

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

**OKUL ÖNCESİ DÖNEM KEKEMELİĞİ
OLAN VE OLMAYAN ÇOCUKLARIN
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIKLARININ VE EBEVEYN
TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

Dilan CENGİZ

**Dil ve Konuşma Terapisi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2025**

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

**OKUL ÖNCESİ DÖNEM KEKEMELİĞİ
OLAN VE OLMAYAN ÇOCUKLARIN
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIKLARININ VE EBEVEYN
TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

Dilan CENGİZ

**Dil ve Konuşma Terapisi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

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

ANKARA

2025

ONAY SAYFASI**OKUL ÖNCESİ DÖNEM KEKEMELİĞİ OLAN VE OLMAYAN ÇOCUKLARIN PSİKOLOJİK
SAĞLAMLIKLARININ VE EBEVEYN TUTUMLARININ İNCELENMESİ****Öğrenci: Dilan CENGİZ****Danışman: Prof. Dr. Maviş Emel KULAK KAYIKCI**

Bu tez çalışması 14.01.2025 tarihinde jürimiz tarafından "Dil ve Konuşma Terapisi Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:*Dr. Öğr. Üyesi Meltem Çiğdem KIRAZLI**(Hacettepe Üniversitesi)***Tez Danışmanı:***Prof. Dr. Maviş Emel KULAK KAYIKCI**(Hacettepe Üniversitesi)***Üye:***Dr. Öğr. Üyesi Şadiye BACIK TIRANK**(Gazi Üniversitesi)*

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

*30 Ocak 2025***Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN****Enstitü Müdürü**

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

20 /01/2025

Dilan CENGİZ

i

ⁱ“**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**”

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Maviş Emel KULAK KAYIKCI danışmanlığında tarafımdan üretildiği ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Dilan CENGİZ

TEŞEKKÜR

Lisans dönemimden itibaren sahip olduğu vizyon ile her zaman kendime rol model aldığım, yüksek lisans dönemimde de akademik rehberliği, katkıları ve çalışma disiplini ile destekçim olan, her soruma yanıt alabildiğim yol göstericim, değerli danışmanım Prof. Dr. Maviş Emel KULAK KAYIKCI' ya, tezimin hem öneri hem yazım aşamasında kendisine danıştığım, klinik tecrübesi ile değerli görüş ve bilgilerini benimle paylaşan, Dr. Öğr. Üyesi Meltem Çiğdem KİRAZLI' ya, tez savunma jürimde bulunmayı kabul edip görüş ve önerilerini sunan Dr. Öğr. Üyesi Şadiye BACIK TIRANK' a, bana bu süreçte her türlü desteği sağlayıp işimi kolaylaştıran, üç senedir çok severek çalıştığım kurumumdaki başta değerli kurum sahibi Zafer BAYRAK olmak üzere tüm Deneyimliler Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi çalışanlarına ve bana bu alanda çalışmayı sevdiren sevgili danışanlarım ile değerli ebeveynlerine, tez yazım sürecimin en zorlu ve stresli zamanlarında verdikleri büyük destek ve çalışkanlıkları ile danışanlarımı gönül rahatlığıyla emanet ettiğim sevgili stajyerlerim Melike DEMİR, Melike VATANGÜL ve Zeynep ARIBAŞ'a, veri toplama ve değerlendirme sürecindeki katkıları için Uzm .DKT Kübra Miraloğlu' na, tez çalışmama katılım gösteren tüm çocuklara, ebeveynlerine ve öğretmenlerine, motivasyonum ne zaman düşse güzel sözleri ve destekleriyle yeniden toparlanmamı sağlayan sevgili arkadaşım Merve ENİS ve annesi Şehriban ENİS' e, hayatımın her döneminde yanımda olan, sevgileriyle en zor anlarımda elimden tutan, bu süreçte gösterdikleri sabır, anlayış ve fedakârlıklar için canım annem Kudret CENGİZ ve canım babam Remzi CENGİZ'e, örnek kişiliği, çalışkanlığı ve azmiyle bana çocukluğumdan beri yol gösteren, böyle bir abim olduğu için her zaman çok şanslı hissettiğim canım abim Çağın Barış CENGİZ' e, her anımın şahidi, en büyük sırdaşım, en yakın arkadaşım, bana her zaman destek olan bütün dertlerimi dinleyip çözüm bulan, çalışma azmi ve hırsına hayran olduğum, neşe kaynağım, canım kardeşim Tuğçe CENGİZ' e, bu süreçte desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, stresli anlarımı sabırla tolere eden, bu zorlu dönemi daha kolay atlattıranı sağlayan, hayatımda böyle bir insan olduğu için kendimi çok şanslı hissettiğim biricik yol arkadaşım Halil ERDAĞ' a çok teşekkür ederim.

ÖZET

Cengiz, D., Okul Öncesi Dönem Kekemeliği Olan ve Olmayan Çocukların Psikolojik Sağlamlıklarının ve Ebeveyn Tutumlarının İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dil ve Konuşma Terapisi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2025. Kekemeliğin olumsuz etkilerinin, kekemeliği olan çocukların psikolojik sağlamlıkları üzerine bir risk faktörü olabileceği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, okul öncesi dönemde ebeveyn tutumunun psikolojik sağlamlık ile yakından ilişkili olduğu gözlenmiştir. Çalışmamız ile kekemeliğin okul öncesi dönemde görülme sıklığı göz önünde bulundurularak ve bu çocukların psikolojik sağlamlıkları üzerine bir risk faktörü olduğu varsayılarak, okul öncesi dönem kekemeliği olan çocukların ebeveyn tutumları ve psikolojik sağlamlıklarını kekemeliği olmayan akranları ile karşılaştırmak amaçlanmıştır. Çalışmaya 48-72 ay arasındaki kekemeliği olan tipik gelişim gösteren 35 çocuk, bu çocukların ebeveynleri ve öğretmenleri ile bu çocuklar ile yaş, cinsiyet açısından eşleşen kekemeliği olmayan tipik gelişen 35 çocuk bu çocukların ebeveynleri ve öğretmenleri dahil edilmiştir. Ebeveyn tutumları Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ), psikolojik sağlamlık düzeyleri ise Okul Öncesi Çocuklar İçin Sosyal Duygusal İyi Oluş ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (PERİK) ile değerlendirilmiştir. Kekemeliği olan çocukların kekemelik şiddeti, spontan konuşma örneği üzerinden Ağırlıklı Kekemelik Şiddeti Ölçümü (*Weighted-SLD*) ile hesaplanmıştır. Elde edilen bulgulara göre; ETÖ sonuçlarına göre iki grup arasında ebeveyn tutumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcut değildir. Kekemeliği olan çocuklar PERİK alt boyutlarından “İletişim kurma/sosyal performans” ve “duygusal istikrar /stresle başa çıkma” boyutları ile genel psikolojik sağlamlık düzeyinde kekemeliği olmayan akranlarına göre anlamlı derecede düşük puan almışlardır. Diğer alt boyutlarda ise anlamlı fark bulunmamıştır. Bununla birlikte, hiçbir PERİK alt boyutu ile *Weighted SLD* ile hesaplanan çocukların kekemelik şiddetleri arasındaki korelasyonlar anlamlı değildir. Sonuç olarak kekemeliğin okul öncesi dönemde psikolojik sağlamlık üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu gözlenmiştir. Kekemelik değerlendirmesi ve müdahalesinde çocukların psikolojik sağlamlıklarının göz önünde bulundurulması önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: kekemelik, psikolojik sağlamlık, okul öncesi dönem

ABSTRACT

Cengiz, D., Investigation of Resilience and Parental Attitudes of Preschool Children With and Without Stuttering, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Speech and Language Therapy Programme Master Thesis, Ankara, 2025. It is thought that the negative effects of stuttering may be a risk factor on the resilience of children with stuttering. When the studies were examined, it was observed that parental attitude in preschool period was closely related to resilience. Therefore, considering the prevalence of stuttering in preschool period and assuming that it is a risk factor for resilience of these children, this study aimed to compare the parental attitudes and resilience of preschool children with stuttering with their typically developing peers. The study included 35 typically developing children with stuttering between the ages of 48-72 months, their parents and teachers, and 35 typically developing children without stuttering who were age- and gender-matched with these children, and their parents and teachers. Parental attitudes were assessed with the Parental Attitude Scale (PAS) and resilience levels were assessed with the Social Emotional Well-Being and Resilience Scale for Preschool Children (PERIK). Stuttering severity of children with stuttering was calculated with the Weighted - Stuttering Like Disfluency Measure (Weighted- SLD) based on spontaneous speech samples. According to the findings, there was no statistically significant difference between the two groups in terms of parental attitudes according to the results of the PERIK. Children with stuttering scored significantly lower than their typically developing peers in the general resilience level with the dimensions of “communicating/social performance” and “emotional stability/coping with stress” from the PERIK sub-dimensions. No significant difference was found in other sub-dimensions. However, the correlations between any PERIK sub-dimension and children's stuttering severity calculated by Weighted SLD were not significant. In conclusion, it was observed that stuttering has negative effects on resilience in preschool period. It is recommended that children's resilience should be taken into consideration in stuttering assessment and intervention.

Keywords: stuttering, resilience, preschool children

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER	xii
TABLolar	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kekemelik: Tanımlar ve Özellikler	4
2.2. Okul Öncesi Dönem Çocuklarda Kekemelik	5
2.3. Kekemeliğin Epidemiyolojisi	6
2.3.1 Kekemeliğin Yaygınlığı ve Dağılımı	7
2.3.2 Kekemeliğin Başlangıç Yaşı ve Risk Faktörleri	7
2.3.3. Cinsiyet Farklılıkları	7
2.3.4. Kekemelikte Genetik ve Ailevi Yatkınlık	8
2.3.5. Kekemelikte Çevresel ve Psikososyal Faktörler	8
2.4 Kekemelik Değerlendirmesi	8
2.5 Ebeveyn Tutumları	9
2.6 Psikolojik Sağlamlık	11
2.7 Ebeveyn Tutumları ve Psikolojik Sağlamlık	14
2.8 Kekemelik ve Psikolojik Sağlamlık	14
3. BİREYLER VE YÖNTEM	17
3.1. Bireyler	17
3.2 Veri Toplama Araçları ve Yöntemleri.	21
3.2.1 Türkçe Erken Dil Gelişimi Testi	23
3.2.2. Ankara Artikülasyon Testi	23

3.2.3. Ebeveyn Tutum Ölçeği	24
3.2.4. Okul Öncesi Çocuklar için Sosyal Duygusal İyi Oluş ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	25
3.3 Verilerin İstatistiksel Analizi	25
4. BULGULAR	27
4.1. Değerlendirici İçi ve Değerlendiriciler Arası Güvenirlik Analizi	33
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	48
7. KAYNAKLAR	50
8. EKLER	60
EK-1. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	
EK-2. Orijinallik Raporu	
EK-3. Dijital Makbuz	
EK-4. Araştırma Davet Metni	
EK-5. Çalışma Grubu Ebeveyn Onam Formu	
EK-6. Kontrol Grubu Ebeveyn Onam Formu	
EK-7. Öğretmen Onam Formu	
EK-8. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Dil ve Konuşma Terapisi Pediatrik Değerlendirme Formu	
EK-9. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Dil ve Konuşma Terapisi Ünitesi Akıcı Konuşma Bozukluğu Çocuk Değerlendirme Formu	
EK-10. Veri Toplama Formu	
EK-11. Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ) Örnek Maddeler	
EK-12. Çocuklar İçin Sosyal Duygusal İyi Oluş ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Örnek Maddeler	
9.ÖZGEÇMİŞ	82

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAT	Ankara Artikülasyon Testi
CYRM-28	Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği-28 (<i>Child and Youth Resilience Measure-28</i>)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ETÖ.	Ebeveyn Tutum Ölçeği
ICF	İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (<i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>)
IPPA-R	<i>Inventory of Parent and Peer Attachment – Revised</i>
PBI	<i>Parental Bonding Instrument</i>
PERİK	Okul Öncesi Çocuklar İçin Sosyal Duygusal İyi Oluş ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (<i>Positive Entwicklung und Resilienz im Kindergartenalltag</i>)
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (<i>Statistical Package for Social Sciences</i>)
SSI-4.	<i>Stuttering Severity Instrument</i>
TEDİL	Türkçe Erken Dil Gelişimi Testi
Weighted SLD	Ağırlıklı Kekemelik Şiddet Ölçümü (<i>Weighted Stuttering-Like Disfluency Measure</i>)

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
3.1. Güç analizi grafiği.	17
3.2 Çalışma grubuna katılımcıların dahil edilme şeması.	20
3.3 Kontrol grubuna katılımcıların dahil edilme şeması.	20
3.4 Veri toplama süreci akış şeması.	22
4.1 Kekemeliği olan çocukların cinsiyet ve kekemelik şiddeti dağılımları.	28
4.2. Ebeveyn tutumlarının puanlarının gruba göre farklılaşma durumu.	30
4.3. Psikolojik sağlamlık puanlarının gruba göre farklılaşma durumu.	32

TABLÖLAR

Tablo	Sayfa
3.1 Normal dağılım.	26
4. 1 Tanımlayıcı özellikler.	27
4.2. Ebeveyn tutumlarının puanlarının gruba göre farklılaşma durumu.	29
4.3. Psikolojik sağlamlık puanlarının gruba göre farklılaşma durumu.	30
4.4 <i>Weighted SLD</i> ile PERİK puanları arasında korelasyon analizi.	32
4.5 Değerlendirici içi güvenirlik.	33
4.6. Değerlendiriciler arası güvenirlik.	33

1. GİRİŞ

Akıcı konuşma bozuklukları arasında yer alan kekemelik, araştırmacılar tarafından geçmişten günümüze pek çok farklı şekilde tanımlanmıştır. Bu tanımlamalar arasında, konuşma sırasında sözcüklerin istemsiz tekrar edilmesi, uzatılması ve konuşma ritminin bozulmasıyla birlikte genel bir heyecan veya gerginlik hissinin yanı sıra spesifik olarak utanma, kızgınlık ve korku gibi olumsuz duyguların eşlik ettiği bozukluk (1), sık sık ortaya çıkan ve kontrol edilmesi zor olan kısa konuşma paterni (2), dinleyici tarafından kekemelik olarak algılanan durumlar toplamı (3) gibi açıklamalar bulunmaktadır. Biyolojik düzeyde ise kekemelik, konuşma üretimi, işitsel ve dilsel işleme ile ilgili kortikal alanların atipik gelişimi ve işlevine bağlı nörogelişimsel bozukluk olarak tanımlanmaktadır (4, 5).

Kekemelik, sadece konuşma sırasında ortaya çıkan tekrarlar, uzatmalar ve bloklar gibi gözlemlenebilir bulgular ile sınırlı değildir. Ayrıca, stres, kaygı ve konuşmaya karşı yaşanan olumsuz duygusal tepkiler gibi altta yatan psikolojik etmenleri de içerir. Bu etmenler, kekemeliği olan bireylerde yaşam kalitesinin önemli ölçüde azalmasına yol açmaktadır (6).

Kekemelik, genellikle erken çocukluk döneminde, dil ve konuşma gelişiminin erken evrelerinde, özellikle okul öncesi dönemde ortaya çıkmaktadır (7). Dört yaşına kadar çocuklarda kekemelik görülme sıklığı %11'e kadar çıkmakla birlikte, yaşam boyu popülasyon prevalansı ise yaklaşık %1'dir (8, 9). Çalışmalar, kekemeliğin erkeklerde daha yaygın olduğu ve erkek/kadın oranının 4.6'ya kadar çıktığını göstermektedir (8). Retrospektif görüşme verilerine dayanan iyileşme oranlarının %70'e yakın olduğu tahmin edilmektedir (9-13). Kalıcı kekemelik durumunda ise yaşam boyu süren olumsuz etkiler geniş bir yelpazede kendini göstermektedir (14, 15, 16).

Kekemeliği olan bireyler, sıklıkla psikolojik, duygusal, sosyal ve fonksiyonel boyutlarda ek zorluklar da deneyimlemektedir (17). Bu bireylerin, zorbalık ve sosyal kaygı bozukluğu gibi faktörler nedeni ile daha düşük bir yaşam kalitesi deneyimleme olasılığı yüksektir (14, 18, 19). Ayrıca, kaygı ve depresyon gibi duygusal tepkisellik ve nöropsikiyatrik bozukluklar, bu bireylerde daha yüksek oranlarda bildirilmiştir (20). Kekemeliğe ilgili eğitim, istihdam ve kazanç gibi alanlarda yapılan araştırmalar,

her ne kadar küçük ölçekli kohortlar ile gerçekleştirilmiş olsa da olumsuz sonuçlar bildirmektedir (14, 21, 22).

Okul öncesi dönemde ortaya çıkan kekemelik, daha büyük çocuklar, ergenlik ve yetişkinlikte görülen ortaya çıkan kekemelikten belirgin farklılıklar taşımaktadır (23). Bu yaş grubunda kekemelik, çocukların kendini ifade etme becerilerini etkileyerek özgüven eksikliğine ve ilerleyen dönemlerde sosyal ilişkilerde zorlanmalara sebep olabilmektedir (4, 24-26). Bu bağlamda, çocukların karşılaştıkları zorluklar ile başa çıkma kapasitesini ifade eden “psikolojik sağlamlık” kavramı önem kazanmaktadır. Psikolojik sağlamlık, bireylerin stres ve zorluklar ile başa çıkarken uyum sağlama ve duygusal dengeyi koruma yetilerini tanımlamaktadır (27, 28). Erken çocukluk döneminde karşılaşılan çeşitli zorluklar karşısında psikolojik sağlamlık, bireylerin özgüvenli bir tutum sergileyebilme ve olumsuzlukların üstesinden gelebilme becerilerini desteklemekte önemli bir rol oynar (28).

Araştırmalar, psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek çocukların, sosyal ve duygusal zorluklar ile daha etkili bir şekilde başa çıkabildiğini ortaya koymaktadır (29-31). Ebeveyn tutumları, çocukların psikolojik sağlamlık gelişiminde önemli bir role sahiptir (32, 33). Destekleyici, empatik ve cesaretlendirici ebeveyn tutumları, çocukların özgüvenlerini ve sosyal becerilerini geliştirirken (28, 34), eleştirel veya aşırı koruyucu tutumlar, çocukların sosyal uyumlarını olumsuz etkileyebilmektedir (33-35).

Bu çalışmanın amacı, okul öncesi dönemde kekemeliği olan çocukların psikolojik sağlamlık düzeyleri ve ebeveyn tutumlarının, kekemeliği olmayan akranları ile karşılaştırılmasıdır. Kekemeliği olan çocukların dil ve konuşma terapisinde psikolojik sağlamlığın terapötik kazancı etkileyen önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Literatürde yapılmış çalışmalara bakıldığında çocukların ebeveyn tutumlarının psikolojik sağlamlıkları üzerindeki etkisini araştıran ve ikisi arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcut olsa da (31, 36-39) okul öncesi dönem kekemeliği olan çocukların psikolojik sağlamlık düzeylerini belirlemeyi amaçlamayan herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Klinik deneyimlerden yola çıkarak, kekemeliğin olumsuz etkilerinin, kekemeliği olan çocukların sosyo- duygusal gelişimi ve psikolojik sağlamlıkları üzerine bir risk faktörü olabileceği düşünülmektedir. Okul öncesi dönem kekemeliği olan çocuklarda böyle bir etkenin

tespit edilmesi ve buna yönelik ilgili uzmana yönlendirme yapılarak uygun müdahale yöntemlerinin sağlanması önemlidir. Ayrıca, psikolojik sağlamlık bileşeninin erken dönem kekemelik müdahalelerine dahil edilmesi ile terapötik kazancın artacağı ve çocukların mevcut ve ileri dönemlerdeki iyi oluşlarının olumlu etkileneceği öngörülmektedir. Çalışmamız bu amaç doğrultusunda planlanmıştır.

Çalışmanın hipotezleri:

1. H1: Kekemeliği olan 48-72 aylık çocukların Okul Öncesi Çocuklar İçin Sosyal Duygusal İyi Oluş ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (PERİK) puanları kekemeliği olmayan akranlarına göre daha düşüktür.

2.H1: Kekemeliği olan 48-72 aylık çocukların PERİK alt boyutlarından “İletişim Kurma/Sosyal Performans” alt boyut puanları kekemeliği olmayan akranlarına göre daha düşüktür.

3.H1: Kekemeliği olan 48-72 aylık çocukların PERİK alt boyutlarından “Duygusal İstikrar/ Stresle Başa Çıkma” alt boyut puanları kekemeliği olmayan akranlarına göre daha düşüktür.

4.H1: Kekemeliği olan 48-72 aylık çocuklardan Weighted-SLD’ ye göre şiddetli düzeyde kekemeliği olan çocukların PERİK puanları hafif düzeyde kekemeliği olan çocuklara göre daha düşüktür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kekemelik: Tanımlar ve Özellikler

Kekemelik, yalnızca konuşmanın motor sisteminde bir bozukluk olmanın ötesinde, solunum, larinks ve vokal yol alt sistemleri arasındaki zamanlama ve koordinasyonun bozulmasına neden olan karmaşık bir durum olarak değerlendirilmektedir (40, 41). Konuşmanın ritim ve akıcılığını etkileyen bu durum, ses, hece, sözcük tekrarları ve uzatmalar gibi özellikler ile kendini göstermektedir (3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kekemeliği, konuşma akıcılığını bozan istemsiz motor kesintiler ve ritmik akışın bozulması şeklinde tanımlamakta ve bu durumun bireyde önemli yaşam kalitesi kayıplarına yol açabileceğini vurgulamaktadır (42). Kekemelik ile ilgili tanımlar günümüzde daha geniş bir perspektiften ele alınarak bilişsel, dilsel ve psikolinguistik bileşenleri kapsayan çok boyutlu bir yapı olarak değerlendirilmektedir (43). Bu geniş kapsam, kekemeliğin bireyin sosyal ilişkilerini ve psikolojik sağlıklarını da olumsuz etkileyebileceğine işaret etmektedir (43-46). Kekemeliğin yalnızca konuşma işlevindeki aksaklıklar ile sınırlı kalmayıp, bireyin toplum ile olan etkileşimini de olumsuz yönde etkileyebileceği ifade edilmektedir (43). Yaruss ve Quesal (47), İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (*International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF*) modeline dayandırdıkları yaklaşım ile, kekemeliği olan bireylerin konuşmadaki akıcılık sorunlarına bağlı olarak toplum içinde beklenen düzeyde iletişim kurmakta zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Bu durumun ise bireylerin sosyal katılımında çeşitli sınırlılıklar yarattığı belirtilmiştir. Bu model, kekemeliğin sadece dil ve motor işlevlere değil, bireyin sosyal rollerini yerine getirme kapasitesine de etki ettiğini ortaya koymaktadır (47).

Sheehan (48) ise kekemeliğin yalnızca yüzeyde görülen davranışlar ile sınırlı kalmayıp, bireyin içsel dünyasında yaşadığı kaygı, utanç, hayal kırıklığı ve düşük özsaygı gibi duygusal zorlukları da içerdiğini ifade etmek için "buzdağı" metaforunu kullanmıştır. Bu metafora, suyun üstünde kalan bölüm, kekemeliğin gözlemlenebilir belirtilerini simgelerken, suyun altında kalan bölüm bireyin içsel mücadelelerini ve psikolojik yükünü yansıtmaktadır. Bu çok katmanlı yapı, kekemeliğin yalnızca dışsal belirtilerden değil, aynı zamanda bireyin iç dünyasındaki stres ve kaygı gibi

unsurlardan da oluştuğunu göstermektedir. Kekemelik, hem görünür hem de içsel zorlukları içeren karmaşık bir yapıya sahiptir (15, 43, 49). Yapılan tanımlar, kekemeliğin sadece bireyin konuşma performansını değil, toplumsal katılımını ve genel yaşam kalitesini de doğrudan etkilediğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, kekemelik ile ilgili müdahalelerde hem dışsal hem de içsel faktörlerin dikkate alınması, bireyin bütüncül bir yaklaşım ile ele alınmasını gerekli kılmaktadır.

2.2 Okul Öncesi Dönem Çocuklarda Kekemelik

Okul öncesi dönem, tüm gelişimsel alanlarda olduğu gibi çocukların dil gelişiminde de kritik bir aşamadır (50, 51). Bu dönemde kekemelik görülme sıklığı oldukça yüksektir (7, 8). Kekemelik, genellikle 2-5 yaşları arasında, çocukların dil becerilerinin hızla geliştiği süreçte ortaya çıkmaktadır (7). Bu yaş grubunda, çocukların düşüncelerini ifade etme ve kelime seçme süreçlerinde yaşanan hızlı değişimler, konuşma akıcılığı üzerinde baskı yaratabilmektedir (8). Bu nedenle, kekemelik okul öncesi dönemde yaygın bir şekilde görülebilmektedir (26).

Okul öncesi dönemde gözlemlenen kekemelik belirtileri çoğunlukla ses-hece tekrarları, konuşma sırasında duraklamalar ve ses uzatmaları şeklinde kendini göstermektedir (15). Okul öncesi dönemde başlayan kekemelik vakalarının bir kısmında kekemelik, zamanla kendiliğinden ortadan kalksa da, bazı durumlarda kalıcı olabilmektedir (7). Kekemeliği olan çocuklar, akranları ile etkileşim kurarken kendilerini ifade etmekte güçlük çekebilmektedirler. Bu durum, sosyal ilişkilerini etkileyebilmektedir (24). Özellikle, okul öncesi dönemde sosyal etkileşimler yolu ile dil becerileri gelişen çocuklar için, kekemelik ciddi bir iletişim engeli haline gelebilmektedir (52).

Kekemelik, çocukları yalnızca sosyal değil, duygusal alanlarda da etkileyebilmektedir (25). Kekemeliği olan okul öncesi çocuklar, konuşma sırasında yaşadıkları kesintilere bağlı olarak hayal kırıklığı, stres ve utanç gibi negatif duygular hissedebilmektedirler (53). Bu dönemde yaşanan duygusal tepkilerin, çocuğun kekemelik ile ilgili olumsuz bir algı geliştirmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Bu tür duygusal etkilerin erken dönemde fark edilmesi ise çocuğun bu durum ile başa çıkabilmesi için oldukça önemlidir.

Okul öncesi dönemde kekemeliği olan çocuklarda gözlemlenen bir diğer özellik ise kaçınma davranışlarıdır (15). Kekemeliğe bağlı olarak konuşma sırasında güçlük yaşayan bazı çocuklar, belirli kelimelerden veya konuşma durumlarından kaçınmaya başlayabilmektedirler (3, 15). Bu tür kaçınma davranışları, kekemeliğin ilerleyen dönemlerde birey üzerine etkisinin daha karmaşık hale gelmesine neden olabilmekte ve konuşmaya katılım performanslarını etkileyebilmektedir (3).

Okul öncesi dönemde kekemeliği olan çocuklar, konuşma sırasında ortaya çıkan akıcılık sorunlarına bağlı olarak özgüven kaybı yaşayabilmektedirler (54). Özellikle, akran iletişimlerinde kendini ifade etmekte zorlanan çocuklar, konuşma sırasında yetersizlik duygusu deneyimleyebilmektedirler (55). Bu tür durumlar, çocuğun benlik algısını olumsuz etkileyerek, ilerleyen yaşlarda kekemeliğin sosyal ve psikolojik etkilerini artırabilmektedir (56).

Çocukta gözlemlenen kekemelik belirtilerine yönelik olarak erken dönemde gerçekleştirilen müdahaleler, hem konuşma akıcılığını artırmakta hem de kekemelik riskini azaltma potansiyeli taşımaktadır (9, 57). Bu süreçte, uygulanan çocuk merkezli konuşma terapileri, çocuğun konuşma becerilerini destekleyerek kekemelik ile başa çıkma becerisini güçlendirebilmektedir. Erken dönemde sunulan müdahale yöntemleri, çocukların kendilerini ifade etme yeteneklerini geliştirmelerine ve konuşmaya yönelik özgüvenlerini artırmalarına katkı sağlayabilmektedir (53).

Okul öncesi dönemde kekemelik, çocukların sosyal, duygusal gelişimlerini ve konuşma becerilerini etkileyebilen önemli bir konuşma bozukluğudur (15). Kekemelik belirtilerinin fark edilmesi ve erken dönemde uygun müdahale yöntemlerinin uygulanması, çocukların ilerleyen yaşlarda daha sağlıklı iletişim kurabilmelerine olanak tanımaktadır. Kekemelik ile başa çıkmada, çocuğa destek sağlayan bir aile yapısı ve dil ve konuşma terapisi ile sağlanan destek de önemli bir rol oynamaktadır (7).

2.3. Kekemeliğin Epidemiyolojisi

Kekemelik epidemiyolojisi, kekemeliğin dağılımını ve hangi koşullar altında daha fazla risk oluşturduğunu inceleyen bir alandır (9). Bu bölümde, kekemeliğin epidemiyolojisi alt başlıklar halinde incelenecektir.

2.3.1 Kekemeliğin Yaygınlığı ve Dağılımı

Kekemeliğin yaygınlığı, yaş, cinsiyet, dil gibi çeşitli değişkenlere göre farklılık gösterebilmektedir (9). Çocuklarda kekemelik oranı %5'e kadar çıkabilirken yetişkinlerde bu oran %1'in altına düşmektedir (9). Craig ve ark. (10) tarafından yapılan bir çalışmada da benzer bulgular elde edilmiştir; çocuklukta gözlenen yüksek yaygınlık oranlarının, ergenlik ve yetişkinlik dönemine geçişte azalma gösterdiği belirtilmiştir. Bu azalmanın sebebi, spontan iyileşme veya terapötik müdahaleler sonucu olabilmektedir (10).

2.3.2 Kekemeliğin Başlangıç Yaşı ve Risk Faktörleri

Kekemelik, genellikle, erken çocukluk döneminde, özellikle 2 ila 5 yaş arasında ortaya çıkmaktadır (7). Bu yaş aralığı, çocukların dil gelişiminin hızlı olduğu bir dönem olup, kekemeliğin başlangıcı için kritik olarak kabul edilmektedir (7, 8, 58). Yairi ve Ambrose (7), bu dönemde kekemelik başlangıcının gelecekte devamlılık açısından belirleyici bir faktör olabileceğini ifade etmektedirler. Genetik yatkınlık, ailede kekemelik öyküsünün bulunması, dil gelişiminde yaşanan gecikmeler ve diğer gelişimsel faktörler, kekemelik riskini artıran önemli etmenler arasında sayılmaktadır (59). Drayna ve Kang (60) ise genetik faktörlerin yanı sıra çevresel etmenlerin de kekemelik riskini etkileyebileceğini öne sürmektedirler.

2.3.3. Cinsiyet Farklılıkları

Cinsiyet faktörü, kekemeliğin yaygınlığı ve devamlılığı üzerinde önemli bir etkidir (9). Erkek çocuklarda kekemeliğin görülme sıklığı, kız çocuklarına oranla daha fazladır (7). Bazı araştırmalar, çocukluk döneminde kekemelik incelendiğinde erkek/kız kekemelik görülme oranının 2:1'den 4:1'e kadar değişebileceğini öne sürmektedir. (3, 10, 13).

2.3.4. Kekemelikte Genetik ve Ailevi Yatkınlık

Araştırmalar, aile üyelerinden birinde kekemelik bulunan bireylerde bu bozukluğun ortaya çıkma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (61, 62). Kang ve ark. (63) tarafından yapılan genetik çalışmalarda, kekemelik ile ilişkili bazı

spesifik gen bölgeleri tespit edilmiştir. Bu çalışmada, GNPTAB, GNPTG ve NAGPA genlerindeki mutasyonların kekemelik riskini artırabileceği belirtilmiştir (63).

2.3.5. Kekemelikte Çevresel ve Psikososyal Faktörler

Çocukların yetiştiği sosyal ortam, kekemeliğin gelişim sürecinde önemli bir rol oynamaktadır (64). Özellikle, aile içindeki iletişim biçimi, ebeveynlerin çocuklarına dair beklentileri ve çocuğun genel sosyal çevresi, kekemeliğin seyrini etkileyen çevresel faktörler arasında yer almaktadır (15, 26). Ebeveynlerin çocuklarına yönelik yüksek beklentileri, çocukların konuşma akıcılığı üzerindeki baskının artmasına neden olarak, bu durumun kekemelik ile ilişkili belirtileri tetikleyebileceği öne sürülmektedir (65). Ebeveynlerin çocuklarına yönelik yaklaşımları da önemli bir çevresel faktör olarak değerlendirilmektedir (64).

2.4 Kekemelik Değerlendirmesi

Kekemeliği değerlendirme süreci, yalnızca akıcılık problemlerini ele almakla kalmayıp, konuşmada gözlemlenen farklı türdeki akıcısızlıkların özelliklerini ve sıklıklarını analiz eden çok boyutlu bir yaklaşıma dayanmaktadır (15, 24, 40). Kekemelik değerlendirmesinde, akıcısızlık türlerinin diğer konuşma bozukluklarından ayırt edilmesi, çoğunlukla dinleyicinin gözlemleri ve klinik deneyime dayalı subjektif bir değerlendirme süreci gerektirir (24). Ayrıca, bireyin kekemelik öyküsü, ailede kekemelik geçmişi, kekemeliğin ortaya çıkış yaşı, ilerleyişi, ailenin yaklaşımları ve kekemeliğin bireyin sosyal hayatına etkisi gibi bilgiler, kapsamlı bir değerlendirme yapmanın temelini oluşturmaktadır (15, 24).

Okul öncesi dönemde kekemelik değerlendirilirken, çocukların konuşma örnekleri, doğal dil becerilerini yansıtan spontan konuşma örnekleri üzerinden toplanmaktadır. Bu örnekler, akıcılık düzeyini anlamak ve kekemelik bulgularını tespit etmek açısından önemli bir temel sağlamaktadır (15). Bu gözlemler sırasında çocuğun kendiliğinden konuşma sürecinde nasıl tepkiler verdiği, konuşmayı sürdürme veya kaçınma eğilimleri detaylı şekilde değerlendirilmektedir. Elde edilen veriler, çocuğun konuşma dinamiklerini anlamak, kekemelik şiddetini ölçmek ve bireysel bir terapi planı geliştirmek için değerli bilgiler sunmaktadır (3, 15).

Kekemelik ve normal akıcısızlık oranlarının ölçülmesi için, çeşitli ölçüm metotları geliştirilmiştir. Değerlendirmede kekemelik gözlenen hece yüzdesi ölçüt alınabilmektedir (66). Bununla birlikte kekemelik içeren konuşma bölümlerinin sıklığını belirli zaman aralıklarına göre hesaplayarak da ölçüm yapılabilmektedir (67).

Ağırlıklı Kekemelik Şiddet Ölçümü (*Weighted Stuttering Like Disfluency-SLD*) konuşmadaki çeşitli akıcısızlık türlerini dikkate alarak kekemelik şiddetini belirlemeye odaklanmaktadır. Bu araç ile, 300 sözcüklük konuşma örneği analizinden kısmi-tek heceli sözcük tekrarları ve uzatmalar gibi akıcısızlık türleri hesaba katılarak bir formül dahilinde kekemelik şiddet değerlendirmesi yapılmaktadır. Bu aracın sağladığı ağırlıklandırma sistemi, bireyin konuşma akıcılığına dair ayrıntılı bilgi sunmaktadır. Ölçüm ile elde edilen sonuçlar, kekemeliği hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflandırarak kekemelik düzeyini kapsamlı bir şekilde anlamaya yardımcı olmakta ve bireyin konuşma akıcılığına yönelik doğru bir profil çıkarılmasını sağlamaktadır (68).

2.5 Ebeveyn Tutumları

Ebeveyn tutumları, çocukların duygusal, bilişsel, sosyal ve davranışsal gelişim süreçlerinde oldukça etkili bir faktördür (69-71). Bu tutumlar, çocuğun sadece stres ile başa çıkma becerilerini değil, aynı zamanda özgüvenini, sosyal ilişkilerini ve akademik başarısını da belirleyebilmektedir (72, 73).

Ebeveyn tutumları, literatürde araştırmacılar tarafından farklı açılardan ele alınmış ve sınıflandırılmıştır. Baumrind (71), ebeveynlik tutumlarını otoriter, izin verici ve demokratik olmak üzere üç ana kategoriye ayırarak, bu tutumların ebeveynlerin denetim ve duyarlılık düzeyleri doğrultusunda çocukların gelişimi üzerindeki etkilerini analiz etmiştir. Maccoby ve Martin (74), bu sınıflamaya "ilgisiz" ebeveynlik tutumunu ekleyerek, düşük denetim ve duyarlılığın çocuk gelişimi üzerinde olumsuz etkiler doğurabileceğini vurgulamıştır. Kültürel araştırmalar, bu ebeveynlik tutum sınıflandırmalarının evrensel olmadığını ve bağlamsal faktörlere göre değişebileceğini ortaya koymaktadır (75).

Lamborn ve ark. (72), otoriter, demokratik, izin verici ve ilgisiz ebeveynlik tutumlarının çocukların ruh sağlığı ve davranışları üzerinde farklı etkiler yarattığını belirtmişlerdir. Otoriter ebeveynlik, çocukların itaatkâr olmalarını sağlayarak kısa

vadede disiplin sağlasa da, uzun vadede çocukların özgüvenini ve öz-yeterlilik inançlarını olumsuz etkileyebilmektedir (72, 76, 77). Buna karşın, demokratik ebeveynlik, çocukların sosyal becerilerini ve içsel motivasyonlarını destekleyerek onların sağlıklı bir öz benlik geliştirmelerine katkı sunmaktadır (72, 78).

Destekleyici bir aile ortamında büyüyen çocukların dil becerileri, problem çözme yetenekleri ve bilişsel esneklikleri daha hızlı gelişmektedir (79). Özellikle, erken çocukluk döneminde ebeveynlerin çocukları ile kurduğu etkileşimler, nörogelişim üzerinde doğrudan etkili olduğundan, bu dönemde gösterilen ebeveyn tutumları uzun vadeli gelişim için kritik öneme sahiptir (80).

Ebeveyn tutumlarının çeşitli faktörlere etkisi geçmişten günümüze birçok araştırmaya konu olmuştur (32, 74, 81-83). Bu nedenle ebeveyn tutumlarını değerlendirmek amacı ile çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklere Buri (84) tarafından Baumrind'in ebeveynlik tutumları (otoriter, demokratik ve izin verici) temel alınarak geliştirilen *Parental Authority Questionnaire*, Schaefer ve Bell (85) tarafından geliştirilen ve ebeveyn tutumlarını aşırı korumacı, otoriter, baskıcı, hoşgörülü ve demokratik gibi boyutlar üzerinden değerlendiren *Parental Attitude Research Instrument*, Karabulut Demir ve Şendil (86) tarafından geliştirilmiş olup ebeveyn tutumlarını demokratik, izin verici, otoriter ve aşırı koruyucu boyutlar ile değerlendiren Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ) örnek verilebilir.

2.6 Psikolojik Sağlamlık

Psikolojik sağlamlık, bireylerin stresli olaylar, zorlayıcı koşullar ve travmatik deneyimler ile başa çıkma yeteneği olarak tanımlanmaktadır (87). Bu kavram, yalnızca zorlukları aşmak değil, aynı zamanda bireyin gelişim potansiyelini destekleme anlamına da gelmektedir (27). Psikolojik sağlamlık, çoğunlukla, çocukların erken yaşlarda edindikleri sosyal destek sistemleri ve içsel beceriler ile bağlantılı olarak gelişmektedir (88). Goldstein ve Brooks (33) ise, psikolojik sağlamlığın bireyin içsel kaynakları ve çevresel destekleri ile beslenen dinamik bir süreç olduğunu ifade etmektedir.

Psikolojik sağlamlığı etkileyen temel risk faktörleri arasında, aile içi çatışmalar, düşük sosyoekonomik durum, ebeveynlerin ruh sağlığı sorunları ve yetersiz sosyal destek bulunmaktadır (31, 37, 89, 90). Bu faktörler, çocukların

karşılaştıkları zorluklar karşısında savunmasız kalmalarına neden olabilmektedir. Benzer şekilde, düşük sosyoekonomik durum, çocukların eğitim ve sosyal destek kaynaklarına erişimini sınırlayarak psikolojik sağlamlıklarını olumsuz etkileyebilmektedir (91).

Bu risk faktörlerine karşın, koruyucu faktörler ise çocukların psikolojik sağlamlık geliştirmelerinde kritik bir rol oynamaktadır (36, 88). Baumrind (71), ebeveynlik tutumlarının çocukların psikolojik sağlamlık kapasitelerini etkilediğini belirterek, özellikle demokratik ebeveynlik yaklaşımının çocukların zorluklar ile başa çıkmalarında önemli bir destek sağladığını ifade etmiştir.

Goldstein ve Brooks (33), tarafından yapılan araştırmalar, ebeveynlerin çocuklarına sunduğu duygusal destek ve güvenli ortamın çocukların psikolojik sağlamlık gelişiminde temel bir rol oynadığını ortaya koymuştur. Bu çalışmalara göre, çocukların erken yaşlarda ebeveynlerinden aldığı duygusal destek, onların ilerleyen yaşlarda karşılaşılabilecekleri zorluklar ile başa çıkmalarında önemli bir faktör olabilmektedir (33).

Psikolojik sağlamlık üzerinde sosyal desteğin önemi, yalnızca aile değil, aynı zamanda okul ve toplum gibi sosyal çevreler tarafından da desteklenmektedir (92). Cohen ve Wills (93), sosyal desteğin çocukların stres ile başa çıkmalarını kolaylaştırarak psikolojik sağlamlıklarını artırdığını öne sürmüştür. Okul ortamında öğretmenler ve arkadaş çevresi, çocukların güven duygusunu pekiştirerek psikolojik sağlamlık gelişiminde önemli bir destek sağlamaktadır (92). Özellikle, olumlu arkadaş ilişkileri ve okul ortamında yaşanan başarılar, çocukların özgüvenini destekleyerek onların stres ile daha iyi başa çıkmalarına katkıda bulunmaktadır (94, 95).

Psikolojik sağlamlık gelişiminde koruyucu faktörler arasında pozitif duyguların önemli bir yeri bulunmaktadır (87). Pozitif duygular, çocukların olayları daha geniş bir perspektiften görmelerini ve çözüm odaklı bir yaklaşım geliştirmelerini sağlamaktadır (96). Goldstein (97) da çocukların pozitif bir bakış açısı kazanmalarının zorlu durumlar ile başa çıkmalarında büyük katkı sağladığını ifade etmiştir.

Psikolojik sağlamlık, sadece bireyin içsel kaynaklarına veya yakın çevresine değil, aynı zamanda içinde bulunduğu kültür ve toplumun sosyal normlarına bağlı olarak da gelişmektedir. Araştırmalar, bireyin yetiştiği kültürel çevrenin dayanıklılık ve stres ile başa çıkma kapasitelerini etkileyebileceğini ortaya koymaktadır (98, 99,

100). Kültürel normlar, bireyin duygusal ifade biçimlerini, problem çözme stratejilerini ve sosyal destek arayışını doğrudan etkileyebilmektedir. Bazı kültürlerde topluluğa bağlılık, bireylerin zorluklar karşısında birbirlerine destek olarak psikolojik sağamlıklarını artırmalarını sağlayabilmektedir (100).

Çocukluk döneminde psikolojik sağamlığı geliştirmek için okullarda sunulan sosyal ve duygusal öğrenme programları büyük bir önem taşıtmaktadır (101, 102). Bu programlar, çocuklara duygu yönetimi, empati geliştirme, sosyal beceriler kazanma ve zorlayıcı durumlar ile başa çıkma gibi temel yetkinlikleri kazandırmaktadır (101, 103). Okul ortamında sağlanan bu tür yapılandırılmış destekler, çocukların yalnızca akademik değil, sosyal ve duygusal gelişimlerini de desteklemekte ve uzun vadede psikolojik sağamlıklarını olumlu etkilemektedir (102).

Bireyin psikolojik sağamlık geliştirme sürecinde, öz yeterlilik ve kendine güven gibi bireysel özelliklerin rolü önemli olabilmektedir (27, 37, 104). Bandura (105)'nın, sosyal bilişsel teorisine göre, bireylerin kendi kapasitelerine olan inançları, onların zor durumlar ile başa çıkmalarını etkileyen temel faktörlerdendir.  z-yeterlilik, çocukların karşılaştıkları zorluklara karşı mücadele ederken motivasyonlarını korumalarını sağlamakta ve problem çözme süreçlerine destek olmaktadır (106, 107). Araştırmalar,  z-yeterliliği yüksek olan çocukların, düşük öz-yeterliliğe sahip çocuklara kıyasla daha dirençli ve esnek olduklarını göstermektedir (29, 108).

Çocukların psikolojik sağamlık kapasitelerinin gelişiminde etkili olan bir diğer unsur, problem çözme becerileridir (28). Problem   zme becerileri, çocukların karşılaştıkları zorluklara alternatif çözümler üretebilme ve kendilerine uygun başa çıkma stratejileri geliştirme yetilerini ifade etmektedir (109). Problem   zme becerilerinin desteklenmesi, çocukların stresli durumlarda daha aktif bir yaklaşım benimsemelerine ve karşılaştıkları engelleri daha etkili bir şekilde yönetmelerine yardımcı olmaktadır (110, 111). Araştırmalar, etkili problem çözme becerilerine sahip çocukların psikolojik sağamlık düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve stres ile başa çıkma konusunda daha başarılı olduklarını göstermektedir (112).

Son olarak, psikolojik sağamlığın gelişiminde rol oynayan bir diğer önemli unsur olan empati, çocukların başkaları ile duygusal bağ kurmalarını ve sosyal destek arayışlarını artırmaktadır (113, 114). Empati,  ocukların karşılarındaki bireylerin duygularını anlamalarını, onların zorluklarına duyarlı olmalarını sağlamakta ve sosyal

ilişkilerini güçlendirmektedir (115). Bu nedenle, erken yaşlarda empati becerilerinin geliştirilmesi, çocukların ilerleyen yaşlarda güçlü bir sosyal destek ağı oluşturmalarına katkı sağlayarak, psikolojik sağlamlıklarını güçlendirebilmektedir (114, 116).

Çocuk ve ergenlerin psikolojik sağlamlık düzeylerini belirlemek amacı ile çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklere Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (*Child and Youth Resilience Measure -CYRM-28*) ve Okul Öncesi Çocuklar İçin Sosyal Duygusal İyi Oluş ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (*Positive Entwicklung und Resilienz im Kindergartenalltag-PERİK*) örnek verilebilir. Ungar (100)'ın tanımına göre psikolojik sağlamlık, bireyin hem kişisel hem de çevresel kaynaklarıyla zorlayıcı koşullara karşı direnç gösterme ve uyum sağlama kapasitesini ifade etmektedir. Bu tanımdan hareketle, Jefferies ve ark. (117) psikolojik sağlamlık değerlendirmesi için bir ölçüm aracı geliştirmiştir. CYRM-28 adlı bu öz-bildirim aracı, bireyin kendisi hakkındaki algılarını, bakıcılardan algıladığı desteği ve çevresel faktörleri değerlendirmektedir. Ancak, bu ölçek 12-18 yaş arası çocuk ve ergenlere uygulanmaktadır (117). PERİK ise, 36-72 ay arası çocuklara uygulanabilmektedir. Mayr ve Ulich (118) tarafından çocukların sosyal ve duygusal gelişimini desteklemeyi amaçlayarak geliştirilmiştir. Ölçek, uzun yıllar boyunca yapılan deneysel çalışmalardan elde edilen gözlemler ile güçlendirilmiş ve teorik temelleri sağlamlaştırılmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Özbey (119) tarafından yapılmıştır. Bu ölçeklerin her biri, çocuğun yaşadığı stres ve zorluklarla başa çıkabilme kapasitesini daha iyi anlayabilmek için çeşitli alt boyutlara odaklanmaktadır.

2.7 Ebeveyn Tutumları ve Psikolojik Sağlamlık

Ebeveynlerin çocuklarına karşı sergiledikleri tutumların, çocukların psikolojik sağlamlıkları üzerinde doğrudan etkisi bulunmaktadır (37, 88, 120). Destekleyici ebeveynlik, çocukların özgüvenlerini ve kendine olan inançlarını artırarak zorluklar karşısında daha dirençli olmalarını sağlamaktadır (71, 121). Ainsworth (122), çocukların güvenli bir aile ortamında büyümesi durumunda, stresli yaşam olaylarına karşı daha dirençli bir yapı geliştirdiklerini öne sürmektedir. Güvenli bağlanan çocuklar, duygusal olarak daha esnek olurken, stres ile başa çıkma becerilerini daha sağlıklı bir şekilde geliştirirler (122).

Bandura (123)'nın, sosyal öğrenme teorisine göre, çocuklar ebeveynlerinin davranışlarını gözlemleyerek bu davranışları kendilerine model almaktadırlar. Ebeveynlerin stres ile başa çıkma konusundaki yaklaşımları, çocukların kendi stratejilerini geliştirmelerinde önemli bir etkindir. Ebeveynler, zorlayıcı durumlarda yapıcı bir tutum sergilerse, çocuklar da benzer stratejiler geliştirme eğiliminde olmaktadır. Bu, onların karşılaştıkları güçlükler karşısında daha dayanıklı bir tutum geliştirmelerine katkıda bulunmaktadır (123, 124).

2.8 Kekemelik ve Psikolojik Sağlamlık

Kekemelik, özellikle çocukluk döneminde, bireyin sosyal etkileşimlerini ve duygusal durumunu olumsuz etkileyebilmektedir (125). Sosyal izolasyon, akran zorbalığı ve düşük öz-yeterlik algısı, kekemeliği olan bireylerin sıklıkla karşılaştığı zorluklar arasındadır (44, 125-127). Kekemeliği olan çocuklar, hem okul öncesi dönemde (55) hem de okul çağında (128) sosyal dışlanma ve olumsuz akran tepkileri yaşayabilmektedirler. Bu durum, çocukların psikososyal gelişimlerini olumsuz etkileyebilmekte ve yaşam kalitelerinde düşüşe yol açabilmektedir (56, 127). Bu bulgular, kekemeliği olan çocukların bazı durumlarda psikososyal destek açısından ek yardıma ihtiyaç duyabileceklerine işaret etmektedir. Kekemeliği olan çocukların, akıcı konuşan akranlarına göre kaygı düzeyleri ve zorbalığa maruz kalma riskleri daha yüksektir (129, 130). Kekemeliği olmayan akranlarına kıyasla, içsel ve dışsal etkenlere karşı daha savunmasız olabilmekte ve duygularını yönetme konusunda daha fazla zorlanabilmektedirler (131). Çocukların hem içsel hem de çevresel sağlık faktörlerini doğal olarak geliştirdiği düşünülmektedir (27). Ancak, bazı çocuklar, bu becerilere sahip olamamakta veya zorluklar ile başa çıkmalarını kolaylaştıracak çevresel destekten yoksun olabilmektedirler. Psikolojik sağlamlığın geliştirilmesi sürecinde, çocukların zorlayıcı durumlar karşısında duygularını ifade etme, sakinleşme, olumsuz düşünceleri yönetme, alternatif çözümler üretme, risk alarak yeni fırsatlara yönelme ve benlik algısını güçlendirme gibi yetenekler kazanması amaçlanmaktadır (132).

Kekemeliği olan çocukların çeşitli zorluklar ile başa çıkma becerilerinin artması, duygusal iyilik halleri ve konuşma akıcılıklarını olumlu yönde etkileyebilmektedir (133). Druker ve ark. (20) çalışmasında, erken dönem kekemelik

terapisine ebeveyn liderliğinde bir psikolojik sağlamlık bileşeni eklenmesinin etkileri incelenmiştir. Araştırmaya 3-6 yaş arasındaki kekemeliği olan çocuklar ve ebeveynleri katılmıştır. Katılımcılar rastgele iki gruba ayrılmıştır: bir grup yalnızca standart kekemelik terapisi alırken, diğer grup terapiye ek olarak ebeveynlerin rehberliğinde psikolojik sağlamlık geliştirici etkinlikleri içeren bir bileşen almıştır. Sonuçlar, psikolojik sağlamlık bileşeni eklenen gruptaki çocukların davranışsal ve duygusal sorunlarının azaldığını, psikolojik sağlamlık düzeylerinin ise arttığını ortaya koymuştur. Araştırma, psikolojik sağlamlık odaklı bir yaklaşımın, çocukların çevresel stres faktörlerine karşı daha dirençli hale gelmesine ve kekemeliğe daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına katkı sağladığını göstermektedir. Bununla birlikte, bulguların daha geniş örneklemelerle ve farklı bağlamlarda tekrarlanarak doğrulanması gerektiği vurgulanmıştır (20).

Caughter ve Dunsmuir (134)' in tarafından gerçekleştirilen çalışmada, kekemeliği olan okul çağındaki çocuklarda psikolojik sağlamlıkları, çoklu vaka analizi yöntemi ile ele alınmıştır. Çalışmada, katılımcıların yoğun bir grup terapisi programına katılımı sonrasında bilişsel ve duygusal değişimleri gözlemlenmiştir. Katılımcıların, başa çıkma becerilerini geliştirdiği, sosyal destek ağlarını daha etkili kullandığı ve zorlayıcı konuşma durumlarına katılım konusunda daha istekli hale geldiği belirlenmiştir. Özellikle, ebeveynlerin ve akranların destekleyici rolü, bu çocukların kendilerine güvenlerini artırmış ve zorluklarla daha hızlı başa çıkmalarını sağlamıştır. Ayrıca, çalışmada uygulanan bütüncül terapi yaklaşımı sayesinde, duygusal tepkilerin azalması ve akıcılık tekniklerinin öğrenilmesi gibi beceriler kazandırılmıştır. Bulgular, psikolojik sağlamlık kavramının, kekemeliği olan çocukların duygusal ve sosyal iyilik hallerini desteklemede önemli bir araç olabileceğini ortaya koymaktadır (134).

Craig ve ark. (131), kekemeliği olan yetişkin bireylerin sosyal ve psikolojik durumlarını incelemiş ve bu bireylerde kronik bozuklukların yol açtığı çeşitli etkiler üzerinde durmuşlardır. Araştırmada katılımcılar, psikolojik sağlamlık düzeylerine göre gruplara ayrılmış ve her bir grubun sosyal destek, öz-yeterlik, genel sağlık durumu ve sosyal işlevsellik düzeyleri analiz edilmiştir. Sonuçlar, yüksek düzeyde sosyal desteğe sahip olan bireylerin, zorluklarla başa çıkmada daha etkin olduğu ve kekemeliğin olumsuz etkilerinden daha az etkilendiğini göstermiştir. Araştırma ayrıca, bireylerin dayanıklılıklarının yalnızca içsel faktörlerle değil, aynı zamanda çevresel desteklerle

de güçlendirilebileceğini ortaya koymuştur. Yüksek öz-yeterlik algısına sahip bireylerin, sosyal kaygılarını daha iyi yönetebildiği ve sosyal ilişkilerinde daha aktif bir rol alabildiği belirlenmiştir. Genel sağlık durumu, yalnızca fiziksel sağlığı değil, aynı zamanda zihinsel ve duygusal sağlığı da kapsayan geniş bir çerçevede ele alınmış ve güçlü bir koruyucu faktör olarak tanımlanmıştır. Çalışma bulgularına göre, psikolojik sağlamlık seviyesinin düşük olduğu bireyler, kekemeliğin sosyal izolasyona, düşük öz-yeterlik algısına ve artan kaygı seviyelerine yol açan olumsuz etkilerini daha yoğun yaşamaktadır. Buna karşın, sosyal destek ve öz-yeterlik gibi koruyucu faktörlerin teşvik edilmesi, bu bireylerin hem psikolojik hem de sosyal iyilik hallerini destekleyerek yaşam kalitelerini artırabileceğini göstermektedir. Araştırma, kronik iletişim bozukluklarının bireyler üzerindeki etkilerini azaltmak için psikolojik sağlamlık geliştirmeye yönelik terapi yaklaşımlarının kritik önem taşıdığını vurgulamaktadır (131).

3. BİREYLER ve YÖNTEM

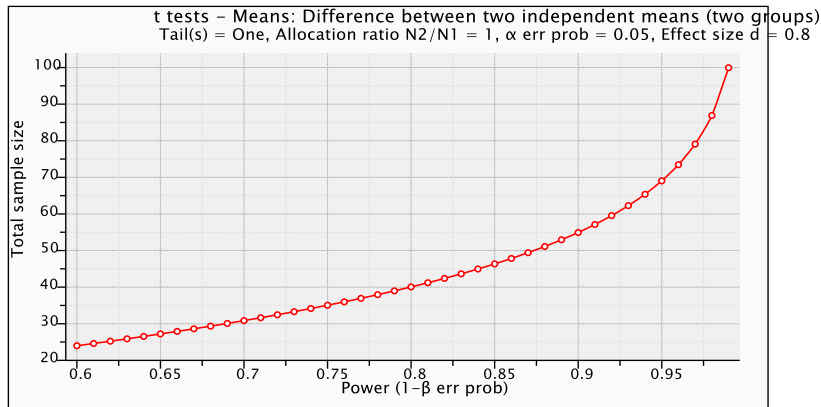
Kekemeliği olan 48-72 ay arası çocukların psikolojik sağlamlıklarını ebeveyn tutumlarını kekemeliği olmayan akranları ile karşılaştırmayı amaçlayan çalışmamız Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 05.09.2023 tarihinde GO 23 / 635 numaralı kararı ile etik olarak uygun bulunmuştur (EK-1). Çalışmamız tanımlayıcı tarama modellenli araştırma olarak planlanmıştır. Çalışmamızın orijinalliği analiz edilmiştir (EK-2) (EK-3).

3.1 Bireyler

Çalışmaya, 48-72 ay arasındaki kekemeliği olan tipik gelişen çocuklar ile yaş ve cinsiyet açısından eşleşen, kekemeliği olmayan tipik gelişen çocuklar, birer ebeveynleri ve öğretmenleri dahil edilmiştir.

Araştırmaya alınacak kişi sayısını belirlemek üzere güç (*power*) analizi yapılmıştır. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır (Şekil 3.1). Etki büyüklüğü Cohen (135) tarafından belirlenen bağımsız gruplar arasındaki farka ilişkin yüksek düzeyde olarak 0.80 alınmıştır.

Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0.80 etki büyüklüğünde gruplarda (çalışma ve kontrol grubu) 35'er kişiye olmak üzere toplam 70 çocuğa ve bu çocukların birer ebeveynleri ile birer öğretmenlerine ulaşılmıştır ($df=68$; $t=1,668$).



Şekil 3.1. Güç analizi grafiği (135).

Kekemeliği olan okul öncesi dönem çocuklardan oluşan çalışma grubunun verileri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü'ne kekemelik şikayeti ile başvuran 48-72 aylık çocuklardan yüz yüze bir şekilde toplanmıştır. Kontrol grubu katılımcılarına ulaşmak üzere "Araştırma Davet Metni (EK-4)" kullanılarak sosyal medya üzerinden çalışmaya katılım duyurusu yapılmıştır. Çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen çalışma (EK-5) ve kontrol grubundaki (EK-6) çocukların ebeveynleri ve öğretmenlerinden (EK-7) öncelikle onam alınmıştır. Katılımcılar ile gerekli değerlendirmeler yapıldıktan sonra dahil edilme kriterlerini karşılamaları durumunda çalışmaya dahil edilmişlerdir. Değerlendirmeler Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü'nde yüz yüze bir şekilde yapılarak veri toplama süreci tamamlanmıştır.

Katılımcıların dahil edilme kriterleri:

Çocuk için (Çalışma Grubu)

- Çocukların ebeveynlerinden alınan bilgiye göre tipik gelişen 48-72 ay arası kekemeliği olan ve okul öncesi kuruma devam eden* çocuklar olması
- Kekemeliğin başlangıcından itibaren en az 6 ay süre geçmiş olması**
- Kekemelik şiddetinin *Weighted SLD* ile hafif, orta ve şiddetli düzeyde olması
- Çocukların ebeveynlerinden alınan bilgiye göre kekemelik dışında herhangi bir işitme problemine, nörolojik, psikiyatrik bozukluğa sahip olmamaları
- Çocukların kronolojik yaşları ile uyumlu alıcı ve ifade edici dil becerilerine sahip olmaları
- Çocukların kronolojik yaşları ile uyumlu konuşma sesi becerilerine sahip olmaları
- Çalışmaya katılan çocukların birincil dilinin Türkçe olması
- Çocukların daha önce kekemelik terapisi almamış olması

Çocuk için (Kontrol Grubu)

- Çocukların ebeveynlerinden alınan bilgiye göre tipik gelişen 48-72 ay arası okul öncesi eğitim kurumuna devam eden çocuklar olması

- Çocukların ebeveynlerinden alınan bilgiye göre herhangi bir işitme problemine, nörolojik, psikiyatrik bozukluğa sahip olmamaları
- Çocukların kronolojik yaşları ile uyumlu alıcı ve ifade edici dil becerilerine sahip olmaları
- Çocukların kronolojik yaşları ile uyumlu konuşma sesi becerilerine sahip olmaları
- Çalışmaya katılan çocukların birincil dillerinin Türkçe olması

Ebeveyn için (Çalışma Grubu-Kontrol Grubu)

- Çocuğa eşlik eden kişinin, çocuğun ebeveyni (anne/baba) olması
- Değerlendirmede sorulan soruları cevaplamayı etkileyebilecek iletişim, dil, konuşma, işitme, nörolojik, psikiyatrik bozukluğa sahip olmaması
- Ebeveynin çalışmaya katılmaya gönüllü olması

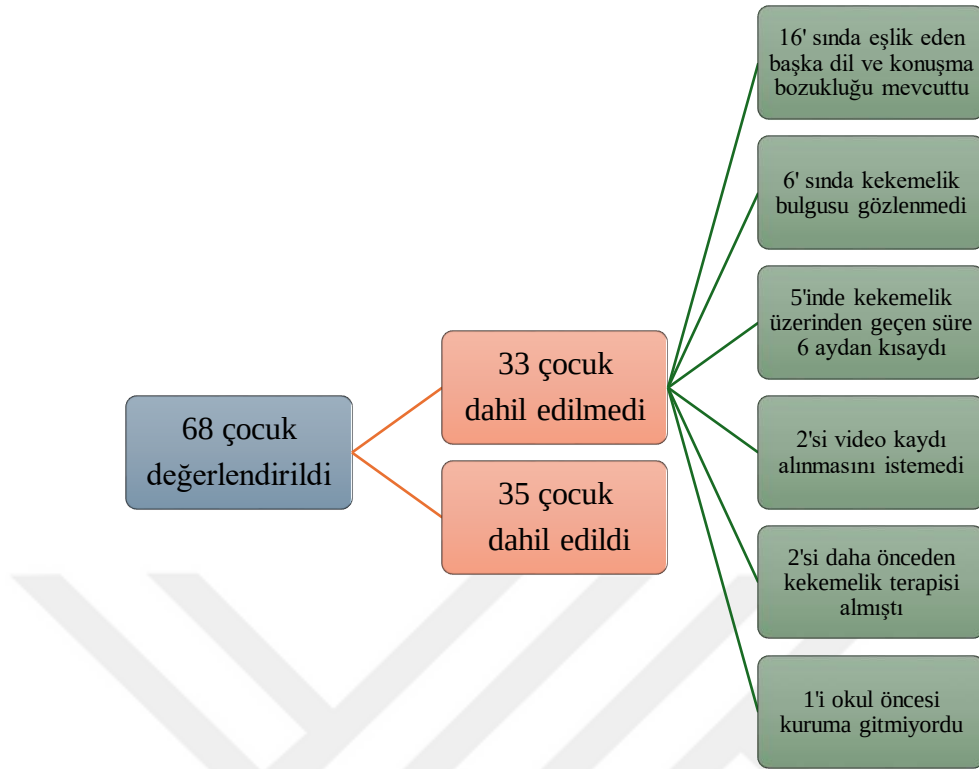
Öğretmen için (Çalışma ve Kontrol Grubu)

- Öğretmenin çocuğun temel derslerine giren sınıf öğretmeni olması*
- Öğretmenin çalışmaya katılmaya gönüllü olması

*Psikolojik sağlamlık ölçeği sınıf öğretmeni tarafından doldurulacağı için çocukların okul öncesi eğitim kurumuna devam etmesi kriteri eklenmiştir.

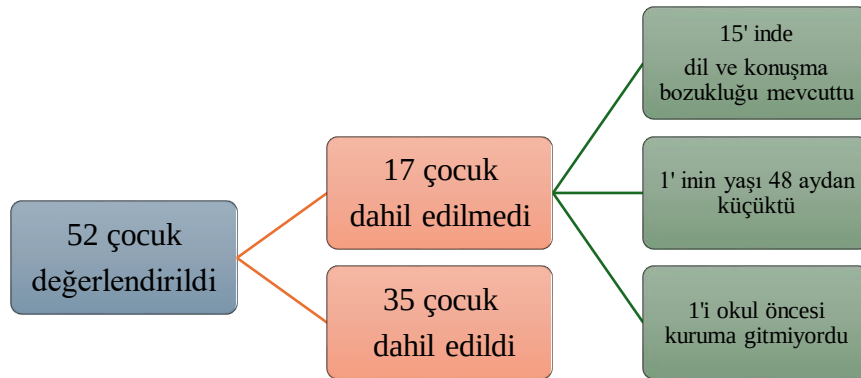
***“Kekemeliğin başlangıcı üzerinden en az 6 ay geçmiş olması” kriteri ise, başlangıcından itibaren 6 aydan uzun süren kekemeliğin kalıcı kekemeliğe dair risk faktörü olarak kabul edilmesi (7) ve kekemeliğin psikolojik sağlamlığı olumsuz etkileyip etkilemediğini değerlendirmek için kekemelik üzerinden belirli bir süre geçmesi gerektiği göz önünde bulundurularak eklenmiştir.

Çalışma grubu için belirlenen 35 katılımcıya ulaşabilmek için toplamda 68 çocuk değerlendirilmiştir. Şekil 3.2’de çalışma grubu katılımcıları dahil etme şeması verilmiştir.



Şekil 3.2 Çalışma grubu katılımcıları dahil etme şeması.

Kontrol grubu için belirlenen 35 katılımcıya ulaşabilmek için toplamda 52 çocuk değerlendirilmiştir. Şekil 3.3 kontrol grubu dahil etme şeması verilmiştir.



Şekil 3.3 Kontrol grubu katılımcıları dahil etme şeması.

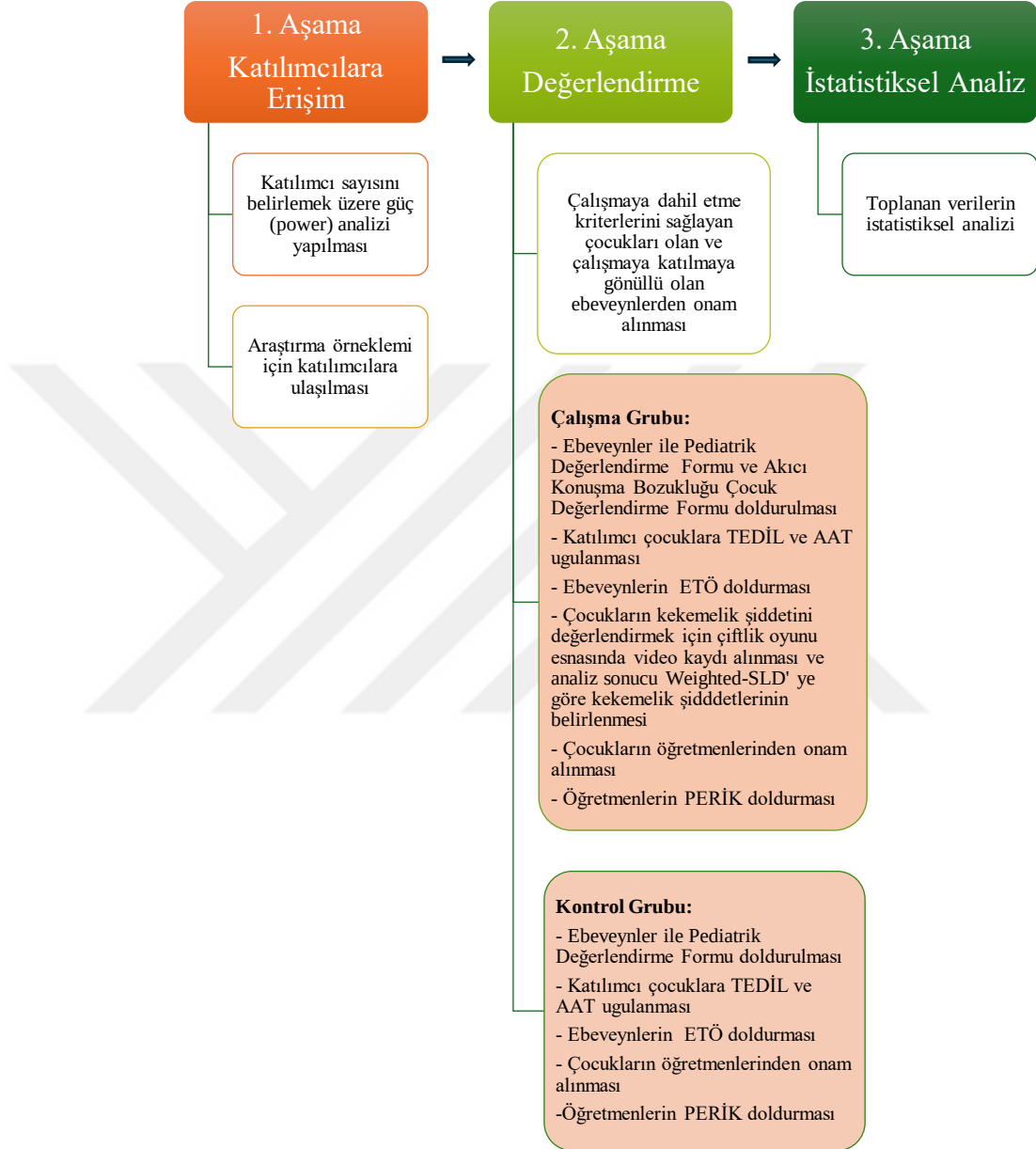
3.2 Veri Toplama Araçları ve Yöntemleri

Çalışma ve kontrol grubundaki katılımcıların PERİK dışındaki değerlendirme verileri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü'nde yer alan laboratuvarlarda yüz yüze bir şekilde toplanmıştır. PERİK verileri ise çocukların ebeveynleri tarafından öğretmenlere iletilip daha sonra kapalı zarf içerisinde geri alınmıştır.

Katılımcıların demografik bilgilerini ve kekelemeliğe ilişkin temel bilgileri elde etmek amacıyla “Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Dil ve Konuşma Terapisi Ünitesi Pediatrik Değerlendirme Formu” (Bu form aracılığı ile, çalışma ve kontrol grubundaki çocukların prenatal, natal, postnatal bilgileri gibi tıbbi hikayeleri; motor gelişimi, dil gelişimi ve sosyal-duygusal gelişimi gibi gelişim basamakları hakkında bilgi alınmıştır)(EK-8) ile “Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Dil ve Konuşma Terapisi Ünitesi Akıcı Konuşma Bozukluğu Çocuk Değerlendirme Formu” aracılığı ile çocuğun kekelemeliğine ilişkin bilgiler, kekemelik ile ilgili tepkiler ve düşünceler hakkında bilgi toplanmıştır (EK-9).

Çocukların alıcı ve ifade edici dil becerileri Türkçe Erken Dil Gelişimi Testi (TEDİL) ile konuşma sesi becerileri ise Ankara Artikülasyon Testi (AAT) ile değerlendirilmiştir. Çocukların demografik bilgileri, kekemelikleri hakkındaki bilgiler ile dil ve konuşma sesi değerlendirmelerine yönelik elde edilen veriler araştırma için özel olarak hazırlanan Veri Toplama Formu (EK-10) kullanılarak özetlenmiştir. Çocukların ebeveynlerinin algılanan ebeveyn tutumlarını ölçmek için ETÖ (EK-11) uygulanmıştır. Çocukların psikolojik sağlamlıklarını değerlendirmek için ise çocukların öğretmenleri tarafından PERİK (EK-12) doldurulmuştur. Çalışma grubundaki çocukların kekemelik şiddetleri *Weighted-SLD* ile belirlenmiştir. Kekemeliği olan çocukların, kekemeliklerini değerlendirme aşamasında çocuklar ile çiftlik hayvanları ve çiftlik araç gereçlerini içeren 15 parçalık oyuncak seti ile oyun oynanıp bu sırada 300 sözcükten oluşan yaklaşık 10-15 dakikalık konuşma kaydı alınmıştır. Kayıtlar alınırken Android işletim sistemli bir mobil aygıt kullanılmıştır. Elde edilen kayıtlar, *Weighted- SLD*'ye göre transkripsiyonu yapıp analiz edilmiştir. Transkripsiyon sonucunda, kekelemeliği olan çocukların konuşma kayıtlarının başlangıcından itibaren ilk 300 sözcük incelenerek, kekemelik bulgusu gösteren

sözcükler üzerinden bir değerlendirme yapılmıştır. Veri toplama süreci Şekil 3.4' te özetlenmiştir.



Şekil 3.4 Veri toplama süreci akış şeması.

Weighted-SLD hesaplamasında, konuşmada yer alan ses -hece tekrarlarını içeren kısmi sözcük tekrarları, tek heceli sözcük tekrarları, ritim dışı fonasyon, ses uzatmaları, bloklar, kesilmiş-yarıda bırakılmış sözcükler, eklemeler, revizyonlar ve

çok heceli sözcüklerin tekrarları incelenmektedir. Bu ölçüm ile kekemelik şiddeti; hafif, orta ve şiddetli olmak üzere üç farklı düzeyde kategorize edilmektedir.

Hesaplama formülü şu şekildedir:

$$[(\text{Kısmi sözcük tekrarı} / 300 \times 100) + (\text{Tek heceli sözcük tekrarı} / 300 \times 100)] \times [(\text{Toplam tekrarlanan kısmi sözcük tekrarı} + \text{Tek heceli sözcük tekrarı}) / (\text{Toplam Kısmi sözcük tekrarı} + \text{Tek heceli sözcük tekrarı})] + [\text{Gerilim} \times (\text{Ritmik olmayan fonasyon} / 300 \times 100)]$$

Puanlamada; 3- 9.99 arasındaki puanlar hafif düzeyde kekemelik, 10.00 -29.99 arasındaki puanlar orta düzeyde kekemelik ve 30.00 ve üzeri puanlar şiddetli düzeyde kekemelik olarak sınıflanmaktadır (68).

3.2.1 Türkçe Erken Dil Gelişimi Testi

Çalışma ve kontrol grubundaki çocukların dil becerileri TEDİL aracılığı ile değerlendirilmiştir. TEDİL, 2;0 – 7;11 yaş aralığındaki çocukların alıcı dil ve ifade edici dil becerilerini değerlendirmek amacıyla *Test of Early Language Development-Third Edition*’ dan Türkçeye uyarlanıp standardize edilen ve geçerlilik güvenirlik ölçütlerini sağlayan bir değerlendirme aracıdır (136). Katılımcılardan, A ve B formlarından oluşan testin A formu aracılığı ile veri toplanmıştır. TEDİL puanlamasında standart puanlar göz önünde bulundurularak dil becerileri kronolojik yaşları ile uyumlu olan çocuklar çalışma ve kontrol gruplarına dahil edilmişlerdir.

3.2.2 Ankara Artikülasyon Testi

Çalışma ve kontrol grubundaki katılımcı çocukların artikülasyon becerileri geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış olan AAT ile değerlendirilmiştir. Test, Türkçe’deki sesbirimlerin kazanımı ile sesletim performansını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, standardize bir araçtır. AAT, 2-12 yaş aralığındaki çocukların değerlendirmesinde kullanılabilir. Testte, uygulamacı tarafından, çocuktan 53 sözcüğü adlandırması ile ilişkili 47 renkli resim gösterilerek çocuğun adlandırma yapması istenmektedir. Böylece, sesbirimler, sözcüklerin başında, sonunda ve ortasında; hecelerin başlangıcında, sonunda ve iki ünlü arasında olmak üzere beş farklı pozisyonda değerlendirilebilmektedir (137). Çocukların resimleri adlandırmaları

sonucunda hata sayıları hesaplanarak, çocuğun artikülasyon becerileri açısından eş değer yaş karşılığı bulunmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre, artikülasyon becerileri kronolojik yaşları ile uyumlu olan çocuklar, çalışma ve kontrol gruplarına dahil edilmişlerdir (137).

3.2.3 Ebeveyn Tutum Ölçeği

Karabulut Demir ve Şendil (86) tarafından geliştirilen ETÖ, ebeveynlerin belirli davranışları hangi sıklıkla gösterdiklerini değerlendirmeleri için "Her zaman böyledir" ile "Hiçbir zaman böyle değildir" arasında değişen beşli likert tipi bir yapı kullanmaktadır. Bu ölçek, dört alt boyuttan ve toplam 46 maddeden oluşmakta olup, ebeveynlere uygulanmaktadır. Ölçekte tek bir toplam puan alınmaz; her alt boyutun puanı ayrı olarak hesaplanmakta ve analiz edilmektedir. Yüksek puan alınan bir boyut, ebeveynin o davranış modelini benimsediğine işaret etmektedir.

Ölçeğin ilk alt boyutu olan demokratik tutum, 17 madde ile ebeveynin çocuğunu birey olarak kabul etmesini, çocuğun özerk bir kişilik geliştirmesine ve kendini özgürce ifade etmesine olanak tanımasını kapsamaktadır. Otoriter tutum ise 11 maddeden oluşmakta olup, bu boyutta ebeveynin otoriteyi baskın şekilde uyguladığı, çocuğun bağımsız bir birey olarak görülmediği ve uyumsuz davranışlara karşı ceza uyguladığı durumlar yer almaktadır. Üçüncü alt boyut olan aşırı koruyucu tutum, 9 madde ile çocuğun sürekli olarak korunması gerektiğini, bağımsız hareket edemeyeceği düşüncesini ve çocuğun sorumluluk almaya yeterli görülmediğini ifade etmektedir. Son olarak, izin verici tutum da 9 maddeden oluşmakta olup, bu boyutta çocuğa sınırsız özgürlük tanındığı ve her davranışının hoşgörülle karşılandığı durumlar tanımlanmaktadır.

Karabulut Demir ve Şendil (86) tarafından geliştirilen ETÖ'nün amacı, 2 ile 6 yaş arası çocukları olan ebeveynlerin çocuklarına karşı sergiledikleri tutum ve davranışları değerlendirmektir. Ölçeğin alt boyutlarına ait Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları; demokratik tutum için .83, otoriter tutum için .76, aşırı koruyucu tutum için .75 ve izin verici tutum için .74 olarak tespit edilmiştir (86).

3.2.4 Okul Öncesi Çocuklar için Sosyal Duygusal İyi Oluş ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Çocukların sosyal-duygusal yeterliliklerini ve psikolojik sağlamlık seviyelerini belirlemek amacı ile Mayr ve Ulich (97) tarafından bir ölçek geliştirilmiştir. Türkçeye adaptasyonu ise Özbey (98) tarafından yapılan bu ölçek, altı alt boyut ve toplam otuz altı maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar; İletişim Kurma/Sosyal Performans, Öz-Kontrol/Düşüncelilik, Atılganlık, Duygusal İstikrar/Stresle Başa Çıkma, Görev Yönelimi ve Keşfetmekten Hoşlanma olarak ayrılmıştır. Her bir alt boyutta altı madde yer almakta ve ölçek, öğretmenler tarafından doldurulmaktadır.

Bu ölçek, çocukların farklı boyutlardaki özelliklerini değerlendirmek için beşli Likert tipi bir yapıya sahiptir ve "Her zaman=5" ile "Asla=1" arasında puanlanmaktadır. Puanlama sistemi, her alt boyut için 1 ile 30 arasında değişmekte, ancak toplam puan hesaplanmamaktadır. İletişim Kurma/Sosyal Performans boyutunda çocukların sosyal etkileşimleri ve yaşlıları ile olan ilişkileri; Öz-Kontrol/Düşüncelilik boyutunda özdenetim, kurallara uyum ve düşünceli davranma; Atılganlık boyutunda hakkını koruma davranışları değerlendirilmektedir. Ayrıca, Duygusal İstikrar/Stresle Başa Çıkma boyutunda stres yönetimi ve duygu düzenleme; Görev Yönelimi boyutunda dikkat yoğunlaştırma ve görev tamamlama; Keşfetmekten Hoşlanma boyutunda ise yeni şeylere ilgi duyma ve keşfetme isteğini değerlendiren maddeler yer almaktadır.

Yapılan güvenirlik analizlerinde ölçeğin Cronbach Alpha değerleri .86 ile .95 arasında, Test Tekrar Test güvenirlik katsayılarının ise .94 ile .99 arasında olduğu belirlenmiştir (119).

3.3 Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda kategorik değişkenlerin oranları arasındaki farklar Ki-Kare testleri ile analiz edilmiştir. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenerek Tablo 3.1' de gösterilmiştir.

Tablo 3.1 Normal dağılım.

	Kurtosis	Skewness
Demokratik	0,607	0,529
Otoriter	-0,770	0,051
Aşırı koruyucu	-0,588	0,157
İzin verici	1,245	0,802
İletişim kurma /sosyal performans	-0,931	-0,130
Öz kontrol /düşüncelilik	0,097	-0,152
Atılganlık	0,550	-0,126
Duygusal istikrar/ stresle başa çıkma	-1,125	-0,037
Görev yönelimi	0,567	-0,807
Keşfetmekten hoşlanma	0,487	-0,198
PERİK toplam	0,525	-0,477

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (138), +2.0 ile -2.0 (139) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t-testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırma bulguları, çalışmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine ve farklı değişkenlere ilişkin analiz sonuçlarını içermektedir. Bulgular, hem betimsel istatistiklerin hem de gruplar arasındaki farkların değerlendirilmesi ile ortaya konmuştur. Tablo 4.1'deki veriler, çalışma grubu ve kontrol grubu arasında temel tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırmasını sunmaktadır.

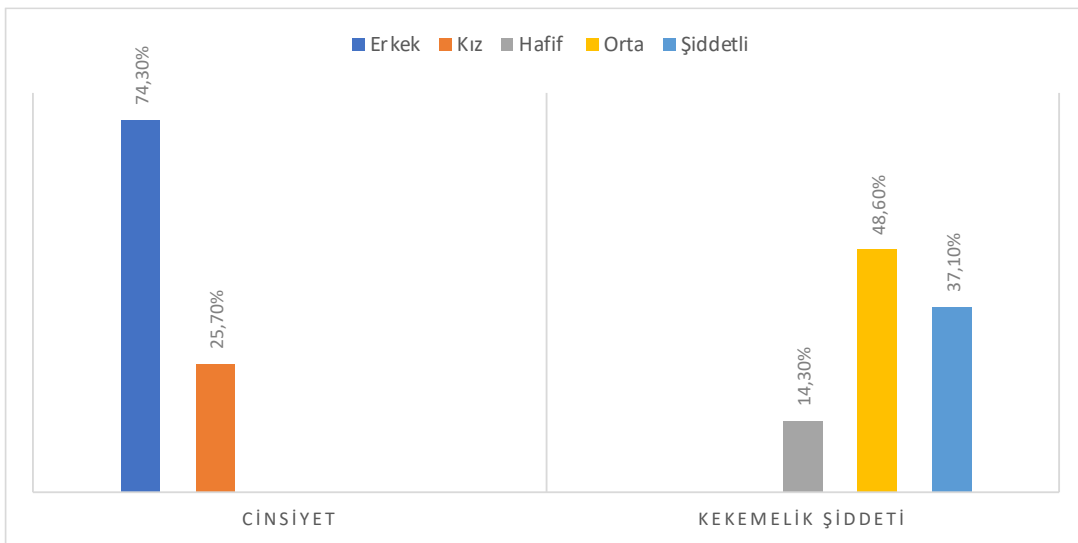
Tablo 4. 1. Tanımlayıcı özellikler.

		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		p
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	26	%74,3	25	%71,4	$X^2=0,072$ $p=0,500^b$
	Kız	9	%25,7	10	%28,6	
Anne Eğitim Düzeyi	Ortaokul	1	%2,9	2	%5,7	$X^2=0,732$ $p=0,947^a$
	Lise	12	%34,3	14	%40,0	
	Önlisans	5	%14,3	4	%11,4	
	Lisans	16	%45,7	14	%40,0	
	Lisansüstü	1	%2,9	1	%2,9	
Baba Eğitim Düzeyi	Lise	10	%28,6	13	%37,1	$X^2=0,697$ $p=0,874^a$
	Önlisans	3	%8,6	2	%5,7	
	Lisans	20	%57,1	18	%51,4	
	Lisansüstü	2	%5,7	2	%5,7	
TEDİL	Normal	35	%100,0	35	%100,0	
AAT	Normal	35	%100,0	35	%100,0	
Kekemelik Şiddeti	Hafif	5	14,3	-	-	-
	Orta	17	48,6	-	-	-
	Şiddetli	13	37,1	-	-	-
İkincil Davranış	Yok	17	48,6	-	-	-
	Var	18	51,4	-	-	-
İkincil Davranış Tipi	Fiziksel	10	55,6	-	-	-
	Sözel	2	11,1	-	-	-
	Hem Fiziksel Hem Sözel	6	33,3	-	-	-
		Ort	Ss	Ort	Ss	t/p^c
Yaş (ay)		63,370	7,034	63,400	7,034	- 0,017/0,986
Okul Öncesi Eğitime Başlama Üzerinden Geçen Süre (ay)		17,510	8,959	20,460	8,786	- 1,387/0,170
Kekemelik Başlangıcı Üzerinden Geçen Süre (ay)		14,600	4,840	-	-	-
Weighted SLD		24,486	10,424	-	-	-

^aKi-Kare Analizi; ^bFisher Exact; ^cBağımsız Gruplar T-Test

Verilere göre, cinsiyet dağılımında her iki grupta da erkeklerin oranı kızlardan daha yüksektir. Çalışma grubundaki çocukların %74,3 erkek iken, kontrol grubundaki çocukların %71,4' ü erkektir. Ancak, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,500$). Şekil 4.1' de çalışma grubundaki çocukların cinsiyet ve kekemelik şiddeti dağılımları gösterilmiştir.

Anne eğitim düzeyi açısından bakıldığında, her iki grupta da en yaygın eğitim düzeyi lisans mezunu annelerden oluşmaktadır. Çalışma grubundaki çocukların annelerinin %45,7'si lisans mezunu iken, kontrol grubundaki çocukların annelerinde bu oran %40,0'dır. Bu iki grup arasında anne eğitim düzeyleri açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,947$). Baba eğitim düzeyinde ise lisans mezunları her iki grupta da en büyük oranı oluşturmaktadır. Çalışma grubundaki çocukların babalarının %57,1'i lisans mezunu iken, kontrol grubundaki çocuklarda bu oran %51,4'tür. Baba eğitim düzeyleri açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0,874$). Çocukların konuşma sesi becerilerini değerlendiren AAT sonuçlarına göre her iki gruptaki çocuklar kronolojik yaşları ile uyumlu konuşma sesi becerileri göstermektedir. Yaş ve eğitime başlama yaşı açısından yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (yaş için $p=0,986$, eğitime başlama yaşı için $p=0,170$). Kekemeliğin şiddetine ilişkin veriler ise sadece kekemeliği olan çocuklar için sunulmuştur. Çocukların %48,6'sının orta şiddette kekemeliği olduğu görülmektedir (Bkz. Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Kekemeliği olan çocukların cinsiyet ve kekemelik şiddetlerinin dağılımı.

Tablo 4.2, çalışma grubundaki çocukların ebeveynlerinin tutum puanlarının, kontrol grubundaki çocukların ebeveynlerinin tutum puanları ile karşılaştırılmasını göstermektedir.

Tablo 4.2. Ebeveyn tutumlarının puanlarının gruba göre farklılaşma durumu.

Ebeveyn Tutumları	Çalışma Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		t	sd	p
	Ort	Ss	Ort	Ss			
Demokratik	68,800	4,904	67,890	4,916	0,779	68	0,439
Otoriter	26,770	4,499	25,400	3,623	1,405	68	0,165
Aşırı Koruyucu	34,230	3,456	33,910	2,393	0,442	68	0,660
İzin Verici	20,890	3,652	20,090	3,004	1,001	68	0,320

Bağımsız Gruplar T-Testi

Bağımsız gruplar t-testi kullanılarak yapılan analizde, dört ebeveyn tutumu (Demokratik, Otoriter, Aşırı Koruyucu ve İzin Verici) gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Demokratik tutum açısından, çalışma grubundaki çocukların ebeveynlerinin ortalama puanı 68,800 iken, kontrol grubundaki çocukların ebeveynlerinin ortalama puanı 67,890'dır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,439$). Bu sonuç, demokratik tutumların her iki grupta da benzer olduğunu göstermektedir.

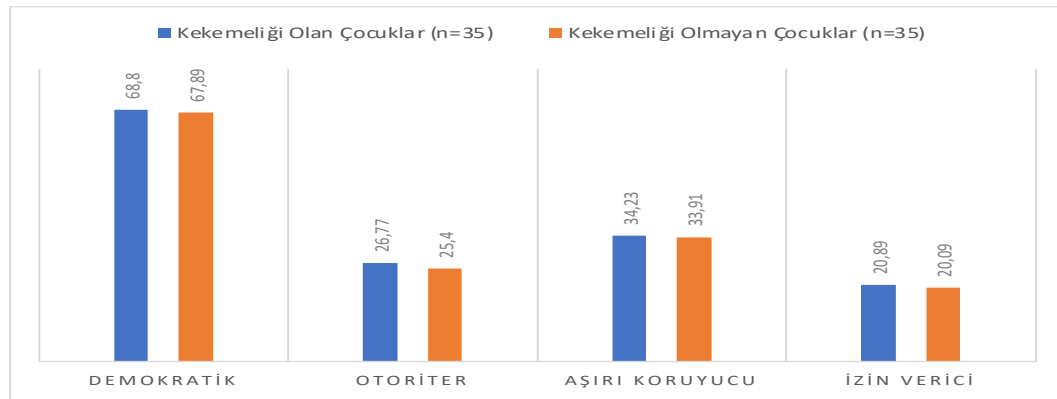
Otoriter tutum için, çalışma grubundaki çocukların ebeveynlerinin ortalaması 26,770, kontrol grubundaki çocukların ebeveynlerinin ortalaması ise 25,400 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,165$).

Aşırı koruyucu tutum açısından, çalışma grubundaki çocukların ebeveynleri ortalama 34,230 puan alırken, kontrol grubundaki çocukların ebeveynlerinin ortalaması 33,910'dur. Bu tutum açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,660$).

İzin verici tutum ortalamasında da çalışma grubundaki çocukların ebeveynleri 20,890, kontrol grubundaki çocukların ebeveynleri ise 20,090 puan almıştır. Bu iki grup arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p=0,320$).

Sonuç olarak, Şekil 4.1'de görüldüğü üzere ebeveyn tutumları açısından çalışma grubundaki çocukların ebeveynleri ile kontrol grubundaki çocukların ebeveynleri arasında demokratik, otoriter, aşırı koruyucu ve izin verici tutumlar

bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmamaktadır.



Şekil 4.2. Ebeveyn tutumlarının puanlarının gruba göre farklılaşma durumu.

Tablo 4.3, çalışma grubundaki çocukların psikolojik sağlamlık puanlarının, kontrol grubundaki çocukların puanları ile karşılaştırılmasını göstermektedir. Bağımsız gruplar t-testi kullanılarak yapılan analizde, toplam psikolojik sağlamlık puanları ve alt boyutları karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.3 Psikolojik sağlamlık puanlarının gruba göre farklılaşma durumu.

PERİK Alt Boyutlar	Çalışma Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		t	sd	p
	Ort	Ss	Ort	Ss			
İletişim Kurma/Sosyal Performans	18,090	3,320	24,370	2,860	-8,486	68	0,000
Özkontrol/Düşüncelilik	23,970	2,345	23,940	2,287	0,052	68	0,959
Atılganlık	20,970	2,915	22,260	2,842	-1,868	68	0,066
Duygusal İstikrar/ Stresle Başa Çıkma	17,970	2,526	23,710	2,080	-10,382	68	0,000
Görev Yönelimi	22,860	3,516	22,970	2,985	-0,147	68	0,884
Keşfetmekten Hoşlanma	23,890	2,621	23,110	2,153	1,346	68	0,183
PERİK Toplam	127,743	10,581	140,371	8,030	-5,625	68	0,000

PERİK toplam puanları açısından, çalışma grubundaki çocukların ortalama puanı 127,743 iken, kontrol grubundaki çocukların ortalama puanı 140,371 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000$) ve kontrol grubundaki çocukların psikolojik sağlamlıklarının çalışma grubundaki çocuklara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

İletişim Kurma /Sosyal Performans boyutunda da anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$). Çalışma grubundaki çocuklar bu boyutta ortalama 18,090 puan alırken, kontrol grubundaki çocuklar ortalama 24,370 puan almıştır. Bu sonuç, kekemeliği olmayan çocukların sosyal performanslarının kekemeliği olan çocuklara göre daha iyi olduğunu göstermektedir.

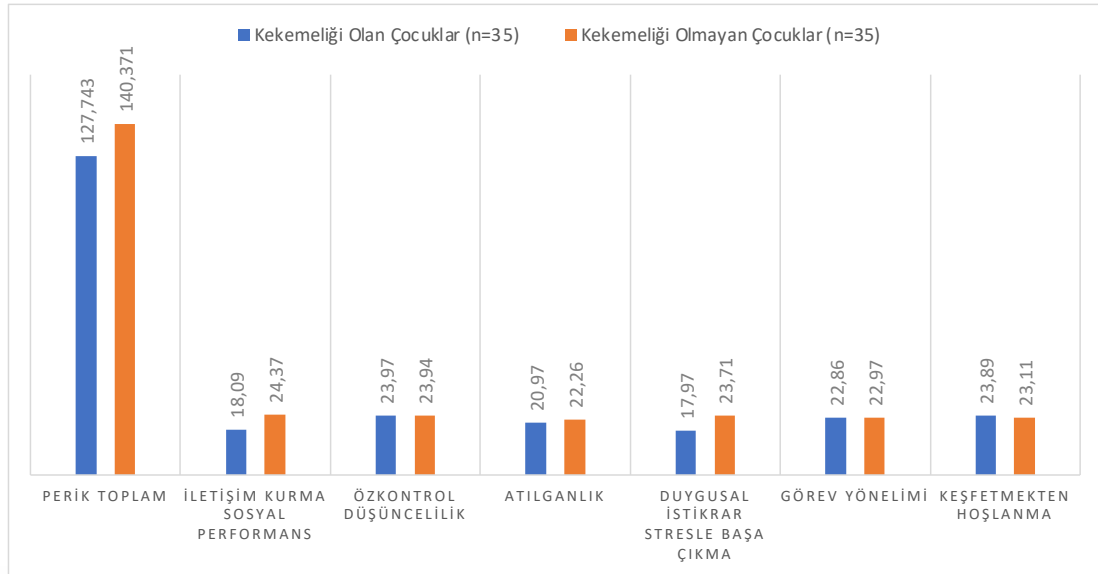
Özkontrol/Düşüncelilik boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,959$). Çalışma ve kontrol grubundaki çocuklar bu boyutta benzer puanlar almıştır.

Atılganlık açısından, çalışma grubundaki çocukların ortalaması 20,970, kontrol grubundaki çocukların ortalaması ise 22,260 olarak bulunmuştur. Ancak, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,066$).

Duygusal İstikrar/Stresle Başa Çıkma boyutunda ise kontrol grubundaki çocuklar, çalışma grubundaki çocuklara göre anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır ($p=0,000$). Kontrol grubundaki çocuklar ortalama 23,710 puan alırken, çalışma grubundaki çocuklar 17,970 puan almıştır.

Görev Yönelimi ve Keşfetmekten Hoşlanma boyutlarında ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Her iki boyutta da çocuklar benzer puanlar almıştır.

Sonuç olarak, çalışma grubundaki çocuklar ile kontrol grubundaki çocuklar arasında toplam psikolojik sağlamlık puanları ve iletişim kurma/sosyal performans ve duygusal istikrar/ stresle başa çıkma alt boyutlarında anlamlı farklar bulunmuştur. Ancak, öz kontrol, atılganlık, görev yönelimi ve keşfetmekten hoşlanma boyutlarında anlamlı farklar gözlenmemiştir. Şekil 4.2' de bu sonuçlara yer verilmiştir.



Şekil 4.3. Psikolojik sağlık puanlarının gruba göre farklılaşma durumu.

Analiz sonuçlarına göre, hiçbir PERİK alt boyutları ile *Weighted SLD* arasındaki korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bu sonuçlar Tablo 4.4’ te gösterilmiştir.

Tablo 4.4 *Weighted SLD* ile PERİK puanları arasında korelasyon analizi.

		Weighted SLD
İletişim Kurma /Sosyal Performans	r	-0,061
	p	0,727
Özkontrol /Düşüncelilik	r	-0,115
	p	0,510
Atılganlık	r	-0,145
	p	0,405
Duygusal İstikrar /Stresle Başa Çıkma	r	0,068
	p	0,697
Görev Yönelimi	r	-0,092
	p	0,600
Keşfetmekten Hoşlanma	r	-0,073
	p	0,679
PERİK Toplam	r	-0,117
	p	0,503

Pearson Korelasyon Analizi

4.1 Değerlendirici İçi ve Değerlendiriciler Arası Güvenilirlik Analizleri

Weighted SLD ile değerlendirilen kekemelik şiddeti ölçümünün analizleri iki değerlendirici tarafından yapılmıştır. Bunun yanı sıra kekemelik şiddeti için aynı değerlendirici tarafından tekrar analiz yapılmıştır. Çalışma grubundaki katılımcı çocukların %20'si tekrar değerlendirmeye alınmıştır. Değerlendirmeye alınacak veriler belirlenirken, randomizasyon için her birey anonimleştirilerek katılımcılar rastgele biçimde seçilmiştir.

Sınıf içi (intraclass) korelasyon katsayısıyla analiz edilen değerlendirici içi güvenilirlik sonucunda, 1. Değerlendiricinin güvenilirlik düzeyinin ($ICC=0,891$, $p<0,05$) anlamlı bir şekilde yüksek ve pozitif yönde olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar Tablo 4.5' te gösterilmiştir.

Tablo 4.5 Değerlendirici içi güvenilirlik.

Kekemelik Şiddeti		1. Değerlendirici
Weighted-SLD	ICC	0,891
	p	0,000*

Bununla birlikte farklı değerlendiriciler arasındaki güvenilirlik, küme içi (interclass) korelasyon katsayısı kullanılarak incelenmiştir. Yapılan hesaplamalar, 1. Değerlendirici ile 2. Değerlendirici arasında ($ICC=0,889$, $p<0,05$) pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunduğunu ortaya koymuştur. Değerlendiriciler arası güvenilirlik bulguları ise Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6 Değerlendiriciler arası güvenilirlik.

Kekemelik Şiddeti		1. ve 2. Değerlendirici
Weighted-SLD	ICC	0,889
	p	0,000*

İlk değerlendirici tez yazarıdır. 2. değerlendirici ise kekemelik üzerine yüksek lisans tezi yazmış ve şu an doktora yapan bir dil ve konuşma terapistidir.



5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, okul öncesi dönemde kekemeliği olan 48-72 aylık çocukların psikolojik sağlamlıkları ve ebeveyn tutumları, kekemeliği olmayan akranları ile karşılaştırılmıştır. Katılımcı çocukların psikolojik sağlamlık düzeyleri öğretmenleri tarafından doldurulan PERİK; ebeveyn tutumları ise çocukların ebeveynleri tarafından doldurulan ETÖ aracılığı ile değerlendirilmiştir. Çocukların kekemelik şiddeti, spontan konuşma örneği üzerinden hesaplanan *Weighted-SLD*'ye göre sınıflandırılmıştır. Çalışmamızın sonuçlarına göre, çalışma ve kontrol grupları arasında ETÖ ile incelenen ebeveyn tutumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışma grubundaki çocukların PERİK alt boyutlarından “İletişim kurma/sosyal performans” ve “Duygusal istikrar/stresle başa çıkma” boyutları ile birlikte genel psikolojik sağlamlık düzeyinde kontrol grubundaki çocuklara göre anlamlı derecede düşük puan aldıkları görülmektedir. Diğer alt boyutlarda ise anlamlı fark bulunmamıştır. Bununla birlikte, kekemeliği olan çocuklarda, hiçbir PERİK alt boyutu ile *Weighted-SLD* üzerinden hesaplanan kekemelik şiddeti arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır.

Literatür incelendiğinde, ebeveyn davranış ve tutumlarının çocukların psikolojik sağlamlıkları üzerindeki etkisini araştıran ve bu faktörler arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunduğunu gösteren çalışmalar dikkat çekmektedir (71, 73, 76, 140, 141). Bu çalışmalar okul öncesi (140, 141), okul çağı (73) ve adölesan (71, 76) dönemlerinde farklı yaş gruplarını kapsamaktadır. Çalışmamızda, okul öncesi dönem kekemeliği olan çocukların psikolojik sağlamlık düzeyleri, kekemeliği olmayan akranları ile karşılaştırılmıştır. Ebeveyn tutumlarının çocukların psikolojik sağlamlıkları üzerindeki etkisi göz önünde bulundurulduğunda, bu faktörün değerlendirme kapsamına dahil edilmesi, çocukların psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha bütüncül ve kapsamlı şekilde ele alınmasını sağlayabilmektedir. Ebeveyn tutumunun göz ardı edilmesi durumu, çocukların psikolojik sağlamlıklarını etkileyebilecek önemli bir faktörün eksik değerlendirilmesine yol açabilir. Bu nedenle, çalışmamızda ebeveyn tutumu bileşeninin dikkate alınmasının araştırmamızın anlamlılığını artırdığı düşünülmektedir.

Ebeveyn tutumları açısından değerlendirildiğinde, çalışma grubundaki çocukların ebeveynlerinin demokratik, otoriter, aşırı koruyucu ve izin verici tutumlarının, kontrol grubundaki çocukların ebeveynleri ile kıyaslandığında anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Çalışmamızda gruplar arasında ebeveyn tutumları açısından anlamlı bir fark olmaması, kekemeliğin psikolojik sağlık düzeyi üzerine etkisinin daha net bir şekilde ortaya koyulmasına olanak sağlamaktadır. Bu bulgu, psikolojik sağlık düzeyindeki farklılıkların, daha çok çocukların bireysel özelliklerinden, çevresel faktörlerden veya kekemeliğin doğasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Kekemeliği olan çocukların ebeveyn tutumlarına ilişkin mevcut literatür incelendiğinde, çalışmamızın bulgularını destekleyen çalışmaların yanı sıra farklı sonuçlar sunan araştırmalar da mevcuttur.

Lau ve ark. (142)'nin çalışmasında, kekemeliği olan ve akıcı konuşan çocukların ebeveyn tutumları ile ebeveyn-çocuk bağlanma kalıpları detaylı bir şekilde incelenmiştir. Bu çalışmada, ebeveynlerin çocuklarına yönelik tutumları “Ana Babaya Bağlanma Ölçeği (*Parental Bonding Instrument-PBI*)” aracılığı ile çocukların ebeveynleri ve akranları ile olan bağlanma ilişkileri ise Ebeveyne ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri (*Inventory of Parent and Peer Attachment – Revised IPPA-R*) ile değerlendirilmiştir. Çalışmaya kekemeliği olan 8-14 yaşları arasında 10 okul çağındaki çocuk (9 erkek ve 1 kız) ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 10 akıcı konuşan çocuk ve ebeveynleri katılmıştır. Ebeveynler, ölçekleri doldurmuş ve çocukların algıları ise nitel görüşmeler aracılığı ile detaylandırılmıştır. Bu görüşmelerde, çocukların ebeveynlerinin tutumlarını nasıl algıladıkları ve bu tutumların çocukların sosyal ve duygusal yaşamlarına olan etkileri incelenmiştir. Çalışma grubundaki çocukların ebeveyn tutumları ile kontrol grubundaki çocukların ebeveyn tutumları arasında çalışmamızın bulguları ile uyumlu şekilde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak, kekemeliği olan çocukların ebeveynlerine yönelik bağlanma puanlarının, akıcı konuşan çocuklara kıyasla anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda ise, 48-72 aylık daha küçük bir yaş grubu ele alınmış ve ebeveyn tutumları ETÖ ile değerlendirilmiştir. Demokratik, otoriter, aşırı koruyucu ve izin verici tutumlar üzerine odaklanılmıştır. Lau ve ark. (142)'in çalışmasında kullanılan PBI ve IPPA-R, ebeveyn-çocuk ilişkilerinde sıcaklık, kontrol, güven ve iletişim gibi

boyutlara odaklanırken, çalışmamızda ETÖ kullanılarak daha çok ebeveynlerin genel tutumlarını sınıflandırılmıştır. Farklı ölçüm araçlarının odaklandığı boyutlar arasındaki bu çeşitlilik, ebeveyn-çocuk ilişki dinamiklerini farklı açılardan anlamak için gelecekteki çalışmalarda yaş grubuna uygun ek değerlendirme araçlarının kullanılmasının yararlı olabileceğini düşündürmektedir.

Yairi ve Williams (143)'ın çalışmasında, yaşları 11yaş 6 ay ile 13 yaş 10 ay arasında değişen toplam 34 kekemeliği olan okul çağındaki çocuk ve 34 akıcı konuşan çocuk yer almıştır. Bu çalışmanın özelliklerinden biri, katılımcı çocukların, değerlendirilmiş olmasıdır. Ebeveyn tutumları, Çocukların Ebeveyn Davranışları Rapor Envanteri (*Child's Report of Parent Behavior Inventory* -CRPBI) aracılığı ile yapılmıştır. Çalışmanın bulguları, kekemeliği olan çocukların ebeveynlerini daha az kontrolcü ve düşmanca, daha sevgi dolu ve özerklik sağlayıcı olarak algıladıklarını göstermektedir. Ayrıca, kekemelik şiddetinin rapor edilen ebeveyn davranışları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.

Bizim çalışmamızdaki çalışma ve kontrol grupları arasında, ebeveyn tutumları açısından anlamlı fark bulunmamasına karşın, Yairi ve Williams (143)'ın bulgularındaki olumlu ebeveyn algısı, çocukların kekemelik ile başa çıkma süreçlerinde ebeveynlerinin destekleyici yaklaşımlarını fark etmelerinden kaynaklanabileceği düşünülebilir. Ancak, bu sonuçların çocukların algılarına dayalı olduğunu ve ebeveynlerin kendi tutum değerlendirmelerinden farklılık gösterebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmamıza dahil edilen çocukların yaş grubu farklılığı da bu iki çalışmanın sonuçlarını yorumlamada önemli bir değişken olarak karşımıza çıkmaktadır. Yairi ve Williams (143)'ın çalışmasında daha büyük yaş grubundaki çocuklar, ebeveynlerini algılama biçimlerini bireysel deneyim ve sosyal çevrenin etkisi ile şekillendirirken, bizim çalışmamızda erken çocukluk dönemindeki çocukların algılarından ziyade ebeveynlerin kendi tutum değerlendirmeleri esas alınmıştır. Bu yöntemsel ve yaşa bağlı farklılıklar, ebeveyn tutumlarının kekemelik ile ilişkisinde gözlenen tutarsızlıkların temel nedenlerinden biri olabilir. Erken çocukluk döneminde ebeveyn tutumlarının daha homojen bir yapıda olması, ilerleyen yaşlarda ise bireysel ve çevresel faktörlerin bu ilişkiyi daha karmaşık bir hale getirmesi mümkündür.

Bodur ve ark. (144)'ın çalışmasında olgu-kontrol deseni kullanılarak kekemeliği olan çocukların ebeveyn tutumları incelenmiştir. Çalışmaya, yaş ve cinsiyet

açısından eşleştirilmiş kekemeliği olan 24 çocuk ve kekemeliği olmayan 22 çocukta oluşan iki grup dahil edilmiştir. Katılımcıların yaşları 6 ile 17 arasında değişmekte olup ($M = 10.5$, $SD = 3.5$), örneklemin %75'ini erkek çocuklar oluşturmuştur. Çalışmamızda da kekemeliği olan çocukların %74,3'ünü erkek çocuklar oluşturmaktadır (Bkz.Tablo 4.1). Bu bulgu, literatürdeki kekemeliğin erkek çocuklarda daha yaygın görüldüğünü ortaya koyan çalışmalar ile tutarlıdır (7,10).

Bodur ve ark. (144), çalışmalarında, kekemelik şiddetini değerlendirmek için SSI-4 ölçeğini kullanmış ve çocukların kekemeliklerini hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflandırmıştır. Çalışmada, ebeveyn tutumları Ebeveyn Tutumları Araştırma Aracı (*Parental Attitude Research Instrument-PARI*) ile değerlendirilmiş ve ebeveynlerin çocuklarına ve aile hayatına yönelik tutumları incelenmiştir. Bodur ve ark. (144)'ın çalışma bulguları, kekemeliği olan çocukların ebeveynlerinin "Aşırı Kontrol" ve "Otoriterlik" alt boyutlarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek puanlar aldığını göstermektedir. Bu bulgular, kekemeliği olan çocukların ebeveynlerinin daha yüksek disiplin standartlarına sahip olabileceğini ve bu durumun çocukların kekemeliklerine karşı ebeveynlerin geliştirdiği bir tepki olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle, aşırı kontrol ve otoriter tutumların, ebeveynlerin çocuklarının konuşma problemleri ile başa çıkma çabalarının bir sonucu olabileceği öne sürülmektedir. Bodur ve ark. (144) bulgularında, ebeveyn tutumlarına yönelik bizim çalışma bulgularımızdan farklı olarak kekemeliği olan çocukların ebeveynlerinin "Aşırı Kontrol" ve "Otoriterlik" alt boyutlarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları gözlenmiştir. Bu farklılığın, Yairi ve Williams (143)'ın çalışmasında vurgulandığı gibi yaş grubu ve metodolojik yaklaşımlardaki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Erken çocukluk döneminde ebeveyn tutumlarının daha homojen bir yapıya sahip olması ve çocukların ebeveyn-çocuk ilişkilerini şekillendirecek bireysel deneyimlerinin henüz sınırlı olması, çalışmamızdaki gruplar arasında ebeveyn tutumları açısından fark oluşmamasına yol açmış olabilir. Çalışmamızda ebeveyn tutumlarının gruplar arasında anlamlı bir fark göstermemesi, erken çocukluk döneminde ebeveynlerin genel olarak daha destekleyici ve koruyucu bir yapıya sahip olduklarını ve kekemeliğin ebeveyn tutumlarını belirgin şekilde farklılaştırmamış olabileceğini düşündürmektedir. Bodur ve ark.(144) bulguları ise, daha ileri yaşlardaki ebeveyn tutumlarının çocukların kekemeliklerine karşı artan

bir duyarlılık ve müdahalecilik geliştirdiğini ortaya koymaktadır. Çalışmaya katılan çocukların yaşlarının bizim çalışmamızdakilere kıyasla daha büyük olduğu göz önüne alındığında, çocukların uzun yıllar boyunca "kekemelik" etiketi ile yaşaması, ebeveynlerin bu duruma tepki olarak beklentilerini, davranışlarını ve çocuğa yönelik tutumlarını değiştirmelerine yol açmış olabilir.

Elde edilen bu bulgular, kekemelik ile ebeveyn tutumları arasındaki ilişkinin dinamik ve yaşa bağlı değişiklikler gösterebileceğini ortaya koymaktadır. Farklı yaş grupları ve yöntemler kullanılarak yapılan bu çalışmalar, ebeveyn tutumlarının kekemelik üzerindeki etkisinin daha kapsamlı bir şekilde incelenmesi gerektiğini göstermektedir. Özellikle, hem ebeveynlerin kendi tutum değerlendirmelerini hem de çocukların ebeveyn tutumlarına yönelik algılarını içeren uzunlamasına çalışmalar, ebeveyn-çocuk ilişkisindeki dinamikleri daha derinlemesine anlamamıza önemli katkılar sağlayabilir.

Okul çağı, ergenlik ve yetişkinlik gibi farklı yaş gruplarında kekemelik ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar (145, 146) literatürde yer alsa da, bu çalışmaların odak noktası, genellikle daha ileri yaş grupları olmuştur. Ancak, okul öncesi dönemde kekemeliği olan çocukların psikolojik sağlamlıklarını inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu eksiklik, erken müdahale ve destek mekanizmalarının önemini daha da belirgin hale getirmektedir.

Kekemelik, bireyin iletişim becerilerini etkileyerek sosyal ve duygusal gelişiminde belirgin zorluklara yol açabilen bir durumdur (147). Bu bağlamda, kekemeliğin olumsuz etkilerinin, özellikle okul öncesi dönemdeki çocukların psikolojik sağlamlıkları üzerinde bir risk faktörü olabileceği düşünüldükçe çalışmamız planlanmıştır. Kullandığımız psikolojik sağlamlık ölçeği PERİK sonuçları, kekemeliği olan çocukların “iletişim kurma/sosyal performans” ve “duygusal istikrar/stres ile başa çıkma” alt boyutlarında, kekemeliği olmayan akranlarına göre anlamlı şekilde düşük puanlar aldıklarını göstermiştir. Bu bulgular, kekemeliğin sosyal ve duygusal gelişim üzerindeki etkilerini desteklemektedir.

Araştırmamızda, PERİK sonuçlarına göre, çalışma grubundaki çocukların "İletişim kurma/sosyal performans" düzeylerinin, kontrol grubundaki çocuklara kıyasla anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. Özellikle, bu alt boyutlarda gözlemlenen düşük puanlar, kekemeliğin sosyal ve duygusal gelişim üzerindeki etkilerini açıkça

ortaya koymaktadır. Özellikle, bu çocukların sosyal etkileşimlerde çekingenlik sergilemeleri ve akran ilişkilerinde yaşadıkları zorluklar, onların genel sosyal uyumlarını olumsuz etkileyen temel faktörler arasında yer almaktadır. Çalışmamızda elde edilen bu bulgular, kekemeliği olan okul öncesi dönemdeki çocukların sosyal yaşamda karşılaştıkları temel zorluklara dikkat çekmektedir. Bu çocukların çekingenlik ve akran ilişkilerinde yaşanan güçlükler nedeni ile iletişim kurma ve sosyal bağlar oluşturma süreçlerinde kekemeliği olmayan akranlarına göre daha fazla engel ile karşılaştığı görülmektedir. Sosyal uyum üzerindeki bu olumsuz etkilerin, yalnızca bireyin iletişim becerilerinin yetersizliği ile açıklanamayacağı, aynı zamanda çevresel faktörlerin de bu durumda etkili olduğu düşünülmektedir. Örneğin, akranların kekemeliğe yönelik olumsuz algıları, kekemeliği olan çocukların iletişim girişimlerini sınırlandırabilir. Bu durum, kekemeliği olan çocukların sosyal kaygı düzeylerinin artmasına neden olabilir. Bu bulgular, kekemeliğin okul öncesi dönemde sosyal ve duygusal gelişim açısından kritik bir risk faktörü olabileceğini göstermektedir.

Bu bağlamda, sosyal performans ve iletişim becerilerindeki eksikliklerin giderilmesi için yalnızca bireysel konuşma terapisi değil, aynı zamanda sosyal farkındalığı artıracak müdahalelerin gerekliliğine dair bir yorum yapılabilir. Akranlara yönelik bilgilendirme programları, çocukların kekemeliği anlamalarını ve bu konuda daha duyarlı davranmalarını sağlayabilir. Aynı şekilde, kekemeliği olan çocuklara yönelik sosyal beceri geliştirme programları, iletişim kurma ve grup dinamiklerinde daha etkili olmalarına destek olabilir. Bu tür bütüncül yaklaşımlar, bireyin yalnızca bireysel kazanımları değil, aynı zamanda sosyal çevresini de destekleyerek sosyal entegrasyonunu artırabilir.

Çalışmamızın bulguları, Langevin ve ark. (55) tarafından yapılan çalışmanın bulguları ile paralellik göstermektedir. Bu çalışmada, kekemeliği olan okul öncesi çocukların sosyal etkileşimleri ve akran tepkileri detaylı bir şekilde incelenmiştir. Araştırmaya, kekemelik başlangıcından itibaren en az üç aydır kekemeliği olan, konuşmalarının en az %1'inde kekemelik bulgusuna rastlanan, başka dil ve konuşma bozukluğu bulunmayan 3-4 yaş arasındaki dört çocuk (üç erkek, bir kız) dahil edilmiştir. Katılımcılar, terapi bekleme listesinde yer alan ve daha önce kekemelik terapisi almamış çocuklardan oluşmuştur. Çalışmada, çocukların kekemelikleri doğal oyun ortamlarında video kayıtları alınarak değerlendirilmiştir. Bu kayıtlar üzerinden

kekemelik davranışlarının sıklığı, süresi ve davranışsal karmaşıklığı analiz edilmiştir. Akran tepkileri ise olumlu, olumsuz veya nötr olarak sınıflandırılmıştır. Bulgular, kekemeliği olan çocukların akranlarının genellikle olumlu veya nötr tepkiler verdiğini göstermiştir. Ancak, kekemeliğin belirgin olduğu, uzun sürdüğü ve anlamlı iletişim içermeyen konuşmalarda olumsuz tepkilerin arttığı saptanmıştır. Olumsuz tepkiler arasında görmezden gelme, konuşma sırasında uzaklaşma veya dalga geçme davranışları dikkat çekmiştir. Ayrıca, kekemeliği olan çocukların grup oyunlarında liderlik yapma, hayali oyunlara katılma ve sosyal çatışmaları çözme gibi becerilerde daha az başarılı oldukları rapor edilmiştir. Kekemelik değerlendirmelerinin, çocukların doğal ortamlarında gözlemlenerek yapılması, bu bulguların günlük yaşamda karşılaşılan gerçek sosyal dinamikleri yansıtması açısından önemlidir.

Langevin ve ark. (55)'nin bulguları, çalışmamızda elde edilen sonuçlar ile uyumlu olarak, kekemeliğin sosyal katılım ve akran ilişkileri üzerinde önemli etkiler yarattığını göstermektedir. Ancak, bu çalışmanın bulguları, kekemeliği olan çocukların tamamen sosyal dışlanma yaşamadığını, akran tepkilerinin bağlama ve konuşma özelliklerine göre değişiklik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, bu çalışmanın katılımcı sayısının bizim çalışmamıza kıyasla daha az olması, bulgularının genellenebilirliği açısından sınırlılıklar yaratabileceğini düşündürmektedir. Daha geniş örneklemeler ile yapılacak çalışmalar, sosyal uyum eksikliklerinin nedenlerini ve bu süreçte çevresel faktörlerin rolünü daha derinlemesine inceleme fırsatı sunabilir. Bizim bulgularımız ile değerlendirildiğinde, kekemeliği olan çocukların sosyal uyum eksikliklerinin yalnızca bireysel iletişim becerilerinden değil, aynı zamanda çevresel faktörlerden de etkilendiği söylenebilir. Akran algıları, grup dinamikleri ve sosyal destek eksikliği, bu çocukların sosyal yaşamda karşılaştıkları engellerin temel unsurları arasında yer almaktadır.

Vanryckeghem ark.(148) çalışmasında, 7-13 yaş arasındaki 143 kekemeliği olan çocuğun konuşmaya yönelik tutumları ve konuşma durumlarına bağlı duygusal tepkileri incelenmiştir. Katılımcılar, kekemelik şiddeti açısından SSI-4 kullanılarak hafif, orta ve şiddetli olmak üzere üç gruba ayrılarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların konuşma tutumları, İletişim Tutum Testi (*Communication Attitude Test-CAT*) kullanılarak ölçülmüş ve konuşma durumlarına yönelik duygusal tepkileri, aynı testte yer alan bir derecelendirme ölçeği ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın bulgularına göre,

kekemeliği olan çocukların konuşmaya yönelik olumsuz tutumları ve konuşma durumlarına karşı geliştirdikleri olumsuz duyguların yaş ile anlamlı derecede arttığı görülmüştür. Bu durum, kekemeliğin yalnızca bir konuşma bozukluğu olmadığını, bireyin sosyal ve duygusal yaşamını da etkilediğini vurgulamaktadır. Ayrıca, konuşma durumlarına ilişkin olumsuz duygusal tepkilerin, kekemelik şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Hafif kekemeliği olan çocukların duygusal tepkileri nispeten daha düşük seviyelerdeyken, şiddetli kekemeliği olan çocuklarda bu tepkilerin belirgin derecede arttığı gözlemlenmiştir. Bu bulgular, çalışmamızın bulgularıyla farklılık göstermektedir. Çalışmamızda kekemelik şiddetleri ile PERİK alt boyutları arasındaki korelasyonlar anlamlı bulunmamıştır. Bu farklılık, iki çalışmanın yöntemsel ve yaş grubu farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir. Vanryckeghem ve ark. (148) çalışması, daha geniş bir yaş aralığını kapsamakta ve katılımcıların kekemelik şiddeti, konuşma tutumları ve duygusal tepkileri gibi daha spesifik değişkenler üzerine odaklanmaktadır. Çalışmamız ise, erken çocukluk dönemindeki çocukların sosyal performanslarını ve iletişim becerilerini, öğretmen gözlemlerine dayalı olarak PERİK aracılığıyla değerlendirmiştir. Öğretmen değerlendirmeleri, çocukların akran etkileşimlerini, sosyal katılımlarını ve iletişim performanslarını daha geniş bir sosyal bağlamda gözlemlene fırsatı sunmaktadır (149). Özellikle, öğretmenlerin çocukları grup içindeki davranışları ve akranları ile ilişkileri bağlamında değerlendirmesi, bireysel algılardan kaynaklanan öznellikleri en aza indirerek daha objektif bir bakış açısı sağlayabilmektedir. Yaş grubu farklılığı, daha büyük yaştaki çocukların bireysel algıları ve sosyal deneyimlerinin kekemelik ile ilişkili tutum ve tepkileri daha belirgin bir şekilde şekillendirebileceğini düşündürmektedir.

Vanryckeghem ve ark. (148) bulguları, çalışmamızda kekemeliği olan çocukların sosyal performanslarının düşüklüğüne dair elde edilen sonuçlar ile paralellik göstermektedir. Kekemelik etkisi ile sosyal kaygı ve izolasyon gibi faktörlerin, çocukların sosyal çevrede karşılaştığı zorlukları artırdığı düşünülmektedir. Çalışmamızda, kekemelik ve sosyal performans eksiklikleri arasındaki ilişki, öğretmen gözlemlerine dayalı olarak değerlendirilmiştir. PERİK aracılığı ile elde edilen sonuçlar, kekemeliği olan çocukların sosyal etkileşimlerde daha pasif kaldığını ve akran ilişkilerinde daha az girişken olduğunu göstermektedir. Bu durum, sosyal performans eksikliklerinin kekemelik ile ilişkili olabileceğini ortaya koymaktadır. Bizim

çalışmamız, kekemeliği olan daha küçük yaş grubunda PERİK alt boyutlarından iletişim kurma ve sosyal performans eksikliklerini ortaya koyarken, Vanryckeghem ve ark.(148) çalışması, daha büyük yaş grubunda bireysel algıların ve kekemelik şiddetinin sosyal kaygıya etkisini incelemiştir. Bu iki çalışma, farklı yaş gruplarını ve değerlendirme yöntemlerini ele alarak kekemelik ile ilişkili sosyal beceri yetersizliklerinin dinamik ve çok boyutlu doğasını anlamaya katkı sağlamaktadır.

Çalışmamızda, kekemeliği olan çocukların PERİK alt boyutlarından “İletişim kurma/sosyal performans” bulguları incelendiğinde, bu çocukların; sosyal etkileşimlerinde çekingenlik sergiledikleri, sosyal kaygı düzeylerinin yüksek olduğu ve sosyal performanslarında anlamlı bir düşüş yaşadıkları yorumu yapılabilmektedir. Bu bulgular, Ntouro ve ark. (150) tarafından yapılan bir çalışmanın sonuçları ile uyumlu görünmektedir. Söz konusu çalışmada, kekemeliği olan çocukların olumsuz duygusal tepkiler sergileme olasılığının kekemeliği olmayan akranları ile karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu ve bu çocukların duygu düzenleme becerilerinde sınırlılıklar yaşadığı belirtilmiştir. Ayrıca, araştırmada kekemeliği olan çocukların, duygusal tepkilerini düzenlemek amacıyla sıklıkla kendi kendine konuşma stratejilerine başvurdukları; ancak, bu stratejilerin çoğunlukla etkili olmadığı tespit edilmiştir. Özellikle, hayal kırıklığı yaratan durumlarda, kekemeliği olan çocukların daha fazla negatif duygusal tepki sergiledikleri ve bu durumun sosyal etkileşimlerini olumsuz etkilediği rapor edilmiştir.

Çalışmamızın bulgularına göre, kekemelik, yalnızca bireyin konuşma akıcılığını değil, aynı zamanda sosyal bağlar kurma ve sürdürme süreçlerini de etkileyerek, çocukların sosyal etkileşimlerini sınırlayabilmektedir. Ntouro ve ark. (150) bulguları da bu durumu destekler nitelikte olup, kekemeliğin çocukların sosyal ve duygusal gelişimlerine yönelik çok yönlü etkilerini ortaya koymaktadır. Özellikle, kekemeliği olan çocukların yaşadıkları iletişim zorluklarının, sosyal kaygı düzeylerini artırarak sosyal performanslarında belirgin sınırlılıklara yol açabileceği düşünülmektedir. Bu bulgular, erken müdahale ve sosyal destek programlarının önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

Erickson ve Block (151) tarafından yapılan çalışmada ise, kekemeliğin ergenler üzerindeki sosyal ve iletişimsel etkileri kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır. Bu çalışmada, 36 ergen birey (11-18 yaş aralığında) yer almış ve katılımcıların %84'ü daha

önce konuşma terapisi almış bireylerden oluşmuştur. Çalışmamızda ise konuşma terapisi geçmişi olmayan daha küçük bir yaş grubu ele alınmıştır. Bu durum, sosyal performans ve psikolojik sağlamlık üzerindeki etkilerin değerlendirilmesinde farklı bir bakış açısı sunmaktadır. Terapi geçmişi, bireylerin iletişim becerilerini, sosyal kaygı düzeylerini ve sosyal çevreleriyle olan etkileşimlerini doğrudan etkileyebilecek önemli bir değişkendir. Özellikle, terapinin bireylerin iletişim stratejilerini geliştirme, kendine güveni artırma ve sosyal kaygıyı azaltma gibi olumlu etkiler yaratabileceği bilinmektedir. Erickson ve Block (151)'un çalışmasında terapi geçmişi olan bireylerin yüksek oranda yer alması, bu bireylerin iletişim becerileri ve sosyal performanslarında terapiden kaynaklanan kazanımların yansıması olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamıza terapi deneyimi olmayan çocukların dahil edilmesi, kekemeliğin doğal seyri ve çevresel etkiler ile şekillenen sosyal uyum düzeylerini daha objektif bir şekilde ele alma fırsatı sunmuştur. Özellikle, okul öncesi dönemde sosyal bağlamların daha çok aile, öğretmen ve yakın akran çevresi ile sınırlı olması, bu çocukların sosyal beceri ve performanslarının dışsal faktörlerden bağımsız olarak değerlendirilebilmesini sağlamıştır. Terapi almamış çocukların iletişim becerilerinde, özgüven düzeylerinde veya sosyal uyumlarında gözlemlenen eksiklikler, doğrudan kekemelik ile ilişkili zorluklar ve çevresel faktörlerin etkisi olarak yorumlanabilir. Erickson ve Block (151)'un çalışmasında katılımcılar, kendi algıladıkları iletişim yeterliliklerini değerlendiren “Algılanan İletişim Yeterliliği (*Self-Perceived Communication Competence*)” ve iletişim kaygı düzeylerini ölçen “İletişim Kaygısına İlişkin Kişisel Rapor (*Personal Report of Communication Apprehension*)” ölçekleri ile değerlendirilmiştir. Ayrıca, katılımcıların okul ortamında yaşadıkları alay ve zorbalık deneyimleri “Kekemeliği Olan Çocuklar İçin Alay/Zorbalık Ölçeği (*Teasing/Bullying Questionnaire for Children who Stutter- TBQ-CS*)” ile ölçülmüştür. Bu çalışmanın bulgularına göre, kekemeliği olan bireylerin iletişim yeterliliklerini düşük algıladıklarını, yüksek iletişim kaygısı yaşadıklarını ve akranlarından daha sık alay ve zorbalığa maruz kaldıklarını göstermiştir. Bu çalışmanın bulguları, çalışmamızda yer alan kekemeliği olan çocukların sosyal etkileşimlerinde yaşadıkları zorlukları destekler niteliktedir. Bulgularımız, kekemeliğin bireylerin sosyal performansını ve psikolojik sağlamlığını sınırlandırıcı bir etkiye sahip olduğunu ortaya koyarken, Erickson ve Block (151)'un çalışması, bu etkinin ergenlik döneminde daha belirgin hale geldiğini vurgulamaktadır.

Özellikle, alay ve zorbalık ile iletişim kaygısı arasında gözlemlenen güçlü ilişki, kekemeliği olan bireylerin sosyal çevrelerinde daha fazla desteğe ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

Çalışmamızın bulgularında, çalışma grubundaki çocuklar ile kontrol grubundaki çocuklar arasında duygusal istikrar ve stresle başa çıkma açısından da anlamlı farklar gözlenmiştir. Kekemeliği olan çocukların stres düzeylerine yönelik çalışmalar literatürde farklı şekillerde ele alınmıştır.

Choi ve ark.(152), erken dönemde kekemeliği olan çocukların duygusal regülasyon becerilerini incelediği çalışmalarında, 4-6 yaş arası 32 kekemeliği olan çocuk ve 32 kekemeliği olmayan çocuk yer almıştır. Duygu Ayarlama Ölçeği (*Emotion Regulation Checklist*) kullanılarak yapılan değerlendirmeler, kekemeliği olan çocukların daha düşük duygusal regülasyon becerilerine sahip olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, çocukların stresli durumlarda kendilerini ifade etmede zorlandıklarını ve sosyal ortamlarda daha yüksek kaygı seviyeleri sergilediklerini göstermektedir. Çalışmamızda PERİK'in 'Duygusal İstikrar/Stresle Başa Çıkma' alt boyutunda çalışma grubundaki çocukların kontrol grubundaki çocuklara kıyasla anlamlı derecede düşük puanlar almış olması, Choi ve ark.(152)'nin bulgularını desteklemektedir. Kekemeliği olan çocukların düşük duygusal regülasyon becerileri, stresli sosyal durumlarda daha yoğun bir kaygı deneyimi yaşamalarına ve bu durumun psikolojik sağlamlıklarını olumsuz yönde etkilemesine neden olabilir.

Ek olarak, Park ve ark. (153), kekemeliği olan çocukların psikolojik özelliklerini ve ebeveynlerinin stres düzeylerini incelemiştir. Araştırmada 4-8 yaş arası 427 çocuk ve ebeveynleri yer almış, değerlendirme için “Çocuk Davranış Ölçeği (*Child Behavior Checklist*)” ve “Kısa Mizaç Ölçeği (*Short Temperament Scale*)” kullanılmıştır. Çalışmanın sonuçları, kekemeliği olan çocukların davranışsal veya duygusal sorunlarının olmadığını, ancak bazı ebeveynlerin yüksek stres seviyelerine sahip olduğunu göstermiştir. Bu bulgular, ebeveynlerin stres düzeylerinin çocukların duygusal istikrarına dolaylı etkileri olabileceğini öne sürmektedir. Bizim çalışmamızda, ebeveyn tutumları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen, ebeveynlerin stres ile başa çıkma becerilerinin çocukların psikolojik sağlamlığı üzerindeki dolaylı etkilerinin olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Park ve ark.(153)'in, bulgularında dikkat çeken bir diğer nokta ise,

ebeveynlerin stres düzeylerinin çocukların bireysel farklılıkları ile nasıl ilişkilendiğine dair bir açıklamanın eksik olmasıdır. Çalışmamız, erken çocukluk döneminde ebeveyn tutumlarının çocukların duygusal istikrarına etkilerini genel hatlarıyla değerlendirmiştir. Bununla birlikte, ebeveynlerin stres düzeyleri gibi daha spesifik değişkenlerin çocukların psikolojik sağlamlığı üzerindeki etkilerini anlamak için ek değerlendirme araçlarının dahil edilerek çalışmaların yapılması yararlı olacaktır.

Smith ve ark. (154)'nın derleme çalışması, kekemeliği olan çocukların sosyal kaygı ve stres ile başa çıkma becerilerinin zaman içinde çeşitli zorluklar ile karşılaşabileceğini ortaya koymuştur. Özellikle, sosyal kaygı bozukluklarının ergenlik döneminde daha belirgin hale geldiği ve bireylerin sosyal çevrelerine uyum sağlama konusunda zorluklar yaşadığı vurgulanmıştır. Ancak, bu çalışma, bireysel stres ile başa çıkma becerilerinden ziyade sosyal kaygının etkilerine odaklanmıştır. Bulgularımız, sosyal kaygı ve stres ile başa çıkma konusunda kekemelik etkisine dikkat çekmiştir. Çalışmamızın erken çocukluk döneminde sosyal performans ve duygusal istikrar alt boyutlarını incelemesi, sosyal kaygı ve stresin birey üzerindeki etkilerinin gelişimsel süreçte nasıl şekillendiğini anlamak için önemli bir bakış açısı sunmaktadır. Bu farklılıkların erken çocukluk döneminde belirginleşmesi, ilerleyen yaşlarda daha karmaşık hale gelebilecek sosyal ve duygusal sorunların temellerini anlamada literatüre özgün bir katkı sağlamaktadır.

Iverach ve ark.(155)'nin çalışmasında, kekemeliğin psikolojik etkileri ve bu etkilerin yaşam kalitesi ile olan ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmaya kekemelik terapisi almakta olan 11-17 yaş arası toplam 102 katılımcı dahil edilmiş ve doğrusal modeller kullanılarak kekemelik şiddeti ile psikolojik faktörler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Sonuçlar, daha yüksek kekemelik şiddetinin, artan kaygı düzeyleri ve kekemelik ile ilişkilendirilen başa çıkma zorlukları ile anlamlı derecede ilişkili olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, bizim çalışmamızda elde edilen analiz sonuçlarına göre, PERİK alt boyutları ile *Weighted SLD*'ye göre belirlenen çocukların kekemelik şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu farklılık, kullanılan ölçüm araçlarının, örneklem gruplarının veya metodolojik yaklaşımların farklılığından kaynaklanabilir. Iverach ve ark.(155) çalışmasında kekemelik terapisi alan 11-17 yaş arası çocukların dahil edilmesi, kekemelik şiddeti ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin daha belirgin bir şekilde ortaya konmasını sağlamış olabilir.

Özellikle, terapi sürecinde çocukların kekemelik şiddetine odaklanması, bu şiddetin kaygı düzeyleri üzerindeki etkilerinin daha belirgin hale gelmesine katkıda bulunmuş olabilir. Buna karşılık, bizim çalışmamızda 48-72 aylık daha küçük bir yaş grubuna odaklanılmış ve örneklem, terapi geçmişine sahip olmayan çocukların ebeveynleri ve öğretmenlerinden oluşmuştur. Erken çocukluk döneminde, çocukların sosyal çevrelerinin ve bireysel farkındalıklarının henüz gelişim aşamasında olması nedeniyle, kekemelik şiddetinin psikolojik etkileri bu yaş grubunda daha az belirgin olabilir. Ayrıca, bu yaş grubu çocukların genellikle ebeveynlerinin ve öğretmenlerinin yönlendirmelerine daha bağımlı olmaları, kaygı düzeyleri ve başa çıkma stratejileri üzerindeki etkilerin daha dolaylı olmasına yol açabilir. Buna ek olarak, terapi almış çocuklar, kekemelik ile başa çıkma stratejileri ve psikolojik farkındalık açısından daha fazla desteğe sahip oldukları için, kekemelik şiddetinin kaygı ve diğer psikolojik etkiler üzerindeki rolü daha açık bir şekilde gözlenmiş olabilir. Bu durum, yaş grubu ve terapi geçmişi gibi değişkenlerin kekemelik ile ilişkili psikolojik etkilerin değerlendirilmesindeki önemine işaret etmektedir. Dolayısıyla, bu iki çalışma arasındaki bulgu farklılıkları, yalnızca kullanılan ölçüm araçları ve metodolojik yaklaşımlardan değil, aynı zamanda yaş grubu ve terapi deneyimi gibi örnekleme bağlı faktörlerden de kaynaklanıyor olabilir.

Literatürdeki bu farklılıklar, kekemelik şiddetinin bireysel psikolojik süreçlere etkilerinin daha geniş bir bağlamda ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Özellikle, öznel değerlendirme araçlarının yanı sıra çevresel ve bireysel faktörleri birleştiren çok boyutlu yaklaşımların benimsenmesi, kekemeliğin psikolojik etkilerini anlamada daha kapsamlı bir perspektif sağlayabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda kekemeliği olan 48-72 aylık çocukların psikolojik sağlamlıkları ve ebeveyn tutumları kekemeliği olmayan akranları ile karşılaştırılmıştır. Ayrıca, kekemeliği olan çocukların kekemelik şiddetleri ile psikolojik sağlamlıkları arasındaki ilişki incelenmiştir. Elde ettiğimiz sonuçlar ve öneriler aşağıda listelenmiştir.

- 1) Kekemeliği olan 48-72 aylık çocuklar ile kekemeliği olmayan akranları arasında ETÖ ile incelenen ebeveyn tutumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.
- 2) Kekemeliği olan 48-72 aylık çalışma grubundaki çocukların; psikolojik sağlamlık değerlendirmesi için kullanılan PERİK'in iletişim kurma/sosyal performans ve duygusal istikrar/stres ile başa çıkma alt boyutları ile toplam psikolojik sağlamlık puanları kontrol grubundaki çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük çıkmıştır.
- 3) Kekemeliği olan 48-72 aylık çalışma grubundaki çocukların *Weighted-SLD* ile değerlendirilen kekemelik şiddetleri ile psikolojik sağlamlık ölçeğinin hiçbir alt boyutunda arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
- 4) Çalışmamızda kullanılan değerlendirme araçları olan ölçekler, kişisel görüşler içerdiğinden katılımcıların deneyimlerini objektif bir şekilde yansıtmayabilir.
- 5) Çalışmamız kesitsel bir tasarıma sahip olduğundan, bu bulguların daha geniş bir perspektifte değerlendirilmesi için uzun dönemli izleme çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Kekemeliğin çocukların psikolojik sağlamlığı üzerindeki etkilerini anlamak ve daha kesin sonuçlara ulaşmak için, daha geniş örneklemeler üzerinde boylamsal çalışmalar yapılması önerilmektedir.
- 6) Gelecekte yapılacak çalışmalar, kekemeliği olan çocukların bireysel farklılıkları ve çevresel destek mekanizmalarını dikkate alarak, bu alandaki bilgi birikimini derinleştirebilir. Bireysel faktörlerin kekemelik ile başa çıkma süreçlerine etkisi daha ayrıntılı bir şekilde araştırılmalıdır. Bu tür araştırmalar, kekemeliği olan çocukların yaşam kalitesini artırmaya yönelik bütüncül yaklaşımlar geliştirilmesine katkı sağlayabilir.
- 7) Kekemelik değerlendirmesi ve müdahalesinde, çocukların psikolojik sağlamlıklarının göz önünde bulundurulması önerilmektedir. Çocukların

psikolojik sağamlıklarının değerlendirilmesi, yalnızca bireysel terapilerin planlanmasında değil, aynı zamanda sosyal çevrelerini destekleyecek müdahalelerin belirlenmesinde de önemli bir rol oynamaktadır.

- 8) Sosyal farkındalığı artırmaya yönelik programların, çevresel faktörleri ele alarak çocukların sosyal becerilerini geliştirmesi, iletişim zorluklarını aşmalarına ve sosyal uyum süreçlerini iyileştirmelerine katkı sağlayabilir.



7. KAYNAKLAR

1. Wingate ME. A standard definition of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 1964;29(4):484-9.
2. Perkins WH. What is stuttering? *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 1990;55(3):370-82.
3. Bloodstein O, Ratner NB, Brundage SB. A handbook on stuttering: Plural Publishing; 2021.
4. Smith A, Weber C, editors. Childhood stuttering: Where are we and where are we going? *Seminars in Speech and Language*; 2016: Thieme Medical Publishers.
5. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed 2013.
6. Blomgren M, Stuttering Treatment for adults: An update on contemporary approaches. *Seminars in speech and language*; 2010: © Thieme Medical Publishers.
7. Yairi E, Ambrose NG. Early Childhood Stuttering: ERIC; 2004.
8. Reilly S, Onslow M, Packman A, Cini E, Conway L, Ukoumunne OC, et al. Natural history of stuttering to 4 years of age: A prospective community-based study. *Pediatrics*. 2013;132(3):460-7.
9. Yairi E, Ambrose N. Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*. 2013;38(2):66-87.
10. Craig A, Hancock K, Tran Y, Craig M, Peters K. Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. 2002.
11. Zablotzky B, Black LI, Maenner MJ, Schieve LA, Danielson ML, Bitsko RH, et al. Prevalence and trends of developmental disabilities among children in the United States: 2009–2017. *Pediatrics*. 2019;144(4).
12. Einarsdóttir JT, Crowe K, Kristinsson SH, Másdóttir T. The recovery rate of early stuttering. *Journal of Fluency Disorders*. 2020;64:105764.
13. Singer CM, Hessling A, Kelly EM, Singer L, Jones RM. Clinical characteristics associated with stuttering persistence: A meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2020;63(9):2995-3018.
14. Gerlach H, Totty E, Subramanian A, Zebrowski P. Stuttering and labor market outcomes in the United States. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2018;61(7):1649-63.
15. Guitar B. Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
16. Connery A, McCurtin A, Robinson K. The lived experience of stuttering: a synthesis of qualitative studies with implications for rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*. 2020;42(16):2232-42.
17. Tichenor SE, Yaruss JS. Stuttering as defined by adults who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2019;62(12):4356-69.

18. Iverach L, Jones M, McLellan LF, Lyneham HJ, Menzies RG, Onslow M, et al. Prevalence of anxiety disorders among children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*. 2016;49:13-28.
19. McAllister J, Collier J, Shepstone L. The impact of adolescent stuttering on educational and employment outcomes: Evidence from a birth cohort study. *Journal of Fluency Disorders*. 2012;37(2):106-21.
20. Druker KC, Mazzucchelli TG, Beilby JM. An evaluation of an integrated fluency and resilience program for early developmental stuttering disorders. *Journal of Communication Disorders*. 2019;78:69-83.
21. Klein JF, Hood SB. The impact of stuttering on employment opportunities and job performance. *Journal of Fluency Disorders*. 2004;29(4):255-73.
22. O'Brian S, Jones M, Packman A, Menzies R, Onslow M. Stuttering severity and educational attainment. *Journal of Fluency Disorders*. 2011;36(2):86-92.
23. Yaruss JS, Quesal RW, Murphy B. National Stuttering Association members' opinions about stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*. 2002;27(3):227-42.
24. Yairi E, Seery CH. *Stuttering: Foundations and clinical applications*: Plural Publishing; 2021.
25. Leclercq A-L, Waelkens V, Roelant E, Allegaert M, Verhaegen I, Claes K, et al. Treatment for preschool age children who stutter: Protocol of a randomised, non-inferiority parallel group pragmatic trial with Mini-KIDS, social cognitive behaviour treatment and the Lidcombe Program—TreatPaCS. *Plos one*. 2024;19(7):e0304212.
26. Smith A, Weber C. How stuttering develops: The multifactorial dynamic pathways theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2017;60(9):2483-505.
27. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*. 2001;56(3):227.
28. Masten AS. Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review*. 2018;10(1):12-31.
29. Benard B. *Resiliency: What we have learned*. San Francisco. 2004.
30. Yates TM, Egeland B, Sroufe LA. Rethinking resilience: A developmental process perspective. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. 2003;243:266.
31. Masten AS, Tellegen A. Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the project competence longitudinal study. *Development and Psychopathology*. 2012;24(2):345-61.
32. Flouri E, Midouhas E, Joshi H, Tzavidis N. Emotional and behavioural resilience to multiple risk exposure in early life: the role of parenting. *European child & Adolescent Psychiatry*. 2015;24:745-55.
33. Goldstein S, Brooks RB. *Handbook of resilience in children*: Springer; 2023.
34. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*: Taylor & Francis; 2023.

35. Pfeiffer SI. Parenting from the Heart: Raising resilient and successful smart kids: Taylor & Francis; 2023.
36. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*. 2000;71(3):543-62.
37. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1987;57(3):316-31.
38. Benard B. Fostering resiliency in kids: Protective factors in family, school, and community. Northwest Regional Educational Laboratory. 1991.
39. Olson D, Gorall D. Circumplex model of marital and family system. IN F. Walsh (Ed.) *Normal Family Processes*. New York. 2003;514.
40. Conture EG. Stuttering: Its nature, diagnosis, and treatment. (No Title). 2001.
41. Conture EG, Curlee RF. Stuttering and related disorders of fluency. (No Title). 2007.
42. Organization WH. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision: World Health Organization; 2004.
43. Yaruss JS, Quesal RW. Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*. 2006;31(2):90-115.
44. Craig A, Blumgart E, Tran Y. The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*. 2009;34(2):61-71.
45. Iverach L, Rapee RM. Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *Journal of Fluency Disorders*. 2014;40:69-82.
46. Blood GW, Blood IM, Tellis G, Gabel R. Communication apprehension and self-perceived communication competence in adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*. 2001;26(3):161-78.
47. Yaruss JS, Quesal RW. Stuttering and the international classification of functioning, disability, and health (ICF): An update. *Journal of Communication Disorders*. 2004;37(1):35-52.
48. Sheehan J. Stuttering: Research and therapy. Harper & Row; 1970.
49. Ward D. Stuttering and cluttering: frameworks for understanding and treatment: Psychology Press; 2017.
50. Owens Jr RE. Language development: An introduction: Allyn & Bacon; 2001.
51. Hoff E, Shatz M. Blackwell handbook of language development: John Wiley & Sons; 2009.
52. Langevin M, Packman A, Onslow M. Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves. *Journal of Communication Disorders*. 2010;43(5):407-23.
53. Yaruss JS, Reardon-Reeves N. Early childhood stuttering therapy: A practical guide: Stuttering Therapy Resources, Incorporated; 2017.

54. Millard SK, Davis S. The Palin Parent Rating Scales: Parents' perspectives of childhood stuttering and its impact. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2016;59(5):950-63.
55. Langevin M, Packman A, Onslow M. Peer responses to stuttering in the preschool setting. 2009.
56. McAllister J. Behavioural, emotional and social development of children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*. 2016;50:23-32.
57. Franken M-CJ, Kielstra-Van der Schalk CJ, Boelens H. Experimental treatment of early stuttering: A preliminary study. *Journal of Fluency Disorders*. 2005;30(3):189-99.
58. Paul R, Norbury C. *Language Disorders from Infancy Through Adolescence-E-Book: Language Disorders from Infancy Through Adolescence-E-Book*: Elsevier Health Sciences; 2012.
59. Kraft SJ, Yairi E. Genetic bases of stuttering: The state of the art, 2011. *Folia Phoniatria et Logopaedica*. 2011;64(1):34-47.
60. Kang C, Drayna D. Genetics of speech and language disorders. *Annual review of genomics and human genetics*. 2011;12(1):145-64.
61. Dworzynski K, Remington A, Rijdsdijk F, Howell P, Plomin R. Genetic etiology in cases of recovered and persistent stuttering in an unselected, longitudinal sample of young twins. 2007.
62. Rautakoski P, Hannus T, Simberg S, Sandnabba NK, Santtila P. Genetic and environmental effects on stuttering: a twin study from Finland. *Journal of Fluency Disorders*. 2012;37(3):202-10.
63. Kang C, Riazuddin S, Mundorff J, Krasnewich D, Friedman P, Mullikin JC, et al. Mutations in the lysosomal enzyme-targeting pathway and persistent stuttering. *New England Journal of Medicine*. 2010;362(8):677-85.
64. Kelman E, Nicholas A. *Palin parent-child interaction therapy for early childhood stammering*: Routledge; 2020.
65. Healey EC, Trautman LS. Clinical applications of a multidimensional approach for the assessment and treatment of stuttering. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*. 2004;31(Spring):40-8.
66. Onslow M, Costa L, Rue S. Direct early intervention with stuttering: Some preliminary data. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 1990;55(3):405-16.
67. Cordes AK. The reliability of observational data: I. Theories and methods for speech-language pathology. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1994;37(2):264-78.
68. Ambrose NG, Yairi E. Normative disfluency data for early childhood stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1999;42(4):895-909.
69. Martin JA, Maccoby EE, Baran KW, Jacklin CN. Sequential analysis of mother-child interaction at 18 months: A comparison of microanalytic methods. *Developmental Psychology*. 1981;17(2):146.

70. Bornstein MH. Handbook of parenting: Practical issues in parenting, Vol. 5: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2002.
71. Baumrind D. The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*. 1991;11(1):56-95.
72. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child development*. 1991;62(5):1049-65.
73. Amato PR, Fowler F. Parenting practices, child adjustment, and family diversity. *Journal of Marriage and Family*. 2002;64(3):703-16.
74. McCoby E. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. *Handbook of child psychology*. 1983;4:1-101.
75. Kagıtcıbası C. Family, self, and human development across cultures: Theory and applications: Routledge; 2017.
76. Baumrind D. Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child development*. 1966:887-907.
77. Steinberg L, Blatt-Eisengart I, Cauffman E. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful homes: A replication in a sample of serious juvenile offenders. *Journal of research on adolescence*. 2006;16(1):47-58.
78. Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: An integrative model. *Interpersonal development: Routledge*; 2017. p. 161-70.
79. Hart B, Risley TR. Meaningful differences in the everyday experience of young American children. *Community Alternatives*. 1996;8:92-3.
80. Phillips DA, Shonkoff JP. From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. 2000.
81. Drews EM, Teahan JE. Parental attitudes and academic achievement. *Journal of Clinical Psychology*. 1957;13(4).
82. Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British Journal of Nutrition*. 2008;99(S1):S22-S5.
83. Çakmak Tolan Ö, Bolluk Uğur G. The relation between psychological resilience and parental attitudes in adolescents: A systematic review. *Current Psychology*. 2024;43(9):8048-74.
84. Buri JR. Parental authority questionnaire. *Journal of personality assessment*. 1991;57(1):110-9.
85. Schaefer ES, Bell RQ. Parental attitude research instrument (PARI): normative data: Section on Child Development, Laboratory of Psychology, National Institute; 1955.
86. Ölçeği ET. Evren Karabulut Demir Gül Şendil. Oyun Evimiz- İstanbul Üniversitesi Türk Psikoloji Yazıları. Haziran. 2008;11(21):15-25.

87. Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2004;86(2):320.
88. Masten A. Resilience in development. *Hand book of positive psychology/Oxford University Press*. 2002.
89. Werner EE, Smith RS. *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*: Cornell University Press; 2019.
90. Garmezy N. Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American behavioral scientist*. 1991;34(4):416-30.
91. Conger RD, Donnellan MB. An interactionist perspective on the socioeconomic context of human development. *Annual Review of Psychology*. 2007;58(1):175-99.
92. Werner EE, Smith RS. *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*: Cornell University Press; 2001.
93. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985;98(2):310.
94. Ladd GW. Having friends, keeping friends, making friends, and being liked by peers in the classroom: Predictors of children's early school adjustment? *Child development*. 1990;61(4):1081-100.
95. Hartup WW. The company they keep: Friendships and their developmental significance. *The social child: Psychology Press*; 2021. p. 143-63.
96. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*. 2001;56(3):218.
97. Goldstein S. *Creating a clinical psychology of resilience*. Pearson Education, Inc; 2008.
98. Luthar SS, Cicchetti D. The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and psychopathology*. 2000;12(4):857-85.
99. Masten W, Wright M. Resilience over the lifespan. *Handbook of adult resilience*. 2009;1:213-37.
100. Ungar M. Resilience across cultures. *British journal of social work*. 2008;38(2):218-35.
101. Zins JE, Elias MJ. Social and emotional learning: Promoting the development of all students. *Journal of Educational and Psychological consultation*. 2007;17(2-3):233-55.
102. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development*. 2011;82(1):405-32.

103. Greenberg MT, Domitrovich CE, Weissberg RP, Durlak JA. Social and emotional learning as a public health approach to education. *The future of children*. 2017;13-32.
104. Reivich K. *The resilience factor: 7 keys to finding your inner strength and overcoming life's hurdles*. Harmony. 2003.
105. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman; 1997.
106. Zimmerman BJ. Development and adaptation of expertise: The role of self-regulatory processes and beliefs. *The Cambridge handbook of expertise and expert performance*. 2006;186:705-22.
107. Schunk DH, Meece JL. Self-efficacy development in adolescence. *Self-efficacy beliefs of adolescents*. 2006;5(1):71-96.
108. Maddux JE. The power of believing you can. *Handbook of positive psychology*. 2002:277-87.
109. Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*. 2001;127(1):87.
110. D’Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 2010;3(1):197-225.
111. Zimmer-Gembeck MJ, Skinner EA. The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*. 2011;35(1):1-17.
112. Clarke AT. Coping with interpersonal stress and psychosocial health among children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*. 2006;35:10-23.
113. Davis MH. *Empathy: A social psychological approach*. Routledge; 2018.
114. Eisenberg N. *The roots of prosocial behavior in children*. Cambridge University. 1989.
115. Schonert-Reichl KA, Lawlor MS. The effects of a mindfulness-based education program on pre-and early adolescents’ well-being and social and emotional competence. *Mindfulness*. 2010;1:137-51.
116. Schonert-Reichl KA, O’Brien MU. Social and emotional learning and prosocial education. *Handbook of prosocial education*. 2012;2:311-45.
117. Jefferies P, McGarrigle L, Ungar M. The CYRM-R: A Rasch-validated revision of the child and youth resilience measure. *Journal of Evidence-Based Social Work*. 2019;16(1):70-92.
118. Mayr T, Ulich M. Social-emotional well-being and resilience of children in early childhood settings–PERIK: An empirically based observation scale for practitioners. *Early Years*. 2009;29(1):45-57.
119. Özbey S. Okul öncesi çocuklar için sosyal duygusal iyi oluş ve psikolojik sağlık ölçeğinin (PERİK) geçerlik güvenirlik çalışması. *OPUS International Journal of Society Researches*. 2019;10(17):756-86.

120. Ginsburg KR, Jablow MM, Pediatrics AAo. Building resilience in children and teens: Giving kids roots and wings. (No Title). 2011.
121. Maccoby E. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. *Handbook of child psychology*. 1983;4.
122. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation: Psychology Press; 2015.
123. Bandura A. Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, NJ. 1986;1986(23-28):2.
124. Seligman ME. Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being: Simon and Schuster; 2011.
125. Briley PM, O'Brien K, Ellis C. Behavioral, emotional, and social well-being in children who stutter: evidence from the National Health Interview Survey. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 2019;31:39-53.
126. Beilby J, editor Psychosocial impact of living with a stuttering disorder: Knowing is not enough. *Seminars in speech and language*; 2014: Thieme Medical Publishers.
127. Johnson G, Onslow M, Horton S, Kefalianos E. Psychosocial features of stuttering for school-age children: A systematic review. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2023;58(5):1829-45.
128. Davis S, Howell P, Cooke F. Sociodynamic relationships between children who stutter and their non-stuttering classmates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2002;43(7):939-47.
129. Blood GW, Blood IM. Preliminary study of self-reported experience of physical aggression and bullying of boys who stutter: Relation to increased anxiety. Perceptual and motor skills. 2007;104(3_suppl):1060-6.
130. Langevin M, Prasad NN. A stuttering education and bullying awareness and prevention resource: A feasibility study. 2012.
131. Craig A, Blumgart E, Tran Y. Resilience and stuttering: factors that protect people from the adversity of chronic stuttering. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*. 2011;54(6):1485-96.
132. Pearson J, Hall DK. Reaching in... reaching out: Resiliency guidebook. Ottawa: Canadian Child Care Foundation Retrieved September. 2006;9:2007.
133. Caughter S, Crofts V. Nurturing a Resilient Mindset in School-Aged Children Who Stutter. *American Journal of Speech and Language Pathology*. 2018;27(3s):1111-23.
134. Caughter S, Dunsmuir S. An exploration of the mechanisms of change following an integrated group intervention for stuttering, as perceived by school-aged children who stutter (CWS). *Journal of Fluency Disorders*. 2017;51:8-23.
135. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences: routledge; 2013.

136. Güven S, Topbaş S. Adaptation of the Test of Early Language Development-(TELD-3) into Turkish: Reliability and validity study. *International Journal of Early Childhood Special Education*. 2014;6(2):151-76.
137. Ege P. Türkçe'deki Ünsüzlerin Edinimi: Bir Norm Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2010;25(65):16.
138. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. *Using multivariate statistics: pearson* Boston, MA; 2013.
139. George D. *SPSS for windows step by step: A simple study guide and reference*, 17.0 update, 10/e: Pearson Education India; 2011.
140. Tekin Çatal M. 4-7 Yaş Çocukların Ebeveyn Tutumları İle Psikolojik Sağlamlıkları Arasındaki İlişki. *Journal of International Social Research*. 2021;14(77).
141. Bowles CL. *Resilience and the Parent-Child Relationship: Cultivating Attachment, Parental Self-Efficacy, Emotional Regulation, and Communication to Promote Resilient Processes in Early Childhood*: Alliant International University; 2020.
142. Lau SR, Beilby JM, Byrnes ML, Hennessey NW. Parenting styles and attachment in school-aged children who stutter. *Journal of Communication Disorders*. 2012;45(2):98-110.
143. Yairi E, Williams DE. Reports of parental attitudes by stuttering and by nonstuttering children. *Journal of Speech and Hearing Research*. 1971;14(3):596-604.
144. Bodur S, Torun YT, Gül H, Dincer M, Gül A, Kara K, et al. Parental attitudes in children with persistent developmental stuttering: A case-control study. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2019;46(4):103-6.
145. Craig A, Blumgart E, Tran Y. *Resilience and stuttering: Factors that protect people from the adversity of chronic stuttering*. 2011.
146. Freud D, Amir O. Resilience in people who stutter: Association with covert and overt characteristics of stuttering. *Journal of Fluency Disorder*. 2020;64:105761.
147. Yaruss JS, editor *Application of the ICF in fluency disorders. Seminars in Speech and Language*; 2007: © Thieme Medical Publishers.
148. Vanryckeghem M, Hylebos C, Brutten GJ, Peleman M. The relationship between communication attitude and emotion of children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*. 2001;26(1):1-15.
149. Hamre BK, Pianta RC. Early teacher–child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child development*. 2001;72(2):625-38.
150. Ntourou K, Conture EG, Walden TA. Emotional reactivity and regulation in preschool-age children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*. 2013;38(3):260-74.
151. Erickson S, Block S. The social and communication impact of stuttering on adolescents and their families. *Journal of fluency disorders*. 2013;38(4):311-24.
152. Choi D, Conture EG, Walden TA, Jones RM, Kim H. Emotional diathesis, emotional stress, and childhood stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2016;59(4):616-30.

153. Park V, Onslow M, Lowe R, Jones M, O'Brian S, Packman A, et al. Psychological characteristics of early stuttering. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2021;23(6):622-31.
154. Smith KA, Iverach L, O'Brian S, Kefalianos E, Reilly S. Anxiety of children and adolescents who stutter: A review. *Journal of Fluency Disorders*. 2014;40:22-34.
155. Iverach L, Lowe R, Jones M, O'Brian S, Menzies RG, Packman A, et al. A speech and psychological profile of treatment-seeking adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*. 2017;51:24-38.



8. EKLER

EK-1 Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ARAŞTIRMA ETİK KURULU

KURUL KARARI

<u>OTURUM TARİHİ</u>	<u>OTURUM SAYISI</u>	<u>KARAR SAYISI</u>
05.09.2023	2023/01	2023/01-43
Araştırma Numarası : GO 23/635		Değerlendirme Tarihi : 25.07.2023



Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Maviş Emel Kulak KAYIKCI'nın sorumlu araştırmacı olduğu, Dr. Öğr. Üyesi Meltem Çiğdem KIRAZLI ile birlikte çalışacakları ve Dkt. Dilan CENGİZ'in yüksek lisans tezi olan, GO 23/635 kayıt numaralı ***"Okul Öncesi Dönem Kekemeliği Olan Çocukların Ebeveyn Tutumlarının ve Psikolojik Sağlamlıklarının Tipik Gelişen Akranları ile Karşılaştırılması"*** başlıklı araştırma önerisi gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 06 Eylül 2023 - 06 Mart 2025 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun** bulunmuştur.

Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

Prof. Dr. Nüket
PAKSOY ERBAYDAR
Kurul Başkanı

Prof. Dr. Güzide Burça
AYDIN
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Mehmet Özgür
UYANIK
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Ayşe KİN
İŞLER
Kurul Üyesi

İZİNLİ

Prof. Dr. Sibel
PEHLİVAN
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Burcu Balam
DOĞU
Kurul Üyesi

İZİNLİ

Prof. Dr. Tolga
YILDIRIM
Kurul Üyesi

Prof. Dr. İpek GÜRBÜZ
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Betül ÇELEBİ
SALTIK
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Merve BATUK
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Gülten IŞIK
KOÇ
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Müge
DEMİR
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Burcu
Ersöz ALAN
Kurul Üyesi

Av. Buket ÇINAR
Kurul Üyesi

Evrakın elektronik imza suretine <https://www.turkiye.gov.tr/hu-ebys> adresinden 1ad5ca73-0d35-4c1b-8bab-dc0b8c13467c ile bu belge 5076 Sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

EK-2 Orijinallik Raporu

Okul Öncesi Dönem Kekemeliği Olan ve Olmayan Çocukların Psikolojik Sağlamlıklarının ve Ebeveyn Tutumlarının İncelenmesi-Dilan CENGİZ-
Toplam Sayfa Sayısı 50

ORJİNALLİK RAPORU

% 11	% 10	% 6	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	% 2
2	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
3	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
5	Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
6	sosyalarastirmalar.com İnternet Kaynağı	% 1
7	acikerisim.medipol.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
8	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1

EK-3 Dijital Makbuzu



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Dilan CENGİZ
 Ödev başlığı: OKUL ÖNCESİ DÖNEM KEKEMELİĞİ OLAN VE OLMAYAN ÇOC...
 Gönderi Başlığı: OKUL ÖNCESİ DÖNEM KEKEMELİĞİ OLAN VE OLMAYAN ÇOC...
 Dosya adı: Dilan_Cengiz_YL_TEZ_Turnitin_Yeni_1_.docx
 Dosya boyutu: 328.72K
 Sayfa sayısı: 50
 Kelime sayısı: 11,296
 Karakter sayısı: 84,089
 Gönderim Tarihi: 29-Oca-2025 10:44ÖS (UTC+0300)
 Gönderim Numarası: 2574676494



EK-4 : Araştırma Davet Metni

Değerli Ebeveynler ve Öğretmenler,

“Okul Öncesi Dönem Kekemeliği Olan Çocukların Ebeveyn Tutumlarının ve Psikolojik Sağlamlıklarının Tipik Gelişen Akranları ile Karşılaştırılması” başlıklı yüksek lisans tezim için:

Yaşları 48-72 ay arası olup,

- herhangi bir işitme problemine, nörolojik, psikiyatrik bozukluğa ve dil/konuşma bozukluğuna sahip olmayan,
- okul öncesi eğitim kurumuna devam eden,
- birincil dili Türkçe olan gönüllü çocuk katılımcılara, ebeveynlerine ve öğretmenlerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmanın aşamaları şu şekildedir:

1. Öncelikle ebeveynlerden bilgi formları aracılığıyla çocuğun prenatal, natal, postnatal bilgileri gibi tıbbi hikayeleri; motor gelişimi, dil gelişimi ve sosyal-duygusal gelişimi gibi gelişim basamakları hakkında bilgi alınacaktır.
2. Çocuğun alıcı ve ifade edici dil becerileri ile konuşma sesi becerileri standart testler aracılığı ile değerlendirilecektir.
3. Ebeveynlerden, ebeveyn tutumu hakkında bilgi almak amacıyla 46 maddeden oluşan “Ebeveyn Tutum Ölçeği” doldurulması istenecektir.
4. Sizden alınacak bilgilerin yanı sıra eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz çocuğunuzun öğretmenin doldurması için çocuğunuzun psikolojik sağlamlığına dair maddeler içeren “Çocuklar için Sosyal Duygusal İyi Oluş ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (PERİK)” bir kapalı zarf ile size verilecektir.

Değerlendirmeler Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü’nde yüz yüze bir şekilde yapılacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz halinde kuruma ulaşım için gerekli toplu taşıma ulaşım masrafları çocuğunuz ve eşlik eden bir ebeveyn tarafımızca karşılanacaktır. Araştırmaya destek verdiğiniz için teşekkür ederiz.

İletişim:

Araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz olursa,
Sorumlu araştırmacı Prof. Dr. Maviş Emel Kulak Kayıkcı ile [REDACTED]
(e-posta), Dilan Cengiz ile [REDACTED] numarasından veya
[REDACTED] (e-posta) üzerinden iletişime geçebilirsiniz.

EK-5: ÇALIŞMA GRUBU EBEVEYN ONAM FORMU

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU -1 (ÇALIŞMA GRUBU)

Bu araştırmada okul öncesi dönem (48-72 ay) kekemeliği olan çocukların psikolojik sağlamlıkları ile ebeveyn tutumlarının kekemeliği olmayan tipik gelişen akranları ile karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

Değerli Katılımcı,

“Okul Öncesi Dönem Kekemeliği Olan Çocukların Ebeveyn Tutumlarının ve Psikolojik Sağlamlıklarının Tipik Gelişen Akranları ile Karşılaştırılması” başlıklı araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Maviş Emel KULAK KAYIKCI (sorumlu araştırmacı), DKT. Dilan CENGİZ (yardımcı araştırmacı) ve Dr. Öğr. Üyesi M. Çiğdem KİRAZLI (yardımcı araştırmacı) tarafından yapılmaktadır. Bu çalışmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulu’ndan gerekli izin alınmıştır.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır, bu nedenle katılıp katılamamakta serbestsiniz. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmanın amacı kekemeliğin okul öncesi dönemde görülme sıklığı göz önünde bulundurularak ve kekemeliğin okul öncesi dönem kekemeliği olan çocuklarda psikolojik sağlamlık üzerine bir risk faktörü olduğu varsayılarak, okul öncesi dönem kekemeliği olan 48-72 aylık çocukların çocukların ebeveyn tutumları ve psikolojik sağlamlıklarını tipik gelişen akranları ile karşılaştırmaktır. Elde edilecek sonuçlara göre okul öncesi dönem kekemeliği olan çocukların kekemelik terapisinde psikolojik sağlamlığı da göz önünde bulundurmanın terapi sürecine olumlu etkiler sağlayabileceği düşünülmektedir.

Bu kapsamda çalışmaya katılmayı kabul ederseniz size, kendiniz ve çocuğunuz hakkında bazı bilgiler almak üzere çeşitli sorular sorulacak ve değerlendirme araçlarıyla değerlendirmeler yapılacaktır. Yapılacak değerlendirmede çocuğunuzun doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası bilgileri; motor gelişimi, dil gelişimi ve sosyal-duygusal gelişimi gibi gelişim basamakları, çocuğunuzun kekemeliğine ilişkin bilgiler kekemelik ile ilgili tepkiler ve düşünceler hakkında değerlendirme formları aracılığı ile bilgi toplanacaktır, Çocuğunuzun alıcı ve ifade edici dil becerileri ile konuşma sesi becerileri standart testler aracılığı ile değerlendirilecektir. Değerlendirme aşaması yaklaşık 20-40 dakika sürecektir. Değerlendirme aşamasının ardından yüz yüze yapılacak olan değerlendirme ve uygulamalar için araştırmacılar çocuğunuzun kekemelik düzeyini belirlemek için, çocuğunuz ile çiftlik oyunu oynarken 300 sözcük içeren konuşma örneği video kaydı alacaklardır. Alınan video kaydı daha sonra araştırmacılar tarafından analiz edilecektir. Bu işlem yaklaşık 10-15 dakika sürecektir. Sizden ise ebeveyn tutumu hakkında bilgi almak amacıyla 46 maddeden oluşan Ebeveyn Tutum Ölçeği’ ni doldurmanız istenecektir. Bu işlem yaklaşık 10-15 dk sürecektir.

Sizden alınacak bilgilerin yanı sıra eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz çocuğunuzun öğretmeninin doldurması için çocuğunuzun psikolojik sağlamlığına ilişkin maddeler içeren “Çocuklar için Sosyal Duygusal İyi Oluş ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (PERİK)” bir kapalı zarf ile size verilecektir. Çocuğunuzun öğretmeni ölçeği doldurduktan sonra yine kapalı bir zarf içinde size vermelidir. Öğretmeninden aldığınız bu zarfı tekrar araştırmacılara teslim etmenizi rica ediyoruz.

Çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular kimlik belirtilmeden öğrenim gören öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikteki yayınlarda kullanılabilir. Elde edilen veriler belirtilen amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için ek ödeme de yapılmayacaktır. Çalışma içerisinde uygulanacak aşamaların hiçbirinde herhangi bir risk bulunmamaktadır. Araştırmacıyla ilişkiniz olumsuz yönde etkilenmeden istediğiniz an çalışmadan çıkabilirsiniz. Kararınız herhangi bir kayıpla sonlanmayacaktır.

Araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz olursa sorumlu araştırmacı Prof. Dr. Maviş Emel Kulak Kayıkcı’ yı (iş), Dilan Cengiz’i (cep) veya Dr. Öğretim Üyesi

Meltem Çiğdem Kırazlı' yı (iş) no 'lu telefonlardan arayabilirsiniz. Araştırmaya destek verdiğiniz için teşekkür ederiz.

Bu forma adınızı ve soyadınızı

yazmayınız.

(Katılımcının Beyanı)

Prof.Dr. Maviş Emel KULAK KAYIKCI tarafından yürütülen, DKT. Dilan CENGİZ ve Dr. Öğr. Üyesi M. Çiğdem KİRAZLI'nın yardımcı araştırmacı olduğu "Okul Öncesi Dönem Kekemeliği Olan Çocukların Ebeveyn Tutumları ve Psikolojik Sağlamlıklarının Tipik Gelişen Akranları ile Karşılaştırılması" ile ilgili çalışma hakkında bana bilgi verildi. Bu bilgilerden sonra araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmanın amacı, uygulama biçimi ve tıbbi bilgilendirme ile ilgili gizliliğin sağlanacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine araştırma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Araştırmaya katıldığım için bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma ile ilgili sorularım için Prof. Dr. Maviş Emel Kulak Kayıkcı (), DKT. Dilan CENGİZ () ve Dr. Öğr. Üyesi M. Çiğdem KİRAZLI () ile temas edebileceğim bana bildirildi.

İstediğim zaman araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum. Araştırmaya katılımımın tamamen gönüllü olduğu, katılmam ya da katılıp daha sonra araştırmadan çekildiğim durumda bu durumdan hiçbir şekilde etkilenmeyeceğim belirtildi.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllü olarak kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza:

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz

☐ Kabul ediyorum.

EK-6: KONTROL GRUBU EBEVEYN ONAM FORMU

Bu araştırmada okul öncesi dönem kekemeliği olan çocukların psikolojik sağlamlıkları ile ebeveyn tutumlarının kekemeliği olmayan tipik gelişen akranları ile karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

Değerli Katılımcı,

“Okul Öncesi Dönem Kekemeliği Olan Çocukların Ebeveyn Tutumlarının ve Psikolojik Sağlamlıklarının Tipik Gelişen Akranları ile Karşılaştırılması” başlıklı araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Maviş Emel KULAK KAYIKCI (sorumlu araştırmacı), DKT. Dilan CENGİZ (yardımcı araştırmacı) ve Dr. Öğr. Üyesi M. Çiğdem KİRAZLI (yardımcı araştırmacı) tarafından yapılmaktadır. Bu çalışmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulu’ndan gerekli izin alınmıştır.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır, bu nedenle katılıp katılamamakta serbestsiniz. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmanın amacı kekemeliğin okul öncesi dönemde görülme sıklığı göz önünde bulundurularak ve kekemeliğin okul öncesi dönem kekemeliği olan çocuklarda psikolojik sağlamlık üzerine bir risk faktörü olduğu varsayılarak, okul öncesi dönem kekemeliği olan 48-72 aylık çocukların çocukların ebeveyn tutumları ve psikolojik sağlamlıklarını tipik gelişen akranları ile karşılaştırmaktır. Elde edilecek sonuçlara göre okul öncesi dönem kekemeliği olan çocukların kekemelik terapisinde psikolojik sağlamlığı da göz önünde bulundurmanın terapi sürecine olumlu etkiler sağlayabileceği düşünülmektedir.

Bu kapsamda çalışmaya katılmayı kabul ederseniz size, kendiniz ve çocuğunuz hakkında bazı bilgiler almak üzere çeşitli sorular sorulacak ve değerlendirme araçlarıyla değerlendirmeler yapılacaktır. Yapılacak değerlendirmede çocuğunuzun prenatal, natal, postnatal bilgileri; motor gelişimi, dil gelişimi ve sosyal-duygusal gelişimi gibi gelişim basamakları ile ilgili bilgi toplanacaktır. Çocuğunuzun alçı ve ifade edici dil becerileri ile konuşma sesi becerileri standart testler aracılığı ile değerlendirilecektir. Değerlendirme aşaması yaklaşık 20-40 dakika sürecektir. Sizden ise ebeveyn tutumu hakkında bilgi almak amacıyla 46 maddeden oluşan Ebeveyn Tutum Ölçeği’ni doldurmanız istenecektir. Bu işlem yaklaşık 10-15 dk sürecektir.

Sizden alınacak bilgilerin yanı sıra eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz çocuğunuzun öğretmeninin doldurması için çocuğunuzun psikolojik sağlamlığına dair maddeler içeren “Çocuklar için Sosyal Duygusal İyi Oluş ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (PERİK)” bir kapalı zarf ile size verilecektir. Çocuğunuzun öğretmeni ölçeği doldurduktan sonra yine kapalı bir zarf içinde size vermelidir. Öğretmeninden aldığınız bu zarfı tekrar araştırmacılara teslim etmenizi rica ediyoruz.

Çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular kimlik belirtilmeden öğrenim gören öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikteki yayınlarda kullanılabilir. Elde edilen veriler belirtilen amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için ek ödeme de yapılmayacaktır. Araştırma amacıyla **çocuğunuzun ve sizin Hacettepe Üniversitesi’ne yapacağınız ulaşım için gerekli toplu taşıma ulaşım giderleriniz araştırmacılar tarafından karşılanacaktır.** Çalışma içerisinde uygulanacak aşamaların hiçbirinde herhangi bir risk bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz ya da istediğiniz an çalışmadan çıkabilirsiniz. Kararınız herhangi bir kayıpla sonlanmayacaktır.

Sorularınızı yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz olursa sorumlu araştırmacı Prof. Dr. Maviş Emel Kulak Kayıkcı’ yı (iş) Dilan Cengiz’i (cep) veya Dr. Öğretim Üyesi Meltem Çiğdem Kirazlı’ yı (iş) no ’lu telefonlardan arayabilirsiniz. Araştırmaya destek verdiğiniz için teşekkür ederiz.

Bu forma adınızı ve soyadınızı yazmınız.

(Katılımcının Beyanı)

Prof.Dr. Maviş Emel KULAK KAYIKCI tarafından yürütülen, DKT. Dilan CENGİZ ve Dr. Öğr. Üyesi M. Çiğdem KİRAZLI’nın yardımcı araştırmacı olduğu “Okul Öncesi Dönem Kekemeliği Okul Öncesi Dönem Kekemeliği Olan Çocukların Ebeveyn Tutumları ve Psikolojik Sağlamlıklarının Tipik Gelişen Akranları ile Karşılaştırılması” ile ilgili çalışma hakkında bana bilgi verildi. Bu bilgilerden sonra araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmanın amacı, uygulama biçimi ve tıbbi bilgilendirme ile ilgili gizliliğin sağlanacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine araştırma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Araştırmaya katıldığım için bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma ile ilgili sorularım için Prof. Dr. Maviş Emel Kulak

Kayımcı (), DKT Dilan CENGİZ () ve Dr. Öğr. Üyesi M. Çiğdem KIRAZLI () ile temas edebileceğim bana bildirildi.

İstediğim zaman araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum. Araştırmaya katılımımın tamamen gönüllü olduğu, katılmam ya da katılıp daha sonra araştırmadan çekildiğim durumda bu durumdan hiçbir şekilde etkilenmeyeceğim belirtildi.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllü olarak kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı
 Adı, soyadı:
 Adres:
 Tel.
 İmza:

Görüşme tanığı
 Adı, soyadı:
 Adres:
 Tel.
 İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı
 Adı soyadı, unvanı:
 Adres:
 Tel.
 İmza:

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐ Kabul ediyorum.

EK-7: ÖĞRETMEN ONAM FORMU

Bu araştırmada okul öncesi dönem (48-72 ay) kekemeliği olan çocukların psikolojik sağlamlıkları ile ebeveyn tutumlarının kekemeliği olmayan tipik gelişen akranları ile karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

Saygıdeğer Öğretmenler,

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümünde 48-72 ay arasındaki kekemeliği olan çocukların psikolojik sağlamlıkları ile ebeveyn tutumlarının kekemeliği olmayan tipik gelişen akranları ile karşılaştırılması amacıyla yüksek lisans tez çalışması yapılmaktadır. Bu çalışmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan gerekli izin alınmıştır.

Psikolojik sağlamlık, bireylerin gelişimini olumsuz etkileyebilecek çeşitli stres, sıkıntı, zorluk ve olumsuz durumlara rağmen uyum göstermesi, olumlu gelişmeye devam etmesi olarak tanımlanır (Masten, 2001, s. 228). Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılacak olan “Çocuklar için Sosyal Duygusal İyi Oluş ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (PERİK)” ~~bu~~ katılımcı çocukların öğretmenleri tarafından doldurulması gerekmektedir.

Size öğrencinizin ebeveyni aracılığı ile kapalı bir zarf içinde ulaştırdığımız bu ölçeği doldurmanızı istiyoruz. Ölçeği doldurduktan sonra yine kapalı bir zarf içerisinde çocuğun ebeveynine bize iletmesi için vermenizi rica ediyoruz. Doldurmanızı istediğimiz ölçek kendinizle ilgili kişisel bilgiler vermenizi gerektirmemektedir. Bu ölçek otuz altı madde ve altı alt boyuttan oluşmakta ve 5’li likert tipinde ve Her zaman=5, Genellikle=4, Kısmen=3, Nadiren=2, Asla=1 olarak puanlanmaktadır. Ölçeği doldurmanız yaklaşık 10- 15 dakikanızı alacaktır.

Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlar ile kekemeliği olan öğrencinizin psikolojik sağlamlığına dair bilgi toplamış olacağız. Bu nedenle soruların tümüne, içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır.

Araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz olursa sorumlu araştırmacı Prof. Dr. Maviş Emel Kulak Kayıkcı’ ~~ya~~ (iş) Dilan Cengiz’i (cep) veya Dr. Öğretim Üyesi Meltem Çiğdem Kırazlı’ ~~ya~~ (iş) no ’lu telefonlardan arayabilirsiniz. Araştırmaya destek verdiğiniz için teşekkür ederiz.

Bu forma adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

(Katılımcının Beyanı)

Prof.Dr. Maviş Emel KULAK KAYIKCI tarafından yürütülen, DKT. Dilan CENGİZ ve Dr. Öğr. Üyesi M. Çiğdem KİRAZLI’nın yardımcı araştırmacı olduğu “Okul Öncesi Dönem Kekemeliği Olan Çocukların Ebeveyn Tutumları ve Psikolojik Sağlamlıklarının Tipik Gelişen Akranları ile Karşılaştırılması” ile ilgili çalışma hakkında bana bilgi verildi. Bu bilgilerden sonra araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Araştırmanın amacı, uygulama biçimi ve tıbbi bilgilendirme ile ilgili gizliliğin sağlanacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine araştırma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Araştırmaya katıldığım için bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma ile ilgili sorularım için Prof. Dr. Maviş Emel Kulak Kayıkcı (), DKT Dilan CENGİZ () ve Dr. Öğr. Üyesi M. Çiğdem KİRAZLI () ile temas edebileceğim bana bildirildi.

Istedığım zaman araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum. Araştırmaya katılımımın tamamen gönüllü olduğu, katılmam ya da katılıp daha sonra araştırmadan çekildiğim durumda bu durumdan hiçbir şekilde etkilenmeyeceğim belirtildi.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllü olarak kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza:

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐ Kabul ediyorum.

EK -8: Pediatrik Değerlendirme Formu

			
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ			
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ÜNİTESİ			
PEDİATRİK DEĞERLENDİRME FORMU			

Çocuğun Adı-Soyadı: Dosya No: Şehir:	Yaş: Cinsiyet: K ☐ E ☐	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Değerlendirme Tarihi:</td> <td style="width: 10%;">Yıl</td> <td style="width: 10%;">Ay</td> <td style="width: 10%;">Gün</td> </tr> <tr> <td>Doğum Tarihi</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kronolojik Yaş:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Değerlendirme Tarihi:	Yıl	Ay	Gün	Doğum Tarihi				Kronolojik Yaş:			
Değerlendirme Tarihi:	Yıl	Ay	Gün											
Doğum Tarihi														
Kronolojik Yaş:														
DKT:	Eşlik eden kişi: Yakınlık Derecesi:	Yönlendirilen Bölüm: Var ☐ ... Yok ☐												
On Tanı: Var ☐ ... Yok ☐	Yaş ve Meslek: Anne: Baba:	Telefon:												

1. BAŞVURU NEDENİ:

Daha önce başvurulmuş bölümler:

Hacettepe: -----

Dış merkez: -----

2. TIBBİ HİKAYE**PRENATAL BİLGİLER**

Gebelik Yaşı: -----

Planlı/ Plansız Gebelik: -----

Akraba Evliliği: Var ☐ Yok ☐

Annenin İlaç Kullanımı: -----

Geçirdiği Hastalıklar: -----

Travma/Kaza: -----

Düşük Tehdidi: -----

Diğer: -----

NATAL BİLGİLER

Gebelik Süresi: -----

Doğum şekli: -----

Doğum Ağırlığı: -----

~~Anoksi:~~ -----

~~Hiperbilirubinemi:~~ -----

Kan Transfüzyonu: -----

POSTNATAL BİLGİLER Ateşli hastalık: ----- Kulak enfeksiyonu: ----- Kaza/travma: ----- Göz problemi: ----- Düzenli İlaç Kullanımı: ----- Alerji: -----	Geçirilen Ameliyatlar: ----- İşitme taraması: Geçti ☐ Kaldı ☐ Yapılmadı ☐ En son işitme testi tarihi: ----- sonucu: -----
--	---

3. GELİŞİM OYKUSU
MOTOR GELİŞİM
 Emekleme: -----
 Oturma: -----
 Yürüme: -----
 Koşma (sık düşme, denge kuramama vb. sorunlar?): -----
 Salya kontrolü (2yaştan sonra devam eden?): -----
 Emme ile ilgili sorunlar (emmenin reddi?): -----
 Çiğneme ile ilgili sorunlar (katı gıdaya geçiş sorunları?): -----
 Yutma ile ilgili sorunlar (farklı kıvamlarda sorunlar?): -----
 Beslenme tercihi (tek tip beslenme?): -----
 Tuvalet alışkanlığı: -----

DİL GELİŞİMİ
Sözel olmayan beceriler:
 Göz kontağı (var, yok, sınırlı?): -----
 Jest, mimik kullanımı (işaret etme, baş ~~bas~~ – bay bay yapma, öpücük atma): -----
 İletişim başlatma-sürdürme: -----
 Ortak ilgi kurma: -----
 Aileden alınan bilgi/ klinik gözlem bulguları: -----

Sözel beceriler:
İlk 1 yıl;
 Vokalizasyon (yoğun, sınırlı?): -----
 Babıldama (yoğun, sınırlı?): -----
 1 yaş sonrası;
 İlk sözcük üretim zamanı: -----
 Ürettiği Sözcükler (kaybettiği sözcükler?): -----

 Basit cümle üretim zamanı (baba gel vb.): -----
Şuanki iletişim düzeyi:

Ağlayarak tek sözcük ile	Jest mimik ile Basit cümle ile	Çekiştirerek Karmaşık cümle ile	Basit vokalizasyonlar ile(uhh ihhh)
-----------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Konuşma anlaşılabilirliği (anne babadan başka kimse anlamıyor?): düşük ☐ normal ☐
Konuşma sırasında gözlenen akıcısızlık/ takılmalar: var ☐ yok ☐
 örnek: -----
Sosyal- Duygusal Gelişimi
 Çocuğunuzun kişiliğini birkaç sözcük ile tanımlayınız: -----

 Sinirli / Saldırgan ☐ İlgisiz ☐ Sakin ☐ İçine kapanık ☐
 Dikkati dağınık ☐ Aşırı hareketli ☐

Günlük Yaşama ilişkin bilgiler:
 Bakım veren:
 Anne ☐ Anneanne ☐ Babaanne ☐ Bakıcı ☐
 Kreş bilgileri:
 Yarım gün ☐ Tam gün ☐ Gitmiyor ☐ Oyun grubu ☐
 Akranlarıyla etkileşim: ☐ Süre (günlük): -----
 TV, tablet, telefon kullanımı: ☐ Süre (günlük): -----

Çocuk ile oyun oynama: ☐	Süre (günlük): _____
Çocuk ile kitap okuma: ☐	Süre (günlük): _____
Çocuğun tercih ettiği oyuncaklar: _____	

4. GORUŞ

Çocuğun dil ve konuşma bozukluğunun ayrıntılı değerlendirilebilmesi için aşağıda işaretlenmiş olan testlerin yapılması gerekmektedir:

Tıbbi değerlendirme:	
KBB	☐
Pediyatri	☐
Çocuk ruh sağlığı	☐
Plastik R. Cerrahi	☐
Diğer	☐
Odyolojik değerlendirme ☐	
Genel gelişim	
Denver	☐
AGTE	☐
Dil gelişimi	
TEDİL	☐
TÖDİL	☐
Konuşma sesi bozukluğu	
AAT	☐
SST	☐
DDY Form	☐
Oral Motor Değerlendirme Formu	☐
Ses Bozukluğu Değerlendirme Formu	☐
Kekemelik Değerlendirme Formu	☐
Motor Konuşma Bozukluğu Formu	☐
Yutma Değerlendirme Formu	☐
Oral Motor Değerlendirme Formu	☐

5. KONSEY

Çocuğunuz aşağıda uygun görülen konseye dahil edilmiştir:

Pediyatri konseyi	☐
DDY konseyi	☐
Ses konseyi	☐
Diğer	☐

KONSEY NOTU

6. DEGERLENDIRME

1.Değerlendirme aracı adı: -----
 Değerlendirme sonucu: -----

2.Değerlendirme aracı adı: -----
 Değerlendirme sonucu: -----

Değerlendirmeye ilişkin ek bilgi:

7. ONERILER



EK -9: Akıcı Konuşma Bozuklukları Çocuk Değerlendirme Formu

		
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ		
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ÜNİTESİ		
AKICI KONUŞMA BOZUKLUĞU ÇOCUK DEĞERLENDİRME FORMU		

Çocuğun Adı-soyadı: Uygulayıcının Adı-soyadı:	Değerlen. Tarih: ____/____/____ Doğum Tarih: ____/____/____ Yaş: ____	Tarih: ____/____/____ Cinsiyet: K ☐ E ☐
Eşlik Eden Kişi:	Anne adı: Baba Adı:	Eğitim Düzeyi: Eğitim Düzeyi:
Şehir:	Dosya No:	Telefon:
Okul Adı:	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)	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:

Ailede AKB geçmişi:		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		Cümle başı		
	Ünsüz sesler			Sözcük başı		Sözcük ortası		Sözcük ortası		
Konuşmada görülen ikincil davranışlar										
KLİNİK İÇİ OKUMA										
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	
Okumada görülen ikincil davranışlar						



EK-10: Veri Toplama Formu

VERİ TOPLAMA FORMU	
Değerlendirme Tarih: ____/____/____ Doğum Tarih: ____/____/____ Kronolojik Yaş:	-Cinsiyet: K ☐ E ☐ -Çocuğunuz okul öncesi eğitim kurumuna devam ediyor mu? : Evet ☐ ayır
Eşlik eden kişi:	Anne eğitim düzeyi: Baba eğitim düzeyi:
Başvuru nedeni:	
Çocuğunuzun kekemeliği ne zaman başladı?	
Kekemeliğin başlangıcından itibaren ne kadar süre geçti?	
Kekemelik başlangıcından itibaren zaman içinde değişim gösterdi mi? (başlangıca göre arttı/azaldı vb... şekilde cevaplayabilirsiniz)	
Kekemeliği hangi tipte (blok/uzatma/tekrar)	
Ailede kekemelik öyküsü var mı?	
Çocuğunuz kekelediğinde nasıl tepki veriyorsunuz?	
Çocuğunuz kekelediğinin farkında mı?	
Çocuğunuz kendi kekemeliğine nasıl tepki veriyor?	
Çocuğunuz kekemeliğinden rahatsız oluyor mu? Eğer yanıtınız evet ise bunu nasıl anladınız?	
Siz çocuğunuzun kekemeliğinden rahatsız oluyor musunuz?	
Çocuğunuzun kekemeliği hangi ortamlarda artıyor?	
Çocuğunuzun kekemeliği hangi ortamlarda azalıyor?	
Sizce çocuğunuzun kekemeliğinin nedeni nedir?	
Çocuğunuzun kişiliğini nasıl tanımlarsınız?	
Çocuğunuzun başka bir dil, konuşma, ses ve yutma sorunu var mı?	

KLİNİK İÇİ DİL VE KONUŞMA DEĞERLENDİRMESİ	
<u>KONUŞMA AKICILIĞI</u> Toplam Sözcük Sayısı: Kekelenen Sözcük Sayısı: Kekelenen sözcük yüzdesi:	<u>DİL DEĞERLENDİRMESİ</u> Türkçe Erken Dil Gelişimi Testi:
	<u>KONUŞMA SESİ</u> <u>DEĞERLENDİRMESİ</u> Ankara Artikülasyon Testi:

EK-11: Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ) Örnek Maddeler

EBEVEYN TUTUM ÖLÇEĞİ (ETÖ)		5	4	3	2	1
CÜMLELER		Her zaman böyledir	Çoğu zaman böyledir	Bazen böyledir	Nadiren böyledir	Hiçbir zaman böyle değildir
1	Ben bir başkasıyla konuşurken çocuğumun araya girmesine izin veririm.					
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Ölçek Kullanım İzni:

Ebeveyn Tutum Ölçeği Kullanım İzni Hk. 📄 📧 📧

17 Tem 2023 Pzt 13:00 ☆ 😊 ↩ ⋮

 Prof. Dr. Şendil

Sayın Prof. Dr. Şendil,
Ben Hacettepe Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü yüksek lisans öğrencisi Dilan Cengiz.

Danışmanlığımı Sayın Prof. Dr. Maviş Emel Kulak Kayıkcı' nın yürüttüğü " OKUL ÖNCESİ DÖNEM KEKEMELİĞİ OLAN ÇOCUKLARIN EBEVEYN TUTUMLARI VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIKLARININ TİPİK GELİŞEN AKRANLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI " başlıklı yüksek lisans tezimde kullanmak üzere, Sayın Karabulut Demir ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Ebeveyn Tutum Ölçeği' ni kullanmak için izninizi ve ölçeğin Türkçe formunu benimle paylaşmanızı rica ediyorum. Saygılarımla.

T Telat Gül ŞENDİL Alıcı: ben 17 Tem 2023 Pzt 22:36 ☆ 😊 ↩ ⋮

Merhaba Dilan,
ölçeğimizi kullanmaktan memnuniyet duyarız. Ekte ilgili matzemeleri yolladım. Şimdiden başarılar dilerim. Hocana da selam ve saygılarımı ilet lütfen...

 Prof.Dr. Telat GÜL ŞENDİL
İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi
Psikoloji

EK-12: Çocuklar İçin Sosyal Duygusal İyi Oluş Ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Örnek Maddeler

Değerli Öğretmenler

Bir çocuğu daha önce sıklıkla gözlemlediyseniz ölçekteki birçok soruyu muhtemelen derhal tahmin edebilirsiniz. Diğer durumlarda öncelikle uzun süreli gözlemlene evresi gereklidir. Ölçekteki her madde için 5 seçenek söz konusudur.

	1) İletişim Kurma / Sosyal Performans	Her zaman	Genellikle	Kısmen	Nadiren	Asla
1.	Akranlarıyla kolaylıkla (pozitif) iletişim kurar.	5	4	3	2	1
2.	Diyar...	5	4	3	2	1
3.	...	5	4	3	2	1
4.	...	5	4	3	2	1
5.	...	5	4	3	2	1
6.	K...	5	4	3	2	1
	2) Öz-Kontrol/ Düşüncelilik	Her zaman	Genellikle	Kısmen	Nadiren	Asla
1.	Grup tartışmalarında, etkinlikler sırasında ya da yemek veya materyal dağıtılırken sırasını bekleyebilir.	5	4	3	2	1
2.	...	5	4	3	2	1
3.	...	5	4	3	2	1
4.	...	5	4	3	2	1

Kullanım İzni:



Dilan
Alıcı: s

Okul Öncesi Çocuklar İçin Sosyal Duygusal İyi Oluş ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Kullanım İzni

Gelen Kutusu x

19 Nis 2023 Çar 17:27 ☆ 😊 ↩ ⋮

Sayın Prof. Dr. Özbey,

Ben Hacettepe Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü yüksek lisans öğrencisi Dilan Cengiz.

Danışmanlığını Sayın Prof. Dr. Maviş Emel Kulak Kayıkcı' nın yürüttüğü "OKUL ÖNCESİ DÖNEM KEKEMELİĞİ OLAN ÇOCUKLARIN EBEVEYN TUTUMLARI VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIKLARININ TİPİK GELİŞEN AKRANLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI" başlıklı yüksek lisans tezimde kullanmak üzere, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Okul Öncesi Çocuklar İçin Sosyal Duygusal İyi Oluş ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği' ni kullanmak için izninizi ve ölçeğin Türkçe formunu benimle paylaşmanızı rica ediyorum.

Saygılarımla.



Saide Özbey
Alıcı: ben

23 Nis 2023 Paz 12:29 ☆ 😊 ↩ ⋮

Dilan Merhaba

İlgili belgeler ektedir.İzin formunu doldurup göndermen yeterlidir.Kolaylıklar.



9. ÖZGEÇMİŞ

