır?
3. Etiketlenen davranışlar arasında annelerin en sık kullandığı pozitif davranış (afekt, genişletme, niyetini ifade etme, taklit, bilgi verme, yorumlama, etiketleme, pozitif 5n1k sorusu) hangisidir?
4. Etiketlenen davranışlar arasında annelerin en sık kullandığı negatif davranış (emir verme, annenin liderliği, adlandırma sorusu, talep bildiren sorular, negatif 5n1k sorusu, evet/hayır sorusu) hangisidir?
5. Annelerin sunduğu dildeki pozitif davranışların oranı hangi grupta daha yüksektir?
6. Annelerin sundukları dil ile çocukların dil seviyeleri arasında bir korelasyon var mıdır?

4. GENEL BİLGİLER

4.1 Dudak Damak Yarıklarında Dil Gelişimi

Bebekler yaklaşık olarak altıncı ayda ünlü ve ünsüz sesleri bir araya getirerek kelime benzeri vokalizasyonlar oluşturmaya başlarlar. Buna kanonik babıldama denilir (17). Bu aşama çocuğun dil gelişiminde en önemli dönüm noktalarındandır (18). Mevcut literatür babıldamalardaki ses ve hece çeşitlerinin erken sözcük üretimi ve daha iyi dil gelişimiyle ilişkili olduğunu söylemektedir (19). Babıldamaların başladığı bu dönemde DDY'li çocukların anatomik yapısı göz önüne alındığında bir gecikme olması beklenen bir durumdur (17) ve gerçekten de vokalizasyonlarda gecikme ve daha az çeşitli üretimler olduğu görülmüştür (18, 20, 21). Vokalizasyondaki bu sınırlılıklar DDY'li bebeklerin ifade edici dil gelişimi açısından risk altında olduğunun bir işareti olabilir (18). Mevcut literatüre göre vokalizasyonları çeşitli olan çocukların ifade edici dil becerisi, sınırlı ünlü-ünsüz kalıpları kullanan çocuklara göre daha hızlı gelişmektedir (22). Sınırlı sayıdaki ses ve hece örüntülerinden dolayı sözcük seçimleri de etkilenebilmektedir (22). DDY'li çocukların fonetik envanterinde olan sesleri içeren kelimeleri daha çabuk öğrendiğini bulgulamıştır (22). Vokalizasyondaki bu sınırlılığın da ilk sözcüğün üretilmesini geciktirdiği ve ifade edici dil gelişimine etki ettiği belirtilmiştir (22, 23). İlk 50 sözcüğün edinim süresi incelendiğinde DDY'li çocuklar tipik gelişim gösteren çocuklara göre daha yavaş ilerlediği görülmüştür (22). Ayrıca Jensen ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırma, daha az ünsüz kullanan ve daha az tekrar yapan risk grubundaki çocukların, ilerleyen dönemlerde daha sınırlı dil becerilerine sahip olduklarını göstermiştir (24).

Chapman ve arkadaşları babıldamalardaki gecikmeyi damaktaki henüz kapatılmayan açıklığa bağlamışlardır (23). Ancak açıklık kapatıldıktan sonra düzelen konuşma mekanizmasına rağmen vokalizasyondaki eksiklerin etkisi sürebilmektedir (21). Yapılan çalışmalarda damak yarıklı çocukların damak ameliyatından bir sene sonra kullanılan ünsüzler ve ifade edici dil açısından akranlarının gerisinde kaldıkları bulgulanmıştır (23, 25). Bu çocukların çoğunlukla ses yolunun uç noktalarındaki sesleri yani dudaksıl, nazal ve glottal sesleri ürettikleri görülmüş, ağzın daha merkezindeki seslerin üretiminde eksiklikler bulunmuştur (17, 21, 26). Ağız içi basıncı oluşturmadaki güçlükten dolayı yüksek basınçlı seslerin üretimi mümkün olmayabilir (18). Bir çalışmada DDY'li çocukların ürettiği ses çeşitliliğindeki sınırlılığa rağmen

tipik gelişim gösteren çocuklar kadar sık vokalizasyon yaptıkları belirtilmiştir (21). Bu grup için babıldama sıklığı yüksek olsa da, aynı çalışmada ilk sözcük üretim denemelerinde babıldama sıklığından çok babıldamaların çeşitliliğinin önemi vurgulanmıştır (21). Ayrıca DDY'li çocukların iletişim esnasında daha az kelime kullandığı bildirilmiştir (27). DDY'li çocukların bu durumu telafi etmek için de daha uzun süre jest ve vokalizasyonları sürdürme eğiliminde oldukları ve daha gelişmiş sözel olmayan dil becerilerine sahip oldukları saptanmıştır (17, 23, 25).

4.2. DDY'li Çocukların Dil Gelişimindeki Risk Faktörleri

Dudak damak yarıklarında dil ve konuşma terapisi uygulamaları incelendiğinde literatürün ağırlıklı odak noktası artikülasyon ve rezonans bozuklukları olsa da, DDY'li bireylerin çoğu erken dönemde hem fonolojik hem de dil gelişimi açısından problem yaşadıkları da bilinmektedir (22, 25). DDY'li çocuklar erken dönem dil ve konuşma gelişimi açısından risk grubundadırlar. Bunun sebebi olarak akla öncelikle anatomiden kaynaklanan sorunlar gelse de düşük sosyoekonomik seviye (29) uzun süreli hastanede kalışlar, orta kulak enfeksiyonu riski ve bunun sonucunda görülebilen işitme kayıpları, dil konuşma gelişimi için kritik zamanlarda geçirilen cerrahi operasyonlar ve bu operasyonların yol açtığı ajite durum gibi faktörlerin dil gelişimi üzerine etkisi olmaktadır (30, 31, 32). Orta kulak enfeksiyonuna bağlı gelişen işitme kayıplarının daha kötü biliş ve dil gelişimiyle karakterize olduğu saptanmıştır (30). Velofarengal yetersizlik direkt olarak dil gelişimini etkilemese de çocuğun anlaşılabilirliğini düşürmekte, bu da ailenin çocuğun ifade edici dil performansını yeterince pekiştirememesine sebep olmaktadır (20). Ayrıca Pamplona ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada velofarengal yetersizliği ve telafi edici artikülasyon hataları olan çocukların diğer çocuklarla karşılaştırıldığında bu çocuklarda ifade edici dil gelişiminde gecikmeler olma olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (33). Bu çocuklarda atipik fonolojik işlemlerin kullanmasının dil gelişimini olumsuz etkileyebileceğinden söz edilebilir (34).

4.3. Maternal Bağlanma ve DDY

Maternal bağlanma; hamilelikle birlikte başlayıp anne ve bebek arasında kurulan, besleme ve koruyucu davranışlar içeren duygusal bir bağıdır (36, 37). Ebeveynlerin çocuklarıyla güvenli bağlanma kurmalarının çocuğun psikososyal gelişimine önemi çok büyüktür (38, 39). Erken dönemdeki duyarlılık, yanıt verme, hassasiyet gibi bileşenleri içeren anne çocuk etkileşimleri, güvenli maternal bağlanmayı desteklemektedir (37, 40). Ayrıca anne bebek arasında erken ten temasının kurulması, bebeğin kucaklanması, annenin bebek ile konuşması maternal bağlanmayı hızlandıran davranışlardandır (39, 41, 42).

Bebeklerdeki orofasiyal yarıklar hamilelik sürecinde öğrenilebildiğinden, tanıya bağlı stres ve depresyon maternal bağlanmayı olumsuz etkileyebilir (36, 37). Maternal bağlanmanın sağlıklı bir şekilde oluşması için annenin bebeğini kabullenmesi gerekmektedir (42). Bebeklerdeki anomalinin görünürlüğü, düzeltilebilme derecesi, bilişsel becerileri etkileyip etkilemeyeceği, tanının seyri, yaşam beklentisi annelerin bebekleriyle karşılıklı etkileşimlerini etkileyerek maternal bağlanmayı zorlaştırabilir (37). Yapılan bir çalışmada orofasiyal anomalisi bulunan bebeklerin annelerinin maternal bağlanma düzeyleri incelendiğinde sağlıklı çocukların annelerine göre daha düşük olduğu görülmüştür (43). Benzer şekilde prematüre doğan bebeklerin annelerinin yaşadığı stres de etkileşim kalitesini etkileyerek daha kontrolcü ve daha az duyarlı anne davranışlarıyla ortaya çıkmasına neden olmaktadır (40). Yapılan başka bir çalışmada ise orofasiyal yarıkları olan çocukların anneler tarafından daha savunmasız algılanıp annenin koruyuculuk güdüsünü tetikleyerek daha güvenli bağlanmaya yol açtığı bulunmuştur (44). Yine benzer bir çalışmada kozmetik malformasyon şiddetinin maternal bağlanma ve ebeveynlik kalitesi arasında doğru orantı olduğu saptanmıştır (45). Bunların aksine bir çalışmada DDY'li çocuğu olan anneler tipik gelişim gösteren çocukların annelerine göre daha fazla travma sonrası stres belirtisi gösterdiklerini belirtmişler ve çocuklarına karşı maternal bağlanma seviyesi düşük bulunmuştur (43). Bir başka çalışmaya göre ise DDY'li grup ve karşılaştırma grubunun maternal bağlanmaları arasında bir fark bulunmamıştır (46). Literatürdeki benzer çalışmalardaki farklı sonuçlar bu alanda daha fazla çalışma yapılmasını ve sonucu etkileyen faktörlerin üzerinde daha fazla durulmasını gerektirmektedir.

Emzirme maternal bağlanmada önemli faktördür (41), fakat DDY’li bebekleri organik sebeplerden kaynaklanan beslenme problemleri yüzünden emzirmek çok mümkün değildir (47). Bu da DDY olan bebekler ve anneleri arasında bağlanmayı zorlaştırabilecek faktörlerden birisidir.

Ülkemizde yapılan bir araştırmada görünür anomalilerin maternal bağlanmaya etkisi incelenmek istenmiş ve fiziksel görünüşte bir farklılığa sebep olmayan konjenital kalp anomalisiyle orofasiyal anomalisi olan çocukların annelerinin bağlanma düzeyleri ölçülmüş fakat aralarında bir fark bulunmamıştır (37).

Çocukla güvenli bir bağlanma kurulduğunda ebeveyn çocuk arasındaki açık iletişim ortamı daha fazla duygusal paylaşımına izin vererek çocuğun güvenli ve sağlıklı bir ortamda desteklenmesine ve yanıtlar üretmesine teşvik eder (48). Bunlardan yola çıkarak güvenli bağlanma çocuğun bilişsel ve dilsel gelişimini doğrudan ve dolaylı olarak destekleyebilir (49). Güvenli bir maternal bağlanmada ortaya çıkan annenin duyarlı, yanıtlayıcı, iletişim kurmaya istekli hali çocuk için güvenli ve destekleyici bir iletişim ortamı sağlamaktadır (48). Güvenli bağlanma kurulamayan durumlarda ise çocuklar daha içedönük olmaya meyillidir, iletişim fırsatlarına yeterince cevap veremediklerinden girdikleri döngü sebebi ile daha az zengin bir iletişim ortamı yaratır ve bu çocuklar erken dönemde daha kötü alıcı ve ifade edici dil performansı sergileyebilirler (50).

4.4. DDY’li Çocuğu olan Annelerin Etkileşimleri

Risk altındaki bir bebeğin gelişimi yalnızca bozukluğun doğasına göre değil, aynı zamanda bakım verenlerin tutumlarına göre de şekillenir (51). Kozmetik bir malformasyonla doğan çocukların anneleri, bekledikleri görünüm olarak tipik bebekle ilgili beklentilerini bir kenara bırakmak zorunda kaldıklarından dolayı yas sürecine benzer bir süreçten geçerken yeni bebeğe adapte olmaya çalışırlar (37, 38, 52). Ebeveynler, çocuklarının bir kranofasiyal anomaliyle doğacağını öğrendikleri andan itibaren bu duruma kendilerinin sebep olup olmadıkları, çevredekilerinin ve akranlarının bu duruma göstereceği tepki, çocuğun gelişiminde bir sorun olup olmayacağı gibi çeşitli endişelere ve hayal kırıklığı, reddedilme, suçluluk, üzüntü gibi duygularla karşı karşıya kalırlar (5, 37, 53). Bu dönemde farklı derecelerde inkâr, öfke, ağlama nöbetleri yaşayabilirler (38). Özellikle çocuktaki bu bozukluğu doğum

sırasında öğrenmenin getirdiği şok etki bu durumla baş etme becerilerini zorlaştırabilir (52, 60). Tüm bu problemler annelik stresini tetiklemekte ve bu da anne-çocuk arasındaki etkileşimi olumsuz etkilemektedir (40). Ebeveyn ve bebek arasındaki etkileşimdeki zorluklar bebeğin bilişsel, sosyal ve iletişimsel becerilerinde gecikmelere yol açabileceği düşünülmektedir (40). Clifford ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada annelerin doğumsal anomaliyle dünyaya gelen bebeklere uyum sağlama becerilerinin kişiden kişiye göre değiştiği; bazı annelerin daha koşulsuz şefkatle yaklaşırken bazılarınınınsa bağlanmada sorunlar yaşadığını ortaya koymuştur (54). Bebekteki malformasyonu kendisine mal eden aileler çocuğu tamamen reddedebilir veya aşırı korumacı bir tavır sergileyebilirler (52). İki günlük bebeklerle yapılan bir çalışmada fiziksel olarak çekici bebeklerin diğerlerine göre daha çok ten teması geçirdiği bulunmuştur (55). Ayrıca annelerin fiziksel olarak daha az çekici gelen çocuklarla daha az göz hizasında buldukları, bunun da görsel etkileşimi baltaladığı bilinmektedir (55).

Yüzdeki bu görünür malformasyonlar ameliyatla düzeltildiğinde, kalan ameliyat izlerine rağmen annelere göre sonuç dramatik olabilmekte ve bir süre içinde çocuğa tepkileri normalleşebilmektedir (56). Dudaktaki yarık kapatılmadan önce bu durum sosyal gülümsemeyi etkileyeceğinden annenin bu gülümseme mesajlarını okumasını zorlaştırabilir (57) ve çocuğun yüz ifadesini okumayı güçleştirerek çocuğun iletişim sinyallerini yanlış yorumlamasına sebep olabilmektedir (40). Son yıllarda kranofasiyal cerrahiler daha erken dönemlere çekilerek yüz deformitelerinin ortadan kaldırılması, böylece de ebeveyn çocuk etkileşimini güçlendirerek çocuğun tüm alanlardaki gelişimini desteklenmemesi amaçlanmaktadır (55). Gecikmiş ameliyatlardan ise annelerin bebeğe karşı duyarlılığının azalmasında ve bebeğin bilişsel gelişimini olumsuz etkilemesinde rolü olabilmektedir (13).

Anne duyarlılığı, annenin bebeğin davranış ve iletişim sinyallerini doğru algılayıp bunlara uygun ve hızlı yanıtlar vermesidir ve aralarındaki etkileşim kalitesinin en önemli göstergelerinden biridir (58). Daha önce yapılan çalışmalardan birinde DDY'li çocukların anneleriyle tipik gelişim gösteren çocukların anneleri arasında etkileşim sırasında benzer duyarlılık gösterdiği bulunmuş olsa da (40) diğer çalışmalarda ise DDY'li çocuğu olan annelerin çocuklarına karşı daha az duyarlı oldukları bulunmuştur (51, 55, 58). Bunun sebebinin yüzünde deformasyon olan

çocukların çeşitli nedenlerle bakım verenlerine karşı daha az duyarlı olmaları, annelerin ise “ödüllendirilmediği” için bakım sıklığında azalma olması hipotezi öne sürülmüştür (55). Anne duyarlılığı ile yaşanan sorunların ana sebebinin çocukların yüzlerindeki yapısal bozukluğun bakıma olumsuz etkisi olduğunu iddia eden çalışmalar olsa da, bu teoriler gözlemlenen sorunları tamamen açıklamaz (57).

Erken çocukluk döneminde DDY’li bebeklerin ebeveynlerine kendi ebeveynlerinin sunduğu destek de bu durumla başa çıkmalarında ve bebekle annenin güvenli bağlanmasında rol oynamaktadır (38). Konjenital anomalisi olan ve tipik gelişim gösteren çocukların anneleri karşılaştırıldığında, malformasyonu olan çocukların annelerinin stres seviyesi daha yüksek, benlik saygısı daha düşük bulunsa da her iki grubun çocuklarına davranış biçimleri arasında fark bulunmamıştır (56). Bunlara ek olarak özellikle ameliyat öncesi dönemde bebeğin görünür malformasyonları sebebi ile sosyal çevredeki kişilere daha az gösterilmek istenmesi ve daha çok bakım, emek isteyen bebekle uğraşılması ailelerin sosyal hayatlarını kısıtlayabilmektedir (58)

Koomen ve Hoeksma (1992) çalışmalarında bu popülasyondaki annelerin, çocukların iletişimsel niyet ve jestlerini daha az tanıyıp yanıt vermeye daha az istekli olduklarını bildirip şu noktalara dikkat çekmişlerdir (58). Erken dönem DDY vakalarında tüm olumsuz duygularla baş etme, çocuğun beslenme ve sağlık sorunlarıyla ilgilenme, geçirilen cerrahi operasyonlar aileleri önemli biçimde etkilemektedir. Özellikle dudaktaki ve damaktaki açıklık, beslenme problemlerini de beraberinde getirmekte ve annelerin bu konuya daha çok vakit ve enerji harcamalarına sebep olmaktadır. Bu da annenin çocukla ilgilendiği zamanların çoğunu kaplayarak çocukla oyun vaktini kısaltmakta, çocuğu başkalarıyla veya kendi başına oynamaya itmektir. Bu da yine anne bebek etkileşimini etkileyebilmektedir.

Bunların yanı sıra bebeklerin yeterince beslenememesi ve nazal regürjitasyon gibi beslenmeyle ilgili sorunlar kilo almasını yavaşlatabilir, bu da ailelerde ameliyat süresi konusunda stres yaratabilir (57, 59). Annelerin erken dönemde anne çocuk etkileşiminin en önemli bağlamlarından olan beslenme konusundaki zorunlu ve yönlendirici tavırları ilerideki ikili etkileşimlerini de etkileyebilmekte ve genel etkileşim tarzına yansması muhtemel bir sonuçtur (57). Bir çalışma sendroma sahip çocukları olan annelerin daha yapılandırılmış ve kontrol edici etkileşimi tercih

ettiklerini bulgulamıştır (60). Risk altındaki bebeklerin anneleri daha çok başlatıcı, yönlendirici ve daha az yanıtlayıcı olarak nitelendirilebilir (51, 58). Annelerin bu daha çok başlatıcı ve yönlendirici davranışları klinisyenler tarafından aşırı koruma olarak etiketlenebilmektedir (58). Daha az hassas ve aşırı uyarıcı anneler çocukların bakışlarını daha az üzerlerinde tutabilirler (61). Fakat tüm bunların aksini iddia eden ve doğumsal anomalisi olan bebeklerin ebeveynlerinin bunu telafi etmek için etkileşim sırasında daha ilgili, yanıtlayıcı olduğu ve bozukluğun şiddetiyle doğru orantılı olarak bebeğin bakıcıya daha güvenli bağlandığını savunan görüşler de vardır (57). Çocuğun tıbbi tanı durumundan ziyade annenin çocukla etkileşiminin işlevi sonucun bir yordayıcısı olabilmektedir (5).

4.5. DDY'li Bireylerin Psikososyal Gelişimleri ve Etkileşim Becerileri

Risk grubundaki çocuklar ilk yıllarda diğer çocuklara göre sosyal insiyatif alma ve başlatıcı olma olasılıkları düşük olabilmektedir (51). Tipik çocukların pozitif duygulanım ifadeleri büyüdükçe artarken risk grubundaki çocuklarda bir düşüş söz konusudur (51). Risk altındaki bebeklerin anneye yeterince okunabilir sinyal gönderememesi nedeniyle anne-çocuk arasındaki etkileşimin bozulabileceğini ileri süren görüşler vardır (61). Örneğin yüzünde deformite olan bebeklerin daha az gülümsedikleri bulunmuştur; gülümseme karşılıklı etkileşimin başlatıcılarından birisidir ve dolaylı olarak anneye pekiştireç işlevi de görmektedir (55). Ayrıca beslenme ve bakım verme konusunda annenin yaşadığı stresler ve bunun etkileşime yansması da çocuğun ileride uyum problemleri yaşamasına sebep olabilir (59). Ayrıca yapılan çalışmalarda DYY'li çocukların bilişsel ve motor gelişim testlerinde tipik akranlarına göre daha düşük skorlar aldığı görülmüştür (5). Bu bireyler sıklıkla davranış problemleri yaşarlar, fiziksel görünümlemlerinden ve konuşmalarından memnun değildirler ve depresyona daha yatkındırlar (53). Akranları ile sosyal etkileşimleri incelendiğinde orofasiyal yarığı olan çocukların yanıt verme oranlarının tipik gelişim gösterenlere göre daha düşük olduğu ve ebeveynleri tarafından sosyal yetenekleri daha az olarak belirtildiği bulgulanmıştır (62). Tüm bunlar da karşılıklı sosyal etkileşimlerde düşük duyarlılığı ve arkadaş edinmede zorluğu beraberinde getirmektedir (5, 53). Yapılan bir çalışmaya göre orofasiyal yarıkları olan çocukların anneleriyle etkileşimleri sırasında DDY'li olmayan çocuklara göre daha az işbirlikçi

oldukları belirtilmiştir (40). Bu popülasyon daha düşük benlik algısı ve ebeveynle etkileşimdeki zorluklarla birlikte psikosoyal gelişim açısından desteklenmesi gereken bir gruptur (5).

4.6. DDY'li Çocuğu Olan Annelerin İletişim Becerileri

Anneler ve çocukları günlük rutinler bağlamında iletişim yöntem ve biçimlerini geliştirirler (63). Yukarıda detaylı bir şekilde bahsedilen sebeplerden dolayı DDY'li çocukların dil gelişimi konusundaki eksiklerini anneler telafi etmeye çalışır ve çocuğa sürekli komutlar vererek, sorular sorarak çocuğun ilgi ve ihtiyaçlarını izlemekten ziyade etkileşimi sürekli kontrol edebilir (63). Annelerin çocuklarıyla olan etkileşimlerini incelerken annenin çocukla ne kadar vakit geçirdiği, birlikte ne kadar oyun oynadıkları yordayıcı olabilir (58). Anneler çocuklarıyla oyun oynarken öğrenme ve becerileri geliştirecek müdahaleler yapabilirler ama bir süre sonra anne müdahaleci bir hale gelebilir ve çocuğun ihtiyaçlarından çok annenin kaygıları süreci yönetebilir (5). Anne çocuk etkileşimini izlemek için oyun sırasında bir video kaydı almak ebeveynlerin becerilerini ve çocuklarına karşı tutumlarını incelemek için tercih edilebilir bir yöntemdir (5).

Koomen ve Hoeskman çocuğunda DDY olan annelerle tipik gelişim gösteren çocukların annelerinin çocuklarına karşı etkileşimsel davranışlarını incelemek için çocuklar 3, 6, 9 ve 12 aylıkken anne-çocuk ikililerinin oyun oynarken 10 dakika boyunca videoya kaydetmiştir. Kayıtlar ve veriler analiz edildiğinde her iki gruptaki anneler de çocuğun iletişim sinyallerini benzer seviyede algılayıp yorumlamaları tespit edilmesine rağmen, çocuğunda DDY olan annelerin diğer annelere göre duyarlılıklarının daha az olduğu görülmüş ve bu annelerin çocuktaki eksikliği telafi etmek amacıyla daha yönlendirici ve uyarıcı etkileşim stiline sahip olabileceklerini öne sürmüşlerdir (58).

Endriga ve Speltz'in yaptığı başka bir çalışmada da DDY olan ve tipik gelişim gösteren bebekler ve anneleri etkileşim sırasında video kaydına alınmıştır. Anne ve bebeklerin davranışları bir program yardımıyla kodlanmıştır. Veriler analiz edildiğinde DDY'li çocuğu olan annelerin kontrol grubuna göre daha az duyarlı ve ilgili olduğu görüşünü kısmen desteklenmiştir (57).

5.MATERYEL VE METOT

5.1 Araştırmanın Deseni

Bu çalışma DDY’li çocukların annelerinin iletişim stratejilerini inceleyen deneysel bir araştırma projesinin alt çalışması olarak kurgulanmıştır. Kendi özelinde ise deneysel olmayan nedensel karşılaştırmalı araştırma olarak desenlenmiştir. Biri DDY’li diğeri tipik iki grup seçilmiş ve bu gruplar arasındaki farklar incelenmiştir.

5.2 Katılımcılar

Yaşları 26-38 arasında değişen 24 anne katılmıştır. Bu annelerin 10 tanesinin çocuğu tipik gelişim göstermekte, 14 tanesinin çocuğunda DDY vardır. DDY’li çocuklar izole dudak yarığı, izole damak yarığı ve hem dudak hem damak yarığı tanıılı çocuklardan oluşmaktadır. Bundan sonra çocuğunda DDY olan annelerden DDY grubu, çocuğu tipik gelişim gösteren annelerden tipik grup olarak bahsedilecektir.

Öncelikle araştırma için etik kurula başvuru yapılmış ve onay alınmıştır. Katılımcılara DDY özyardım Whatsapp gruplarından ve çalışmaya destek olan bazı uzmanların yönlendirmeleriyle ulaşılmıştır. Her iki grup için de katılım kriterlerini içeren afiş (EK-1, EK-2) hazırlanmış ve bu çeşitli platformlarda ve farklı kişiler aracılığıyla paylaşılmıştır. DDY grubu için çocuğun herhangi bir zihinsel yetersizlik ve sendrom tanısı almamış olması, tüm ameliyatlarını 12.aydan önce tamamlamış olması, 18-36 ay arasında olması, TİGE-2’den 8 ve üzeri puan alması kriterleri koyulmuştur. Tipik grup için benzer şekilde çocuğun zihinsel yetersizlik ve sendrom tanısı almamış olması ve 18-36 ay arasında olması, TİGE-2’den 8 ve üzeri puan alması şartları aranmıştır. DDY grubu için çalışmaya 26 kişi başvurmuştur. 2 kişi başvuru kriterlerini sağlayamamasından dolayı çalışmaya dahil edilmemiştir. 10 kişi çalışmaya katıldıktan sonra çeşitli sebeplerden dolayı devam etmemiştir. Kalan 14 kişi DDY grubuna dahil edilmiştir. Tipik grupta 15 kişi çalışmaya başvurmuştur. 1 kişi kriterleri karşılayamaması sonucu dahil edilmemiş, 4 kişi çeşitli sebeplerden dolayı çalışmaya devam etmemiştir.

Tablo 5.2.1. Katılımcıların gruplara dağılımı

Katılımcı grubu	n	Yüzde
DDY	14	58,3
Tipik	10	41,7

Araştırmaya katılanların %58,3'ünü DDY grubu %41,7'sini tipik grup oluşturmaktadır. Katılımcı annelere çalışmaya başlamadan önce telefon ile ulaşılmış ve çalışma süreci hakkında bilgi verilmiştir. Whatsapp üzerinden bilgilendirilmiş gönüllü onam formu (EK-3) iletilmiş ve onayları alınmıştır. Ardından mail aracılığıyla TİGE-2 envanteri yollanmıştır. Belirlenen oturumlarda her bir katılımcı ile ZOOM platformu üzerinden “Katılımcı Bilgi Formu” (EK-4)” doldurularak çocuğun öyküsü, genel gelişimi, dil gelişimi, demografik özellikleri hakkında bilgi edinilmiştir. Ardından anne ile TİGE-2 envanteri doldurulmuştur. Envanterin doldurulmasından sonra evde anne çocuk serbest oyun videosu çekerken dikkat etmeleri gereken kriterlerin üzerinde durulmuş ve katılımcıların çalışmayla ilgili soruları cevaplanmıştır. Her bir ZOOM oturumu bir ile bir buçuk saat arası sürmüştür. Yine mail yoluyla “Video Çekim Kriterleri”(EK-5) adlı detaylı bir bilgilendirme yazısı annelere iletilmiş ve annelerden belirlenen süre içerisinde video çekip göndermeleri istenmiştir. Bu görüşmelerden elde edilen ve çocuklarla annelerin yaş dağılımını özetleyen veriler aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 5.2.2. Katılımcıların ve çocuklarının yaş ortalamaları ve çocukların cinsiyete dağılımları

	DDY		TİPİK		GENEL	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Çocuk yaş	27 ay	0,51	28,8 ay	0,69	27,8	0,59
Katılımcı yaş	32,50	4,73	31,80	3,01	32,21	4,04
	DDY		TİPİK		GENEL	
	n	Yüzde	n	Yüzde	n	Yüzde
Kız	12	85,7	6	60,0	18	75,0
Erkek	2	14,3	4	40,0	6	25,0

Katılımcı annelerden; yaşları 25-38 arasında değişen DDY grubunun yaş ortalaması 32,5, yaşları 26-36 arasında değişen tipik grubun yaş ortalaması 31,8'dir. Toplam katılımcı yaş ortalaması 32,21 olarak bulunmuştur. DDY grubunun çocuklarının yaş ortalaması 27 ay, tipik grubun çocuklarının yaş ortalaması 28,8 aydır. Her iki gruptaki çocukların genel yaş ortalaması ise 27,8 aydır. DDY grubunun çocuklarının %85,7'si, tipik grubun %60'ı olmak üzere katılımcıların çocuklarının çoğunluğu (%75) kızdır.

Tablo 5.2.3 Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler

	DDY		TİPİK		GENEL	
	n	Yüzde	n	Yüzde	n	Yüzde
Cinsiyet						
Kız	12	85,7	6	60,0	18	75,0
Erkek	2	14,3	4	40,0	6	25,0
Anne eğitim durumu						
İlkokul	1	7,1	-	-	1	4,2
Ortaokul	1	7,1	-	-	1	4,2
Lise	1	7,1	2	20,0	3	12,5
Üniversite	11	78,6	8	80,0	19	79,2
Baba eğitim durumu						
İlkokul	1	7,1	-	-	1	4,2
Ortaokul	1	7,1	-	-	1	4,2
Lise	2	14,3	3	30,0	5	20,8
Üniversite	10	71,4	7	70,0	17	70,8
Anne çalışma durumu						
Evet	5	35,7	6	60,0	11	45,8
Hayır	9	64,3	4	40,0	13	54,2
Anne ile zaman geçirme süresi						
3-5 saat	-	-	1	10,0	1	4,2
5-7 saat	2	14,3	3	30,0	5	20,8
7-9 saat	4	28,6	2	20,0	6	25,0
9-11 saat	8	57,1	4	40,0	12	50,0
Anne ile oyun oynama süresi						
45 dakika-1 saat	2	14,3	-	-	2	8,3
1-2 saat	5	28,6	4	40,0	9	37,5
2 saat ve üzeri	7	57,1	6	60,0	13	54,2

DDY grubunda olanların çocuklarının %85,7'si kız ve %14,3'ü erkektir. Tipik grupta olanların çocuklarının %60'ı kız ve %40'ı erkektir. Genel olarak katılımcıların çocuklarının %75'i kız ve %25'i erkek olduğu görülmüştür. Katılımcıların eğitim düzeylerine baktığımızda DDY grubunda ilkokul, ortaokul ve lise mezunu birer katılımcı bulunmaktadır, kalan %78,6'lık grup üniversite mezunudur. Tipik grupta ise ilkokul ve ortaokul mezunu katılımcı yoktur, %20'si lise mezunu, %80'i üniversite mezunudur. Her iki gruptaki üniversite mezunu katılımcı oranları birbirine yakındır ve çoğunluğu oluşturmaktadır. Katılımcıların çocuklarının babalarının eğitim durumlarında DDY grubunun %71,4'ü, tipik grubun ise %70'i üniversite mezunudur. Yine oranları birbirine yakındır ve çoğunluğun üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

DDY grubunun %35,7'si çalışırken tipik gruptakilerin çalışma oranı %60'tır. Yani DDY grubundakilerin büyük çoğunluğu çalışmazken tipik gruptakilerin çoğunluğu çalışmaktadır. Her iki gruptaki annelerin büyük çoğunluğu (DDY grubunda %57,1; tipik grupta %40) çocuğu ile günlük 9-11 saat arası vakit geçirmektedir. DDY grubundaki annelerin çalışma oranı tipik gruba göre daha düşük olduğu için çocukla gün içerisinde geçirilen süre de tipik grupta daha düşüktür. Çocuğuyla günde iki saat ve daha fazla oyun oynayan katılımcılar benzer oranlarla (DDY grubunda %57,1, tipik grupta %60) büyük çoğunluğu oluşturmaktadır.

Tablo 5.2.4. Çocukların gelişimlerine ve sağlık durumları ilişkin özellikler

Özellik	DDY		TİPİK		GENEL	
	n	Yüzde	n	Yüzde	n	Yüzde
Ek gelişim problemi						
Yok	14	100,0	10	100,0	24	100,0
Yarık tanı						
İzole dudak yarığı	1	7,14	-	-	1	7,14
İzole damak yarığı	6	42,86	-	-	6	42,86
Dudak ve damak yarığı	7	50	-	-	7	50
İstekleri ifade şekli						
Jestler ve anlamsız sözcüklerle	3	21,43	-	-	3	12,50
Basit sözcük ve öbeklerle	4	28,57	1	10	5	20,83
Cümle kurarak	7	50	9	90	16	66,67
Otit geçirme sıklığı (yılda)						
Hiç	10	71,4	10	100,0	20	83,3
1-2	3	21,4	-	-	3	12,5
3-4	1	7,1	-	-	1	4,2
İşitme sorunu						
Yok	14	100,0	10	100,0	24	100,0
Kulakta tüp varlığı						
Var	11	78,6	-	-	11	45,8
Yok	3	21,4	10	100,0	13	54,2
Geç konuşma öyküsü						
Var	4	28,6	2	20,0	6	25,0
Yok	10	71,4	8	80,0	18	75,0
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Dudak ameliyat ayı	3,75	1,25	-	-	3,75	1,25
Damak ameliyat ayı	8,26	1,95	-	-	8,26	1,95
Yürümeye başladığı ay	12,79	1,05	12,20	1,54	12,54	1,28
İlk sözcüğü söylediği ay	12,64	3,47	12,70	3,02	12,67	3,22

Katılımcıların çocuklarının hiçbirinde işitme, fiziksel yetersizlik ve ek gelişim problemleri yoktur. DDY grubunun çocuklarının %7,14'ü izole dudak yarığı,

%42,86'sı izole damak yarığı kalan %50'si hem dudak hem damak yarığı vakasıdır. Çocukların dudak ameliyat zamanlaması ortalaması 3.8.aydır. Damak ameliyatı zamanlaması ortalama 8,3. aydadır. DDY grubunun çocuklarının küçük bir kısmında Otit öyküsü varken tipik grupta yer alan çocuklar arasında otit geçiren yoktur. Her iki grup için de yürümeye başlama ve ilk sözcüklerini söylemeye başlama ayı birbirine oldukça yakındır ve yaklaşık 12-13.aylar arasındadır.

5.3 Veri Toplama Araçları

5.3.1. Katılımcı Bilgi Formu

Işıldar (2021)'da yer alan ve araştırmacının yüksek lisans tezi kapsamında yürüttüğü çalışmada kullandığı bu form, ZOOM oturumunda katılımcı annelerle birlikte doldurulmuştur (78). Formda katılımcıların kendilerine, çocuklarına ve çocukların babalarına yönelik demografik bilgiler; prenatal, perinatal ve postnatal öykü ile çocukların genel gelişim ve dil gelişimlerine yönelik bilgiler ve DDY grubu için yarık tanısına ilişkin bilgiler toplanmıştır.

5.3.2. Türkçe İletişim Davranışları Gelişim Envanteri-2 (TİGE-2)

TİGE-2 çocukların iletişim gelişimini ölçen, ebeveynler ile doldurulan standardize bir testtir (70). MacArthur-Bates Communicative Development Inventory (MB-CDI) ölçeğinden Türkçeye uyarlanmıştır. MB-CDI 8-30 ay arasındaki çocukların dil gelişimini ölçerken Türkçeye TİGE-1 ve TİGE-2 olmak üzere 2 ölçek şeklinde uyarlanmıştır (71). TİGE-1 8-18 ay arasındaki çocuklara uygulanmakta, erken sözcükler ile eylem ve iletişim davranışları olarak iki bölümden oluşmaktadır. TİGE-2 ise 16-36 ay arasındaki çocuklara uygulanmakta, çocuğun kullandığı kelimeler ve cümleler ve dil bilgisi becerilerini ölçen iki bölümden oluşmaktadır. TİGE-2 çocukların söylediği sözcükler, kullandığı ekler ve yapılara göre aldıkları ham puanları norm değerleriyle karşılaştırılarak çocuğun dil becerileri hakkında yorum yapmaya olanak tanımaktadır. Bu çalışmadaki katılımcıların çocukları 18-36 ay arasında olduklarından dolayı TİGE-2 kullanılmıştır.

5.3.3. Video Kaydı

Bu çalışmada annelerin çocuklarıyla doğal ortamdaki iletişim becerileri değerlendirilmek istenmesinden dolayı evde video çekip yollamaları istenmiştir. Video çekerken dikkat edilecek hususlar hakkında yapılan ZOOM oturumunda bilgilendirilmiş, ayrıca mail yoluyla yönerge de gönderilmiştir. Tüm videoların benzer standartta olması için bazı sınırlandırmalar getirilmiştir.

- Videolar 20-30 dk arası uzunluğundadır
- Işıklı, sesli oyuncaklar yerine daha temel (evcilik seti, çiftlik hayvanları vb.) oyuncaklar kullanılmıştır
- Anneler çocuğa bir şeyler söyletmeye çalışmamıştır
- Ortamdaki dikkat dağıtıcı unsurlar (TV, açık pencere vb.) giderilmesi istenmiştir
- Kovalamaca, ebeleme, saklambaç gibi hareketli oyunlar oynanmamış, bunun yerine daha çok konuşarak oynanan oyunlar tercih edilmiştir
- Çocukların ihtiyaçları, dikkatlerinin dağılması gibi türlü aksaklıklar sebebiyle tek parça halinde çekilemeyen videoların en fazla 3 parça halinde çekilmiştir

Anneler çocuklarıyla serbest oyun oynarken kendilerini video kaydına almışlardır. Katılımcılara videoyu nasıl göndereceklerine yönelik bir yönerge yollanmıştır (EK-5). Kayıtlar araştırmacılara WeTransfer sitesi üzerinden ulaştırılmıştır.

5.4. Prosedür

Katılımcılarla ZOOM platformuyla görüşmeler yapılmış ve yukarıda bahsedilen form ve ölçek kullanılarak veriler toplanmıştır. Video çekimleri bittikten sonra DDY grubundaki annelere çalışmaya verdikleri emeklerden dolayı bilgilendirme semineri verilmiş, ayrıca çocukların dil becerilerine ilişkin bir rapor hazırlanarak ailelere iletilmiştir.

5.5. Verilerin Analizi

Çocukların TİGE-2 ölçeğinden aldıkları ham puanlar her iki grup için de kaydedilmiştir. Katılımcılardan gelen kayıtlar araştırmacılar tarafından incelenerek

baştan ve sondan kırılarak 15 dakikalık hale getirilmiştir. Annelerin iletişim becerilerini ölçmek amacıyla sözel ifadeleri incelenmiştir. Bu ifadeler pozitif ve negatif ifadeler olarak iki ana başlığa ayrılmıştır. Daha sonra bu ana başlıklar kendi içlerinde kodlara ayrılmış ve video boyunca annelerin sözel ifadeleri bu kodlarla etiketlenmiştir.

5.5.1. Videoların Kodlanması

5.5.1.1. Pozitif kodlar

Annelerin çocuklarıyla iletişimi sırasında sözel davranışlarından çocuğun dil becerisini destekleyecek, gelişimine katkı sağlayacak olanlar pozitif kod sayılmış ve kendi içinde 8 farklı çeşide ayrılmıştır.

Tablo 5.5.1.1. Pozitif kodlar ve tanımları (Işıldar, A., 2021) (64)

Kodlar	Tanımlar
Afekt	Annenin duygusunu yansıtan ünlem sesler ile çevresel sesler ve yansıma sesler gibi seslemeleri ifade eder. “Ay, hop, oley, hav hav, mö, düdü düdü vb.”
Taklit	Çocuğun çıkardığı bir sesi, sözcüğü ya da cümlenin taklit edildiği ifadeleri içerir. Ç: At!, A: At! Ç: Hoppa, A: Hoppa
Yorumlama	Çocukla ortak ilgi içerisinde; çocuğun yaptığı, annenin yaptığı ya da çevrede olan bir olayla ilgili yorumda bulunulmasını ifade eder. “Araba geliyor.”, “Düştü!”, “Topu attın.”, “Ben sürüyorum.” vb
Genişletme	Çocuğun kullandığı sözel ifadenin dilbilgisel bir yapı eklenerek genişletilmesini ifade eder. Ç: Mama, A: Mama ver Ç: Ay!, A: Ay! Düştü
Niyetini İfade Etme (NİE)	Çocuğun ilgisi takip edilerek çocuğun düşüncelerinin ve o anda yapmaya niyet ettiği eylemlerin sözel olarak ifade edilmesini içerir. Çocuk topa yöneldiğinde: “Sen top oynamak istedin.” Çocuk ineğin üzerine su dökmek istediğinde: “İneği yıkayalım.”
Bilgi verme	Çocukla ortak ilgi içerisinde çocuğa bilmediği bir bilginin sunulmasını ifade eder.

	<p>“Baba işe gitti.”</p> <p>“Hayvan çiftliği oldu burası.”</p> <p>“Çilek değil o.”</p>
Etiketleme	<p>Çocukla ortak ilgi içerisinde çocuğa bir varlığın isminin ve/veya niteliğinin söylenildiği ifadeleri içerir.</p> <p>“bebek”, “ev”, “kamyon”, “kırmızı araba”, “mavi”</p>
Pozitif 5n1k Sorusu (p-5n1k)	<p>Çocukla ortak ilgi içerisinde çocukla karşılıklı iletişime katkı sağlayan ve çocuğun sözel ya da sözel olmayan şekilde yanıt verebileceği işlevsel soruları içerir.</p> <p>“Hangisini oynayalım? Top mu, kamyon mu?”</p> <p>“Araba kaza yaptı. Kim kurtaracak şimdi?”</p> <p>“Bununla vurmak ister misin?”</p>

A: Anne, Ç: Çocuk,

5.5.2.2. Negatif kodlar

Annelerin çocuklarıyla iletişimi sırasında çocukların dil becerilerini desteklemeyen, kimi zaman etkileşimi baltalayan sözel davranışları negatif kod olarak adlandırılmış ve kendi içinde 7 farklı çeşide ayrılmıştır.

Tablo 5.5.2.2. Negatif Kodlar ve Tanımları (Işıldar, A., 2021) (64)

Kodlar	Tanımlar
Emir verme	<p>Çocuğun bir eylemi gerçekleştirmesini talep eden emir kipinden oluşan ifadeleri içerir.</p> <p>“gel, tak, çıkar, koy, söyle”</p>
Annenin liderliği (AL)	<p>Annenin çocuğun liderliğini takip etmediği ve kendi niyetini doğrultusunda oyunu yönlendirmeye çalıştığı ifadeleri içerir.</p> <p>“Topu atman gerekiyor”</p> <p>“Hadi arabayla oynayalım”</p> <p>“Ama topu atman lazım”</p>
Evet-Hayır Sorusu (e/h Soru)	<p>Çocuğun evet ya da hayır şeklinde yanıt verebileceği soruları ifade eder.</p> <p>Arabayla mı oynayalım?</p> <p>Topu attın mı?</p>
Adlandırma Sorusu (ad-Soru)	<p>Çocuğun doğrudan bir varlığı adlandırmasını talep eden soruları içerir.</p> <p>“Bu ne?”, “O ne?”, “Bu kim?”, “O kim?”</p>

Negatif 5n1k sorusu (n-5n1k)	Çocukla ortak ilgi içerisinde olmadan, karşılıklı etkileşime katkısı olmayan ve/veya çocuğun düzeyine uygun olmayan “ne, nerede, kim” sorularını ve bunların versiyonlarını içerir. “Ne istiyorsun?” “Kim kırdı onu?” “Noldu?” “Nereye gitti?”
Talep Bildiren Sorular (t-Soru)	Çocuğun bir eylemi yerine getirmesini talep eden soruları içerir. “Buraya gelir misin?” “Topu atar mısın?” “Bana kırmızıyı verir misin?”
Açık Uçlu Sorular	Çocuğun dil seviyesine uygun olmayan “nasıl, neden” gibi soruların kullanımını içerir “Neden gelmiyorsun?” “Yemeği nasıl yapacağız?”

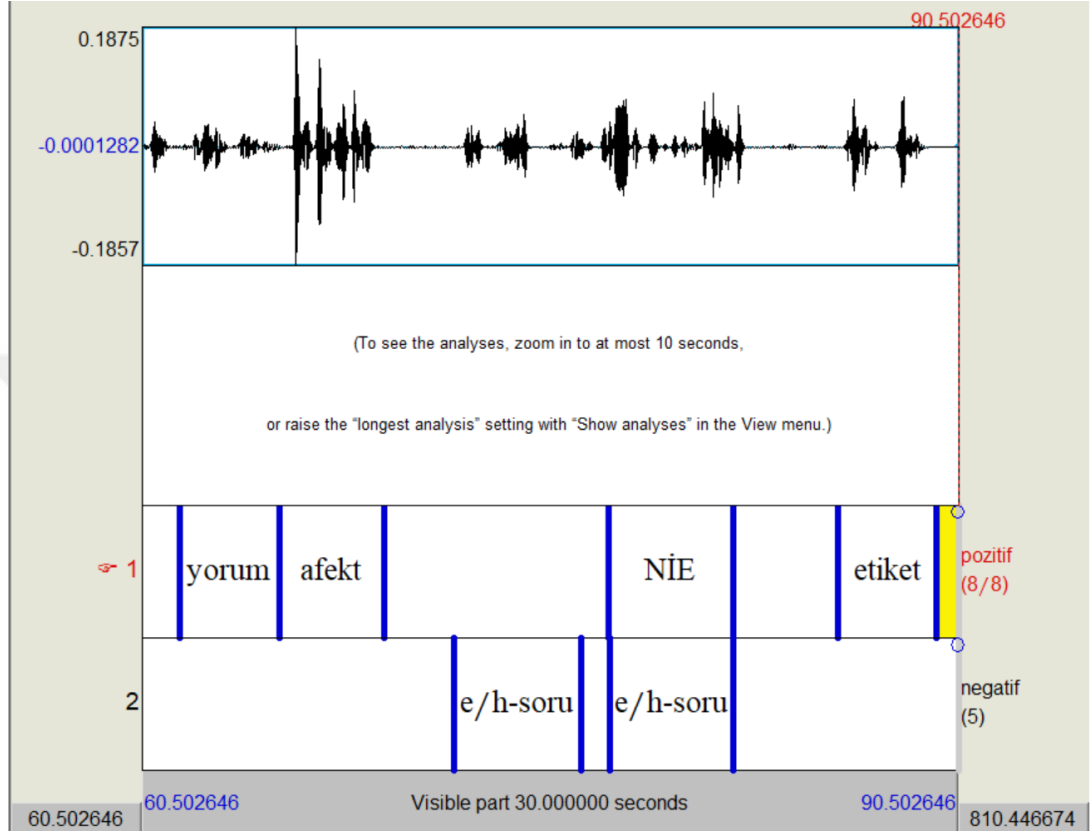
A:Anne, Ç:Çocuk

Bazı annelerin pozitif ifadeleri soru sorarak söylediği tespit edildiğinden bu ifadeler hem pozitif hem de negatif kodlarıyla birlikte kodlanmıştır. Örneğin çocuk oyun esnasında arabaya bakmaktadır. Anne “arabayla mı oynamak istiyorsun?” sorusuyla aslında çocuğun niyetini ifade etmek istemiş ama bunu soru yoluyla gerçekleştirmiştir. Bu ifade hem pozitif kodlardan “Niyetini ifade etme”, hem de negatif kodlardan “Evet/hayır sorusu” olarak kodlanmıştır. Ayrıca selamlaşma sözcükleri, teşekkür ederim, eline sağlık, aferin gibi günlük ifadeler, anlaşılmayan cümleler (yarım bırakılmış, duyulmayan vb.), çocuğa yöneltilmemiş konuşmalar (örneğin kamerayla ilgili bir sorun olduğunda buna yönelik konuşmaları), söylenen şarkılar kodlanmamıştır. Kodlara uygun olan sözel ifadeler etiketlenmiştir.

5.5.3. İletişim Becerilerinin Analizi

15 dakikalık videodaki kod gruplarına uyan her ifadenin kodlanması karmaşık bir süreçtir ve sayma ve etiketlemelerde hata olmaması için program yardımıyla kodlanmıştır. Bunun için de PRAAT programı seçilmiştir. Bu program ses kayıtlarının akustik analizine yardım ederek görselleştiren, yeniden yapılandırılmasını sağlayan ücretsiz bir programdır (67). PRAAT’ın bir akustik analiz programı olmasına rağmen bu çalışmada herhangi bir akustik analiz yapılmamış, sadece programın Annotate Text-Grid özelliği kullanılmıştır. Bu sayede ses kayıtlarının üzerinde o sözel davranışa

karşılık gelen kodlamalar yapılmıştır. Böylece aynı ifadenin tekrar kodlanması, birden fazla kodu olan ifadelerin yanlış sayılmasının önüne geçilmeye çalışılmıştır. PRAAT analizinin örnek bir ekran görüntüsü aşağıya eklenmiştir.



Şekil 5.5.3. PRAAT analizine örnek görsel

5.6. Güvenirlilik Analizi

Bu çalışmanın güvenilirliğini ölçmek için gözlemciler arası güvenilirlik analizi uygulanmıştır. Araştırmacıdan bağımsız bir uzman dil konuşma terapisti ile yapılmıştır. Öncelikle araştırmacı ve değerlendirici iki oturumluk bilgilendirme toplantısı yapmıştır. Bu toplantılarda değerlendiriciye araştırmacı tarafından videoların analizinde kullanılan kodlar hakkında detaylı ve kapsamlı bilgi verilmiştir. Değerlendirici videoların %20'sini bağımsız bir şekilde analiz etmiştir. Bu kapsamda DDY grubundan 3 video, tipik gruptan 2 video üzerinden analiz yapılmıştır. Çalışmada gözlemciler arası güvenilirlik %67,63 olarak bulunmuştur. Bu yüzdelik değer

hesaplanırken araştırmacı ve değerlendirici analizleri karşılaştırılıp “görüş birliği / (görüş birliği + görüş ayrılığı) x 100” formülü kullanılmıştır.

5.7. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi için IBM SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı ve R programı kullanılmıştır (www.r-project.org). Karşılaştırma testlerinden hangi testin kullanılacağını belirlemek için Shapiro Wilk ve Kolmogorov Smirnov normallik testleri uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren iki kategorili değişkenler için bağımsız iki örneklem t testi kullanılmış, normal dağılım göstermeyen iki kategorili değişkenler için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren ikiden fazla kategorili değişkenler için ANOVA testi kullanılmış, normal dağılım göstermeyen ikiden fazla kategorili değişkenler için Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren karşılaştırmalarda ortalama ve standart sapma tanımlayıcı istatistikleri verilirken normal dağılım göstermeyen karşılaştırmalarda ortanca ve minimum-maksimum değerleri verilmiştir. Nicel değişkenler arasında ilişkilerde normal dağılım gösteren değişken çiftleri için Pearson Çarpım Momentler Korelasyon katsayısı kullanılırken normal dağılım göstermeyen değişken çiftleri arasındaki ilişkiler Sperman Sıra Korelasyon katsayısı ile belirlenmiştir. Araştırmada anlamlılık düzeyi %5 olarak alınmıştır.

6. BULGULAR

Her iki grup için de TİGE-2 puanları, annelerin pozitif ve negatif davranış oranları ve ortalamaları, bunların değişkenlere etkisi incelenmiştir.

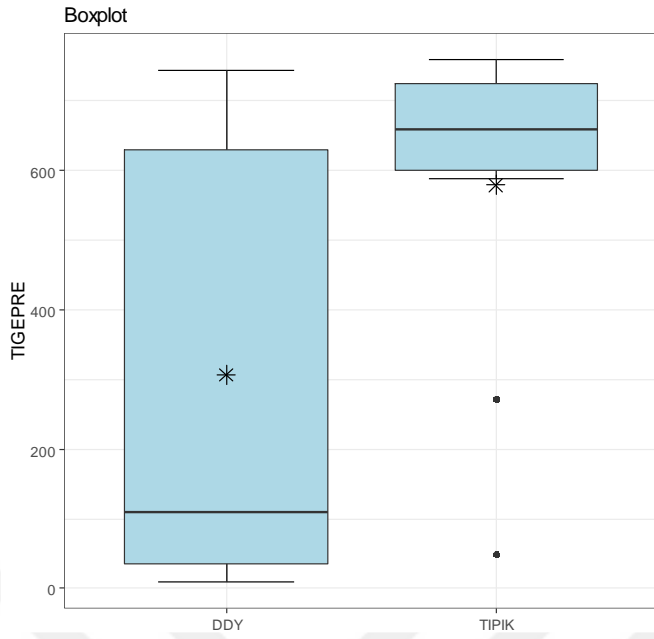
6.1. TİGE-2 Ham Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan annelerin çocuklarının dil becerileri TİGE-2 ölçeği ile ölçülmüş ve aldıkları skorlar analiz edilmiştir. Veriler normal dağılım göstermediği için Mann Whitney U testi kullanılmış ve buna ilişkin değerler aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 6.1. Gruplara göre çocukların TİGE-2 ham puanlarının Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması

Katılımcı grubu	n	Ortalama	Ortanca	SS	Min-Mak	U	P-değeri
DDY	14	306,45	109,75	309,62	9-744	106,50	0,031*
Tipik	10	578,90	658,00	233,25	49-759		

DDY grubunun TİGE-2 puanları 9-744 arasında değişirken tipik grubun puanları 49-759 arasında değişmektedir. DDY grubunun TİGE-2 puan ortalaması $306,45 \pm 309,62$ ve tipik grubun TİGE-2 puan ortalaması $233,25 \pm 658,00$ olarak elde edilmiştir. Yapılan Mann Whitney U testine göre p değeri 0,031 bulunmuş olup bu değer istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).



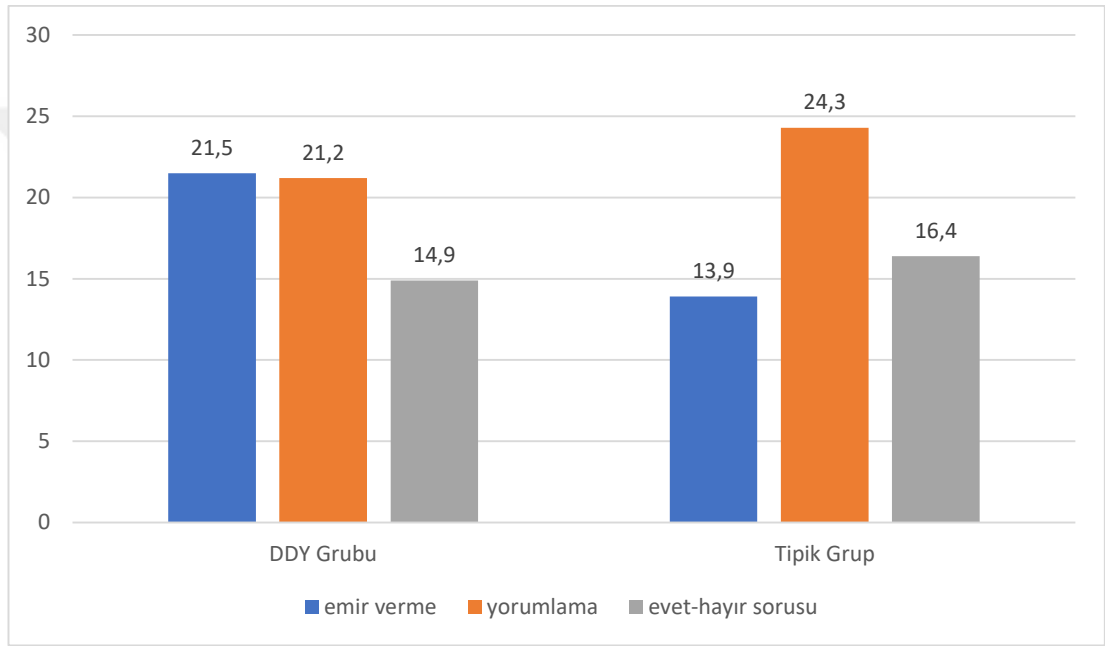
Şekil 6.1. TİGE-2 ham puanlarının incelenmesi

DDY ve Tipik gruplarına ilişkin TİGE-2 değerlerinin farklılığının incelenmesi için çizilen kutu grafiği Şekil 6.1.'de yer almaktadır. Bu grafiğe bakıldığında DDY ve Tipik gruplarının ortalamalarının (sırasıyla 306,45 ve 578,90) ve ortancalarının (sırasıyla 109,75 ve 658) oldukça farklı olduğu gözlemlenmektedir ve Tipik grubunda iki gözlemin grubun geri kalanından farklı davranış sergilediği göze çarpmaktadır. Bu görselin yanı sıra iki grubun TİGE-2 değerlerinin karşılaştırılmasında kullanılacak istatistiksel testi belirlemek üzere Shapiro Wilk normallik sınaması gerçekleştirilmiş ve DDY (p-değeri= 0,0022<0,05) ve Tipik (p-değeri=0,0031<0,05) gruplarının her ikisinde normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir. Bu nedenle iki grubun ortancaları Mann Whitney U testi yardımıyla karşılaştırılmıştır. İlgili p-değeri=0,035 olup bu değer 0,05 anlamlılık düzeyinden küçük olduğu için iki grubun TİGE-2 değerlerinin farklı olduğu istatistiksel olarak söylenebilir.

6.2. Annelerin İletişim Becerileri Analizlerinin İncelenmesi ve Karşılaştırılması

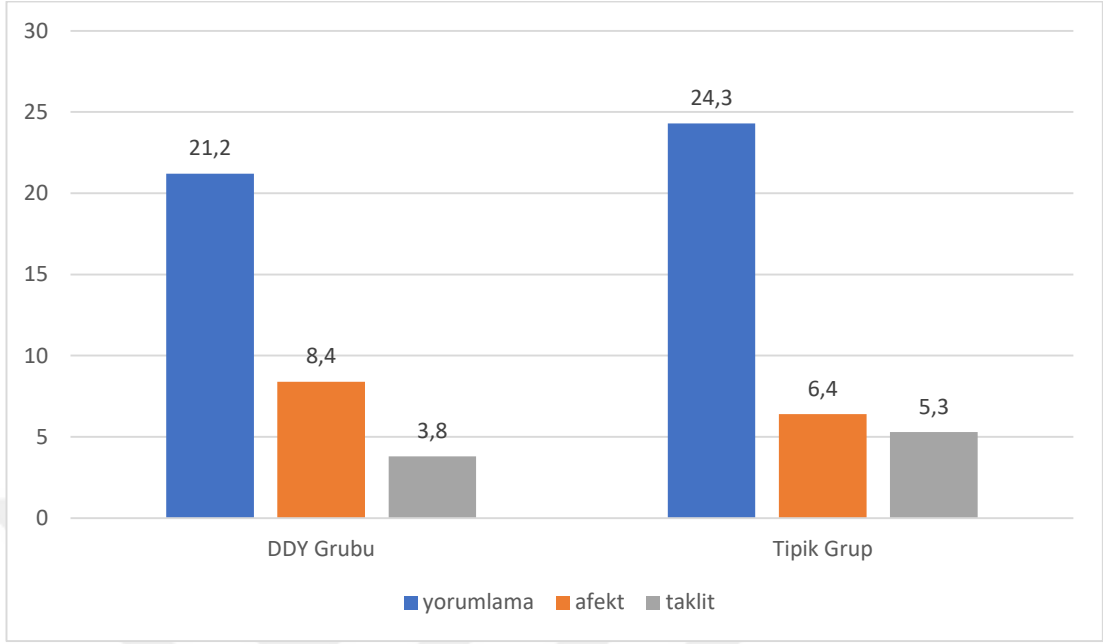
Videolardaki annelerin çocuklarına sundukları sözel ifadeleri PRAAT programında uygun kodlarla etiketlenmiştir. Her anne için kullandığı her bir kod tüm kod sayısına oranlanarak bir yüzdelik değer bulunmuştur. Bu değerlere göre annelerin

çocuklarıyla kurduğu iletişimlerinde en sık kullandıkları üç kod her iki grup için de Şekil 6.2.1’de belirtilmiştir. Ayrıca yine her bir grup için annelerin iletişim sırasında en sık kullandıkları pozitif davranışlar ve negatif davranışlar sırasıyla Şekil 6.2.2 ve Şekil 6.2.3’te belirtilmiştir.



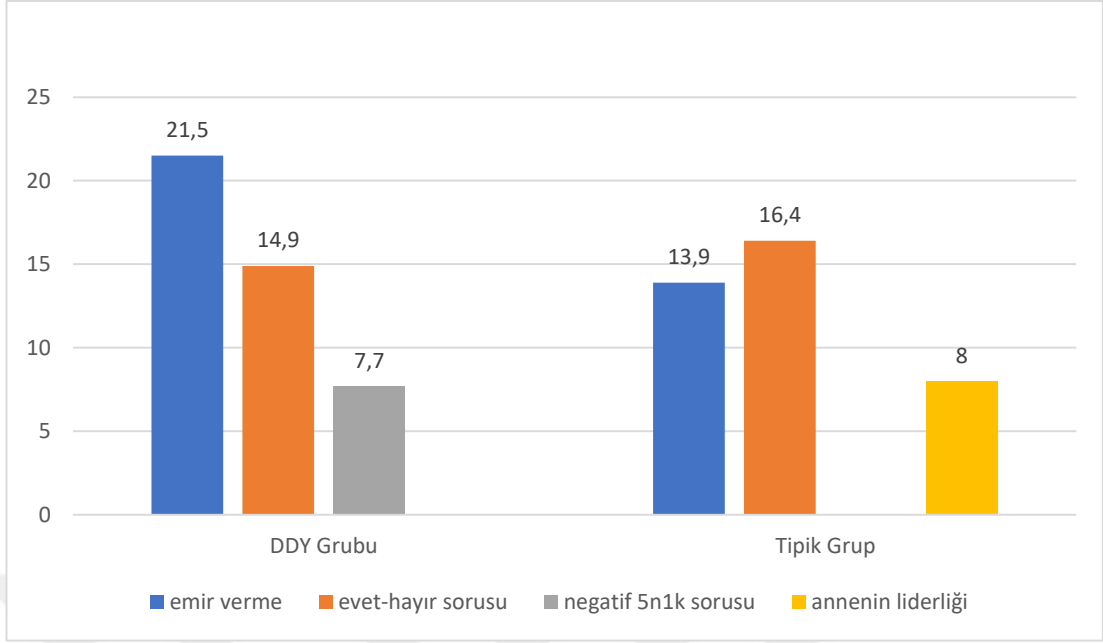
Şekil 6.2.1 Her iki gruptaki annelerin çocuklarıyla iletişimlerinde en sık kullandıkları davranışlar

DDY grubundaki annelerin en sık kullandığı davranış %21,5 oranı ile negatif davranışlardan birisi olan emir verme davranışıdır. İkinci sırada %21,2 oranı ile pozitif davranışlardan yorumlama, üçüncü sırada negatif davranışlardan evet-hayır sorusu kullanılmıştır. Tipik grupta ise en sık kullanılan davranış %24,3 oranı ile pozitif davranışlardan yorumlama davranışıdır. İkinci sırada negatif davranışlardan %16,4 oranıyla evet-hayır sorusu, üçüncü sırada %13,9 oranıyla yine negatif davranışlardan emir verme davranışı kullanılmıştır.



Şekil 6.2.2 Her iki gruptaki annelerin çocuklarıyla iletişimlerinde en sık kullandıkları pozitif davranışlar

DDY grubuna baktığımızda annelerin en sık kullandığı pozitif davranışın %21,2 oranıyla yorumlama olduğu görülmüştür. İkinci sırada %8,4 oranıyla afekt, üçüncü sırada %3,8 oranıyla taklit gelmektedir. Tipik grupta da benzer şekilde ilk sırada %24,3 oranı ile yorumlama, ikinci sırada %6,4 oranıyla afekt, üçüncü sırada %5,3 oranı ile taklit gelmektedir.



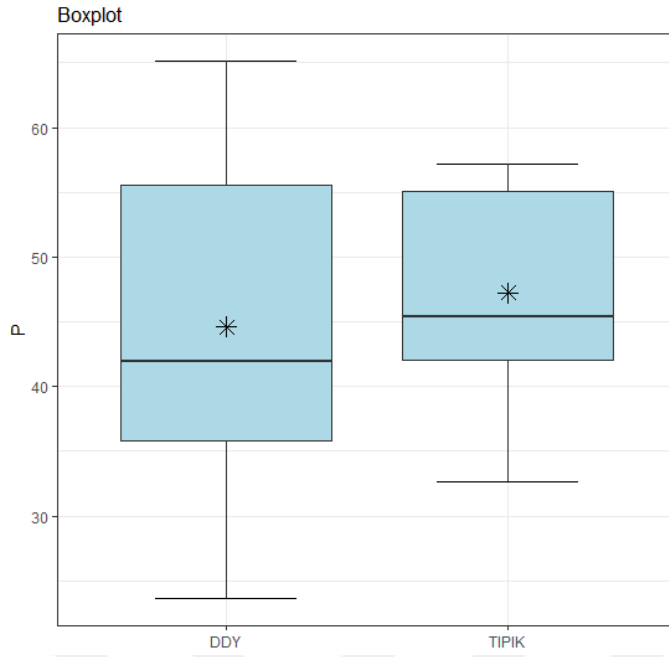
Şekil 6.2.3 Her iki gruptaki annelerin çocuklarıyla iletişimlerinde en sık kullandıkları negatif davranışlar

DDY grubundaki annelerin en sık kullandığı negatif davranış %21,5 oranı ile emir vermedir. İkinci sırada %14,9 ile evet-hayır sorusu, üçüncü sırada %7,7 oranı ile negatif 5n1k sorusu davranışları kullanılmıştır. Tipik grupta ise ilk sırada %16,4 oranı ile evet-hayır sorusu, ikinci sırada %13,9 oranı ile emir verme, üçüncü sırada %8 oranı ile annenin liderliği davranışları kullanılmıştır.

Tablo 6.2.1. Gruplara göre annelerin pozitif davranış yüzdelerinin t-tesisi ile karşılaştırılması

Katılımcı grubu	n	Ortalama	Ortanca	SS	Min-Mak	t	P-değeri
DDY	14	44,60	41,90	12,69	23,61-65,15	-0,571	0,574
Tipik	10	47,22		8,29			

DDY grubunun pozitif puan ortalaması $44,60 \pm 12,69$ ve tipik grubun pozitif puan ortalaması $47,22 \pm 8,29$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-test sonucuna göre p-değeri 0,574 bulunarak bu değer anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).



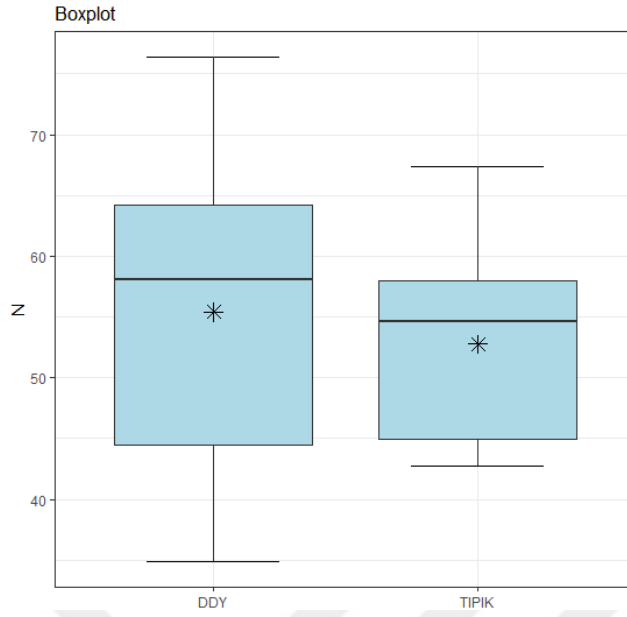
Şekil 6.2.4 Grupların pozitif davranış yüzdelerine ilişkin kutu grafiği

Yukarıda verilen Şekil 6.2.4.'te her iki gruptaki annelerin pozitif davranış yüzdelerine ilişkin kutu grafiği verilmiştir. Grafikte x eksenini katılımcı gruplarını temsil ederken y eksenini pozitif davranış yüzdelerini göstermektedir.

Tablo 6.2.2. Gruplara göre annelerin negatif davranış yüzdelerinin t-tesisi ile karşılaştırılması

Katılımcı grubu	n	Ortalama	Ortanca	SS	Min-Mak	t	P-değeri
DDY	14	55,39	58,09	12,69	34,85-76,39	0,571	0,574
Tipik	10	52,77	54,57	8,29	42,78-67,40		

DDY grubunun negatif davranış yüzdesi %55,39 bulunurken tipik grubun negatif davranış yüzdesi %52,77 olduğu bulunmuştur. P-değeri 0,574 bulunmuş ve bu değer anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).



Şekil 6.2.5 Grupların göre negatif davranış yüzdelerine ilişkin kutu grafiği

Yukarıda verilen Şekil 6.2.5.'te her iki gruptaki annelerin negatif davranış yüzdelerine ilişkin kutu grafiği verilmiştir. Grafikte x eksenini katılımcı gruplarını temsil ederken y eksenini negatif davranış yüzdelerini göstermektedir.

DDY grubunun pozitif davranış puanları; cinsiyet, annenin çalışması, annenin çocukla günlük geçirdiği zaman, annenin çocukla günlük oyun süresi, çocuğun otit geçirme sıklığı ve çocuğun kulağında tüp olması değişkenleri ile karşılaştırılmış ve aşağıdaki Tablo 6.2.3.'te buna ilişkin veriler sunulmuştur.

Tablo 6.2.3. DDY grubunun cinsiyet, anne çalışma durumu, anne ile günlük geçirilen zaman, anne ile günlük oyun süresi, otit geçirme sıklığı, kulakta tüp varlığı değişkenleri ile pozitif puanların ANOVA ve t-testi ile karşılaştırılması

		n	Ortalama	Ortanca	SS	Min-Mak	Test ist.	P-değeri
Cinsiyet	Kız	12	43,07	39,17	12,36	23,61-65,15	t=-1,114	0,287
	Erkek	2	53,77	53,77	14,80	43,31-64,25		
Anne çalışma durumu	Evet	5	52,23	45,97	11,57	40,51-65,15	t=1,819	0,094
	Hayır	9	40,36	37,06	11,76	23,61-59,31		
Anne ile günlük geçirilen zaman	5-7 saat	2	55,21	55,21	14,04	45,29-65,15	F=0,794	0,476
	7-9 saat	4	43,33	37,93	14,26	33,24-64,25		
	9-11 saat	8	42,58	40,57	12,09	23,61-59,31		
Anne ile günlük oyun süresi	45 dk-1 saat	2	38,27	38,27	7,12	33,24-43,31	F=2,116	0,167
	1-2 saat	5	53,21	58,67	10,92	37,84-64,25		
	2 saat ve üzeri	7	40,26	37,06	12,81	23,61-65,15		
Otit geçirme sıklığı (yılda)	Hiç	10	44,60	40,57	13,94	23,61-65,15	F=0,492	0,624
	1-2 defa	3	48,38	45,97	9,31	40,51-58,67		
	3-4 defa	1	33,23	33,23	-	33,23-33,23		
Kulakta tüp varlığı	Var	11	44,30	43,31	12,33	23,61-64,25	t=-0,162	0,874
	Yok	3	45,69	37,06	16,88	34,87-65,15		

DDY grubunun pozitif puanlarıyla çocukların cinsiyetleri, annenin çalışması, anne ile günlük geçirilen zaman, anne ile günlük oyun süresi, çocuğun otit geçirme sıklığı ve kulakta tüp varlığıyla arasındaki ilişkiler incelenmiştir. İki kategorili değişkenler için t-test, ikiden fazla kategorili değişkenler için ANOVA testi uygulanmış ve bu testlerin değerleri Tablo 6.2.3'te verilmiştir. Buna göre DDY grubunda pozitif puanlarla hiçbir değişken arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.2.4. DDY grubunda anne yaşı, çocuk yaşı, dudak ameliyat ayı, damak ameliyat ayı, yürümeye başladığı ay, ilk sözcük ayı ve TİGE-2 skorları ile pozitif davranışlar arasındaki ilişkiler

	Anne yaşı	Çocuk yaşı	Dudak ameliyat ayı	Damak ameliyat ayı	Yürüme ayı	İlk sözcük ayı	TİGE-2
Poz. puan	0,278	0,609*	-0,724*	-0,052	0,171	-0,353	0,604*

DDY grubunda Tablo 6.2.4.'te verilen nicel özellikler ile pozitif puanlar arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Buna göre pozitif puanlar ile anne yaşı arasında zayıf düzeyde anlamlı olmayan bir ilişki vardır. Anne yaşı ile pozitif puanların arasında herhangi bir korelasyon bulunamamıştır. Pozitif puanlarla çocuk yaşı ve TİGE-2 değerleri arasında ise orta düzeyde anlamlı bir ilişkiler mevcuttur. Çocuğun yaşı ve TİGE-2 skorları arttığında annenin de pozitif puanları artmaktadır. Diğer taraftan, pozitif puan ile dudak ameliyat ayı arasında negatif yönde güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki mevcuttur. Dudak ameliyatının daha erken yapıldığı çocuklarda annenin pozitif puanları buna bağlı olarak artmaktadır. Damak ameliyat ayı ile pozitif puanlar arasında negatif yönde çok zayıf anlamlı olmayan bir ilişki vardır. Pozitif puanlar ile yürüme zamanı arasında çok zayıf anlamlı olmayan ilişki vardır. Son olarak, pozitif puanlar ile ilk sözcük söyleme zamanı arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı olmayan ilişkiler mevcuttur. Buna göre çocukların damak ameliyatı, yürümeye başladığı ay ve ilk sözcüklerini söylemeye başladıkları ayla pozitif puanlar arasında anlamlı bir korelasyon yoktur.

Tipik grubun pozitif puanları; cinsiyet, annenin çalışması, annenin çocukla günlük geçirdiği zaman ve annenin çocukla günlük oyun süresi değişkenleri ile karşılaştırılmış ve Tablo 6.2.5.'te buna ilişkin veriler sunulmuştur.

Tablo 6.2.5. Tipik grubun cinsiyet, anne çalışma durumu, anne ile günlük geçirilen zaman, anne ile günlük oyun süresi, değişkenleri ile pozitif puanların ANOVA ve t-testi ile karşılaştırılması

		n	Ortalama	Ortanca	SS	Min-Mak	Test ist.	P-değeri
Cinsiyet	Kız	6	49,08	48,78	7,66	41,55-57,22	t=0,856	0,417
	Erkek	4	44,43	45,02	9,54	32,60-55,10		
Anne çalışma durumu	Evet	6	45,24	42,42	9,17	32,60-57,22	t=-0,920	0,384
	Hayır	4	50,20	51,58	6,78	41,55-56,10		
Anne ile günlük geçirilen zaman	3-5 saat	1	54,79	54,79	-	54,79-54,79	F=4,690	0,051
	5-7 saat	3	39,11	41,98	5,65	32,60-42,77		
	7-9 saat	2	56,66	56,66	0,78	56,10-57,22		
	9-11 saat	4	46,70	45,07	6,33	41,55-55,10		
Anne ile günlük oyun süresi	1-2 saat	4	48,91	48,78	7,57	41,98-56,10	t=0,253	0,629
	2 saat ve üzeri	6	46,10	45,07	9,24	32,60-57,22		

Tipik gruptaki cinsiyet, annenin çalışması, annenin çocukla günlük geçirdiği zaman ve annenin çocukla günlük oyun süresi değişkenleriyle pozitif puanlar arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan t-test ve ANOVA sonuçlarına göre bu değişkenlerden hiçbiri ile pozitif puanlar arasında herhangi bir anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tipik grubun anne yaşı, çocuk yaşı, dudak ve damak ameliyat zamanı, çocuğun yürümeye başladığı ay ve ilk sözcüklerini söylediği ay gibi nicel özellikler ile pozitif puanlar arasındaki ilişkiler araştırılmış ve sonuçlar Tablo 6.2.6'da verilmiştir.

Tablo 6.2.6. Tipik grupta anne yaşı, çocuk yaşı, yürümeye başladığı ay, ilk sözcük ayı ve TİGE-2 ile pozitif puanlar arasındaki ilişkiler

	Anne yaş	Çocuk yaş	Yürüme ay	İlk sözcük ay	TİGE-2
Pozitif	-0,174	-0,472	0,341	-0,069	0,073

Buna göre tipik grupta pozitif puanlar ile anne yaşı arasında çok zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı olmayan bir ilişki mevcuttur. Anne yaşı ile pozitif puanlar arasında bir korelasyondan bahsedilemez. Diğer taraftan, pozitif puan ile çocuk yaşı arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı olmayan bir ilişki vardır. Çocuk yaşı azaldıkça annenin pozitif puanları artsa da bu korelasyon anlamlı değildir. Pozitif puanlar yürüme yaşı arasında zayıf düzeyde anlamlı olmayan bir ilişki mevcuttur. İlk sözcük söyleme zamanı ile pozitif puanlar arasında çok zayıf düzeyde ve negatif yönde anlamlı olmayan bir ilişki vardır. Son olarak, pozitif puanlar ile TİGE-2 değerleri arasında negatif yönde çok zayıf anlamlı olmayan ilişkiler mevcuttur. Buna göre çocukların yürüme ayı, ilk sözcüklerini söyledikleri ay ve TİGE-2 skorları ile annelerin pozitif puanları arasında anlamlı bir korelasyon yoktur.

Tablo 6.2.7. Katılımcı grubuna göre “evet-hayır sorusu“ değerlerinin Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması

Katılımcı grubu	n	Ortalama	Ortanca	SS	Min-Mak	U	P-değeri
DDY	14	15,55	15,20	8,94	5,80-35,60	83,500	0,437
Tipik	10	16,34	15,70	5,12	8,40-23,70		

DDY grubunun evet-hayır sorusu değerlerinin ortalaması $15,55 \pm 8,94$ ve tipik grubun evet hayır sorusu değerlerinin ortalaması $16,34 \pm 5,12$ olarak elde edilmiş olup bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p > 0,05$).

Tablo 6.2.8 Katılımcı grubuna göre “açık uçlu soru“ değerlerinin Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması

Katılımcı grubu	n	Ortalama	Ortanca	SS	Min-Mak	U	P-değeri
DDY	14	1,65	0,70	1,73	0,00-5,40	60,000	0,585
Tipik	10	0,92	0,75	0,86	0,00-2,50		

DDY grubunun açık uçlu soru değerlerinin ortalaması $1,65 \pm 1,73$ ve tipik grubun açık uçlu soru değerlerinin ortalaması $0,92 \pm 0,86$ olarak elde edilmiş olup bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p > 0,05$).

Tablo 6.2.9. Katılımcı grubuna göre “adlandırma sorusu” değerlerinin Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması

Katılımcı grubu	n	Ortalama	Ortanca	SS	Min-Mak	U	P-değeri
DDY	14	2,75	1,30	4,22	0,00-16,50	109,50	0,019*
Tipik	10	5,08	4,45	3,49	1,20-11,50		

DDY grubunun adlandırma sorusunun değerlerinin ortalaması $2,75 \pm 4,22$ ve tipik grubun adlandırma sorusu değerlerinin ortalaması $5,08 \pm 3,49$ olarak elde edilmiş olup bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p < 0,05$).

Tablo 6.2.10. Katılımcı grubuna göre “negatif 5n1k sorusu” değerlerinin t-test ile karşılaştırılması

Katılımcı grubu	n	Ortalama	Ortanca	SS	Min-Mak	t	P-değeri
DDY	14	7,87	7,85	3,92	2,00-17,30	0,046	0,964
Tipik	10	7,81	8,15	3,14	1,80-12,70		

DDY grubunun negatif 5n1k sorusu değerlerinin ortalaması $7,87 \pm 3,92$ ve tipik grubun negatif 5n1k sorusu değerlerinin ortalaması $7,81 \pm 3,14$ olarak elde edilmiş olup bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p > 0,05$).

Tablo 6.2.11. Katılımcı grubuna göre “talep bildiren soru” değerlerinin Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması

Katılımcı grubu	n	Ortalama	Ortanca	SS	Min-Mak	U	P-değeri
DDY	14	0,71	0,35	0,88	0,00-2,60	76,00	0,752
Tipik	10	1,10	0,35	1,40	0,00-3,70		

DDY grubunun talep bildiren sorular değerlerinin ortalaması $0,71 \pm 0,88$ ve tipik grubun talep bildiren sorular değerlerinin ortalaması $1,10 \pm 1,40$ olarak elde edilmiş olup bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p > 0,05$).

Tablo 6.2.12. Katılımcı grubuna göre “emir verme” değerlerinin t-testi ile karşılaştırılması

Katılımcı grubu	n	Ortalama	Ortanca	SS	Min-Mak	t	P-değeri
DDY	14	20,44	21,30	10,36	8,70-42,20	2,078	0,049*
Tipik	10	12,68	12,60	6,66	1,20-26,40		

DDY grubunun emir verme değerlerinin ortalaması $20,44 \pm 10,36$ ve tipik grubun emir verme değerlerinin ortalaması $12,68 \pm 6,66$ olarak elde edilmiş olup bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p < 0,05$).

Tablo 6.2.13. Katılımcı grubuna göre “annenin liderliği” değerlerinin t-testi ile karşılaştırılması

Katılımcı grubu	n	Ortalama	Ortanca	SS	Min-Mak	t	P-değeri
DDY	14	6,36	5,90	4,40	0,00-15,30	-0,625	0,538
Tipik	10	7,78	6,95	6,71	0,00-21,30		

DDY grubunun annenin liderliği değerlerinin ortalaması $6,36 \pm 4,40$ ve tipik grubun annenin liderliği değerlerinin ortalaması $7,78 \pm 6,71$ olarak elde edilmiş olup bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p > 0,05$).

Tablo 6.2.14. Katılımcı grubuna göre “afekt“ değerlerinin Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması

Katılımcı grubu	n	Ortalama	Ortanca	SS	Min-Mak	U	P-değeri
DDY	14	8,32	8,55	3,70	2,50-14,60	40,00	0,084
Tipik	10	5,87	5,10	4,78	1,40-17,40		

DDY grubunun afekt değerlerinin ortalaması $8,32 \pm 3,70$ ve tipik grubun negatif afekt değerlerinin ortalaması $5,87 \pm 4,78$ olarak elde edilmiş olup bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p > 0,05$).

Tablo 6.2.15. Katılımcı grubuna göre “taklit“ değerlerinin t-testi ile karşılaştırılması

Katılımcı grubu	n	Ortalama	Ortanca	SS	Min-Mak	t	P-değeri
DDY	14	3,59	2,90	2,84	0,00-9,90	-1,751	0,094
Tipik	10	5,93	5,95	3,70	1,40-12,80		

DDY grubunun taklit değerlerinin ortalaması $3,59 \pm 2,84$ ve tipik grubun taklit değerlerinin ortalaması $5,93 \pm 3,70$ olarak elde edilmiş olup bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p > 0,05$).

Tablo 6.2.16. Katılımcı grubuna göre “yorumlama“ değerlerinin t-testi ile karşılaştırılması

Katılımcı grubu	n	Ortalama	Ortanca	SS	Min-Mak	t	P-değeri
DDY	14	21,98	17,75	11,14	9,30-44,10	-0,587	0,564
Tipik	10	24,02	25,10	5,58	11,50-29,40		

DDY grubunun yorumlama değerlerinin ortalaması $21,98 \pm 11,14$ ve tipik grubun yorumlama değerlerinin ortalaması $24,02 \pm 5,58$ olarak elde edilmiş olup bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p > 0,05$).

Tablo 6.2.17. Katılımcı grubuna göre “niyetini ifade etme“ değerlerinin Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması

Katılımcı grubu	n	Ortalama	Ortanca	SS	Min-Mak	U	P-değeri
DDY	14	3,94	1,40	5,17	0,00-15,10	76,00	0,752
Tipik	10	2,31	1,85	1,75	0,40-5,90		

DDY grubunun niyetini ifade etme değerlerinin ortalaması $3,94 \pm 5,17$ ve tipik grubun niyetini ifade etme değerlerinin ortalaması $2,31 \pm 1,75$ olarak elde edilmiş olup bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p > 0,05$).

Tablo 6.2.18. Katılımcı grubuna göre “bilgi verme” değerlerinin Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması

Katılımcı grubu	n	Ortalama	Ortanca	SS	Min-Mak	U	P-değeri
DDY	14	3,27	3,35	2,36	0,40-9,10	41,50	0,096
Tipik	10	2,47	1,65	3,79	0,00-12,80		

DDY grubunun bilgi verme değerlerinin ortalaması $3,27 \pm 2,36$ ve tipik grubun bilgi verme değerlerinin ortalaması $2,47 \pm 3,79$ olarak elde edilmiş olup bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p > 0,05$).

Tablo 6.2.19. Katılımcı grubuna göre “genişletme” değerlerinin Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması

Katılımcı grubu	n	Ortalama	Ortanca	SS	Min-Mak	U	P-değeri
DDY	14	0,81	0,00	1,40	0,00-5,00	89,00	0,285
Tipik	10	1,50	1,15	2,08	0,00-7,10		

DDY grubunun genişletme değerlerinin ortalaması $0,81\pm 1,40$ ve tipik grubun genişletme değerlerinin ortalaması $1,50\pm 2,08$ olarak elde edilmiş olup bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.2.20. Katılımcı grubuna göre “etiketleme” değerlerinin t-testi ile karşılaştırılması

Katılımcı grubu	n	Ortalama	Ortanca	SS	Min-Mak	t	P-değeri
DDY	14	2,58	2,10	2,36	0,40-8,10	-1,445	0,163
Tipik	10	4,19	3,75	3,08	0,50-10,70		

DDY grubunun etiketleme değerlerinin ortalaması $2,58\pm 2,36$ ve tipik grubun etiketleme değerlerinin ortalaması $4,19\pm 3,08$ olarak elde edilmiş olup bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$).

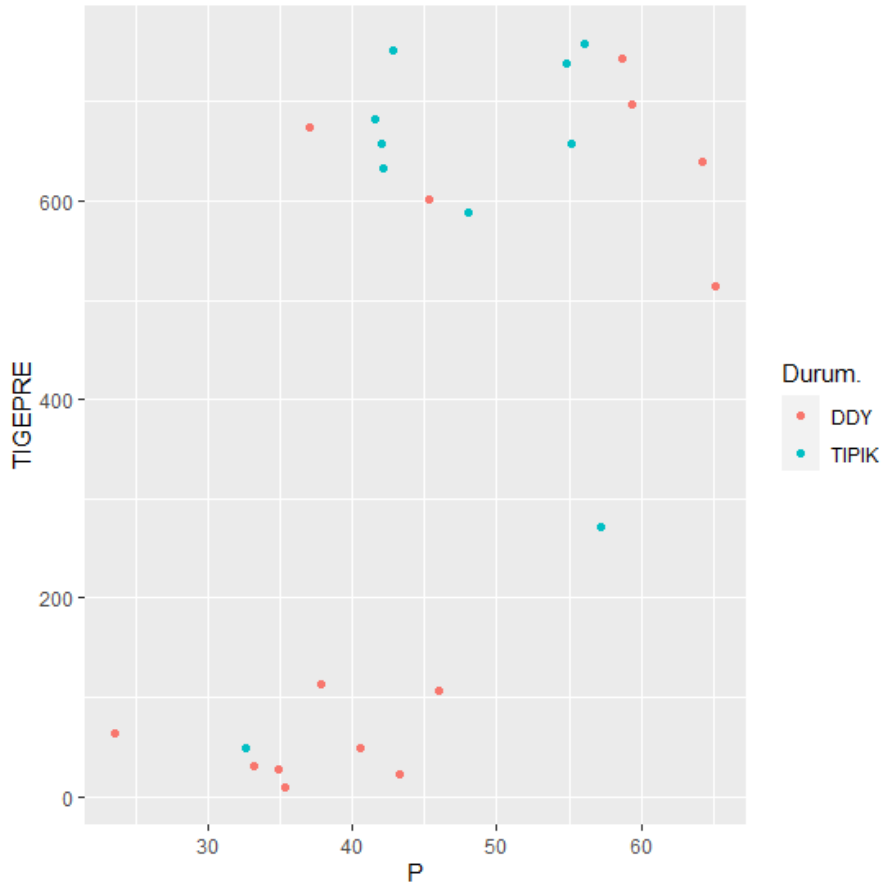
Tablo 6.2.21. Katılımcı grubuna göre “pozitif 5n1k sorusu“ değerlerinin Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması

Katılımcı grubu	n	Ortalama	Ortanca	SS	Min-Mak	U	P-değeri
DDY	14	0,07	0,00	0,26	0,00-1,00	80,00	0,585
Tipik	10	0,94	0,00	2,21	0,00-6,80		

DDY grubunun pozitif 5n1k sorusu değerlerinin ortalaması $0,07\pm 0,26$ ve tipik grubun pozitif 5n1k sorusu değerlerinin ortalaması $0,94\pm 2,21$ olarak elde edilmiş olup bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$).

6.3. TİGE-2 Puanları ile Annelerin İletişim Becerilerinin Karşılaştırılması

Annelerin iletişim becerileri ile çocukların dil becerileri arasında herhangi bir korelasyon olup olmadığını anlamak için annelerin pozitif davranış yüzdeleri ile çocukların TİGE-2 skorları karşılaştırılmıştır.



Şekil 6.2.6. TİGE-2 değerleri ve annelerin pozitif davranış yüzdelerine ilişkin serpm diyagramı

DDY ve Tipik gruplarının TİGE-2 değerleri ile pozitif davranış yüzdeleri arasındaki ilişkinin varlığı Spearman sıra korelasyon katsayısı yardımıyla incelenmiştir. DDY grubu için hesaplanan korelasyon katsayısı 0,6044'tür (p-değeri=0,0249). Bu katsayı TİGE-2 değerleri ile pozitif davranış yüzdeleri arasında pozitif yönlü orta düzeyli ilişki olduğunu belirtmektedir. Tipik grubu için korelasyon katsayısı 0,2189 ve bu katsayının anlamlılığına ilişkin p-değeri=0,5436>0,05 olduğu için TİGE-2 değerleri ve pozitif yüzdeler arasında bir ilişki olduğu istatistiksel olarak söylenemez. İki gruptaki değerler birleştirilerek TİGE-2 değerleri ve pozitif yüzdeler arasındaki ilişkinin varlığının tespiti için hesaplanan korelasyon katsayısı 0,5385 (p-değeri=0.0066) olup orta düzeyde pozitif ilişkinin varlığından söz edilebilir. TİGE-2 ve pozitif davranış yüzdeleri arasındaki ilişkiyi görsel olarak değerlendirmek için iki değişkenin serpm diyagramı çizilerek Şekil 6.2.6'da verilmiştir. Bu diyagramda x eksenini annelerin pozitif davranış yüzdelerini temsil ederken y eksenini çocukların TİGE-2 skorlarını temsil etmektedir.

7. TARTIŞMA

DDY’li çocuklarda farklı sebeplerden dolayı alıcı ve ifade edici dilde gecikmeler görülebilir. Bunun hem sebebi hem de sonucu olarak annelerin çocuklarına sundukları dil girdisinde farklılıklar olabilir. Bu çalışmada DDDY’li çocuğu olan anneler ile tipik gelişim gösteren çocuğu olan annelerin iletişim becerileri ve serbest oyun sırasında çocuklarına sundukları dil girdileri karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Annelerden evde çocuklarıyla serbest oyun videosu çekmesi talep edilmiştir. Ayrıca TİGE-2 ölçeği ile çocukların dil becerileri ölçülmüştür.

Annelerin iletişim becerileri karşılaştırılmak için videodaki sözel davranışlar pozitif ve negatif kod gruplarından uygun olanla etiketlenmiştir. Her anne için her bir kodla etiketlenen sözel ifadesi, etiketlenen tüm sözel ifadelerine oranlanarak o kodun kullanım yüzdesi bulunmuştur. Verilerin analizlerinde bulunan bu yüzdeler değeri kullanılmıştır.

Katılımcıların çocuklarının dil becerileri TİGE-2 envanteri kullanılarak ölçülmüştür. Tipik gruptaki annelerin çocuklarının dil becerileri DDDY grubundakilere göre anlamlı bir farkla daha yüksek çıkmıştır. Daha önce yapılan farklı çalışmalarda DDDY’li çocukların dil becerilerinin tipik gelişim gösteren akranlarından daha düşük çıktığı bulunsada (21, 23, 332, 68) bu bireylerde kesin olarak dil problemi vardır denilemez. Kuehn ve Moller’in (2000) bulgularına bakacak olursak, DDDY’li çocukların dil becerileriyle ilgili araştırmaların başladığı dönemde daha heterojen gruplarla çalışmalar yapılmaktaydı (74). Katılımcılar arasında sendromu, ek problemleri olan çocukların da bulunması DDDY’li grubun dil performansını etkilemiş olabilir. İzole DDDY vakalarının karmaşık dil sistemini öğrenebilecek entelektüel kapasitede olması beklenir. Ek bir problemin olmadığı bu vakalarda işitme takibinin kontrol edilmesi, ameliyatların zamanında yapılması gibi DDDY süreçleri iyi yönetildiğinde dil gelişimiyle ilgili herhangi bir problem beklenmemektedir. Bizim bulduğumuz DDDY’li çocukların TİGE-2 skorlarının daha düşük olması bu çocukların dil gelişimi açısından risk altında olabileceklerinin bir göstergesidir.

Çocukların erken dönemlerde hızla gelişen bilişsel ve motor becerileri onları çevrelerini keşfetmeye yönlendirir ve onların bu girişimlerine ebeveynlerin

betimlemeler, etiketlemeler, bilgilendirmeler gibi uygun cevaplar sunması hem çocukları yüreklendirmekte hem de anlam becerilerini güçlendirmektedir (73). Annelerin iletişim becerilerini ölçmek için çocuklarıyla etkileşim sırasındaki bazı davranışları belirli kodlarla ilişkilendirilmiştir. Çocuğun dil gelişimini destekleyen, çocukla annenin arasındaki etkileşimi ve oyunun kalitesini artıran sözel davranışlar pozitif kodlarla; anneye çocuğun etkileşimi bozan, çocuğun dil gelişimine katkısı sınırlı olan sözel ifadeler negatif kodlarla etiketlenmiştir. Videoların bu kodlarla analizleri yapıldığında elde edilen verilere göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da DDY grubundaki annelerin tipik gruba göre daha çok negatif davranışları kullandıkları görülmektedir. DDY grubundaki annelerin en sık kullandığı davranış negatif davranışlardan emir verme iken tipik grupta pozitif davranışlardan yorumlama davranışdır. Konjenital malformasyonları olan çocukların ailelerinde aşırı korumacı davranışlar görülebilmekte ve çocuklarının da dil gelişimi açısından riskli grupta olmalarından dolayı (69) çocuklarıyla oyun oynarken etkileşim ve karşılıklı keyif almaktan ziyade oyunu bir görev gibi görüp çocuklardan belirli davranış ve sözel çıktılar beklemekte olabilirler. DDY grubundaki annelerin “*tak*”, “*topu at*”, “*buraya koy*” gibi emir verme davranışını sıklıkla kullanması bu düşünceyi desteklemektedir. Bu davranışın görülme oranı her iki grupta karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde fark vardır.

Katılımcı annelerin sözel ifadelerinin pozitif ve negatif davranışlara dağılımı incelendiğinde her iki grupta da daha çok negatif davranışların kullanıldığı görülmüştür. Sonuç istatistiksel olarak anlamlı olmasa da DDY grubundaki anneler tipik gruba göre daha fazla negatif davranışlar sergilemişlerdir (sırasıyla %55,39, %52,77). Koomen ve Hoeksma'nın yaptığı bir çalışmada DDY'li çocuğu olan annelerle tipik gelişim gösteren çocuğun olan annelerin çocuklarıyla etkileşimleri incelenmiştir (58). Eve gelen bir uzman tarafından çocuklar 3, 6, 9 ve 12. ayda anne ile çocuğun oyun kaydı videoya alınmıştır. DDY grubundaki anneler çocuklarına karşı daha az duyarlı davranış sergiledikleri bulunsa da bu çalışmada annelerin dil becerileri incelenmemiştir. Gassling ve arkadaşlarının anne çocuk etkileşimini incelediği araştırmalarında (53) ise çocuğunda DDY olan ebeveynlerin diğer ebeveynlere göre daha teşvik edici ve daha az yönlendirici oldukları bulgulanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada ise DDY'li çocuğu olan anneler ile tipik gelişim gösteren çocuklarının

annelerinin çocuklarıyla serbest oyun aktivitesi sırasında girişkenlikleri incelenmiştir fakat aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (25). Ülkemizde yapılan bir araştırmada ise çocuğunda DDY olan annelerin tipik gruba göre çocuklarıyla olan etkileşim düzeyinin daha düşük olduğu belirtilmiştir (37). Mevcut literatürde çocuklarında doğumsal anomali olan ebeveynlerin tutumları arasında farklılıklar olduğu görülmektedir. Bizim sonucumuz istatistiksel olarak anlamlı olmasa da küçük bir farkla tipik gelişim gösteren çocuğu olan annelerin, çocuğunda DDY olanlara göre çocuklarıyla daha iyi etkileşim kurdukları düşünülebilir. Ama yine de her iki grupta daha fazla negatif davranış görülmesi ülkemizdeki annelerin çocuklarıyla olan iletişim becerilerinin desteklenmeye açık olduğunu göstermektedir.

DDY grubunda çocukların yaşları arttıkça annelerin pozitif davranış oranlarının arttığı görülmüştür. Tipik grupta ise böyle bir bulgu yoktur. DDY grubunda dil gecikmeleri mevcuttur. Çocukların dil seviyeleri ilerledikçe annelerin onlarla daha rahat iletişim kurdukları, etkileşim kalitesinin arttığını varsayarsak bu iki değişken arasındaki güçlü ilişkilerin sebebi olduğunu düşünebiliriz (73).

DDY’li çocuklarda farklı sebeplerden dolayı ameliyat zamanı gecikebilmektedir. Dudak ameliyat zamanı ile pozitif davranışlar arasında negatif yönde güçlü ilişkiler bulunmuştur. DDY’li çocuklarda dudak ameliyatı “onlar kuralı” denilen bir sisteme göre yapılmaktadır. Yani çocuğun 10 lbs ağırlığı geçmesi, kandaki beyaz hücre sayısının <10,000; hemoglobin düzeyinin 10g/dL olması ve çocuğun 10 haftayı doldurmuş olması beklenmektedir (70). Bu değerleri yakalayamayan çocukların ameliyatları gecikebilmektedir. Çalışmamızda ameliyat tarihi geciktikçe annelerin pozitif davranış oranlarının düşmesi akıllara annelerin gelişimi daha hızlı olan/sekteye uğramayan çocuklarla daha iyi etkileşim kurdukları düşüncesini getirirse de bu bulguyu destekleyecek yeterli kanıt yoktur. Damak ameliyatı 12. Aydan sonra olan çocukların anneleri sendrom, gelişimsel gerilik gibi durumları elimine etmek amacıyla çalışmaya alınmamıştır. Damak ameliyatıyla annelerin iletişim becerileri arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

Katılımcı gruplarına baktığımızda her iki grupta da en sık kullanılan pozitif davranışlar sırasıyla “yorumlama”, “afekt” ve “taklit” davranışları olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın da bir parçası olduğu projenin diğer çalışmasını

tamamlayan Işıldar'ın (2021) aynı kod kullanılarak DDY'li çocuğu olan annelerin iletişim becerilerinin izlendiğı bir çalışmayla birebir uyumludur (64).

En sık kullanılan negatif davranışlardan ilk ikisi her iki grupta da “emir verme” ve “evet-hayır sorusu” iken üçüncü davranış DDY grubunda “negatif 5n1k sorusu” iken tipik grupta “annenin liderliğı”dir. Buradan elde edilen sonuçlara bakarsak tipik grupta Işıldar'ın (2021) çalışmasıyla aynı sonuçlar bulunmuştur, DDY grubu ile de ilk iki davranış aynıdır (64).

Annelerin kullandıkları davranışlar detaylı bir şekilde incelendiğinde “adlandırma sorusu” oranları iki grup arasında anlamlı bir şekilde farklı bulunmuştur. Tipik gruptaki anneler “o ne renk?”, “bu ne?” gibi adlandırma sorularını daha çok sorarken aynı zamanda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da “etiketleme” yani nesnelere isimlendirme davranışını da DDY grubuna göre daha fazla kullanmışlardır.

Negatif davranışlardan “emir verme” davranışı DDY grubundaki annelerin daha sık kullandığı anlamlı bir farkla bulunmuştur. Bu da bu gruptaki annelerin literatürde de örnekleri bulunan daha kontrolcü ve yapılandırılmış oyunu tercih ettiklerini düşündürmektedir (51, 58, 60).

Bu çalışmanın istatistiksel analizi yapılırken p değeri 0,05 olarak kabul edilmiştir fakat bu değer esnetilerek 0,1 kabul edilirse “afekt”, “taklit” ve “bilgi verme” davranışlarında da anlamlı bir fark bulunmuş olur. Buna göre afekt davranışı DDY grubunda anlamlı bir şekilde daha fazla kullanılmıştır. Taklit ve bilgi verme davranışı ise tipik gruptaki anneler tarafından anlamlı bir şekilde daha çok tercih edilmiştir.

Son olarak annelerin iletişim becerilerinin çocukların dil seviyeleriyle korelasyonuna bakarsak bu değerin DDY grubunda ve tüm katılımcılar genelinde anlamlı sonuçlar verdiği bulgulanmıştır. Bu araştırma başındaki varsayımlardan brisidir ve araştırma sonucunda bu varsayım desteklenmiştir. 36 aylık çocuklarla yapılan bir çalışmada annelerin sözel becerilerinin çocuğun sözel becerileri üzerinde önemli bir etkisi olduğu bulunmuştur (72). Frederickson ve arkadaşlarının çalışması çocuğun iletişim sırasındaki girişkenliğinin iletişim partnerinin girişkenliğiyle ilişkili olduğu iddiasını araştırmıştır. Annelerin girişkenliği arasında fark bulunmasa da

DDY’li çocukların iletişim sırasında daha az girişken tutumlar sergilediği saptanmıştır (25). DDY’li çocukların daha pasif bir iletişim tutumu ve konuşmaya daha az istekli davranışları ile artikülasyon ve rezonans bozukluklarından kaynaklanan düşük anlaşılabilirliklerini telafi etmek istediklerini iddia etmişlerdir. Frederickson ve arkadaşlarının iddiasını diğer boyuttan ele alırsak çocukların konuşmaya olan bu isteksiz ve daha az girişken tutumları ebeveynlerin de iletişim tutumlarını etkilemekte ve çocuklarına sundukları dil girdisinin kalitesini de etkileyeceği düşünülebilir. Ayrıca çocukların dil becerisi etkileşim kalitesini etkileyerek annenin de çocuğa sunduğu dilin niteliğinde belirleyicisi olabilmektedir. Çocukların dil seviyeleri ve ifade edici dil becerileri ilerledikçe anneler de bir bağlam çerçevesinde daha anlamlı ve yorumlanabilir ifadeler üretecektir (73). Çalışmamızda tipik grupta bulunmasa da DDY grubunda ve tüm katılımcılar bazında annelerin iletişim becerileri ile çocukların dil becerileri arasındaki orta düzeydeki korelasyon bu fikri destekleyebilir.

Çalışmanın güvenilirlik sonucuna bakıldığında beklenen minimum değerden (%70) daha düşük bir değer bulunmuştur. Kod sayısının fazla olması ve aynı sözel ifadeyi karşılayan birden fazla kod olması değerlendiriciler arasındaki görüş farklılıklarını artırmıştır. Örneğin çocuk “aaa” dedikten sonra sonra annenin de “aaa” demesi bir değerlendirici tarafından afekt olarak kodlanırken diğer değerlendirici tarafından taklit olarak kodlanmıştır. Analizler yapılırken videoların da eş zamanlı izlenmesine rağmen annenin davranışının değerlendiriciler tarafından farklı yorumlanması sonucun düşük çıkmasında etkili olmuştur. Örneğin çocuğun kovaya topları koyarken annenin “topu koy” demesi bir değerlendirici tarafından emir cümlesi olarak kodlanırken diğer değerlendirici tarafından yorumlama olarak kodlanmıştır. Ayrıca annelerin ard arda söylediği aynı kod grubuna ait ifadeler bir kullanıcı tarafından ayrı ayrı kodlanırken diğer kullanıcı tarafından bir kerede kodlanmıştır. Tüm bunlar güvenilirlik analizi sonucunun düşük çıkmasına sebep olmuştur.

Herhangi bir doğumsal anomaliyle dünyaya gelen bebekler sadece dil gelişimi değil genel gelişim açısından da risk grubundadırlar (9, 16). Erken müdahale programları ile bu bebekler değerlendirilerek, bebeklerin ebeveynleri bilgilendirilip gerekli destek ve yönlendirmeler sağlanarak çocukların gelişimleri desteklenebilir ve okula uyum becerileri artırılabilir (10, 17, 71). Ülkemizde dil ve konuşma terapistleri

henüz sayıca yeterli olmasa da ileride daha erişilebilir bir meslek elemanı olarak DDY’li bebeklere anneleri aracılığıyla dolaylı müdahalelerde bulunmaları oldukça önemlidir.



8. SONUÇ

Bu çalışmada çocuklarda bir konjenital malformasyon varlığının annelerin çocuklara sunduğu dil girdisinin niteliğini etkileyip etkilemediği araştırılmıştır. Annelerin sözel davranışları negatif ve pozitif ana başlıklarında farklı davranışlarla ilişkilendirilip her iki grup için davranışların dağılımı incelenmiştir. Ayrıca çocukların dil becerileri de ölçülüp bu dil girdilerinin, çocukların dil seviyesine ilişkisi karşılıklı olarak incelenmiştir.

Elde edilen sonuçlara göre DDY'li çocukların dil becerileri tipik akranlarına göre düşük bulunmuştur. Annelerin iletişim becerileri kıyaslandığında ise iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamasa da tipik gruptaki annelerin küçük bir farkla iletişim becerileri daha yüksek bulunmuştur. Tüm katılımcılar çocuklarıyla oynarken daha çok olumsuz davranışları tercih etmişlerdir. DDY grubunda en sık kullanılan davranışlar sırasıyla emir verme, yorumlama ve evet-hayır sorusu olurken tipik grupta ise sırasıyla yorumlama, evet-hayır sorusu, emir verme olmuştur. En sık kullanılan pozitif davranışlar her iki grupta da aynıdır ve sırasıyla yorumlama, afekt ve taklittir. En sık kullanılan negatif davranışlar DDY grubunda emir verme, evet-hayır sorusu ve negatif 5n1k sorusu olurken tipik grupta sırasıyla evet-hayır sorusu, emir verme ve annenin liderliği olmuştur.

Tüm katılımcılar birlikte değerlendirildiğinde annenin iletişim becerileri artarken çocukların dil becerilerinde artış görülmüştür. Bu da risk grubunda çocuğu olan annelerin erken dönem dil becerileri konusunda eğitilmesinin önemi vurgulamaktadır.

8.1 Sınırlılıklar ve Öneriler

Bu çalışma Covid-19 pandemisine denk gelmiştir ve tüm dünyada insanların günlük yaşamlarını etkilemiştir. Etkilenen kişiler arasında anneler de olduğu düşünülürse bu dönemdeki değişimlerin aile ve çocuklarıyla etkileşimine de yansıtacağı düşünülmektedir. Evden çalışılmaya başlanması ve sosyal hayatın kısıtlanması çocuklarıyla olan rutinleri etkilemiştir. Bebeklerin dil gelişiminin kritik

dönemleri bu zamana denk geldiği için bu farklılıklar onların dil gelişimine de yansımış olabilir.

Çalışmadaki sınırlılıklardan birisi de annelerden 20-30 dakika uzunluğunda video istenmiştir ve bazı katılımcılara bu süre uzun gelmiş, süreyi tamamlayamadığı için çalışmaya dahil edilememiştir. Bazı anneler ise başta gönüllü olsa da video çekiminden dolayı çalışmadan çıkmıştır. Bu da katılımcı sayısını düşürmüştür. Ayrıca katılımcı bulmaktaki güçlükten dolayı her iki gruptaki çocukların yaş ve cinsiyete göre eşleştirilmesi yapılamamıştır. Bu da çalışmanın bir diğer sınırlılığıdır.

İleride daha büyük bir grupla ve her iki gruptaki çocukların yaş ve cinsiyete göre eşleştirmesi yapılarak daha güvenilir sonuçlar elde edilebilir.

Bu çalışma Covid-19 Pandemisinde yapılmıştır. Bu sebeple veriler çevrimiçi ortamda anneler aracılığıyla toplanmış ve onlara güvenilmiştir. Bir merkezde yürütülerek yüz yüze yapılacak bir çalışmada çocuklara işitme testi ve daha ayrıntılı bir dil testi yapılabilir.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre ülkemizdeki annelerin çocuklarıyla iletişimlerinin desteklenmeye açık olduğu söylenebilir. DKT'lerin vereceği eğitim ve seminerlerle annelerin iletişim becerileri artırılabilir.

Annelerin sözel performansları yalnızca belirtilen kodlarla değil, daha ayrıntılı bileşenlerle değerlendirilebilir.

9. KAYNAKLAR

1. Kummer AW. Cleft Palate and Craniofacial Conditions: A Comprehensive Guide to Clinical Management. p. 40, 4th edition, London, Cleft Palate and Cr Jones & Bartlett Learning. 2018.
2. Tessier P. Anatomical classification facial, cranio-facial and latero-facial clefts. J Oral and Maxill Surg. 4(2):69-92, 1976.
3. Dixon MJ, Marazita ML, Beaty TH, Murray JC. Cleft lip and palate: synthesizing genetic and environmental influences. Nat Rev Genet.12(3):167-178, 2011
4. Dixon MJ, Marazita ML, Beaty TH, Murray JC. Cleft lip and palate: understanding genetic and environmental influences. Nat Rev Genet. 12(3):167-78, 2011
5. Collett BR, Speltz ML. Social-emotional development of infants and young children with orofacial clefts. Infants Young Child. 19(4), 262-21 2006.
6. Nagarajan R, Savitha VH, Subramaniyan, B. Communication disorders in individuals with cleft lip and palate: An overview. Indian J Plast Surg. 42(1), 137-43, 2009.
7. Alansari R, Bedos C, Allison P. Living with Cleft Lip and Palate: The Treatment Journey. Cleft Palate-Craniofacial J. 51(2):222-9, 2013.
8. Nahai FR, Williams JK, Burstein FD, Martin J, Thomas J. The Management of Cleft Lip and Palate: Pathways for Treatment and Longitudinal Assessment. Semin Plast Surg. 19(4):275–85, 2005.
9. Berkowitz S. Cleft lip and palate diagnosis and management, 3rd ed. London, Springer, 2013.
10. Chang CL. A study of applying data mining to early intervention for developmentally-delayed children.Expert Syst. Appl.. 33(2), 407-12, 2007.

11. Thamilselvan P, Kumar M, Murthy J, Sharma M, Kumar N. Psychosocial issues of parents of children with cleft lip and palate in relation to their behavioral problems. *J Cleft Lip Palate Craniofac Anom.* 2(1):53–7, 2015.
12. P, Bohac M, Fedeles J Jr, Fekiacova D, Fedeles JSr. Impact of cleft lip and/or palate in children on family quality of life before and after reconstructive surgery. *Bratisl Lek Listy.* 118(6):370-73, 2017.
13. Murray L, Hentges F, Hill J, Karpf J, Mistry B, Kreutz M, Woodall P, Moss T, Goodacre T. Cleft Lip and Palate Study Team. The effect of cleft lip and palate, and the timing of lip repair on mother-infant interactions and infant development. *J Child Psychol Psychiatry.* 49(2):115-23, 2008.
14. Tiffany M. Field, Nitza Vega-Lahr. Early interactions between infants with cranio-facial anomalies and their mothers, *Infant Behav Dev.* 7(4), 527-30, 1984.
15. Wasserman GA, Allen R. Maternal withdrawal from handicapped toddlers. *J Child Psychol Psychiatry.* 26(3), 381-387, 1985.
16. Akçay Gülşen, Ş. Dudak/damak yarıklı hastalarda ve annelerinde meydana gelen psikososyal ve davranışsal değişimlerin değerlendirilmesi. *Gazi Üni. Sağlık Bilimleri Enst.* 2019.
17. Scherer NJ. Early linguistic development and intervention. Evaluation of cleft lip and palate: A developmental perspective. CA: Plural. 7, 1-17, 2015.
18. Sreedhanya P K, Hariharan S V, Nagarajan R. Early language development and phonetic repertoire in children with unrepaired cleft lip and palate: A preliminary study. *Cleft Palate Craniofac.* 2(1), 34-8, 2015.
19. Howard S, Lohmander A, (Eds.). *Cleft palate speech: assessment and intervention.* London, John Wiley & Sons, 2011.
20. Kitzinger A, Louw B, Hugo SR. Early communication functioning of infants with cleft lip and palate. *S Afr J Commun Disord.* 43(1), 77-84, 1996.
21. Scherer NJ, Williams AL, Proctor-Williams K. Early and later vocalization skills in children with and without cleft palate. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 72(6), 827-840. 2008.
22. Scherer NJ. The speech and language status of toddlers with cleft lip and/or palate following early vocabulary intervention. *Am J Speech Lang.* 8(1), 81-93, 1999.

23. Chapman KL, Hardin-Jones M, Halter KA. The relationship between early speech and later speech and language performance for children with cleft lip and palate. *Clin Linguist Phon.* 17(3):173-97, 2003.
24. Jensen TS, Bøggild-Andersen B, Schmidt J, Ankerhus J, Hansen E. Perinatal risk factors and first-year vocalizations: influence on preschool language and motor performance. *Dev Med Child Neurol.* 30(2), 153-161, 1988.
25. Frederickson MS, Chapman KL, Hardin-Jones M. Conversational skills of children with cleft lip and palate: a replication and extension. *Cleft Palate-Craniofacial J.* 43(2), 179-88, 2006.
26. Jones CE, Chapman KL, Hardin-Jones MA. Speech development of children with cleft palate before and after palatal surgery. *Cleft Palate-Craniofacial J.* 40(1), 19-31, 2003.
27. Scherer NJ, Boyce S, & Martin G. Pre-linguistic children with cleft palate: Growth of gesture, vocalization, and word use. *Int J Speech Lang Pathol.* 15(6), 586-92. 2013.
28. Pushpavathi M, Vijayan K, Vishwanath A. Effectiveness of early intervention on awareness and communication behaviors of mothers of toddlers with repaired cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac.* 4(3), 88- 2017.
29. Vu GH, Warden C, Zimmerman CE, Kalmar CL, Humphries L, McDonald-McGin D. M, Swanson JW. Poverty and risk of cleft lip and palate: an analysis of United States birth data. *Plast Reconstr Surg.* 149(1), 169-182, 2021.
30. Broen PA, Devers MC, Doyle SS, Prout, JM, Moller KT, Acquisition of linguistic and cognitive skills by children with cleft palate. *J Speech Lang Hear Res.* 41(3), 676-87, 1998
31. Savage HE. A Developmental Perspective on Assessment of Infants with Clefts and Related Disorders. *Infant-Toddler Intervention: J Transdiscipl Environ Stud.* 4(3), 221-34, 1994.
32. Snyder LE, Scherer N. The Development of Symbolic Play and Language in Toddlers With Cleft Palate. *Am J Speech Lang Pathol.* 13(1), 66-80, 2004.

33. Pamplona MC, Ysunza A, González M, Ramírez E, Patiño C. Linguistic development in cleft palate patients with and without compensatory articulation disorder. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 54(2-3), 81-91, 2000.
34. Lancaster HS, Lien KM, Chow JC., Fre J, Scherer NJ, Kaiser AP. Early speech and language development in children with nonsyndromic cleft lip and/or palate: A meta-analysis. *J. Speech Lang Hear Res.* 63(1), 14-31, 2020.
35. Snyder LE, Scherer N. The development of symbolic play and language in toddlers with cleft palate. *Am J Speech Lang Pathol.* 13, 66-80, 2004.
36. Alhusen JL, Hayat MJ, Gross D. A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Arch Womens Ment Health.* 16(6), 521-29, 2013.
37. Boztepe H, Ay A, Kerimoğlu Yıldız G, Çınar S. Does the visibility of a congenital anomaly affect maternal-infant attachment levels? *J Spec Pediatr Nurs.* 21(4):200-11. 2016.
38. Bradbury ET, & Hewison J. Early parental adjustment to visible congenital disfigurement. *Child Care Health Dev.* 20(4), 251-66, 1994.
39. Er Güneri, S. Postpartum Erken Dönem Kanıtı Dayalı Uygulamalar . *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 4 (3) , 482-96, 2015.
40. Habersaat S, Monnier M, Peter C, Bolomey L, Borghini, A, Despa J, Hohlfeld, J. Early mother-child interaction and later quality of attachment in infants with an orofacial cleft compared to infants without cleft. *Cleft Palate-Craniofacial J.* 50(6), 704-712, 2013.
41. Karim F, Billah S M, Chowdhury MAK, Zaka N, Manu A, Arifeen SE, Khan ANS. Initiation of breastfeeding within one hour of birth and its determinants among normal vaginal deliveries at primary and secondary health facilities in Bangladesh: A case-observation study. *PloS One.* 13(8), e0202508, 2018.
42. Acar M.D., Günay U, Güner ÜÇ. Bebeği Konjenital Anomalili Doğan Annenin Anne-Bebek Bağlanmasında Yaşadığı Güçlükler ve Hemşirenin Rolü. *Türkiye klinikleri J Health Sci.* 10(2), 169 – 176, 2018.
43. Despars J, Peter C, Borghini A, Pierrehumbert B, Habersaat S, Müller-Nix, Hohlfeld J. Impact of a cleft lip and/or palate on maternal stress and attachment representations. *Cleft Palate-Craniofacial J.* 48(4), 419-24, 2011.

44. Coy K, Speltz M L, Jones K. Facial appearance and attachment in infants with orofacial clefts: a replication. *Cleft Palate-Craniofacial J.* 39(1), 66-72. 2002.
45. Clements M, Barnett D. Parenting and attachment among toddlers with congenital anomalies: Examining the Strange Situation and attachment Q-sort. *Infant Ment. Health J.* 23: 625-42. 2002.
46. Speltz ML, Endriga MC, Fisher PA, Mason CA. Early predictors of attachment in infants with cleft lip and/or palate. *Child Dev.* 68(1), 12-25, 1997.
47. Çınar S, Koç G. Dudak ve Damak Yarığı Olan Bebeklerin Ebeveynlerinin Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Sağlık ve Toplum.* 31 (3) 52-8, 2021.
48. Lenna O, Ross T, Patterns of Attachment and Maternal Discourse Effects on Children's Emotion Understanding From 3 to 5 Years of Age. *Soc Dev.* 11. 433-50, 2002).
49. Becker Razuri E, Hiles Howard AR, Purvis KB, Cross Dr. mental state language development: the longitudinal roles of attachment and maternal language. *Infant ment health J.* 38(3):329-42, 2017.
50. Oades-Sese, Geraldine V, Yibling Li. Attachment relationships as predictors of language skills for at-risk bilingual preschool children. *Psychol Sch.* 48(7), 707-22, 2011.
51. Wasserman GA, Allen R, Solomon CR. At-risk toddlers and their mothers: The special case of physical handicap. *Child Dev.* 73-83, 1985.
52. Bradbury ET, Hewison J. Early parental adjustment to visible congenital disfigurement. *Child Care Health Dev.* 20(4), 251-266, 1994.
53. Gassling V, Christoph C, Wahle K, Koos B, Wiltfang J, Gerber WD, Siniatchkin M. Children with a cleft lip and palate: An exploratory study of the role of the parent-child interaction. *J Craniomaxillofac Surg.* 42(6), 953-58. 2014.
54. Clifford E, Crocker EC. Maternal responses: The birth of a normal child as compared to the birth of a child with a cleft. *Cleft Palate-Craniofacial J.* 8(3), 298-306, 1971.
55. Barden RC, Ford ME, Jensen AG, Rogers-Salyer M, Salyer KE. Effects of craniofacial deformity in infancy on the quality of mother-infant interactions. *Child dev.* 819-24, 1989.

56. Spelta ML, Armsden GC, Clarren SS. Effects of Craniofacial Birth Defects on Maternal Functioning Postinfancy. *J Craniofac Surg.* 2(4), 195- 1992.
57. Endriga MC, Speltz ML. Face-to-face interaction between infants with orofacial clefts and their mother. *J Pediatr Psychol.* 22(4), 439-53, 1997.
58. Koomen HM, Hoeksma JB. Maternal interactive behaviour towards children with and children without cleft lip and palate. *Early Child Dev Care.* 1(3), 169-81, 1992.
59. Speltz ML, Goodell EW, Endriga MC, Clarren SK. Feeding interactions of infants with unrepaired cleft lip and/or palate. *Infant Behav Dev.* 17(2), 131-39, 1994.
60. Mahoney G, Robenalt K. A comparison of conversational patterns between mothers and their Down syndrome and normal infants. *J Div Early Chi.* 10(2), 172-80 1986.
61. Field T. The three Rs of infant-adult interactions: Rhythms, repertoires, and responsivity. *J Pediatr Psychol.* 3(3), 131-36, 1978.
62. Slifer KJ, Amari A, Diver T, Hilley L, Beck M, Kane A, McDonnell S. Social interaction patterns of children and adolescents with and without oral clefts during a videotaped analogue social encounter. *Cleft Palate-Craniofacial J.* 41(2), 175-84, 2004.
63. Pamplona MC, Ysunza A, Jimenez-Murat Y. Mothers of children with cleft palate undergoing speech intervention change communicative interaction. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 59(3), 173-179, 2001.
64. Işıldar A, Dudak-damak yarıklı çocuğu olan annelerin etkileşim becerilerinde online eğitimin etkililiğinin incelenmesi. İ.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, YüksekLisansTezi, s.27-8, İstanbul, 2021.
65. Aksu-Koç A, Küntay A, Acarlar F. Türkçe'de Erken Sözcük ve Dilbilgisi Gelişimini Ölçme ve Değerlendirme Çalışması: Türkçe İletişim gelişimi Envanterleri: TİGE-I ve TİGE-II, TÜBİTAK 107KO58 Projesi Sonuç Raporu. 2011.
66. Fenson L, Dale P, Reznick J, Bates E, Thal D, Pethick S. Technical manual for the MacArthur Communicative Development Inventory. San Diego, CA: San Diego State University. Developmental Psychology Laboratory 1993.

67. Boersma P, van Heuven VJ, van Heuven V. Speak and unSpeak with PRAAT Processing of supra-segmental features View project Speak and unSpeak with PRAAT PRAAT, a system for doing phonetics by computer.; 2001.
68. Neiman GS, Savage HE, Development of infants and toddlers with clefts from birth to three years of age. *Cleft Palate Craniofac. J.*, 34(3), 218-225. 1997.
69. Cavaleiro MG, Lamônica DAC, de Vasconsellos Hage SR, Maximino LP. Child development skills and language in toddlers with cleft lip and palate. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2019.
70. Acheampong AO, Addison W, Obiri-Yeboah S, Amuasi A, Gowans LJJ, Newman-Nartey M, Baffour G, The Rule Of 10's in the Management of Unilateral Cleft Lip Children: The Komfo Anokye Teaching Hospital Experience. *J Clinic Res in Dent.*, 2(1), 1-4. 2019.
71. Ramey CT, Ramey SL, Early intervention and early experience. *Am. Psychol.*, 53(2), 109. 1998.
72. Prime H, Wade M, Gonzalez A, The link between maternal and child verbal abilities: An indirect effect through maternal responsiveness. *Dev. Sci.*, 23(3). 2019
73. Tamis-LeMonda CS, Bornstein MH, Baumwell L. Maternal responsiveness and children's achievement of language milestones. *Child Dev.* 2001 May-Jun;72(3):748-67.
74. Kuehn DP, Moller KT, Speech and language issues in the cleft palate population: the state of the art. *Cleft Palate-Craniofacial J.*, 37(4), 1-35. 2000.

10. EKLER

EK-1 (DDY Grubu için hazırlanmış Afiş)

Dudak Damak Yarıklı Çocuğu Olan Sevgili Anneler

Çalışmamıza Gönüllü Olmak İster misiniz?

Çocuğunuz;


- 1,5-3 yaş aralıdaysa
- Ek bir tanısı yoksa
- Damak yarığı 12.aydan önce ameliyat edildiyse

Başvurabilirsiniz

Çalışmanın Aşamaları:

- Zoom üzerinden yüz yüze görüşme yapılarak test uygulanacaktır
- 2 ay ara ile çekilmiş, çocuğunuzla oyun oynadığınız video kaydı talep edilecektir

 Katılımcılara çalışma sonunda dil gelişimiyle ilgili ÜCRETSİZ seminer verilecektir

 Ayrıca her çocuğun dil gelişimiyle ilgili rapor gönderilecektir

İletişim: [Redacted]
[Redacted]

Dr.Öğr.Üye. Özlem Ünal Logacev danışmanlığında
Arş.Gör. Ebrar Enginar tarafından yürütülecektir

ÇALIŞMAMIZA GÖNÜLLÜLER ARIYORUZ

Sevgili anneler, çocuğunuzun **dil seviyesini** öğrenmek ister misiniz?



Çocuğunuz;

- 18-36 ay arasıdaysa
- herhangi bir tanısı yoksa

Siz de katılabilirsiniz

Çalışmanın Aşamaları

- Başlangıçta katılımcı anne ile zoom üzerinden görüşme yapılacaktır
- 2 ay ara ile çocuğunuzla oyun oynadığınız video kaydı talep edilecektir

Çalışma Dr.Öğr.Üyesi Özlem Ünal Logacev danışmanlığında
Arş.Gör. Ebrar Enginar tarafından yürütülecektir.

İletişim



XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX



EK-3 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın ebeveyn,

Dudak damak yarıkları (DDY), yaklaşık bin doğumda bir görülen ve sebebi net olarak bilinmeyen doğumsal bir anomalidir. Sadece dudak ve sadece damakta olabileceği gibi yarıklar her ikisinde birlikte de görülebilir. Bu çocuklar artikülasyon ve hipernazalite sorunlarının yanında dil gelişimi açısından da risk grubunda yer almaktadır.

Bu çalışmanın amacı aileden alınan video kaydı üzerinden dudak damak yarığı olan çocukların anneleri ile tipik gelişim gösteren çocukların annelerinin iletişim becerilerinin karşılaştırılmasıdır. Araştırma İstanbul Medipol Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi bölümü öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÜNAL LOGACEV ve yüksek lisans öğrencisi Ebrar ENGİNAR tarafından yürütülmektedir.

Araştırmada 2 ay ara ile çekilmiş, evde anne ile çocuğun yaklaşık 30 dakikalık serbest oyun videosu kullanılacaktır. Bu videolarda anne ve çocuğun dil çıktısı analiz edilip çalışmaya veri olarak kullanılacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz sizlerden bu iki video talep edilecektir. Ayrıca Dudak Damak Yarığı Değerlendirme Formunun aile görüşme kısmı ve Türkçe İletişim Gelişim Envanteri II (TİGE II) uygulanacaktır. Çalışmanın sonunda katkı sağladığınız için sizlere çocuklarda dil gelişimiyle ilgili bir seanslık online eğitim verilecektir.

Araştırmadan elde edilen veriler Ebrar ENGİNAR'ın yüksek lisans tezinde kullanılacaktır. Katılımcıların isimleri anonimleştirilecektir. Tüm videolar ve kişisel bilgiler veri toplamak ve saklı tutulacak hiçbir ortamda, yayın ağında paylaşılmayacak sadece araştırmanın güvenilirlik ve doğruluğunun kontrolü için saklanacaktır.

Çalışma gönüllülük esasına dayalı olup istediğiniz zaman çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Formu imzalamadan önce tüm formu okuyup merak ettiğiniz soruları [REDACTED] numaralı hattan Ebrar ENGİNAR'a sorabilirsiniz.

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili sözlü ve yazılı açıklama aşağıdaki adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Çalışmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak çalışmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu çalışmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı annenin;

Adı-Soyadı

Tarih

İmza

EK-4 KATILIMCI BİLGİ FORMU (Ayşe Işıldar, 2021)

KATILIMCI BİLGİ FORMU

DEMOGRAFİK BİLGİLER	
Çocuğun Adı-Soyadı:	Cinsiyet: K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Doğum Tarihi:	Kronolojik yaş:
İkamet:	Tel: E-mail:
Çocuğun yaşadığı kişiler:	Anne – Baba: Evli <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/>
Annenin Adı Soyadı: Mesleği: Yaşı: Anadili:	Babanın Adı soyadı: Mesleği: Yaşı: Anadili:
Anne çalışıyor mu? (1) Evet (2) Hayır	Anne bir gün içerisinde çocukla ne kadar zaman geçiriyor (uyumadığı zamanlarda)? () 1-3 saat () 3-5 saat () 5-7 saat () 7-9 saat () 9-11 saat
Çocukla gün içerisinde kim zaman geçiriyor? (1) Anne (2) Baba (3) Bakıcı (4) Anneanne / Babaanne	Anne bir gün içerisinde çocukla ne kadar oyun oynuyor? () 10-20 dakika () 20-30 dakika () 30-45 dakika () 45 dk – 1 saat () 1 – 2 saat () 2 saat ve üzeri

Annenin Eğitim Düzeyi: (1) İlkokul (2) Ortaokul (3) Lise (4) Üniversite	Babanın Eğitim Düzeyi: (1) İlkokul (2) Ortaokul (3) Lise (4) Üniversite
Kardeşler (Varsa-Cinsiyet/Yaş) 1. 2. 3. 4.	Evde konuşulan birincil dil: _____

DOĞUM ÖYKÜSÜ	
PRENATAL: <ul style="list-style-type: none">• Annenin sağlık durumu?• Hamilelik süresi?	PERİNATAL: <ul style="list-style-type: none">• Normal / Sezaryen• Kaç haftalık doğdu: ____• Doğum sırasında herhangi bir sorun oldu mu?<ul style="list-style-type: none">(.) Hipoksi(.) Mekonyum Aspirasyonu(.) Ters doğum(.) Kordon dolanması() Diğer _____• Hastanede ne kadar süre kaldı?

<p>POSTNATAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herhangi bir rahatsızlık geçirdi mi? • İşitme testi yapıldı mı? Evet ise sonucunu yazınız. _____ • Emme-yutma-beslenme güçlükleri oldu mu? • Küvezde kaldı mı? 	<ul style="list-style-type: none"> • DUDAK-DAMAK YARIĞI TANISI: Primer/Sekonder Bilateral/Unilateral Dudak / Damak / Her ikisi • Ameliyat tarihi: Dudak: _____ Damak: _____ • DDY dışında kronik bir rahatsızlığı var mı?
<p>ERKEN DÖNEM GELİŞİMİ</p>	<p>DİL-KONUŞMA GELİŞİMİ</p>
<p>Aşağıdaki gelişimler kaçınıcı ayda görüldü?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desteksiz oturma: ____ • Emekleme: ____ • Ayakta durma: ____ • Yürüme: ____ • Kaşıkla kendini besleme: ____ 	<p>Aşağıdaki gelişimler kaçınıcı ayda görüldü?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Babıldama: ____ • İlk sözcükler: ____ • İlk sözcükleri nelerdi? _____ • İlk cümlesini kurdu mu? • İsteklerini nasıl ifade eder? (1) Jestlerini kullanır. (2) Sesler çıkarır (da da da, de, ba) (3) Bir ya da iki sözcük (gel, mama, ham) (4) Sözcük öbekleri (bu ..top) (5) Cümle kurar (su ver)
<p>ÇOCUĞUN GENEL SAĞLIĞI</p>	<p>AİLENİN GENEL SAĞLIĞI</p>
<p>Aşağıdaki rahatsızlıkları geçirdi mi? (Ne zaman, süre, hastanede/evde)</p>	<p>Ailede işitme/dil/konuşma problemi yaşamış ya da yaşayan kimse var mı?</p>

<ul style="list-style-type: none">• Çocuğunuzun işitme sorunu var mı? (1) Var (2)Yok• Çocuğunuz kaç kez otit geçirdi? () Hiç () 1-2 () 3-4 () 5 ve üstü• Çocuğunuz yılda kaç kez grip olur? () Hiç () 1-2 () 3-4 () 5 ve üstü <p>() Tonsilit: _____</p> <p>() Sinüzit: _____</p> <p>() Kulağı akar mı?: _____</p> <p>() Alerji: _____</p> <p>() Yüksek ateş: _____</p> <ul style="list-style-type: none">• Kulağına tüp takıldı mı? _____• Görme problemi var mı? _____• Fiziksel bir yetersizlik var mı? _____• Çocuğunuzun genel sağlığını nasıl yorumlarsınız? _____	
---	--

VIDEO ÇEKİM PROSEDÜRLERİ



Videonun Amacı

Oyun sırasında

- 1- Anne-çocuk arasındaki iletişimi görmek.
- 2- Çocuğun dil becerilerini izlemek.
- 3- Annenin çocuğa sunduğu iletişim ortamını görmek



Videonun Çekileceği Ortam

Evde günlük hayatta oyun oynadığınız ve çocuğunuzun alışkın olduğu bir odayı seçmelisiniz. Evin yalnızca seçtiğiniz bir odasında kalmaya özen gösteriniz.



Oyuncak – Materyal Seçimi

- 1- Çocuğunuzun oynamaktan hoşlandığı oyun/oyuncakları kullanabilirsiniz.
- 2- Oda içerisinde çocuğun dikkatini dağıtacak kadar çok fazla oyuncak olmamasına dikkat etmelisiniz.
- 3- Örnek oyuncaklar; Legolar, arabalar, çiftlik oyunu, hayvanlar, evcilik seti, doktorculuk seti, bebekler vb.
- 4- Dans etmek, yuvarlanmak, yakalamaca, saklambaç oynamak gibi şamatalı oyunlar oynamayınız.
- 5- Videoda görmek istediğim oyun ortamında çocuğunuzla karşılıklı bir iletişim içerisinde olmalısınız.



Hazırlayan: DKT. Ayşe IŞILDAR

Videoda Görünmesi Gereken Kişiler

Sadece Anne ve Çocuk

Video sırasında oyunda yalnızca siz ve çocuğunuz olmalıdır. Ailenin diğer üyelerini videoya dahil etmeyiniz.



Fiziksel Koşullar

Videoyu üçüncü bir kişiye çektiniz YA DA kamerayı odanın uygun bir açısına sabitleyiniz.

1. Yüzünüzün karanlık çıkmaması için ışığı arkanıza almamaya dikkat ediniz.
2. Kamerayı oyun ortamınızın görüneceği geniş bir açığa yerleştiriniz.
3. Sesinizin videodan duyulması için odanın pencerelerini kapalı tutunuz.
4. Tablet, telefon gibi dikkat dağıtıcı unsurları ortamdaki uzaklaştırınız.
5. Odada TV varsa kapalı tutunuz.

Videonun Süresi: 30 dakika

1. Videonun süresi 30 dk olmalıdır.
2. Videoyu tek parça halinde çekmeye çalışınız.
3. Çeşitli sebeplerden videonuz bölünürse videoyu en fazla iki ya da üç parça halinde çekerek gönderebilirsiniz.



Hazırlayan: DKT. Ayşe İŞILDAR



VIDEODA ŐUNLARI YAPMAMAYA DİKKAT EDİNİZ!

1. Çocuğunuzu konuőturmaya çalışmayın.
2. Kameraya sırtınızı dönmeyin.
3. Çocuğunuzun neler yapabildiğini göstermeye çalışmayın.
4. Normalde yapmadığınız Şeyler yapmaya/yaptırmaya çalışmayın.

VIDEODA ŐUNLARI YAPMAYA DİKKAT EDİNİZ!

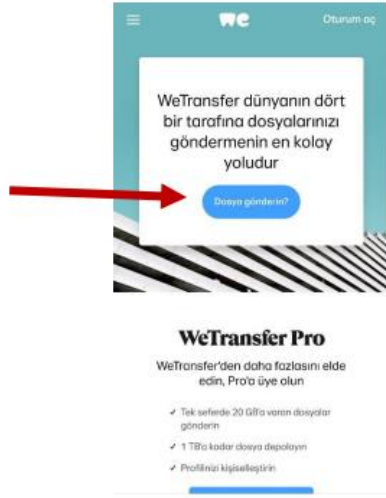
1. Çocuğunuzla arkadaşça oyun oynayın.
2. Günlük hayatınızda oynadığınız gibi oynayın
3. Kameradan çocuğunuz ve siz görünecek Şekilde konumlanın.
4. Çocuğunuzun göz hizasında olmaya dikkat edin.

Hazırlayan: DKT. Ayşe IŐILDAĐ

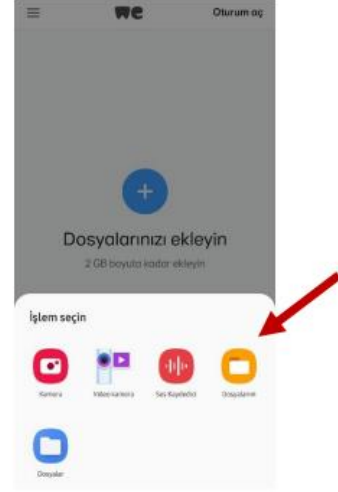
EK-6 Video Gönderim Kılavuzu

Videoyu Telefondan Gönderecekseniz

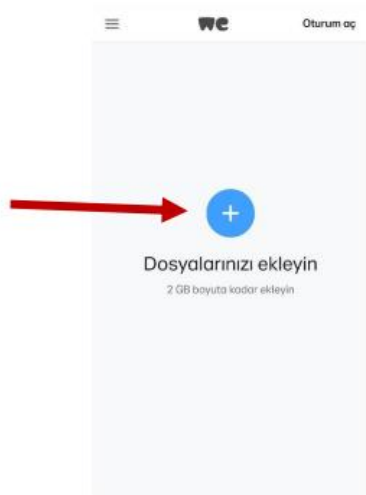
1. Telefonunuzdan <https://wettransfer.com> sitesine giriniz. Karşınıza çıkan sayfada **DOSYA GÖNDERİN** kutucuğunu seçin.



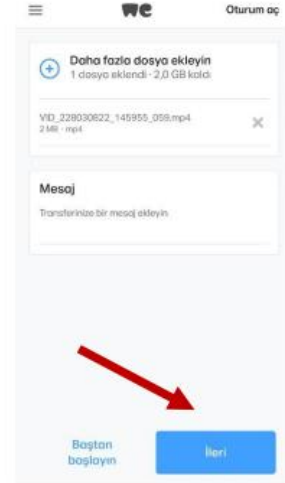
3. Açılan sekmeden **DOSYALARIM** seçeneğini tıklayarak videonuzu bulun ve seçin.



2. Açılan sayfadan dosya eklemek için mavi daireye basın.



4. Videoyu seçtikten sonra çıkan ekrandan **İLERİ** kutucuğuna basın.



5. Çıkan ekrandan **BİR BAĞLANTI EDİNİN** kutucuğunu seçtikten sonra **AKTAR** yazısına basın.

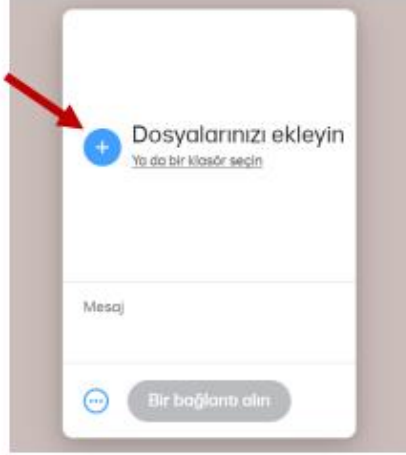


6. Yeni açılan sayfadan **BAĞLANTIYI KOPYALA** kutucuğuna tıklayın. Hemen ardından bu linki Whatsapp üzerinden benimle paylaşın (Mesaj yazma yerine uzunca tıklayarak yapıştır seçeneğine tıklayarak yapabilirsiniz). Hepsi bu kadar 😊

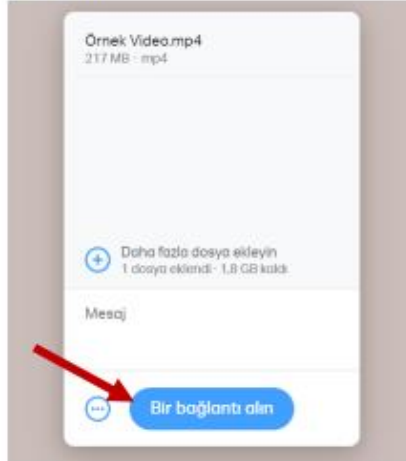


Videoyu Bilgisayardan Gönderecekseniz

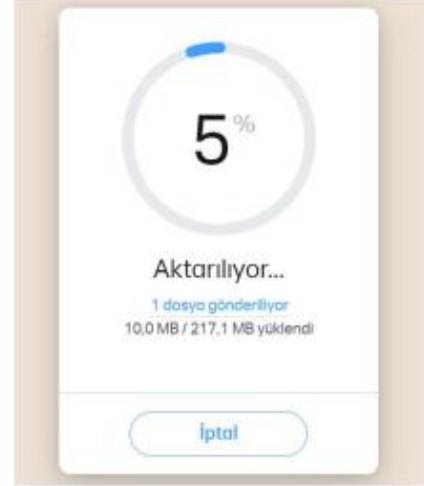
1. Bilgisayarınızdan <https://wetransfer.com> sitesine giriniz. Karşınıza çıkan sayfadan **DOSYALARI EKLEYİN** yazısına basın.



2. Videonuzu bilgisayarınızdan bulup seçtikten sonra açılan sekmedeki **BİR BAĞLANTI ALIN** kutucuğuna tıklayın.



3. Videonuzun yüklenmeye başladığını göreceksiniz.



4. Yükleme tamamlandığında karşınıza çıkan sayfadan **BAĞLANTIYI KOPYALA** kutucuğuna basın. Hemen ardından bu linki Whatsapp üzerinden benimle paylaşın. Hepsi bu kadar 😊



11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-772.02-E.60597
Konu : Etik Kurulu Kararı

10/11/2020

Sayın Sacide Ebrar ENGİNAR

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Dudak Damak Yarığı Olan Çocukların Anneleri İle Tipik Gelişim Gösteren Çocukların Annelerinin İletişim Becerilerinin Karşılaştırılması" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Dr. Öğr. Uye. Mahmut TOKAÇ tarafından 10.11.2020 tarihinde e-İmzalanmıştır. Evrağınızı <https://cbys.medipol.edu.tr/e-izma> linkinden DDEA0988X6 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavaçık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavaçık Kavşağı - Beykoz
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Dudak Damak Yarığı Olan Çocukların Anneleri İle Tipik Gelişim Gösteren Çocukların Annelerinin İletişim Becerilerinin Karşılaştırılması			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNYANI/ADI/SOYADI	Sacide Ebrar ENGİNAR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Araştırma Görevlisi (Yüksek Lisans Öğrencisi)			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Eskişehir			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No:773		Tarih: 22/10/2020			
Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.						

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Mehmet Kemal ÖZDEMİR	Elektrik ve Elektronik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. Üyesi Neziha HACIHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. Üyesi Neriman İpek KIRMIZI	Tıbbi Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>

* :Toplantıda Bulunma