



**KEKEMELİĞİ OLAN
OKUL ÖNCESİ DÖNEM ÇOCUKLARIN
EBEVEYNLERİNİN ÇOCUKLARININ KEKEMELİĞİNE
YÖNELİK TEPKİ VE TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Işılray Nur BALİDEDE

Eskişehir 2021

**KEKEMELİĞİ OLAN OKUL ÖNCESİ DÖNEM ÇOCUKLARIN
EBEVEYNLERİNİN ÇOCUKLARININ KEKEMELİĞİNE YÖNELİK TEPKİ
VE TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

Işlay Nur BALIDEDE

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Bülent TOĞRAM

**Eskişehir
Anadolu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Haziran 2021**

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Işılray Nur BALİDEDE'nin "Kekemeliği Olan Okul Öncesi Dönem Çocukların Ebeveynlerinin Çocuklarının Kekemeliğine Yönelik Tepki Ve Tutumlarının İncelenmesi" başlıklı tezi 07/06/2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Anadolu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddeleri uyarınca, Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

	<u>Unvanı Adı Soyadı</u>	<u>İmza</u>
Üye (Tez Danışmanı):		
Üye :		
Üye :		

.....

Enstitü Müdürü

FINAL APPROVAL FOR THESIS

This thesis titled “assessing the reactions and attitudes of parents toward their preschool children who stutter” has been prepared and submitted by Işıl NUR BALİDEDE in partial fulfillment of the requirements in “Anadolu University Directive on Graduate Education and Examination” for the Degree of Master of Science in Speech and Language Therapy Department has been examined and approved on 07/06/2021.

Committee Members

Member (Supervisor) :

Member :

Member :

Signature

.....

.....

.....

.....

Director

Graduate School of Health Sciences

ÖZET

KEKEMELİĞİ OLAN OKUL ÖNCESİ DÖNEM ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN ÇOCUKLARININ KEKEMELİĞİNE YÖNELİK TEPKİ VE TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Işılay Nur BALİDEDE

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Haziran 2021

Danışman: Doç. Dr. Bülent TOĞRAM

Bu çalışmada, kekemeliği olan okul öncesi dönem çocukların ebeveynlerinin, çocuklarının kekemeliğine yönelik tepki ve tutumlarının ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Çalışmaya 3-6 yaş arasında kekemeliği olan çocuğa sahip anne (n = 28) ve babalar (n = 35) katılmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak ‘Katılımcı Bilgi Formu’ , ‘Akıcı Konuşma Bozukluğu Çocuk Değerlendirme Formu’ ve Türkçe’ye uyarlaması yapılan ‘KATÖ’ kullanılmıştır. Uygulama kolaylığı sağlamak için formlar birleştirilerek online formata dönüştürülmüştür. Toplanan veriler SPSS v26 istatistik paket programı ile t-testi, tek yönlü varyans analizi ve pearson korelasyon analizi kullanılarak analiz edilmiştir. KATÖ puanları, ölçek toplam puan ve bilişsel, davranışsal, duygusal olmak üzere 3 alt alan puan ortalamaları dikkate alınarak yorumlanmıştır. Yapılan analizler sonucunda ebeveynlerin en güçlü bilişsel, en zayıf duygusal alanda tepki ve tutum sergilediği bulunmuştur. Anne ve babaların puanları kıyaslandığında, duygusal alt alan dışında babaların tüm puan türlerinde annelerden daha yüksek puan aldığı, ancak anne ve babalar arasında hiçbir puan türünde anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur. Çocuğun cinsiyetine göre anne ve babalar karşılaştırıldığında, duygusal alt alanda erkek çocuklarının annelerinin babalardan anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Ebeveynlerin öğrenim durumu, ebeveynlerin yaşı, kekemeliği olan çocuğun yaşı ile ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmazken, terapi alan çocuğa sahip ebeveynlerin ölçek toplam puan ve davranışsal alt alan puan ortalamaları terapi almayan çocukların ebeveynlerine göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Kekemelik başlama yaşı arttıkça ölçek davranışsal alt alan puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Kekemelik, Okul Öncesi, Ebeveyn, Tepki ve Tutum.

ABSTRACT

ASSESSING THE REACTIONS AND ATTITUDES OF PARENTS TOWARD THEIR PRESCHOOL CHILDREN WHO STUTTER

Işılray Nur BALİDEDE

Department of Speech and Language Therapy

Anadolu University, Graduate School of Health Sciences, June 2021

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Bülent TOĞRAM

In this study, it is aimed to reveal the reactions and attitudes of parents toward their preschool children who stutter. Mothers (n=28) and fathers (n=35) who have stuttering children of 3-6 ages participated in the study. As data collection instruments, “Participant Information Form”, “Fluent Speech Disorder Child Evaluation Form” and a Turkish adapted “RSDS” were used in the study. For ease of use, the forms were converted into online formats. The collected data were analyzed with the t-test, the one-way analysis of variance and Pearson correlation analysis of SPSS statistics package v26. RSDS points were evaluated considering the scale total points and the average points of the scale’s 3 subdomains, being cognitive, behavioral and emotional. As a result of the analyses, it was found that the parents revealed the strongest reactions and attitudes in cognitive subdomain and the weakest reactions and attitudes in the emotional subdomain. When comparing the points of the mothers and fathers, it was found that the fathers got the highest points in all the subdomains except for the emotional subdomain; however there is no significant difference between the mothers and the fathers in any of the domains. Comparison of the mothers and the fathers in terms of the children’s gender showed that male children’s mothers got significantly higher points than their fathers in the emotional subdomain. There is no significant difference between parents’ education levels, parents’ ages, stuttering children’s ages and their scale points. On the other hand, average points in the total and behavioral subdomain of the parents of children getting therapy were found to be significantly lower than those of the parents of children getting no therapy. It was also found that the average points in the scale’s behavioral subdomain increase significantly as the starting age of stuttering goes higher.

Keywords: Stutter, Preschool, Parents, Reaction and Attitude.

TEŞEKKÜR

Bu araştırmaya başladığım günden bitirdiğim güne kadar ne zaman ihtiyacım olsa ulaşabildiğim, ayrı şehirlerde olmamıza rağmen çalışmamı en iyi şekilde yürütmem için beni destekleyen, her türlü tecrübesini benimle paylaşan ve her konuştuğumda daha büyük azimle devam etmemi sağlayan değerli hocam ve tez danışmanım sayın Doç. Dr. Bülent TOĞRAM'a,

Çalışmamın her aşamasında çekinmeden tüm sorularımı sorduğum ve bütün tecrübeleriyle bana her zaman yol gösteren canım arkadaşım ve hocam Uzm. DKT Kübra Nur ŞİMŞEK'e,

Tez sürecimde beni bütün stresimle ve huysuzluğumla çeken, bu süreçte her zaman yanımda olan yakın arkadaşlarım Aysu PAPURCU ve Cansu USTA'ya,

Tez sürecimle birlikte yürüttüğüm iş hayatımda bütün eksiklerimi gideren ve manevi desteklerini esirgemeyen iş arkadaşlarım Sevil GEZER ve Buse Nur BERK'e,

Yüksek lisans hayatımı renklendiren ve tez sürecinde tecrübelerimizi paylaştığımız arkadaşlarım Ebru TETİK, Feyza ÇELEBİ ve Esra BAŞOL'a,

Çalışmamın istatistiksel analizlerinde yardımcı olan Alfa İstatistik grubuna,

Çalışmamın İngilizce diliyle ilgili gerekli işlerine yardımcı olan abim Fevzi BALIDEDE'ye,

Çalışmam için katılımcı bulmamda yardımcı olan bütün dil ve konuşma terapistleri meslektaşlarım ve değerli hocalarıma,

Çalışmam için katılımcı olmayı kabul ederek bana destek olan ve bilime katkı sağlayan tüm anne ve babalara,

Hayatım boyunca maddi ve manevi bütün ihtiyaçlarımı karşılayan, çocukluğumda kaybettiğim babamın yerini dolduramasa da yokluğunu hissettirmemeye çalışan, fedakarlıklarıyla bizi büyüten, sabrı ve şefkatiyle hep yanımda olan canım annem Hacer BALIDEDE'ye,

Varlıklarıyla en büyük destekçim olan ve her türlü sıkıntılarında yanımda olan canım abilerim, sevgili eşleri ve biricik yeğenlerime en içten teşekkürlerimi sunarım.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Anadolu Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programıyla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

STATEMENT OF COMPLIANCE WITH ETHICAL PRINCIPLES AND RULES

I hereby truthfully declare that this thesis is an original work prepared by me; that I have behaved in accordance with the scientific ethical principles and rules throughout the stages of preparation, data collection, analysis and presentation of my work; that I have cited the sources of all the data and information that could be obtained within the scope of this study, and included these sources in the references section; and that this study has been scanned for plagiarism with “scientific plagiarism detection program” used by Anadolu University, and that “it does not have any plagiarism” whatsoever. I also declare that, if a case contrary to my declaration is detected in my work at any time, I hereby express my consent to all the ethical and legal consequences that are involved.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
BAŞLIK SAYFASI	ii
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI.....	iii
FINAL APPROVAL FOR THESIS.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	vii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	viii
STATEMENT OF COMPLIANCE WITH ETHICAL PRINCIPLES AND RULES.....	ix
İÇİNDEKİLER	x
TABLolar DİZİNİ	xv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xvii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Giriş.....	1
1.2. Amaç.....	2
1.3. Önem.....	4
1.4. Varsayımlar.....	5
1.5. Sınırlılıklar.....	5
2. ALANYAZIN ARAŞTIRMASI.....	6
2.1. Kekemelik.....	6
2.1.1. Kekemeliğin tanımı.....	6
2.1.2. Kekemeliğin nedenleri ve ilgili kuramlar.....	8

	<u>Sayfa</u>
2.1.2.1. <i>Yapısal kuramlar</i>	9
2.1.2.1.1. <i>Genetik ve organik kuramlar</i>	9
2.1.2.1.2. <i>Fizyolojik ve biyokimyasal kuramlar</i>	10
2.1.2.1.3. <i>Nörolojik kuramlar</i>	10
2.1.2.2. <i>Psikolojik kuramlar</i>	10
2.1.2.3. <i>Öğrenme ve şartlanma kuramları</i>	11
2.1.2.3.1. <i>Tanı kökenli (diagnosojenik) kuram</i>	11
2.1.2.3.2. <i>Yaklaşma-kaçınma karmaşası kuramı</i>	12
2.1.2.3.3. <i>Beklentiler kuramı</i>	12
2.1.2.4. <i>Talepler ve kapasiteler kuramı</i>	12
2.1.2.5. <i>Nöro-psiko-linguistik kuram</i>	13
2.1.3. <i>Kekemeliğin farklı değişkenlere göre oranları</i>	13
2.1.4. <i>Kekemeliğin türleri ve sınıflandırılması</i>	14
2.1.5. <i>Kekemeliğin başlangıcı ve gelişimi</i>	16
2.1.6. <i>Kekemeliğin değerlendirilmesi ve tanınması</i>	17
2.1.7. <i>Kekemeliğin terapisi</i>	18
2.2. <i>Ebeveyn Tepki ve Tutumları</i>	22
2.2.1. <i>Ebeveynlerin tepki ve tutumları</i>	22
2.2.2. <i>Ebeveyn tepki ve tutumlarını ölçen ölçekler</i>	24
2.3. <i>Kekemelikte Ebeveyn Tepki ve Tutumları</i>	25
3. <i>GEREÇ VE YÖNTEM</i>	29
3.1. <i>Araştırma Modeli</i>	29
3.2. <i>Araştırmanın Katılımcıları</i>	29

	<u>Sayfa</u>
3.2.1.Katılımcı ölçütleri.....	29
3.2.2. Katılımcılara ait demografik bilgiler.....	30
3.2.1.1. <i>Pilot çalışmaya ait demografik bilgiler</i>	30
3.2.2.2. <i>Ana çalışmaya ait demografik bilgiler</i>	33
3.3. Verilerin Toplanması.....	37
3.3.1. Veri toplama aracı.....	37
3.3.1.1. <i>Konuşma akıcısızlığına tepki ölçeği</i>	37
3.3.1.1.1. <i>Ölçeğin içeriği ve amacı</i>	38
3.3.1.1.2. <i>Ölçeğin bölümleri</i>	38
3.3.1.1.3. <i>Ölçeğin yanıtlanma biçimi ve puanlanması</i>	39
3.3.1.1.4. <i>Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması</i>	40
3.4. Araştırmanın Aşamaları.....	41
3.4.1. KATÖ'nün Türkçe'ye uyarlanması.....	42
3.4.1.1. <i>İleri çeviri aşaması</i>	42
3.4.1.2. <i>Uzman paneli ve geri çeviri aşaması</i>	42
3.4.1.3. <i>Pilot çalışma ve bilişsel görüşme aşaması</i>	43
3.4.1.4. <i>Son versiyon ve belgeleme aşaması</i>	43
3.4.2. Ölçeğin uygulanması.....	43
3.5.Verilerin Analizi.....	44
3.5.1. Ön analizler.....	44
4. BULGULAR.....	46
4.1. Pilot Çalışma Bulguları.....	46
4.1.1. Katılımcıların KATÖ ve alt boyut puanları.....	46

	<u>Sayfa</u>
4.1.2. Katılımcıların KATÖ ve alt boyut puan ortalamaları.....	47
4.2. Ana Çalışma Bulguları.....	48
4.2.1. Katılımcıların KATÖ ve alt boyut puanları.....	48
4.2.2. Katılımcıların KATÖ ve alt boyut puan ortalamaları.....	49
4.2.3. Ebeveyn tipine (anne ve baba) göre KATÖ ve alt boyut puanlarının farklılaşmasının incelenmesi.....	51
4.2.4. Çocuğun cinsiyetine göre anne ve babaların KATÖ ve alt boyut puan ortalamalarının farklılaşmasının incelenmesi.....	52
4.2.5. Ebeveynlerin eğitim durumuna göre KATÖ ve alt boyut puan ortalamalarının farklılaşmasının incelenmesi.....	53
4.2.6. Terapi alan ve almayan çocuklara sahip ebeveynlerin KATÖ ve alt boyut puan ortalamalarının farklılaşmasının incelenmesi.....	54
4.2.7. Ebeveynlerin yaşı, çocuğun yaşı, kekemelik başlama yaşı ile KATÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkilerin incelenmesi.....	55
5. TARTIŞMA.....	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
6.1. Sonuç.....	65
6.2. Öneriler.....	67
KAYNAKÇA.....	69
EKLER	
ETİK KURUL ONAYI	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLÖLAR/ÇİZELGELER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 2.1. Kekemelik tanı ölçütleri arasındaki farklılıklar.....	8
Tablo 2.2. Kekemelik benzeri/ kekemelik benzeri olmayan akıcısızlık türleri.....	15
Tablo 2.3. Türkçe dilindeki ebeveyn tutum ölçekleri ve içerikleri.....	25
Tablo 3.1. Pilot çalışma katılımcılarının sosyodemografik özellikleri.....	30
Tablo 3.2. Pilot çalışmada kekemeliği olan çocuğa ilişkin bilgiler.....	31
Tablo 3.3. Pilot çalışmada çocukların kekemeliğine ilişkin bilgiler.....	32
Tablo 3.4. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	33
Tablo 3.5. Kekemeliği olan çocuklara ilişkin bilgiler.....	34
Tablo 3.6. Çocukların kekemeliğine ilişkin bilgiler.....	35
Tablo 3.7. Ebeveynlerin tepki ve tutum sergiledikleri alt alanlar ve göstergeler.....	38
Tablo 3.8. Ölçeğin alt alanları ve madde numaraları.....	39
Tablo 3.9. Ölçekten alınan puan aralıkları ve anlamları.....	39
Tablo 3.10. KATÖ madde analizi sonuçları	40
Tablo 3.11. KATÖ ve alt boyutlarının özet istatistik değerleri.....	45
Tablo 4.1. Pilot çalışmada KATÖ ve alt boyutları puanlarına ilişkin özet istatistik değerleri.....	46
Tablo 4.2. Pilot çalışmada katılımcıların KATÖ ve alt boyutlarının özet istatistik değerleri.....	47
Tablo 4.3. Pilot çalışmada anne ve babaların KATÖ ve alt boyutlarının özet istatistik değerleri.....	47
Tablo 4.4. Katılımcıların KATÖ ve alt boyut puanları.....	48
Tablo 4.5. KATÖ ve alt boyutlarının özet istatistik değerleri.....	50
Tablo 4.6. Anne ve babaların KATÖ ve alt boyutlarının özet istatistik değerleri.....	50

Tablo 4.7. Ebeveyn tipine (anne ve baba) göre KATÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin t-testi sonuçları.....	51
Tablo 4.8. Çocuğun cinsiyetine göre anne ve babaların KATÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin t-testi sonuçları.....	52
Tablo 4.9. Ebeveynlerin eğitim durumuna göre KATÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin ANOVA Sonuçları.....	53
Tablo 4.10. Terapi alan ve almayan çocuklara sahip ebeveynlerin KATÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin t-testi sonuçları..	54
Tablo 4.11. Ebeveynlerin yaşı, çocuğun yaşı, kekemelik başlama yaşı ile KATÖ ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki ilişkiye dair pearson korelasyon analizi sonuçları.....	55

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

APA	: American Psychiatric Association (Amerikan Psikoloji Birliği)
ASHA	: American Speech-Language Hearing Association (Amerika Konuşma-Dil ve İşitme Derneği)
Bkz.	: Bakınız
Cohen's <i>d</i>	: Etki Büyüklüğü Değeri
DCM	: Demand Capacity Model (Talep Kapasite Modeli)
DFI	: Disfluency Frequency Index (Akıcılık Sıklığı İndeksi)
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ETÖ	: Ebeveyn Tutum Ölçeği
<i>F</i>	: F Testi
fMRI	: Functional Magnetic Resonance Imaging
ICD-10	: International Classification of Diseases-10 (Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması-10)
ISPP	: Impact of Stuttering on Preschoolers and Parents (Kekemeliğin Okul Öncesi Çocuklar ve Ebeveynler Üzerindeki Etkisi)
KATÖ	: Konuşma Akıcısızlığına Tepki Ölçeği
LP	: Litcombe Program (Litcombe Programı)
Maks	: Maksimum

Min	: Minimum
N/n	: Katılımcı Sayısı
OASES-C	:Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering-Caregivers (Konuşmacının Kekemelik Deneyimlerinin Genel Değerlendirmesi-Bakıcı)
Ort	: Ortalama
p	: Anlamlılık Düzeyi
PARI	:Parental Attitude Research Instrument (Ebeveyn Tutum Araştırma Aracı)
PAS	: Parent / Parenting Attitude Scale (Ebeveyn Tutum Ölçeği)
PCI	: Palin Child Interaction (Ebeveyn Çocuk Etkileşimi)
PET	: Positron Emission Tomography
PRS	:Parent Rating Scale (Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği)
r	:Korelasyon Katsayısı
RSDS	: Reaction to Speech Dysfluency Scale (Konuşma Akıcısızlığına Tepki Ölçeği)
SPSS v26	:Statistical Package for the Social Sciences version 26
Ss	: Standart Sapma
t	: t Testi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bu bölümde çalışmaya genel bir giriş yapılmıştır. Ayrıca çalışmanın araştırma soruları dahil edilerek amacı ve önemi anlatılmıştır. Çalışmadaki varsayımlar ve sınırlılıklardan da bahsedilmiştir.

1.1. Giriş

İnsanın toplumsal bir varlık olmasından doğan iletişim ihtiyacı çeşitli yollarla sağlanmaktadır. Konuşma, kişilerin kendini ve düşüncelerini, sahip olduğu dil aracılığıyla ifade etmede kullandığı, insan vücudunda gerçekleşen bir takım motor eylem sonucu oluşan en önemli iletişim aracıdır [1]. İnsan hayatında önemli bir yere sahip olan konuşma, yaşamın farklı dönemlerinde ve kişiden kişiye değişen farklı bozukluklar nedeniyle sekteye uğrayarak iletişim amaçlı kullanımda zorluklar yaratabilmektedir.

İnsan hayatını olumsuz etkileyen ve yaygın görülen konuşma bozukluklarından biri olan akıcı konuşma bozuklukları Amerika Dil, Konuşma ve İşitme Derneği (ASHA)'ne göre kekemelik ve takifemiye içermektedir [2]. Kekemelik, ASHA'ya göre konuşma sırasında meydana gelen tekrarlar, uzatmalar veya bloklardan daha fazlasıdır [2]. Konuşma sırasında bozulan akıcılık nedeniyle vücut gergin hale gelerek fiziksel ve duygusal tepkiler ortaya çıkarabilir [2].

Okul öncesi ya da diğer bir ifadeyle çocukluk çağı kekemelik ile ilgili birçok çalışmaları bulunan Yairi ve Ambrose (2005)'e göre kekemelik, genellikle 2-4 yaş arasında yani yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkmaktadır [3]. Okul öncesi dönem olarak da adlandırılan bu dönemde kekemeliği olan çocukların ve ebeveynlerinin yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği söylenebilir. ' [4]. Bu söze karşılık gelen durum kanıtlanmamış olsa da, ebeveynler çocuklarının kekemeliklerinden sorumlu olarak görülmekte ve bunu düzeltme gibi uygunsuz tepkilerle çocukların kekemeliklerini güçlendirdikleri düşünülmektedir [5, 6].

Kekemeliği olan okul öncesi dönem çocukların değerlendirme ve terapi sürecinde ebeveynlerin de sürece dahil edilmesi, çocuğun akıcılığı üzerinde oldukça önemli yer tutmaktadır. Bu durumun sebebi ebeveynlerin çocuğun kekemeliğine olan tepkisi ile çocuğun akıcısızlığı arasında iki yönlü bir ilişkinin olmasıdır [7]. Kronikleşen kekemelik

sonrası değişen ebeveyn tutumları, çocuğun akıcısızlığının artmasına neden olabilmektedir [7]. Ebeveyn tutumlarının akıcılık üzerindeki etkisi bazı terapi yöntemlerinin okul öncesi dönemde kekemeliğe sahip çocukların, ebeveyn tutum ve tepkisini değiştirmeye ve düzenlemeye odaklanarak çocukların akıcılığını arttırmayı hedeflemesinden anlaşılabılır.

Kekemeliği olan okul öncesi dönemdeki çocuğa sahip olan ebeveynler; kaygı, endişe, öfke, üzüntü, suçluluk gibi duygusal tepkiler; sabırla bekleme gibi olumlu tepkilerin yanında derin nefes alma, daha sakin ve yavaş konuşma gibi uyarılarda bulunma, sözünü tamamlama gibi davranışsal tepkiler; çocuklarının neden kekemeliği olduğunu bilmemelerinin verdiği güvensizlikle olumsuz ve yanlış tutum sergileme gibi bilişsel tepkiler verebilmektedir [8, 9]. Aslında çocuğuna yardımcı olduğunu düşünerek göz temasında aşırılık, zaman baskısının azaltılması, dinlenildiğinden emin olması için bunun belirtilmesi gibi birçok tepki ve tutum çocuğun akıcılığı üzerinde olumsuz etki yaratabilmektedir [8, 9]. Okul öncesi dönemde kekemeliğe sahip çocuklar için birçok ebeveyn davranışının değerlendirmeler yoluyla saptanmasına ve terapi sürecinde de çocuğun akıcılığı üzerindeki olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılmasına ihtiyaç vardır. Bu nedenle kekemelik için özelleştirilmiş ebeveyn tepki ve tutumlarını ölçen bir ölçek kullanılmalıdır.

Bu çalışmada ebeveynlerin bilişsel, davranışsal ve duygusal olarak çocuklarının kekemeliğine yönelik tepkileri ve tutumları incelemek amacıyla Konuşma Akıcısızlığına Tepki Ölçeği (KATÖ)'nin Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır ve bu ölçek aracılığıyla veri toplanmıştır.

1.2. Amaç

Bu çalışmanın amacı, kekemeliği olan okul öncesi dönem çocukların ebeveynlerinin bilişsel, davranışsal ve duygusal olarak çocuklarının kekemeliğine yönelik tepki ve tutumlarını incelemektir. Veri toplamak üzere Humeniuk ve Tarkowski (2016) tarafından geliştirilen KATÖ Türkçe'ye uyarlanmıştır. Uyarlanan ölçek yoluyla belirtilen alanlarda ebeveynlerin tepki ve tutumlarının nitel ve nicel olarak betimlenmesi hedeflenmiştir. Bu amaçlar doğrultusunda aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranmıştır:

1. Katılımcıların ölçekten aldıkları alt bölüm ve toplam puanlar nedir?
2. Katılımcıların ölçekten aldıkları alt bölüm ve toplam puan ortalamaları nedir?
 - a) Katılımcıların ölçekten aldıkları alt bölüm ve toplam puan ortalamaları nedir?
 - b) Anne-babaların ölçekten aldıkları alt bölüm ve toplam puan ortalamaları nedir?
3. Ebeveyn tipine (anne-baba) göre ölçekten alınan alt bölüm ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık var mıdır?
4. Anne ve babaların, çocuklarının cinsiyetine göre ölçekten aldıkları alt bölüm ve toplam puan ortalamaları nedir?
 - a) Kız çocuğu olan annelerin ve kız çocuğu olan babaların ölçekten aldıkları alt bölüm ve toplam puan ortalamaları nedir?
 - b) Erkek çocuğu olan annelerin ve erkek çocuğu olan babaların ölçekten aldıkları alt bölüm ve toplam puan ortalamaları nedir?
5. Çocuklarının cinsiyetine göre anne ve babaların ölçekten aldıkları alt bölüm ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık var mıdır?
 - a) Kız çocuğu olan anne ve babalar arasında ölçekten aldıkları alt bölüm ve toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılık var mıdır?
 - b) Erkek çocuğu olan anne ve babalar arasında ölçekten aldıkları alt bölüm ve toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılık var mıdır?
6. Ebeveynlerin eğitim durumlarına göre ölçekten aldıkları alt bölüm ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık var mıdır?
7. Terapi alan ve almayan çocuklara sahip ebeveynlerin ölçekten aldıkları alt bölüm ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık var mıdır?
8. Ebeveynlerin yaşı, çocuğun yaşı, kekemelik başlama yaşı ile ölçekten alınan alt bölüm ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki var mıdır?

1.3. Önem

Kekemelik, dünyanın her yerinde, tüm etnik topluluklarda, tüm kültürlerde, tüm ırklarda, hiçbir şekilde gelir seviyesi, meslek, yaş, cinsiyet, zeka düzeyi farkı gözetmeksizin görülebilen bir konuşma bozukluğudur [10]. Günümüze kadar yapılan çalışmalar dikkate alındığında en çok kabul gören kekemelik sıklık oranı yaklaşık %4-5; kekemelik yaygınlık oranı ise %1 seviyesindedir [11]. En yaygın görülen yaş grubunun okul öncesi dönem ya da erken çocukluk dönemi diye tarif edilen 2-5 yaşları arası olduğu ve yaygınlık oranının da %0.9 - %5.6 arasında olduğu belirtilmiştir [12]. Okul öncesi dönemde sıklıkla görülen kekemelik, ebeveynlerin çocukları için endişelerini arttırmakta ve çocuklarına olan tepki ve tutumlarını değiştirmelerine sebep olmaktadır.

Okul öncesi dönemdeki akıcısızlıklar kronik kekemeliğin başlangıcı olabileceği gibi gelişimin bir parçası olarak normal akıcısızlık olarak da ortaya çıkabilmektedir. Ebeveynler aracılığıyla devreye giren alanında uzman terapistler, normal akıcısızlık ile kekemelik arasındaki ayırıcı tanıyı koyarak her iki durum için de gerekli önlemleri almalıdır. Ebeveynlerin akıcısızlık yaşayan çocuklarına karşı takındıkları tepki ve tutum nedeniyle normal akıcısızlıklar çocuk tarafından fark edilebilir. Bu durum da çocuğu duygusal, psikolojik veya sosyal olarak etkileyebilir. Bu nedenle terapistler tarafından bu tepki ve tutumların değerlendirmeler yoluyla tespit edilerek ortaya çıkarılması ve gerekli müdahalelerde bulunulması büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışma aracılığıyla kekemeliği olan okul öncesi dönem çocuğa sahip ebeveynlerin çocuklarına karşı takındıkları tepki ve tutumların betimlenmesi hedeflenmiştir. Bu amaçla Türkçe dilinde kullanılan bir ölçek bulunmamaktadır. Bu çalışma, kekemeliği olan okul öncesi dönem çocukların ebeveynlerinin tepkilerini ve tutumlarını belirlemek için araştırma ya da klinik amaçlı kullanılabilecek bir ölçeğin alanyazına kazandırılması açısından önem taşımaktadır. Ölçek yoluyla ebeveynlerin kekemeliği olan çocuklarına sergiledikleri tepki ve tutumlar ortaya çıkarılabilecektir. Çalışma sonrasında elde edilen veriler araştırmacılar için kaynak oluşturarak literatüre katkıda bulunacaktır. Ebeveynlerin çocuklarının akıcılıkları üzerindeki etkileri değerlendirme sürecinde saptanarak gerekli çevresel düzenlemeler yapılabilecek ve olumsuz etkilere müdahale edilebilecektir.

1.4. Varsayımlar

Bu araştırmada aşağıdaki varsayımlardan hareket edilmiştir:

1. Çalışmada kullanılan KATÖ çalışmanın katılımcısı olan ebeveynler tarafından samimi ve doğru şekilde doldurulmuştur.
2. Çalışmaya katılan ebeveynler kendileri ve çocuklarıyla ilgili bilgileri samimi ve doğru şekilde vermiştir.
3. Çalışmaya katılan ebeveynler çocuklarının kekemelikleriyle ilgili sorulan soruları samimi ve doğru şekilde cevaplamıştır.

1.5. Sınırlılıklar

Bu araştırmanın sınırlılıkları şunlardır:

1. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular, ilgili ölçme aracının ölçtüğü özellikler ve ölçeği dolduran ebeveynlerin sonuçlarıyla sınırlıdır.
2. Araştırmanın katılımcıları 28 baba ve 35 anne olmak üzere toplam 63 ebeveynle sınırlıdır.
3. Araştırmadaki kekemeliği olan çocukların cinsiyeti (24 kız, 39 erkek) ebeveynlerin eğitim durumu (12 ilköğretim, 14 lise ve 37 üniversite), ebeveyn yaşı, kekemelik başlama yaşı, kekemeliği olan çocuğun yaşı gibi değişkenlere ait katılımcı sayısı sınırlı veya eşit dağılmamaktadır.
4. Çalışmadaki anne ve babaların, aynı çocuğun ebeveynleri olup olmadığı bilinmemektedir. Ebeveynler ölçeği birbirinden bağımsız doldursa da birbirlerini etkileyebileceği düşünüldüğünden tüm ebeveynler ya aynı çocuğun anne ve babası ya da ayrı çocukların anne ve babaları seçilmesi çalışma sonuçlarını daha doğru etkileyeceği düşünülmektedir. Bu durum bu çalışmanın sınırlılığı olarak düşünülmektedir.

2. ALANYAZIN ARAŞTIRMASI

Bu bölümde çalışmanın kavramsal çerçevesinde önemli bir yere sahip olan kekemelik, farklı boyutlarıyla, güncel bilgileri içeren çalışmalar dahilinde, başlıklar halinde anlatılmıştır. Ayrıca genel özellikleriyle ebeveyn tepki ve tutumları açıklanarak kekemeliği olan okul öncesi dönem çocukların ebeveynlerinin tepki ve tutumlarını içeren anlatım yapılmıştır. Çalışmanın hedef kitlesi okul öncesi dönem kekemeliği olan çocuklar ve ebeveynleri olduğundan anlatımlar bu kapsamda şekillendirilmiştir.

2.1. Kekemelik

Bu kısımda kekemeliğin en kabul gören tanımları, kekemeliğin nedenleri ve bu çerçevede öne sürülen kuramlar, kekemeliğin yaş, cinsiyet, iyileşme faktörleri gibi farklı değişkenlere göre sıklık ve yaygınlık oranları, kekemeliğin türleri ve şiddet, tür gibi farklı değişkenlere göre sınıflandırılması, kekemeliğin başlangıç ve gelişimi, kekemeliğin değerlendirilmesi ve tanınması, kekemeliğin terapisi okul öncesi dönem çocuklar ve ebeveynleri çerçevesinde şekillendirilerek başlıklar halinde anlatılmıştır.

2.1.1. Kekemeliğin tanımı

Kekemeliğin etiyolojisinin kesin olarak bilinmemesi, karmaşık ve çok yönlü etmenleri içinde bulundurması gibi sebeplerle yapılan tanımlar farklı açılardan eksik kalabilmektedir ve buna bağlı olarak net ve tek bir tanım yapılamamaktadır [13]. Literatürde, bahsedilen sebebe bağlı olarak kekemelige dair çok çeşitli tanımlamalar bulunmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yayınladığı Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması'na (ICD-10) göre kekemelik 'ne söylemek istediğini bilmesine karşın, bir sesin istemsiz şekilde tekrar edilmesi veya bölünmesi sonucu, bireyin istediğini söyleyememesine sebep olan konuşmanın ritmindeki bozukluklar' şeklinde tanımlanmaktadır [14].

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) yaptığı tanımda kekemelik 'konuşmanın akışında ortaya çıkan tutukluk, bir sesin, hecenin ya da sözcüğün tekrar edilerek

duraklanması, bir sesin uzatılması gibi anlamlı bir konuşmada psikolojik, fizyolojik veya nörolojik etkenlerin yol açtığı ritim bozukluğu' olarak tanımlanmıştır [15].

APA tarafından düzenlenen Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Beşinci Baskı) (DSM-5) kekemelik tanımlama ölçütlerine kaygı ve kaçınma gibi davranışları da ekleyerek erken çocuklukta başlayan akıcılık bozukluğunu aşağıdaki 4 başlıkta toplamıştır [16]:

1. Konuşmacı bireyde (yaş özellikleri ve dil becerilerine uygun olmayan) aşağıdaki maddelerde yer alan konuşma özelliklerinden bir ya da daha fazlasının belirgin olarak ve sık şekilde görülmesiyle karakterizedir:
 - a. Kısmi kelime tekrarları (ses ya da hece tekrarları) (A-a-araba)
 - b. Ses uzatmaları (O>>>>>kul)
 - c. Kırık sözcükler (örneğin, nefes alma gibi sözcük içinde duraksamalar) (Be/bek)
 - d. Sesli veya sessiz şekilde ortaya çıkan bloklar (/konuşmayı başlatmama/ Annem geldi)
 - e. Cümle revizyonları (söylemekte zorlandığı sözcüğü kullanmamak için dolambaçlı konuşma yaparak dilsel kaçınma davranışının sergilenmesi)
 - f. Yoğun olarak yaşanan fiziksel gerginlik ya da mücadelenin eşlik ettiği sözcük üretimi
 - g. Tek heceli sözcük tekrarları (Sen-sen-sen de gel)
2. Konuşmanın akıcılığındaki bozulmalar, bireyin etkili yolla iletişim kurmasında, sosyal katılımında, akademik ya da mesleki başarısında kaygıya neden olmaktadır.
3. Kekemeliğe ait ortaya çıkan semptomların başlangıcı erken gelişim dönemlerine denk gelmektedir.
4. Konuşmanın akıcılığındaki bozulmalar, konuşma-motor veya duysal eksiklikler, nörolojik hasarlar (felç, travma, inme, timör gibi) veya başka bir tıbbi durum sonucu gerçekleşmemiştir ve mental bir bozuklukla açıklanamaz.

Görüldüğü üzere ICD-10 ve DSM-5 arasında tanı kriterleri açısından farklılıklar bulunmaktadır [14, 16]. Tablo 2.1'de tanı kriterleri açısından farklılıklar belirtilmiştir (Bkz. Tablo 2.1).

Tablo 2.1. *Kekemelik tanı ölçütleri arasındaki farklılıklar* [14, 16]

ICD-10	DSM-5
Kekemeliği dil ve konuşma bozukluklarından ayrı tutarak ‘sıklıkla çocukluk veya ergenlik dönemlerinde başlayan, diğer davranışsal ve duygusal bozukluklar’ şeklinde sınıflandırır.	Kekemeliği konuşma (iletişim bozuklukları) içinde sınıflandırır.
Konuşmanın akışında belirgin şekilde bozulmaya neden olan ağır akıcılık bozukluğu şartı bulunur.	Tanılama için bireyin yaşından beklenenden farklı olması yeterlidir.
	Akademik/mesleki başarıyı bozması ya da sosyal katılımı etkilemesi gereklidir.
	Motor, duysal, nörolojik bozukluk varsa konuşma gücünü beklenenden yüksek olmalıdır.
En az 3 aylık zaman şartı vardır.	Zaman ölçütü yoktur.

Kekemelik, ASHA’ya göre konuşma sırasında meydana gelen tekrarlar, uzatmalar veya bloklardan daha fazlasıdır [2]. Konuşma sırasında bozulan akıcılık nedeniyle vücut gergin hale gelerek fiziksel ve duygusal tepkiler ortaya çıkarabilir [2].

Bütün tanımlamaların konuşmadaki gözlenebilir davranışlar üzerinde yoğunlaştığını vurgulayan Onslow, kekemeliği, davranışsal tanımların yanı sıra konuşmacı bireyin kendi deneyimlerini ve konuşmayı dinleyen bireyin deneyimlerini içeren algısal yönleriyle de ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır [17].

Yapılan bütün tanımlamaların yanı sıra kekemelik yalnızca konuşmada görülen bir akıcılık bozukluğu olmayıp konuşmadaki bozulmalara eşlik eden psikolojik durum, kişilik özellikleri ve tutumların da etkili olduğu düşünülmektedir [18].

2.1.2. Kekemeliğin nedenleri ve ilgili kuramlar

Kekemeliğin nedeni ve ortaya çıkışıyla ilgili alanyazında kanıtlanmamış ancak ileri sürülen birçok çalışma sonucu bulunmaktadır. Genetik özellik faktörü, öğrenilebilen bir davranış olması, psikolojik faktörlerin etkisi veya birçok sebebin bir arada olması, çocuklarda sıklıkla rastlanan bu konuşma bozukluğunu ortaya çıkaran nedenler arasında gösterilmektedir [19].

Literatüre katkı sağlayan araştırmacılar, yaptıkları çalışmaların da sonuçlarına bakarak kekemeliğin tanımı ve nedenleri konusunda bir uzlaşıya varamayıp kekemeliğin nedenlerine ilişkin birçok kuram ortaya atmışlardır [20]. Aşağıda kekemelik kuramları savundukları düşüncelere göre yapısal, psikolojik, öğrenme ve şartlanma, talepler ve kapasiteler ve nöro-psiko-linguistik olmak üzere sınıflandırılarak başlıklar halinde güncel yaklaşımları da içerecek şekilde sunulmuştur [21].

2.1.2.1. Yapısal kuramlar

Kekemeliği yapısal kuramlar başlığı altında açıklayan araştırmacıların çoğu kekemeliği olan kişilerin, konuşma için gereken fizyolojik kapasiteye sahip olmamalarından dolayı kekeme olduklarını belirtmektedir [22]. Kekemeliği olan kişilerde duyu-motor dönüşüm için kapasitenin yetersiz olması, dil ve konuşma için anormal hemisferik lokalizasyon, hızlı konuşma için gerekli olan zamanlamanın hatalı olması gibi öngörüler, yapısal kuramlar dahilinde açıklanmaktadır [23]. Kendi içinde genetik ve organik, fizyolojik ve biyokimyasal, nörolojik olmak üzere 3 başlık halinde incelenebilir:

2.1.2.1.1. Genetik ve organik kuramlar

Yıllar boyu öne sürülen fikirlere göre kekemeliğin, dilin büyük olması gibi organik bir bozukluk sonucu ya da sol eli kullanma veya sol eli kullanmamaya zorlanma gibi çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıktığı savunulmuştur [24]. Kekemelikte cinsiyet etkisi, ikizlerle yapılan çalışmalar, aileden geçiş gibi kalıtsal faktörler kekemeliğin genetik geçişli olabileceğini düşündürmektedir. Kekemeliğin kızlarda erkeklerden daha az görülmesi, ailede kekemeliği olan başka bir birey varsa kekemeliğin ortaya çıkma oranının daha yüksek olması, ikizlerle yapılan çalışmalarda ise kekemelikte çevresel faktörlerin etkisine nazaran % 70-85 oranında genetik faktörlerin etkisiyle tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine nazaran daha yüksek oranda bulunuyor olması kekemelikte genetik kuramları destekleyen kanıtlar arasındadır [25].

2.1.2.1.2. Fizyolojik ve biyokimyasal kuramlar

Bu kuramı destekleyen araştırmacılar, konuşmanın oluşması için gerekli olan fizyolojik işlemlerde normalden farklılık olduğunu savunarak kekemeliğin nedenini bu yönde açıklamışlardır. Kekemeliğin nedeninin konuşma için gereken fonasyon, respirasyon ve artikülasyon arasındaki koordinasyon bozukluğundan kaynaklandığını öne sürmüşlerdir [26]. Ayrıca bu kurama göre kişi konuşmak istediğinde fazla kaygılandığından dolayı laringospazm adı verilen olayı yaşar ve bu olaya tepkilerinden dolayı kekemelik ortaya çıkar [27].

2.1.2.1.3. Nörolojik kuramlar

Günümüzde ve yakın tarihli çalışmalarda Positron Emission Tomography (PET), Functional Magnetic Resonance Imaging (fMRI) gibi beyin görüntüleme cihazları vasıtasıyla kekemeliği olan ve olmayan bireylerde beyin görüntüleme çalışmaları yapılarak nörolojik olarak farklılıklar bulunduğu ortaya atılmıştır. Peter ve Guitar'ın belirttiğine göre Orton ve Travis, Serebral Dominans kuramını öne sürerek konuşma için gerekli hemisferik baskınlığın kekeme bireylerde yeterince gelişmediğini söylemektedir [28]. Çocuğun kendi el tercihini baskı altına almak yoluyla serebral dominansı engelleyerek kekemeliğe neden olma; sağ el kullanımına zorlanan bireylerin daha sonra kendi el tercihlerini yaparak sol elini kullanmaya izin verildiğinde kekemeliklerinin azalmasıyla kanıtlanmıştır [29]. Ayrıca bu kurama göre kekemelik her iki hemisfer arasındaki uyumsuzluktan da ortaya çıkabilmektedir ve beyindeki extraprimer işitsel alan kekeme bireylerde daha az aktive olmaktadır [30]. Bu sebebe bağlı olarak da kekeme bireylerde işitsel işleme ve öz-izleme (self - monitoring) becerilerinde yoksunluk olabileceği düşünülmektedir [30].

2.1.2.2. Psikolojik kuramlar

Freud'un kuramına dayanan Baskılanmış İhtiyaçlar Kuramı gibi kekemeliğin fobi ya da nevroz belirtisi olduğunu savunan psikolojik kuramlar kekemeliği, bilinçdışı ihtiyaçların ve içsel çatışmaların sonucu olarak düşünülmektedir [31]. Bu fikri savunan kuramcılar, kekemeliğin görülen ya da duyulandan başka faktörlerin belirtisi olduğunu

savunmaktadır. Çocukların, erken çocukluk döneminde ‘çelişki(paradox)’ olarak adlandırılabilen derin duygusal güçlükler yaşaması, çocuk ve ebeveynler arasındaki erken anne sütünün bırakılması, erken tuvalet eğitimi, aile baskısının varlığı kekemeliğin başlamasına neden olabilmektedir [32]. Kekemeliği olan çocuk ve yetişkin bireyler, kaygı, sinir, engelleme ve konuşmaktan kaçınmanın olduğu konuşma ortamlarında var olan psikolojik faktörlerin etkisiyle kekelemeye başlar [21]. Literatürde kekeme olan bireyler ve akıcı konuşan bireyler arasında kişilik özellikleri açısından fark olup olmadığı konusunda çelişkiler mevcuttur. Bazı araştırmalar kekeme bireyler ile akıcı konuşan bireyler arasında fark olmadığını söylerken bazı araştırmalar kekeme çocukların daha çekingen, mutsuz, sessiz, endişeli, kişilerarası iletişim becerileri bozuk, utangaç olduğunu öne sürmektedir [33, 34]

2.1.2.3. Öğrenme ve şartlanma kuramları

Kekemeliği öğrenilen bir davranış olarak tanımlayan bu kuram, çocuğun yaşadığı akıcılık problemini, etrafındakilerin çeşitli yollarla dikkat çekme yoluyla pekiştirilmesinden kekemeliğin ortaya çıktığını savunmaktadır [35]. Pekiştirme ya da ceza yoluyla öğrenildiği düşünülen kekemelik, kekeme olan bireyin davranışlarıyla davranışların ortaya çıktığı ortam koşullarına verilen tepkilerin sonucu ortaya çıkmaktadır [36]. Bu kuram kendi içinde tanı kökenli (diagnosojenik), yaklaşma-kaçınma karmaşası ve beklenti olmak üzere 3 farklı başlıkta incelenebilir:

2.1.2.3.1. Tanı kökenli (diagnosojenik) kuram

Çocukların normal dil edinim sürecinde yaşadığı normal akıcısızlıkların, ebeveynler tarafından kekemelik olarak algılandığını belirten Johnson kekemeliğin çocuğun ağızında değil, ebeveynlerin kulağında başladığını belirterek bu kuramı ortaya atmıştır ve bu tanımlama paralelinde de ailede gözlenen baskıcı, yardımcı, eleştirel ya da kaygılı konuşma ortamları ve düzeltmeler çocuğun farklı konuşmasıyla sonuçlanmaktadır [11]. Ailelerin yanlış tepki ve tutumları sonucunda çocuk konuşmasında bir farklılık olduğunu fark edip endişeye kapılarak bu anlarla mücadele etmeye çalışırken kekemelik ortaya çıkmaktadır. Kısacası çocuk ebeveynleri nedeniyle kekemeliği olmadığı halde kekemelikten kaçarken kekemeliğe yakalanmaktadır. Ebeveynlerin yanlış tutum ve

davranışları nedeniyle kendiliğinden geçebilecek olan ve konuşma gelişiminin doğal bir basamağı olan kekemelik kalıcı hale bile gelebilmektedir.

2.1.2.3.2. *Yaklaşma-kaçınma karmaşası kuramı*

Bloodstein'in aktarmasına göre Sheehan'ın ortaya attığı bu kuramda kekemelik, konuşma isteği ile sessiz kalma isteği arasında yaşanan yaklaşma-kaçınma çatışması sonucunda iki eğilim eşit ilerlediğinden konuşma akıcılığında meydana gelen sorundur [32]. Kurama göre yaklaşma eğilimi olan birey akıcı konuşurken kaçınma eğilimi olan birey konuşmaktan kaçarak sessiz kalmayı tercih etmektedir. Her iki eğilim arasında kararsız kalan birey ise kekemelikle sonuçlanan bir konuşmaya sahip olmaktadır.

2.1.2.3.3. *Beklentiler kuramı*

Bu kurama göre kekemelik, kişinin normal akıcısızlıktan kaçınma çabasıyla anlatılmaktadır [21]. Kekemeliği olan kişiler zor olarak tanımladıkları sözcüklerle karşı karşıya geldiğinde takılmamak için çabalamaktadır ve var olan konuşma güçlüğü düşüncesi nedeniyle kekemelik ortaya çıkmaktadır [32]. Kekemeliği olan bireylerin konuşmalar ya da okumalar sırasında hangi sözcüklerde takılma olacağını öngörebilmesi ve aynı metni tekrar okuduklarında akıcılıklarının artması bu kurama kanıt olarak gösterilmektedir.

2.1.2.4. *Talepler ve kapasiteler kuramı*

Kekemeliğin gelişimini açıklamak için çevresel faktörler ile genetik unsurlar arasında etkileşimin incelenmesi gerektiğini söyleyen bu kurama göre, çocuğun kekemeliği şiddetlendirebilecek ya da azaltabilecek çevresel ve kişisel talepler, çocuğun sahip olduğu dilsel (sözcük bulma, iletişim kurallarını bilme), sosyal-duygusal, motor (hece üretim hızı, motor hareketlerin koordinasyonu) ve bilişsel (genel zeka, metalinguistik beceri) kapasitelerinin önüne geçtiğinde kekemelik ortaya çıkmaktadır [23, 32, 37]. Çocuğun mevcut kapasitesini aşan dış istekler nedeniyle akıcısızlık meydana gelmektedir.

2.1.2.5. Nöro-psiko-linguistik kuram

Kekemeliği olan kişiler, belirsizlik ya da nöral kaynak yetersizliğinin bir sonucu olarak linguistik ve paralinguistik süreçler arasında zamanlama hataları yaşamalarına karşın akıcı konuşma için her bir sistemin eş zamanlı çalışması gerekmektedir [38]. Zamanlamada meydana gelen bu hatalar, zaman baskısı altında kekemeliğe dönüşebilmektedir [38]. Bu kurama göre, bir ya da daha çok işleme sistemindeki verimin azalmasına bağlı olarak ortaya çıkan işlevdeki zayıflamalar ile dilin farklı bileşenleri, farklı zamanlarda bir araya gelerek dil üretim sürecinde dengesizlik açığa çıkarır ve konuşmanın motor üretiminde hatalı zamanlama etkisi meydana getirerek kekemeliği ortaya çıkarır [39].

Başlıklar halinde açıklanan kuramlara bakıldığında, kekemeliğin karmaşık bir doğasının olması ve sürekli değişim içinde olması tek bir nedenden ziyade birçok faktörle açıklanabileceği görülmektedir. Aslında kuramlardan hiçbirisi tek başına kekemeliğin nedeni olarak gösterilememektedir. Görüldüğü üzere kekemeliğin genetik ve fizyolojik açıklamaları bulunsa da değişkenliği veya kalıcılığı üzerinde çevresel faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir.

Öne sürülen kuramlara bakıldığında tezin konu kapsamına giren ebeveyn tepki ve tutumları da çevresel etmenler olarak değerlendirilmekte ve kekemeliğin ortaya çıkmasında ya da normal akıcısızlıkların kekemeliğe dönüşmesinde rol oynamaktadır. Dolayısıyla kekemeliğin değerlendirme ve terapi sürecinde sorgulanarak gerekli düzenlemelerin yapılması için ortaya çıkarılması gerekmektedir.

2.1.3. Kekemeliğin farklı değişkenlere göre oranları

Kekemelik, dünyanın her yerinde, tüm etnik topluluklarda, tüm kültürlerde, tüm ırklarda, hiçbir şekilde gelir seviyesi, meslek, yaş, cinsiyet, zeka düzeyi farkı gözetmeksizin görülebilen bir konuşma bozukluğudur [10]. Günümüze kadar yapılan çalışmalar dikkate alındığında en çok kabul gören kekemelik sıklık oranı yaklaşık %4-5; kekemelik yaygınlık oranı ise %1 seviyesindedir [11]. En yaygın görülen yaş grubunun okul öncesi dönem ya da erken çocukluk dönemi diye tarif edilen 2-5 yaşları arası olduğu ve yaygınlık oranının da % 0.9 - % 5.6 arasında olduğu belirtilmiştir [12].

Kekemeliği olan çocukların % 65'i 2.5 yaşından önce, % 85'i ise 3.5 yaşından önce kekelemeye başlamaktadır [40]. Yaş büyüdükçe kekemelikte yaygınlık oranının azaldığı araştırmalarla kanıtlanmıştır. Bunun nedeni ise kekemeliğin küçük yaş gruplarında ortaya çıkıp kendiliğinden iyileşme oranlarının %75 gibi yüksek olmasıyla açıklanmıştır [40]. İyileşme faktörü çalışmalarda gözetildiğinden kekemelik oranları yaş ilerledikçe azalmaktadır. Yapılan bir çalışmada toplanan verilere göre 3-10 yaş grubunda gözlenen kekemelik yaygınlık oranının 11-17 yaş grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur [41].

Kekemeliğin cinsiyet faktörüne göre de değiştiği araştırmalarla kanıtlanmıştır. Kekemelik, kızlara göre erkeklerde daha yüksek oranda görülmekte ve bu oran 1:6-1:3 arasında değişmektedir [25]. Erkeklerde kızlara göre daha yüksek oranda kekemeliğe rastlanmaktadır. Erkeklerde iyileşme oranları kızlardan daha düşük olduğundan kronik kekemelik oranları erkeklerde daha yüksektir. Yapılan bir çalışmada okul öncesi dönem kekemeliği olan çocukların % 66'sı erkek iken; yaş büyüdükçe cinsiyetler arasındaki fark iyice açılarak kekemelik oranının % 80'ini erkeklerin oluşturduğu bulunmuştur [42, 43]. Erkeklerde kekemelik oranlarının yüksek olma nedenini ise araştırmacılar, erkeklerin fiziksel yapısının konuşma bozukluğu ortaya çıkmasına fizyolojik olarak daha yatkın olması, erkeklerin gelişiminin kızlara göre daha yavaş olmasına karşın beklentilerin daha yüksek olması gibi sebeplerle açıklamaktadır [44].

2.1.4. Kekemeliğin türleri ve sınıflandırılması

Kekemelik, gelişim evrelerine göre aşağıdaki 5 düzeyde sınıflandırılabilir [45]:

1. **Normal akıcısızlık** : Akıcısızlık miktarı çocuğun yaşına göre uygun ve değişebilir.
2. **Sınırdaki kekemelik** : Normal akıcısızlık belirtileri daha yüksek seyredir.
3. **Başlangıç kekemelik** : Tekrar sayıları ve kas geriliminin arttığı görülmektedir.
4. **Orta düzey kekemelik** : Başlangıç seviyesindeki kekemelik ilerlemiştir.
5. **İleri düzey kekemelik** : Tekrarlar oldukça uzundur, blok ve uzatmalar da eşlik eder.

Yukarıdaki kekemeliğin derecelerine göre sınıflandırmalardan okul öncesinde normal akıcısızlıkların görülme ve kendiliğinden iyileşme oranları yüksektir. Kalıcılığını

yordamak için risk faktörleri gözden geçirilmeli ve ebeveyn tepki ve tutumları sorgulanmalıdır.

Başka bir sınıflandırmaya göre kekemelik, iki hafta ya da daha uzun sürede başlamışsa ‘yavaş başlangıçlı’ ; 1-7 gün içinde ortaya çıkması halinde ‘ani başlangıçlı’ şeklinde adlandırılmaktadır [46]. Literatür yavaş başlangıçlı ve durağan kekemeliğin daha sık gözlemlendiğini belirtmektedir.

Yapılan başka bir sınıflandırmaya göre kekeme bireylerde görülen akıcısızlık türleri kekemelik benzeri akıcısızlık türleri ve kekemelik benzeri olmayan/başka akıcısızlık türleri olmak üzere iki sınıfa ayrılmaktadır [47]. Tablo 2.2’de kekemelik benzeri ve kekemelik benzeri olmayan akıcısızlık türleri verilmiştir (Bkz. Tablo 2.2.). Diğer bir ifadeyle bu sınıflandırmadaki başlıklara sırasıyla sözcük içi ya da sözcükler arası kekemelik bulguları denilmektedir.

Tablo 2.2. Kekemelik benzeri/ kekemelik benzeri olmayan akıcısızlık türleri [47]

Kekemelik benzeri akıcısızlıklar	Kekemelik benzeri olmayan akıcısızlıklar
Ritmik olmayan Fonasyon	Araya Laf Eklemeler
Bloklar	Sözcük Tekrarları
Kırık Sözcükler	Revize Edilmiş Cümleler
Uzatmalar	
Kısmi Sözcük Tekrarları	
Tek heceli Sözcük Tekrarları	

Yapılan araştırmalar ve klinik tecrübelerle bakıldığında karakteristik olarak okul öncesi dönemde başlayıp ileri yaşlarda devam eden akıcısızlıklarda sözcük içi kekemelik bulguları gözlenirken, okul öncesi dönemde gelişimsel olarak gözlenebilecek olan normal akıcısızlıklarda sözcükler arası kekemelik bulgularına rastlanmaktadır.

Kekemelik ile ilgili belirtilebilecek diğer bir sınıflandırma ise kekemeliğin ortaya çıkma şartlarına bağlı sınıflandırmadır. Kekemelik beyin travması, inme gibi beyin hasarları sonrası ortaya çıkmışsa nörojenik kekemelik; psikiyatrik şartlar nedeniyle ortaya çıkmışsa psikojenik kekemelik; çocukluk çağı ve yakın dönemde nedeni bilinmeyen şekilde ortaya çıkmışsa gelişimsel kekemelik olarak adlandırılmaktadır [48].

2.1.5. Kekemeliğin başlangıcı ve gelişimi

Kekemelik sınıflandırmalarının içinde yer alan gelişimsel kekemelik, genellikle okul öncesi dönem gibi dil ve konuşma gelişiminin erken evreleri olan yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkmaktadır ve süreç boyunca bireysel ve çevresel koşullara bağlı olarak şiddetinde ve türlerinde değişiklikler meydana gelmektedir [1, 24]. Dil ve konuşma gelişiminin başlangıcında olan çocuklarda uzatmalar ve tekrarlar gözlenebilmekte ve hatta ani olarak fiziksel gerginliklerin de eşlik ettiği, süre ve sıklık bakımından dikkat çeken akıcısızlıklar ortaya çıkabilmektedir [49]. Bu süreçte kekemelik birkaç gün ya da birkaç hafta sürerek kendiliğinden geçebileceği gibi kaybolup yeniden açığa çıkabilir [49]. Çocuğun içinde bulunduğu sebeplere göre birkaç ay sonra da kaybolabilir ya da istikrarlı şekilde başlangıçtan itibaren devam edebilir [10].

Okul öncesi dönemde açığa çıkan kekemeliğin terapi ihtiyacı gibi ek bir müdahalenin alınmadığı kendiliğinden iyileşme oranlarının %75 gibi yüksek olduğu önceki bölümlerde söylenmişti. Bu iyileşme, çocuğun kekemeliğinin başlamasından sonra hemen hemen 2-3 yıl içinde olduğu düşünülmektedir [40]. Bu süreçte çocuğun normal akıcısızlık denilen akıcılık problemini yaşamasının sebebi literatürde, kelime dağarcığının genişlemesi, dil formlarının uzayıp karmaşılaşarak yetişkin konuşmasına dönüşmesi gibi dil becerilerinin müthiş hızlı geliştiği bu dönemde, bahsedilen ileri düzey dilsel bilginin bireyin motor üretim kapasitesini baskılamasıyla açıklanmaktadır [50]. Normal akıcısızlıklar, basit dil çıktılarından karmaşık dil yapılarına geçişte yani normal dil ve konuşma gelişim sürecinde gözlenebilen bir gelişim basamağı olarak da düşünülebilmektedir [51].

Okul öncesi dönemde açığa çıkan kekemeliğin okul çağı, ergenlik gibi diğer dönemlerde açığa çıkan kekemelikten farklı yönleri bulunmaktadır. Araştırmalara göre okul öncesi dönemde başlayan kekemelikte meydana gelen akıcısızlıkların daha çok işlevsel sözcüklerde olması, sözcük içi ve hece tekrarı şeklinde gözlenmesi, fiziksel ya da duygusal travmalarla ilgili olmaması gibi açılardan diğer dönemlerde açığa çıkan kekemelikten farklı olduğu düşünülmektedir [52-54]. Normal akıcı olmayan konuşmada daha az zorlanma, daha az sıklıkta ve tutarlılığı olmayan hece ve sözcük tekrarlarıyla uzatmalara rastlanmaktadır [23].

İyileşme oranlarının yüksek olduğu okul öncesi dönem başlangıçlı kekemeliğin daha az oranda olsa da giderek şiddetlenme ve kalıcı hale gelme ihtimali de bulunmaktadır. Yapılan araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında kekemeliğin kalıcı hale gelmesinde değerlendirme ve tanılama bölümünde bahsedilecek olan risk faktörlerinin varlığı, kuramlar bölümünde açıklandığı üzere etkili olan yanlış ebeveyn tepki ve tutumları, yaşam tarzı ve çevresel şartlar, akran ilişkilerindeki zorbalıklar, çocuğun karakter ve mizaç özellikleri gibi faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir.

2.1.6. Kekemeliğin değerlendirilmesi ve tanılanması

Okul öncesi dönemde kekemeliği olan çocukların değerlendirme ve tanılama sürecinde kritik önemi olan durum, normal akıcısızlık süreci ile kekemeliği ayırt edebilmektir. Bu ayırım sayesinde müdahale amaçlı terapi sürecinin gerekli olup olmadığı saptanacak ve gerekli yönlendirmeler yapılacaktır.

Kekemelik açısından değerlendirmeyi yapacak ve tanıyı koyacak olan kişi alanda gerekli eğitimleri almış diplomalı dil ve konuşma terapistidir [55]. Okul öncesi dönemde kekemelik değerlendirme ve tanılama süreci diğer dönemlerden farklılıklar göstermektedir. Öncelikli olarak formal bir değerlendirme aracı olmadığından informal yollarla yapılan gözlem sonucunda değerlendiren terapistin kendi yaklaşımına göre klinik kararı vermesi gerekmektedir. Terapist öncelikle çocuğun ihtiyaçlarına ve zevklerine hitap eden bir ortam hazırlayarak çocuğun davranışlarını ve ailesi gibi etrafındaki kişilerle iletişimini doğal ya da doğala yakın bir ortamda gözlemleyerek kekemeliğin şiddeti ve türlerine dair bilgileri not eder [23]. Çocuğun farkındalığı, kekemelik anlarıyla mücadele edip etmediği, bu sorunla nasıl başa çıkmaya çalıştığı ve tepkileri de gözlenenler arasındadır [56]. Ayrıca doğal iletişim bağlamında video kaydı almak terapist için çeşitli açılardan faydalı olacaktır. Değerlendirme anında gözden kaçırılabilen ayrıntılar yeniden izlenerek tespit edilebilir, kekemelik için bir oran çıkarmak üzere hesaplama yapılabilir, zaman içindeki akıcılıkta meydana gelen değişiklikleri görmek için takip ve terapi sürecinde işlevsel olarak kullanılabilir.

Kekemelik değerlendirmelerinde en çok tercih edilen, kullanımı en kolay ve en güvenilir ölçüm Akıcılık Sıklığı İndeksi (DFI)'dir [23]. Bu değerlendirme yöntemiyle kekelenen hece ya da sözcük yüzde oranı hesaplanmaktadır. Normal akıcı olmayan

konusma ile kekemelik bulguları benzemekte ancak nitelik ve nicelik açısından farklılıklar gözlenmektedir. Kekemeliği olan çocukların sözcük içi diğer bir ifadeyle kekemelik benzeri akıcısızlık bulguları fazladır ve 100 sözcükte 3 ya da daha fazla sözcük içi akıcısızlık bulgusu gözlenmişse kekeme veya kekemelik açısından risk altında şeklinde tanımlanabileceği söylenmektedir [29, 51]. Ayrıca kekemelikten farklı olarak normal akıcısızlıkta bloklar ve uzatmalar neredeyse hiç gözlenmemektedir [57].

Çocuğa ait gözlemlerin yanında çocuğun bulunmadığı bir ortamda aileden bilgi almak üzere aile görüşmesi yapılmalıdır. Bu görüşme yoluyla kekemeliğin kronikleşmesindeki risk faktörleri sorgulanmaktadır. Ailede kekemelik öyküsünün varlığı, kekemeliğin 6 aydan fazla şiddetinin artarak devam ediyor olması, cinsiyetin erkek olması, kekemeliğin 3-3.5 yaşından sonra başlamış olması, ikincil davranışların varlığı, sözcük içi kekemelik bulgularının bulunması, çocuğun konuşmasındaki akıcısızlığın farkında olması, başka dil ve konuşma bozukluklarının eşlik ediyor olması, ebeveynlerin endişeli olması ve buna bağlı olarak tepki ve tutumlarda değişiklik gözlenmesi çocukta var olan akıcısızlığın çocuğa fark ettirilmesi nedeniyle kalıcı hale gelmesinde risk faktörleridir [29, 55, 58, 59].

Değerlendirme sürecinde çocuğun akıcısızlığının doğal ortamda izlenmesi ve şiddet, sıklık, ikincil davranışlar, süre gibi gerekli notların alınmasının ardından yapılan aile görüşmesiyle kalıcılığa ait risk faktörleri ve çocuğun içinde bulunduğu çevresel şartlar (çocuğa davranış ve tutumlar gibi) üzerine alınan bilgiler normal akıcısızlık ile kekemelik arasındaki ayırıcı tanı koymak için işlevseldir. Terapist bu şekilde yapılan değerlendirmeler ardından terapiye ihtiyaç olup olmadığı ya da direkt-indirekt terapi yaklaşımlarından hangisini benimsemesi gerektiğine karar verir.

2.1.7. Kekemeliğin terapisi

Yapılan değerlendirmelerin ardından normal akıcısızlık ile kekemelik arasındaki ayırıcı tanı belirlenir ve terapi gerekliliğine karar verilir. Eğer çocuk normal akıcısızlık yaşıyorsa ebeveynler, çocuğun konuşmasına olan farkındalığını arttırmayacak şekilde bilgilendirilerek bekleme süresi belirlenir ve düzenli aralıklarla kontrol önerilir. Müdahale olmadan iyileşmenin gerçekleşip gerçekleşmeyeceğini görmek için bekleme süresinin 6 ay ile 1-2 yıl arasında değişebileceği hatta bazen 3 yıla kadar bile

uzatılabileceği söylenmektedir [60]. Ancak bu bekleme sürecinde ebeveyn ve çocuk için farkındalığa dair tüm önlemler alınmalıdır. Çocuk kekemeliğinin farkına varırsa, ebeveynler endişelerinden dolayı tepki ve tutumlarını değiştirerek çocuğa kekemeliğini fark ettirirse ya da çocuğun akıcısızlığı akran zorbalığı gibi olumsuz sosyal sonuçlara sebep olursa normal akıcısızlığın iyileşme oranları azalmaktadır ve direkt müdahaleye ihtiyaç olmaktadır [8]. Terapiye alınmayacak çocuk için ebeveynlere bu durumun geçici olduğu ve verilen önerilere uyması gerektiği anlatılarak kaygı düzeyleri azaltılmalıdır [61]. Çocuğun konuşması üzerinde baskı kurulmaması, ifadelerinin düzeltilmemesi, konuşması için zaman baskısından uzak fırsat verilmesi, konuşurken normalden sapmayacak şekilde sabırla dinlenmesi, çocuğun dikkatini konuşmasına çekerek konuşma akıcısızlığına farkındalığının arttırılmaması gibi öneriler verilerek çocuk üzerindeki tepki ve tutumlara yönelik öneriler verilerek ebeveynlere rehberlik edilmelidir [61].

Çocuğun akıcısızlığına dair doğal ortamda yapılan gözlemler ve aile görüşmesinde sorgulanan risk faktörlerine göre kekemelik tanısı alan çocuklar alanında uzman dil ve konuşma terapisti tarafından terapiye alınır. Okul öncesi dönemde çocukla çalışılan direkt terapi yöntemleri ve ebeveyn eğitimi içeren indirekt terapi yöntemleri olmak üzere 2 tür terapi yaklaşımı bulunmaktadır. Her bir yaklaşım için uygulanacak olan birbirinden farklı terapi yöntemleri bulunmaktadır. Terapist çocuk ve ebeveynlerin özelliklerine göre uygun yaklaşımı seçebilir.

Ebeveynlerin dil ve konuşma terapisi alan çocukların ilerlemesinde payı oldukça büyüktür. Çocuğun konuşmasındaki normal dışı durumu ilk fark eden ve uzmana danışmak yoluyla olumsuz yönde ilerlemesini durduran, terapi sürecinde de terapistin önerdiği şekilde basit uygulamaları eve taşıyan ve klinik ortamda yapılan çalışmaların genellenmesini sağlayan ebeveynlerin kekemelik terapilerinde de rolü büyüktür [62]. Okul öncesi kekemelik terapi yaklaşımlarının çoğu ebeveynlerin eğitimi ve çevresel düzenlemelere dayanan yöntemlerdir. Okul öncesi dönem kekemelik sorunu olan çocuklarda en yaygın kullanılan terapi yaklaşımlarından bahsedilmiştir:

Ebeveyn Çocuk Etkileşimi (PCI), 7 yaş ve altında akıcılık sorunu yaşayan çocuklar için uygun görülen, ebeveynlerin terapi sürecinde aktif rol aldığı indirekt bir yaklaşımdır [63]. Bu yaklaşım, ebeveynlerden ayrıntılı vaka geçmişinin alınması, çocuğun doğal ortamda akıcılık bulgularının ve dil becerilerinin gözlenmesi, çocuğun farkındalığı ve bakış açısının anlaşılması, terapistin ve ebeveynlerin çocuğun akıcılığını destekleyen

veya etkileyen fizyolojik, dilbilimsel, çevresel ve duygusal faktörleri belirlemesi gibi amaçlarla yapılan ayrıntılı bir değerlendirme ile başlamaktadır [64]. Terapi içeriği dilsel, çevresel ve duygusal olarak güçlü ve zayıf yönlerine göre özelleştirilmektedir [64]. Terapi sürecinde başlangıçta haftada bir seans olmak üzere toplam 6 seans ebeveynlerin bekleme süresini arttırma gibi etkileşim stratejileri öğretilir [63, 64]. Stratejiler evde yapılan özel oyun saati videolarının ebeveynlerle izlenmesi üzerine belirlenmektedir ve güven oluşturma gibi aile stratejileri ile konuşma hızını düşürme gibi çocuk için direkt stratejilerle çalışılmaktadır [63, 64]. 6 seanstan sonra ailenin stratejileri devam ettirdiği 6 kontrol seansı yapılır ve ebeveynler evdeki özel oyun zamanına dair notlar alıp video çekerler. Terapistin kontrolüyle gerekli geribildirimleri alan ebeveynler evde uygulamaya devam ederler. Anlaşıyor ki amaç ebeveynlere çeşitli etkileşim ve akıcılık stratejilerini öğretmek ve bu süreçte de çocuğun akıcılığını dolaylı yoldan çevresel şartları düzenleyerek arttırmaktır. Çocuğun akıcılığının kendiliğinden artmadığını gören terapist çocuğa yönelik direkt yaklaşımları terapiye dahil edebilir [64].

Litcombe programı (LP) diğer yaygın kullanılan davranışsal bir yaklaşımdır [65]. Klinisyenin önerdiği özel oyun zamanlarında çocuğun akıcılık ve akıcısızlığın sözel pekiştireçlerle karşılanıp koşullu uyarım yoluyla akıcılığın şekillendirilmesi hedeflenmektedir [64, 65]. Program iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada terapist, ebeveyn ve çocuğun bulunduğu 1 saatlik klinik ziyaretler yapılır ve terapist ebeveyne özel oyun saati, sözel pekiştireçler, kekemelik şiddet puanlaması gibi programın temel kurallarını öğretir [64, 65]. Klinisyen de her hafta seansta kekemelik sıklığını ölçer ve ölçümlere göre gerekli şartları sağlayan çocuk için ikinci aşamaya geçilerek kontrol seansları daha az sıklık olmak üzere sürdürülür [64, 65]. Kekemelik sıklığında 12 hafta içinde gerekli hedeflere ulaşılması beklenmektedir [65].

Okul öncesi kekemelik terapileri için alanyazın taraması yapıldığında göze çarpan bir model de Talep - Kapasite Modeli (DCM) olmaktadır ve en yaygın kullanılan diğer iki yaklaşım olan PCI ve LP yöntemlerinin bu programdan derlendiği öne sürülmektedir. Bu model teori olarak öne sürülen Talepler Kapasiteler Kuramı dikkate alınarak ebeveynlerin çocuklarının motor, bilişsel, duygusal ve dilbilimsel alanlarda kapasitesini aşmayacak taleplerde bulunması için eğitilmesini içerir [66-68]. Terapi programı terapistlerin kontrolünde ebeveynlere öğretilen daha yavaş konuşma, daha uzun bekleme gibi stratejilerin uygulanmasına dayanır [68]. Bu yaklaşımda çevrenin çocuk üzerindeki

taleplerini azaltma (ebeveynlerin konuşma hızını azaltmak gibi stratejilerin öğretimiyle) ve çocuğun kapasitesini arttırmayı (akıcısızlığa olan farkındalığı azaltarak duyarsızlaştırma ve yaşa uygun olan motor kapasiteyle konuşmayı sağlama gibi yollarla) hedefleyerek ikisi aranda denge kurmak hedeflenmektedir [69].

Okul öncesi dönemde çok yaygın kullanılsa da direkt olarak çocuğun akıcı konuşmasını arttırmak üzerine kurulu Fun With Fluency gibi yaklaşımlar da mevcuttur [70]. Bu yaklaşım 2.5-7 yaş arasındaki çocuklarda direkt olarak kolay konuşmayı içeren akıcı konuşma stratejilerini kullanarak akıcı konuşmayı basitten karmaşığa doğru aşamalı olarak arttırmayı hedeflemektedir [70]. Ancak okul öncesi dönemde çocukların farkındalığının arttırılmaması amacını benimseyen terapistlere çevresel düzenlemeler yapmaları ve ebeveyn odaklı terapiler seçmeleri önerilmektedir.

Alanyazın taramasının bu kısmına kadar anlatılanlardan anlaşılıyor ki okul öncesi dönemde kekemeliği olan çocukların, yaşadıkları bu konuşma bozukluğundan çocukların bireysel etkilenmeleriyle birlikte aynı hatta daha yüksek oranda bu çocukların ebeveynleri de etkilenmektedir. Yaşanan bu süreçten etkilenen ebeveynlerin çocuklarının kekemeliğine yönelik tepki ve tutumları değişmekte ve bunun sonucunda çocuğun akıcısızlığı etkilenmektedir. Yani okul öncesi dönem kekemeliği olan çocuğa sahip ebeveynlerin sergiledikleri tepki ve tutumlar, çocukların akıcısızlıkları üzerinde başlangıç, gelişim ve ilerleme süreçlerinde etkili olabilmektedir. Bu nedenle bu çocukların değerlendirme ve terapi süreçlerinde ebeveynler de sürece mutlaka dahil edilmelidir. Ebeveyn tepki ve tutumları tespit edilerek ortaya çıkarılmalı ve gerekli müdahalelerde bulunulmalıdır. İzleyen bölümlerde ebeveynlerin tepki ve tutumları daha ayrıntılı açıklanmış ve kekemeliği olan çocuğa sahip ebeveynler açısından önemi de vurgulanmıştır.

2.2. Ebeveyn Tepki ve Tutumları

Bu kısımda ebeveynlerin çocuklarına karşı tepki ve tutumları genel özellikleriyle anlatılmıştır. Ardından bu alanda Türkçe dilinde en yaygın kullanılan ölçeklerden bahsedilmiştir.

2.2.1. Ebeveynlerin tepki ve tutumları

Çocuk gelişimi için kritik öneme sahip erken çocukluk diğer bir deyişle okul öncesi dönemde, en önemli parçasını ailenin oluşturduğu çevresel şartlar, çok yönlü gelişim ve gelecekteki hayat için oldukça önemlidir [71]. Çocuklar dünyaya geldiği andan itibaren ebeveynleri tarafından sevmeye, korunmaya, ilgi görmeye ve ihtiyaçlarının karşılanmasına muhtaçtır [72]. Çocuk ve ebeveynleri arasındaki ilişki, gelecek hayatlarındaki dünyaya ve kendilerine karşı bakış açılarını etkilemekte, farklı durumlara nasıl tepki vereceklerini göstermekte ve çevreye karşı duygusal algılarını geliştirmektedir [73]. Çocukların ebeveynlerinden gördüğü tutumlar onların kişiliklerine, çevrelerindeki insanlarla iletişimine ve benlik algılarına büyük oranda etki etmekte ve anne-babaların davranışları, çocuklarının ilgili, duyarlı, endişeli, mutsuz, sorumsuz, kaygısız gibi iyi ya da kötü yönde olabilecek bireyler olmasına neden olabilmektedir [71]. Ailenin içinde yaşadığı toplumun kültürü, anne ve baba arasındaki ilişkiler, sosyokültürel ve sosyoekonomik yapı, öğrenim durumu, anne ve babanın mesleği, çocuğun yaşı, çocuğun cinsiyeti, çocuk sayısı gibi faktörler ebeveynlerin çocuğa olan tutum ve davranışlarını etkilese de, anne ve babaların çocukları karşısında çocuk yetiştirme stilleri, çocuğun ilerde sergileyeceği davranış stillerini belirlemekte ve çocuklarının gelecekteki sosyal yapıları ve ilişkilerini etkilemektedir [74-77].

Literatürde ‘tutumlar’ kavramı, ebeveynlerin sorumluluk ve rolleri dahil olmak üzere, ebeveynlik ve çocuk gelişimine bakış açılarını, tepkilerini veya yerleşik düşünce biçimlerini ifade etmektedir [78]. Ebeveynlerin çocuk yetiştirirken farklı olması, kişilerin davranışsal olarak farklı olmasındandır ve bu durum da çocuklarda farklı sonuçlara yol açabilmektedir [79]. Araştırmalar, anne-babaların olumlu ve destek verici tutumlarının çocuğun gelişimine katkı sağladığını belirtirken; olumsuz, yanlış ve kısıtlayıcı tutumların bazı ruhsal problemleri beraberinde getireceğini belirtmektedir [71].

Çalışmalara bakıldığında ebeveyn tutumları ilgi ve kabul ile talep boyutuna göre sınıflandırılmıştır [80]. İlgi ve kabul etme tutumları ebeveynlerin çocuklarını her haliyle kabul edip ihtiyaçlarını karşılamasını tanımlarken talep tutumları çocuklarından talepte bulunup onları kontrol etmelerini kastetmektedir [81]. Araştırmacılar genel özellikleri dikkate alındığında ebeveyn tutumlarını 7 başlık altında gruplamışlardır [71]:

1. **Otoriter ebeveyn tutumu:** Katı kurallar ve cezanın olduğu bu tutumda ebeveyn kontrolü fazladır ve bu ebeveynlerin çocukları korkak, otoriteden çekinen, ancak otorite ortadan kalktığında isyankar ve güçsüzdürler [82]. Bu çocukların okul çağı döneminde bazı duygusal ve bilişsel rahatsızlıklar geliştirebileceğı düşünülmektedir [83].
2. **İlgisiz ve kayıtsız ebeveyn tutumu:** Bu tutumu benimseyen ebeveynler çocuklarını ihmal ederek ilgi ve gereksinimlerine karşılık vermemekte, çocuk da kendini yalnız ve güven duygusu zedelenmiş hissetmektedir [71, 83]
3. **İzin verici ebeveyn tutumu:** Diğer bir adı serbest olan, özellikle tek çocuğı olan ebeveynlerde gözlenen bu tutumda ailenin isteklerinden çok çocuğun istekleri ön planda olup anne ve baba doğru ya da yanlış hiçbir harekete müdahale etmemektedir. Bu ebeveyn tutumuna sahip çocuklar istedikleri olmadığında hayal kırıklığına uğramakta ve sosyal uyum problemi yaşamaktadır[71, 81, 83].
4. **Dengesiz ebeveyn tutumu:** Diğer adıyla kararsız bu tutumda aldığı kararlar ve davranış açısından tutarsız olan ebeveynler, bazen serbest ve hoşgörölü olup bazen cezalandırıp baskılayan bir tutum seyrederler [71, 84, 85]. Dolayısıyla çocuk hangi durumda nasıl tepki vereceğı konusunda ikilemler yaşamaktadır.
5. **Aşırı koruyucu ebeveyn tutumu:** Ülkemizde sık karşılaşılan bu tutuma göre ebeveynler çocuklarını normalin üzerinde kontrol altında tutarak kısıtlamakta ve üzerine titremektedir [86]. Çocuklar da kendi kendine problem çözemeyen, amacına ulaşmakta sürekli destek bekleyen, kendine güvensiz ve duygusal açıdan zayıf olmaktadır [86].
6. **Mükemmelliyetçi ebeveyn tutumu:** Bu tutumu benimseyen ebeveynler kendi hayatlarında yapamadıklarını çocuklarından beklemekte ve çocuklarında kapasitelerinden üstün performans görmek istemektedir [87]. Bu ebeveyn

tutumuyla büyüyen çocuklar, istenileni yapmadıklarında kendilerini başarısız ve özgüvensiz hissedebilmektedir [71].

7. **Demokrat ebeveyn tutumu:** Çocuğun bir birey olarak kabul edilip aile içi kararlarda çocuğun da fikir vermesi istenmektedir [83]. Bu aile ortamında yetişen çocukların yaratıcı, benlik algısı yüksek, paylaşımcı, kendini iyi ifade edebilen, girişimci, özgüveni yüksek ve anksiyetesi düşük olduğu ifade edilmektedir [88].

Araştırmalar okul öncesi dönemdeki çocukların alıcı ve ifade edici dil becerileri ile demokratik ebeveyn tutumları arasında pozitif yönde; otoriter ebeveyn tutumları arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu savunmaktadır [89].

Görülüyor ki ebeveynlerin kendileri için seçtiği birçok tutum ve davranış şekli bulunmaktadır ve bunlar çocuklar üzerinde olumlu ya da olumsuz etki oluşturabilmektedir. Ebeveynlerin takındığı tutum ve davranışlar birçok özelliğe göre değişkenlik gösterse de çocuğun ilk sosyal deneyimlerini etkileyerek gelişim alanlarını, duygusal ve davranışsal becerilerini etkileme sonucu konusunda ortaktır [86].

2.2.2. Ebeveyn tepki ve tutumlarını ölçen ölçekler

Ebeveyn-çocuk ilişkisi birçok araştırmaya konu olmuştur. Ebeveynlerin tutumlarını ölçmek için birçok ölçek geliştirilmiş ve bu ölçekler anne-babalara uygulama yoluyla alınan bilgilerden çocuklarına olan tepki ve tutumlarını tespit etmeyi hedeflemektedir [80]. Tablo 2.3’de Türkçe dilinde kullanılan ebeveyn tepki ve tutum ölçekleri ve bu ölçeklerin içeriği bulunmaktadır. (Bkz. Tablo 2.3) [80, 81, 90]

Tablo 2.3: Türkçe dilindeki ebeveyn tutum ölçekleri ve içerikleri [80, 81, 90]

Ölçek İsimleri	Ölçek İçeriği
Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI)	Aşırı annelik / koruyuculuk Demokratiklik / eşitlik tanıma Ev kadınlığı rolünü reddetme Geçimsizlik / evlilik çatışması Katı / Sıkı disiplin
Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ)	Demokratik Aşırı Koruyucu Otoriter İzin Verici
Anne-Baba Tutum Ölçeği (PAS)	Kontrol / denetleme Davranışları Kabul / ilgi Tutumları Psikolojik Özerklik Kazanma Davranışları
Aile Tutum Envanteri	Çocuk Yetiştirme Tarzı (demokratik/otoriter) Çocukla özdeşleşme Sosyal hareketlilik
Ana-Baba Davranış Ölçekleri	Red - kabul Davranışları Serbestlik Tanıma - Kısıtlama Davranışları

2.3. Kekemelikte Ebeveyn Tepki ve Tutumları

Ebeveyn tutum ve davranışları ile bunları ortaya çıkarmak üzere kullanılan ölçekler incelendiğinde ebeveynlerin birçok faktör ve kendi özelliklerine göre farklı tutumları benimsedikleri gözlenmiştir. Çocuklarında hastalık ya da kekemelik gibi bir konuşma bozukluğu olan ebeveynlerin kaygı, üzüntü, suçluluk gibi duygusal durumların yoğun görüldüğü; bu duruma bağlı olarak da yetiştirme tarzlarında ve ebeveyn tutumlarında değişiklikler olduğu literatür araştırmalarıyla belirtilmiştir.

Ebeveyn tutum ve davranışlarını ölçen ölçekler yoluyla kekemeliği olan çocukların ebeveynlerinin tutum ve davranışları ölçülmüştür. 24 kekemeliği olan ve 22 kekemeliği olmayan okul öncesi dönem çocukların ebeveynlerine PARI uygulandığında kekemeliği olan çocukların ebeveynlerinin aşırı koruyuculuk ve çocuktan itaat bekleyişinin yüksek

olduğu ve kekemelik şiddetinin de bu nedenle arttığı bulunmuştur [91]. Diğer bir çalışmada kekemeliği olan ve olmayan okul öncesi dönem çocukların ebeveynlerine uygulanan ETÖ sonuçlarına göre, kekemeliği olan çocukların ebeveynlerinin daha koruyucu ve otoriter olduğu bulunmuştur [80]. Kekemeliği olan çocuğa sahip ebeveynlerin aşırı korumacı, mükemmelliyetçi, yüksek beklenti içinde, aşırı denetleyici olduğu ebeveynlere uygulanan ölçekler yoluyla tespit edilmektedir. Okul öncesi dönem kekemeliği olan 77 çocuğun ebeveynleriyle yapılan diğer bir çalışmada, ebeveynlerin %71'inin çocuklarının kekemeliğinden duygusal olarak etkilendiği, ebeveynlerin üçte birinden fazlasının çocukları kekeleyişinde ne yapacaklarını ve ne söyleyeceklerini bilmedikleri, ebeveynlerin yarısının da çocuklarında olan kekemeliğin iletişimlerini etkilediği belirtilmiştir [8].

Görüldüğü üzere kekemeliği olan okul öncesi dönem çocuğa sahip ebeveynlerin, çocuklarına karşı tepki ve tutumları, onlardan beklentileri, onlara karşı bakış açıları değişmekte ve bu durum da çocuklarına olan davranış şekillerini etkilemektedir. Kekemeliği olan çocuklarda ebeveyn tutum ve davranışlarının kekemeliği farklılaştırarak şiddetini etkilediği ve kekemeliği şekillendirmek için bu tutum ve davranışların tespit edilerek düzenlenmesi gerektiği belirtilmektedir [91]. Ancak bu zamana kadar anlatılan ve çalışmalarda kullanılan ölçeklerin hiçbirisi doğrudan ebeveynlerin, çocuklarının konuşma bozukluğu hatta daha spesifik olarak söylenirse kekemelikleri hakkında duygu, düşünce ve davranışlarını ortaya çıkarmayıp dolaylı kalmaktadır. Daha ayrıntılı araştırmalara bakıldığında ebeveynlerin, kekemeliği olan okul öncesi çocuklara verdiği tepkiler, konuşma sırasındaki tutumları ve genel olarak hissettikleri aşağıdaki gibi sıralanabilir [8, 9].

1. Ebeveynlerin en yaygın verdiği duygusal tepkiler kaygı, güvensizlik, hayal kırıklığı, öfke, üzüntü ve suçluluk duygusudur. Ayrıca ebeveynler, çocuklarının gelişimi ve gelecekteki sosyal konumu konusunda endişelidir.
2. Davranışsal olarak verilen tepkiler arasında sabırla bekleme gibi olumlu tepkilerin yanında derin nefes alma, daha sakin ve yavaş konuşma gibi uyarılarda bulunma, sözünü tamamlama gibi olumsuz tepkiler bulunmaktadır. Göz temasında aşırılık, zaman baskısının azaltılması, dinlenildiğinden emin olması için bunun belirtilmesi ve daha birçoğu da verilen tepkiler arasındadır. Yani ebeveynler,

çocuklarının konuşmasını kolaylaştırmak için gerekli davranışsal uyarlamaları bilmemektedir.

3. Ebeveynlerin çoğu çocuğunun neden kekelediğini bilmemekte; bu da kendilerine güvenmemelerine ve çocuklarının akıcısızlığı için olumsuz sonuçlar ortaya çıkarabilecek eylemleri yapmalarına neden olmaktadır. Ayrıca ebeveynler çocuklarının kekemeliklerinin geçeceğini ümit etmektedir.

Alanyazın incelendiğinde okul öncesi dönem kekemeliği olan çocukların ebeveynlerinin tepki ve tutumlarını ölçmek için kullanılan çeşitli anket ve ölçeklere rastlanmaktadır. Langevin ve ark. (2010) tarafından geliştirilen ‘Kekemeliğin Okul Öncesi Çocuklar ve Ebeveynler Üzerindeki Etkisi (ISPP)’ isimli ölçek, 2.8 - 6.1 yaş arasında kekemeliğe sahip çocukların ve ebeveynlerinin kekemeliğin etkisine ait algısını ölçen, evet/hayır şeklinde cevap verilen 16 maddeden oluşan bir ankettir [8]. Millard ve Davis (2016) tarafından geliştirilen ‘Palin Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği (Palin PRS)’ 19 maddeden oluşmakta ve kekemeliğin çocuk üzerindeki etkisini, kekemeliğin şiddetini, kekemeliğin ebeveynler üzerindeki etkisini, ebeveynlerin bilgisini ve çocuğun kekemeliğini yönetmesi için yardımlarını sorgulamaktadır [92]. Diğer bir ölçek ise Guttormsen, Yaruss ve Næss (2020) tarafından ebeveynler ve öğretmenlere uygulamak için, Yaruss ve Quesal (2016) tarafından geliştirilen ‘Konuşmacının Kekemelik Deneyimlerinin Genel Değerlendirmesi-Bakıcı (OASES)’adlı ölçekten adapte edilen ‘OASES-Bakıcılar (OASES-C)’ ebeveynler için 60 madde ve öğretmenler için 57 madde içermektedir [93, 94]. 4 bölümden oluşan ölçekte, birinci bölümde ebeveynlerin çocuğun konuşmasına ilişkin algıları, bozukluğa ilişkin bilgileri ve kekeleyen bir kişi olmakla ilgili duyguları ile ilgili genel bilgileri ölçen 15 madde, ikinci bölümde ebeveynlerin, çocuğun kekemeliğe karşı duygusal, davranışsal ve bilişsel tepkilerine ilişkin algılarını yani kekemeliğe tepkileri ölçen 20 madde, üçüncü bölümde ebeveynlerin çocuğun farklı durumlarda yaşadığı iletişim güçlüklerine ilişkin algıları yani günlük durumlarda iletişimi ölçen 15 madde ve dördüncü bölümde ebeveynlerin kekemeliğin çocuğun sosyal ilişkilerini, kendine güvenini, refahını ve katılımını nasıl olumsuz etkilediğine dair algılarını yani yaşam kalitesini ölçen 10 madde bulunmaktadır [93]. Ancak bu ölçeklerden hiçbiri Türkçe dilinde kullanım için çalışılmamıştır.

Çocukların kekemeliğini etkileyerek kalıcı hale gelmesine neden olabilecek kadar önemli olan, ebeveyn tepki ve tutumlarını direkt ölçen Türkçe bir ölçek bulunmamaktadır

ve Türkçe dilinde kullanılan ölçekler (Bkz. Tablo 2.3) keke meli ğ i olan okul öncesi dönem çocukların ebeveynlerinin tepki ve tutumlarını ortaya çıkarmak için çok genel açıdan bakmaktadır. Bu nedenle keke melik ile ebeveynlerin tepki ve tutumları arasındaki ilişkiyi direkt olarak inceleyen bir ölçe ğ e ihtiyaç vardır.

KATÖ (Humeniuk ve Tarkowski, 2016), ebeveynlerin, çocuklarının konuşma akıcısızlıklarına bilişsel, davranışsal ve duygusal yönlerden tepki ve tutumlarını ortaya çıkarmak üzere geliştirilmiş bir ölçektir [7]. KATÖ, çocuklarının keke meli ğ ine ebeveynlerin tepkilerinin nitel ve nicel olarak belirlenmesi ve yorumlanmasında yardımcı olabilmektedir. Ayrıca keke meli ğ i olan okul öncesi dönem çocukların değerlendirme ve terapi sürecini yürüten dil ve konuşma terapistlerinin, bu çocukların ebeveynlerinin duygu, düşünce, tepki ve tutumlar hakkında bilgi sahibi olmasında ve terapi sürecinde ebeveynlerin aktif şekilde sürece dahil edilmesinde etkili bir araç olarak kullanılabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırma modeli, araştırmanın katılımcıları, verilerin toplanması, araştırmanın aşamaları ve veri analizi ile ilgili bilgiler bulunmaktadır.

3.1. Araştırma Modeli

Kekemeliği olan okul öncesi dönem çocuğa sahip ebeveynlerin tepki ve tutumlarının incelenmesini amaçlayan bu araştırma, ölçek aracılığıyla veri toplanmasına dayalı betimsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Katılımcıları

Çalışmaya 3-6 yaş arası kekemelik sorunu olan okul öncesi dönemdeki çocukların iki ebeveyni yani anne ve babaları dahil edilmiştir. Aşağıda dahil edilme kriterleri çocuk ve ebeveynler için belirtilmiştir. Ardından pilot çalışma ve ana çalışmaya dahil edilen ebeveynlerin demografik bilgileri, bu ebeveynlerin çocuklarına ilişkin bilgiler ve çocukların kekemeliğine dair bilgiler yer almaktadır.

3.2.1. Katılımcı Ölçütleri

Araştırmanın katılımcıları, ölçüt bağımlı örneklem seçimi uygulanarak belirlenmiştir. Çalışmanın dahil etme kriterleri çocuk ve ebeveyn için ayrı ayrı aşağıda belirtildiği gibidir:

Çocuk için;

- 3-6 yaş aralığında olmak
- Okul öncesi dönemde olmak
- Anadili Türkçe olmak
- Alanında uzman dil ve konuşma terapistlerince değerlendirmesi yapılmış ve kekemelik tanısı almış olmak
- Ebeveynleri açısından kekemelikten önemli görülebilecek dil, konuşma, bilişsel bozukluk gibi herhangi bir bozukluğa sahip olmamak

Ebeveynler için;

- Çocuğun birinci dereceden yakını (anne ya da baba) olmak
- Çalışmanın doğruluğunu etkileyebilecek bilişsel, nörolojik, duygusal gibi sağlık problemlerine sahip olmamak
- Alanında uzman dil ve konuşma terapistlerince değerlendirilip kekemelik tanısı alan çocuğa sahip olmak

Yukarıda belirtilen ölçütleri sağlamayan çocuk ve ebeveynler çalışmanın dışında tutulmuştur. Katılım ölçütlerini sağlayan ebeveynlerin çalışmaya alınması, gönüllü onam formu aracılığıyla alınan gönüllülük esasına dayanmıştır.

3.2.2. Katılımcılara ait demografik bilgiler

3.2.2.1. Pilot çalışmaya ait demografik bilgiler

Bu bölümde pilot çalışmaya dahil olan katılımcı ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri, bu ebeveynlerin kekemeliği olan çocuklarına ilişkin bilgiler ve çocukların kekemeliğine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Pilot çalışmaya dahil olan katılımcılara ilişkin sosyodemografik bilgiler Tablo 3.1’de verilmiştir (Bkz. Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Ort.	Ss.
Yaş	33.70	5.17
	<i>n</i>	%
Yakınlık Durumu		
Anne	6	60.0
Baba	4	40.0
Eğitim Durumu		
Ortaokul	1	10.0
Ön Lisans	2	20.0
Lisans	6	60.0
Yüksek Lisans	1	10.0
Meslek		
Ev Hanımı	2	20.0
Memur	1	10.0
Mühendis	1	10.0
Öğretmen	1	10.0
Özel Sektör	2	20.0
Sağlıkçı	2	20.0
İşçi	1	10.0

Tablo 3.1. (Devam) *Katılımcıların sosyodemografik özellikleri*

Çocuk Sayısı		
1	5	50.0
2	5	50.0

Tablo 3.1 incelendiğinde, pilot çalışmaya dahil olan katılımcıların yaş ortalaması 33.70 ± 5.17 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, katılımcıların 6'sı anne (%60.0) ve 4 tanesi de (%40.0) babalardan oluşmaktadır. Eğitim düzeyi açısından, katılımcıların 1'i (%10.0) ortaokul mezunu, 2'si (%20.0) ön-lisans mezunu, 6'sı (%60.0) lisans mezunu ve 1'i (%10.0) ise yüksek lisans mezunudur. Meslek türlerine göre katılımcıların 2'si (%20.0) ev hanımı, 2'si (%20.0) özel sektör çalışanı, 2'si (%20.0) sağlık alanı çalışanı, 1'i (%10.0) memur, 1'i (%10.0) mühendis, 1'i (%10.0) öğretmen ve 1'i (%10.0) de işçi olduğu görülmüştür. Çocuk sayısına göre katılımcıların yarısı 1 çocuk sahibi olduğunu, diğer yarısı ise 2 çocuk sahibi olduğunu belirtmiştir.

Pilot çalışmaya dahil olan katılımcıların çocuklarına ilişkin sosyodemografik bilgiler Tablo 3.2'de verilmiştir (Bkz. Tablo 3.2).

Tablo 3.2. *Kekemeliği olan çocuğa ilişkin bilgiler*

	Ort.	Ss.
Yaş (ay)	52.30	8.85
	<i>n</i>	%
Okul öncesi eğitim		
Hayır	2	20.0
Evet	8	80.0
Sadece Türkçe konuşma		
Evet	10	100.0
Hayır	0	0.0
Başka dil ve konuşma sorunu var mı?		
Hayır	2	20.0
Evet ise	8	80.0
Geç konuşma ve sesleri söylememe	2	20.00
R ve Ç seslerini söylememe	2	20.00

Tablo 3.2 incelendiğinde, çocukların yaş ortalaması (ay) 52.30 ± 8.85 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca çocukların 8'i (%80.0) okul öncesi eğitim almışken, 2'si (%20.0) ise almamıştır. Ayrıca, çocukların 8'i (%80.0) başka dil ve konuşma sorunu yaşarken, 2'sinin (%20.0) ise olmadığı görülmüştür.

Pilot çalışmaya dahil olan katılımcıların çocuklarının kekemeliğine ilişkin bilgiler Tablo 3.3'te verilmiştir (Bkz. Tablo 3.3) .

Tablo 3.3. Çocukların kekemeliğine ilişkin bilgiler

	Ort.	Ss.
	2.9	0.70
	<i>n</i>	%
Kekemelik başlama yaşı		
Ebeveyne göre akıcı olmayan konuşma şiddeti		
Hafif	1	10.0
Orta	8	80.0
Şiddetli	1	10.0
Kekemeliğin başlamasına neden olan olayı biliyor musunuz?		
Hayır	7	70.0
Evet, Korku	2	20.0
Evet, Okul öncesi eğitim stresi	1	10.0
Kekemeliğin zaman içindeki seyri		
Artarak	3	30.0
Dalgalı	7	70.0
Çocuğunuz kekemeliğinin farkında mı?		
Hayır	2	20.0
Evet	8	80.0
Kekemeliğin şekli		
Tekrar	4	40.0
Uzatma	3	30.0
Tekrar ve uzatma	1	10.0
Uzatma ve blok	2	20.0
Kekemeliğin ortama, duruma veya kişilere göre değişimi		
Hayır	2	20.0
Evet	8	80.0
Kekemeliği için geliştirdiği tutum ve davranış		
Hayır	1	10.0
Evet ise	9	90.0
Elini ağzına götürme ve göz kırpması	2	20.0
Elini dizine ve ağzına vurma	1	10.0
Konuşmaktan kaçınma	6	60.0
Ailede kekemelik veya başka dil-konuşma sorunu yaşayan var mı?		
Hayır	2	20.0
Evet ise	8	80.0
Anne	2	20.0
Baba	1	10.0
Dede	3	30.0
Amca ve hala	1	10.0
Amca, hala ve dede	1	10.0

Tablo 3.3 incelendiğinde, çocukların kekemelik başlama yaşı 2.9 ± 0.70 olarak hesaplanmıştır. Ebeveynlerin 1'i (%10.0) çocuğunun kekemelik şiddetini hafif, 8'i (%80.0) orta ve 1'i (%10.0) ise şiddetli olduğunu belirtmiştir. Ayrıca katılımcıların yarısından fazlası (%70.0) kekemeliğe neden olan olayı bilmediklerini belirtmiştir. Kekemeliğin zaman içindeki seyri açısından, katılımcıların 3'ü (%30.0) artarak ve 7'si

(%70.0) dalgalı olarak belirtmiştir. Kekemeliğin şekli açısından baktığımızda, 4'ü (%40.0) tekrar, 3'ü (%30.0) uzatma, 1'i (%10.0) tekrar ve uzatma ve 2'sinin (%20.0) uzatma ve blok olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin 8'i (%80.0) ortam, durum ve kişilere göre çocuğun kekemeliğinin değiştiğini söylerken, 2'si (%20.0) değişmediğini belirtmiştir. Ebeveynlerin 9'u (%90.0) çocuklarının kekemelikten dolayı farklı tutum ve davranışlar geliştirdiğini söylerken, 1'i (%10.0) ise geliştirmediklerini belirtmiştir. Son olarak, ailede kekemelik veya başka dil-konuşma sorunu yaşayan var mı sorusuna katılımcıların 8'i (%80.0) evet derken, 2'si (%20.0) hayır demiştir.

3.2.2.2. Ana çalışmaya ait demografik bilgiler

Araştırmaya dahil olan katılımcılara ilişkin sosyodemografik bilgiler Tablo 3.4'te verilmiştir (Bkz. Tablo 3.4).

Tablo 3.4. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Ort.	Ss.
Yaş	34.51	5.20
	<i>n</i>	%
Yakınlık Durumu		
Anne	35	55.6
Baba	28	44.4
Eğitim Durumu		
İlkokul	6	9.5
Ortaokul	6	9.5
Lise	14	22.2
Ön Lisans	6	9.5
Lisans	27	42.9
Yüksek Lisans	3	4.8
Doktora	1	1.6
Meslek		
Ev Hanımı	15	23.8
Memur	6	9.5
Mühendis	4	6.3
Öğretmen	12	19.0
Özel Sektör	7	11.1
Sağlıkçı	6	9.5
İşçi	6	9.5
Avukat	2	3.2
Esnaf	5	7.9
Çocuk Sayısı		
1	15	23.8
2	36	57.1
3	11	17.5
4	1	1.6

Tablo 3.4 incelendiğinde, çalışmaya dahil olan katılımcıların yaş ortalaması 34.51 ± 5.20 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, katılımcıların 35'i anne (%55.6) ve 28'i (%44.4) babalardan oluşmaktadır. Eğitim düzeyi açısından, katılımcıların 6'sı (%9.5) ilkokul mezunu, 6'sı (%9.5) ortaokul mezunu, 14'ü (%22.2) lise mezunu, 6'sı (%9.5) ön-lisans mezunu, 27'si (%42.9) lisans mezunu ve 4'ü (%6.4) ise lisansüstü mezunudur. Meslek türlerine göre katılımcıların 15'i (%23.8) ev hanımı, 7'si (%11.1) özel sektör çalışanı, 6'sı (%9.5) sağlık alanı çalışanı, 6'sı (%9.5) memur, 4'ü (%6.3) mühendis, 12'si (%19.0) öğretmen, 6'sı (%9.5) işçi, 2'si avukat (%3.2) ve 5'inin (%7.9) esnaf olduğu görülmüştür. Çocuk sayısına göre katılımcıların 15'i (%23.8) 1 çocuk, 36'sı (%57.1) 2 çocuk, 11'i (%17.5) 3 çocuk ve 1'i (%1.6) 4 çocuk sahibi olduğunu belirtmiştir.

Çalışmaya dahil olan katılımcıların çocuklarına ilişkin sosyodemografik bilgiler Tablo 3.5'te verilmiştir (Bkz. Tablo 3.5).

Tablo 3.5. Kekemeliği olan çocuklara ilişkin bilgiler

Yaş (ay)	Ort.	Ss.
	58.73	11.41
	<i>n</i>	%
Cinsiyet		
Kız	24	38.1
Erkek	39	61.9
Okul öncesi eğitim		
Hayır	29	46.0
Evet	34	54.0
Sadece Türkçe konuşma		
Evet	1	1.6
Hayır	62	98.4
Başka dil ve konuşma sorunu var mı?		
Hayır	56	88.9
Evet ise	7	11.1
Bazı kelimeleri yanlış harflerle kullanma	1	1.6
Bazı sesleri söylememe	3	4.8
Gecikmiş konuşma	1	1.6

Tablo 3.5 incelendiğinde, çocukların yaş ortalaması (ay) 58.73 ± 811.41 olarak hesaplanmıştır. Cinsiyet açısından baktığımızda, çocukların 24'ünün (%38.1) kız, 39'unun (%61.9) ise erkek olduğu görülmüştür. Ayrıca, çocukların 34'ü (%54.0) okul öncesi eğitim almışken, 29'u (%46.0) ise almamıştır. Çocukların 7'si (%11.1) başka dil ve konuşma sorunu yaşarken, 56'sının (%88.9) ise olmadığı görülmüştür.

Çalışmaya dahil olan katılımcıların çocuklarının kekemeliğine ilişkin bilgileri Tablo 3.6’da verilmiştir (Bkz. Tablo 3.6).

Tablo 3.6. Çocukların kekemeliğine ilişkin bilgiler

	Ort.	Ss.
Kekemelik başlama yaşı	3.44	0.93
Dil ve konuşma terapisi alma süresi (ay)	8.59	8.94
	n	%
Ebeveyne göre akıcı olmayan konuşma şiddeti		
Hafif	21	33.3
Orta	36	57.1
Şiddetli	6	9.5
Kekemeliğin başlamasına neden olan olayı biliyor musunuz?		
Hayır	41	65.1
Evet	4	6.3
Evet, Korku	8	12.7
Evet, Ayrılık	4	6.3
Evet, Genetik	1	1.6
Evet, Kardeş Kıskançlığı	3	4.8
Evet, Tuvalet Eğitimi	1	1.6
Evet, Baba İlgisizliği	1	1.6
Kekemeliğin zaman içindeki seyri		
Azalarak	4	6.3
Artarak	8	12.7
Dalgalı	42	66.7
Artarak Dalgalı	3	4.8
Azalarak Dalgalı	1	1.6
Sürekli	5	7.9
Çocuğunuz kekemeliğinin farkında mı?		
Hayır	13	20.6
Evet	50	79.4
Kekemeliğin şekli		
Tekrar	27	42.9
Uzatma	21	33.3
Blok	1	1.6
Tekrar ve uzatma	8	12.7
Uzatma ve blok	2	3.2
Tekrar, uzatma ve blok	4	6.3
Kekemeliğin ortama, duruma veya kişilere göre değişimi		
Hayır	15	23.8
Evet	48	76.2
Kekemeliği için geliştirdiği tutum ve davranış		
Hayır	30	47.6
Evet ise	33	52.4
Ayağını yere vurma	1	1.6
Boğazını tutma	2	3.2
Elini boğazına götürme	1	1.6
Ellerini sallama	1	1.6
Ellerini sıkma	1	1.6
Göz kaçırma	3	4.8
Göz kırpma	4	6.3
Konuşmaktan kaçınma	7	11.1
Sinirlilik hali	2	3.2
Tırnak yeme ve elleriyle oynama	1	1.6
Ailede kekemelik veya başka dil-konuşma sorunu yaşayan var mı?		
Hayır	38	60.3
Evet	25	39.7

Tablo 3.6. (Devam) *Çocukların kekemeliğine ilişkin bilgiler*

Kekemelik için dil ve konuşma terapisi alma		
Hayır	33	52.4
Evet	30	47.6

Tablo 3.6 incelendiğinde, çocukların kekemelik başlama yaşı 3.44 ± 0.93 olarak hesaplanmıştır. Terapi alma süresi (ay) ise 8.59 ± 8.94 olarak hesaplanmıştır. Ebeveynlerin 21'i (%33.3) çocuğunun kekemelik şiddetini hafif, 36'sı (%57.1) orta ve 6'sı (%9.5) ise şiddetli olduğunu belirtmiştir. Ayrıca katılımcıların yarısından fazlası (%65.1) kekemeliğe neden olan olayı bilmediklerini belirtmiştir. Kekemeliğin zaman içindeki seyri açısından, katılımcıların 4'ü (%6.3) azalarak, 3'ü (%4.8) artarak dalgalı, 1'i (%1.6) azalarak dalgalı, 5'i (%7.9) sürekli, 8'i (%12.7) artarak ve 42'si (%66.7) dalgalı olarak belirtmiştir. Ayrıca katılımcıların üçte ikisinden fazlası (%79.4) çocuklarının kekemeliğin farkında olduğunu belirtmiştir. Kekemeliğin şekli açısından baktıldığında, 1'inin (%1.6) blok, 4'ünün (%6.3) tekrar, uzatma ve blok, 27'sinin (%42.9) tekrar, 21'inin (%33.3) uzatma, 8'inin (%12.7) tekrar ve uzatma ve 2'sinin (%3.2) uzatma ve blok olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin 48'i (%76.2) ortam, durum ve kişilere göre çocuğun kekemeliğinin değiştiğini söylerken, 15'i (%23.8) değişmediğini belirtmiştir. Ebeveynlerin 33'ü (%52.4) çocuklarının kekemelikten dolayı farklı tutum ve davranışlar geliştirdiğini söylerken, 30'u (%47.6) ise geliştirmediklerini belirtmiştir. Ailede kekemelik veya başka dil-konuşma sorunu yaşayan var mı sorusuna katılımcıların 30'u (%47.6) evet derken, 33'ü (%52.4) hayır demiştir. Son olarak, çocukların 30'unun (%47.6) dil ve konuşma terapisi aldığı görülmüştür. Dil ve konuşma terapisi alan katılımcılar için en az 1 aydır terapi alıyor olma şartı koyulmuştur. 1 aydan kısa süredir terapi alan katılımcılar terapi almıyor kabul edilmiştir.

3.3. Verilerin Toplanması

Katılım kriterlerine uygun olarak seçilen, okul öncesi kekemelik sorunu olan çocukların ebeveynlerine, yüz yüze ya da online olarak KATÖ uygulanmıştır (EK-1). Bütün katılımcılar uygulama öncesinde çalışmanın amacı ve içeriği hakkında bilgilendirilmiştir. Ölçeğe ek olarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Belgesi (EK-2). yoluyla gönüllülük esası dikkate alınmıştır. Ayrıca kekemelik sorunu olan çocuk

hakkında bilgi almak üzere Akıcı Konuşma Bozukluğu Çocuk Değerlendirme Formu (EK-3).; ebeveynlere ait bilgi almak üzere ise Katılımcı Bilgi Formu (EK-4). kullanılmıştır. Ebeveynlere daha kolay ulaşılması ve ebeveynlere ulaşan terapistlerin işlerinin kolaylaştırılması için Google Forms aracılığıyla hazırlanan ve tüm formların toplu halini barındıran online formatın elden doldurmak isteyenler için word hali de hazırlanmıştır (EK-5). Yüz yüze uygulamalarda en çok tercih edilen uygulama şekli bu belge olmuştur.

3.3.1. Veri toplama aracı

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak KATÖ kullanılmıştır. Orijinal adı ‘Reaction to Speech Dysfluency Scale (RSDS)’ olan bu ölçek, Humeniuk ve Tarkowski tarafından 2016 yılında, çocuklarının akıcısızlığına karşı ebeveynlerinin tepki ve tutumlarını ölçmek amacıyla Polonya’da geliştirilmiştir. Bu çalışmada veri toplama aracı olarak seçilen bu ölçek, Türkçe’ye uyarlanarak kullanılmıştır. Makalenin yazarı ve ölçeğin sahibi olan ‘Ewa Humeniuk’dan ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması ve kullanılması için e-mail yoluyla gerekli izinler alınmıştır (EK-6).

3.3.1.1. Konuşma akıcısızlığına tepki ölçeği (KATÖ)

Bu kısımda Türkçe’ye uyarlaması yapılarak çalışmanın veri toplama aracı olarak kullanılan KATÖ’nün içeriği ve amacı, bölümleri, yanıtlanma biçimi ve puanlanması, Türkçe dilinde geçerlik ve güvenirlik çalışmasına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.3.1.1.1. Ölçeğin içeriği ve amacı

Okul öncesi dönemde kekemeliği olan çocuğa sahip ebeveynlerin, çocuklarına gösterdikleri tepki ve tutumlar, çocuğun kekemeliği üzerinde olumlu ya da olumsuz yönde etki edebilir. Bu iki yönlü ilişki dikkate alınarak ebeveynlerin tepki ve tutumlarının ortaya çıkarılması için 2016 yılında Polonya’da Humeniuk ve Tarkowski tarafından KATÖ geliştirilmiştir. Ebeveynlerin, çocuklarının kekemeliğine karşı verdiği tepkiler bilişsel, davranışsal ve duygusal alt alanlara ayrılarak değerlendirilebilir. Tablo 3.7’de

ebeveynlerin 3 alanda çocuklarına karşı sergiledikleri tepki ve tutumların göstergeleri yer almaktadır (Bkz. Tablo 3.7).

Tablo 3.7. Ebeveynlerin tepki ve tutum sergiledikleri alt alanlar ve göstergeler [7]

Tepki ve tutum şekilleri	Göstergeler
Bilişsel tepki ve tutumlar	Çocuğunun kekemeliğinin doğasını anlamak (nedenleri, şiddeti, iyileşme şansı), kekemeliğin normal olup olmadığına karar vermek, aynı yaştaki çocuklarla kıyaslandığında diğer anormal durumlara göre karakterize özellikleri anlamak
Duygusal tepki ve tutumlar	Çocuğunun akıcı olmayan konuşmasını dinlerken ortaya çıkan öfke, artan gerginlik, suçluluk, pişmanlık, utanç, endişe, stres, fizyolojik değişiklikler, sinirlilik gibi duygular hissetme
Davranışsal tepki ve tutumlar	Çocuğun akıcı olmayan konuşmasını dinlerken aşırı dikkat etme, akıcılık bozukluğuna dikkatini verme, akıcı olmayan ifadeleri düzeltme, çocuğun konuşma hızını azaltma, sabırsızlık belirtileri gösterme, kafa karışıklığı yaşama göz temasından kaçınma, akıcı olmayan ifadeleri tamamlama gibi sözel ya da sözel olmayan tutumlar içinde olma

3.3.1.1.2. Ölçeğin bölümleri

Ebeveynlerin, çocuklarının kekemeliğine karşı verdiği tepkiler önceki bölümde anlatıldığı üzere bilişsel, davranışsal ve duygusal alanlarda olmaktadır ve bu ölçek de bu alt alanlardan oluşmaktadır. Bu ölçek her biri 10 madde olan 3 alt bölüm ve 30 maddeden oluşmaktadır. Maddeler alt bölümler şeklinde ayrılmadan karışık olarak alt alta sıralanmıştır. Tablo 3.8’de alanlara göre madde numaraları belirtilmiştir (Bkz. Tablo 3.8). Ayrıca 31. madde olarak çocuğun kekemeliğinin şiddetiyle ilgili hafiften çok şiddetliye kadar ebeveyn görüşlerini inceleyen ek bir soru daha vardır.

Tablo 3.8. Ölçeğin alt alanları ve madde numaraları

Alt alanlar	Madde numaraları
Bilişsel	1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28
Davranışsal	2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29
Duygusal	3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30
Ek Madde	31

3.3.1.1.3. Ölçeğin yanıtlanma biçimi ve puanlanması

KATÖ’de her bir madde için puanlama üç derecelendirmeli likert tipi ölçek şeklindedir. Katılımcılar her bir maddeyi okur ve ‘evet’, ‘? (söylemesi zor)’ ve ‘hayır’ seçeneklerinden kendilerine uygun olanı işaretlerler. Ölçekte evet seçeneği 2 puana, ? (söylemesi zor) seçeneği 1 puana ve hayır seçeneği de 0 puana karşılık gelmektedir.

Bilişsel, davranışsal ve duygusal olmak üzere her 3 bölümden en düşük 0 puan, en yüksek ise 20 puan alınabilmektedir. Ölçekten en düşük 0, en yüksek ise 60 puan alınabilmektedir. Doldurulan ölçek sonucuna göre alınan puan ne kadar yüksek ise ebeveynin, çocuğunun akıcısızlığına verdiği tepkiler o kadar olumsuzdur. Her bir alt alandan alınan puanlara göre sonuçlar sınıflandırılmaktadır (Bkz. Tablo 3.9.)

Tablo 3.9. Ölçekten alınan puan aralıkları ve anlamları

Puan aralıkları	Sınıfı	Anlamları
0-6	Düşük	Konuşma akıcısızlığını ciddi bir problem olarak görme eğilimi düşük ya da hiç yok, akıcı olmayan bir ifade sırasında müdahale etme eğilimi çok az veya hiç yok, konuşma akıcısızlığına karşı gösterilen olumsuz duygusal tepkiler çok az.
7-14	Orta	Konuşma akıcısızlığını ciddi bir problem görme eğilimi ortalama, akıcı olmayan bir ifade sırasında müdahale etme eğilimi az veya hiç yok, konuşma akıcısızlığına karşı gösterilen olumsuz duygusal tepkiler az.

Tablo 3.9. (Devam) Ölçekten alınan puan aralıkları ve anlamları

15-20	Yüksek	Konuşma akıcısızlığını ciddi bir problem görme eğilimi yüksek, akıcı olmayan bir ifade sırasında müdahale etme eğilimi az veya hiç yok, konuşma akıcısızlığına karşı gösterilen olumsuz duygusal tepkiler az.
-------	--------	---

Tablo 3.9. incelendiğinde, her bir alt alan için geçerli olmak üzere 0-6 puan aralığı düşük; 7-14 puan aralığı orta; 15-20 puan aralığı yüksek sınıfına dahil edilmektedir. Puan anlamlarına bakıldığında puanlar arttıkça olumsuz düşünce, tepki ve tutumların arttığı görülmektedir (Bkz. Tablo 3.9)

Toplam puanlar bazında bakıldığında 0-18 puan aralığı düşük; 19-44 puan aralığı orta; 45-60 puan aralığı yüksek sınıfına dahil edilmektedir. Dolayısıyla yukarıdaki puan anlamları toplam skorlar için de geçerlidir. Katılımcılar 30 maddeyi doldurduktan sonra, çocuğundaki kekemeliğin şiddetini belirtmek için ‘hafif’, ‘orta’, ‘şiddetli’ ve ‘çok şiddetli’ seçeneklerinden birini işaretleyerek 31. maddeyi de doldurdular. Ölçeği dolduran ebeveynlerin bireysel farklılıkları dikkate alındığında ölçeğin doldurulması ortalama 10 dakika sürmektedir.

3.3.1.1.4. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması

Araştırma kapsamında kullanılan KATÖ item-total korelasyon analizi sonuçları Tablo 3.10’da gösterilmiştir.

Tablo 3.10. KATÖ madde analizi sonuçları

	Madde Silindiği Durumdaki Yeni Ortalama	Madde Silindiği Durumdaki Varyans	Madde-Bütün İlişkisi Korelasyon	Madde Silindiğinde Cronbach’s Alpha
Madde 1	30.29	82.01	.09	.79
Madde 2	30.65	78.52	.24	.79
Madde 3	31.97	77.71	.41	.78
Madde 4	30.70	78.92	.21	.79
Madde 5	31.24	75.60	.34	.78
Madde 6	31.14	73.90	.44	.78
Madde 7	30.25	81.16	.25	.79
Madde 8	30.94	77.29	.26	.79
Madde 9	31.30	77.92	.22	.79

Tablo 3.10. (Devam) *KATÖ madde analizi sonuçları*

Madde 10	31.06	74.64	.42	.78
Madde 11	31.84	76.65	.39	.78
Madde 12	31.48	76.80	.29	.79
Madde 13	30.40	81.50	.07	.79
Madde 14	31.38	73.34	.50	.77
Madde 15	30.49	76.42	.49	.78
Madde 16	30.71	78.14	.25	.79
Madde 17	31.92	79.27	.22	.79
Madde 18	31.08	75.11	.39	.78
Madde 19	31.21	75.84	.37	.78
Madde 20	31.54	76.41	.33	.78
Madde 21	31.79	75.94	.44	.78
Madde 22	31.97	78.87	.30	.79
Madde 23	32.03	78.93	.33	.78
Madde 24	31.70	75.02	.47	.78
Madde 25	30.60	84.47	-.18	.80
Madde 26	30.63	80.01	.13	.79

Tablo 3.10 incelendiğinde, madde silindiği durumda her bir madde için yeni ortalamaların 30.25 ile 32.03 arasında değişen değerler aldığı görülmüştür. Madde silindiği durumda her bir madde için varyansın 73.34 ile 84.47 arasında değişen değerler aldığı görülmüştür. Madde-bütün ilişkisi korelasyonun ise her bir madde için -0.18 ile 0.50 arasında değişen değerler aldığı görülmüştür. Ayrıca, madde silindiğinde her bir madde için Cronbach's Alpha değerlerinin 0.77 ile 0.80 arasında olduğu görülmüştür. Son olarak, KATÖ için Cronbach's Alpha değeri 0.79 olarak hesaplanmıştır. Yapılan analizler ışığında ölçeğin Türkçe dilinde kullanımının güvenilir olduğu görülmektedir.

3.4. Araştırmanın Aşamaları

Bu çalışma iki aşamada yapılmıştır. İlk aşama KATÖ'nün Türkçe'ye uyarlanması; ikinci aşama Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin uygulanması yoluyla kekemeliği olan okul öncesi çocuğa sahip ebeveynlerin tepki ve tutumlarının incelenmesidir.

3.4.1. KATÖ'nün Türkçe'ye uyarlanması

KATÖ'nün orijinali 2016 yılında yayınlanan 'Parent's reactions to children's stuttering and style of coping with stress [7]' adlı çalışmadan elde edilmiştir. Ölçeğin sahibinden gerekli izinler alınarak çalışmaya başlanmıştır.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması için 4 adım izlenmiştir. Bunlar a) İleri çeviri, b) Uzman paneli ve geri çeviri, c) Pilot çalışma ve bilişsel görüşme, d) Son versiyon ve belgeleme. Bu 4 adım sağlık DSÖ tarafından ölçüm araçlarının çeviri ve uyarlama süreci için önerdiği prosedürdür [95].

3.4.1.1. İleri çeviri aşaması

Kekemeliği olan çocukların ebeveynlerine uygulanacak olan toplam 31 maddelik bu ölçek, dil ve konuşma terapisi alanında yüksek lisansını tamamlamış olan 1 uzman dil ve konuşma terapisti ve dil ve konuşma terapisi alanında yüksek lisans eğitimine devam eden 4 dil ve konuşma terapisti tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Çeviriyi yapan bu 5 kişi akademik eğitimleri boyunca İngilizce eğitimi almış, İngilizce'ye hakim kişilerden seçilmiştir.

3.4.1.2. Uzman paneli ve geri çeviri aşaması

İngilizce'den Türkçe'ye yapılan çeviriler, değerlendirilmesinin kolaylaştırılması için orijinal hali, 5 farklı çeviri ve öneriler sütununu içeren tablo formatına dönüştürülmüş ve bu tablo 3 akademik üye tarafından incelenerek çeviri uygunluğu değerlendirilmiştir. Her bir madde için en uygun çeviri seçilmiş ve uzmanların önerileri dikkate alınmıştır. Uzmanların uygun çeviri seçimleri arasındaki uyum Kappa uyuma katsayısı hesaplanarak belirlenmiştir (.97). Bu şekilde her bir maddenin içeriği belirlenmiş, gerekli düzenlemeler yapılmış ve çalışmada kullanılacak olan ölçeğin son hali araştırmacılar tarafından ortaya çıkarılmıştır.

Geri çeviri aşaması danışman öğretim üyesi ve araştırmacı tarafından ölçeğin hedeflediği yapının uygun olmaması, dilsel ve kültürel olarak bu aşamanın gerçekleştirilmesine gerek görülmediği için yapılmamıştır.

3.4.1.3. Pilot çalışma ve bilişsel görüşme aşaması

Ölçek maddelerinin içeriği ve puanlanmasının anlaşılabilirliğini kontrol etmek üzere gerçekleştirilen pilot çalışma aşamasında dahil etme kriterlerini dikkate alınarak büyük örneklemin özelliklerini yansıtacak şekilde seçilen 4 baba ve 6 anne olmak üzere toplam

10 ebeveyn ile uygulama yapılmıştır. Katılımcılara ölçekte anlayamadıkları veya rahatsız edici bir sözcük/ ifadeyle karşılaşp karşılaşmadıkları sorulmuştur ve ölçekte yer alan maddelerle ilgili görüşleri alınmıştır. Katılımcılar anlayamadıkları ya da rahatsız oldukları maddelerin bulunmadığını belirtmiştir. Bu sayede ilk oluşturulan ölçeğin çalışma için kullanılabilir olduğu anlaşılmıştır.

Pilot çalışma sonrası demografik bilgiler kısmında sorgulanması gereken çocuğun cinsiyeti ve dil ve konuşma terapisi alıp almadığına dair sorular ana çalışmaya eklenmiştir. Ayrıca pilot çalışma sonrası uygulama koşullarının kolaylaştırılması için bütün belgelerin birleştirilmesine ve online uygulamanın yaygınlaştırılmasına karar verilmiştir.

3.4.1.4. Son versiyon ve belgeleme aşaması

Tüm bu aşamalardan sonra ölçeğe son şekli verilerek belgelenmiş ve çalışma da uygulanmak üzere kullanılabilir hale getirilmiştir.

3.4.2. Ölçeğin uygulanması

Ölçeğin uygulanması için öncelikle okul öncesi dönem kekemeliği olan çocuklar ve ailelerine ulaşılmıştır. Bu alanda çalışan dil ve konuşma terapistleri, Kekemeler Derneği, Dil ve Konuşma Bozuklukları Merkezi gibi okul öncesi kekemeliği olan çocuk ve ebeveynlerine ulaşılma potansiyeli yüksek olan kişiler ya da kurumlar ile iletişime geçilmiştir.

Dahil edilme kriterlerine uygun olarak seçilen katılımcılara online ya da yüz yüze olacak şekilde gerçekleştirilen görüşmelerde öncelikle çalışmanın amacı ve içeriği açıklanmıştır. Çalışmada tamamen gönüllülük esası gözetildiğinden Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu imzalatılmıştır. Ardından çalışmaya katılan ebeveynlere ait bilgiler Katılımcı Bilgi Formu yoluyla alınmıştır. Ardından kekemeliği olan okul öncesi dönemdeki çocuğa ait bilgiler Akıcı Konuşma Bozukluğu Çocuk Değerlendirme Formu yoluyla alınmıştır. Son olarak da Türkçe'ye uyarlanan KATÖ ile ilgili gerekli açıklamalar yapılarak ebeveynlerden ölçeği yardımsız şekilde doldurması istenmiştir. Her bir formun

ayrı ayrı uygulanması yerine EK 5’ te verilen Google Forms yoluyla hazırlanan online format ya da bu formatın word hali kullanılmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Türkçe’ye uyarlaması yapılan KATÖ’nün uygulamasının yapılmasının ardından toplanan verilerin analizi için SPSS v26 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizi 63 katılımcının verileri üzerinden yapılmıştır.

Verilerin normal dağılım gösterdiği tespit edildiğinden iki bağımsız grubun sürekli değişken olan bağımlı bir değişkene ilişkin puan ortalamaları arasındaki farklılığı tespit etmek için bağımsız örneklem t-testi; ikiden fazla bağımsız grubun sürekli bir değişkene ilişkin puan ortalamaları arasındaki farklılığı tespit etmek için “tek yönlü varyans (ANOVA)” analizinden yararlanılmıştır. Ebeveynlerin yaşı, çocuğun yaşı, kekemelik başlama yaşı değişkenleri ile KATÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkileri incelemek için “Pearson Korelasyon Analizi” kullanılmıştır. Araştırmada, anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

3.5.1. Ön analizler

Temel analizlerden önce veri girişlerinin kontrolü sağlanmış ve kayıp veri analizi yapılmış, daha sonra SPSS v26 programı ile analizler gerçekleştirilmiştir. Verilerin normal dağılımını incelemek için çarpıklık ve basıklık (skewness ve kurtosis) değerleri incelenmiştir. Veri gruplarında Skewness (çarpıklık) – Kurtosis (basıklık) değerlerinin +1, -1 aralığında olması normal dağılım için kabul edilebilir değerler olarak kabul edilmektedir [96]. Bu çalışmada değerlerin -1 ile +1 arasında olduğu görüldüğünden ve histogram ile beklenen olasılık grafiklerinin normal dağılıma yakın olduğu görüldüğünden veri setinin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir. Bu nedenle bu çalışmada parametrik olmayan analiz yöntemleri yerine parametrik analiz yöntemleri kullanılmıştır [96]. KATÖ ve alt boyutlarına ilişkin özet istatistik değerleri Tablo 3.11’de gösterilmiştir (Bkz. Tablo 3.11).

Tablo 3.11. *KATÖ ve alt boyutlarının özet istatistik değerleri*

	Ort.	Ss	Min.	Maks.	Skewness	Kurtosis
KATÖ	32.21	9.08	13.00	52.00	0.21	-0.34
Bilişsel	13.92	2.82	6.00	19.00	-0.38	-0.05
Davranışsal	9.46	4.00	0.00	18.00	0.18	-0.56
Duygusal	8.83	4.73	0.00	20.00	0.14	-0.40

Tablo 3.11’de görüldüğü gibi KATÖ için çarpıklık (skewness) değeri 0.21 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, KATÖ alt boyutlarından olan bilişsel için -0.38, davranışsal için 0.18 ve duygusal için 0.14 olarak hesaplanmıştır. KATÖ için basıklık (kurtosis) değeri -0.34 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, KATÖ alt boyutlarından olan bilişsel için -0.05, davranışsal için -0.56 ve duygusal için -0.40 olarak hesaplanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amaç soruları doğrultusunda yapılan veri analizlerine ait bulgular yer almaktadır. Bulgular amaç sorularının yazılış sırasını takip etmektedir. Öncelikle pilot çalışma bulgularına yer verilmiştir. Ardından ana çalışma bulguları açıklanmıştır.

4.1. Pilot Çalışma Bulguları

4.1.1. Katılımcıların KATÖ ve alt boyut puanları

Pilot çalışmaya dahil olan katılımcıların her birinin KATÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar Tablo 4.1’de gösterilmiştir (Bkz. Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. KATÖ ve alt boyutları puanlarına ilişkin özet istatistik değerleri

		Bilişsel	Davranışsal	Duygusal	KATÖ
ANNE	K1	14.00	8.00	9.00	31.00
	K2	16.00	6.00	6.00	28.00
	K3	16.00	16.00	16.00	48.00
	K4	14.00	6.00	2.00	22.00
	K5	20.00	14.00	16.00	50.00
	K6	16.00	10.00	6.00	32.00
BABA	K7	14.00	8.00	6.00	28.00
	K8	16.00	16.00	10.00	42.00
	K9	16.00	8.00	6.00	30.00
	K10	18.00	10.00	6.00	34.00

Tablo 4.1’i katılımcı anneler açısından incelendiğinde, KATÖ puanlarının 22.0 ile 48.00 arasında olduğu görülmüştür. Ayrıca, KATÖ alt boyutlarından olan duygusal için 2.00 ile 16.00, davranışsal için 6.00 ile 16.00 ve bilişsel için 14.00 ile 20.00 arasında olduğu görülmüştür. Katılımcı babalar açısından incelendiğinde, KATÖ puanlarının 28.0 ile 42.00 arasında olduğu görülmüştür. Ayrıca, KATÖ alt boyutlarından olan duygusal için 6.00 ile 10.00, davranışsal için 8.00 ile 16.00 ve bilişsel için 14.00 ile 18.00 arasında olduğu görülmüştür.

Tabloda yer verilmeyen ancak ölçeğin 31. maddesi olan ebeveynlerin, çocuklarının kekemelik şiddetini kendilerine göre 4 seçenek arasından seçtiği maddeye dair bulgulara bakıldığında katılımcılardan 1’i çocuğunun kekemeliği için hafif seçeneğini; 8’i orta seçeneğini ve 1’i de şiddetli seçeneğini işaretlemiştir. Katılımcılar, dördüncü seçenek olan çok şiddetli seçeneğini işaretlememişlerdir.

4.1.2. Katılımcıların KATÖ ve alt boyut puanları ortalamaları

Pilot çalışmaya dahil olan katılımcıların KATÖ ve alt boyutlarının özet istatistik değerleri Tablo 4.2’de gösterilmiştir (Bkz. Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. Katılımcıların KATÖ ve alt boyutlarının özet istatistik değerleri

	Ort.	Ss	Min.	Maks.
KATÖ	34.50	9.18	22.00	50.00
Bilişsel	16.00	1.89	14.00	20.00
Davranışsal	10.20	3.82	6.00	16.00
Duygusal	8.30	4.57	2.00	16.00

Not. N = 10, KATÖ: Konuşma Akıcılığında Tepki Ölçeği

Tablo 4.2 incelendiğinde, katılımcıların KATÖ puan ortalaması Ort. = 34.50, Ss. = 9.18 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, KATÖ alt boyutlarından olan duygusal puan ortalaması Ort. = 8.30, Ss. = 4.57; bilişsel puan ortalaması Ort. = 16.00, Ss. = 1.89 ve davranışsal puan ortalaması Ort. = 10.20, Ss. = 3.82 olarak hesaplanmıştır.

Pilot çalışmaya dahil olan anne ve babalar için ayrı ayrı hesaplanan KATÖ ve alt boyutlarının özet istatistik değerleri Tablo 4.3’te gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Anne ve Babaların KATÖ ve alt boyutlarının özet istatistik değerleri

	Anne (n=6)				Baba (n=4)			
	Ort.	Ss	Min.	Maks.	Ort.	Ss	Min.	Maks.
KATÖ	35.17	11.29	22.00	50.00	33.50	6.19	42.00	33.50
Bilişsel	16.00	2.19	14.00	20.00	16.00	1.63	14.00	18.00
Davranışsal	10.00	4.20	6.00	16.00	10.50	3.79	8.00	16.00
Duygusal	9.17	5.74	2.00	16.00	7.00	2.00	10.00	7.00

KATÖ: Konuşma Akıcılığında Tepki Ölçeği

Tablo 4.3 incelendiğinde, anneler için KATÖ puan ortalaması Ort. = 35.17, Ss. = 11.29 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, annelerin KATÖ alt boyutlarından olan duygusal puan ortalaması Ort. = 9.17, Ss. = 5.74; bilişsel puan ortalaması Ort. = 16.00, Ss. = 2.19

ve davranışsal puan ortalaması *Ort.* = 10.00, *Ss.* = 4.20 olarak hesaplanmıştır. Babalar için KATÖ puan ortalaması *Ort.* = 33.50, *Ss.* = 6.19 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, babaların KATÖ alt boyutlarından olan duygusal puan ortalaması *Ort.* = 7.00, *Ss.* = 2.00; bilişsel puan ortalaması *Ort.* = 16.00, *Ss.* = 1.63 ve davranışsal puan ortalaması *Ort.* = 10.50, *Ss.* = 3.79 olarak hesaplanmıştır.

4.2. Ana Çalışma Bulguları

4.2.1. Katılımcıların KATÖ ve alt boyut puanları

Katılımcıların her birinin KATÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar Tablo 4.4'te gösterilmiştir (Bkz. Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Katılımcıların KATÖ ve alt boyut puanları

	Bilişsel	Davranışsal	Duygusal	KATÖ (Ölçek Toplam Puan)
K1	15.00	11.00	7.00	33.00
K2	18.00	12.00	8.00	38.00
K3	15.00	7.00	14.00	36.00
K4	13.00	5.00	4.00	22.00
K5	16.00	6.00	16.00	38.00
K6	11.00	4.00	9.00	24.00
K7	14.00	14.00	8.00	36.00
K8	18.00	8.00	10.00	36.00
K9	18.00	10.00	12.00	40.00
K10	12.00	4.00	8.00	24.00
K11	10.00	8.00	2.00	20.00
K12	18.00	10.00	14.00	42.00
K13	17.00	11.00	16.00	44.00
K14	15.00	10.00	12.00	37.00
K15	12.00	0.00	4.00	16.00
K16	13.00	3.00	16.00	32.00
K17	14.00	6.00	12.00	32.00
K18	12.00	16.00	14.00	42.00
K19	12.00	17.00	15.00	44.00
K20	13.00	6.00	10.00	29.00
K21	13.00	5.00	9.00	27.00
K22	8.00	11.00	4.00	23.00
K23	6.00	7.00	0.00	13.00
K24	18.00	10.00	6.00	34.00
K25	17.00	8.00	0.00	25.00
K26	14.00	5.00	6.00	25.00
K27	16.00	6.00	0.00	22.00
K28	16.00	14.00	18.00	48.00
K29	12.00	14.00	6.00	32.00
K30	12.00	8.00	6.00	26.00
K31	10.00	10.00	8.00	28.00
K32	12.00	6.00	6.00	24.00
K33	14.00	10.00	4.00	28.00
K34	13.00	12.00	8.00	33.00
K35	14.00	10.00	8.00	32.00
K36	14.00	8.00	8.00	30.00

Tablo 4.4. (Devam) *Katılımcıların KATÖ ve alt boyut puanları*

K37	14.00	8.00	11.00	33.00
K38	16.00	8.00	9.00	33.00
K39	16.00	8.00	12.00	36.00
K40	18.00	14.00	14.00	46.00
K41	16.00	11.00	12.00	39.00
K42	12.00	7.00	10.00	29.00
K43	11.00	7.00	4.00	22.00
K44	16.00	6.00	8.00	30.00
K45	8.00	5.00	4.00	17.00
K46	19.00	18.00	15.00	52.00
K47	18.00	14.00	10.00	42.00
K48	16.00	12.00	12.00	40.00
K49	12.00	10.00	10.00	32.00
K50	10.00	12.00	6.00	28.00
K51	16.00	10.00	12.00	38.00
K52	14.00	6.00	1.00	21.00
K53	14.00	6.00	6.00	26.00
K54	10.00	14.00	8.00	32.00
K55	14.00	14.00	10.00	38.00
K56	10.00	7.00	3.00	20.00
K57	15.00	16.00	12.00	43.00
K58	12.00	12.00	7.00	31.00
K59	18.00	16.00	18.00	52.00
K60	14.00	8.00	5.00	27.00
K61	16.00	16.00	20.00	52.00
K62	14.00	3.00	1.00	18.00
K63	13.00	16.00	8.00	37.00

Tablo 4.4 incelendiğinde, katılımcıların KATÖ puanlarının 13.00 ile 52.00 arasında olduğu görülmüştür. Ayrıca, KATÖ alt boyutlarından olan duygusal için 0.00 ile 20.00, davranışsal için 0.00 ile 18.00 ve bilişsel için 6.00 ile 19.00 arasında olduğu görülmüştür.

Tabloda yer verilmeyen ancak ölçeğin 31. maddesi olan ebeveynlerin, çocuklarının kekemelik şiddetini kendilerine göre 4 seçenek arasından seçtiği maddeye dair bulgular incelendiğinde, katılımcılardan 21'i çocuğunun kekemeliği için hafif seçeneğini; 35'i orta seçeneğini ve 6'sı da şiddetli seçeneğini işaretlemiştir. Katılımcılar dördüncü seçenek olan çok şiddetli seçeneğini işaretlememişlerdir.

4.2.2. Katılımcıların KATÖ ve alt boyut puan ortalamaları

- a) Katılımcıların KATÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların ortalamaları Tablo 4.5'te gösterilmiştir (Bkz. Tablo 4.5).

Tablo 4.5. KATÖ ve alt boyutlarının özet istatistik değerleri

	Ort.	Ss	Min.	Maks.
KATÖ	32.21	9.08	13.00	52.00
Bilişsel	13.92	2.82	6.00	19.00
Davranışsal	9.46	4.00	0.00	18.00
Duygusal	8.83	4.73	0.00	20.00

N = 63, KATÖ: Konuşma Akıcısızlığına Tepki Ölçeği

Tablo 4.5 incelendiğinde, katılımcıların KATÖ puan ortalaması *Ort.* = 32.21, *Ss.* = 9.08 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, KATÖ alt boyutlarından olan duygusal puan ortalaması *Ort.* = 8.83, *Ss.* = 4.73; bilişsel puan ortalaması *Ort.* = 13.92, *Ss.* = 2.82 ve davranışsal puan ortalaması *Ort.* = 9.46, *Ss.* = 4.00 olarak hesaplanmıştır.

b) Anne ve babaların KATÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları Tablo 4.6'da gösterilmiştir (Bkz. Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Anne ve Babaların KATÖ ve alt boyutlarının özet istatistik değerleri

	Anne (<i>n</i> =35)				Baba (<i>n</i> =28)			
	Ort.	Ss	Min.	Maks.	Ort.	Ss	Min.	Maks.
KATÖ	31.86	8.08	16.00	48.00	32.64	10.34	13.00	52.00
Bilişsel	13.83	2.39	8.00	18.00	14.04	3.33	6.00	19.00
Davranışsal	8.69	3.92	0.00	16.00	10.43	3.94	3.00	18.00
Duygusal	9.34	4.43	0.00	18.00	8.18	5.08	0.00	20.00

KATÖ: Konuşma Akıcısızlığına Tepki Ölçeği

Tablo 4.6 incelendiğinde, anneler için KATÖ puan ortalaması *Ort.* = 31.86, *Ss.* = 8.08 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, KATÖ alt boyutlarından olan duygusal puan ortalaması *Ort.* = 9.34, *Ss.* = 4.43; bilişsel puan ortalaması *Ort.* = 13.83, *Ss.* = 2.39 ve davranışsal puan ortalaması *Ort.* = 8.69, *Ss.* = 3.92 olarak hesaplanmıştır. Babalar için KATÖ puan ortalaması *Ort.* = 32.64, *Ss.* = 10.34 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, KATÖ alt boyutlarından olan duygusal puan ortalaması *Ort.* = 8.18, *Ss.* = 5.08; bilişsel puan

ortalaması $Ort. = 14.04$, $Ss. = 3.33$ ve davranışsal puan ortalaması $Ort. = 10.43$, $Ss. = 3.94$ olarak hesaplanmıştır.

4.2.3. Ebeveyn tipine (anne ve baba) göre KATÖ ve alt boyut puanlarının farklılaşmasının incelenmesi

Anne ve babaların KATÖ ve alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını tespit etmek için bağımsız örneklem için t-testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 4.7’de verilmiştir (Bkz. Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Ebeveyn tipine (anne ve baba) göre KATÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin t-testi sonuçları

Değişkenler	Anne (n = 35)		Baba (n = 28)		t	p	Cohen's d
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.			
KATÖ	31.86	8.08	32.64	10.34	-0.34	0.736	-0.09
Bilişsel	13.83	2.39	14.04	3.33	-0.29	0.775	-0.07
Davranışsal	8.69	3.92	10.43	3.94	-1.75	0.085	-0.44
Duygusal	9.34	4.43	8.18	5.08	0.97	0.335	0.25

KATÖ : Konuşma Akıcılığında Tepki Ölçeği

Tablo 4.7 incelendiğinde, anne ve babaların KATÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur [$t_{(61)} = -0.34$, $p > 0.05$, $d = -0.09$]. Anne ve babaların duygusal alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur [$t_{(61)} = 0.97$, $p > 0.05$, $d = 0.25$]. Anne ve babaların davranışsal alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur [$t_{(61)} = -1.75$, $p > 0.05$, $d = -0.44$]. Anne ve babaların bilişsel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur [$t_{(61)} = -0.29$, $p > 0.05$, $d = -0.07$].

4.2.4. Çocuğun cinsiyetine göre anne ve babaların KATÖ ve alt boyut puan ortalamalarının farklılaşmasının incelenmesi

Çocuğun cinsiyetine göre anne ve babaların KATÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını sınamak için bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 4.8’de gösterilmiştir (Bkz. Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Çocuğun cinsiyetine göre anne ve babaların KATÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin t-testi sonuçları

		Anne (n=35)				Baba (n=28)				t	p	d
		Ort.	Ss	Min.	Maks	Ort.	Ss	Min.	Maks			
Kız çocuğu	KATÖ	31.17	8.95	17.00	43.00	35.33	12.50	18.00	52.00	-0.94	0.358	0.38
	Bilişsel	13.33	2.81	8.00	18.00	15.08	2.61	10.00	19.00	-1.58	0.128	0.65
	Davranışsal	9.92	4.21	5.00	16.00	10.58	5.00	3.00	18.00	-0.35	0.727	0.14
	Duygusal	7.92	4.70	1.00	16.00	9.67	5.94	1.00	20.00	-0.80	0.432	0.33
Erkek çocuğu	KATÖ	32.22	7.77	16.00	48.00	32.64	10.34	13.00	44.00	0.61	0.543	0.20
	Bilişsel	14.09	2.17	11.00	18.00	13.25	3.66	6.00	18.00	0.82	0.421	0.28
	Davranışsal	8.04	3.70	0.00	16.00	10.31	3.09	6.00	17.00	-2.01	0.052	0.67
	Duygusal	10.09	4.19	0.00	18.00	7.06	4.19	0.00	15.00	2.22	0.033	0.72

KATÖ : Konuşma Akıcılığına Tepki Ölçeği, d: Cohen's d.

Tablo 4.8 incelendiğinde, kekemeliği olan erkek çocuğa sahip anne ve babaların KATÖ duygusal alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur [$t_{(61)} = 2.22, p < 0.05, d = 0.72$]. Annelerin duygusal puan ortalaması (Ort. = 10.09, Ss. = 4.09) babaların puan ortalamasından (Ort. = 7.06, Ss. = 4.19) anlamlı olarak daha yüksektir.

Erkek çocuğu olan anne ve babaların KATÖ, bilişsel ve davranışsal puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Erkek çocuğu olan anneler için KATÖ puan ortalaması Ort. = 32.22, Ss. = 7.77 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, KATÖ alt boyutlarından olan duygusal puan ortalaması Ort. = 10.09, Ss. = 4.19; bilişsel puan ortalaması Ort. = 14.09, Ss. = 2.17 ve davranışsal puan ortalaması Ort. = 8.04, Ss. = 3.70 olarak hesaplanmıştır. Erkek çocuğu olan babalar için KATÖ puan ortalaması Ort. = 32.64, Ss. = 10.34 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, KATÖ

alt boyutlarından olan duygusal puan ortalaması *Ort.* = 7.06 , *Ss.* = 4.19; bilişsel puan ortalaması *Ort.* = 13.25, *Ss.* = 3.66 ve davranışsal puan ortalaması *Ort.* = 10.31, *Ss.* = 3.09 olarak hesaplanmıştır.

Kız çocuğu olan anne ve babaların KATÖ, bilişsel, davranışsal ve duygusal puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kız çocuğu olan anneler için KATÖ puan ortalaması *Ort.* = 31.17, *Ss.* = 8.95 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, KATÖ alt boyutlarından olan duygusal puan ortalaması *Ort.* = 7.92, *Ss.* = 4.70; bilişsel puan ortalaması *Ort.* = 13.33, *Ss.* = 2.81 ve davranışsal puan ortalaması *Ort.* = 9.92, *Ss.* = 4.21 olarak hesaplanmıştır. Kız çocuğu olan babalar için KATÖ puan ortalaması *Ort.* = 35.33, *Ss.* = 12.50 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, KATÖ alt boyutlarından olan duygusal puan ortalaması *Ort.* = 9.67, *Ss.* = 5.94; bilişsel puan ortalaması *Ort.* = 15.08, *Ss.* = 2.61 ve davranışsal puan ortalaması *Ort.* = 10.58, *Ss.* = 5.00 olarak hesaplanmıştır.

4.2.5. Ebeveynlerin eğitim durumuna göre KATÖ ve alt boyut puan ortalamalarının farklılaşmasının incelenmesi

Ebeveynlerin eğitim durumuna göre KATÖ ve alt boyutları puan ortalamaları ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını tespit etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 4.9’da verilmiştir (Bkz. Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Ebeveynlerin eğitim durumuna göre KATÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin ANOVA sonuçları

Değişkenler	Deneyim	n	Ort.	Ss	F	p	η^2
KATÖ	İlköğretim	12	33.00	7.85	1.05	0.357	0.03
	Lise	14	34.93	11.29			
	Üniversite	37	30.92	8.51			
Bilişsel	İlköğretim	12	13.42	2.39	0.41	0.665	0.01
	Lise	14	14.43	3.59			
	Üniversite	37	13.89	2.67			
Davranışsal	İlköğretim	12	10.75	4.31	2.19	0.121	0.07
	Lise	14	10.64	4.13			
	Üniversite	37	8.59	3.72			
Duygusal	İlköğretim	12	8.83	5.41	0.45	0.638	0.01
	Lise	14	9.86	5.20			
	Üniversite	37	8.43	4.38			

Tablo 4.9 incelendiğinde, ebeveynlerin eğitim düzeyine göre KATÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(2, 61) = 1.05$, $p > 0.05$). Ebeveynlerin eğitim düzeyine göre duygusal alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(2, 61) = 0.45$, $p > 0.05$). Ebeveynlerin eğitim düzeyine göre davranışsal alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(2, 61) = 2.19$, $p > 0.05$). Ebeveynlerin eğitim düzeyine göre bilişsel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(2, 61) = 0.41$, $p > 0.05$).

4.2.6. Terapi alan ve almayan çocuklara sahip ebeveynlerin KATÖ ve alt boyut puan ortalamalarının farklılaşmasının incelenmesi

Ebeveynlerin, çocuklarının terapi alma durumuna göre KATÖ ve alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını tespit etmek için bağımsız örneklemeler için t-testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 4.10'da verilmiştir (Bkz. Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Terapi alan ve almayan çocuklara sahip ebeveynlerin KATÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin t-testi sonuçları

Değişkenler	Hayır (n = 33)		Evet (n = 30)		t	p	Cohen's d
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.			
KATÖ	34.70	9.93	29.47	7.27	2.37	0.021	0.60
Bilişsel	14.15	3.29	13.67	2.23	0.68	0.501	0.17
Davranışsal	10.94	3.82	7.83	3.58	3.32	0.002	0.83
Duygusal	9.61	4.72	7.97	4.66	1.39	0.171	0.35

KATÖ : Konuşma Akıcılığında Tepki Ölçeği

Tablo 4.10 incelendiğinde, çocukların terapi alıp almaması durumuna göre ebeveynlerin KATÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur [$t_{(61)} = -0.34$, $p < 0.05$, $d = -0.09$]. Çocuğu terapi almayan ebeveynlerin KATÖ puan ortalaması (Ort. = 34.70, Ss. = 9.93) çocuğu terapi alan ebeveynlerin puan ortalamasından (Ort. = 29.47, Ss. = 7.27) anlamlı olarak daha yüksektir.

Çocukların terapi alıp almaması durumuna göre ebeveynlerin davranışsal alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur [$t_{(61)} =$

3.32, $p < 0.05$, $d = 0.83$]. Çocuğu terapi almayan ebeveynlerin davranışsal alt boyut puan ortalaması ($Ort. = 10.94$, $Ss. = 3.82$) çocuğu terapi alan ebeveynlerin puan ortalamasından ($Ort. = 7.83$, $Ss. = 3.58$) anlamlı olarak daha yüksektir.

Çocukların terapi alıp almaması durumuna göre ebeveynlerin duygusal alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur [$t_{(61)} = 1.39$, $p > 0.05$, $d = 0.35$]. Çocukların terapi alıp almaması durumuna göre ebeveynlerin bilişsel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur [$t_{(61)} = 0.68$, $p > 0.05$, $d = 0.17$].

4.2.7. Ebeveynlerin yaşı, çocuğun yaşı, kekemelik başlama yaşı ile KATÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Ebeveynlerin yaşı, çocuğun yaşı, kekemelik başlama yaşı ile KATÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 4.11’te verilmiştir (Bkz. Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Ebeveynlerin yaşı, çocuğun yaşı, kekemelik başlama yaşı ile KATÖ ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki ilişkiye dair Pearson Korelasyon Analizi sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7
1. Anne-Baba Yaşı	-						
2. Çocuk yaşı	0.124	-					
3. Kekemelik Baş. Yaş	-0.001	0.452**	-				
4. KATÖ	-0.097	-0.076	0.088	-			
5. Bilişsel	0.021	-0.031	0.023	0.676**	-		
6. Davranışsal	-0.168	-0.034	0.371**	0.763**	0.263*	-	
7. Duygusal	-0.058	-0.099	0.090	0.873**	0.479**	0.464**	-

* $p < .05$, ** $p < .01$, KATÖ : Konuşma Akıcılığında Tepki Ölçeği

Tablo 4.11 incelendiğinde;

Kekemelik başlama yaşı ile KATÖ davranışsal alt boyutu arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.37$, $p < 0.01$). Diğer deyişle yaş arttıkça davranışsal alt boyut puanının da arttığı belirlenmiştir. Kekemelik başlama yaşı ile bilişsel ($r = 0.02$, $p > 0.05$) ve duygusal ($r = 0.10$, $p > 0.05$) alt boyutları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Ebeveynlerin yaşı ile KATÖ ($r = -0.10, p > 0.05$) ve bilişsel ($r = 0.02, p > 0.05$), davranışsal ($r = -0.17, p > 0.05$), duygusal ($r = -0.17, p > 0.05$) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çocuğun yaşı ile KATÖ ($r = -0.10, p > 0.05$) ve bilişsel ($r = -0.03, p > 0.05$), davranışsal ($r = -0.03, p > 0.05$), duygusal ($r = -0.10, p > 0.05$) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.



5. TARTIŞMA

Okul öncesi dönemde kekemeliği olan çocukların yaşadığı bu süreçte ebeveynlerin oldukça önemli bir yeri olduğu düşünülerek yola çıkılan bu çalışma, 3-6 yaş arasında kekemeliği olan okul öncesi dönem çocukların ebeveynlerinin, çocuklarının kekemeliğine yönelik tepki ve tutumlarını incelemeyi hedeflemiştir. Bu hedef doğrultusunda Türkçe'ye uyarlanan KATÖ kullanılmıştır ve çocuğun ebeveynleri olarak anne ve babalar seçilmiştir. Ölçekten alınan puan ortalamaları, ölçek toplam puan ortalamaları ve ölçeğin 3 alt alanı olan bilişsel, davranışsal ve duygusal alt alan puan ortalamaları açısından yorumlanmıştır. Ölçekten alınan puanların dahil olduğu sınıf (düşük, orta, yüksek) belirlenerek anne ve babaların kekemeliği olan çocuklarına yönelik tepki ve tutumlarının dereceleri ortaya çıkarılabilmektedir. Bu sayede tepki ve tutumlara yönelik hangi düzeyde müdahale alınabileceği ve bu derecelerin başka değişkenlerle ilişkisi olup olmadığı kestirilebilir. Ayrıca ölçek maddelerindeki alt alan puanlarına göre de ebeveynlerin tepki ve tutumlarının hangi boyutlarda olduğu ve daha yoğun desteklenmesi gerektiği belirlenebilmektedir. Ölçek toplam puan ya da alt alan puanları ne kadar yüksek ebeveyn o kadar olumsuz tepki ve tutum sergilemektedir. Bilişsel alt alanda puanların yüksek olması, anne ve babaların çocuklarının kekemelikleriyle ilgili kekemeliğin nedeni, uzmana danışma zamanı, iyileşip iyileşmeyeceği gibi bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Davranışsal alt alana ait puanların yüksek olması, anne ve babaların çocuklarının kekemelik anlarında ne yapacağını bilmediği, kekemelik anlarına aşırı dikkatli dinleme, göz temasını aşırı kurma, yavaşlama, sakin olma uyarısı verme gibi yanlış müdahalede bulunduğu anlamına gelmektedir. Son olarak duygusal alt alanda puanların yüksek olması anne ve babaların çocuklarının kekemelikleriyle ilgili duygusal olarak hissettiklerinin yoğun olduğu, gelecek endişesi yaşadıkları, kekemelik anlarında sinirlendikleri ya da üzüldükleri şeklinde yorumlanabilir. İlerleyen kısımlarda ölçek toplam puan ve alt alan puan ortalamalarının yüksek olması bahsedilen anlamlara gelmektedir.

Literatür incelemesi yapıldığında çalışma verilerini elde etmek için kullanılan ölçeğin, bu çalışma dışında iki araştırmada kullanıldığı görülmektedir [7, 97]. Bu nedenle elde edilen çalışma bulguları bu iki araştırma ile karşılaştırılarak yorumlanmıştır. Bu çalışmayı diğer ikisinden ayıran fark ise araştırma değişkenlerinin diğer iki çalışmadan daha geniş olmasıdır. Bu çalışmada tüm katılımcılar, ebeveyn tipi, çocuğun cinsiyeti,

ebeveynlerin eğitim durumu, çocuğun terapi alıp almaması, ebeveyn yaşı, kekemeliği olan çocuğun yaşı, çocuğun kekemelik başlama yaşı gibi değişkenlere göre söz konusu ölçek genel puanları ve bilişsel, davranışsal ve duygusal olmak üzere 3 alt alan puanları bulgular olarak ortaya çıkarılmıştır. Her bir bulgu araştırma soruları kapsamında sırasıyla bölüm içerisinde yorumlanmıştır.

Öncelikli olarak tüm katılımcıların ölçek alt alan puan ortalamalarına bakıldığında (Bkz. Tablo 4.5) en yüksek bilişsel alt alanda ve en düşük de duygusal alt alanda tepki ve tutum sergiledikleri görülmektedir. Çalışmanın bu bulgusu ana çalışma bulguları ile örtüşmektedir [7]. Bu bulgulara bakıldığında ebeveynler çocuklarının kekemelikleri hakkında yetersiz bilgiye sahiptir ve bu durum da çocuklarının kekemeliklerine karşı sergiledikleri tepki ve tutumları olumsuz etkilemektedir. Terapi ya da değerlendirmeler vasıtasıyla ebeveynlerin bilgisinin artırılmasına ve tepki ve tutumların düzenlenmesine ihtiyaç vardır.

Katılımcıların KATÖ ve alt alan puan ortalamalarına bakıldığında her birinin ölçek için belirlenen sonuç aralığına göre ‘orta’ sınıfına dahil edilebileceği görülmektedir (Bkz. Tablo 3.9). Ebeveynlere göre çocuklarının kekemelik şiddeti ile ilgili seçim yaptıkları ölçeğin 31. maddesinde ise katılımcıların yarısından fazlasının çocuklarının kekemeliklerinin orta şiddette olduğunu düşündükleri görülmektedir. Bu bulgulardan yola çıkılarak ebeveynlere göre çocuklarının kekemelik şiddeti ile ölçek sonuçlarının dahil edildiği puan sınıfı arasında ilişki olduğu düşünülebilir. Kekemelik şiddeti yüksek olan çocuğa sahip ebeveynlerin kaygı düzeyinin bunun paralelinde yüksek olduğu ve bu durumun etkisiyle de çocuğun kekemeliğine karşı takınılan tepki ve tutumların da aynı oranda hatalı olabileceği yapılan çalışmalarda görülmektedir [98]. Çocuğun kekemelik şiddeti ile ebeveynlerin kaygı düzeyi dolayısıyla da ebeveyn tepki ve tutumları arasındaki iki yönlü ilişkinin düzeyi mevcut bulguları destekler nitelikte olsa da bu düşüncenin desteklenmesi için daha fazla sayıda katılımcı ve farklı kekemelik şiddeti olan çocukların ebeveynleri ile çalışmanın doğrulanmasına ihtiyaç vardır.

Anne ve babaların ayrı ayrı incelenen ölçek sonuçlarına göre (Bkz. Tablo 4.6, Tablo 4.7) annelerin sırasıyla bilişsel, duygusal ve davranışsal; babaların ise sırasıyla bilişsel, davranışsal ve duygusal alt alan puan sıralamasına sahip olduğu görülmektedir. Puan ortalamaları açısından anne ve babalar arasında kıyaslama yapıldığında KATÖ ile bilişsel ve davranışsal alt alan puan ortalamalarının babalarda daha yüksek olduğu,

duygusal alt alan puan ortalamalarının ise annelerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgu ölçeğin kullanıldığı literatürdeki diğer çalışma ile birebir uyushmaktadır [97]. Ancak diğer çalışmada duygusal alt alanda bulunan anlamlı farklılık bu çalışmada saptanmamış olup anne ve babalar arasında alt alanların hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu farklılığın çalışmalar arasındaki katılımcı sayısı ve katılımcılar arasındaki bireysel özelliklerin farklı olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Annelerin başka değişkenlerden bağımsız olarak düşünüldüğünde çocuklarıyla daha fazla vakit geçiriyor olması ve birincil bakıcı olmasından kaynaklı olarak çocuklarının kekemelikleriyle ilgili kaygı, sinir, gelecek endişesi, vücutta fiziksel değişiklikler gibi duygusal tepkileri babalardan daha yoğun gösteriyor olması doğal karşılanabilir. Ayrıca annelerin çocuklarındaki kronik hastalık, konuşma bozukluğu gibi olumsuz durumlardaki duygusal tepkilerinin babalardan daha yoğun olması da literatür bilgileriyle bu çalışmayı desteklemektedir [99]. Herhangi bir hastalığı olan çocuğa sahip annelerde ciddi duygusal sorunların ortaya çıkma riskinin yüksek olduğu ancak babalarda bu tür sorunların gözlenmediği yapılan çalışmalarda belirtilmiştir [100, 101]. Daha spesifik bakıldığında kekemeliği olan çocuğa sahip babaların annelere göre daha olumlu duygular içinde olduğu çalışmalarla belirlenmiştir [102].

Çalışmanın diğer incelediği konu kekemeliği olan çocuğun cinsiyetine göre anne ve babalar arasında ölçek toplam puan ve alt alan puan ortalamaları arasında fark olup olmadığıdır (Bkz. Tablo 4.8). Bu soru kapsamında kız çocuğu olan babaların tüm puan türlerinde annelerden daha yüksek puan aldığı ve hem anne hem babaların alt alan puan ortalamalarının bilişsel, davranışsal ve duygusal şeklinde sıralandığı görülmektedir. Ancak kız çocuğu olan anne ve babalar arasında puan türlerinin hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Erkek çocuğu olan annelerin ölçek bilişsel ve duygusal alt alanda babalardan daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Erkek çocuğu olan annelerin puanları bilişsel, duygusal ve davranışsal; babaların puanları ise bilişsel, davranışsal ve duygusal şeklinde sıralanabilir. Erkek çocuğu olan anne ve babalar kıyaslandığında duygusal alt alanda annelerin puanlarının babalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ölçek toplam puan, bilişsel ve davranışsal alt alanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Elde edilen bu bulgular, babaların kızlarına, annelerin oğullarına daha yoğun tepkiler verdiğini saptayan ölçeğin geliştirildiği çalışma ile yüksek oranda uyumludur [7]. Elde edilen bulgulardan

anlaşıldığı üzere anne ve babalar arasında farklılıklar olsa da kekemeliği olan çocuğun cinsiyetine göre ebeveynlerin çocuklarının kekemeliklerine karşı gösterdikleri tepki ve tutumlar değişebilmektedir. Çocuğun cinsiyetine göre anne ve babaların tepki ve tutumlarının, kekemeliği olan kız ve erkek çocuk sayısı eşitlenerek daha fazla sayıda katılımcı ile yeniden kontrol edilmesi çalışma sonuçlarının güvenilirliğini arttıracaktır.

Bu kısma kadar olan bulgular literatürde var olan çalışmalarda değişkenler ışığında bu çalışmada kullanılan KATÖ ve alt alan puan ortalamalarının tüm katılımcılar, anne ve babalara göre farklılıklar, çocuğun cinsiyetine göre farklılıklar açısından yorumlanmasını içermektedir. Bundan sonraki kısımda çalışma, farklı değişkenler dahil edilerek genişletilmiştir. Bu değişkenlerin her biri kekemeliği olan çocuğa sahip ebeveynlerin çocuklarının kekemeliğine olan tepki ve tutumlarını etkileyebilecek faktörler olduğu düşünülerek belirlenmiştir. Devam eden kısımda ölçek toplam puan ve alt alan puan ortalamaları ile ebeveynlerin eğitim durumları, kekemeliği olan çocukların terapi alıp almaması, ebeveynlerin yaşı, kekemeliği olan çocuğun yaşı, kekemeliği olan çocuğun kekemeliğinin başlama yaşı değişkenleri arasında farklılık olup olmadığına dair bulgular yorumlanmıştır.

Katılımcıların eğitim durumuna (ilköğretim, lise, üniversite) göre ölçek toplam puan ve alt alan puan ortalamaları incelenmiştir (Bkz. Tablo 4.9). Ölçek toplam puan ortalamaları yüksekten düşüğe doğru lise, ilköğretim ve üniversite şeklinde sıralanmıştır. Her bir alt alan puan ortalamaları incelendiğinde bilişsel alt alanda lise, üniversite, ilköğretim; davranışsal alt alanda ilköğretim, lise, üniversite; duygusal alt alanda lise, ilköğretim, üniversite olmak üzere yüksekten düşüğe doğru sıralanmıştır. Ölçek toplam puan ve alt alan puan ortalamaları katılımcıların eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Kekemeliği olan çocuğa sahip ebeveynlerin eğitim durumlarına göre inceleme yapılan literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında öğrenim durumu ile ilişkili değişkenlerde birbirinden farklı çalışma sonuçlarına rastlanmaktadır. Daha genel çerçeveden bakıldığında bazı çalışmalar, kekemelik ile ebeveynlerin öğrenim durumu arasında anlamlı farklılıklar bildirirken bazı çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmamıştır. Kekemelik tanısı alan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinin eğitim durumlarının incelendiği bir çalışmada, kekemeliği olmayan grubun ebeveynlerinin eğitim durumunun, kekeme grubun ebeveynlerinin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir [103].

Bu çalışmanın tam aksine kekemelik tanısı alan çocukların ebeveynlerinin eğitim durumunun kekemelik tanısı almayanların ebeveynlerine göre daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da literatürde yer almaktadır [104]. Ebeveyn eğitim durumu ile bu ebeveynlerin çocuklarında kekemeliğin varlığı arasındaki birbiriyle çelişkili literatür bilgilerinin ardından çalışmamız için daha özelleştirilmiş çalışma bulgularına bakılmalıdır. Karakaş (2016), kekemelik tanısı almış çocuğu olan ebeveynlerin kaygı düzeyi ile eğitim durumları arasında anlamlı ilişki olmadığını saptamıştır [105]. Duygusal alt alanla ilgili olduğu düşünülen bu bulgunun, kekemelik tanısı alan çocuğa sahip ebeveynlerin kaygılarına bağlı olarak ölçek alt alanlarının her birinde yanlış tepki ve tutum sergilediği varsayılarak diğer alanlara da genellenebileceği düşünülmektedir. Yani öğrenim durumu ile kaygı düzeyi arasındaki anlamlı fark bulunmaması bu çalışma yoluyla da desteklenmiştir. Ancak puan sıralamalarına bakıldığında, bilişsel alt alan hariç öğrenim durumunun üniversite ve sonrası olması, ölçek toplam puan ve alt alan puan ortalamalarının diğer öğrenim durumlarına göre daha düşük olmasıyla sonuçlanmıştır. Bu bulgular gösteriyor ki anne babaların öğrenim durumunun yükselmesi kekemeliği olan çocuğa karşı tepki ve tutumların daha az olumsuz olmasıyla sonuçlanmaktadır. Ancak sonuçların kesin olarak saptanması için bu değişkene göre katılımcı sayılarının eşitlenerek daha ayrıntılı çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

Çalışmada sorgulanan diğer bir konu ise kekemeliği olan çocuğun bu konuşma bozukluğuna yönelik dil ve konuşma terapisi almasının, ebeveynlerin ölçek toplam puan ve alt alan puan ortalamalarını etkileyip etkilemediğidir (Bkz. Tablo 4.10). Bu soru kapsamında bakıldığında kekemelik için terapi alan çocuğa sahip anne ve babaların ölçek toplam puan ve bütün alt alan puan ortalamalarının terapi almayan çocuğa sahip anne ve babaların puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu görülmektedir. Bu puan farklarına göre ölçek toplam puan ve davranışsal alt alan puan ortalamalarının kekemelik için terapi alan çocuğa sahip ebeveynlerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. Bilişsel ve duygusal alt alan puanlarındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Elde edilen bulgulardan anlaşıyor ki kekemeliği olan çocuğun bu konuda terapi alması, anne ve babaların çocuklarının kekemeliklerine yönelik tepki ve tutumları üzerinde olumlu etki yaratarak ölçek puanlarının düşmesini sağlamaktadır. Okul öncesi dönemde yapılan terapilerin amacı çocuğun içinde bulunduğu çevresel şartları düzenlemek ve çocuk üzerindeki yanlış tutum ve davranışların ortadan kalkmasını sağlamaktır. Okul öncesi dönem kekemeliği olan çocuklar için geliştirilmiş terapi

programlarının büyük çoğunluğu indirekt yaklaşımlardır ve ebeveyn eğitimi esasına dayanmaktadır. LP, PCI gibi yaklaşımlar vasıtasıyla ebeveynlere gerekli eğitimler verilerek çocuğun kekemeliğine karşı sergiledikleri yanlış tutum ve davranışların ortadan kaldırılması ve akıcılık ortamının desteklenmesi hedeflenmektedir [63-65]. Çocuğun akıcılığını arttırmak için ebeveynlerin tepki ve tutumlarının iyileştirmek gerektiği yaklaşımı okul öncesi terapi yaklaşımlarının temelini oluşturmaktadır. Çalışmada elde edilen toplam ölçek puan ortalamalarının terapi alan ebeveynlerde daha düşük bulunmasını, ebeveyn eğitimine dayanan terapi yaklaşımlarının amacına ulaştığının göstergesi niteliğindedir.

Kekemeliği olan çocuğa sahip ebeveynler çocuklarının kekemelik anlarında nasıl davranacaklarını bilmemektedir. Çocuklarına yardımcı olduğunu düşünerek yaptıkları birçok davranış aslında çocukların konuşmalarındaki akıcısızlığı fark etmelerine ve akıcısızlıklarının artmasına neden olmaktadır [7]. Sakinleşme, nefes alma, yavaş olma gibi kekemelik anlarındaki uyarılar, çocuğun akıcı olmayan konuşmasını düzeltme, aşırı göz teması kurma ya da göz temasından kaçınma, çocuğun ifadelerini tamamlama, çocuğu aşırı dikkatli ya da dikkatsiz dinleme gibi yanlış davranışsal tutumlar çocuğun akıcılığı üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır ve çocuğun alacağı ebeveyn eğitimi içeren dil ve konuşma terapisi yoluyla ortadan kaldırılmalıdır [7, 8, 97]. Bu çalışmada elde edilen terapi alıp almama değişkenine göre bahsedilen davranışların sorgulandığı ölçek davranışsal alt alan puan ortalamalarının terapi alan anne ve babalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olması, uygulanan terapi yaklaşımlarının anne ve babaların çocuklarının kekemelik anlarındaki davranışlarını hedef aldığı ve olması gereken yönde değiştirdiği sonucunu destekler niteliktedir. Okul öncesi dönemde ebeveyn davranışlarının çocuklarının kekemeliklerinin artması veya azalmasında etkili olduğu bilinmektedir ve bu dönemde kekemeliği olan çocuklara yönelik doğru tepki ve tutumların erken dönemde alınan uzman desteği ya da dil ve konuşma terapisi yaklaşımlarıyla ebeveynler tarafından benimsenmesi, çocukların akıcısızlık problemlerini aşmakta iyi bir yol olabileceği gibi etkili bir önleme programı da olabilir [92, 106-108].

Çalışmanın sorguladığı son konu ise ebeveynlerin yaşı, kekemeliği olan çocuğun yaşı ve çocuğun kekemeliğinin başlama yaşı gibi yaş değişkenlerine göre ölçek toplam puan ve alt alan puan ortalamalarının değişip değişmediğidir (Bkz. Tablo 4.11). Bu konu

kapsamında elde edilen bulgulara göre katılımcı ebeveynlerin yaşı ile puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Diğer bir bulguya göre kekemeliği olan çocuğun yaşı ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu kısımda dikkat çeken bir bulgu varsa bu da kekemeliği olan çocukların kekemelik başlama yaşı ile ölçek davranışsal alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmasıdır. Bu bulguyu açıklamak gerekirse kekemelik başlama yaşı arttıkça ölçek davranışsal alt boyut puanının da arttığı belirlenmiştir. Kekemelik başlama yaşının artması başka değişkenlerden bağımsız düşünülürse kalıcılık için önemli bir risk faktörüdür ve bunun bilincinde olan ebeveynler daha yüksek kaygı hissederek çocuklarının kekemeliğine yönelik yanlış davranışlar sergiliyor olabilir. Bu durum da ölçek davranışsal alt alan puanlarının yükselmesine sebep oluyor olabilir. Bu varsayımı destekler nitelikteki araştırma bulguları literatürde yer almaktadır. Kekemeliğin erken başlangıcının herhangi bir ebeveyn özelliği veya tutumuyla ilişkili olmadığı düşünülmektedir [5]. Çocuklarının kekemeliğinin başlangıcında incelenen ebeveynlerin, konuşma hızı, bekleme süresi, konuşma aralıkları ve tutumlar gibi konuşma özelliklerinin akıcı konuşan çocuğa sahip ebeveynlerle benzer özellikte olduğu gözlenmiştir [109-112]. Ancak akıcısızlığın kronikleşmesi ve yaşıyla büyümesi ebeveynlerin çocuklarına karşı tutumlarının değişmesine yol açmaktadır [106]. Konuşma hızında değişiklik, daha sık konuşma aralıklarının bırakılması, daha yüksek kaygı düzeyi gibi davranışlar kekemeliği kalıcı hale gelen çocuğa sahip ebeveynlerin sergiledikleri davranışsal farklılıklar arasında sayılabilir [106, 111, 113, 114]. Daha uzun süre kekemeliği olan çocukla bir arada bulunan ebeveynlerin çocuklarının konuşmalarına yönelik tutumlarının değişmesi gibi kekemeliğin ileri yaşlarda ortaya çıkması da ebeveyn tutumlarını etkilemektedir. Kekemeliğin kalıcı hale gelmesi gibi çocuğun farkında olduğu daha büyük yaşlarda ortaya çıkması ve kalıcılık konusunda risk faktörü oluşturması ebeveynlerin davranışsal olarak yanlış tutumlar sergilemesine sebep olmuş olabilir. Çocukların giderek okul çağına yaklaşması da ebeveynlerin kaygılarını tetiklemiş ve çocuklarının kekemelik başlama yaşı büyüdükçe daha yanlış davranışlar sergilemesine sebep olmuş olabilir. Ancak bu bulgunun desteklenmesi için çocuğun yaşı, kekemelik başlama yaşı gibi değişkenlerin eşit dağıldığı daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Kekemeliği olan okul öncesi dönem çocuğa sahip ebeveynlerin çocuklarının kekemeliklerine yönelik tepki ve tutumlarının incelenmesi hedefiyle yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

1. Çalışmada kullanılan KATÖ'nün kekemeliği olan okul öncesi dönem çocuğa sahip ebeveynlerin tepki ve tutumlarını farklı değişkenlere göre ölçmek için işlevsel olduğu görülmüştür.
2. Katılımcılar, en güçlü bilişsel alt alanda ve en zayıf da duygusal alt alanda tepki ve tutum sergilemişlerdir.
3. Anne ve babaların ölçek toplam puan ve 3 ayrı alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.
4. Annelerin sırasıyla bilişsel, duygusal ve davranışsal; babaların ise sırasıyla bilişsel, davranışsal ve duygusal alt alan puan sıralamasına sahiptir.
5. KATÖ ile bilişsel ve davranışsal alt alan puan ortalamalarının babalarda daha yüksek olduğu, duygusal alt alan puan ortalamalarının ise annelerde daha yüksek olduğu bulunmuştur.
6. Kekemeliği olan erkek çocuğa sahip anne ve babaların ölçeğin duygusal alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Annelerin duygusal alt alan puan ortalaması, babalarinkinden anlamlı olarak daha yüksektir.
7. Kekemeliği olan erkek çocuğa sahip anne ve babaların ölçek toplam puan, bilişsel, davranışsal puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.
8. Kız çocuğu olan anne ve babaların ölçek toplam puan, bilişsel, davranışsal ve duygusal puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.
9. Katılımcıların eğitim durumlarına göre ölçek toplam puan, bilişsel, davranışsal ve duygusal puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.
10. Eğitim durumunun üniversite ve sonrası olması bilişsel alt alan hariç diğer öğrenim durumlarından daha düşük ölçek puanları ile sonuçlanmıştır.

11. Terapi alan ve almayan çocuğa sahip ebeveynlerin ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Çocuğu terapi almayan ebeveynlerin ölçek toplam puan ortalamaları çocuğu terapi alan ebeveynlerin puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir.
12. Çocukların terapi alıp almaması durumuna göre ebeveynlerin davranışsal alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Çocuğu terapi almayan ebeveynlerin davranışsal alt alan puan ortalamalarının çocuğu terapi alan ebeveynlerin puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir.
13. Çocukların terapi alıp almaması durumuna göre ebeveynlerin bilişsel ve duygusal alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.
14. Ebeveynlerin yaşı ile ölçek toplam puan, bilişsel, davranışsal ve duygusal puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.
15. Çocuğun yaşı ile ölçek toplam puan, bilişsel, davranışsal ve duygusal puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.
16. Kekemelik başlama yaşı ile ölçek davranışsal alt alan puan ortalamaları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diğer deyişle yaş arttıkça davranışsal alt alan puanının da arttığı belirlenmiştir.
17. Kekemelik başlama yaşı ile ölçek toplam puan, bilişsel ve duygusal puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Sonuç olarak, ebeveynlerin en güçlü bilişsel, en zayıf duygusal alt alanda tepki ve tutum sergiledikleri görülmüştür. Anne ve babalar arasında ölçek toplam puan ve alt alan puanları arasında istatistiksel fark bulunmamıştır. Ancak puan sıralarının birbirinden farklı olması ebeveyn tipinin çocuğun kekemeliğine yönelik tepki ve tutumları etkilediğini göstermektedir. Anne ve babalar arasında çocuğun cinsiyetine göre tepki ve tutumlar açısından yukarıda belirtilen şekilde farklılıklar bulunmaktadır. Anne ve babalar arasında farklılıklar olsa da kekemeliği olan çocuğun cinsiyetine göre ebeveynlerin çocuklarının kekemeliklerine karşı gösterdikleri tepki ve tutumlar değişebildiği görülmektedir. Ebeveynlerin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Ancak öğrenim durumunun yükselmesiyle tepki ve tutumların daha olumlu olduğunun anlaşıldığı daha düşük puanlar alındığı görülmüştür. Çocuğu terapi alan ebeveynlerin ölçek toplam puan ve davranışsal alt alan puan ortalamaları terapi

almayan çocuğa sahip ebeveynlerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Yani dil ve konuşma terapisinin, ebeveynlerin tepki ve tutumlarındaki olumsuzluğu azaltmada rolü bulunmaktadır. Çocuğun yaşı ve ebeveynlerin yaşı ile ölçek toplam puan ve alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken çocukların kekelemelik yaşı arttıkça ebeveynlerin davranışsal alt alan ölçek puanlarının arttığı bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Yapılan bu çalışmanın ardından gelecek çalışmalara aşağıdaki öneriler sunulmaktadır:

1. Okul öncesi dönem kekelemeliği olan çocukların ebeveynlerinin çocuklarının kekelemelikleri üzerindeki göz ardı edilemeyecek etkisine bakıldığında Türkçe dilinde bu konu hakkında daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.
2. Ebeveyn tepki ve tutumlarını ölçen farklı ölçekler yoluyla yeni çalışmalar yapılarak bu çalışma sonuçları kontrol edilebilir.
3. Bu çalışmada kullanılan KATÖ ile Türkçe dilinde, araştırmacının okul öncesi kekelemeliği olan çocuğa sahip ebeveynler açısından farklı şekillendirdiği çalışmaların yapılması önerilmektedir.
4. KATÖ'nün Türkçe dilindeki geçerlik ve güvenirlik değerleri ve ölçek ile yapılan çalışma sonuçlarının güvenirliğini arttırmak üzere bu çalışma için 63 olan katılımcı sayısının arttırılması önerilmektedir.
5. Çocuğun kekelemelik şiddeti ile ebeveynlerin tepki ve tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi için eşit sayıda farklı kekelemelik şiddeti olan çocukların ebeveynlerine KATÖ uygulanarak sonuçların ortaya çıkarılması önerilmektedir.
6. Anne ve babalar açısından ölçek sonuçlarının güvenirliğini arttırmak üzere daha fazla ve eşit sayıda katılımcı ile çalışma sorularının yeniden sınanması önerilmektedir.
7. Çocuğun cinsiyetine göre anne ve babaların tepki ve tutumlarının, kekelemeliği olan kız ve erkek çocuk sayısı eşitlenerek daha fazla sayıda katılımcı ile yeniden kontrol edilmesi önerilmektedir.

8. Ebeveynlerin öğrenim durumu ile kekelemeliği olan çocuğa yönelik tepki ve tutumların arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması için her bir öğrenim durumuna göre ebeveyn sayısı eşitlenerek ölçeğin yeniden uygulanması önerilmektedir.
9. Ebeveyn tepki ve tutumları ile kekelemeliği olan çocuğun yaşı, ebeveyn yaşı, kekelemelik başlama yaşı gibi yaş değişkenleri arasındaki farkın bu değişken açısından daha normal dağılmış katılımcı grubuyla ölçek sonuçlarının yeniden ortaya çıkarılması önerilmektedir.
10. Çalışmada kullanılan KATÖ aynı ebeveynlere terapi sürecinde terapi öncesi, terapi sürecinin farklı aşamaları ve terapi sonrası gibi farklı zamanlarda uygulanarak tepki ve tutumların süreçte nasıl değiştiği kontrol edilebilir.
11. Çalışmada kullanılan KATÖ aracılığıyla ebeveynlerin tepki ve tutumlarının yanı sıra okul öncesi eğitime devam eden çocuklar için öğretmenlerin ya da kekelemeliği olan çocuğun ailesinde çocuğun kardeşi gibi ölçeği doldurabilecek yaş ve olgunluktaki kişilerin de tepki ve tutumları ölçülebilir.
12. Okul öncesi dönem kekelemeliği olan çocukların değerlendirme ve terapisi ile ilgilenen dil ve konuşma terapistlerinin, ebeveynlerini de sürece dahil etmesi ve çalışmada kullanılan KATÖ'nün ebeveynlere uygulanarak sonuçlarına göre yanlış tepki ve tutumların düzenlenmesi önerilmektedir.
13. Kekemeliği olan çocuğa sahip ebeveynlerdeki çocuk sayısı veya kekeme olan çocuğun kardeşler arasındaki sırası, ailede başka kekelemeliği olan çocuk olup olmadığı, çocuğun kekelemelik türü, çocuğun ikincil davranışının varlığı gibi değişkenlere göre ebeveynlerin KATÖ ve alt alan puanlarına yönelik çalışmalar yapılabilir.

KAYNAKÇA

- [1] Konrot, A. (2005). İletişim, Dil ve Konuşma Bozuklukları. İçinde: Topbaş, S. (editor). *Dil ve Kavram Gelişimi*. Ankara: Kök Yayıncılık, 190-211.
- [2] ASHA. Definitions of Communication Disorders and Variations. <https://www.asha.org/policy/rp199300208/>. (Erişim Tarihi: 21.03.2021).
- [3] Yairi, E., Ambrose, N. G. (2005). *Early childhood stuttering: For clinicians by clinicians*. Pro Edition. Texas: Austin.
- [4] Johnson, W., Associates. (1959). *The onset of stuttering*. Minneapolis:University of Minesota.
- [5] Nippold, M. A., Rudzinski, M. (1995). Parents' speech and children's stuttering : a critique of the literature. *Journal of Speech and Hearing Research*, 38 (5), 978–989.
- [6] Tarkowski, Z., Skorek, E. (2009). *Research on stuttering in preschool and school children*. Zielona Góra: Uniwersytet Zielonogórski.
- [7] Humeniuk, E., Tarkowski, Z. (2016). Parents' reactions to children's stuttering and style of coping with stress. *Journal of Fluency Disorder*, 49, 51–60.
- [8] Langevin, M., Packman, A., Onslow, M. (2010). Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschool-age children and themselves Get rights and content. *Journal of Communication Disorders*, 43 (5), 407–423.
- [9] Plexico, L. W., Burrus, E. (2012). Coping with a child who stutters: a phenomenological analysis. *Journal of Fluency Disorders*, 37 (4), 275–288.
- [10] Guitar, B. (2006). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
- [11] Bloodstein, O., Ratner, N. B. (2008). *A Handbook on Stuttering*. New York: Clifton Park. Thomson/Delmar Learning.
- [12] Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M., Peters, K. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span, *Journal of Speech Language Hearing Research*, 45 (6), 1097-1105.
- [13] Büchel, C., Sommer, M.(2004). What Causes Stuttering? *Plos Biology*, 2 (2), e46.
- [14] WHO (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva.
- [15] APA (2000). *Psikiyatri Hastalıkların Tanımlanması Ve Sınıflandırılması El Kitabı*. Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV TR). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- [16] American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th Edition (DSM-5). Washington: American Psychiatric Association. 109-110.

- [17] Onslow, M. (2018). *Stuttering and Its Traitment: Eleven Lectures*. http://sydney.edu.au/health-sciences/asrc/docs/eleven_lectures.pdf. (Erişim Tarihi: 01.01.2018).
- [18] Madanoğlu, K. G. (2005). *Kekeme Çocuklar İçin Bir Tarama Çalışması ve Kekemelikte Baş Etme Konusunda Hazırlanmış Bir Programın Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- [19] Maviş, İ. (2005). Çocuklarda dil ve konuşma bozuklukları ve öğrenmeye etkileri, işitme konuşma ve görme sorunları olan çocukların eğitimi. Ü. Tüfekçioğlu (editör). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- [20] Yairi, E., Ambrose, N. G. (1993). The early months of stuttering: a developmental study. *Journal Speech Hearing Research*, 36, 521-528.
- [21] Pınarcık, Ö., Sarı, H. (2013). Tanım Açısından Kekemeliğe Yönelik Yeni Bulguların Değerlendirilmesi. *Karaelmas Journal of Educational Sciences*, 1, 33-42.
- [22] Cenkseven, F. (2000). Kekemelik üzerine. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6, 37-48.
- [23] Shapiro, D. A. (1999). *Stuttering intervention: a collaborative journey to fluency freedom*, 48, 61-81.
- [24] Yairi, E., Ambrose, N. G. (2005). *Early Childhood Stuttering for Clinicians by Clinicians*. Pro editor. Texas: An International Publisher.
- [25] Bloodstein, O., Ratner, N. B. (2008). *A Handbook on Stuttering*. New York: Clifton Park. Thomson/Delmar Learning.
- [26] Bloodstein, O. (2002). Commentary: Early stuttering as a type of language difficulty, *Journal of Fluency Disorders*, 27, 163–167.
- [27] Schwartz, M. F. (1990). *Akıcı Konuşma: Eski bir sorun olan kekemeliğe yeni bir sağaltım* (Çev: B. İnçeer). İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.
- [28] Peters, T. J., Guitar, B. (1991). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. Maryland: Williams & Wilkins
- [29] Kulak Kayıkçı, E. M. (2007). *Kekeme çocuklarda lareneal fonksiyonların değerlendirilmesi*. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [30] Fox, P. T., Ingham, R. J., Ingham, J. C., Zamarripa, F., Xiong, J., Lancaster, J.L. (2000). Brain correlates of stuttering and syllable production. *Brain*, 123 (10), 1985-2004.
- [31] Manning, W., H. (2010). *Clinical Decision Making in Fluency Disorders*. 3th edition. New York: Delmar Gengage Learning.
- [32] Bloodstein, O. (1995). *A Handbook on Stuttering*. 5th edition. San Diego: CA: Singular. 1 (5), 70-71
- [33] Kehoe, T. D. (1996). *Stuttering: science, therapy and practice*. Casa Futura Technologies. (Erişim tarihi: 01.04.2021).

- [34] Silverman, F. H. (2004). *Stuttering and the Other Fluency Disorders*. Illinois: Waveland Press. 134-135.
- [35] Tanner, D. C. (2003). Exploring communication disorders: a 21st century introduction through literature and media. Allyn and Bacon (Editor). Boston: Pearson. (2), 38.
- [36] Ward, D. (2006). *Stuttering and cluttering: frameworks for understanding and treatment*. England: Psychology Press.
- [37] Starkweather, C. W. (2002). The epigenesis of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 27, 269-288.
- [38] Perkins, W. H., Kent, R., Curlee, R. (1991). A theory of neuropsycholinguistic function in stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 734-752.
- [39] Anderson, J. D., Conture, E.G. (2000). Language abilities of children who stutter: A preliminary study. *Journal of Fluency Disorders*, 25, 283-304.
- [40] Yairi, E., Ambrose, N. G. (1999). Early childhood stuttering I: Persistency and Recovery Rates. *Journal Speech Hearing Research*, 42 (5), 1097-1112.
- [41] Boyle, C.A., Boulet, S., Schieve, L.A., Cohen, R.A., Blumberg, S.J., Yeargin-Allsopp, M., et al. (2011). Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, *Pediatrics*, 127 (6), 1034-1042.
- [42] Onslow, M. (2004). Treatment of stuttering in preschool children. *Behaviour Change*, 21 (24), 201-214.
- [43] Dworzynski, K., Remington, A., Rijdsdijk, F., Howell, P. and Plomin, R. (2007). Genetic etiology in cases of recovered and persistent stuttering in an unselected longitudinal sample of young twins. *Journal of Speech Language Pathology*, 16 (2), 169-178.
- [44] Dumanoğlu, A. (2006). *Kekemelerde Yaygın Kekemelik Tutumlarının Kaygı Ve Depresyon Düzeyleri Açısından İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [45] ASHA. Definitions of Communication Disorders and Variations. www.asha.org/policy. 22.05.2021.
- [46] Yairi, E., Ambrose, N. G. (1992). Onset of Stuttering in Preschool Children: Selected Factors. *Journal of Speech and Hearing Research*, (35), 782-788.
- [47] Ambrose, N. G., Yairi, E. (1999). Normative disfluency data for early childhood stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 42 (4), 895-909.
- [48] Sander, R.W., Osborne, C. A. (2019). Stuttering: Understanding and Treating a Common Disability. *American Family Physician*. 100 (9), 556-560. www.aafp.org/afp.
- [49] Kayhan Aktürk, Ş. (2016). *Okul Öncesi Dönemdeki Kekemeliği Olan ve Olmayan Çocukların Akran İlişkilerinin Karşılaştırılması: Eskişehir Örnekleme*. Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- [50] Peters, H., Starkwether, C.W. (1989). Development of stuttering throughout life, *Journal of Fluency Disorders*, 14 (5), 303-321.
- [51] Zebrowski, P., M., Kelly, E.M. (2002). Manual of Stuttering Intervention, Singular.
- [52] Au-Yeung, J., Gomez, I., Howell, P. (2003). Exchange of disfluency with age from function words to content words in spanish speakers who stutter, *Journal of Speech Language Hearing Research*, 46 (3), 754-765.
- [53] Throneburg, R.N., Yairi, E. (2011). Durational, proportionate, and absolute Frequency characteristic of disfluencies: a longitudinal study regarding persistence and recovery, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44 (1), 38-51.
- [54] Van Riper, C. (1982). *The Nature of Stuttering*. Englewood Cliffs: Prentice Hall. 1-11.
- [55] Mutlu, A. (2014). *Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracının (Stuttering Severity Instrument-4) 6-16 Yaş Okul Çağı Çocuklarda Türkçe Uyarlaması*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [56] Dalton, P. (Ed.). (2014). *Approaches to the Treatment of Stuttering*. Routledge.
- [57] Gordon, P.A., Luper, H.L. (1989). Speech disfluencies in nonstutterers: syntactic complexity and production task effects, *Journal of Fluency Disorders*, 14, 429-445.
- [58] Coleman, C. *How Can You Tell if Childhood Stuttering is the Real Deal?*. <https://blog.asha.org/2013/09/26/how-can-you-tell-if-childhood-stuttering-is-the-real-deal/>; (Erişim Tarihi:25.10.2020).
- [59] Stuttering Foundation of America. Physician's checklist for referral. <https://www.stutteringhelp.org/checklist-referral/>; (Erişim Tarihi: 19.04.2021).
- [60] Langevin, M., Packman, A., Onslow, M. (2009). Peer responses to stuttering in the preschool setting. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18, 264-278.
- [61] Pınarcık, Ö. (2013). *6-8 Yaş Kekeme Öğrencilerin Psiko-Sosyal Ve Akademik Yönden Karşılaştıkları Güçlüklerin Öğrenci, Öğretmen, Veli Görüşleri Açısından Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi. Çocuk Gelişimi Bilim Dalı.
- [62] Toğram, B., Maviş, İ. (2009) Aileler, Öğretmenler ve Dil ve Konuşma Terapistlerinin Çocuklardaki Dil ve Konuşma Bozukluklarına Yönelik Tutum ve Bilgilerinin Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi. *Özel Eğitim Dergisi*, 10 (1), 71-85.
- [63] Kelman, E., Nicholas, A. (2008). Practical intervention for early childhood stammering: Palin PCI Approach. Milton Keynes: Speechmark Publishing.
- [64] Onslow, M., Millard, S. (2012). Palin Parent Child Interaction and the Litcombe Program:Clarifying Some Issues. *Journal of Fluency Disorders*, 37, 1-8.

- [65] Onslow, M., Packman, A., Harrison, E. (2003). The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention: A Clinician's Guide. Austin, TX: Pro-Ed.
- [66] Starkweather, C.W.(2002). The epigenesis of stuttering. *Journal of Fluency Disorder*, 27 (4), 269–87.
- [67] Starkweather, C.W., Gottwald, S.R.(1990). The demands and capacities model II: Clinical applications. *Journal of Fluency Disorder*, 15 (3), 143–157.
- [68] Sonnevile Koedoot, C., Stolk, E., Rietveld, T., Franken, M.C. (2015). Direct versus Indirect Treatment for Preschool Children who Stutter: The RESTART Randomized Trial. *PLoS ONE*, 10 (7), 1-17.
- [69] Franken, M.C., Schalk, C.K.V., Boelens, H. (2005). Experimental treatment of early stuttering: A preliminary study. *Journal of Fluency Disorder*, 30, 189-199.
- [70] Walton, P., Wallace, M. (1998). Fun With Fluency Direct Therapy With the Young Child. *Imeginant International Inc.* All Right Reserved. USA.
- [71] Aydoğdu, F., Dilekmen, M. (2016). Ebeveyn Tutumlarının Çeşitli Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi. *Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11 (2), 569-585.
- [72] Alabay, E. (2017). Okul Öncesi Dönem Çocuğu Olan Ebeveynlerin Ebeveynlik Tutumlarının İncelenmesi. *Erken Çocukluk Çalışmaları Dergisi*, 1 (2), 156-174.
- [73] Golovei, L. A., Vasilenko, V. E., Savenysheva, S. S. (2015). Parent-Child Relationship in Stable and Crisis Periods of Childhood, *Psychological Magazine*, 32-43.
- [74] Özerk, H. (2006). *Anne-babaların çocuk yetiştirmeye ilişkin tutumlarının anne-babalık bilgi düzeylerinin ve 11-18 yaş grubu öğrencilerin kendilerini değerlendirmelerinin çeşitli değişkenler ve aralarındaki ilişki açısından incelenmesi*. Doktora tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- [75] Savran, C., Kuşin, İ. (1997). Ana-babalar ile onların ana-babaları arasındaki çocuk yetiştirmeye yönelik tutum ilişkileri. Ankara: 10. Ya-Pa. Okul Öncesi Eğitimi ve Yaygınlaştırılması Semineri. 22-25 Mayıs 1994, 181-195.
- [76] Şahin, F., Özyürek, A. (2008). 5-6 yaş grubu çocuğa sahip ebeveynlerin demografik özelliklerinin çocuk yetiştirme tutumlarına etkisinin incelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6 (3), 395-414.
- [77] Şanlı, D. (2007). *Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [78] Gadsden, V.L., Ford, M., Breiner, H. (2016). Parenting Matters: Supporting Parents of Children Ages 0-8. 1nd ed. Washington, DC, *The National Academies*, 45-100.
- [79] Holden, G.W., Edwards, L.A. (1989). Parental Attitudes Toward Child Rearing: Instruments, Issues, and Implications, *Psychological Bulletin*, 106 (1), 29-58.
- [80] Topsakal, G.N. (2019). *Kekemeliği Olan Okul Öncesi Çocuklarda DENVER 2 Gelişimsel Tarama Testi, TİFALDİ Testi Bulgularının ve Ebeveyn Tutumlarının*

Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- [81] Karabulut Demir, E., Şendil, G.(2008) Ebeveyn tutum ölçeği (ETÖ). *Türk Psikoloji Yazıları*, 11 (21), 15-25.
- [82] Yıldız, S. A. (2004). Ebeveyn tutumları ve saldırganlık, *Polis Bilimleri Dergisi*, 6 (3-4), 131- 150.
- [83] Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37 (4), 887-907.
- [84] Kaya, A., Bozaslan, H. ve Genç, G. (2012). Üniversite öğrencilerinin anne-baba tutumlarının problem çözme becerilerine, sosyal kaygı düzeylerine ve akademik başarılarına etkisi. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18, 208-225
- [85] Aydın, B. (2002). *Gelişim Psikolojisi*. İstanbul: SFN Baskı.
- [86] Yavuzer, H. (2012). *Çocuk Psikolojisi*. 24. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi: 27-184.
- [87] Yamanoğlu, Ü. (2009). *Çocuk yetiştirmede aile modeli*. Lisans bitirme tezi. İstanbul: Newport International University.
- [88] Pekşen Akça, R.(2012). Ana-babaların çocuk yetiştirmede aşırı koruyucu olmaları, *Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi*, 29, 1-13.
- [89] Altınkaynak, Ş.Ö. (2019). Investigation of the Relationship between Parental Attitudes and Children's Receptive and Expressive Language Skills, *Universal Journal of Educational Research*, 7 (3), 892-903.
- [90] Özyürek, A., Tezel Şahin, F. (2005). 5-6 Yaş Grubunda Çocuğu Olan Ebeveynlerin Tutumlarının İncelenmesi. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 25 (2), 19-34.
- [91] Bodur, S.,Torun, Y.T., Gül, H., Dincer, M., Gül, A., Kara, K., Karaman, D., Durukan, I.,Cöngöloğlu, M.A. (2019). Parental attitudes in children with persistent developmental stuttering: a case-control study. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 46, 103–106.
- [92] Millard, S. K., Davis, S. (2016). The Palin Parent Rating Scales: Parents' perspectives of childhood stuttering and its impact. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 59 (5), 950–963. https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-S-14-0137.
- [93] Guttormsen, L. S., Yaruss, J. S., Næss, K.-A. B. (2020). Parents' perceptions of the overall impact of stuttering in young children:Agreement in mothers', fathers'and teachers' rating. *Journal of Communication Disorders*. 86: 106001.
- [94] Yaruss, J. S., Quesal, R. W. (2016). Overall assessment of the speaker's experience of stuttering (OASES) technical / scoring manual. McKinney, TX:Stuttering Therapy Resources.
- [95] World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments. https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/. 20.12.2020.

- [96] Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. 6th edition. Boston: Allyn and Bacon.
- [97] Salehpoor, A., Latifi, Z., Tohidast S.A. (2020). Evaluating parents' reactions to Children's stuttering using a Persian version of reaction to Speech Disfluency Scale. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 134: 110076.
- [98] Günaydın, E. (2020). *6-12 yaş arası kekemelik tanısı almış çocukların ebeveynlerinin dil ve konuşma terapisi öncesi ve sonrası kaygı düzeylerinin karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi İstanbul: Medipol Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [99] Dirik, G., Yorulmaz, O., Karancı, A.N. (2015). Çocukluk Dönemi Ebeveyn Tutumlarının Değerlendirilmesi: Kısaltılmış Algılanan Ebeveyn Tutumları-Çocuk Formu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26 (2), 123-130.
- [100] Emerson, E., Llewellyn, G. (2008). The mental health of Australian mothers and fathers of young children at risk of disability. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32 (1), 53-59.
- [101] Wade, S. L., Walz, N. C., Cassedy, A., Taylor, H. G., Stancin, T., Yeates, K. O. (2010). Caregiver functioning following early childhood TBI: do moms and dads respond differently. *NeuroRehabilitation*, 27 (1), 63-72.
- [102] Meyers, S. C. (1990). Verbal behaviors of preschool stutterers and conversational partners: observing reciprocal relationships. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55 (4), 706-712.
- [103] Lau, S.R., Beilby, J.M., Byrnes, M.L., Hennessey, N.W. (2012). Parenting Styles and Attachment in Schoolaged Children Who Stutter. *Journal of Communication Disorders*, 45 (2), 98-110.
- [104] Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P. (2009). *Comprehensive Text Book of Psychiatry*. 9th edition . New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- [105] Karakaş, A.(2016). *Kekemelik Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinin Yaşadığı Kaygı Düzeyleri İle Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Malatya: Turgut Özal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [106] Meyers, S. C., Freeman, F. J. (1985). Mother and child speech rates as a variable in stuttering and disfluency. *Journal of Speech and Hearing Research*, 28 (3), 436-444.
- [107] Hudson, S., Levickis, P., Down, K., Nicholls, R., Wake, M. (2015). Maternal responsiveness predicts child language at ages 3 and 4 in a community-based sample of slow-to-talk toddlers. *International Journal of Language Communication Disorders*, 5 (1), 136-142.
- [108] Lau, S. R., Beilby, J. M., Byrnes, M. L., Hennessey, N. W. (2012). Parenting styles and attachment in school-aged children who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 45 (2), 98-110.

- [109] Yaruss, J. S., Conture, E. G. (1995). Mother and child speaking rates and utterance lengths in adjacent fluent utterances: Preliminary observations. *Journal of Fluency Disorders*, 20, 257–278.
- [110] Zebrowski, P. M. (1995). Temporal aspects of the conversations between children who stutter and their parents. *Topics in Language Disorders*, 15 (3), 1–17.
- [111] Kelly, E., Conture, E. (1992). Speaking rates, response time latencies, and interrupting behaviors of stutterers, nonstutterers: and their mothers. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 1256–1267.
- [112] Embrechts, M., Ebben, H. (2000). *A comparison between the interactions of stuttering and nonstuttering children and their parents*. K. L. Baker, L. Rustin, & F. Cook (Eds.), *Proceedings of the Fifth Oxford Dysfluency Conference* (pp. 125–133). Oxford: Kevin Baker.
- [113] Savelkoul, E. M., Zebrowski, P. M., Feldstein, S., Cole-Harding, S. (2007). Coordinated interpersonal timing in the conversations of children who stutter and their mothers and fathers. *Journal of Fluency Disorders*, 32 (1), 1–32.
- [114] Zenner, A. A., Ritterman, S. I., Bowen, S., Gronhord, K. D. (1978). Measurement and comparison of anxiety levels of parents of stuttering: articulatory defective and non-stuttering children. *Journal of Fluency Disorders*, 3, 273–283.

EK-1. Konuşma Akıcısızlığına Tepki Ölçeği

KONUŞMA AKICISIZLIĞINA TEPKİ ÖLÇEĞİ

Bu ölçek akıcı olmayan konuşma ile ilgili farklı davranış, düşünce ve duyguları ortaya koymaktadır. Maddeleri okuyarak kendiniz için uygun olan yanıtı işaretleyin. Cevap anahtarı olmadığı için iyi veya kötü cevap bulunmamaktadır.

Cevaplardan size uygun olan seçeneği işaretleyin:

Evet; *eğer düşünce, duygu veya davranış meydana gelmişse*

Hayır; *düşünce, duygu veya davranış hiç gerçekleşmediyse*

? *(Söylemesi zor); eğer net bir şekilde yanıtlayamıyorsanız*

	Maddeler	Seçenekler
1	Çocuğum kekeliyor.	Evet ? Hayır
2	Çocuğumun akıcı olmayan konuşmasını önemsemek benim için zordur.	Evet ? Hayır
3	Çocuğum bir şeyi söyleyemediği zaman sinirlenirim.	Evet ? Hayır
4	Çocuğum, akranlarının çoğundan daha az akıcı konuşur.	Evet ? Hayır
5	Çocuğum akıcı konuşmadığında bazen onu düzeltirim.	Evet ? Hayır
6	Çocuğum akıcı konuşmadığında kendimi daha gergin hissederim.	Evet ? Hayır
7	Çocuğum konuşmasındaki akıcısızlığı atlatacak.	Evet ? Hayır
8	Bazen çocuğuma sakinleşmesini ve daha yavaş konuşmasını söylerim.	Evet ? Hayır

9	Çocuğum kekelediği için suçluluk hissediyorum.	Evet	?	Hayır
10	Şiddeti ne olursa olsun çocuğumun akıcı olmayan konuşmasına odaklanırım.	Evet	?	Hayır
11	Çocuğum akıcı konuşmadığında sabırsızlanırım.	Evet	?	Hayır
12	Bazen çocuğum bir şeyleri söyleyemediğinde mahcup hissederim.	Evet	?	Hayır
13	Akıcı olmayan konuşma ortadan kalktığında veya azaldığında, tekrarlamayacağını umuyorum.	Evet	?	Hayır
14	Çocuğum kekelediğinde ne yapacağımı bilmiyorum.	Evet	?	Hayır
15	Çocuğum akıcı konuşmadığında onun için üzülüyorum.	Evet	?	Hayır
16	Çocuğumun kekemeliğinin olası nedenini bilmiyorum.	Evet	?	Hayır
17	Çocuğum akıcı konuşmadığında onunla göz temasından kaçınırım.	Evet	?	Hayır
18	Çocuğumun gelecekteki gelişiminden endişeliyim.	Evet	?	Hayır
19	Çocuğumun akıcı olmayan konuşmasının ciddi bir sorun olduğunu düşünüyorum.	Evet	?	Hayır
20	Çocuğum bazen akıcı konuşmadığında onun ifadelerini tamamlarım.	Evet	?	Hayır

21	Birisi çocuğumun kekelediğini fark ettiğinde utanırım.	Evet	?	Hayır
22	Bir uzmana danışmak için henüz çok erken olduğunu düşünüyorum.	Evet	?	Hayır
23	Akıcı olmayan konuşmanın her belirtisine tepki veririm.	Evet	?	Hayır
24	Çocuğum kekelediğinde vücudumda bazı değişiklikler hissedirim.	Evet	?	Hayır
25	Çocuğumun akıcı olmayan konuşmasına doğal bir şeymiş gibi davranılmalıdır.	Evet	?	Hayır
26	Çocuğumun konuşmasını aşırı dikkatle dinlerim.	Evet	?	Hayır
27	Çocuğumun akıcı olmayan konuşması beni rahatsız eder.	Evet	?	Hayır
28	İnsanların kekemeliğe karşı olumsuz tepki verdiklerini düşünüyorum.	Evet	?	Hayır
29	Bazen çocuğumun konuşması için faydalı olabilecek şeyler söylerim.	Evet	?	Hayır
30	Çocuğumun kekemeliği benim için stresli bir durumdur.	Evet	?	Hayır
31	Çocuğumun akıcı olmayan konuşmasının olduğunu düşünüyorum (Uygun seçeneği işaretleyin.)	Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli		

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu tez çalışması, Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi bölümü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Bülent TOĞRAM danışmanlığında, Yüksek lisans öğrencisi Işıl Nur BALİDEDE tarafından yürütülmektedir. Çalışma kapsamında The Reaction to Speech Disfluency Scale(RSDS)' ölçeğinin Türkçe 'ye uyarlanması; sonrasında ise Türkçe'ye uyarlanan ölçek ile kekemelik sorunu olan okul öncesi çocuğa sahip ebeveynlerin tepki ve tutumlarının incelenmesi amaçlanmaktadır.

Çalışmaya katılım tamamıyla gönüllülük esası içermektedir. Çalışma esnasında alınan bütün bilgiler gizli tutulacaktır. Veri toplama sürecinde/süreçlerinde size rahatsızlık verebilecek herhangi bir soru/talep olmayacaktır. Yine de katılımınız sırasında herhangi bir sebepten rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zamanda ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda sizden toplanan veriler çalışmadan çıkarılacak ve imha edilecektir.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Bu çalışma boyunca elde edilen verilerin ismimin geçmediği yayınlarda kullanılabileceğini, sonuçların internet aracılığı ile veya basılı yayın aracılığıyla yayımlanmasını kabul ediyorum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu çalışmaya tamamen kendi rızamla, istediğim takdirde çalışmadan ayrılabilceğimi bilerek verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.

Katılımcının;

Adı-Soyadı:

İletişim Tel:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının;

Adı-Soyadı: Işıl Nur

BALİDEDE

İletişim Tel: 0545 215

8551

Adres: Ankara

EK-3. Akıcı Konuşma Bozukluğu Çocuk Değerlendirme Formu

AKICI KONUŞMA BOZUKLUĞU ÇOCUK DEĞERLENDİRME FORMU

Çocuğun Adı-soyadı:	Değerlen. Tarih: ____/____/____ Doğum Tarih: ____/____/____ Yaş: _____	Tarih: ____/____/____ Cinsiyet: K ☐ E ☐
Uygulayıcının Adı-soyadı:		
Eşlik Eden Kişi:	Anne adı: Baba Adı:	Eğitim Düzeyi: Eğitim Düzeyi:
Şehir:	Dosya No:	Telefon:
Okul Durumu:	Sınıfı:	
KEKEMELİK BİLGİLERİ Başlangıç yaşı: Başlangıcına ilişkin bilgi: Nedeni: Kekemeliğin tanımı: Kekemeliğin zaman içindeki seyri: Artarak ☐ Azalarak ☐ Dalgalı ☐ Sürekli ☐ Kekemelik tipi seyri (sözcük içi,sözcükler arası) Ailede AKB geçmişi:	KEKEMELİĞE İLİŞKİN TEPKİLER, DÜŞÜNCELER Aile: Kendisi: Arkadaş: Öğretmen, okul: Başlangıçtan bu yana kekelememek için geliştirilen tutum ve davranışlar (ikincil davranışlar vb)	DAHA ÖNCE YAPILAN BAŞVURULAR, TERAPİLER Kekelemenin ortama, duruma, yakınlığa göre değişimi: Başka bir dil, konuşma, ses ve yutma sorunu bilgisi: Ailede dil, konuşma, ses ve yutma bozukluğu geçmişi:

KLİNİK İÇİ KONUŞMA							
Toplam sözcük sayısı:							
Kekelenen sözcük sayısı:							
Kekelenen sözcük yüzdesi:	%						
Tekrarlama	Ses		Sözcük başı		Sözcük ortası		
	Hece		Sözcük başı		Sözcük ortası		
	Sözcük		Cümle başı		Cümle ortası		
Uzatma	Ünlü sesler		Sözcük başı		Sözcük ortası		
	Ünsüz sesler		Sözcük başı		Sözcük ortası		
Ekleme	Ses		Sözcük başı		Sözcük ortası		
	Hece		Sözcük başı		Sözcük ortası		
	Sözcük		Cümle başı		Cümle ortası		
Bloklar	Ünlü sesler		Sözcük başı		Sözcük ortası		
	Ünsüz sesler		Sözcük başı		Sözcük ortası		
Konuşmada görülen ikincil davranışlar							

KATILIMCI BİLGİ FORMU

Değerlendirme Tarihi:

Uygulamacı:

Katılımcı Adı-Soyadı:

Anadili/Konuştugu Diller:

Doğum Tarihi/Yaş:

Eğitim Durumu:

Cinsiyet:

Meslek:

Doğum yeri:

Medeni Durum:

Adres:

Tel:

Çocuk Sayısı/Yaşları:

Akıcılık problemi yaşayan çocuğun;

Adı-Soyadı:

Doğum Tarihi:

Cinsiyeti:

Kronolojik Yaşı:

Anadili/Konuştugu Diller:

EK-5. Uygulama Formlarının Birleştirilmiş Hali

KONUŞMA AKICISIZLIĞINA TEPKİ ÖLÇEĞİ

Yüksek lisans tez çalışması kapsamında Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi bölümü öğretim üyesi Doç. Dr. Bülent TOĞRAM danışmanlığında, Yüksek lisans öğrencisi Işıl Nur BALİDEDE tarafından yürütülen bu çalışma, kekemelik sorunu olan okul öncesi çocuğa sahip ebeveynlerin tepki ve tutumlarını incelemeyi amaçlamaktadır. Ölçek 4 bölümden oluşmaktadır. Her bir bölümde yapılan açıklamaya uygun olarak soruları cevaplamanız yeterli olacaktır.

Çalışmaya katılım tamamıyla gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışma esnasında alınan bütün bilgiler gizli tutulacaktır. Veri toplama sürecinde size rahatsızlık verebilecek herhangi bir soru/talep olmayacaktır. Çalışmaya katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

Bölüm 1: Gönüllü Onam

Araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Bu çalışma boyunca elde edilen verilerin isminin geçmediği yayınlarda kullanılabileceğini, sonuçların internet aracılığı ile veya basılı yayın aracılığıyla yayımlanmasını kabul ediyorum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu çalışmaya tamamen kendi rızamla, istediğim takdirde çalışmadan ayrılabilceğimi bilerek verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.

İmza

Bölüm 2: Katılımcı Bilgileri

Aşağıda size ait bilgileri içeren sorular bulunmaktadır. Uygun şekilde cevaplayınız.

Yaşınız:

Eğitim Durumunuz:

Mesleğiniz:

Sahip olduğunuz çocuk sayısı:

Akıcı konuşma bozukluğu yaşayan çocuğa olan yakınlığınız: ☐ Anne ☐ Baba

Bölüm 3: Kekemeliği Olan Çocuğa Ait Bilgiler

Aşağıda kekemelik sorunu yaşayan çocuğunuza ait bilgileri içeren sorular bulunmaktadır. Uygun şekilde cevaplayınız.

Çocuğunuzun doğum tarihi / yaşı:

Çocuğun cinsiyeti: ☐ Kız ☐ Erkek

Çocuğunuz sadece Türkçe'yi konuşuyor: ☐ Evet ☐ Hayır

Yanıtınız hayır ise konuştuğu dilleri yazınız:

Çocuğunuz okul öncesi eğitim aldı/alıyor mu: ☐ Evet ☐ Hayır

Çocuğunuzun kekemeliği kaç yaşında başladı:

Çocuğunuzun kekemeliğinin başlama nedenini biliyor musunuz: ☐ Evet ☐ Hayır

Yanıtınız evet ise açıklayınız:

Çocuğunuzun kekemeliğinin zaman içindeki seyri nasıldı:

☐ Artarak ☐ Azalarak ☐ Dalgalı ☐ Sürekli

Çocuğunuz kekemeliğinin farkında mı: ☐ Evet ☐ Hayır

Çocuğunuzun kekemelik şekline bir örnek verir misiniz? Örneğin be be benim(tekrar), aaaaaraba(uzatma) veya Benim(blok) gibi. Açıklayınız:

Çocuğunuzun kekemeliği ortama, duruma veya kişilere göre değişir mi: ☐ Evet ☐ Hayır

Çocuğunuzun kekemeliğinin başlangıcından bu yana kekemeliği için geliştirdiği tutum ve davranış var mı? Örneğin göz kırpması, ayakları yere vurma ya da konuşmaktan kaçınma gibi.

☐ Evet ☐ Hayır

Yanıtınız evet ise açıklayınız:

Çocuğunuzun başka dil-konuşma sorunu var mı: ☐ Evet ☐ Hayır

Yanıtınız evet ise açıklayınız:

Ailede başka kekemelik ya da başka dil-konuşma sorunu yaşayan var mı: ☐vet ☐ayır

Yanıtınız evet ise yakınlık derecesini yazınız:

Çocuğunuzun kekemeliği için dil ve konuşma terapisi alıyor musunuz? ☐Evet ☐Hayır

Yanıtınız evet ise ne kadar süredir terapi aldığınızı yazınız:

Bölüm 4: Konuşma Akıcısızlığına Tepki Ölçeği

Ek 1'deki Konuşma Akıcısızlığına Tepki Ölçeği yer almaktadır.