

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**AKICI KONUŞMA BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARIN
DAVRANIŞ DEĞERLENDİRMESİ VE EBEVEYNLERİNİN
KAYGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

Arş. Gör. Tuğçe KARAHAN TIĞRAK

**Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2016**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**AKICI KONUŞMA BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARIN
DAVRANIŞ DEĞERLENDİRMESİ VE EBEVEYNLERİNİN
KAYGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

Arş. Gör. Tuğçe KARAHAN TIĞRAK

**Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Maviş Emel KULAK KAYIKCI**

**ANKARA
2016**

ONAY SAYFASI

Anabilim Dalı: **Odyoloji**

Program: **Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları**

Tez Başlığı: **Akıcı Konuşma Bozukluğu Olan Çocukların Davranış Değerlendirmesi ve Ebeveynlerinin Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi**

Öğrencinin Adı-Soyadı: **Tuğçe KARAHAN TİĞRAK**

Savunma Sınavı Tarihi: **31.08.2016**

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Ayşe Gül GÜVEN

Başkent Üniversitesi

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Maviş Emel KULAK KAYIKCI

Hacettepe Üniversitesi

Üye:

Prof. Dr. Gonca SENNAROĞLU

Hacettepe Üniversitesi

Üye:

Yrd. Doç. Dr. Ayşen KÖSE

Hacettepe Üniversitesi

Üye:

Doç. Dr. Ebru CENGEL KÜLTÜR

Hacettepe Üniversitesi

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararıyla kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Diclehan ORHAN

Müdür

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince kıymetli bilgisini, deneyimini ve manevi desteğini esirgemeyen, her an yanımda hissettiğim değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Maviş Emel Kulak Kayıkçı'ya;

Hayatın her alanında bizlere destek olan, kalbinin sıcaklığını hep hissettiğimiz hocam Doç. Dr. Esra Özcebe' ye;

Çalışma boyunca bana yardımcı olan Psk. Dr. Çiğdem Ekin Kirazlı'ya;

Aldığım her kararda yanımda olduğunu bildiğim, hayatımı kolaylaştırmak için ellerinden geleni yapan sevgili annem Cemile Karahan ve değerli babam Mehmet Karahan'a;

Bu çalışmayı hazırlarken, manevi desteğiyle yanımda olan, bana sabır gösteren ve beni her zaman cesaretlendiren yol arkadaşım Arcan Tığrak'a;

Değerli arkadaşlarım Dr. Fatma Esen Aydınlı, Uzm. Ayşın Noyan Erbaş ve Arş. Gör. Önal İncebay'a; en içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Karahan Tığrak, T. Akıcı Konuşma Bozukluğu Olan Çocukların Davranış Değerlendirmesi ve Ebeveynlerinin Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2016. Kekeme çocukların davranış değerlendirmeleri ve kekemeliğin çocuklar üzerindeki etkileri literatürde uzun zamandır merak konusu olmuştur. Bu çalışmada, Türkçe konuşan kekeme çocukların davranış değerlendirilmesi ve bu çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Hacettepe Üniversitesi KBB Ana Bilim Dalı, Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Ünitesi'nde 3-18 yaş aralığındaki toplam 90 çocuğa, işitme taraması testi, *1,5-5 Yaş Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği*, *6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği* uygulanmıştır. Ebeveynlerden herhangi birisine ise *Sürekli Kaygı Ölçeği* uygulanmıştır. Bu testlerin ardından tüm çocukların, video kaydının alındığı bir oyun odasında, ebeveynlerden birisi ile 15-20 dakika boyunca vakit geçirmesi sağlanmıştır. Burada alınan video kaydının, konuşma analizleri yapılmıştır. Çocuklar, yapılan konuşma analizleri sonucunda, kekeme ya da kekeme olmamalarına göre gruplara dahil edilmişlerdir. Çocuklar okul öncesi, okul çağı ve ergenlik dönemi yaşlarına göre gruplandırılmışlardır. Her gruba, 15'er çocuk dahil edilmiştir. Veriler, hem kekeme çocuklar ve ailelerinden hem de kekeme olmayan çocuklar ve ailelerinden alınmıştır. Her yaş grubunda kekeme çocukların davranış sorunları, kekeme olmayan çocuklara göre daha fazla bulunmuştur. Ebeveynlerin kaygı düzeyleri açısından her üç yaş grubundaki çalışma ve kontrol grupları arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Çalışmada ulaşılan sonuçlar ile kekeme çocukların terapisi sırasında dil ve konuşma terapistlerinin, çocukların duygusal ve davranışsal sorunları karşısında dikkatli olmaları ve gerektiğinde ruh sağlığı profesyonelleri ile iş birliği içerisinde olmalarının uygun olacağı düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Çocuklarda Kekemelik, Davranış Değerlendirmesi, Kaygı, Davranış Bozukluğu

ABSTRACT

Karahan Tığrak, T. Behavioral Assessment Of Children With Disfluency And Studying Their Parent's Anxiety Levels, Hacettepe University Institute of Health Sciences, Master Thesis of Audiology and Speech Pathology, Ankara, 2016. Behavioral evaluation of children who stutter and the effects of stuttering on them has been the subject of curiosity for a long time. In this study, the goal was to examine, behaviour evaluation of Turkish speaking children who stutter and those children's parents anxiety standards. A total of 90 children with the age range of 3-18 years included in the study. All participants had gone through auditory screening test and while *Child Behaviour Checklist For Ages*, were done to children between 1,5 - 5 years old and 6-18 years old. The study conducted at University of Hacettepe, Audiology and Speech Pathology Unit. *State Anxiety Inventory* was applied to one of their parents, only. After all these tests, all children spend 15-20 minutes with one of the family members in the play room and this was recorded with a video camera. Speech analysis was done via the watching the video recordings. As a result, the children was grouped whether they are stuttering or not. Children has been grouped as preschool, school and adolescent age, each group with 15 participants. Data of children who stutter and their families and children who do not stutter and their families. In each age group, behavior problems of children who stutter was found more than the children who do not stutter. According to parents' anxiety level, no significant differences were observed for the three ages groups. The results of this study showed that a speech and language therapist should take emotional and behavioral problems of children into consideration. Hence they should work together with mental health professionals.

Key Words: children who stutter, behavioral evaluation, anxiety, behavioral disorders

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Onay Sayfası	iii
Teşekkür	iv
Özet	v
Abstract	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Normal Akıcı Olmayan Konuşma ve Kekemelik	4
2.2. Kekemeliğin Tanımlanması	6
2.3.Kekemeliğe İlişkin Bulgular	8
2.4. Kekemelik Teorileri	10
2.4.1.Yapısal Nedenlere Yönelik Teoriler	10
2.4.2.Psikolojik Teoriler	11
2.4.3.Öğrenme ve Şartlanma Teorileri	12
2.4.4. Talep-Kapasite Modeli	13
2.5. Kekemeliğin Çok Boyutlu Özellikleri	14
2.6. Kekemelikte Davranış ve Kişilik Özellikleri	15
2.8. Kekemelikte Engellenme ve Kaçınma	18
2.9. Kekeme Çocuklarda Davranış Sorunları ve Bozuklukları	20
2.10. Kekeme Ergenlerin Davranış Sorunları ve Bozuklukları	23
2.11. Kekeme Çocukların ve Ergenlerin Ebeveyn Özellikleri	25
2.12. Kekemelik ve Kaygı	26
3.BİREYLER VE YÖNTEM	28
3.1. Bireyler	28
3.2. Yöntem	29
3.2.1. Odyolojik Değerlendirme	30
3.2.2. Kekemeliğin Değerlendirilmesi	30

3.2.3. Alıcı ve İfade Edici Dil Değerlendirmesi	31
3.2.4. Artikülasyon Değerlendirmesi	31
3.2.5. Davranış Değerlendirmesi	32
3.2.6. Kaygının Değerlendirmesi	33
3.2.7. İstatistiksel Değerlendirme	35
4. BULGULAR	36
4.1. Normallik Varsayımı Bulguları	37
4.2. İlk Çocukluk Dönemindeki Katılımcılarla Gerçekleştirilen Analizler	39
4.3. Orta Çocukluk Dönemindeki Katılımcılarla Gerçekleştirilen Analizler	41
4.4. Ergenlik Dönemindeki Katılımcılarla Gerçekleştirilen Analizler	44
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	53
KAYNAKLAR	56-65
Ek 1. Etik Kurul Onayı	
Ek 2. Akıcı Konuşma Bozuklukları Bilgi Formu	
Ek 3. Davranış Değerlendirme Ölçeği Örnek Maddeleri	
Ek 4. Sürekli Kaygı Ölçeği Örnek Maddeleri	

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAT	Ankara Artikülasyon Testi
ASEBA	The Achenbach System of Empirically Based Assessment
ASHA	American Speech-Language Hearing Association
CBCL	Children Behavior Checklist
CDI	Children's Depression Inventory
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DFI	Disfluency Frequency Index
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HÜTF	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
IAC	Industrial Acoustics Company
ICD-10	International Statistical Classification of Disorders and Related Health Problems-Version 10
KBB	Kulak Burun Boğaz
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
NIDCD	National Institute on Deafness and Other Communication Disorders
RCMAS	Revised Children's Manifest Anxiety Scale
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
TEDİL	Türkçe Erken Dil Gelişim Testi
TELD	Test of Early Language Development
YSR	Youth Self-Report

ŞEKİLLER

Şekil
1.1 Sheeman Kekemelik Buzdağı Benzetimi

Sayfa
13



TABLOLAR

Tablo	Sayfa
3.1. Çalışma Grubundaki Katılımcıların Kekemeliğine İlişkin Betimsel Bilgiler	29
4.1. Katılımcılara ait betimsel istatistikler	36
4.2. Çalışma değişkenlerine ait kayışlılık ve basıklık değerleri ve Shapiro Wilks Test sonuçları	38
4.3. İlk çocukluk dönemi değişkenlerine ait betimsel istatistikler	39
4.4. İlk çocukluk dönemi değişkenleri arası Spearman korelasyon katsayıları (Rho)	40
4.5. İlk çocukluk döneminde gerçekleştirilen Mann-Whitney U test sonuçları	41
4.6. Orta çocukluk dönemi değişkenlerine ait betimsel istatistikler	42
4.7. Orta çocukluk dönemi değişkenleri arası Spearman korelasyon katsayıları	43
4.8. Orta çocukluk döneminde gerçekleştirilen Mann-Whitney U test sonuçları	44
4.9. Ergenlik dönemi değişkenlerine ait betimsel istatistikler	45
4.10. Ergenlik dönemi değişkenleri arası Spearman korelasyon katsayıları	45
4.11. Ergenlik döneminde gerçekleştirilen Mann-Whitney U test sonuçları	46

GİRİŞ

Konuşma, vokal yolun nöromuskuler kontrolü ile sözel dildeki seslerin fiziksel olarak üretimidir. Konuşma bozukluğu ise kişinin konuşmasını sağlayan sistemlerinin bir kısmında ya da tamamında problem yaşamasıdır. Konuşma bozukluğu ses, artikülasyon veya konuşmanın akıcılığında meydana gelebilir. Konuşmada sorun yaşanması, yaşamın sağlıklı ilerlemesini engelleyerek, kişilerin ruh sağlıklarını da etkileyebilir (1).

Kekemelik, konuşmanın akıcılığında görülen bozukluktur (2). Uluslararası Hastalık Sınıflandırması Versiyon 10 (ICD-10, *International Statistical Classification of Disorders and Related Health Problems*)'a göre kekemelik, seslerin, hecelerin veya sözcüklerin sıklıkla uzatılması, yinelenmesi veya konuşmanın ritmik akışını bozan duraksama ve beklemelerden oluşan konuşma şeklidir (3). Konuşma akışındaki duraksama, bekleme veya yinelemelerle eş zamanlı olarak yüz veya diğer beden bölümlerinde de ikincil hareketler ortaya çıkabilir. Akıcı Konuşma Bozukluğu, konuşmanın ritim ve hızındaki bozulma ile birlikte görülen ve zorlanma davranışlarının eşlik ettiği, iletişimi etkileyen bir bozukluk olarak da tanımlanır. Akıcı konuşma bozukluğu tipleri; 1) kekemeliğe neden olan tip, 2) nörojenik kökenli tip, 3) psikojenik kökenli tip, 4) birleşik tip olmak üzere sınıflandırılmıştır. Kekemelik, en sık görülen akıcı konuşma bozukluğudur (4).

Kekemeliğin nedenleri üzerine uzun yıllardır çalışmalar yapılır. Bu konuda kesin sonuçlara ulaşılamamış olsa da psikolojik ve yapısal faktörlerin ya da çevrenin yaklaşımının kekemeliğin nedenleri olabileceği üzerinde durulur (5,6). Bu çalışmalar sonucunda psikolojik süreçlerin tek başına kekemeliğe yol açmadığı anlaşılır. Ancak, söz konusu psikolojik değişkenlerin kekemeliğe ilişkisini açıklamaya dair çalışmaların yapılmasına devam edilmiştir. Kekemeliğin nedeni olmasa da kekeme kişilerin, kekeme olmayan kişilerden farklı kişilik, davranış özellikleri gösterdikleri inancı bu çalışmaların devam etmesini sağlamıştır (7,8). Bu amaçla yapılan çalışmalarda, kekeme yetişkin kişilerin diğerlerinden daha kaygılı ve gergin olduklarına dair bilgilere ulaşılmıştır (7,9,10). Kekeme ergenlerin sosyal uyum sorunları ve kaygıyı kontrol altında tutmada güçlükler yaşadıkları aktarılmıştır.

Kekeme çocuklarla yapılan çalışmalarda ise bu çocukların dikkatlerini toplamada ve yeniliklere uyum sağlamada daha çok zorlandıkları görülmüştür (7,10).

Kekemelik ve kişilik ya da diğer davranış örüntülerine ilişkin çalışmalar literatürde oldukça geniş yer alır. Özellikle kekeme kişilerde kaygının, sosyal fobinin, nevrozluğun kekeme olmayan kişilere göre daha fazla olduğunu gösteren çalışmaların sayısı, Zenner (11) ve Anderson'un (12) çalışmalarında görüldüğü gibi fazladır. Ancak, bu çalışmaların sonuçları, kekeme çocuk, ergen ya da yetişkinlerin davranış ya da kişilik bozukluğu olduğunu gösterir. Çalışmaların sonuçlarından yola çıkarak kekeme kişilere yapılan müdahalenin etkili olabilmesi için ruh sağlıklarını da desteklemek gerektiği görüşü belirginleşir (13).

Genellikle küçük yaşlarda ortaya çıkan kekemeliğin ebeveyn-çocuk ilişkilerinden, ebeveynlerin belli kişilik özelliklerinden etkilendiği bilinir (7). Kekeme çocukların bir kısmında, ebeveynlerin çocuklarına karşı mükemmeliyetçi, baskıcı, aşırı koruyucu ve özellikle sağlık konusunda kaygılı yaklaşımları belirtilir (14). Kekeme çocukların ebeveynlerinin, kekemeliğe ilişkin tutumlarının, sorunun kalıcı hale gelmesinde etkili olabileceği belirtilir. Bu nedenle, kekeme kişiler kadar bu kişilerin ailelerinin kişilik özellikleri ve sürekli kaygı düzeyleri de önem taşır (11).

Çalışmamızda, anadili Türkçe olan, kekeme olan ve olmayan, okul öncesi ve okul çağı çocukların, davranış değerlendirmelerinin yapılması ile birlikte bu çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeylerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Çalışma grubuna dahil edilen katılımcıların başka herhangi bir dil ve konuşma probleminin olmamasına; ayrıca hem çalışma hem kontrol grubunda bulunan katılımcıların başka bir sağlık probleminin olmaması çalışmaya dahil olma kriteri olarak belirlenmiştir. Kekeme olan ve olmayan çocukların, davranış değerlendirme sonuçlarının ve bu çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeyi puanlarının karşılaştırılabilmesi için uygun veri toplama yolları seçilmesi amaçlanmıştır.

Kekeme olan ve olmayan çocukların davranış özelliklerindeki farklılıkların belirlenmesi ile kekeme olan çocuklara yaklaşımda dikkat edilmesi gereken noktalara ulaşılması amaçlanmıştır. Kekeme çocuklarda görülen davranış farklılıklarının

kekemeliğin Türkçe konuşan kişilerdeki doğasına ilişkin bilgi vereceği düşünülmüştür. Ayrıca kekeme çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeylerinin belirlenmesi ve kekeme olmayan çocukların ebeveynlerin kaygı düzeyleri ile farklılık olduğuna ulaşılması ile aile profillerine ilişkin daha fazla bilgi elde edilmesi amaçlanmıştır.



GENEL BİLGİLER

Tarih metinlerinde ilk olarak M.Ö. 2000'li yıllarda görülen kekemelik insanlık tarihinde önemli yer tutmuş konuşma bozukluklarından bir tanesidir (15). Kekemelik, Yairi ve Seery'nin (7) belirttiğine göre 1931'de Travis'in tanımlamasından bu yana birçok uzman tarafından açıklanmaya çalışılmıştır. Shapiro'nun (2) belirttiğine göre kekemeliğin en geniş tanımını Wingate (1988) yapmıştır. Wingate, kekemelik tanımını, sözel ifadenin akıcılığında, seslerin ve hecelerin istem dışı, duyulabilen ya da duyulamayan yinelemeler ve uzatmalar biçiminde sık, fark edilebilir, ancak kontrol edilemeyecek biçimde kesintiye uğraması şeklinde yapmıştır.

Akıcı konuşma bozukluğu olarak tanımlanan, konuşmanın akıcılığındaki kesintiler, kekemeliğin en belirgin özelliğidir. Akıcı konuşma bozukluğunun ortaya çıktığı durumlar ise kekemeliğin işaretleridir. Akıcı konuşma bozukluğu aynı zamanda kekemeliğin tanımlanması, betimlenmesi ve ölçülmesinde sıklıkla kullanılan bir parametredir (2,16).

Akıcı konuşma bozukluğu, kekemelik ve normal akıcı olmayan konuşmanın doğru olarak tanımlanması önemlidir. Aksi takdirde kekemeliğin tespit edilmesinde problemler yaşanabilir (17). Akıcılık bozukluğu ile kekemeliğin farklı olduklarını belirtmek önemlidir (18). Bu nedenle doğru tedavi için, bozukluğun doğru tanımı gereklidir (5,17).

2.1. Normal Akıcı Olmayan Konuşma ve Kekemelik

Kekemelik, konuşma girişiminin olduğu durumlarda ortaya çıkar. Akıcı konuşan kişilerin günlük hayatlarında en rahat konuşma esnasında kafa karışıklığı nedeniyle takılarak konuşmaları da kekemeliğe bir örnektir. Kekemelik, bir sesin izole üretildiği durumlarda daha az görülürken nispeten uzun konuşmanın gerektiği durumlarda daha sık görülür. Konuşma ne kadar karmaşıklaşırsa kekemelik ihtimali de o kadar artar (7).

Akıcı konuşma, konuşmanın hızında ve akışında bir bozulmanın olmaması durumudur (5,19). Eğer akıcı konuşma, konuşmayı oluşturan parçalar arasında rahat

geçiş ile karakterize ise, akıcı konuşma bozukluğu da rahat konuşmada bozulma ya da ses, hece ve sözcükleri üretmekten kaçınma ile karakterizedir (17).

Kekemelik, düzgün ilerleyen akıcı konuşma davranışının istemsiz şekilde bozulmasıdır ve konuşma davranışına ayrılmaz şekilde bağlıdır. Bu nedenle, kekemeliği tanımlamak için normal konuşma üretimini ve akıcı konuşma bozukluğunu incelemek gerekir. Normal akıcılık, kas hareketi ile devam eden konuşmada kolay akış olarak tanımlanır. Akıcı üretilen konuşma, oran, hız, devamlılık ve gerilim çabasının uygun oranlarda düzenlenmesini içerir (2,21). Bu nedenle akıcı konuşma için konuşma sistemlerinin çeşitli düzeyleri uygun şekilde ve tüm sistemlerin koordineli çalışmasıyla yerine getirilebilir. Normal akıcılık, konuşma kaslarının süregelen ve rahat akış hareketleri ve bunun sonucunda ortaya çıkan konuşma sesleriyle tamamlanır. Devam eden konuşmada meydana gelen kesintiler akıcı konuşma bozukluğu olarak adlandırılır (17).

Küçük çocuklarda kekemelik çocuğun konuşmasında değil, ebeveynlerinin algısında başlar. Bu durum okul öncesi çocuklarda kekemeliğin oluşması için temel faktördür (2,7). Ebeveynin çocuğunun konuşmasını olumsuz olarak değerlendirmesi ya da normal akıcı konuşma bozukluğunu kekemelik olarak adlandırması çocuğun kekemelik davranışı sergilemesi için bir risk faktörüdür. İletişime yönelik bu tip hataların normal akıcı konuşma bozukluğunun kekemeliğe dönüşmesine neden olabildiği belirtilir (18).

Konuşma akıcılığı sesler, heceler ve sözcüklerin konuşma esnasında rahat bir şekilde birbirine bağlanması ya da eklenmesi ile ortaya çıkan bir beceri olarak tanımlanabilir. Konuşma ve dilin diğer tüm yönleri gibi akıcılığın kazanılması artikülasyon ve dilin karmaşık bir yolla etkileşime girmesine dayalı, gelişimsel bir süreçtir. Bazı durumlarda, bu etkileşimin doğası küçük çocuklarda akıcı konuşma bozukluklarına neden olabilir (17).

Normal akıcı olmayan konuşma çocukların gelişimleri esnasında gösterdikleri normal bir süreçtir. Üç-Yedi yaşlar arasındaki çocuklarda normal akıcı olmayan konuşmanın görülebildiği belirtilir (7,21). Erken dönem kekemelikte, tekrarlara, zorlanma ve fiziksel çabanın eşlik ettiği bilinir; ancak bu zorlanmalar normal akıcı

olmayan konuşmada da görülebilir (6). Çocuklar dil edinimleri sürecinde gelişimsel olarak konuşmada akıcısızlık özellikleri gösterir. Akıcısızlık normal dil ve konuşmada görülebilir ve çocukların dil becerileri ilerledikçe akıcılığa dönüşür (17).

2.2. Kekemeliğin Tanımlanması

Terimlerin tanımları, onların kavramsal konularıyla ilişkili ve uyumlu olmasını sağlar. Bu nedenle, akıcı konuşma bozukluğuna ilişkin ortak tanım arayışı uzun yıllardır devam eder. Tanımların farklılığı teori, araştırma ve klinik uygulamalarının farklılaşmasıyla ortaya çıkmıştır (7).

Son yıllarda, Guitar (5) kekemeliği yeniden tanımlamış ve konuşmanın ilerleyen akışında kesintiler veya çok fazla tekrarlar olarak ifade etmiştir. Zebrowski (17) ise kekemeliğin bir iletişim bozukluğu olduğunu ve daha özel olarak gözlenebilir ya da gözlenemeyen özelliklerden oluşan bir davranış olduğunu belirtir.

Amerikan Konuşma-Dil-İşitme Derneği ([ASHA](#), *American Speech-Language Hearing Association*)'nin (19) 1999 yılında yaptığı tanıma göre normal akıcı konuşan kişilerin, konuşmalarındaki akıcılığın zaman zaman bozulduğu belirtilir. Akıcı konuşan kişilerdeki bu aksamalar, istatistiki olarak konuşmalarını etkileyecek kadar yüksek oranda değildir. Konuşan kişi ya da çevresi tarafından konuşmasında günlük hayatta görülen takılmalardan fazlası görüldüğü düşünülen kişiler, kekemelik açısından risk altında olabilirler. Çocuklukta olduğu gibi yetişkinlikte de kekemelik kekeme kişi dışındakiler için de sorun oluşturabilir (5,20).

Tanılamada normal akıcısızlık ile kekemeliği ayırt etmek güçtür. Normal akıcısızlık, sözcüğün bütünü ya da kısmen tekrarında 100 hecede 3'ten daha az görülür. Ayrıca uzatma ve blokların normal akıcısızlıkta neredeyse hiç görülmemesi ve ikincil davranışların olmaması tanıda ayırıcıdır (21).

Akıcılık bozukluğu ile kekemelik ilişkili olsalar da ikisi aynı şey değildir. Her akıcı konuşma bozukluğu kekemelik olarak adlandırılmaz. Örneğin normal konuşma sırasında da çok sayıda duraksama olabilir. Bu durum, akıcılık bozukluğu olarak tanımlanmaz (7,18). Kekeme kişilerin konuşmalarında akıcılık bozukluğu tipleri

görülür (22). Hece tekrarı bunun öne çıkan en belirgin örneğidir. Hece tekrarı, her konuşmacıda görülmesine rağmen kekeme kişilerde normal konuşanlardan on kat daha fazla görülür (7).

Akıcılık bozukluğu kategorileri sözcük tekrarı, sözcüğün kısmi tekrarı, ses tekrarı, sözcük öbeği tekrarı, ses uzatma, blok, ünlem ve düzeltmeler olarak sınıflandırılır. Bunlar derecelerine göre, iletişimi kısmen engeller. Akıcı konuşma bozukluğunda sınıflandırma sistemi iki kategoriye ayrılabilir. Bunlar, **sözcükler arası** ve **sözcük içi** akıcı konuşma bozukluğudur. Son yıllarda sözcük içi akıcı konuşma bozuklukları, akıcı konuşma bozukluğu gibi kekemelik olarak kabul görür (2,7,23).

1999 yılında akıcısızlık tipleri; sözcüğün bir bölümünün tekrarı, sözcüğün tek hecesinin tekrarı, sözcüğün birden fazla hecesinin tekrarı, cümle tekrarı, ünlemler, düzenlenmiş cümle, ritmik olmayan fonasyon, gergin duraklar olarak alt kategorilere ayrılır (24). 2005 yılında ise akıcısızlık tipleri, altı kategoride değerlendirilmiştir. Bunlar; sözcüğün bir kısmının tekrarı, tek heceli sözcük tekrarı, ritmik olmayan fonasyon (ses uzatma, blok), ünlemler, cümle tekrarı, revizyon veya tamamlanmayan sözce kategorileridir. Sözü edilen akıcılık özellikleri aşağıdaki gibi tanımlanır (23). Akıcısızlık tipi örnekleri (23);

1. Sözcüğün bir kısmının tekrarı: Sözcük içindeki bir sesin ve hecenin işitilebilir, istemsiz tekrarı (ba-ba-balon).
2. Tek heceli sözcük tekrarı: Tek heceden oluşan sözcüğün bütününün tekrarı (ne-ne-ne dedi?).
3. Ritmik olmayan fonasyon: Sözcük içinde tanımlanabilen blok (konuşma sırasında hava akışında kesinti ve gerginlik) veya ses uzatmaları (mmminik).
4. Ünlem: konuşma ile ilgili olmayan seslerin olması (aaaa).
5. Çok heceli sözcük ve cümle tekrarı: Bir sözcük veya bir heceden daha uzun parçaların tekrarı (havuz soğuk, havuz soğuk dediler).
6. Revizyon / Düzeltme (Tamamlanmayan cümleler): Söylenmek istenen düşüncenin tamamlanmadığı ifadeler (Annem bugün; yani yarın gelecek.)
7. Duyulabilen ve duyulamayan bloklar: Duyulamadığında ancak görsel olarak anlaşılabilir bloklar (sssssimit).

Akıcısızlık tiplerinin incelendiği bir çalışmada Carlo ve Watson (24) akıcısızlık kategorilerini yine altı grupta ele alır. Bu kategoriler; uzatma, tekrar, ekleme, solunum, blok ve tamamlanmayan sözce olarak belirlenir. Akıcısızlık türlerine ilişkin farklı sınıflamalar olmasına rağmen kekemelik için ayırt ediciliği açısından Ambrose ve Yairi'nin (25) belirttiğine göre Wingate (1962), tekrarlama ve uzatmaları kekemeliğin temeli olarak kabul eder. Ancak Wingate'in bu hipotezi, istatistiksel olarak gösterilemez. Çünkü tüm kekeme kişilerde hece tekrarı veya uzatma görülmemekte; bütün hecelerin tekrarı ve uzatılması mümkün olmaz. Ayrıca ses uzatma ve hece tekrarı normal konuşan çocuklar tarafından da üretilebilir. Wingate'in (26) sınıflamasına göre, akıcısızlık türlerinden olan tekrarların yeri bile kişinin konuşmasının kekemelik olarak algılanıp algılanmamasında farklılık yaratır. Örneğin; "ilk-ilk-ilk" gibi bir sözcüğün tümünün tekrarı "i-ilk" gibi tek sesinin tekrarından daha fazla kekemelik gibi algılanabilir.

2.3. Kekemeliğe İlişkin Bulgular

Kekemeliği, akıcı konuşma bozukluğundan ayıran objektif bir değerlendirme yöntemi bulunmaz; değerlendirme dinleyicinin yaklaşımı ile yapılabilir (4). Kekemelik değerlendirmesi için Akıcılık Sıklığı İndeksi (*Disfluency Frequency Index:DFI*) vardır. Bu değerlendirme yöntemi ile kekelenen hece ya da sözcüğün yüzde oranı hesaplanır. Yöntemin kullanım kolaylığı ve ulaşılabilirliği tercih edilen bir değerlendirme aracı olmasını sağlamıştır (2). Hem Conture (27) hem de Yairi ve Ambrose (16) toplam sözcük sayısının % 3'ü ve daha fazlasında akıcı konuşma bozukluğu bulgusu gösteren çocukları kekeme olarak tanımlamışlardır. Her 100 sözcükte üç veya daha fazla sözcük içi kekemelik bulgusu gösteren çocuk, kekeme olarak kabul edilir (7).

Kekemelik, genellikle konuşma gelişimi sonrasında ortaya çıkar. Erken yaşlarda görülen bu konuşma bozukluğunun ilk sinyalinin hece tekrarları şeklinde olduğu bilinir (27). Altı yaş altında kekemelik görülme sıklığı diğer yaş dönemlerine göre daha fazladır. Yairi'ye göre kekemelik başlangıcının en çok görüldüğü yaş aralığı 2-6 yaştır ve sonrasında kekemelik iki şekilde sonuçlanabilir: Ya kendiliğinden iyileşme ya da müdahale ile ortadan kalkar. Kekemeliğin daha çok okul öncesi dönemdeki çocukları etkilediği, kekeme çocukların % 80'inin okul çağında konuşmalarında normal akıcılığı kazandıkları belirtilir (28).

Ulusal İşitme ve İletişim Bozuklukları Enstitüsü (NIDCD, *National Institute on Deafness and Other Communication Disorders*) (29) ise Amerika Birleşik Devletleri(ABD)'nde kekemeliğin, 3 milyon insanı yani tüm insanların % 1'ini etkilediğini rapor eder. Mevcut veri birçok Batı Avrupa ve Kuzey Amerika ülkesinde çocukların % 5'inde kekemeliğe rastlandığı yönündedir (30). Başka bir çalışmada ise ABD'de kekemeliğin insanların % 5'ini etkilediği gösterir (31). Conture'ün (28) yaptığı çalışmada, kekemeliğin ABD popülasyonunun yaklaşık % 5'ini hayatının bir döneminde etkilediği aktarır. Türkiye popülasyonunun yaklaşık % 1'inin kekemelikten etkilendiği tahmin edilir, bu oran yaklaşık 700 bin kişiye karşılık gelir (32).

Yairi ve Ambrose'ye (16) göre ise kekemelik genellikle 3-5 yaşları arasında başlar. Küçük çocukların % 80'ininin okul çağında kekemeliğinin ortadan kalktığı (24), yetişkin popülasyonun yaklaşık % 1'inde kekemeliğin kalıcı hale geldiği ifade edilir (33). Türkiye'de de bu bilgilerle uyumlu sonuçlara ulaşılmış ve kekemeliğin okul öncesi dönemde başladığı aktarılır (34)

Yukarıda da belirtildiği gibi kekemelik, büyük oranda çocukluk çağında ortaya çıkar (16,17,25). Kekemeliğin başlangıcına ilişkin yapılan çalışmada, ailelerin kekemeliği, genellikle tekrarlar ya da sözcüğün tamamının tekrarı olarak tanımladıkları belirtilir. Ailenin kekemeliğe ilişkin ifadeleri, klinik değerlendirme ve konuşma analizi sonuçları, kekemeliğin erken tanısında tek heceli sözcük tekrarının önemini ortaya koyar (35). Ayrıca aile ve klinisyenin kekemelik tanımlamalarının birbirine oldukça yakın olduğu Curlee (36) ve Yairi, Ambrose (23) tarafından belirtilir. Kekemeliğin, çocuklarda başlangıcının çocuğun artikülasyon, fonoloji, morfoloji ve sentaks becerilerinin gelişiminde görülen niteliksel ve niceliksel ilerlemelerle kesiştiği varsayılır. Dil gelişimi ve kekemeliğin etkileşimi akıcılık bozukluğu varyasyonlarına neden olabilir (24).

Kekemelik ve cinsiyet ilişkisine bakıldığında ise cinsiyet dağılımının eşit olmadığı görülmüştür. Bu konuda erkeklerin daha dezavantajlı olduğu bilinir (37). Kekemeliğin görüldüğü erken evrelerde erkeklerde, kızlara göre iki kat daha fazladır (24). Guitar (5) ve Manning'in (38) belirttiğine göre kekemelik kızların lehine olmak üzere 3:1 olarak ortaya çıkar. Kulak Kayıkcı ve Belgin (34) çalışmasında, ülkemizde de kekemelikte cinsiyetin eşit dağılmadığı görülür.

Kız ve erkek çocukların kekemelik oranlarında görülen bu farklılaşmayı açıklamak üzere yapılan çalışmalarda, kız çocuklarının dil gelişiminin hızlı olması ve erkek çocuklarda miyelizasyonun kız çocuklara göre geç olması nedenleriyle kekemelik daha çok erkek çocuklarda görüldüğü düşünülür (5,7).

Son yıllara kadar sosyoekonomik düzeyin kekemelik üzerine etkisi değişkenlerin tespit edilmesinde oluşan sınırlılıklar nedeniyle tartışılır. Ancak yapılan çalışmalarla sosyoekonomik düzey ile kekemelik arasındaki ilişkiye dair tutarlı sonuçlara ulaşılamaz (13,7).

2.4. Kekemelik Teorileri

Kekemeliğin nedenlerine ilişkin hala fikir birliğine varılamaz. Kekemeliğin birçok bileşenin yan yana gelmesi ile ortaya çıktığı düşünülür. Genel olarak, kekemelik teorileri; psikolojik teoriler, öğrenme ve şartlanma teorileri ve talep-kapasite modeli ile açıklanır (7,39).

Kekemeliğin nedenlerine bakıldığında ise tek bir bakış açısının açıklama için yeterli olmadığı dikkat çeker. Kekemeliğin, biyolojik, psikolojik, genetik ve çevresel etkenlerin bir arada ve birbirleriyle etkileşim içerisinde ortaya çıktığı belirtilir. Kekeme kişilerde bu etkenlere bağlı olarak görülen engellenme, kaygı, utanç duygusu, kişinin tüm yaşam alanlarında soruna neden olabilir.

Kekemelik teorileri (7);

2.4.1 Yapısal nedenlere yönelik teoriler

2.4.2 Psikolojik teoriler

2.4.3 Öğrenme şartlanma teorileri

2.4.4 Talep kapasite modeli

2.4.1.Yapısal Nedenlere Yönelik Teoriler

Kekemeliğin çocukluk çağında görülmeye başlanması nedeniyle yapılan çalışmalar kekemeliğe ilişkin genetik kökenler olduğunu gösterir. Vakaların % 85’inde kalıtsal gelişimsel dil problemlerinin yaşandığı ifade edilir (40).

Kekemeliğin fizyolojik, psikolojik, davranışsal nedenlerden dolayı ortaya çıktığı sonucuna ulaşan çalışmalar vardır (41,40). Son yıllarda, kekemeliğin nörofizyolojik mekanizmasına ilişkin çalışmalar da artış göstermiştir ancak bu konuda bir sonuca varılamaz. Sorgulanan nörolojik teorilerin temeli, serebral baskınlık teorisi ile ilişkilidir. Konuşmadaki tek bir hemisferin baskınlığı görüşü son yıllarda terk edilerek bu hipotezde nöromotor organizasyon ve konuşmanın zamanlamasında yanlışlık olduğu ifade edilir (40).

Rosenbek'in (42) belirttiğine göre kekeme kişilerin bir kısmının metabolizmaları, biyokimyasal süreçleri, beyin dalgaları, solunum sistemleri, gırtlak ve gırtlak üstü yapılarının farklı olduğu üzerine hipotezler ve araştırmalar geliştirilmiştir. Daha sonra yapılan araştırmalar, kekemeliğin nedenlerine ilişkin açık sonuçlara varamamış ve konuşma üretimine hizmet eden merkezi süreçler üzerine yoğunlaşmıştır (7).

Kekemelik, daha önce belirtildiği gibi kişinin çevresindeki insanların yaklaşımlarından ve tepkilerinden en çok etkilenen bozukluktur. Gelişimsel olarak ortaya çıkan kekemeliğin aile üyelerinin yaklaşımları ile kalıcı hale gelebileceğini ortaya atan teoriler vardır (7,43). Ailede ortaya çıkan bu durumun dışında, kekemeliğin bireyin sosyal ilgi alanlarını, hislerini, tüm akademik hayatını etkileyebileceği bilinir (23).

2.4.2.Psikolojik Teoriler

Literatürde, ilk ortaya çıkışından bu yana kekemeliğin psikolojik nedenleri olduğu düşünülür. Psikoanalitik teori, çocuk ebeveyn ilişkisinde meydana gelen sorunların, psikoseksüel saplantıların kekemeliğin meydana gelmesinde etkili olduğu görüşünü savunur (37). Psikolojik teorilere göre bir fobi belirtisi olan kekemelik bilinçdışı ihtiyaçlar ve içsel çatışmalardan kaynaklanır (44).

20'nci yüzyılın başlarında kekemelik birincil olarak psikojenik bir bozukluk olarak düşünülmüştür. Olası nevrotik çatışmaların çözümüne yönelik psikoanalitik yaklaşımlar ve davranış terapileri uygulanmıştır. Buna karşın, kişilik yapılarına ve çocuk-ebeveyn etkileşimlerine yönelik olarak yapılan daha sonraki çalışmalarda kekemeliğe özgün psikolojik örüntülere rastlanmamıştır (7). Psikolojik etkenlerin tek

başına kekemeliğe neden olmadığına anlaşılmasından sonra bile kekeme kişilerin kekemeliğe verdikleri davranışsal, algısal tepkiler incelenmiştir. Kekemeliğin, kişilerin iletişimini etkilemesi, kekeme kişilerin psikolojilerine ilişkin çalışmaların yapılmasına yol açmıştır. Sonuç olarak, kekeme kişilerin belli kişilik özellikleri incelenmiş, kekemeliğe müdahalelerde bu sonuçlardan faydalanılmıştır (12) .

Kekeme kişilerin konuşmaktan kaçınması, kaygıları ya da iletişim kurmaya yönelik negatif düşüncelerin kekemeliğe neden olduğu ileri sürülmüştür. Kekemeliğin çatışmalardan doğduğunu ileri süren görüş “Baskılanmış İhtiyaçlar Teorisi” olarak adlandırılmıştır (5,18).

2.4.3.Öğrenme ve Şartlanma Teorileri

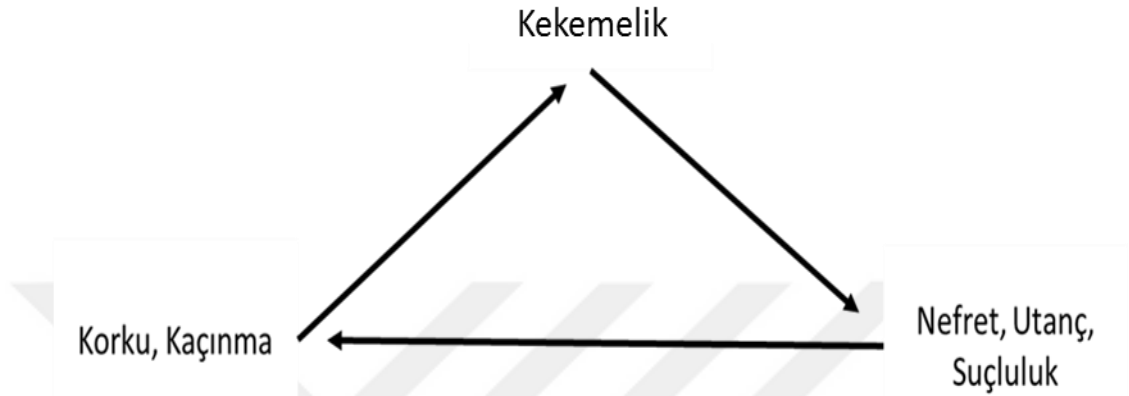
Diagnosojenik-Semantojenik Teori ve Yaklaşma Kaçınma Teorileri, öğrenme şartlanma teorileri başlığı altındadır (37). Öğrenme teorilerine göre kekemeliğin merkezinde, konuşmayı öğrenme sürecinin doğal gelişimi sırasında konuşmadaki duraklamalar, kesilmeler ve tereddütler yer alır (45).

Bu görüşe göre ailenin çocuğun kekemeliğine yönelik tutumları, kekemeliğin kalıcı hale gelmesine neden olabilir. “Diagnosojenik” teori, Wendell Johnson tarafından geliştirilmiştir. Buna göre, aile normal akıcısızlığı kekemelik olarak tanımlar. Bundan etkilenen çocuk kekemelik ile baş edemez hale gelebilir. Ebeveynlerin kekemeliğe ilişkin yanlış tutumları, kekemeliğin ilerlemesine neden olabilir. Johnson ve diğerleri kekemeliği öğrenilen bir davranış olarak tanımlar (37).

Kekeme çocuk ve yetişkinlere doğru müdahale için, en ilişkili risk faktörlerinin tanımlanması ve belirtilmesine ihtiyaç duyulur. Aile içi iletişim yöntemleri, çocuğa uygulanan baskı gibi etkenler kekemeliğe yol açabilir. Ayrıca bütün bu faktörlerin zaman içinde etkileşimi, kekemeliğin azalması ya da artmasından sorumlu olabilir (17).

Yine öğrenme şartlanma teorilerinden olan, yaklaşma-kaçınma çatışması teorisine göre konuşma isteği ile sessiz kalma isteği arasındaki çatışmanın çözülememesi sonucu kekemelik ortaya çıkar. Sheeman (46) bu teoriyi ortaya atmış, ebeveynlerin kekeme çocuklarının konuşmalarına yaklaşımlarının kekemeliğin

gelişmesine neden olduğunu belirtir. Sheeman, Şekil 1.1’de oluşturduğu *Buz Dağı Figürü* ile kekemeliğin korku, nefret duygularına yol açarak kısır döngü haline geldiğini ifade eder.



Resim 1.1. Sheeman Kekemelik Buzdağı Benzetimi (46)

2.4.4. Talep-Kapasite Modeli

Shapiro’ya (2) göre Starkweather, Gottwald ve Halfond 1990’da dört kategorili Talep-Kapasite modelini ortaya koymuştur. Bu kategoriler, konuşma motor kontrolü, dil oluşturma, sosyal-duygusal olarak olgunlaşma ve bilişsel becerilerdir. Bu kategorilerde çocuktan beklenen performansın çocukta konuşma konusunda baskı yaratıp kekemeliğin ortaya çıkmasına neden olabileceği görüşü aktarır. Bu taleplerde azalma olursa, çocuğun akıcı konuşma kapasitesinin gelişip, kekemeliğin azalacağı iddia edilir. Bu modelde çocuğun konuşmasına dair beklentilerin, çocuğun baş edemeyeceği bir baskıyı ortaya çıkartıyor olabileceği üzerinde durulur.

Çocukların dili edinirken cümlelerin başında normal olmayan duraklamalar gösterebileceği ve bunun dildeki kapasitelerinin ve bu kapasiteye uygun olmayan dil gelişim hızının ailelerin istekleriyle karşılaştığında başarısızla sonuçlanabileceği ileri sürülür (47). Talep kapasite modeline göre, çocuklarda akıcılık kapasitesi ve akıcılık talebi aynı hızda ilerler ve akıcı konuşma gelişir. Ancak bazı çocuklarda akıcı

konuşma kapasitesi gelişmemekte, çevreden gelen akıcı konuşma talepleri çocuğun kapasitesinin üstüne çıkar (16).

Yetişkinliğe geçiş dönemi olan ergenlikte de fizyolojik gelişim ya da çevresel faktörlerden kaynaklanan bir baskı ortaya çıkar. Bu dönem de görülen baskıların talep-kapasite modeli ile ilişkilendirildiği görülür (6,48).

2.5. Kekemeliğin Çok Boyutlu Özellikleri

Kompleks bir bozukluk olan kekemelik tanımının temeli çok boyutludur (48-50). Bu, kekemeliğin, akıcı olmayan konuşmanın bilinen boyutlarından daha fazlası olduğunu gösterir. Çok boyutlu doğası kekemeliğin, literatürde yer almaya başlamasından bu yana bilinir. Kekemeliğin boyutlarından olan korku ve kaygının her zaman kekemelik ile ilişkili olduğu belirtilir. Kekeme çocuklar, vücut gerginliği, ikincil davranışlar, davranışsal ve sosyal geri çekilme davranışları gösterir. Dil konuşma terapistleri de bu ek davranışların her zaman incelenmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Kekemeliğin altı temel boyutu şöyle belirtir (7);

1. Açıkça görülen konuşma özellikleri: Normal akıcı konuşmanın solunum, fonasyon, artikülasyon düzeylerinde bozulmasıdır.
2. Eşlik eden fiziksel durumlar: Sadece baş ve boyunda değil başka vücut parçalarında da görülen gergin vücut hareketleri kekemeliğe eşlik eden, açıkça görülen karakteristiklerle ilişkilidir (5). Bu gergin vücut hareketleri her kekemelik davranışında ya da kekeme her kişide görülmeyebilir. Bu hareketler “ikincil davranışlar” olarak bilinir. Kekemeliğin tanımında aranmazlar ancak kekemelik durumunda zorlanan insanlarda ortaya çıkabilirler (2).
3. Fizyolojik aktivite: Kekemelik, kan basıncı, cilt reaksiyonları, göz bebeği tepkileri ve beyin dalgası aktiviteleri ile ilişkili bulunmuştur. Tüm bunlar çıplak gözle gözlenmeyebilir ancak özel teknolojiler aracılığıyla tespit edilir (7).
4. Duygusal özellikler: Kekeme kişilerde, birçok durumda konuşmaktan kaçınma gibi konuşmaya ilişkin güçlü duygusal tepkiler sık görülür (18). Konuşmaktan kaçınma başta olmak üzere ortaya çıkan duygusal boyutlar atipik konuşmayı gölgede bırakabilir. Yani kekemeliğin duygusal boyutunun konuşma

bozukluğunun önüne geçtiği görülür. Kekemeliğin, çocuklarda konuşmaktan korkma, kaçınma, üzülmeye gibi etkileri görülebilir.

5. Bilişsel süreçler: Kekemelik ile çalışan uzmanlar, kekeme insanlara ilişkin ailesi, akrabası ya da diğer dinleyenlerin “konuşabildiğinden daha hızlı düşünüyor” olmasından söz ettiklerini görmüşlerdir. Kekeleyerek konuşmada konuşmanın planlama, hazırlanma, uygulamasının sağlıklı yapılamadığı düşünülür. Kekeme kişilerin yaşadıkları sorunu tanımlama biçimleri de kas aktivitesinde zorlanmalar olduğunu belirten ifadeleri içerir (7).
6. Sosyal dinamikler: Konuşmanın işlevi, dinleyenlerle iletişim kurmaktır. Birçok konuşmacı söylediklerinin karşı tarafta ne düşündürdüğünü, etkilerini takip eder (51). Kekemelik ortaya çıktığında hem konuşan hem de dinleyici, iletişim içindeki davranışlarını değiştirir. Dinleyicinin, kekeme kişiyi daha dikkatli dinlemeye çalışması ya da sözünü tamamlamak istemesi iletişimin bozulmasına neden olabilir. Bu farklılıklar, kekeme kişilerin, kendilerinin dinleyen kişileri daha dikkatli gözlemlemesine, dolaylı olarak kekelemekten korkmaya başlamalarına yol açar. Kekeme kişi, konuşmasının sosyal rolünü nasıl etkilediğini, kendisi hakkında ne düşünüldüğünü sorgulamaya devam ettikçe iletişim kesintiye uğrar. Bu aşamadan sonra kekeme kişinin, sınıfa katılım, söz alma, sohbetlere eşlik etme, telefona cevap verme, randevulaşma, yeni çevreler edinme ya da kariyer seçenekleri karşısında olumsuz duygusal tepkiler ortaya koyduğu görülür. Tüm sosyal alanlardan geri çekilmeye kadar giden zorlayıcı süreç başlamış olur. Kekeme ebeveynlerin çocukları da ebeveynlerinin kaçınma davranışları ile karşılaştıkça sağlıklı iletişim yollarını öğrenemez (7).

2.6. Kekemelikte Davranış ve Kişilik Özellikleri

Kişilik, insanların yaşadıkları hayat boyunca ortaya koydukları bütün davranışların ve sahip oldukları özelliklerin toplamıdır. Bu davranışların bir kısmı insanın biyolojik yapısından kaynaklanır, bir kısmı toplumun kendilerine yüklediği ve öğrettiği davranışlardır, bir kısmı ise kişinin psikolojisinden ve ruhsal yapısından kaynaklanır (10). Kekemelik de zamandan zamana ve durumdan duruma değişiklik gösterdiği için kekemeliğin psikolojik boyutuna ilişkin çalışmaların temelini

oluşturur. Kekeme kişiler yalnız olduklarında ya da aşına oldukları insanlarla iletişim kurmak istediklerinde kekemeliklerinin oldukça az olduğunu belirtirler. Tüm bunlar kekeme kişilerin, diğerlerinden daha kaygılı ve gergin olmaları nedeniyle kekelediklerine dair bir inanç gelişmesine neden olur (10). Kekeme kişilerin kişilik özelliklerine dair yapılan çalışmalarda da bu inanç desteklenir. Birçok çalışmada kekeme kişilerin, kekeme olmayanlara göre olumsuz psikolojik boyutlarda daha yüksek puanlar aldıkları ifade edilir (52,53). Geçtiğimiz yirmi yıl boyunca bile kekeme kişilerin, duygusal olarak daha hassas mizaçta olduklarına dair varsayım yaygınlığını korur. Duygusal olarak hassas mizaç, farklı durumlarda güçlü duygusal tepkiler verilmesi; örneğin öfke, kontrolden çıkma durumlarını ifade etmek için kullanılır. Kekeme kişilerde var olduğu kabul edilen hassasiyet ve duyarlılık linguistik ve motor problemlerle etkileşim halinde olduğu düşünülen çok bileşenli bir modelin teorik çerçevesini kapsar. Daha da ötesi, bu kişisel özelliklerin, kronik kekemelik gelişme riskini arttırdığı kabul edilir; çünkü hassas kişilerin konuşma akıcılığında bozulmalara daha kuvvetli yanıt verdikleri düşünülür. Yapılan son çalışmalarla yetişkinlerde kekemelik ve kişilik bozuklukları, ruh sağlığı bozuklukları ve yüksek nevrotik davranış örüntüleri gibi belli kişilik özellikleri ile ilişkili bulunduğu görülür (5,10).

Kekemelikte duygular önemlidir. Bu duygular, korku, engellenme ve düşmanlık gibi anlık tepkilerdir (5). Bu konudaki çalışmalar kekemeliğin bir iletişim bozukluğu olmasına rağmen, soruna eşlik eden duygusal yönleri olduğunu gösterir. Kekemeliğin doğal yapısı, bireyin duygusal düzenini bozabilir. Kekemeler, konuşmalarının ne zaman akıcı olacağından veya kekemeliğin ne zaman ortaya çıkacağından emin değildirler. Bu belirsizlik hissi, kekeme kişilerin kaygılarını artırır. Tüm bunlar dışında, kekeme kişiler, özellikle çocuklar, hayal kırıklığı, utanma ve kızgınlık hissedebilirler. Bu olumsuz duyguların, kişinin benlik imajı üzerinde zararlı etkileri de olabilir (54).

Kekemelik uzun yıllar boyunca yaşanan iletişimde zorlanmalar nedeniyle kaygı, stres, çaresizlik gibi psikolojik tepkilere neden olabilir (55). Buna bağlı olarak kekeme kişilerin içe dönük olmaları, özgüven sorunu yaşama ihtimallerinin daha fazla olduğu ifade edilir (56, 57).

Etkili iletişim kurabilmek için kişinin bedensel ve ruhsal olarak sağlıklı olması gereklidir. Kekemelik, etkili iletişimi ruhsal olarak kekeme kişiyi olumsuz etkilediği için de engelleyebilir. Psikolojik faktörler doğrudan kekemeliğin nedeni olarak kabul edilmese de psikoloji ve kekemelik arasında incelenmesi gereken ilişkiler olduğu düşünülmüş ve bu konuda çalışmalar yapılmıştır (58).

Birçok klinisyen, kekeme kişilerin birçoğunun, psikolojik sorunları (% 67) ve kendilerini olumsuz yargılama eğilimi (% 66) olduğuna inanır. Azımsanmayacak yüzdedeki klinisyen de kekeme kişilerin, belirli kişilik özellikleri gösterdiğine inanır. Dil ve konuşma terapistlerinin, kekeme çocukların ailelerinde var olduğunu düşündükleri psikolojik sorunların, klinisyenlerin aileye karşı tutumlarını olumsuz yönde etkilediğini görür (59). Bu olumsuz tutumların, İngiltere’de yaşayan klinisyenlerde de Amerika’da yaşayanlara benzer olduğu görülür.(60).

Kekeme kişilerin, kişilik özelliklerinin kekeme olmayan kişilere göre farklılık gösterip göstermediği uzun yıllardır merak konusudur. Bu soruyu cevaplamak için yapılan en eski çalışmalardan birisinde California Kişilik Testi kullanılmıştır. Bu araştırmanın sonucunda kekeme kişilerde, kendilerine güven sorunları, sosyal ilişkilerde bozulmalar ve nevrotik semptomların varlığının dikkat çektiği belirtilmiştir (61). Kişilik özelliklerini saptama ya da psikolojik bozuklukların tespit edilmesinde önemli testlerden birisi olan Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI, *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*)’nin kullanıldığı çalışmalar da bulunmaktadır. 1971’de MMPI kullanılarak kekeme kişilerin kişilik özelliklerinin belirgin şekilde değişip değişmediğine bakılmıştır. Çalışmada kekeme kişilerin geleceğe dair umutsuzluk, kendini değersiz hissetme eğilimi, aşırı hassaslık, kaygı gibi tutumlarını içeren depresyon ve paranoya ölçeklerinin sonuçlarında farklılık olduğu görülmüştür. Kekeme kişilerde bahsi geçen olumsuz özelliklerin daha fazla görüldüğü aktarılır (62). 1976’da yapılan bir başka çalışmada ise kekeme kişilerde ayrılık kaygısı, sosyal açıdan uyumsuzluk, sosyalleşme sorunları, korku, çekingenlik gibi psikolojik belirtilerin görüldüğü gösterilir (52). 2006 yılında yine MMPI 2 kullanılarak kekeme kişilerin özelliklerine bakılır. Çalışmada kekeme kişilerde, kekeme olmayan kişilere göre psikososyal duygusal bozukluk eğiliminin daha fazla olduğu ifade edilir. Ayrıca çalışmada şizofrenik bozukluk, depresyon, somatik

şikayet ve kaygı puanlarının yüksek olduğu, kendinden şüphe etme, kendini değersiz hissetme gibi eğilimlerin varlığı rapor edilir (53).

Guitar (63) çalışmasında yetişkin kekemelerin, tedavi öncesi birçok veri sonuçlarının tedavi sonrası konuşma ölçümleri (kekemelik yüzdesi) ile yüksek korelasyonda olduğunu gösterir. Guitar kekemelik yüzdesi ile nevrotiliklik arasında ilişki olduğunu belirtir.

Kekeme kişilerin başka bir kişilik özelliği olan mükemmeliyetçilik tutumuna dair çalışma da yapılmıştır. Çalışmanın ilk bulguları mükemmeliyetçiliğin, kekeme kişilerin karakteristik bir özelliği olabileceğini göstermiştir. Çalışmalarda kekeme kişilerin, hem araştırmanın yapıldığı anda hem de çocukluk dönemlerinde kendilerini mükemmeliyetçi bulduklarını ortaya konmuştur (64).

Kekeme kişilerin çeşitli kişilik alt ölçeklerinde yüksek puanları olmasına rağmen bunlar kişilik bozukluğu belirtisi olarak kabul edilmez (31). Ayrıca kekeme kişilere psikoterapi uygulanması sonucunda kekemeliklerinde farklılık olmadığını görüldüğü çalışmalar, kekemeliğin psikolojik boyutuna ilişkin tartışmaların azalmasını sağlar (7). Kekemeliği olan bireylerin kişilik özellikleriyle ilgili yapılan pek çok çalışma olsa da bu araştırmaların sonuçları oldukça tutarsızdır. Tüm çalışmaların sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde, kekemeliği olan bireylerin sosyal olarak uyumsuz ve nevrotilik oldukları görüşüne ve bu bireylerde normalden herhangi bir biçimde sapma olduğuna dair önemli bir delil olmadığı görülür (44,31).

2.7. Kekemelikte Engellenme ve Kaçınma

Kekemelikte kaçınma sıklıkla görülen bir tepkidir. Kekeme kişiler, uzun süre sosyal ceza korkuları yaşadktan sonra konuşmada kekemeliğin ortaya çıkmaması için hemen hemen her yolu denerler. Bu davranış biçimleri, konuşma ortamlarına girmeyi reddetme, düşüncenin farklı sözcüklerle ya da dolambaçlı şekilde anlatılması ve konuşma tarzının değiştirilmesidir (52). Kekeme kişilerin, sürekli yaklaşan konuşma durumlarını ve sözcükleri dikkatli şekilde taramak, kekeme olmayanlar için anlaşılması zor bir durumdur. Ancak kekeme kişilerin buldukları bu yollar, her zaman işe yaramaz. Tüm bunlar kekemelikte kaçınma davranışları olarak ele alınmıştır (45). Kekeme kişiler daha az dışa dönük olma, sosyal ortamlardan

kaçınma, bu ortamlarda konuşmamayı seçme ve telefonla etkileşimden kaçınma eğilimindedirler; ancak bu davranışların, çoğu kekemede anormal psikolojik sonuçlar çıkaracağı anlamına gelmez (65).

Kaçınma gibi engellenme de kekeme kişilerin sık yaşadığı duygulardandır. Kişinin kekemeliği arttıkça, söylemek istediklerini pürüzsüz ve hızlı bir şekilde söyleyemediğinden dolayı engellenme duygusu yaşar. Bu engellenme, konuşma sürecini daha da güçleştirerek kişi, engellenme yaşadığında konuşmasını gizlemek için gerilimini daha da artıracak şekilde fazla çaba sarf eder (5).

Yapılan çalışmalar kekeme kişilerin, kekeme olmayanlara göre daha güvensiz, içine kapanık, kaygılı, gergin olduğunu göstermiştir. Ayrıca, kekeme kişilerin utangaç, sözel iletişimden kaçınan ve endişeli kişiler olduğunu işaret eder (66-69).

Sosyal kaygı ve sürekli kaygı kekemelik ile önemli derecede ilişkili bulunur. Ancak depresyon ve kişilik özelliklerinin kekeme kişilerde değişiklik göstermediği belirtilir. Bireyleri kekemelik şiddetine göre sınıflandırmak için kullanılan geleneksel yöntemler psikolojik süreçlerle istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde ilişkili bulunur (66). Kekemeliğe dönük terapilerin incelendiği çalışmada ise Iverach ve diğerleri (67) 92 yetişkin kekemede, kekemelik ile kişilik bozukluğu arasında bir ilişki olduğunu gösterir.

Kekeme kişiler arasında hem kaygı hem de depresyon olup olmadığını inceleyen çalışmaların ışığında, kekeme kişilerde kaygı, depresyon ve kişilik bozukluklarının karşılaştırıldığı araştırmalar planlanmıştır. Bu çalışmaların kekemeliğin çok boyutlu yapısına dayandırıldığı belirtilmiştir (49-51). Benzer şekilde 2010 yılında yapılan bir çalışmada, kekeme 50 yetişkinin % 40'ının Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*)'nin Sosyal Kaygı Bozukluğu kriterlerini karşıladığı görülmüştür (9).

Geçtiğimiz 10 yıl boyunca araştırmalar kekemelik ve ruh sağlığı bozuklukları arasında bir bağlantı olduğuna dair birçok kanıt ortaya koymuştur (68,69). Hatta

bulunan bağlantılardan bazılarında DSM-IV'te tanı kriteri olarak faydalanılmıştır (69,70).

Yetişkinlerde genellikle küçük yaşta başlayan ve uzun süre devam eden kekemeliğin kronikleştiği görülür (7). Bu nedenle yetişkinlerin davranış ya da kişilik özellikleri kronikleşmiş kekemelikten etkilenir. Kekemeliğin sonuçları olarak ortaya çıkan olumsuz yaşantılar kişinin yetişkinliğini etkiler (9). Kekeme çocuk ya da ergen, kekemeliğe ilişkin tecrübeleriyle yetişkinliğe ulaşır. Kekeme çocuk ya da ergenlerin kekemeliğe ilişkin duygu, düşüncelerinin incelenmesi ya da bu konuya ilişkin algılarının düzenlenmesinin bu kişilerin en az olumsuz tecrübe ile yetişkinliğe geçmelerini sağlayabilir (69). Kekeme çocuk ya da ergenlerin kekemelik ile ilişkili olumsuz davranışlarının fark edilmesi ve doğru müdahalelerin oluşturulması bu kişilerin sağlıklı birer yetişkin olmalarını sağlar (7).

2.8. Kekeme Çocuklarda Davranış Sorunları ve Bozuklukları

Kaygı ve duygusal tepkiler kekemelik teorilerinin birçoğunda merkezi bir role sahiptir. Bu teorilere göre, kekeme kişilerin duygusal olarak daha hassas mizaçlarda oldukları kabul edilir (7). Örneğin, kekeme olan okul öncesi çocukların utangaçlık ve sosyal kaygı davranışlarının kekeme olmayan çocuklarla karşılaştırıldığı bir çalışmada söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ancak dikkat ve hiperaktivite bulgularının, kekeme çocuklarda değişiklik gösterdiği ifade edilmiştir. Hiperaktivite de olduğu gibi kekemelikte de konuşmaya ilişkin sosyal kaygı birçok durumda yetişkinlikten önce gelişir. Kekeme yetişkinlerde sosyal kaygının azaltılmasının konuşmanın akıcılığını geliştirmede göze çarpan bir fark yaratmadığı görülür (71).

Bir başka çalışmada kekeme olan ve olmayan çocuklara yönelik anneleri tarafından atfedilen nitelikler incelenmiştir. Kekeme olan erkek çocukların anneleri, kekeme olmayan erkek çocukların annelerine göre çocuklarının daha güvensiz, hassas, kaygılı, çekingen, ürkek ve içedönük olduklarını ifade etmişlerdir (75). Bir başka çalışma da ise kekeme olan çocukların, kekeme olmayan çocuklara göre duygusal açıdan daha tepkisel oldukları, duygularını düzenlemede daha çok

zorlandıkları ve duygularını düzenlemeye dikkatlerini daha az verdikleri belirtilmiştir (73).

Van Riper'a göre (45) "korku", kronikleşmiş kekemeliği olan kişilerin yaşadığı, belki de en yaygın olarak yaşadığı duygudur. Kekeme kişiler, konuşmaya başladıkları anda etiketlenmekten, reddedilmekten korkabilir. Bu korkular, sosyal cezalarla ilişkilidir. Utangaçlık, üzüntü, korku ve huzursuzluk ile kekemelik ilişkisinin incelendiği bir çalışmada ise bu dört kavram ile kekemeliğin ilişkili olmadığı bulunur (69). Söz konusu değişkenler açısından kekeme olan ve olmayan çocuklar arasında fark bulunmaz. Korku, utangaçlık ve üzüntü ölçümleri beklenenin aksine kekeme çocuklar ve kekeme olmayan çocuklarda farklı bulunmaz. Sonuçlar, kekeme çocukların diğer çocuklardan daha az utangaç ya da üzüntülü, korkak olduklarını göstermez ancak bu yaşta kekeme çocuklarla bu sonuçların karakterize olmadığına dair güçlü kanıtlar olarak görülür (71,74).

DSM-V kriterlerine göre (75) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB); dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarına bölünebilir. Tanılama, üç şekilde olabilir: 1) çoğunlukla dikkatsiz tip, 2) çoğunlukla hiperaktif-dürtüsel tip ve 3) birleşik tip. Bu belirti ve tanılamalar ışığında, kekeme olan ve olmayan çocukların karşılaştırıldığı çalışmada tüm DEHB alanlarında kekeme çocuklarda farklılık olduğu görülür (70). En büyük farklılık değeri, daha az algısal hassaslık ölçümünde bulunur. Bu ölçüm dikkatsizlik ile ilişkilidir. Diğer dikkat çekici grup farklılığı, daha az engelleyici kontrol, daha az hareket değişikliği yeteneği, yüksek etkinlik düzeyi ve yüksek motor etkinleşme ölçümünde bulunur. Bu durum, DEHB spektrumu özellikleriyle örtüşür. Bu çerçevede, ayrıca, diğer ölçümler olan yüksek dürtüsellik, yüksek öfke ve daha az dikkat odağı bulguları ile desteklenir (71,76). Özetle bu çalışmalar ile kekeme olan ve olmayan çocuklar arasında kaygı ile ilişkili olduğu düşünülen ölçümler açısından fark bulunmazken DEHB ile ilişkili olduğu düşünülen ölçümler açısından fark olduğu görülür (69,71,74).

Yaş ortalaması 4.0 yaş olan, kekeme çocuklarla yapılan çalışmada 9 davranış özelliğinden 3'ünde, kekeme olan ve olmayan çocuklar arasında dikkat çeken farklar bulunur. Kekeme olan ve olmayan çocuklar arasında dikkat çeken ilk farklılık, dikkat dağınıklığı bulgularında görülür. Daha az dikkat dağınıklığına örnek olarak, herhangi

biri, çocuğun dikkati çekmeye çalıştığında, çocuğun etkinliğini durdurmaması ve dikkatini çekmeye çalışan kişi ile ilgilenmemesi verilir. Kekeme çocuklar, bu özelliğe ilişkin daha düşük ortalama puanlar alırlar. Ayrıca algısal hassaslık bulgularında da kekeme çocukların daha düşük puanlar aldıkları görülür. Bu sonuçların dikkatsizlik ile ilişkili olabileceği düşünülür ve örneğin belli bilgisayar oyunları gibi özel ilgilere dikkatini verme eğilimine daha yatkın olunabileceği sonucuna varılır. İkinci büyük grup farklılığın, yeniliğe daha az uyum sağlamak olduğu belirtilir. Yeniliğe uyum sağlama, yeni alışkanlıklar gibi davranışların gerektiği şekilde değiştirilebilmesinin zorluğu ya da kolaylığı olarak tanımlanır (12). Literatürde zayıf uyum, sıklıkla DEHB ile ilişkilendirilir (77). Üçüncü dikkat çeken farklılık ise biyolojik yapının daha az ritmikliğine ilişkindir. Bu ritmiklik, uyku, açlık gibi biyolojik özellikleri içerir. Buradaki önemli durum, uyku bozuklukları ve günlük ritmin aksamasının DEHB görülen bireylerde sıklıkla karşılaşılmaktadır (78).

Anderson ve diğerlerinin (12) çalışmasında DEHB tanısı için dikkatsizlik, zayıf uyum, biyolojik yapının daha az ritmikliği özelliklerinde farklılık olması gerektiği belirtilir. Kekeme olmayan ancak DEHB olan çocuklarda görülen özelliklerin, kekeme olan ancak DEHB tanısı almamış çocuklarda görülesinin dikkat çektiği aktarılır.

2006 yılında yapılan bir çalışmada, kekeme olan ve olmayan çocuklardan oluşan ve yaş ortalaması 4.1 yaş olan çocuklara, davranış değerlendirme ölçeği uygulanmış ve sonuçlar karşılaştırılır. En büyük grup farklılığı, dikkat düzenleme özelliğinde görülür (73). Bu sonucun diğer çalışmalarla uyumlu olduğu tespit edilir (12,71,74). Kekeme çocukların kekeme olmayanlara göre dikkati sürdürmede daha çok zorluk çektikleri, çevresel uyaranlara karşı daha hassas oldukları ve gergin, içe dönük ve çekingen kişilik özellikleri sergiledikleri belirtilir (72,76).

Alm ve Risberg'in çalışmasında bahsedilen, üç farklı çalışmada kekeme çocukların mizaç özelliklerine bakılmış ve her bir çalışmanın, farklı sonuçlar verdiği aktarılır. Bir çalışmada kekeme çocukların daha kolay mizaca sahip oldukları, başka bir çalışmada bu çocukların biraz daha zor mizaca sahip oldukları ve üçüncü çalışmada ise çocukların mizaçlarında bir farklılık bulunmadığı belirtilir. Bu

sonuçlara bakılınca kekeme olan ve olmayan çocukların arasında var olan zor veya kolay mizaç terimlerine ilişkin önemli grup farklılıkları olduğu göze çarpar (68).

Aynı çalışmada, yaş ortalamaları 4.3 yaş olan, kekeme olan ve olmayan 18'er kişiden veri alır, bir gruba nötr görev verilir, bir gruba cazip bir oyuncağın bulunduğu, açılmayan bir kutu ile engelleyiciliğin sağlandığı bir görev verilir. Görev esnasında yalnız olan çocukların sözel ve davranışsal tepkileri video kaydına alınır. Duygusal tepkiler yüz ifadesi, sözlü olarak ifade etme, sözel olmayan ifadeler ve diğer davranışlarla belirlenen pozitif ve negatif etki olmak üzere sınıflandırılır. Duygusal düzenleme girişimleri ise kendi kendine konuşma ve dikkat dağıtıcı olmak üzere iki başlıkla tanımlanmıştır. Sonuçlar kekeme çocukların hem nötr görevde hem de engelleyici görevde daha negatif etkiler gösterdiğini ortaya koyar (68),

Kaygı, dikkat gibi özellikleri kapsayan mizaç konusunda yapılan çalışmalarda kekeme olan ve olmayan çocukların sonuçları birbirlerinden dramatik şekilde kekeme çocuklarda daha olumsuz özelliklerin olduğu yönünde bulunur (72).

Anderson ve diğerlerinin (12) yaptıkları çalışmada, kekeme olan ve olmayan çocuklar arasında mizaca ilişkin etkinlik, uyum, çekingenlik, ruh durumu, tepki yoğunluğu, dikkatsizlik, dikkati sürdürme, duygusal eşik ve ritmiklik boyutlarında farklılıklar görüldüğü ifade edilir. Kekeme olan küçük çocukların çevreye uyum göstermekte zorlandıkları, dikkatlerini daha zor toplayabildikleri, ritmiklik denilen biyolojik fonksiyonların düzenlenmesinde zorluklar yaşadıkları aktarılır. 2003 yılında yayınlanan çalışmanın bulguları, 2000 ve 1978 yıllarında yapılan çalışmaların sonuçları ile paralellik gösterir (12,71,74).

2.9. Kekeme Ergenlerin Davranış Sorunları ve Bozuklukları

Kekeme ergenlerin kaygı ve ruh sağlığı bozuklukları ile sıklıkla ilişkilendirilse de bu konuda yapılan çalışma sayısı sınırlıdır. Daha önce yapılan çalışmaların sonuçları da değişkenlik gösterir (69). Ruh sağlığı, kaygı ve kekemelik arasındaki bağlantıların ne zaman başladığına ilişkin ise daha az bilgi olduğu görülür. Gunn ve diğerlerinin (79) 38 kişi ile yaptığı çalışmada kekeme olmayan ergenlere göre kekeme ergenlerde, umulan duygu durum bozukluğu, anksiyete bozukluğu gibi klinik bozuklukları için kullanılan DSM IV Eksen I bozuklukları oranının iki katı

oranında görülmesi dikkat çeker. Katılımcı sayısı sınırlı olmasına rağmen sonuçların çarpıcı olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar kekeme yetişkinlerin DSM IV Eksen I çalışmalarıyla benzerlik gösterir.

Kekemelik ve kaygıya dair araştırmaların büyük kısmı yetişkinlere odaklanır ancak kaygı ve ruhsal bozuklukların kekeme ergenlerde görülmesi olağandır. Zaten birçok kaygı bozukluğunun başladığı dönem olarak da ergenlik dönemi gösterilir (80). Buna rağmen, kekeme ergenlerle yapılan son yıllardaki çalışmaların sonuçları bu kadar net değildir. Yüksek kaygı puanlarının (81,82), konuşma kaygısının (83) kontrol grubuyla karşılaştırıldığında kekeme ergenlerde daha fazla var olduğu görülür. Bazı sonuçlar ise tam tersini ortaya koymuş, kekeme kişilerde yüksek özsaygı puanları olduğu belirtilir (84,85,86). Kekeme ergenler için ruh sağlığı bilgisi önemlidir; çünkü yetişkin çalışmaları ruh sağlığı bozukluklarının yetişkin konuşma terapilerini etkilediğini gösterir (69). Tüm bunlar, kekeme ergenler için de ruh sağlığı çalışmalarının önemini gösterir (79).

Rustin ve diğerlerine (48) göre kekeme ergenler, kekeme olmayan ergenlere göre sosyal uyum alanında bir güçlük yaşar. Ergenler, iletişim yeteneklerine yeterince güvenmezler. Kekeme ergenler, iletişimlerindeki kekemelik problemiyle baş etmek zorunda kalırlar. Onlar, akranları ile uyum sağlamaya çalışırken, konuşmaya çabalamaya ve kaçınma davranışlarını geliştirmeye devam ederler (58).

Yaşa bağlı olarak kişi, eğitimsel, sosyal ve mesleki, rekabet içeren konuşma ortamlarına girdikçe, kekemelik genellikle daha şiddetli hale gelir (66). Klinik olarak ergenlik dönemi, sorunun kronikleşmesinden önce kekemeliğin gelişimini önlemek için son fırsat olarak değerlendirilir (87). Çocuk, ergenlik ve yetişkinlik dönemine doğru gittikçe, kekemeliğin kronik tecrübelerinin bazı etkilerine ilişkin risk artar. Bu riskler, yüksek kaygı gelişimine sebep olur. Bu da kişinin utangaç olmasına neden olur ve belki de onları, psikolojik ve eğitimsel gelişimleri için gerekli olan sosyal etkileşimlerden uzaklaşmaya iter (88).

Konuşmanın akıcılığının aksine konuşma akıcılığındaki bozukluk, genç insanların kişiliklerini etkileyebilir. Bu etkinin nasıl ve ne derece olduğunu tanımlamak önemlidir. Tanımlanmaya çalışıldığı ilk dönemlerde kekemeliğin

çocuklukta duygusal zorlukla ilişkilendirildiği görülür. Böyle tanımlamaları destekleyen kekemeliğin kişiliğe atfedildiği ve kekeme kişilerin kaygı, nevrotik davranışlar gösterme eğilimlerine dair verinin toplandığı çalışmalara önemli zaman ayrılmıştır. Çalışmalarda çeşitli ölçüm araçları kullanılmış ve kekeme okul çağı çocuklarla karşılaştırılan normal akıcılıkta konuşan kişiler arasında fark bulunamamıştır (13). Manning, Dailey ve Wallace'ın (89) yaptığı çalışmada kekeme kişilerin kendilerini kontrol grubunda bulunanlardan daha esnek olmayan, içe dönük, utangaç ve endişeli bulduklarına dair bir eğilim belirtmişlerdir ancak gruplar arasında önemli bir farklılık olmadığını da belirtmişlerdir.

Yapılan bir çalışmada, yaşı büyük olan kekeme ergenlerin, (15-17 yaş) yaşı daha küçük (12-14 yaş) olanlarla karşılaştırıldığında, kötüleşen psikolojik test puanları olduğu görülmüştür. Bununla birlikte dört farklı davranış, psikolojik ölçüm testi toplam puan ortalamaları düşük çıkmıştır. Bu çalışmada, ölçek olarak 6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL, *Children Behavior Checklist For Ages 6-18*), Çocuklar İçin Anksiyete Ölçeği (RCMAS-2, *Revised Children's Manifest Anxiety Scale*), Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği (YSR, *Youth Self-Report*) ve Çocuk Depresyon Ölçeği (CDI, *Children's Depression Inventory*) kullanıldığı belirtilmiştir (79).

Kekeme kişilerin, kekeme olmayan yaşlılarına göre daha az uyum puanı gösterdikleri, ancak kekeme kişilerin duygusal bozuklukları olan kişilere göre uyum bakımından normal kişilere daha çok benzedikleri görülür (65). Burada bahsedilen uyum sorununun, kekemeliğin tipik bir özelliği olarak kabul edilmesi tartışmaları devam eder. Uyum sorununun kekeme kişilerin, konuşmaları nedeniyle yaşadıkları sosyal, psikolojik sorunların ya da iletişim kurma çabaları sonucunda insanların kendilerine yaklaşımları nedeniyle oluşabileceği düşünülür. Bu yaşantıların kekeme kişilerin kendilerine güvenlerini zedeleyebileceği, benlik saygılarını etkileyebileceği görüşleri ortaya atılır (86).

2.10. Kekeme Çocukların ve Ergenlerin Ebeveyn Özellikleri

Bazı araştırmacılara göre ebeveyn tutumları gibi çevre koşulları belli şekillerde düzenlenebilirse çocuğun kekemeliği, kalıcı olmadan riskli dönem

atlatılabilir. Araştırmalar özellikle kekemelikte hem bireyin hem de anne-babanın kişilik özelliklerinin ve aile içi etkileşimlerin önemli yeri olduğunu gösterir (5). Kekeme çocukların bir kısmında anne-babaların titiz, düzenli, mükemmeliyetçi, baskıcı, aşırı koruyucu davranış örüntüleri gösterdikleri ve özellikle sağlık konusunda kaygılı kişiler oldukları belirtilir (14). Kekeme çocukların ebeveynlerinin kişilik özelliklerinin değiştirilmesini öneren müdahale yöntemlerinin varlığı bilinir (90). Kekeme çocukların kaygılı olmalarının nedeninin kekemeliklerinin yanında ebeveyn tutumlarının da olabileceği çalışmalara konu edilir (14). Çalışmalar kesin sonuçlara ulaşmasa da ebeveyn-çocuk ilişkisinin çocuğun kişilik oluşumunu etkilediği bilinir ve çocuğun olaylara, kendi gelişim sürecine tepkilerinin de anne baba tutumlarından etkilenebileceği bir gerçek olarak kabul edilir (90).

Kekeme çocukların ailelerinin sürekli kaygı düzeyleri hem anneler hem babalarda, kekeme olmayan çocukların ailelerinin düzeylerinden fazla bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada ebeveyn-çocuk ilişkisinin de kekemelikte etkili olabileceği aktarılır (11). Ancak literatürde bu sonuca tutarlı bir şekilde ulaşılamaz (5,11). Bazı çalışmalarda kekeme çocukların ailelerinin belli özelliklere sahip oldukları (11,20) bazılarında ise kekeme olan ve olmayan çocukların aileleri arasında fark olmadığı (7) sonucuna varılır.

2.11. Kekemelik ve Kaygı

Kaygı, kekemelik ile beraber görülen yaygın ve kapsamlı şekilde incelenen psikolojik bir süreçtir. Ancak bu konuda da literatürde bir fikir birliğine varılamaz. Sonuçlar hala tutarsızdır. Metodolojik eksiklikler, kaygının doğru ölçülememesi, çalışmalardaki küçük örneklem seçimi gibi nedenlerle açık ve sistematik bir ilişki ortaya konamamıştır. Son yıllarda bu hatalara dikkat edilerek oluşturulan araştırma modelleri ile kekeme yetişkinlerde sosyal kaygı bozukluğu olduğu bilgisine ulaşılmıştır (7). Korku, içe dönme, yeni sosyal ortamlarda sessiz kalmayı tercih etme ile ilişkili olan sosyal kaygının kekemeliğin başladığı küçük yaşlarda işaretlerinin görüldüğünün ortaya konduğu bu çalışmalarda kanıtlanmıştır. Bahsedilen sosyal kaygı etkilerinin yaygın olması nedeniyle ruhsal olarak kekeme kişiyi fazlasıyla etkileyen olumsuz bir duygu olarak ortaya çıkar. Sosyal kaygının korku, kendini olumsuz algılama, çevreye dair önyargılar olarak kendisini göstermesi kekeme

kişilerin hayat kalitesini etkilediği gibi terapi sürecini de yönlendirir. Sosyal kaygının yanı sıra sürekli kaygı da kekeme kişiler için sorun oluşturur (91).

Mizaca ilişkin bilgi edinmek için davranış gözlemlene gibi doğrudan yöntemlerle ya da aile görüşmesi, ölçek uygulanması gibi doğrudan olmayan yollarla da bilgi toplanabilir. Doğrudan gözlem ailenin çocuğa ilişkin taraflı fikirlerinden etkilenmezken zaman ve kapsam konusunda daha olumsuz bir inceleme modeli oluşmasına neden olur. Doğrudan olmayan yöntemde, önemli olan geçerli ve güvenilir ölçüm aracı kullanılması gerekliliğidir. Ailelerin çocuklarının davranışlarını uzun zaman düzenli gözlemleri ve bu çocuklarının davranışları konusunda genellikle geniş bilgi sahibi olmaları doğrudan olmayan yöntemin güçlü tarafını oluşturur (12). Bu çalışmada, doğrudan olmayan yöntem kullanılarak çocuğa ilişkin en doğru bilginin edinilmesi amaçlanmıştır. Son 20 yılda bu konuda da oldukça fazla çalışma yapılmış olsa da kekeme çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeyleri de incelenmesi gereken konu başlıklardan birisi olarak karşımıza çıkar.

Kekeme çocuklarda görülen davranış farklılıklarının kekemeliğinin ülkemizdeki doğasına ilişkin bilgi vermesi amaçlanmıştır. Literatürde görülen farklı ölçme araçları ile yapılan çalışmalar hem okul öncesi çocuklar hem de okul çağı çocukları için belli noktalara odaklanmıştır. Türkiye’de kekeme çocukların nasıl farklılıkları olduğunun tespit edilmesi, kekemeliğe yapılacak müdahalede doğru önerilerin oluşturulması için oldukça önemlidir. Ayrıca kekeme çocukların ebeveynlerinin sürekli kaygı düzeylerinin kekeme olmayan çocukların ebeveynlerinin düzeyleri ile karşılaştırılması ile kekemeliğinin çok boyutlu oluşu paralellik gösterir. Hem kekeme çocuklarda görülen davranış farklılıkları hem de ebeveynlerinde görülen kaygı düzeyi farklılıkları sonuçlarının kekemeliğe yaklaşımda konuşma terapistlerine yol gösterici olacaktır.

BİREYLER VE YÖNTEM

Çalışmamızda Türkçe konuşan kekeme olan ve olmayan okul öncesi, okul çağı çocuklarında, davranış değerlendirme sonuçlarının ve bu çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışmadaki çocukların değerlendirmeleri, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (HÜTF) Kulak Burun Boğaz (KBB) Ana Bilim Dalı Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Ünitesi'nde yapılmıştır. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 18.03.2015 tarihinde GO 15 / 20 360 kayıt numaralı kararı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

3.1.Bireyler

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Ana Bilim Dalı Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Ünitesi'ne kekemelik şikayeti ile başvuran 3 yaş 6 ay - 15 yaş 11 ay aralığındaki 45 çocuk (10 kız, 35 erkek) çalışma grubunu oluşturmak üzere çalışmaya dahil edilmiştir. Akıcı konuşmayı etkileyebilecek risk faktörlerinden; işitsel, nörolojik, gelişimsel ya da psikolojik şikayetler ile ilgili öyküsü olan katılımcılar çalışma dışı bırakılmıştır. Kontrol grubu örnekleme için ise, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen, konuşma problemi olmayan, işitmesi, alıcı ve ifade edici dil becerileri ve fonolojik gelişimi normal olan 3 yaş 1 ay – 16 yaş 9 ay aralığındaki 45 çocuk (10 kız, 35 erkek) değerlendirmeye alınmıştır. Çocuğun akıcı konuşma bozukluğu değerlendirmesi yapıldıktan sonra çocuğa dair bilgiler ailesinden alınmıştır. Ölçeklere katılım konusunda gönüllü olan ailelerden onam formu imzalamaları istenmiştir. Çalışma grubundaki katılımcıların ailelerinden çocuğun tüm gelişim alanları ve kekemelik şikâyeti ile ilgili alınan detaylı bilgiler kayıt altına alınmıştır. Tablo 3.1.'de çalışmaya dâhil edilen kekeme çocukların kekemeliğine ilişkin betimsel bilgiler gösterilmektedir.

Tablo 3.1. Çalışma Grubundaki Katılımcıların Kekemeliğine İlişkin Betimsel Bilgiler

	Kekemelik Başlangıç Yaşı (Ay Olarak)			Kekemelik Süresi (Ay Olarak)		
	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>Ort.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>Ort.</i>
İlk Çocukluk	30	61.08	37.2	5	19	11
Orta Çocukluk	49.2	66	56.4	15	68	32
Ergenlik	44.4	70.8	55.2	74	102	89
Total	30	70.8	49.6	5	102	44

Çalışma grubunu oluşturan kekeme çocukların kekemelik süreleri ve kekemelik başlangıç yaşlarının”ın sunulduğu Tablo 3.1.’de görüldüğü gibi, çalışma grubunu oluşturan kekeme çocukların kekemelik başlangıç yaşlarının ortalaması yaklaşık 49.6 ay ve bu bilgi ile ilişkili olarak kekemelik süreleri ise ortalama 44 ay olarak tespit edilmiştir.

Bireylerin çalışmaya dahil edilebilmesi için bilateral periferik işitmesinin normal olması, yaş aralığının 3-18 olması, alıcı ve ifade edici dil problemlerinin olmaması, artikülasyon becerilerinin yaşlıları ile eşdeğer düzeyde olması, daha önce hiç konuşma terapisi almamış olması, bilinen, gözlenen ya da belgelenen nörolojik, psikolojik, gelişimsel bir problemin olmaması kriterleri göz önünde bulundurulmuştur.

3.2. Yöntem

Çalışmaya dahil edilen çocuklara aşağıdaki değerlendirme yöntemleri uygulanmıştır. Tüm test bataryası hem çalışma grubuna hem de kontrol grubuna bir kez uygulanmıştır. Araştırmamızda kullanılmak üzere çocuklar için ayrıntılı hazırlanmış bir çocuk değerlendirme formu kullanılmıştır. Çocuk değerlendirme formu Ek-1’de gösterilmiştir.

3.2.1. Odyolojik Değerlendirme

Çalışmaya dâhil edilen tüm çocukların işitmeleri; IAC (Industrial Acoustics Company) sessiz odalarında, TDH39P supraaural kulaklıklar kullanılmıştır. Değerlendirmede GSI-61 klinik odyometre kullanılarak her iki kulak için saf ses odyometrisi sonuçları elde edilmiştir. 500, 1000, 2000, 4000 Hz frekanslarında 20dB HL şiddet seviyesinde işitme taraması yapılmıştır (92). Çalışmaya alınan tüm bireylerin odyolojik değerlendirmeleri uzman odyologlar tarafından yapılmıştır.

3.2.2. Kekemeliğin Değerlendirilmesi

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Kulak Burun Boğaz Ana Bilim Dalı Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Ünitesi'nde, hastaların dil, konuşma, ses, yutma problemlerinin değerlendirmesine uygun hazırlanmış olan odalarda dijital video kamera ile (Sony HDR-CX11E) ses ve görüntü kaydı alınmıştır. İlk ve orta çocukluk çağına dahil olan çocukların ebeveynlerinden, standardize edilmiş ve çocuğun önüne yerleştirilmiş bir oyuncak seti (örn; çiftlik oyunu) ile oynamaları ve oyun oynarken oyun ve çocuk odaklı olarak mümkün olduğu kadar doğal bir şekilde kendilerinin de oyuna katılarak sohbet etmeleri istenmiştir. Ergenlik döneminde bulunanlardan ise istedikleri konuda konuşmaları istenmiştir. Video kayıtları araştırmacı tarafından alınmıştır. Kayıt süresi yaklaşık 300 sözcüklük sohbeti içeren 15-20 dakika olarak belirlenmiştir. Her 100 sözcükte üç veya daha fazla sözcük içi kekemelik bulgusu gösteren çocuk, kekeme olarak kabul edilmiştir (5,16). Elde edilen kayıtlar araştırmacı tarafından en az 2 kez izlenerek kekemelik bulguları saptanmıştır. Daha sonra, rastgele seçilmiş 10 kayıt başka bir dil ve konuşma terapisti tarafından tekrar incelenmiştir. Araştırmacı ve dil konuşma terapisti arasındaki Cohen's Kappa katsayısı 1 olarak hesaplanmıştır.

Aile ile görüşme esnasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Kulak Burun Boğaz Ana Bilim Dalı Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Ünitesi'nde kullanılan Akıcı Konuşma Bozuklukları Bilgi Formu'ndan faydalanılmıştır. Formun bir örneği Ek 2'de verilmiştir.

3.2.3. Alıcı ve İfade Edici Dil Değerlendirmesi

Çocukların alıcı ve ifade edici dillerinin yaşlarıyla eşdeğer olup olmadığını öğrenebilmek için Topbaş ve Güven'in *Test of Early Language Development-Third Edition* (TELD-3)'dan Türkçeye uyarlanmış ve standardizasyonu yapmış olduğu Türkçe Erken Dil Gelişim Testi (TEDİL) uygulanmıştır. Test, 2;0 – 7; 11 yaş arası çocukların dil gelişimlerini değerlendirmektedir (93). TEDİL çalışma ve kontrol grubuna dahil edilen tüm çocuklara uygulanmıştır.

TEDİL, erken dil becerilerinin gelişimi bakımından yaşlarından geride kalmış çocukları tespit etmek, çocuğun dil becerilerinin güçlü ve zayıf yönlerini belirlemek üzere kullanılır. Alıcı ve İfade Edici Dil olmak üzere iki testten oluşmaktadır. TEDİL'in maddeleri dilin bileşenlerinden anlam bilgisi, biçimbilgisi ve sözdizimini doğrudan ölçmektedir. Puanlama içerisinde olmamakla birlikte dilin fonoloji ve pragmatik bileşenleriyle ilgili de bilgi vermektedir (93).

Test, sessiz bir odada, testin uygulama yönergelerine uygun olarak araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Teste, çocuğun kronolojik yaşı hesaplanarak, yaşına uygun test maddesinden başlanmıştır. Her iki grup içinde test sonucuna göre alıcı ve ifade edici dil gelişimi takvim yaşıyla uyumlu olan çocuklar araştırmaya dâhil edilmiştir.

3.2.4. Artikülasyon Değerlendirmesi

Çocukların artikülasyon değerlendirmeleri, Ankara Artikülasyon Testi (AAT) aracılığı ile yapılmıştır. Ankara Artikülasyon Testi, 2-12 yaşları arasındaki çocukların artikülasyon becerilerini belirlemeye yönelik olarak tarama ve terapi amacı ile kullanılabilir. Testin içerik ve yapı geçerliliği vardır. Bu test, çocukların yaş düzeyine uygun renkli resimlerin isimlendirilmesi yoluyla uygulanmaktadır. Her ses, sözcük başı (ünlü öncesi), sözcük sonu (ünlü sonrası); sözcük içi pozisyonlarda hece başı (ünsüzden sonra), hece sonu (ünsüzden önce), ve iki ünlü arası olmak üzere 5 pozisyonda kullanılmaktadır. Çocukların üretimleri not edildikten sonra test edilen seslerdeki hatalar sayılır. Toplam hata puanları ile yaşlara göre hazırlanmış tablolara başvurularak uygun fonolojik yaş karşılığı bulunur (94).

3.2.5. Davranış Değerlendirmesi

Çalışmada okul öncesi çocukları için 1,5-5 Yaş Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL / 1,5-5, *The Child Behavior Checklist for Ages 1,5-5*) uygulanmıştır. Bu ölçek, çocuklar için örnek davranış cümlelerinden oluşmaktadır. Achenbach ve Rescorla (95) tarafından geliştirilen ölçek, çocuk ve temel bakım veren kişinin adları, çocukla olan yakınlıkları, ailenin sosyoekonomik durumuna ilişkin soruların cevaplanmasıyla başlamaktadır. Temel bakım veren kişi tarafından ölçeklerdeki 99 maddede belirtilen problem davranışların her biri son iki ay içindeki görülme sıklık derecesine göre; 0 = çocuk için doğru değil, 1= biraz ya da bazen doğru ve 2 = çok ya da sıklıkla doğru olarak derecelendirilir. Ölçeğin 100. maddesi de listede yer almayan problemlerin yazılması içindir. Ölçek dil gelişim tarama listesi içerir. Çocuğun üretebildiği sözcükler üzerinden dil gelişimine dair bilgi edinilmesi amaçlanır.

Ölçeğin yorumlanmasında birçok davranış problemine ilişkin bilgiye ulaşılabilir. Ölçek sonunda elde edilen bilgiler, duygusal yönelim, kaygılı / depresif, somatik yakınmalar, sosyal içe dönüklük, uyku sorunları, dikkat problemleri ve saldırgan davranışlara da aittir. Ayrıca toplam içe yönelim, dışa yönelim puanlarına ve toplam puana da ulaşılabilir (96). Ölçekte bulunan dil gelişimi aşaması ile çocuğun kullanabildiği sözcük ve sözcük öbeklerine bakarak dil gelişim problemlerinin erken teşhisi mümkün olabilir. 18-35 aylık bebeklerde yapılan çalışmada dil gelişim tarama listesi ile gecikmiş konuşma ortaya çıkabilecek çocukların sonuçlarının farklılaştığı belirtilmiştir (95).

Okula başlamış olan çocukların davranışlarına ilişkin bilgi almak için 6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL / 6-18, *The Child Behavior Checklist for Ages 6-18*) uygulanmıştır. Çocuğun son altı aydaki davranışlarının düşünülerek doldurulması gereken ölçek, 112 maddeden oluşur. Ölçek, okul çağı çocukların davranışsal ve duygusal durumlarını değerlendirmek amacıyla birbirini tamamlayan, örnek davranış cümlelerinden maddelerden oluşur. Ölçeği dolduran ebeveyn, ifadenin kendi çocuğu için uygun olup olmadığına 0 (Doğru değil), 1 (Bazen ya da biraz doğru), 2 (Çok ya da sıklıkla doğru) seçeneklerinden birisini işaretleyerek karar vermektedir. Ölçek çocuğun

yapmaktan hoşlandığı sporlar, spor dışında ilgi alanları, çocuğun ev ya da ev dışında yaptığı işlerle ilgili sorularla başlamakta, çocuğun okul başarısı ve rahatsızlıklarına ilişkin genel bilgilerle devam etmektedir. Ölçeğin alt testleri içe yönelim, dışa yönelim ve toplam puandan oluşur. İçe yönelim alt başlıkları anksiyete / depresyon, sosyal içedönüklük / depresyon, somatik yakınmalardır. Dışa yönelim alt başlıkları ise kurallara karşı gelme ve saldırgan davranışlardır. Toplam puan ise tüm alt başlıkları içerirken ayrıca sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunlarını da içerir (96).

Bu ölçekler Achenbach Ampirik Temelli Değerlendirme Sistemi (ASEBA, *The Achenbach System of Empirically Based Assessment*)'nin bir parçasıdır. Bu sistemde çocuk ve gençlerin yeterlik ve uyum işlevleri ve sorun davranışları standart, bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilir (95).

Ölçek olarak kullanılmak üzere 1,5-5 Yaş Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL / 1,5-5) ve 6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL / 6-18) seçilme nedeni alt başlıklarının literatürde kekeme çocukların veya yetişkinlerin davranış değerlendirmelerine uygun olması ve tamamına yakınına kapsamıdır. Ölçeklerin bir örneği Ek 3'te verilmiştir.

3.2.6. Kaygının Değerlendirilmesi

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI, *State-Trait Anxiety Inventory*) Spielberger ve diğerleri tarafından geliştirilmiştir (97). Ölçeğin Türk toplumuna uyarlaması ise Öner ve Le Compte tarafından 1983 yılında yapılmıştır. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği kısa ifadelerden oluşan, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Başlangıçta sağlıklı yetişkinlerde kaygıyı araştırma amacıyla geliştirilmiş olan bu ölçek, sonraki yıllarda farklı durumlarda da kullanılmıştır (98).

Durumluk kaygı kişinin belirli bir anda ve durumda yaşadığı kaygı durumunu ifade eder. Kişinin, bu ölçeği içinde bulunduğu durumu göz önünde bulundurarak cevaplama gerekir. Sürekli kaygı ise kişinin “genellikle”, “sürekli” olarak kaygı durumunun ne olduğunu belirtir (98). Sürekli Kaygı Ölçeği 20 sorudan oluşur. Ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan

yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtmektedir (99).
Çalışmamızda Sürekli Kaygı Ölçeği uygulanmıştır.

Ölçeğin bir örneği Ek 4'te verilmiştir.



3.2.7. İstatistiksel Değerlendirme

İstatistiksel analizler SPSS for Windows version 15 paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Kullanılacak istatistiksel yöntemleri belirlemek üzere öncelikle normallik varsayımı basıklık (kurtosis) ve arpıklık (skewness) değerleri ile Shapiro Wilks test sonuçları incelenerek değerlendirilmiştir. Bunun sonucunda normallik varsayımını sağlamayan değişkenlerde *Mann - Whitney U test*, normallik varsayımını karşılayan değişkenlerde *t-test* kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkiler örneklem büyüklüğü dikkate alınarak Spearman Korelasyon Katsayısı kullanılarak incelenmiştir.



BULGULAR

Bu çalışmada üç farklı yaş grubundan (ilk çocukluk, orta çocukluk ve ergenlik) toplam 90 katılımcı bulunur. Her bir yaş grubundaki çalışma ve kontrol grupları 15'er kişiden oluşur. Katılımcılar, çalışma grubuna dahil edilirken akıcı konuşma bozukluğu tanısı almış olma önkoşulu gözetilmiştir.

Çalışma kapsamında gerçekleştirilen istatistiksel analizlerin bulgularına geçmeden önce betimleyici istatistikler (bkz. Tablo 4.1) ve normallik varsayımı testlerinin sonuçları verilmiştir. Betimleyici istatistikler her üç yaş grubunda da erkek katılımcı sayısının kız katılımcı sayısından fazla olduğunu göstermektedir. Ancak bu durum literatürde sıklıkla karşılaşılan erkeklerde akıcı konuşma bozukluğunun daha sık görüldüğü bulgusuyla tutarlılık gösterir (24). Ayrıca her yaş grubunun kendi içerisinde çalışma ve kontrol gruplarındaki kız ve erkek katılımcı sayısı eşit tutulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcılara ait betimsel istatistikler

		Cinsiyet		Yaş (Ay olarak)				
		Erkek (n)	Kız (n)	Ort.	SS	Min.	Md	Maks.
1*	Çalışma	12	3	145.39	21.60	106.15	150.56	172.77
	Kontrol	12	3	119.84	16.43	95.81	121.36	153.30
2*	Çalışma	11	4	222.95	31.33	190.71	213.53	276.79
	Kontrol	11	4	226	17.64	193.15	226.30	246.98
3*	Çalışma	12	3	428.57	35.28	369.26	427.96	484.23
	Kontrol	12	3	435.87	40.45	380.51	437.39	511

*1= İlk Çocukluk, 2= Orta Çocukluk, 3= Ergenlik Dönemi.

Çalışmada gruplar arası farklılıkları incelemeye önce basıklık ve kayışlılık ölçüleri ve Shapiro-Wilks test kullanılarak normallik varsayımı test edilmiştir.

4.1. Normallik Varsayımı Bulguları

Normallik varsayımının değerlendirilmesi için basıklık ve kayışlılık değerleri ile Shapiro Wilks test sonuçları incelenmiştir. Tablo 4.2, her üç yaş grubu için basıklık ve kayışlılık ölçüleri ile Shapiro Wilks test sonuçlarını göstermektedir. Buna göre özellikle orta çocukluk grubundaki katılımcılarda basıklık ve kayışlılık değerlerinin +/- 1 sınırlarının üzerine çıktığı gözlenmiştir. Bu bulguları destekleyecek şekilde Shapiro-Wilks test sonuçları da örneklemdaki yaş ve ebeveynin sürekli kaygısı haricindeki değişkenlerin her üç yaş grubunda da normallik varsayımlarını karşılamadığını göstermektedir. Ebeveynin sürekli kaygısı normallik varsayımlarını karşıladığı için bu değişken için gerçekleştirilen analizlerde parametrik testler kullanılacaktır. Yaşa ilişkin olarak ise yalnızca orta çocukluk grubunda Shapiro Wilks testin sonuçlarının anlamlı olduğu diğer yaş gruplarında ise normallik varsayımını karşıladığı görülmüştür. Bu nedenle çalışma ve kontrol grupları arasında yaş açısından anlamlı bir farklılık olup olmadığı orta çocukluk grubunda nonparametrik bir test ile diğer gruplarda ise parametrik bir test ile incelenecektir. Son olarak katılımcıların sorun davranışlarına ilişkin değişkenlerin her üç yaş grubunda normallik varsayımını karşılamaması nedeniyle bu değişkenlerde gruplar arası farklılık olup olmadığının nonparametrik testlerle incelenmesine karar verilmiştir.

Tablo 4.2. Çalışma değişkenlerine ait kayışlılık, basıklık değerleri ve Shapiro Wilks Test sonuçları

	Kayışlılık	Basıklık	W (<i>sd</i> = 30)	
İlk Çocukluk (<i>n</i> = 30)	Yaş	.06	-1.13	.96
	Duygusal Yönelim	.88	-.19	.84***
	Anksiyete / Depresyon	.50	-1.43	.82***
	Somatik Yakınmalar	.61	-.53	.93*
	Sosyal İçe Dönüklük	1.25	.67	.80***
	Uyku Sorunları	.94	-.35	.84***
	Dikkat Sorunları	.97	.72	.89**
	Saldırgan Davranışlar	.94	.15	.88**
	Ebeveynin Sürekli Kaygısı	.58	-.44	.95
Orta Çocukluk (<i>n</i> = 30)	Yaş	.18	-1.03	.93*
	Anksiyete / Depresyon	1.67	2.80	.80***
	Sosyal İçe Dönüklük	1.93	4.18	.73***
	Somatik Yakınmalar	1.01	.41	.81***
	Sosyal Sorunlar	1.52	2.40	.79***
	Düşünce Sorunları	1.09	.14	.78***
	Dikkat Sorunları	1.68	2.48	.76***
	Kurallara Karşı Gelme Davranışı	1.76	2.68	.74***
	Saldırgan Davranışlar	.91	-.30	.84***
Ebeveynin Sürekli Kaygısı	-.10	-.36	.98	
Ergenlik (<i>n</i> = 30)	Yaş	.13	-.85	.97
	Anksiyete / Depresyon	.97	.07	.85**
	Sosyal İçe Dönüklük	.95	-.07	.87**
	Somatik Yakınmalar	1.85	3.89	.75***
	Sosyal Sorunlar	1.08	1.31	.82***
	Düşünce Sorunları	1.05	-.08	.76***
	Dikkat Sorunları	.73	-.31	.87**
	Kurallara Karşı Gelme Davranışı	1.25	.48	.77***
	Saldırgan Davranışlar	.82	-.44	.86**
Ebeveynin Sürekli Kaygısı	.30	.38	.98	

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

4.2 İlk Çocukluk Dönemindeki Katılımcılarla Gerçekleştirilen Analizler

Bu dönemde gerçekleştirilen analizlere geçmeden önce Tablo 4.3'te bu dönemdeki analizlerde kullanılan değişkenlere ait betimsel istatistikler Tablo 4.4'te ise değişkenler arası ilişkiler verilmiştir. İlk çocukluk döneminde kontrol ve çalışma grupları arasında katılımcıların yaşları açısından anlamlı bir fark olup olmadığı bağımsız gruplar için t-test ile incelenmiştir. T test sonuçları çalışma grubunun kontrol grubundan anlamlı olarak daha büyük olduğunu göstermektedir ($t(28) = 3.65$, $p < .01$). Buna ek olarak, korelasyon tablosunda yaş ve diğer sorun davranışlar arasında pozitif ve anlamlı ilişkilerin olduğu gözlemlenebilir. Bu durum özellikle bu gruptaki katılımcılara ait bulguları yorumlarken yaşın karıştırıcı etkisinin farkında olunması gerektiğini göstermektedir.

Tablo 4.3. İlk çocukluk dönemi değişkenlerine ait betimsel istatistikler

		Duygusal Yönelim	Anksiyete / Depresyon	Somatik Yakınmalar	Sosyal İçe Dönüklük	Uyku Sorunları	Dikkat Sorunları	Saldırgan Davranışlar	Ebeveynin Sürekli Kaygısı
Çalışma Grubu	<i>Ort.</i>	5.73	5.67	4.33	4.00	3.47	3.27	13.07	47.73
	<i>SS</i>	2.99	2.77	2.02	2.73	2.10	1.58	6.10	8.95
	<i>Min.</i>	.00	.00	1.00	.00	1.00	1.00	4.00	37.00
	<i>Md</i>	5.00	6.00	4.00	4.00	4.00	3.00	14.00	46.00
	<i>Maks.</i>	12.00	9.00	8.00	9.00	7.00	7.00	27.00	63.00
Kontrol Grubu	<i>Ort.</i>	.40	.60	1.47	.40	.53	.80	1.93	46.67
	<i>SS</i>	.83	.83	1.36	.83	.74	.68	1.83	4.94
	<i>Min.</i>	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	38.00
	<i>Md</i>	.00	.00	1.00	.00	.00	1.00	2.00	47.00
	<i>Maks.</i>	3.00	3.00	5.00	3.00	2.00	2.00	7.00	54.00

Tablo 4.4. İlk çocukluk dönemi değişkenleri arası Spearman Korelasyon Katsayıları (Rho)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Yaş	-								
2. Duygusal Yönelim	.44*	-							
3. Ank. / Depresyon	.51**	.87***	-						
4. Somatik Yakınmalar	.45*	.70***	.62***	-					
5. Sosyal İçer Dönüklük	.55**	.79***	.69***	.70***	-				
6. Uyku Sorunları	.51**	.73***	.73***	.63***	.71***	-			
7. Dikkat Sorunları	.39*	.85***	.71***	.75***	.62***	.63***	-		
8. Saldırgan Davranışlar	.48**	.87***	.79***	.72***	.74***	.87***	.81***	-	
9. Ebeveynin Sürekli Kaygısı	-.03	.09	.00	.20	.12	.04	-.02	.14	-

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

İlk çocukluk döneminde gerçekleştirilen *Mann - Whitney U test* sonuçları bu yaş grubunda akıcı konuşma bozukluğu olan çocuklarda davranış sorunlarının akıcı konuşma bozukluğu olmayan çocuklardan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra etki büyüklüklerinin de yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 4.5). Ayrıca, bu yaş grubundaki akıcı konuşma bozukluğu olan çocuklar anlamlı olarak daha fazla duygusal yönelim, anksiyete / depresyon, somatik yakınmalar, sosyal içe dönüklük, uyku ve dikkat sorunları ile saldırgan davranışlar sergilemektedir. Son olarak, çalışma ve kontrol grupları arasında anksiyete / depresyon, somatik yakınmalar ve sosyal içe dönüklük puanlarının toplamından oluşan içselleştirme sorun davranışı puanı ve kurallara karşı gelme ve saldırgan davranışlardan oluşan dışsallaştırma sorun davranışı puanı açısından anlamlı fark bulunup bulunmadığı *Mann - Whitney U testi* ile incelenmiştir. Buna göre her iki değişken açısından da çalışma grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı fark vardır. Her iki değişkende de çalışma grubunda bulunan bireyler anlamlı olarak daha fazla sorun davranış göstermektedir ($U_{içselleştirme}=9.5$, $U_{dışsallaştırma}=2.5$, $p < .001$).

Tablo 4.5. İlk çocukluk döneminde gerçekleştirilen Mann - Whitney U Test sonuçları

	Duygusal Yönelim	Anksiyete/ Depresyon	Somatik Yakınmalar	Sosyal İçer Dönüklük	Uyku Sorunları	Dikkat Sorunları	Saldırgan Davranışlar
<i>U</i>	11.00***	22.00***	25.50***	16.50***	20.00***	15.00***	3.00***
<i>Z</i>	-4.36	-3.85	-3.65	-4.13	-3.95	-4.15	-4.56
<i>r</i>	.80	.70	.67	.75	.72	.76	.83

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

İlk çocukluk döneminde ebeveynin sürekli kaygı düzeyinin çalışma ve kontrol grubu arasında anlamlı olarak farklı olup olmadığı bağımsız gruplar için t test ile incelenmiştir. T test sonuçları çalışma grubunun kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($t(28) = .40, p > .05$).

4.3 Orta Çocukluk Dönemindeki Katılımcılarla Gerçekleştirilen Analizler

Bu dönemde gerçekleştirilen analizlere geçmeden önce Tablo 4.6'da bu dönemdeki analizlerde kullanılan değişkenlere ait betimsel istatistikler Tablo 4.7'de ise değişkenler arası ilişkiler verilmiştir. Orta çocukluk döneminde kontrol ve çalışma grupları arasında katılımcıların yaşları açısından anlamlı bir fark olup olmadığı Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. Analiz sonucu her iki grup arasında yaş açısından anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir ($U = 104.00, p > .05$).

Tablo 4.6. Orta çocukluk dönemi değişkenlerine ait betimsel istatistikler

	Anksiyete / Depresyon	Sosyal İçe Dönüklük	Somatik Yakınmalar	Sosyal Sorunlar	Düşünce Sorunları	Dikkat Sorunları	Kurallara Karşı Gelme Davranışı	Saldırgan Davranışlar	Ebeveynin Sürekli Kaygısı
<i>Ort.</i>	4.53	3.40	1.67	5.00	1.93	3.87	1.93	7.33	43.13
<i>SS</i>	3.07	2.92	1.35	3.18	1.71	3.07	1.87	3.52	7.10
<i>Min.</i>	.00	.00	.00	1.00	.00	.00	.00	1.00	33.00
<i>Md</i>	3.00	3.00	2.00	4.00	3.00	3.00	1.00	6.00	41.00
<i>Maks.</i>	12.00	11.00	4.00	13.00	5.00	11.00	6.00	14.00	57.00
<i>Ort.</i>	.67	.20	.47	.27	.47	.33	.53	.47	46.67
<i>SS</i>	.49	.41	.64	.70	.52	.62	.92	.52	4.06
<i>Min.</i>	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	38.00
<i>Md</i>	1.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	46.00
<i>Maks.</i>	1.00	1.00	2.00	2.00	1.00	2.00	3.00	1.00	54.00

Tablo 4.7. Orta çocukluk dönemi değişkenleri arası Spearman Korelasyon Katsayıları (Rho)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Yaş	-								
2. Anksiyete / Depresyon	-.04	-							
3. Sosyal İçer Dönüklük	-.02	.78***	-						
4. Somatik Yakınmalar	.27	.63***	.53**	-					
5. Sosyal Sorunlar	-.13	.83***	.72***	.57**	-				
6. Düşünce Sorunları	.33	.56**	.46*	.55**	.37*	-			
7. Dikkat Sorunları	-.13	.82***	.62***	.64***	.83***	.52**	-		
8. Kurallara Karşı Gelme Davranışı	-.20	.62***	.56**	.48**	.59**	.36*	.67***	-	
9. Saldırgan Davranışlar	.04	.84***	.69***	.67***	.87***	.52**	.86***	.67***	-
10. Ebeveynin Sürekli Kaygısı	-.11	-.19	-.14	-.20	-.17	-.16	-.15	.13	-.23

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Orta çocukluk döneminde gerçekleştirilen *Mann - Whitney U* test sonuçları bu yaş grubunda akıcı konuşma bozukluğu olan çocuklarda davranış sorunlarının akıcı konuşma bozukluğu olmayan çocuklardan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir. Etki büyüklüklerinin ise orta ve yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 4.8). Buna göre, bu yaş grubundaki akıcı konuşma bozukluğu olan çocuklar anlamlı olarak daha fazla anksiyete / depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları ile kurallara karşı gelme davranışı ve saldırgan davranışlar sergilemektedir. Son olarak çalışma ve kontrol grupları arasında anksiyete / depresyon, somatik yakınmalar ve sosyal içe dönüklük puanlarının toplamından oluşan içselleştirme sorun davranışı

puanı ve kurallara karşı gelme ve saldırgan davranışlardan oluşan dışsallaştırma sorun davranışı puanı açısından anlamlı fark bulunup bulunmadığı *Mann – Whitney U* testi ile incelenmiştir. Buna göre her iki değişken açısından da çalışma grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı fark vardır. Her iki değişkende de çalışma grubunda bulunan bireyler anlamlı olarak daha fazla sorun davranış göstermektedir ($U_{içselleştirme}=14$, $U_{dışsallaştırma}=6$, $p < .001$).

Tablo 4.8. Orta Çocukluk Döneminde Gerçekleştirilen Mann - Whitney U Test Sonuçları

	Anksiyete / Depresyon	Sosyal İçe Dönüklük	Somatik Yakınmalar	Sosyal Sorunlar	Düşünce Sorunları	Dikkat Sorunları	Kurallara Karşı Gelme Davranışı	Saldırgan Davranışlar
<i>U</i>	12.50***	22.50***	52.00**	4.00***	62.00***	16.50***	49.00**	3.50***
<i>Z</i>	-4.25	-3.96	-2.65	-4.73	-2.23	-4.14	-2.78	-4.61
<i>r</i>	.78	.72	.48	.86	.41	.76	.51	.78

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Orta çocukluk döneminde ebeveynin sürekli kaygı düzeyinin çalışma ve kontrol grubu arasında anlamlı olarak farklı olup olmadığı bağımsız gruplar için *t* test ile incelenmiştir. *T* test sonuçları çalışma grubunun kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($t(28) = 1.67$, $p > .05$).

4.4 Ergenlik Dönemindeki Katılımcılarla Gerçekleştirilen Analizler

Bu dönemde gerçekleştirilen analizlere geçmeden önce Tablo 4.9'da bu dönemdeki analizlerde kullanılan değişkenlere ait betimsel istatistikler Tablo 4.10'da ise değişkenler arası ilişkiler verilmiştir. Ergenlik döneminde kontrol ve çalışma grupları arasında katılımcıların yaşları açısından anlamlı bir fark olup olmadığı bağımsız gruplar için *t*-test ile incelenmiştir. *T* test sonuçları çalışma grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir ($t(28) = -.52$, $p > .05$).

Tablo 4.9. Ergenlik dönemi değişkenlerine ait betimsel istatistikler

	Anksiyete / Depresyon	Sosyal İçer Dönüklük	Somatik Yakınlıklar	Sosyal Sorunlar	Düşünce Sorunları	Dikkat Sorunları	Kurallara Karşı Gelme Davranışı	Saldırgan Davranışlar	Ebeveynin Sürekli Kaygısı	
Çalışma Grubu	<i>Ort.</i>	7.80	5.20	3.67	6.27	2.93	6.73	2.73	8.20	46.07
	<i>SS</i>	4.39	2.78	3.13	3.08	2.02	3.37	2.40	4.43	6.11
	<i>Min.</i>	1.00	2.00	.00	2.00	.00	1.00	.00	1.00	35.00
	<i>Md</i>	7.00	4.00	3.00	6.00	3.00	6.00	2.00	8.00	46.00
	<i>Maks.</i>	16.00	10.00	12.00	15.00	6.00	14.00	7.00	16.00	57.00
Kontrol Grubu	<i>Ort.</i>	1.60	.87	.47	.47	.20	1.13	.53	1.27	44.40
	<i>SS</i>	2.06	1.36	1.36	1.36	.77	2.26	.92	2.52	2.64
	<i>Min.</i>	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	40.00
	<i>Md</i>	1.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	44.00
	<i>Maks.</i>	7.00	5.00	5.00	5.00	3.00	7.00	3.00	9.00	49.00

Tablo 4.10. Ergenlik dönemi değişkenleri arası Spearman Korelasyon Katsayıları (Rho)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Yaş	-								
2. Anksiyete / Depresyon	-.09	-							
3. Sosyal İçer Dönüklük	-.09	.82***	-						
4. Somatik Yakınlıklar	-.08	.89***	.83***	-					
5. Sosyal Sorunlar	-.08	.91***	.88***	.89***	-				
6. Düşünce Sorunları	-.03	.89***	.77***	.89***	.85***	-			
7. Dikkat Sorunları	.05	.83***	.82***	.88***	.86***	.81***	-		
8. Kurallara Karşı Gelme Davranışı	.08	.70***	.65***	.73***	.75***	.65***	.78***	-	
9. Saldırgan Davranışlar	.10	.83***	.82***	.88***	.90***	.84***	.90***	.83***	-
10. Ebeveynin Sürekli Kaygısı	-.03	-.02	.10	-.10	.06	.00	.03	.05	.01

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

İlk ve orta çocukluk dönemleriyle paralel bir şekilde ergenlik dönemindeki katılımcılarla gerçekleştirilen *Mann - Whitney U test* sonuçları bu yaş grubunda akıcı konuşma bozukluğu olan çocuklarda davranış sorunlarının akıcı konuşma bozukluğu olmayan çocuklardan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra, etki büyüklüklerinin de yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 4.11). Sonuç olarak, bu yaş grubundaki akıcı konuşma bozukluğu olan çocuklar anlamlı olarak daha fazla anksiyete / depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları ile kurallara karşı gelme davranışı ve saldırgan davranışlar sergilemektedir. Son olarak çalışma ve kontrol grupları arasında anksiyete / depresyon, somatik yakınmalar ve sosyal içe dönüklük puanlarının toplamından oluşan içselleştirme sorun davranışı puanı ve kurallara karşı gelme ve saldırgan davranışlardan oluşan dışsallaştırma sorun davranışı puanı açısından anlamlı fark bulunup bulunmadığı *Mann – Whitney U testi* ile incelenmiştir. Buna göre her iki değişken açısından da çalışma grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı fark vardır. Her iki değişkende de çalışma grubunda bulunan bireyler anlamlı olarak daha fazla sorun davranış göstermektedir ($U_{içselleştirme}=10$, $U_{dışsallaştırma}=18$, $p < .001$).

Tablo 4.11. Ergenlik Döneminde Gerçekleştirilen Mann - Whitney U Test Sonuçları

	Anksiyete / Depresyon	Sosyal İçe Dönüklük	Somatik Yakınmalar	Sosyal Sorunlar	Düşünce Sorunları	Dikkat Sorunları	Kurallara Karşı Gelme Davranışı	Saldırgan Davranışlar
<i>U</i>	18.00***	11.00***	23.00***	5.50***	22.00***	18.50***	45.50**	16.50***
<i>Z</i>	-4.00	-4.27	-3.92	-4.65	-4.09	-3.98	-2.92	-4.04
<i>R</i>	.73	.78	.72	.85	.75	.73	.53	.73

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Ergenlik döneminde ebeveynin sürekli kaygı düzeyinin çalışma ve kontrol grubu arasında anlamlı olarak farklı olup olmadığı bağımsız gruplar için t test ile

incelenmiştir. T test sonuçları çalışma grubunun kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($t(28) = .97, p > .05$).

Çalışmanın bulguları genel olarak değerlendirildiğinde her üç yaş grubunda da akıcı konuşma bozukluğu olan çocuklarda uyum sorunlarının akıcı konuşma bozukluğu olmayan çocuklardan yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Ancak bu çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeyleri akıcı konuşma bozukluğu olmayan çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeyleriyle benzerlik göstermektedir. Bu durum çocuklarındaki konuşma bozukluklarının ebeveynlerin kaygı düzeyleri üzerinde doğrudan bir etkisi olmayabileceğini göstermektedir.



TARTIŞMA

Bu çalışmada kekeme olan ve olmayan çocuklar arasında sorun davranışlar ve ebeveynlerinin kaygı düzeyleri açısından ortaya çıkan farklılıklar araştırılmıştır. Bu çocuklar arasında tespit edilecek farklılıkların, çocukların yaşamlarındaki davranış sorunlarına ve ebeveynleri ile ilişkilerine ışık tutması beklenmiştir.

Araştırma bulgularının büyük ölçüde literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde kekeme çocukların davranış değerlendirme sonuçlarının çalışmadan çalışmaya farklılık gösterdiği (68,71,74) ve kekeme çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeyi sonuçları konusunda da tutarlı sonuçlara ulaşamadığı (7,11,14) daha önce vurgulanmıştır. Bulgulara genel olarak bakıldığında ilk çocukluktan ergenliğe kadar büyük bir yaş yelpazesinden kekeme çocukların kekeme olmayan çocuklara göre daha fazla sorun davranış puanı sergiledikleri ancak ebeveynlerinin kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farkın görülmediği bulunmuştur. Bu çalışmada, çocukların davranış sorunlarına ilişkin elde edilen bulgular literatürdeki çalışmaların bulguları ile benzerlik gösterir (68,71,76).

Bu çalışmanın ilk çocukluk dönemindeki bulguları, kekeme çocukların duygusal yönelim sorunları, anksiyete / depresyon, somatik yakınmalar, sosyal içe dönüklük, uyku ve dikkat sorunları ile saldırgan davranış puanlarını anlamlı olarak daha fazla sergilediklerini gösterir. Nitekim 2003, 2007 ve 2010 yıllarında yapılan farklı çalışmalarda kekeme çocukların kekeme olmayan çocuklara göre dikkat sürdürmede daha fazla sorun yaşadıkları ve hiperaktif davranışları daha fazla gösterdikleri bulunur. Ancak bu çalışmalarda kekeme çocukların daha hassas ya da kaygılı olduklarına dair bir sonuca ulaşamadığı ifade edilir(12,68,71). Örneğin, Eggers ve diğerleri (71) tarafından 2010 yılında yapılan bir çalışmada kekeme olan ve olmayan okul öncesi çocukların utangaçlık ve sosyal kaygı düzeylerinin karşılaştırıldığında söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamış ancak kekeme çocuklarda daha fazla dikkat ve hiperaktivite sorunları görülmüştür. Iverach ve diğerlerinin yürüttüğü, ilk çocukluk dönemindeki kekeme olan ve olmayan çocuklardan oluşan araştırmanın bulguları incelendiğinde gruplar arası en büyük farklılığın dikkat düzenleme becerilerinde olduğu görülmüştür (69). Fowlie ve Cooper'ın (72) çalışması ile Eggers ve diğerlerinin (74) çalışmasında ise kekeme

çocukların yaşadıkları dikkat problemlerinin yanı sıra kekeme olmayan çocuklara göre daha hassas, gergin, içedönük ve çekingen oldukları yönünde bulgulara erişilmiştir. Bu çalışmanın bulguları ile literatürde özellikle dikkat problemleri konusunda elde edilen bulguların paralellik gösterdiği görülmüşken (12,68,71) kaygı ve içedönüklük gibi konularında bazı çalışmalarla paralellik göstermez (67,68).

Orta çocukluk döneminde ise, kekeme çocukların kekeme olmayan çocuklara göre yine anksiyete / depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları ile kurallara karşı gelme davranışı ve saldırganlık davranış puanlarını anlamlı olarak daha fazla sergilediklerini gösterir. Bu sonuçlar, yukarıda bahsedilen çalışmalarla benzerlik gösterir. Kekeme çocukların kekeme olmayanlara göre dikkati sürdürmede daha çok zorluk çektikleri, çevresel uyaranlara karşı daha hassas oldukları ve gergin, içe dönük ve çekingen kişilik özellikleri sergiledikleri belirtilir (72,74). 2007 ve 2009 yıllarında yapılan çalışmalar ile kekeme olan ve olmayan çocuklar arasında kaygı ile ilişkili olduğu düşünülen ölçümler açısından fark bulunmazken dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili olduğu düşünülen ölçümler açısından fark olduğu görülür (68,74). Alm'ın (10) çalışmasında kekeme çocukların hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkat eksikliği davranışlarına eğilim gösterdikleri belirtilir.

Bu çalışma ile benzer sonuçları olan bir başka çalışmada Anderson ve diğerleri tarafından yapılmıştır (12). Anderson ve diğerlerinin çalışmasında kekeme olan ve olmayan çocuklar arasında mizaca ilişkin etkinlik, uyum, çekingenlik, ruh durumu, tepki yoğunluğu, dikkatsizlik, dikkati sürdürme, duyuşal eşik ve ritmiklik boyutlarında farklılıklar görüldüğü ifade edilir.

Ergenlik dönemindeki katılımcılarda da kekeme çocuklar anlamlı olarak daha fazla anksiyete / depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları ile kurallara karşı gelme davranışı ve saldırgan davranış puanı sergiler. Bu sonuçlar, yukarıda bahsedilen çalışmalarla benzerlik gösterir. Gunn ve diğerlerinin (79) çalışmasında kekeme ergenlerin anksiyete puanlarının yüksek olduğu ifade edilir. Ayrıca Mulcahy (82) ve Blood ve diğerlerinin (93) çalışmasında da kekeme ergenlerin kaygı puanlarının yüksek olduğu aktarılır. Manning, Dailey ve Wallace'ın (89) yaptıkları çalışmada kekeme kişilerin

kendilerini kontrol grubunda bulunanlardan daha esnek olmayan, içe dönük, utangaç ve endişeli bulduklarına dair bir eğilim görülür ancak gruplar arasında önemli bir farklılık olmadığı da belirtilir.

Literatüre bakıldığında kekeme ergenlerde davranış çalışmalarının sonuçlarının tutarlı olduğu görülür (48,80,85.86). 2008 yılında yürütülen çalışmada ise kekeme ergenlerde kaygı puanlarında farklılık olmadığı belirtilir (87). Bu konuda tutarlı sonuçların olmamasında kekeme ergenlerin davranışlarına ve kaygı düzeylerine ilişkin çalışmaların sınırlı sayıda olması gösterilir (71). Genel olarak, üç yaş grubunda da akıcı konuşma bozukluğu olan çocuklarda uyum sorunlarının akıcı konuşma bozukluğu olmayan çocuklardan yüksek olduğu görülür. Bu sonuçlar yukarıda bahsedilen çalışmalarla benzerlik gösterir.

Çalışmanın kekeme çocuklara dönük bulgularının yaştan bağımsız olarak tutarlılık gösterdiği görülür. Hem içselleştirme hem de dışsallaştırma sorun davranışlarının kekeme çocuklarda daha fazla görülmesi ve bu durumun farklı yaş gruplarında kararlı olması yukarıda farklı yaş grupları için tek tek özetlenen kekemelik ilişkili sorunların kekemelik sürdüğü müddetçe devam ettiğini gösterir.

Daha önce de vurgulandığı üzere akıcı konuşma bozuklukları temelde iletişim sorunlarıdır (4). Bu çocuklar, kendilerini ifade edemedikleri için daha fazla sorun davranış sergiliyor olabilirler. Literatürdeki farklı çalışmalar incelendiğinde kekeme çocuklarda dikkat sorunları görülmesine dair bulgularda tutarlılık olduğu ancak kaygı ve benzeri sorunlara ilişkin bulguların tutarlı olmadığı görülür. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile ilgili literatürde, bu bozukluğun nörojenik kökenli olabileceğine dair tartışmalar devam eder. Böyle bir olasılık kekemeliğin de benzer nörojenik süreçlerden etkileniyor olabileceğini akla getirir. Bu durumda kekemelik ve dikkat sorunlarının farklı çalışmalarda birlikte görülmesi ikisinin de altında yatan ortak ya da paralel nörojenik bir sürece işaret ediyor olabilir. Çocuklarda dikkat ve duygusal yönelim sorunlarının duygu düzenleme sorunları yaşamalarıyla ilişkili olduğu belirtilir (7,10,71). Farklı nedenlerle çocuklarda belli durumlara hassasiyet, toleranssızlık bu kekeme çocuklar için de bir sorun olarak karşımıza çıkabilir (100). Bu toleranssızlığın çocukların kekemelik şiddetlerine etkisinin olup olmadığının incelenebileceği düşünülür. Bu durum, kekemelik şiddetini etkileyebildiği için dikkat

eksikliği ile ilişkili özelliklerin kekemelik için risk faktörü oluşturup oluşturmadığı da incelenmelidir. Bununla birlikte depresyon ve sosyal içe dönüklük gibi davranış sorunları çevrenin kişiye bakışından oldukça etkilenir. Farklı çalışmalarda farklı bulguların elde edilmesi bu çocukların yaşadıkları ortamda kekemeliğe bakışın farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bazı çocuklar kekemelik nedeniyle dışlanırken bazıları, çevrelerinden onlar kadar dışlanmıyor olabilir. Nitekim literatürde kekeme çocukların iletişim becerilerinin daha düşük olduğunu düşündükleri ve düşük iletişim beceri ve benlik saygıları olan çocukların akran zorbalığına daha fazla maruz kaldıklarını gösteren bulgulara rastlanılır (101). Bu durumda özellikle arkadaş çevresinden dışlanan ve zorbalığa maruz kalan çocuklarda depresyon ve sosyal içe dönüklüğün görülmesinin oldukça beklendiği söylenebilir.

Bu çalışmada hiçbir yaş grubunda kekeme olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmaz. Bu durum, çocuklarındaki konuşma bozukluklarının ebeveynlerin kaygı düzeyleri üzerinde doğrudan bir etkisi olmayabileceğini gösterir. Daha önce de bahsedildiği üzere kekemelik, kişilerin sosyal işlevselliğini derinden etkileyebilen bir bozukluktur (5). Önceki çalışmalarda elde edilmiş olan ve bu çalışmayla da desteklenen bulgular kekeme kişilerin daha fazla sosyal sorunları olduğunu gösterir (7,9,10).

Bu çalışmanın başında ebeveynlerin çocuklarının sosyal sorunları nedeniyle onların geleceklere dair daha fazla kaygılanacakları ve bu yüzden de sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olacağı ön görülür. Ancak, araştırmanın bu hipotezi bulgularla desteklenmez. Kekeme çocukların ailelerine dair özelliklerin incelendiği çalışmalarda farklı sonuçlar göze çarpar (7,11). Guitar (5) kekeme çocukların ailelerinin kaygı düzeylerinin kekeme olmayan çocukların ailelerinin düzeylerinin daha fazla olduğunu belirtir, Zenner (11) ise kaygı düzeyleri açısından iki grup arasında bir fark olmadığını bildirir. Yairi ve Seery (7) kekeme çocukların ailelerinin çocuklarının kekemeliğine dair kaygılarının az olması ve çocuğun kekemeliğine baskıcı ve müdahale edici bir yaklaşım sergilememeleri halinde bu kekemeliğin gelişimsel olarak ortadan kalkabileceğini belirtir. Bu çalışmada bir fark bulunamamasının öncelikli nedeninin çalışmada kullanılan kaygı ölçümünün annenin çocuğun sorunlarından bağımsız olarak daha genel bir kaygısını ölçmesi olduğu

düşünülür. Bununla birlikte çalışma katılımcılarının anneleriyle olan ilişkilerinin kalitesi araştırmaya dâhil edilmez. Önceki literatür bulgularıyla birlikte düşünüldüğünde, kekemelik ve ona eşlik eden diğer davranış sorunları anne ile çocuk arasındaki iletişimi de bozmuş olabilir. Çocuklarıyla ilişkisi çok da iyi olmayan annelerin çocuklarıyla ilgili sorunları sürekli kaygılarını etkilemiyor olabilir. Son olarak anneler kekemeliğin ilişkili olduğu sosyal ve davranışsal sorunların farkında olmayabilir. Maalesef çocukların değerlendirilmesi sürecinde annelerin kekemeliğe dair farkındalıklarını da değerlendirme kapsamına alma fırsatı bulunamaz. Nitekim Zenner ve diğerleri de (11) kekeme çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeyleri arasında bir fark olmamakla beraber kekemeliği nasıl algıladıkları açısından farklılık gösterebileceklerini belirtir.

Sonuç olarak, bu çalışma kekemelik ve ilişkili sorun davranışların ilk çocukluk yıllarından ergenlik yıllarına kadar kekeme kişilerin yaşamlarında önemli bir yer tuttuğunu gösterir. Bu nedenle kekemeliğin çok yönlü doğasının daha iyi araştırılması için çok daha detaylı olarak hazırlanmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın temel amacı kekeme olan ve olmayan çocukların davranış değerlendirmeleri ve ebeveynlerinin kaygı düzeylerinin incelenmesidir. Bu doğrultuda kekeme olan ve olmayan çocuklar; ilk çocukluk, orta çocukluk ve ergenlik olarak üç grupta incelenmiştir. Her üç gruptan elde edilen veriler birbiri ile ve sağlıklı kişiler ile karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgular özetlenecek olursa:

1. İlk çocukluk döneminde kekeme olan çocuklarda davranış sorunlarının akıcı konuşma bozukluğu olmayan çocuklardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu yaş grubundaki kekeme çocuklar anlamlı olarak daha fazla duygusal yönelim, anksiyete / depresyon, somatik yakınmalar, sosyal içe dönüklük, uyku ve dikkat sorunları ile saldırgan davranışlar sergilerler. Ayrıca yine bu yaşta çalışma ve kontrol grupları arasında anksiyete / depresyon, somatik yakınmalar ve sosyal içe dönüklük puanlarının toplamından oluşan içselleştirme sorun davranışı puanı ve kurallara karşı gelme ve saldırgan davranışlardan oluşan dışsallaştırma sorun davranışı puanı açısından anlamlı fark bulunduğu ve çalışma grubu puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
2. Orta çocukluk grubundaki akıcı konuşma bozukluğu olan çocuklar anlamlı olarak daha fazla anksiyete / depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları ile kurallara karşı gelme davranışı ve saldırgan davranışlar sergilerler. Bu yaş grubunda çalışma ve kontrol grupları arasında anksiyete / depresyon, somatik yakınmalar ve sosyal içe dönüklük puanlarının toplamından oluşan içselleştirme sorun davranışı puanı ve kurallara karşı gelme ve saldırgan davranışlardan oluşan dışsallaştırma sorun davranışı puanı açısından anlamlı fark olduğu görülmüş ve çalışma grubu puanlarının daha yüksek olduğu görülür.
3. Bu çalışmada ergenlikte kekeme çocuklar anlamlı olarak daha fazla anksiyete / depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları ile kurallara karşı gelme

davranışı ve saldırgan davranışlar sergiler. Son olarak, çalışma ve kontrol grupları arasında anksiyete / depresyon, somatik yakınmalar ve sosyal içe dönüklük puanlarının toplamından oluşan içselleştirme sorun davranışı puanı ve kurallara karşı gelme ve saldırgan davranışlardan oluşan dışsallaştırma sorun davranışı puanı açısından anlamlı fark olduğu görülmüştür ve çalışma grubu puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

4. Ebeveynlerin kaygı düzeyleri açısından her üç yaş grubu çalışma ve kontrol grupları arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür.
5. Çalışmaya farklı yaş gruplarının dahil edilmiş olması bu çalışmanın en güçlü yanlarından biridir. Farklı yaş gruplarının çalışmada yer alması ile kekemeliğin ilişkili olduğu davranış sorunlarının ilk çocukluktan ergenlik yıllarına kadar devam ettiği gösterilmiştir.
6. Bu çalışmanın diğer bir güçlü yanı Türkiye’de kekemeliğin ilişkili olduğu diğer davranış sorunlarını inceleyen ilk çalışma olmasıdır.
7. Araştırma bulguları, bu çocukların yaşamlarında kekemelik dışındaki sorunların da önemli bir yer tuttuğunu gösterir. Bu nedenle, kekeme çocukların terapisi sırasında dil ve konuşma terapistlerinin çocukların duygusal ve davranışsal sorunları karşısında dikkatli olmaları ve gerektiğinde ruh sağlığı profesyonelleri ile iş birliği içerisinde olmaları uygun olacaktır. Kekemeliğe eşlik eden bu sorunlar kekeme kişilerin yaşam kalitesini artırabilmek için kekemeliğe dönük müdahalenin yanı sıra, psikoterapi ve davranışsal müdahalelere gerek duyulabileceğini işaret eder. Depresyon ve benzeri içselleştirme sorun davranışlarından sıyrılmış kekeme bir çocuğun konuşma terapisine daha iyi uyum sağlayabileceğini söylemek yanlış olmaz.
8. Çalışmanın zayıf yönlerinden bahsetmek gerekirse araştırmanın çalışma grubu oluşturulurken katılımcıların kekemelik şiddeti ya da sıklığı göz önüne alınmamış olması önemli bir eksiklik olarak göze çarpar. Bu çocukların kekemelik şiddeti, sıklığı ebeveynlerin kaygı düzeylerini etkileyecek kadar yüksek olmadığı için ebeveynlerin sürekli kaygı puanlarında gruplar arası fark bulunmamış olabilir. Bu nedenle ileride

gerçekleştirilecek araştırmalarda kekemelik şiddeti ve sıklığının kontrol edilmesi ya da araştırma sorusuna dahil edilmesi bu çalışmanın bulgularında eksik kalan bir kısmı daha aydınlayacaktır.

9. Her ne kadar çalışma farklı yaş grupları içerse de çalışmanın enlemesine kesitsel bir yaklaşımla gerçekleştirilmiş olması, çocuğun davranış sorunları ve ebeveynin kaygı düzeyi arasındaki ilişkiye dair nedensel çıkarımlar yapmak için ihtiyaç duyulan zamanda, öncelik kriterini karşılamaz. Bu sorunun aşılabilmesi için aynı çocukların zaman içerisinde takip edildiği boylamsal çalışmalara ihtiyaç duyulur. İleride gerçekleştirilecek boylamsal çalışmalarla hem kekemelik terapilerinin etkililiği hem de sorun davranışlarla ilişkisine dair nedensel sonuçlar elde edilebilir.
10. İleri ki çalışmalarda annenin sürekli kaygı düzeyi yerine ebeveynin çocuğuyla ilişkisini etkileyen literatürde olumlu ya da olumsuz sonuçlarla ilişkili bulunan farklı ebeveynlik uygulamalarının ele alınması hem kekemelikte ebeveynlerin rolünü daha iyi anlamamıza yarayacaktır hem de kekemelik terapisinde sürece ebeveynlerin de dahil edilmesi için dil ve konuşma terapistlerine yol gösterecektir. Tıpkı sorun davranışlara ilişkin bulgularda olduğu gibi ebeveynlerle ilgili değişkenlerle gerçekleştirilecek boylamsal çalışmalar kekemelik terapisi sürecinde ebeveynlerin etkisini değerlendirmemize olanak sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Lanier, W., (2010). *Speech Disorders*. Lucent Books. (8- 11)
2. Shapiro, D. A. (1999). *Stuttering Intervention: A Collaborative Journey to Fluency Freedom*, PRO-ED, Inc. 12, 81.
3. ICD-10 (Dünya Sağlık Örgütü, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması), (1992). Öztürk, M. 0 & Uluğ, B. (Ed), Medikomat Ankara, 274.
4. American Speech-Language-Hearing Association. Erişim: 25.07.12. *Terminology pertaining to fluency and fluency disorders: Guidelines*. <http://www.asha.org/docs/html/GL1999-00063.html>
5. Guitar, B. (2006). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. Lippincott Williams & Wilkins.
6. Bloodstein, O. (2006). Some empirical observations about early stuttering: A possible link to language development, *Journal of Communication Disorders*. 39, 185–191.
7. Yairi, E., & Seery, C. H. (2015). *Stuttering foundations and clinical applications*. Pearson.
8. Curlee, R. F., & Siegel, G. M. (Eds.). (1997). *Nature and Treatment of Stuttering: New Directions*. Allyn & Bacon.
9. Blumgart, E., Tran, Y., & Craig, A. (2010). Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety*, 27, 687–692.
10. Alm, P. (2014). Stuttering in relation to anxiety, temperament, and personality: Review and analysis with focus on causality. *Journal Of Fluency Disorders*. 40, 5-21.
11. Zenner, A. A., Ritterman, S. I., Bowen, S. K., & Gronhovd, K. D. (1978). Measurement and comparison of anxiety levels of parents of stuttering, articulatory defective, and normal-speaking children. *Journal of Fluency disorders*, 3(4), 273-283.

12. Anderson, J. D., Pellowski, M. W., Conture, E. G., & Kelly, E. M. (2003). Temperamental characteristics of young children who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46, 1221–1233.
13. Yairi, E., Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21th Century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 66-87.
14. Cox, N. J., Seider, R. A., & Kidd, K. K. (1984). Some environmental factors and hypotheses for stuttering in families with several stutterers. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 27(4), 543-548.
15. Brosch, S., Pirsig, W, (2001). Stuttering in history and culture, *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 59, 81-87.
16. Yairi, E., & Ambrose, N. G. (1999). Early Childhood Stuttering IPersistence and Recovery Rates. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(5), 1097-1112.
17. Zebrowski, P., M. & Kelly, E., M. (2002). *Manual of Stuttering Intervention*, Singular.
18. Yairi, E., & Seery, C. H. (2011). *Stuttering: Foundations and clinical applications*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
19. ASHA (American Speech-Language-Hearing Association, Erişim: 11.03.2016. *Terminology Pertaining to Fluency And Fluency Disorders: Guidelines*. <http://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Childhood-Fluency-Disorders/>
20. Yairi, E. (1981). Disfluencies of normally speaking two-year-old children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 24(4), 490-495.
21. Gordon, P.A., Luper, H.L. (1989). Speech disfluencies in nonstutterers: syntactic complexity and production task effects, *Journal of Fluency Disorders*, 14, 429-445.
22. Starkweather, C. W. (1987). *Fluency and stuttering*. Prentice-Hall, Inc.
23. Yairi, E., Ambrose, G.N. (2005). *Early childhood stuttering*, Pro.ed an Cnternational Publisher, Texas, 2, 5, 7, 10-11, 96-97.

24. Carlo, E. J., & Watson, J. B. (2003). Disfluencies of 3-and 5-year old Spanish-speaking children. *Journal of Fluency Disorders*, 28(1), 37-53.
25. Ambrose, N. G., & Yairi, E. (1999). Normative disfluency data for early childhood stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(4), 895-909.
26. Wingate, M. E. (1987). Fluency and disfluency; illusion and identification. *Journal of fluency disorders*, 12(2), 79-101.
27. Conture, E. G. (1996). Treatment Efficacy Stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 39(5), S18-S26.
28. Yairi, E. (1997). Disfluency characteristics of early childhood stuttering. In R. F.
29. National Institute on Deafness and Communication Disorders (NIDCD). (2010). NIDCD Fact Sheet: Stuttering. Bethesda, MD: NIDCD Information Clearing House.
30. Bloodstein, O., & Ratner, N. B. (2008). A handbook of stuttering (6th ed.). New York: Thomson Delmar Learning.
31. Furnham, A., & Davis, S. (2004). Involvement of social factors in stuttering: A review and assessment of current methodology. *Stammering research: an on-line journal published by the British Stammering Association*, 1(2), 112.
32. Maviş, İ., Louis, K. O. St., Özdemir, S., Toğram, B. (2013). Attitudes of Turkish speech and language therapists toward stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 157–170.
33. Trajkovski, N., Andrews, C., Onslow, M., Packman, A., O'Brian, S., & Menzies, R. (2009). Using syllable-timed speech to treat preschool children who stutter: A multiple baseline experiment. *Journal of Fluency Disorders*, 34(1), 1-10.
34. Kayıkçı, M. E. K., & Belgin, E. (2010). Okul çağı kekeme Türk çocuklarının kekemelik bulguları. *Turkish Pediatrics Archive/Turk Pediatri Arsivi*, 45(2).

35. Guitar, B. (2013). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Lippincott Williams & Wilkins.
36. Curlee, R. F. (1999). Identification and case selection guidelines for early childhood stuttering. *Stuttering and related disorders of fluency*, 3, 3-22.
37. Bloodstein, O. (1995). *A Handbook on Stuttering* (5th ed.), San Diego, CA: Singular, 1, 5, 70, 72.
38. Manning, W. H. (2001). *Clinical decision-making in fluency disorders*. Vancouver, British Columbia, Canada: Singular.
39. McClean, M. D., & Runyan, C. M. (2000). Variations in the relative speeds of orofacial structures with stuttering severity. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 43(6), 1524-1531.
40. Peters, T. J., & Guitar, B. (1991). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Williams & Wilkins.
41. Schwartz, H. D. (1999). *Primer for stuttering therapy*. Allyn & Bacon.
42. Rosenbek, J., Messert, B., Collins, M., & Wertz, R. T. (1978). *Stuttering following brain damage*. *Brain and language*, 6(1), 82-96.
43. Shames, G.H., Wiig, E.H., Secord, W.A., (1998). *Human communication disorders:an introduction*, 5Ed., MA: Allyn and Bacon Company.
44. Owens, R. E., Metz, D. E., Haas, A. (2003). *Introduction to Communication Disorders: A Life Span Perspective*, Allyn and Bacon, Boston.
45. Riper, C. (1982). The Nature of Stuttering, Prentice-Hall, Eaglewood Cliffs, New Jersey, 1-2, 4, 5, 13, 63-64, 147-156, 269-271.
46. Sheehan, J. G., & Martyn, M. M. (1970). Stuttering and its disappearance. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 13(2), 279-289.
47. Bloodstein, O. (2002). Early stuttering as a type of language difficulty. *Journal of Fluency Disorders*, 27(2), 163-167.
48. Rustin, L., Cook, F., Spence, R. (1995). *The Management of Stuttering in Adolescence: A Communication Skills Approach*, Singular Pub. Group, San Diego, 7.

49. Conture, E. G. (2001). *Stuttering: Its nature, diagnosis and treatment*. Boston: Allyn & Bacon.
50. Riley, G., & Riley, J. (1984). A component model for treating stuttering in children. In M. Prins (Ed.), *Contemporary approaches in stuttering therapy*. Boston: Little, Brown.
51. Smith, A., & Kelly, E. (1997). Stuttering: A dynamic, multifactoral model. In R. F.
52. Embiyaoğlu, G. (1976). *Kekemeliğin Psikolojik ve Psikanalitik Açından İncelenmesi*. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi.
53. Treon, M., Dempster, L., & Blaesing, K. (2006). MMPI-2/A assessed personality differences in people who do, and do not, stutter. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 34(3), 271-294.
54. Swan, A. M. (1993). Helping children who stutter: What teachers need to know. *Childhood Education*, 69(3), 138-141.
55. Craig, A. (2003). Clinical psychology and neurological disability: Psychological therapies for stuttering. *Clinical Psychologist*, 7(2), 93-103.
56. Travis, L. E., Malamud, W. I. L. L. I. A. M., & Thayer, L. R. (1934). The relationship between physical habitus and stuttering. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 29(2), 132.
57. Feinberg, A. Y., Griffin, B. P., & Levey, M. (2000). Psychological aspects of chronic tonic and clonic stuttering: Suggested therapeutic approaches. *American journal of orthopsychiatry*, 70(4), 465.
58. Bennett, E. M. (2006). *Working with People Who Stutter: A Lifespan Approach*, Pearson Merrill Hall, New Jersey, 24, 39, 58, 63, 216, 230, 394-400, 416-417.
59. Cooper, E. B., & Cooper, C. S. (1985). Clinician attitudes towards stuttering: A decade of change (1973–1983). *Journal of Fluency Disorders*, 10, 19–23.

60. Cooper, E. B., & Rustin, L. (1985). Clinicians attitudes toward stuttering in the United States and Great Britain: A cross-cultural study. *Journal of Fluency Disorders*, 10, 1–17.
61. Cypreansen, L. (1948). Group therapy for adult stutterers. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 13(4), 313-319.
62. Walnut, F. (1954). A personality inventory item analysis of individuals who stutter and individuals who have other handicaps. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 19, 220–227.
63. Guitar, B. (1976). Pretreatment factors associated with the outcome of stuttering therapy. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 19(3), 590-600.
64. Amster, B. J., & Klein, E. R. (2008). Perfectionism in people who stutter: Preliminary findings using a modified cognitive-behavioral treatment approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(1), 35.
65. Silverman, F. H. (2004). Stuttering and other fluency disorders. Waveland Press Inc.
66. Manning, W, Beck J. G. (2013). The role of psychological porcesses in estimates of stuttering severity, *Journal of Fluency Disorders*, 38, 356-367.
67. Iverach, L., Jones, M., O'Brian, S., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., et al. (2009). The relationship between mental health disorders and treatment outcomes among adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 34, 29–43.
68. Alm, P. A., & Risberg, J. (2007). Stuttering in adults: The acoustic startle response, temperamental traits, and biological factors. *Journal of Communication Disorders*, 40, 1–41.
69. Iverach, L., Jones, M., O'Brian, S., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., et al. (2009). Screening for personality disorders among adults seeking speech treatment for stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 34, 173–186.

70. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Rev. 4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
71. Eggers, K., De Nil, L. F., & Van den Bergh, B. R. (2010). Temperament dimensions in stuttering and typically developing children. *Journal of Fluency Disorders*, 35, 355–372.
72. Fowlie, G. M., & Cooper, E. B. (1978). Traits attributed to stuttering and nonstuttering children by their mothers. *Journal of Fluency Disorders*, 3(4), 233-246.
73. Karrass, J., Walden, T. A., Conture, E. G., Graham, C. G., Arnold, H. S., Hartfield, K. N., et al. (2006). Relation of emotional reactivity and regulation to childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 39, 402–423.
74. Eggers, K., Luc, F., & Van den Bergh, B. R. (2009). Factorial temperament structure in stuttering, voice-disordered, and typically developing children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52(6), 1610-1622.
75. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
76. Kefalianos, E., Onslow, M., Ukoumunne, O., Block, S., & Reilly, S. (2014). Stuttering, Temperament, and Anxiety: Data From a Community Cohort Ages 2–4 Years. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 57(4), 1314-1322.
77. Miodovnik, A., Diplas, A. I., Chen, J., Zhu, C., Engel, S. M., & Wolff, M. S. (2012). Polymorphisms in the maternal sex steroid pathway are associated with behavior problems in male offspring. *Psychiatric genetics*, 22(3), 115.
78. Snitselaar, M. A., Smits, M. G., van der Heijden, K. B., & Spijker, J. (2013). Sleep and circadian rhythmicity in adult ADHD and the effect of stimulants: A review of the current literature. *Journal of Attention Disorders*.

79. Gunn, A., Menzies, R. G., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., Lowe, R., ... & Block, S. (2014). Axis I anxiety and mental health disorders among stuttering adolescents. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 58-68.
80. Albano, A. M., DiBartolo, P. M., Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1995). Children and adolescents: Assessment and treatment. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 387-425). New York: Guilford.
81. Davis, S., Shisca, D., & Howell, P. (2007). Anxiety in speakers who persist and recover from stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 40, 398-417.
82. Mulcahy, K., Hennessey, N., Beilby, J., & Byrnes, M. (2008). Social anxiety and the severity and typography of stuttering in adolescents. *Journal of Fluency Disorders*, 33, 306-319.
83. Blood, G. W., Blood, I. M., Tellis, G., & Gabel, R. (2001). Communication apprehension and self-perceived communication competence in adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 26, 161-178.
84. Blood, G. W., Blood, I. M., Maloney, K., Meyer, C., & Dean Qualls, C. (2007). Anxiety levels in adolescents who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 40, 452-469.
85. Craig, A., & Hancock, K. (1996). Anxiety in children and young adolescents who stutter. *Australian Journal of Human Communication Disorders*, 24, 28-38.
86. Blood, G., Blood, I., Tellis, G., & Gabel, R. (2003). A preliminary study of self-esteem, stigma and disclosure in adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 28, 143-159.
87. Hearne, A., Packman, A., Onslow, M., & Quine, S. (2008). Stuttering and its treatment in adolescence: The perceptions of people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 33(2), 81-98.

88. Craig, A. (2000). The developmental nature and effective treatment of stuttering in children and adolescents. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 12(3), 173-186.
89. Manning, W. H., Dailey, D., & Wallace, S. (1984). Attitude and personality characteristics of older stutterers. *Journal of Fluency Disorders*, 9(3), 207-215.
90. Yaruss, J. S., & Coleman, C. (2006). Treating preschool children who stutter: Description and preliminary evaluation of a family-focused treatment approach. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 37(2), 118-136.
91. Iverach, L., Rapee, R. M. (2014). Social Anxiety Disorders and Stuttering: Current Status And Future Directions. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 69-82.
92. American Speech-Language-Hearing Association. Erişim: 21.05.16. Audiologic Screening Guidelines. <http://www.asha.org/policy/GL1997-00199/>
93. Topbaş, S.,Güven, S. (2011). Test of Early Language Development.: Turkish (Teld3: T). Türkce Erken Dil Gelişimi Testi (TEDİL). Ankara: Detay Yayıncılık.
94. Ege, P., Acarlar, F., Turan, F. (2005). Ankara Artikülasyon Testi El Kitabı. Ankara Üniversitesi Yayınları.
95. Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). ASEBA preschool forms & profiles. University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families, Burlington, VT.
96. Erol, N., Şimşek, Z. (2012). Okul Çağı Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçekleri El Kitabı. Mentis Yayıncılık.
97. Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. *Anxiety and behavior*, 1.
98. Öner, N. ve LeCompte A. (1985). Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.

99. Öner, N. (2006). Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler: Bir Başvuru Kaynağı (Genişletilmiş 2. Baskı). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
100. Arnold, H. S., Conture, E. G., Key, A. P., & Walden, T. (2011). Emotional reactivity, regulation and childhood stuttering: A behavioral and electrophysiological study. *Journal of Communication Disorders*, 44(3), 276-293.
101. Blood, G. W., & Blood, I. M. (2004). Bullying in adolescents who stutter: Communicative competence and self-esteem. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31, 69-79.



Ek 1



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-360

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 18.03.2015 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2015/06
Proje No : GO 15/20 (Değerlendirme Tarihi: 07.01.2015)
Karar No : GO 15/20 - 06

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Odyoloji Bölümü öğretim üyelerinden Doç.Dr.Maviş Emel Kulak KAYIKÇI'nın sorumlu araştırmacısı olduğu, Dr.Meltem Çiğdem KİRAZLI ile birlikte çalışacakları Arş.Gör.Tuğçe KARAHAN'ın tezi olan GO 15/20 kayıt numaralı ve "**Aktıcı Konuşma Bozukluğu Olan Çocukların Davranış Değerlendirmesi ve Ebeveynlerinin Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi**" başlıklı proje önerisi araştırmının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan) | 9 Prof. Dr. Rahime Nohutçu (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye) | 10. Prof. Dr. R. Köksal Özgül (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım Sara (Üye) | 11. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu (Üye) | 12. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer (Üye) | 13 Prof. Dr Leyla Dinç (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye) | 14. Prof. Dr. Hatice Doğan Buzoğlu (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ali Düzova (Üye) | 15. Av. Meltem Onurlu (Üye) |
| 8. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye) | |

Ek 2**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ AKICI KONUŞMA BOZUKLUKLARI BİLGİ FORMU**

Tarih: / / 20.....

Hastanın		Bilgi Verenin	
Adı Soyadı		Adı Soyadı	
Doğum Tarihi		Yakınlık Derecesi	
Dosya Numarası		Telefon Numarası	
Cinsiyeti	Kadın Erkek	Mesleği/Adresi?	

Bilgi Alanın Adı Soyadı	
İşitme testi? (Yenidoğan ve sonrası)	Geçti - Kaldı Normal işitme - İK. Çok hafif Hafif Hafif-orta Orta İleri Çok ileri

Kekemelik Öyküsü	
Başladığı Yaş	
Tanımı	Ani yavaş yavaş
Değişim	Artış Azalma Dalgalanarak
Nedeni	Travma, Ayrılık, Taşınma, Kafa darbesi vb.

Müdahale	
Ailede Dil/Konuşma Problemi	
Hastanın Tutumu	
Ailenin Tutumu	
Çevrenin Tutumu	
Ek Bilgi	

Ek 3**1,5-5 Yaş Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği örnek maddeleri**

- | | | | | |
|---|---|---|-----|---|
| 0 | 1 | 2 | 60. | Cinsel organıyla çok fazla oynar |
| 0 | 1 | 2 | 61. | Okul ödevlerini tam ve iyi yapamaz |
| 0 | 1 | 2 | 62. | El, kol, bacak hareketlerini ayarlama da güçlük çeker, sakardır |
| 0 | 1 | 2 | 63. | Kendinden büyük çocuklarla vakit geçirmeyi tercih eder |

6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği

- | | | | | |
|---|---|---|----|--|
| 0 | 1 | 2 | 6. | Yerinde sakinçe oturamaz kıpır kıpırdır çok hareketlidir |
| 0 | 1 | 2 | 7. | Eşyaların yerinin değiştirilmesine katlanamaz |
| 0 | 1 | 2 | 8. | Beklemeye tahammülü yoktur, her şeyin anında yapılmasını ister |
| 0 | 1 | 2 | 9. | Yenmeyecek şeyleri ağızına alıp çiğner |

Ek 4

Sürekli Kaygı Ölçeği Örnek Maddeleri

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)