



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ANABİLİM DALI
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KEKELEYEN OKUL ÖNCESİ VE İLKOKUL ÇOCUKLARINDA
DAVRANIŞSAL, DUYGUSAL VE SOSYAL İYİLİĞİN
KARŞILAŞTIRILMASI KEKEMELİK ŞİDDETİNİN İYİLİK
ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Cansu ALPAY

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Evrim GERÇEK**

İSTANBUL-2021

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ANABİLİM DALI
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

KEKELEYEN OKUL ÖNCESİ VE İLKOKUL ÇOCUKLARINDA
DAVRANIŞSAL, DUYGUSAL VE SOSYAL İYİLİĞİN KARŞILAŞTIRILMASI
KEKEMELİK ŞİDDETİNİN İYİLİK ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN
İNCELENMESİ

Cansu ALPAY

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Evrim GERÇEK

İSTANBUL-2021

ÖZET

KEKELEYEN OKUL ÖNCESİ VE İLKOKUL ÇOCUKLARINDA DAVRANIŞSAL, DUYGUSAL VE SOSYAL İYİLİĞİN KARŞILAŞTIRILMASI KEKEMELİK ŞİDDETİNİN İYİLİK ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Kekemelik, bireyleri psikolojik olarak etkilediği gibi sosyal yaşamlarını da etkileyen bir bozukluktur. Bireylerin duygu durumları üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmekle beraber nasıl hissedildiği, nasıl davranıldığı ve iyi oluş halinde de etkiler gösterebilmektedir. Bu çalışma kekemeliği olan okul öncesi ve ilkököl çağı çocuklarının kekemelik şiddetleri ile davranış problemleri, duygusal problemler, hiperaktivite, akran sorunları, sosyal davranışları, kekemelikte geçirilen süre ve terapi süreleri ile arasındaki ilişkilerin araştırılması amaçlanmıştır. Yapılan analizlerden elde edilen bulgulara göre iki grubun da güçlük puanlarının ortalamasının üstünde olduğu gözlemlenmiştir. Bu çalışmanın ana değişkenini oluşturan kekemelik şiddeti ile Güçler ve Güçlükler Anketi'nin alt boyutunu oluşturan akran ilişkileri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Diğer bir alt boyut olan hiperaktivite ile kekemelik şiddeti arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Hiperaktivite ve akran ilişkileri ile yaş grupları incelendiğinde bir farklılaşma görülmemiştir. Hiperaktivite alt boyutu ile terapi süresi arasında anlamlı negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Her iki gruba da bakıldığında kekemelik şiddeti ile duygulanım, davranış, etkilenme puanları ve sosyal davranış puanları, güçlük puanları arasında anlamlı istatistiki bir fark bulunmamıştır. Terapi süresi ve kekemelikte geçirilen süreler gibi değişkenler de analize dahil edilmiştir. Bunun sonucunda güçlük puanının terapi süresi ile negatif yönlü anlamlı ilişkilere rastlanırken, kekeleme süresiyle bir ilişkisi bulunamamıştır. Diğer bir bulgu ise davranış değişkeni ile kekeleme süreleri ile pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sonuç olarak kekemeliği olan okul öncesi ve okul çağı çocuklarının kekemelik şiddeti ile davranışsal, duygusal ve hiperaktivite değişkenleri ile bir ilişkisi bulunmazken, akran ilişkileri ile arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Diğer yandan terapi süresinin güçlük puanı ile ilişkisi saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kekemelik, iyi oluş, davranış problemleri

ABSTRACT

COMPARISON OF BEHAVIORAL, EMOTIONAL AND SOCIAL WELLNESS IN PRESCHOOL AND PRIMARY SCHOOL CHILDREN WHO SUTTER

Stuttering is a disorder that affects the individual's social life as well as psychologically. While it can have negative effects on the emotional states of individuals, it can also affect how they are felt, how they behave and their well-being. The aim of this study was to investigate the relationship between the severity of stuttering and behavioral problems, emotional problems, hyperactivity, peer relations, social behavior, time spent stuttering and therapy durations of preschool and primary school children who stutter. According to the findings obtained from the analyzes, it was observed that the difficulty scores of both groups were above the average. It has been found that there is a significant relationship between the severity of stuttering, which is the main variable of this study, and the peer relationships, which constitute the sub-dimension of the DGA. No significant relationship was found between hyperactivity, another sub-dimension, and the severity of stuttering. When hyperactivity and peer relationships and age groups were examined, no differentiation was observed. A significant negative correlation was found between the hyperactivity sub-dimension and the duration of therapy. When both groups were examined, no statistically significant difference was found between the severity of stuttering and affect, behavior, influence scores, social behavior scores, and difficulty scores. Variables such as therapy duration and time spent stuttering were also included in the analysis. As a result, while the difficulty score was found to have negative and significant relationships with the duration of therapy, no relationship was found with the time spent stuttering. Another finding is that there is a positive and significant relationship between the behavior variable and the time spent stuttering. As a result, while there was no relationship between stuttering severity and behavioral, emotional and hyperactivity variables of preschool and school age children who stutter, significant relationships were found between peer relationships. On the other hand, the relationship between the duration of therapy and the difficulty score was determined.

Keywords: Stuttering, well-being, behavioral problems

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde, bilgi ve birikimlerini her zaman benimle paylaşan, kıymetli zamanını ayırıp elinden gelenin fazlasını sunan kıymetli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Evrim GERÇEK'e

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca kıymetli bilgiler edindiğim ve tez jürimde yer almayı kabul eden bölüm başkanımız Prof. Dr. Ahmet KONROT'a,

Tez jürimde yer almayı kabul eden Dr. Öğrt. Üyesi Aşena KARAMETE'ye

Desteklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen çok sevgili meslektaşlarım Nihal Nurdan BOL, Bedriye KAYGISIZ ve Cemal ÖKTEN'e,

Çalışmama katılan tüm katılımcılara,

Çok sevdiğim mesleğimle tanışmamı sağlayan sevgili TURHANLAR ailesine,

Her zaman yanımda olan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum, her şey için minnettarım.

BEYAN FORMU

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 zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim

Tarih

13/09/2021

Cansu ALPAY
İmzası

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN FORMU	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Kekemelik Tanım ve Yaygınlık.....	3
2.2 Kekemeliğin Nedenleri	5
2.3. Kekemelik ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu.....	7
2.4. Kekemelik ve Mizaç İlişkisi	10
2.5. Kekemeliğin Bireyin İyilik Hali Üzerine Etkisi	12
2.6. Kekemeliğin Bireyin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi	14
2.7. Kekemelik ve Kekemelik Şiddetinin Bireyin Benlik Saygısı Üzerine Etkileri	16
2.8. Kekemeliğin Bireyin Davranışsal Özelliklerine Etkisi.....	17
2.9. Kekemeliğin Bireylerin Sosyal Özelliklerine Etkisi.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırmanın Modeli.....	20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	20
3.3. Araştırmanın Katılımcıları	20
3.4. Veri Toplama Araçları	21
3.4.1.Kekemelik şiddetini değerlendirme aracı (KEŞİDA-4).....	21

3.4.2. Güçler ve güçlükler anketi (GGA).....	22
3.5. Verilerin Toplanması	23
3.6. Verilerin Analizi	24
3.7. Değerlendiriciler Arası Uyum	24
4. BULGULAR.....	25
4.1. Okul Öncesi ve İlkokul Çocuklarının GGA Puanları ve Kekemelik Şiddetlerinin Betimsel İstatistikleri	25
4.2. Okul Öncesi ve İlkokul Çocuklarının GGA Puanları Arasındaki Analizlere İlişkin Bulgular	26
4.3. Okul Öncesi Çocuklarında Kekemelik Şiddeti ile GGA Puanlarına İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları	28
4.4. İlkokul Çocuklarında Keşida Puanı ile GGA Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları	28
4.5. Tüm Katılımcıların Kekemelik Sıklığı ile GGA Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları	29
4.6. Toplam Güçlük Puanı ile Terapi Süresi ve Ne Kadar Süredir Kekelediği Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular	30
4.7. Katılımcı Çocukların Hiperaktivite, Duygulanım, Davranış, Akran İlişkileri, Toplam Güçlük Puanı, Etkilenme Puanı ile Terapi Süreleri ve Kekemelikte Geçirilen Süre arasındaki ilişki.....	31
5. TARTIŞMA.....	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	36
KAYNAKLAR	38
Ek 1. İntihal Raporu.....	50

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Çalışmaya katılan çocukların yaş gruplarına göre demografik özelliklerinin dağılımı.....	21
Tablo 2: Konuşmadaki Kekemelik Sıklığını Hesaplama.....	23
Tablo 3: Değerlendiricilerin Arasındaki Uyum Analizi sonuçları.....	25
Tablo 4: Okul öncesi ve ilkököl çocuklarının GGA puanları ve kekemelik şiddetlerinin betimsel istatistiklerine dair bulgular.....	26
Tablo 5: Okul öncesi ve ilkököl çocuklarının hiperaktivite ve akran ilişkileri puanlarının karşılaştırma sonuçları.....	27
Tablo 6: Okul öncesi ve ilkököl çocuklarının duygulanım, akran ilişkileri, toplam güçlük puanı ve etkilenme puanlarının karşılaştırma sonuçları.....	28
Tablo 7: Okulöncesi çocuklarda kekemelik şiddeti ile GGA puanları arasındaki korelasyon sonuçları.....	29
Tablo 8: İlkökököl çocuklarında Keşida puanı ile GGA puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları.....	29
Tablo 9: İlkökököl çocuklarında Keşida puanları ile Etkilenme Puanları ve Sosyal Davranış Puanları arasındaki analiz sonuçları.....	30
Tablo 10: Tüm katılımcıların kekemelik şiddeti ile GGA puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları.....	30
Tablo 11: GGA puanı ile Terapi ve Kekemelikte Geçirilen Süreye dair betimsel istatistikler	31
Tablo 12: Terapi süresi ve Kekemelikte Geçirilen Süre ile GGA Puanı ilişkisine ilişkin bulgular.....	31

Tablo 13: Tüm Katılımcıların Toplam Hiperaktivite, Duygulanım, Davranış, Akran İlişkileri, GGA Puanı, Etkilenme Puanı ile Terapi Süreleri ve Kekemelikte Geçirilen Süre Betimsel İstatistikleri32

Tablo 14: Katılımcı çocukların Hiperaktivite, Duygulanım, Davranış, Akran İlişkileri, GGA Puanı, Etkilenme Puanı ile Terapi Süreleri ve Kekemelikte Geçirilen Süre arasındaki ilişki.....32



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ASHA: American Speech-Language-Hearing Association

GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi

KEŞİDA: Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı (SSI4-TR)



1. GİRİŞ

Kekemelik, konuşmadaki akıcısızlıkların anormal derecede sık olması veya durma süresiyle karakterize edilen bir konuşma bozukluğudur ve bu bozuklukta görülen akıcısızlık tipleri genellikle (A) seslerin, hecelerin veya tek heceli sözcüklerin tekrarları, (B) seslerin uzaması veya (C) hava akışının 'tıkanması' şeklinde meydana gelmektedir (Guitar, 2013). Kekemeliğe ilişkin bir diğer husus ise kekemeliğin sadece konuşma biçiminde ortaya çıkan bir bozukluk olmadığı, aynı zamanda duyguları önemli ölçüde etkileyebilen ve bireylerin duygusal durumlarına bağlı olarak kekeleme düzeyinde artışa neden olabilen bir olgu olmasıdır (Dumanoglu, 2006).

Chandrabose ve ark. (2010) dinleyiciler tarafından ifade edilen olumsuz tepkilere maruz kalma ya da olumsuz tepkilerin gelebileceğine yönelik beklenti ile kekemeliği olan bireylerin akıcısızlık düzeyleri şiddetlenebilmekte ve kekemeliği olan bireylerde olumsuz değerlendirilme korkusuna yol açabileceğini ifade etmektedir. Ek olarak, kekemeliğin varlığına ilişkin olumsuz değerlendirilme korkusunun okul öncesi dönemden itibaren akranlardan gelebilecek olumsuz tepkiler ile bütünleşerek bireyin kekeleme düzeyinin olumsuz yönde ilerlemesine neden olabileceği de alan yazın bulguları arasında yer alan bir diğer husus olarak karşımıza çıkmaktadır (Langevin ve ark., 2009).

Alan yazında yer alan birçok araştırmada, kekemeliğe ve kekemeliği olan bireylere ilişkin olumsuz yönde kalıplaşmış davranışları taşıma (Dorsey ve Guenther, 2000; Bennett, 2006) ve kekemeliği olan bireylerin sessiz, suskun, korunan, kaçınan, içe dönük, pasif, kendi kendine yeten, endişeli, gergin ve korkmuş gibi sıfatlar ile tanımlanma eğiliminin olduğu görülmektedir (Snyder ve ark., 2020). Ancak toplumun çoğu kekemelik konusunda zayıf bilgi düzeyine sahiptir (Snyder ve ark., 2020). Kamusal bir yaygınlığa sahip olan bu düşük bilgi düzeyi, kekemeliğin zihinsel ve duygusal karmaşalara sahip olmasına neden olan faktörlerden biri olarak değerlendirilmektedir (Chandrabose ve ark. 2010). Bununla birlikte; kekemeliğin şiddetinin birey üzerindeki etkisi bireysel farklılıklar göstermektedir. Bazı bireylerde kekemelik yaşam kalitelerini olumsuz etkilerken, bazılarının yaşam kalitesini olumsuz etkilememektedir (Beilby, ve ark., 2012; Boyle, 2015). Kekemeliğe ilişkin bu değişkenlik, bireylerin içsel ve dışsal uyaranlara yönelik sağlamış olduğu öznel atıfların sonucu olarak değerlendirilmektedir

(Starkweather, 2002). Kekemeliğin başlangıcına ilişkin alan yazın incelendiğinde yaklaşık olarak 2.5-3 yaşlarında belirtilerin gelişmeye başladığı ve kimi kronik vakalarda yaşam boyu sürebildiği bilinmektedir (Yairi ve Ambrose, 2005).

Bu doğrultuda; kekemeliğin başlangıcı olan okul öncesi dönem ile kekemeliğin yerleştiği dönem olan ilkököl çocuklarının, davranışsal, duygusal ve sosyal sorunlarının farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemenin ve kekemelik sürecine ilişkin bireylerin yaşantısı üzerindeki olumsuz etkileri belirlemenin gerek alan yazın gerek uygulama sahası açısından önem teşkil edeceği düşünülmektedir (Boyle, 2015). Ek olarak, kekemelik şiddetinin bireyin davranışsal ve duygusal sorunlar geliştirmesi üzerine etkisinin olup olmadığına ilişkin gerçekleştirilecek incelemelerin kekemelik üzerine geliştirilecek tedavi yöntemlerine işlevsel bir katkısının olacağı düşünülmektedir (Alm, 2014).

Bu araştırmanın genel amacı, kekemeliği olan okul öncesi ve ilkököl çocuklarında davranışsal, duygusal ve sosyal iyilik düzeylerinin karşılaştırılması ve kekemelik şiddetinin iyilik boyutları üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Bu genel amaç doğrultusunda ise şu sorulara yanıt aranmaktadır.

1-Kekemeliği olan okul öncesi ve ilkököl çocuklarının davranışsal, duygusal ve sosyal iyilik düzeyleri (Hiperaktivite, Duygusallık, Davranış Sorunları, Akran İlişkileri, Sosyal Davranış, Etkilenme) arasında anlamlı düzeyde farklılık var mıdır?

2- Kekeleyen okul öncesi ve ilkököl çocuklarının kekemelik şiddeti ile davranışsal, duygusal ve sosyal iyilik düzeyleri (Hiperaktivite, Duygusallık, Davranış Sorunları, Akran İlişkileri, Sosyal Davranış, Etkilenme) arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

3-Kekeleyen okul öncesi ve ilkököl çocuklarının kekemelikte geçirdikleri süre ile davranışsal, duygusal ve sosyal iyilik düzeyleri (Hiperaktivite, Duygusallık, Davranış Sorunları, Akran İlişkileri, Sosyal Davranış, Etkilenme) arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

4-Kekeleyen okul öncesi ve ilkököl çocuklarının kekemelik terapisi alma süresi ile davranışsal, duygusal ve sosyal iyilik düzeyleri (Hiperaktivite, Duygusallık, Davranış Sorunları, Akran İlişkileri, Sosyal Davranış, Etkilenme) arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kekemelik Tanım ve Yaygınlık

Kekemelik, konuşmanın normal akışında meydana gelen aksaklıklarla karakterize edilen bir bozukluk olup, konuşma seslerinde uzatma, ses ve hecelerin tekrarları ve bloklar halinde gözlemlenir (APA, 2000). Ayrıca ünlemler, dolambaçlı konuşma ve sözcüklere gerilimli bir vurgu şeklinde de konuşmada aksaklıklar ile ortaya çıkabilmektedir (APA, 2000; Abalı ve ark, 2006). Yaruss (2004) kekemelik; çeşitli fiziksel, psikolojik, sosyal ve mesleki alanlarda engel teşkil etmekte ve kişinin genel yaşam kalitesi üzerinde olumsuz duygusal ve bilişsel tepkilere neden olmaktadır. Diğer bir tanımda ise kekemelik, anksiyete ve iletişim sürecindeki aksaklıklar nedeniyle olumsuz etkilenen ve iyi oluşun diğer yönleriyle ilişkilendirilen bir bozukluktur (Briley, 2019).

Kekemeliğin yaygınlığına ilişkin veriler incelendiğinde okul öncesi yaştaki çocuklarda daha yüksek yaygınlık oranları kaydedilmiştir. Kekemelik vakalarının %80'i 3-8 yaş arasındaki çocuklardır (Yairi ve Ambrose, 2005). Okul öncesi ve okul çağındaki çocuklarda kekemelik sıklığının %4 ve genel popülasyonda yaklaşık %1 olduğu kabul edilmektedir (Yairi ve Ambrose, 2005; Dönmez ve Özcan, 2020). Çocukların yaklaşık %5'i, 6 ay veya daha uzun süren bir kekemelik döneminden geçmektedir (Howell, 2008). Bunların 3/4'ü geç çocukluk döneminde motivasyon, davranış eğitimi, konuşmanın modifikasyonu, çevresel düzenlemeler ve olgunlaşma etkisi ile iyileşmekte, yaklaşık %1'i ise uzun vadeli bir problemle karşı karşıya kalmaktadır (Scott ve Guitar, 2010). Yairi ve Ambrose, (2005)'e göre ise okul öncesi kekemeliği olan çocukların %80'ini 5 yaşına kadar iyileşmekte ancak kalan %20'si okul öncesi yılların ötesinde kekelemeye devam etmektedir. Öyle ki, kekemelik görülmeye başlandıktan sonraki iki yıl içinde gözlenen iyileşme oranının yaklaşık %60-70 olduğu bilinmektedir (Alm, 2014).

Kekemeliğin nedenlerine ilişkin gerçekleştirilen çalışmalarda cinsiyet, ikiz olma durumu ve kalıtım faktörleri gibi genetik temelli çalışmalar ile kekemeliğin ortaya çıkışında genetik faktörlerin de etkili olabileceği düşünülmekte ve kekemelikteki genetik etkinin

diğer bozukluklarda olduğundan daha güçlü olabileceği öne sürülmektedir (Bloodstein ve Ratner, 2008; Yairi ve Ambrose, 2005).

Riley ve Riley (2000) gerçekleştirdikleri bir çalışmada tek yumurta ikizlerinde kekemelik yaygınlığının %60 veya daha fazla iken, çift yumurta ikizlerinde kekemelik yaygınlığının %20-26 olarak seyrettiğini gözlemlemiştir. Başka bir ikiz araştırmasında da tek yumurta ikizlerinden biri kekeleyorsa diğerinin kekeme olma olasılığı %90 oranında seyrederken çift yumurta ikizlerinde bu olasılığın %20'ye düştüğü ve sadece kekemeliğin değil, aynı zamanda spontan iyileşmenin veya bu durumun kronik gelişiminin de kalıtımla ilişkili olduğuna yönelik bulgular öne sürülmüştür (Riva-Pose ve ark., 2008).

Wallace ve ark. (2015) 1893'ten 2006'ya kadar, okul çocukları ile yapılan 46 uluslararası kesitsel çalışmayı inceleyerek ülkelere ve yaşlara göre kekemelik yaygınlığını saptamaya çalışmıştır. Araştırmada kekemeliğin ortalama yaygınlığı %1.2 olarak hesaplanırken, bildirilen en düşük yaygınlık oranı % 0.3, en yüksek yaygınlık oranı ise % 5.2'dir. Boyle ve ark. (2011) Amerika Birleşik Devletleri'nde 119.367 kişinin temel sağlık bilgisinin toplanması ile oluşan araştırmalarında 3-17 yaş arası çocuklarda kekemelik yaygınlığının %1.6 olduğunu bildirmişlerdir.

Tüm yaş gruplarında ise kekemelik için yaygınlık oranının % 0.72 olduğu tahmin edilmekte ve bu rakam, yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık üç milyon kekemeliği olan birey olduğu anlamına gelmektedir (Craig ve ark. 2002). Topbaş, Konrot ve Başal'ın 1996 yılında Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesinden 25 ildeki 59 özel ve resmi kurumdan aldığı verilere göre kekemelik oranı %19 ile özür gruplarında başını çekmektedir (akt. Topbaş, Konrot ve Ege, 2002). Bloodstein ve Ratner (2008) kekemelik sıklığı ile ilgili gerçekleştirdikleri meta analizde yirmi dört çalışmayı inceleyerek, sonuçları birbirinden farklı olsa da, altı çalışma sonucunun birbirine oldukça yakın olduğu ve kekemeliğin nüfusun yaklaşık %5'inde kümелendiğini bildirmişlerdir.

Kekemeliğin seyrine ve iyileşme sürecine dair çalışmalar incelendiğinde kekemeliği olan çocukların yaklaşık 2/3'si ile 3/4'ünün ilerleyen zamanlarda doğal olarak veya belirli bir oranda iyileşme gösterebildiği bilinmekle beraber kaç çocuğun iyileştiği ve ne zaman iyileştiği ile ilgili kesin rakamlar henüz güvenilir bir şekilde belirlenmemiştir (Onslow,2020).Kekemeliğin okul dönemlerine ilişkin yaygınlık bulgularına bakıldığında, okul öncesi çocuklarda kekemeliği olan erkeklerin sayısı kekemeliği olan kızların sayısından iki kat daha fazla (Yairi ve Ambrose 1992), okul çağındaki çocuklarda ise üç ila dört kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Craig ve ark., 2002; Nicholls, 2013).

Bu doğrultuda, okul öncesi yıllarda kız çocukların iyileşme olasılığının erkek çocuklara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir (Lees, 1999). Kekemeliğe ilgili çalışmalara dâhil edilen çocukların yaşına bağlı olarak, kekemelik oranı toplumda %0,9 ile %5,6 arasında değişmektedir (McLeod ve Harrison, 2009). Ek olarak, alan yazın içerisinde kekemelik yaygınlığının tüm ırklar ve kültürler için benzer oranlarda seyrettiği bilinmektedir (Onslow, 2020).

2.2. Kekemeliğin Nedenleri

Kekemeliğin kesin nedenleri bilinmemekle beraber nasıl geliştiği, şiddeti ve sahip olduğu etkinin kişiden kişiye değiştiği ve bazılarının yaşamı engelleyen olumsuz sonuçlar yaşayarak, bazılarının ise günlük bazda hafif güçlüklerle bu süreci deneyimlediği bilinmektedir (Starkweather, 2002). Bu sebeple, birey bazında değişkenliğin içsel ve dışsal değişkenlerin karmaşık bir etkileşiminin sonucu olmasından ileri geldiği düşünülmektedir (Starkweather, 2002).

Kekemeliğin doğada genetik olan nörofizyolojik ve çok faktörlü bir durum olduğu yaygın olarak kabul edilmekte (Smith ve Weber, 2017) ve çevresel, genetik, yapısal faktörlerden etkilendiği belirtilmektedir (Guitar, 2003). Aynı zamanda çocuk gelişimi, aile dinamikleri, genetik ve nörofizyolojik gibi faktörlerin etkileşiminden kaynaklanabilmektedir (Scott ve Guitar, 2010). Dworzynski ve ark. (2007) çocukların çevresel etkiler, olumsuz deneyimler, duygusallık gibi bazı mizaç özelliklerinin genetik faktörlerle etkileşime girebileceğini, kekemelik yolunu etkileyebileceğini ifade etmektedirler.

Kekemeliğin kalıtsal olabileceği konusunda kabul gören geniş bir yazın bulunmaktadır. Başka bir deyişle, kekemeliği olan birçok insan için, ebeveynlerinden birinin veya her ikisinin de genlerinde bulaşan kekemeliğe yatkınlığı olduğu varsayılmaktadır (Bloodstein ve Ratner, 2008; Yairi ve Ambrose, 2005).

Araştırma sonuçlarına göre kekemeliğe neden olan bir diğer bulgu ise aşırı eleştirel ve endişeli ebeveynlerin kekemeliği olan çocuk sahibi olma olasılığının daha yüksek olduğudur (Peters and Guitar, 1991; Bloodstein, 2002). Bazı raporlar, ebeveynlerin çocuklara akıcısızlık anlarında çeşitli şekillerde yardımcı olmaya çalıştıklarını göstermiştir. Sık sık tekrarlanan raporlar, ebeveynlerin kekelemeye başladıklarında çocuklarına “dur ve tekrar başla” ve “yavaşla” dedikleri görülmektedir ve

bu tür sözel tepkiler, koşullu uyarımı oluşturabilir (Onslow, 2020). Böylelikle ebeveyn, çocuğun konuşma tarzını "düzeltme" çabalarını iki katına çıkarır ve bir kısır döngü kurulur (Kehoe, 1999).

Alan yazında nadir de olsa kekemeliğin psikolojik sebepleri olduğu da belirtilmekte ve kişi karşılaştığı stresli veya travmatik bir olay sonucunda güvensizlik ve istikrarsızlık duyguları geliştirerek konuşmasının kötüleşmesine veya kekemeliğin aniden ortaya çıkmasına neden olabilir (Peter and Guitart, 1991; Placencia, 2014). Genetik olarak kekemeliğe yatkın insanlarda ise gelişimsel ve çevresel stres faktörleri ile travmanın bir neden olarak değil, bir tetikleyici olarak kekemeliğe yol açabileceği belirtilmiştir (Placencia, 2014).

Bir diğer teori ise Starkweather ve arkadaşları (2002) tarafından önerilen talepler ve kapasiteler modelidir. Modele göre kekemelik, çocuğun yeteneklerinin etkileşimi ve çevrenin bu yetenekler için yarattığı zorluklardan kaynaklanmaktadır (Starkweather ve ark., 2002). Talepler ve kapasiteler modelinde amaç, klinisyenlerin çocuklarda kekemelik gelişimini hangi faktörlerin etkilediğini anlamalarına ve tedavileri planlamalarına yardımcı olmaktır (Siegel, 2000).

Bu teoriler dışında kekemelik için çok boyutlu kuramlar da ortaya atılmıştır. Kekemeliği açıklayan diğer bir model Smith ve Kelly (1997) tarafından geliştirilen Çok Faktörlü Kekemelik Modeli'dir. Bu model kekemeliğin altında yatan faktörlerin başka bir görünümünü sağlar ve kekemeliğin karmaşık, doğrusal olmayan, dinamik bir şekilde etkileşime giren faktörlerden kaynaklandığını öne sürer (Smith ve Weber, 2017). Smith ve Weber (2017), çok faktörlü dinamik yollar modelini şöyle tanımlamaktadır:

"Kekemelik veya çocukluk başlangıcı akıcılık bozukluğu, konuşma motor gelişimi için kritik olan sinir ağlarının kekemelik benzeri bozukluklara yol açan kararsız, anormal kontrol sinyalleri ürettiği okul öncesi yıllarda başlayan nörogelişimsel bir bozukluktur. Konuşmada istemsiz bozulmaların ortaya çıkması, çocuğun iç ve dış ortamında hem davranışsal hem de fizyolojik seviyelerde tepkiler üretir. Bu süreçler daha sonra konuşma motor sistemlerinin gelişiminde rol oynayan genlerin ekspresyonu üzerinde epigenetik etkilere sahip olabilir."

Diğer bir teoride Alm (2014), sosyal bilişten gelen müdahalenin kekemeliğe katkıda bulunduğunu öne sürmektedir. Sosyal biliş, genel olarak, bir bireyin nasıl davranması veya hareket etmesi gerektiğiyle ilgili olarak bireyin çevresinden beklentilerini veya başkalarının beklentilerini ifade eder. Konuşma kesintisi veya olumsuz bir dinleyici tepkisi olasılığı ile ilişkili bilişsel süreçler (ör. uyumsuzluk, kaygı), akıcı konuşma üretmek için gerekli duyu-motor kaynakları ile çelişebilir ve kekemeliği olan kişinin konuşma motoru sistemleri gerçekten de bu tür girişimlere karşı savunmasız olabilir (Alm, 2014).

2.3. Kekemelik ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Sosyal fobi (sosyal anksiyete bozukluğu), bir kişinin başkaları tarafından yargılanabileceği, yaşadığı sosyal ortamlarda utanılacak bir durumun içerisinde kalacağı endişesini taşıdığı sürekli bir korku halidir (Stein ve Stein, 2008). DSM-IV'e göre, sosyal fobisi olan bir kişi korkulan sosyal ortamlardan kaçış veya kaçınma davranışı sergiler ya da yoğun endişe veya sıkıntı ile bu ortama katlanır. Bu fobiye ilişkin en önemli klinik özellik, başkaları tarafından incelenmek ve değerlendirilmeye yönelik mantıksal bir korkudur (Dilbaz ve Güz 2001).

Sosyal anksiyete bozukluğu olan kişiler genellikle utanç ve aşağılanma korkusu da dâhil olmak üzere başkaları tarafından olumsuz değerlendirme korkusu yaşadıklarını bildirirler (Stein ve Stein, 2008). Bu durumlar; kaygı, kamuya açık konuşma, yeni insanlarla tanışma, otorite figürleriyle konuşma, resmi veya gayri resmi toplantılarda iş yerinde sunum yapma ve sosyalleşme gibi çok çeşitli durumlarda ortaya çıkar (Iverach ve ark., 2017). Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireyler bu durumlardan kaçınma eğilimindedir, bu da anksiyetede geçici azalmalara neden olur ve sosyal korkuların korunmasına katkıda bulunabilir (Clark ve Wells, 1995; Rapee ve Heimberg, 1997).

İletişim ile ilgili zorlukların ve daha sonraki olumsuz akran tepkilerinin, kekemeliği olan çocuklarda kaygıyı artırma potansiyeline sahip olması, böylece davranışsal, duygusal ve sosyal refahları üzerinde doğrudan, olumsuz bir etkiye sahip olması mümkündür (Briley ve ark., 2019). Messenger ve ark. (2015), anksiyete ölçeği kullanılarak yaptıkları bir çalışmada kekemeliği olan çocukların 73'ünde (6 ila 18 yaş arası) anksiyete bulunmadığını belirtmiştir. Benzer şekilde, Gunn ve ark. (2014) kekemeliği olan 7 ergen çocuktan oluşan bir örnekte anksiyeteye rastlanmadığını

bildirmiştir. Alm (2014), okul öncesi çağındaki kekeleyen çocukların, aynı yaştaki kekelemeyen çocuklara göre utangaçlık ve sosyal kaygı açısından genellikle farklılıklar göstermediğini belirtmiştir. Kefalianos ve ark. (2017) ebeveynlerin kısa mizaç ölçeğine verdiği cevaplara dayanarak, kekemelik şiddeti ve kekemelik davranışlarının anksiyete belirtileri ile ilişkili olmadığını, 4 yaşına kadar kekemelik şiddeti ile mizaç arasında veya 6 yaşına kadar kekemelik davranışları ile mizaç arasında çok az ilişki olduğunu bulmuşlardır. Zamani ve ark, (2017) yaptıkları çalışmada hafif gelişimsel kekemeliği olan çocuklarda ve kekelemeyen yaşlılarında verilen görevi yapmak kekemeliğin artmasına neden olmamıştır. Bu sonuç hem erkeklerde hem de kızlarda benzerdir, ancak orta derecede kekemeliği olan çocuklarda cümle modelleme görevi kekemelik şiddetinde önemli bir artışa yol açmıştır (Zamani ve ark., 2017). Diğer taraftan, kekemeliği olan okul öncesi çocuklarda kekelemeyenlere göre iletişim tutumları düşük bulunmuştur (Brce ve Vanryckeghem, 2017).

Kekemelik; artan anksiyete, depresyon ve olumsuz benlik algısına eşlik edebilmekte ve kekemeliği olan insanlar genellikle kekemeliklerine dayanarak yaşam seçimleri yaptıklarını bildirmektedirler (Starkweather, 2002). Ancak kekemelik ve anksiyete arasında bir ilişki göstermeyen çalışmaların olması da dikkat çekicidir (Briley, O'Brien ve Ellis 2019).

Kekemelik, kişideki konuşma semptomlarının çok ötesinde birçok ruhsal bozukluk ya da sıkıntıyla iç içe girebilir ve bundan dolayı, kekemelik tanısı olan çocuk ve ergenlerle çalışan klinisyenlerin kekemelik tanısı olan bireylerde sadece konuşma semptomlarını değil başta sosyal kaygı olmak üzere diğer bozukluk ve ruhsal sıkıntıların da ele alınması gerekmektedir (Karataş, 2016).

Anksiyetenin kekemeliği olan çocuklar arasında kekelemeyen çocuklardan daha yaygın olduğu ve nedeninin Iverich ve ark. (2017) göre kekemelikte sosyal kaygının sürdürülmesinde rol oynayabilecek beş temel varsayım ileri geldiği bildirilmiştir. Bu beş temel varsayım ise şu şekilde özetlenmiştir:

1. Sosyal olarak endişeli bireyler, başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceğini ve olumsuz değerlendirmenin sonuçlarını tahmin edeceklerini varsayarlar,
2. Sosyal olarak endişeli bireyler, dinleyiciler tarafından görüldüğü gibi, benliğin olumsuz bir zihinsel temsilini oluştururlar,

3. Sosyal olarak endişeli bireyler olumsuz benlik odaklı dikkat çekerler ve sosyal tehdide karşı önyargılarını gösterirler,
4. Sosyal olarak endişeli bireyler, kaygıyı geçici olarak azaltmak için bilişsel ve davranışsal stratejiler gösterirler,
5. Sosyal olarak endişeli bireyler, beklenti ve olay sonrası işleme girerler.

Mulcahy ve ark. (2008), 11 ila 18 yaşları arasında kekeleyen 37 çocuk üzerinde yürüttükleri bir çalışmada kekemeliği olan çocuklar ile kekelemeyen çocuklar arasında kaygı açısından önemli farklılıklar bulmuştur. 6 yaşından büyük ve kekeleyen çocuklarda artan anksiyetenin benzer bulguları diğer çalışmalarda da bildirilmiştir (Blood ve Blood 2007; Iverach ve ark. 2016).

Alan yazında anksiyete ile ilgili olarak, kekeleyen çocuklarda iletişim kaygısının da yer aldığı bildiren çalışmalar da yer almaktadır. Erickson ve Block (2013), 36 ergen çocukla yaptıkları çalışmada kekeleyen çocukların hem “toplantı (sınıf)” (%64) hem de “halk içinde konuşma” (%81) alt ölçeklerinde ‘yüksek’ kaygı taşıdığını ve örneklemin %47'sinin ‘grup tartışmaları’ ve ‘kişilerarası konuşmalar’ konusunda ‘yüksek’ endişe duyduğunu bildirmiştir. Kekemeliği olan küçük yaş çocuklar üzerine yapılan bir çalışmada Langevin ve ark. (2009), 3 yaş kekemeliği olan çocuklarda kekelemelerinin konuşmalarına olumsuz akran tepkilerinin gözlendiğini, bu davranışların akranlarının şaşkın görünme, konuşmayı kesme, davranışları alay ederek ve kekemeliği olan çocukları görmezden gelme şeklinde olduğunu belirtmişler ve dikkat çekici bir şekilde, hafif kekemeliği olan katılımcının konuşması bu olumsuz akran tepkisinin sonucunda tetiklendiğini bildirmişlerdir.

Mahr ve Torosian (1999) yaptıkları araştırmada kekemeliği olan bireylerdeki kaygı belirtilerini sosyal kontrol grubundaki sosyal fobili bireyler karşılaştırmışlardır. Kekeleyen bireylerde, kontrol grubuna göre daha fazla sosyal kaygı ve kaçınma görülürken daha az olumsuz değerlendirilme korkusu ve daha az sosyal fobi ile agorafobi (alan korkusu) belirtisi saptanmıştır. Kekemeliği olan bireylerin büyük bir çoğunluğu özellikle konuşmaya bağlı korku yaşadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmanın sonucunda 48 kekemeliği olan bireyin sosyal fobi şikâyetlerinin olmadığını ancak kekemelik yüzünden sosyal ortamlardan kaçınabildiklerini ortaya çıkarmıştır.

Iverach ve Rapee (2017) yaptıkları araştırmada kekemelik ile ilgili sosyal korkuların devam etme olasılığını artırabilecek; sosyal değerlendirme durumlarından

önce, sırasında ve sonrasında meydana gelen bilişsel-davranışsal süreçleri belirlemek için mevcut modellerden bileşenler kekemeliği bulunan kişilere uygulamışlardır.

Kekemelikte sosyal kaygının sürdürülmesi, olumsuz değerlendirme korkusu, olumsuz sosyal değerlendirici bilişler (negative social-evaluative cognitions), dikkat önyargıları, kendine odaklı dikkat, güvenli davranışlar ve beklenti ve olay sonrası işleme dahil olmak üzere birbiriyle ilişkili bir dizi durumdan etkilenebilmektedir. Sosyal anksiyete bozukluğunun kronik doğası göz önüne alındığında, kekelelikle ilgili sosyal korkuların devam etmesine katkıda bulunan faktörlerin belirlenmesi ve sosyal anksiyete ile kekeleyen kişilerin konuşma ve psikolojik ihtiyaçlarını belirlemek için tedavi programlarının geliştirilmesi gerekmektedir (Iverach ve Rapee, 2017). Bu nedenle, anksiyete ve sosyal ve duygusal refah sorunları daha yaşlı çocuklarda daha yaygın olabilir. Bugüne kadar, kekeleyen çocukların kaygı yaşamaya başladığı yaş belirsizdir (Briley, O'Brien ve Ellis 2019). Dolayısıyla çalışmanın odak noktası kekemeliği olan okul öncesi çocuklarda sosyal kaygının sürdürülmesinde rol oynayan faktörler olmasına rağmen, bu faktörlerden birçoğunun sosyal kaygının başlamasına sebep olduğunu göz ardı etmemek gerekir.

2.4. Kekemelik ve Mizaç İlişkisi

Mizaç, bir kişinin çevreye nasıl tepki verdiğini ve yaşam süresi boyunca onunla nasıl etkileşime girdiğini ifade eder ve genetik olarak belirlenir (Kefalianos ve ark. 2017; Eggers, Millard ve Kelman, 2021). Bununla birlikte, mizaç özellikleri ifadesi, bireyler arasındaki kişilik özellikleri olarak tanımlanabilir. Kişilikteki varyasyonun %20 ila %60'ı genetik yatkınlık da dâhil olmak üzere bireyin biyolojik temelleri ile açıklanmakta ve kişiliğin %40-80'i çevresel faktörler tarafından belirlendiği bilinmektedir (Kefalianos ve ark. 2017).

Mizaç, öğrenme süreçlerini, deneyimlerini ve kekemelik gibi stresörlerle başa çıkma yeteneğini modüle ederek, çocuğun sosyal ve duygusal ve bireysel gelişimini etkilemekte ve bu nedenle bir bireyin mizacı, herhangi bir stresin iyilik hali ve yaşam kalitesi üzerinde de etkisini gösterebilmektedir (Eggers, Millard ve Kelman, 2021).

Kefalianos ve ark. (2017) mizaç ve erken çocukluk kekemeliği çalışmalarında, kullanılan mizaç ölçümlerinin genellikle Thomas ve Chess (1977) tarafından geliştirilen modele dayandığını belirtmektedir. Bu model mizacın aktivite seviyesi, ritmiklik,

uyarlanabilirlik, dikkat süresi/kalıcılık, yanıt verme eşiği, reaksiyon yoğunluğu, ruh hali kalitesi, dikkat dağınıklığı ve yaklaşım olmak üzere dokuz boyutunu içermektedir.

Alan yazında kekemeliği olan bireylerin mizaç özellikleri üzerine birçok çalışma olmasına rağmen, bu çalışmaların sonuçlarının tutarlılık göstermediği görülmektedir. Yapılan çalışmalardan elde edilen ortak sonuçlar, kekemeliği olan kişilerin uyumsuz ve nevroitik olduğuna ve kekemeliği olan kişilerin kekemeliği olmayan insanlardan farklı olduğuna dair hiçbir kanıt bulunamadığıdır (Bloodstein ve Ratner, 2008). Langevin, Packman ve Onslow (2009), ise anaokulunda akranlarıyla etkileşime giren kekemeliği olan okul öncesi çocuklarını gözlemlemiş ve kekemelik anlarında olumsuz akran tepkilerinin meydana geldiğini görmüştür. Bu nedenle, mizaç özelliklerinin çocukluk döneminde kişilik olarak ifade edilmesinin, bu tür erken olumsuz koşullanma deneyimlerinden etkilenmesi mümkündür. Bu olasılıkların her ikisi de, çocukluk döneminde bir süre kekemelik şiddeti ve mizaç arasında bir ilişki olduğu hipotezini ortaya koymaktadır (Kefalianos ve ark. 2017).

Kefalianos ve ark (2014) çalışma sonucuna göre okul öncesi kekemeliği olan çocukların kontrol grubu çocuklarından farklı mizaçlara sahip olmadığını, mizaç ile kekemelik başlangıcı ilişkili olmasa da, mizaç ile kekemelik gelişiminin doğası arasında bir ilişki olabileceğini bildirmiştir (Kefalianos ve ark., 2014). Bu konuda birinci hipotez, bir çocuğun sergilediği duygusal tepki ve düzenleme derecesinin kekemelik şiddetini etkilediğidir. İkinci hipotez, kekemeliğin şiddetinin, çocuğun kekemeliğin başlangıcından sonra çocukluk çağında anksiyete ile ilişkili kişilik özellikleri geliştirme riski ile ilişkili olabileceğidir (Kefalianos ve ark. 2017).

Son yıllarda, kekemelik ve mizaç arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar artmaya başlamıştır (Kefalianos ve ark, 2012; Conture, Kelly ve Walden, 2013; Alm, 2014). Alm (2014), bir grup olarak kekemeliği olan çocukların anksiyetenin başlangıcını işaret eden mizaç özellikleri ile karakterize edilmediğini, ancak "kekemeliği olan çocukların bir alt grubunun dikkatsizlik ve hiperaktivite-dürtüsellik özelliklerini biraz daha yüksek gösterme eğiliminde olduğunu" bildirmiştir.

Anderson ve ark. (2003) ise norm referanslı bir ebeveyn raporu anketi kullanarak kekemeliği olan 3-5 yaş arası 31 ve kekemeliği olmayan 3-5 yaş arası 31 çocuğun mizaç özelliklerini değerlendirmiştir. Ebeveyn yanıtlarına dayanan sonuçlar, kekemeliği olan

bireylerin, kekelemeyen bireylere kıyasla daha az dikkat dağınıklığı, değişime uyumsuzluk ve düzensiz biyolojik fonksiyonlarla tutarlı mizaç profilleri sergileme konusunda daha uygun olduğunu göstermiştir. Bulgular, mizaç özelliklerinin çocukluk kekemeliği ile ilişkili olabileceği veya etkileyebileceği kesin mekanizma(lar) konusunda hala belirsiz olsa da, bazı mizaç özelliklerinin kekemeliği olan bireylerin kekemeliği olmayan bireylerden ayırdığını ve kekemeliklerinin alevlenmesine ve korunmasına katkıda bulunabileceğini belirtmiştir.

Guitar (2003), kekemeliği olan yetişkinlerin, standart bir mizaç testinde kekemeliği olmayan yetişkinlere kıyasla, “sinirli” mizaç özelliği üzerinde önemli ölçüde daha yüksek puan aldığını bulmuştur. Araştırmacı bunun mizaç değil kekemeliği olan yetişkinin uzun deneyimlerinden etkilenmiş olabileceği gerçeğiyle yetişkinlerde mizaç duyarlılığı olarak açıklamıştır. Benzer olarak bu duyarlılığın kekemeliği olan okul öncesi çocuklarda da olabileceğini belirtmiştir.

Kekemeliği olan ve konuşmayan birçok insanın mükemmeliyetçi olma eğilimi vardır (Amster ve Klein, 2018). Mükemmeliyetçilik, özellikle hata yapma kaygısı, konuşma hataları hakkında farkındalık ve kaygının artmasına neden olabilir ve ortaya çıkan sıkıntı kekemeliğe yol açabilir ve kronik kekemeliğin gelişimi ve sürdürülmesi ile ilişkili kişisel bir özellik olabilir (Amster ve Klein, 2018).

2.5. Kekemeliğin Bireyin İyilik Hali Üzerine Etkisi

Westgate’e (1996) iyilik hali kavramını, sağlık kavramının daha bütüncülü olarak ele almıştır. Ona göre iyilik hali, bireyin duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını anlamasını ve bu gereksinimleri karşılamak için yaşam tarzlarını düzenlemesini içeren bir öz bakım sürecidir. Myers, Sweeney ve Witmer (2000)’e göre ise iyilik hali, bireysel hedeflere sahip olmak ve daha anlamlı yaşamlar yaşamak amacıyla sosyal, kişisel ve çevreyle ilgili olarak tüm alanlarda işlevsel olan beden, zihin ve ruhun entegre olduğu bir tarzını sürdürmeyi amaçlamaktadır. İyilik hali bir seçim, bir süreç, bir yaşam biçimidir ve çok boyutlu olmasına rağmen bütünsel bir yapıya sahip olduğu vurgulanmaktadır (Miller ve Foster, 2010). İyilik hali ayrıca denge ile ilgili olup, öznel, algısal ve göreceli olma özelliği göstererek sağlıklı insanların özellikleri ile tanımlanmaktadır (Miller ve Foster, 2010).

Korkut-Owen ve ark. (2016) iyilik halini duygusal, yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, bilişsel, sosyal ve fiziksel boyut olarak tanımlamaktadırlar. Duygusal iyilik hali, iç deneyimlerle daha fazla ilişkili olan ve bir kişinin duygularını tanıma ve ifade etme, affetme, yaşam durumları ve çatışmaları gerçekçi, olumlu ve geliştirici olarak görme yeteneği gibi özellikleri içeren sağlıklı olmanın boyutudur (Korkut- Owen ve ark., 2016). Öte yandan, fiziksel iyilik hali, dengeli beslenme alışkanlıkları ve fiziksel olarak aktif olma gibi fiziksel sağlık davranışlarını yerine getirme gibi sağlıklı bir yaşam tarzı ile ilgili unsurları içerir (Korkut-Owen, Demirbaş-Çelik, ve Doğan, 2017).

Starkweather (2002) hayal kırıklığına daha yatkın olan bir çocuğun, işlev bozukluğu gibi bir uyarana daha hızlı veya yoğun bir şekilde tepki verme olasılığının daha yüksek olduğunu öne sürmektedir. Bu "hayal kırıklığı tepkisi", kas gerginliğini, mücadele davranışlarını artırabilecek, kekemelik ve/veya eşlik eden hareketleri artırabilecek fizyolojik reaksiyonlar eşlik edebilir veya korku ile cevap verme eğilimi, kekemelik ve kaçınma davranışlarının artmasıyla da ilişkili olabilir (Starkweather, 2002).

ASHA (2010)'ya göre, okullarda, kekemeliğin öğrencilerin akademik başarısına ciddi şekilde etkisi olduğu, sözlü raporlar veya konuşmalar yapmaları, sınıftaki soruları cevaplamaları, yüksek sesle okumaları, grup tartışmalarına katkıda bulunmaları veya tartışma ekiplerine katılmaları beklendiği gibi birçok durum ortak faaliyetler sırasında kekemeliklerini yönetemeyen öğrenciler için büyük bir dezavantaja sahip olup sosyal olarak da olumsuz etkilenmektedir. Araştırmalar, normalde akıcı konuşan akranlarına kıyasla kekemeliği olan okul çağındaki çocukların ve ergenlerin sınıf arkadaşları tarafından reddedilme, zorbalık ve daha az popüler olarak görülme ihtimali daha yüksektir (Davis, Howell ve Cooke, 2002). Bu nedenle kekemeliğe karşı farklı tepkiler kekeleyen bireyin duygusal yapısında veya genel iyilik hali üzerinde değişkenlik sağlar (Eggers, Millard ve Kelman, 2021). Kekemeliği olan çocuklar özellikle hayal kırıklığı, utanç ve kızgınlık hissedebilirler (Madanoğlu, 2005).

Kefalianos ve ark. (2012) yaptıkları bir çalışmada kontrol grubuna kıyasla kekeleyen çocukların daha düşük adaptasyon, daha düşük dikkat süresi/kalıcılığı, daha olumsuz ruh hali kalitesi ve daha yüksek aktivite seviyelerine sahip olduğunu belirtmiştir. Çünkü duygularını ve düşüncelerini tam olarak ifade edemeyen ve toplumun konuşma standartlarına tam olarak ayak uyduramayan kekeleyen bir kişide saldırgan davranış,

isyan, kendine güvensizlik, aşağılık duyguları, suçluluk, düşmanlık, endişe duyguları gibi olumsuz duygular, ortaya çıkabilir (Kefalianos ve ark., 2012).

Amick ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada dinleyicilerin kekeleyen bireyleri normal konuşan bireylere göre daha az zeki, daha az sevimli ve daha endişeli olarak değerlendirdiklerini bildirmiştir. Snyder ve ark. (2020) kekemeliği olan kişinin kekemelik stereotiplerinin yaygın olarak kabul edilmesinin bir sonucu olarak, klişe tehditleriyle birleştiğinde, kekemeliğin kekemeliği olan bireylerin yaşamları üzerinde önemli derecede olumsuz etkisi olduğunu bildirir. Benzer olarak Armstrong ve ark. (2014) çalışmasında iletişim zorluklarının, kekemeliğin bir kişinin günlük aktivitelerini, ilişkilerini, ruh sağlığını ve eğitim veya kariyer tercihlerini etkilediğini bildirmiştir.

McAllister (2016), kekeleyen 537 çocuğun davranışsal, duygusal ve sosyal refahını incelemek için Millennium Kohort Çalışması'ndan elde edilen verileri kullanmıştır. Bu çalışmada davranışsal, duygusal ve sosyal refahın bir ölçüsü olan Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) (Youth in Mind, 2012) ile 3, 5 ve 11 yaş arası kekeleyen çocukların kekelemeyen akranlarından daha yüksek puanlara sahip oldukları bulunmuştur. Araştırmacılar, en yüksek puanların kekeleyen en küçük çocuklar arasında olduğunu, ancak uzun vadeli etkinin belirsiz olduğunu belirtmiştir. Diğer bir çalışmada, 20 Avustralyalı okul çağındaki çocuktan oluşan bir örnek kullanılarak, kekelemeyen çocuklara kıyasla kekeleyen çocuklar arasında daha yüksek GGA puanları bulunmuştur (Lau ve ark. 2012). Görüldüğü gibi davranışsal, duygusal ve sosyal refah üzerine yapılan çalışmalar, kekelemeyen akranlarına göre kekemeliği olan çocuklar arasında daha büyük sorunlar olduğunu göstermiştir. Buna karşılık, Reilly ve ark. (2013) kekemeliğin doğal tarihi üzerine bir çalışmayı tamamlamıştır ve GGA'yı ikincil bir doğal tarih sonuç ölçüsü olarak kullanmıştır. Avustralyalı çocukların (kekemeliği olan 65 çocuk ve kekelemeyen 1237 çocuk) karşılaştırmalarında, GGA alt ölçeklerinin hiçbirinde anlamlı bir farklılık bulamamışlardır (Reilly ve ark. 2013). Benzer şekilde, Kefalianos ve ark. (2017), kekeleyen 34 çocuk ve kekemeliği iyileşen 67 çocuk arasında GGA'da anlamlı bir fark olmadığını bildirmiştir.

2.6. Kekemeliğin Bireyin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1948'de tam fiziksel, sosyal ve zihinsel iyilik hali de dâhil olmak üzere geniş boyutlarına vurgu yaparak “sağlık” kavramının tanımını

yapmıştır. DSÖ (1948), sağlığı açıklayan bu açıklamaya dayanarak “sağlık” sadece hastalanmamak değildir. DSÖ (1993), yaşam kalitesini, yaşadıkları değer sisteminde bireylerin hedeflerine, beklentilerine, standartlarına ve endişelerine göre yaşamdaki konumlarının kültürdeki algısı olarak tanımlar. İnsanların fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri ve çevrelerindeki belirgin özelliklere olan ilişkileri tarafından karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavramdır (DSÖ, 1993). Sağlık aynı zamanda yaşam kalitesini de belirler. Yaşam kalitesi, sağlığı fiziksel, zihinsel, çevresel ve sosyal boyutlarda ideal olarak değerlendirir (Kasbi ve ark. 2015).

Her ne kadar kekemeliği olan birçok kişi kekemelik konusundaki kişisel deneyimleri hakkında yazmış olsa da, bu iletişim engelinin yaşam kalitesi üzerindeki algılanan etkisi ile ilgili çok az sistematik araştırma yapılmıştır (O'keefe, 1996). Armstrong ve ark, (2014) kekemeliği, konuşmanın ileri akışını engelleyebilen ve hem konuşmacılarda hem de dinleyicilerde olumsuz duygular ve tepkiler yaratabilen karmaşık bir iletişim bozukluğu olarak tanımlar. Kekemeliği olan kişi için kekemelik deneyimi, hem kekemeliği olan bireyden hem de çevreden olumsuz duygusal, davranışsal ve bilişsel tepkileri içerebilir (Yaruss ve Quesal, 2004). Bu deneyim aynı zamanda bireyin günlük aktivitelere katılma yeteneğinde önemli sınırlamalar ve kişinin genel yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etki içerebilir (Yaruss ve Quesal, 2004).

Çocukların iletişimi kekemelikle sık sık kesintiye uğruyorsa bu durum etkileşim tarzının bir parçası olabilmektedir ve böylelikle çocuk kimliğinin bir parçası olabilecek olumsuz duyguları deneyimlemeye başlamaktadır ve kekemelik çocuğun hayatında olumsuz deneyimlere neden olabilmektedir iletişimine engel oluşturma ve psikolojik etkilere neden olma, olumsuz duygular, utangaçlık, konuşma korkusu ve kaygı gibi durumlar ortaya çıkarabilmektedir (Armstrong ve ark. 2014).

O'keefe (1996) kekemelik gibi ciddi iletişim engellerinin, onları deneyimleyen bireyler için hayal kırıklığına neden oldukları için yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etki yaratacağını ifade eder. Kekemeliği olan bireyler için birçok anlamlı yaşam aktivitesinden zevk alma, insanlar taşıdığı mesajdan daha fazla konuşma tarzına takıldıklarında ciddi şekilde kısıtlanabilir (O'keefe, 1996). Dolayısıyla kekemelik gibi iletişim bozukluklarının, yaşam döngüsünün her aşamasında kişi üzerinde derin bir etkisi olması muhtemeldir. Kekemeliği olan çocuklar ve ergenler kekemelik nedeniyle birçok olumsuz sonuç yaşayabilir (O'keefe, 1996).

Peters ve Guitart (1991) okul çağındaki kekemeliği olan çocukların okulda ortalamadan biraz altında performans gösterme eğiliminde olduğunu, akranları tarafından alay edildiğini belirtmiştir. Araştırma sonuçları (Peters ve Guitart, 1991; Armstrong ve ark, 2014) kekemeliği olan bazı çocukların sosyal durumlardan uzaklaşarak tepki gösterdiğini ancak bunun tüm kekemeliği olan çocuklar için geçerli olmadığını ifade etmişlerdir. Özellikle erken başlangıçlı ve şiddetli kekemelikte, etkilenen kişi ve ailesinde bazı psikiyatrik sorunlar ortaya çıkabilir ve kekemeliğin başlamasıyla birlikte ebeveynlerde bazı anksiyete bozuklukları ve depresif ruh hali görülebilir (Abalı ve ark, 2006; Armstrong ve ark, 2014). Ayrıca, yaşam kalitesi ile ilgili çalışmaların çoğunun mortalite ile ilgilenen veya kanser, diyabet, uyuşturucu bağımlılığı vb. gibi toplum üzerinde derin izlenimlere sahip hastalıklar üzerinde yapıldığını belirtmek gerekir (Kasbi ve ark. 2015). Sınırlı yaşam kalitesi çalışmalarının yapıldığı bozukluklardan biri, çoğunlukla çocukluk döneminde ortaya çıkan ve prevalansı toplam nüfusun yaklaşık %1'i olan konuşma akıcılığında bir tür bozukluk olan kekemeliktir (Kasbi ve ark. 2015).

Öte yandan, Amerikan Konuşma ve İşitme Derneği (ASHA), dil ve konuşma terapistinin görevlerinden birinin, kişinin vücudundaki fonksiyonel ve yapısal açıkları azaltarak, etkinlik ve katılımındaki sınırlamaları azaltarak bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmeye çalışmak olduğuna inanmaktadır (Kasbi ve ark., 2015). Bu nedenle, yaşam kalitesi araştırması sadece insanların yaşam deneyimlerini anlamak için değil, aynı zamanda dil ve konuşma bozukluğu olan vakalarda terapi sürecinde de önemli bir rol oynar (Kasbi ve ark., 2015).

2.7. Kekemelik ve Kekemelik Şiddetinin Bireyin Benlik Saygısı Üzerine Etkileri

Benlik saygısının büyük ölçüde sosyal etkileşimlere dayanarak inşa edildiği teorisi, kekemeliğin benlik saygısı üzerinde olumsuz bir etkisi olabileceğini ima eder (Adriaenssens, Beyers ve Struyf, 2015).

Kekemeliği olan ve olmayan gruplar arasında çocukların IQ düzeyi, sosyal anksiyete, sosyal fobi açısından bir fark olmadığı (Aybay, 2009) belirlenmiş olmasına rağmen çalışmalar kekemelik ve kekemelik şiddetinin bireyin benlik saygısı üzerine etkileri olduğunu belirtmiştir. Spesifik olarak, ergenlik döneminde benlik saygısı, artan benlik bilinci ile karakterize bir yaşam dönemi risk altında olabilir (Adriaenssens ve ark.,

2015). Bu da kekemeliği olan çocukların yetişkinliğe eriştikçe psikolojik iyilik halinde azalmalarla karşılaştığını göstermektedir (Adriaenssens ve ark., 2015).

Kekemelik, bireylerin sosyal etkileşimlerini engelleyerek kekeleyen bireyler için sosyal izolasyon duygusunu teşvik eder ve sonuçta yaşam kalitesini düşürür (Doğan ve ark, 2016; Snyder ve ark. 2020). Kekemeliği olan bireyler psikososyal olarak zorluk yaşar, sosyal ve akademik ortamlara uyum sağlamada daha büyük güçlüklerle karşılaşır (Pınarcık, 2013). Hatta psikiyatrik bozukluklar kekemeliği olan okul çağı çocuklarında, iki çocuktan birinde kekemeliğe eşlik eder (Dönmez ve Özcan, 2020).

Kekemeliği olan çocuklar akran grubu içinde kekemeliği olmayan çocuklara kıyasla daha az arkadaş veya anlamlı sosyal ilişkilere sahip olabildiği bilinmektedir (Kara ve Karamete, 2018). Çalışmalar kekemeliği olan çocukların önemli ölçüde daha az popülariteye sahip olduğunu ve akranları tarafından lider olarak görülme ihtimalinin daha az olduğunu göstermiştir (Davis Howell ve Cooke, 2002). Bunun yanında kekemeliği olan çocukların kekemeliği olmayan akranlarına göre akran reddine maruz kalma olasılıklarının daha yüksektir (Davis Howell ve Cooke, 2002). Hatta kekemeliği olan çocukların zorbalığa karşı daha savunmasız olduğu belgelenmiştir (Davidow ve ark, 2016; ve ark. 2018; Snyder ve ark., 2020; ve Aktürk 2015). Bu deneyimler ve duygular, alay etme veya zorbalık, sosyal kaygı, iletişimsel endişe ve düşük iletişim yeterliliği algısı içerebilir, ancak bunlarla sınırlı değildir (Davidow ve ark, 2016). Kekemeliği olan çocuklarda düşük özgüven, çekingenlik, kıskançlık, nevrotik semptomlar ve bazı uyumsuz davranışlar gözlenmiştir (İbiloğlu 2011).

Adriaenssens ve arkadaşları (2015) ise kekemelik şiddetinin ergenlerin sosyal kabul, okul başarısı, yakın arkadaş edinme yeterliliği ve benlik saygısı değerlendirmelerini olumsuz yönde etkilediğini, bunun yanında uyumsuz mükemmeliyetçilik ve özellikle olumsuz iletişim tutumlarının kekemelik şiddetinin benlik saygısı üzerindeki olumsuz etkisine aracılık ettiğini belirtmişlerdir.

2.8. Kekemeliğin Bireyin Davranışsal Özelliklerine Etkisi

Starkweather (2002) hayal kırıklığına daha yatkın olan bir çocuğun, işlev bozukluğu gibi bir uyarana daha hızlı veya yoğun bir şekilde tepki verme olasılığının daha yüksek olduğunu öne sürmektedir. Bu "hayal kırıklığı tepkisi", kas gerginliğini, mücadele davranışlarını artırabilecek, kekemelik ve/veya eşlik eden hareketleri

artırabilecek fizyolojik reaksiyonlar eşlik edecektir. “İkincil davranışlar”, kişinin bozulan konuşmasının akıcılığını maskelemek ve/veya söylemeye çabaladıkları bir sözcüğü çıkarmasına yardımcı olmak için kendisinin oluşturduğu stratejilerdir (St. Louis, 2001). Kekemeliği olan bireyler “İkincil davranışlar”ı bir sözcüğün veya sesin tekrarını engellemek veya “zor bir sözcük söylemeyi ertelemek için bir sözcüğün başına yeni sözcük ekleyerek yapar (St Louis, 2001).

Sözcükten kaçınma, kekemeliği olan insanların zamanla benimseyebileceği başka bir yardımcı davranış veya stratejidir (Rustin ve ark., 2001). Kekeleyen bir kişi bazı sözcükleri söyleyemeyeceğini düşünür ve o sözcüklerden kaçınır ve bunun yerine konuşma akıcılığını tetikleyebileceğini düşündüğü bir sözcüğü değiştirir veya düşündüğü konuşmadan tamamen çıkarır (Rustin ve ark., 2001). Güvenlik davranışları (konuşmaktan vazgeçme, sözcüklerden veya durumlardan kaçınma, göz temasından kaçınma gibi) korku veya endişeye karşı anlaşılabilir bir başa çıkma tepkisi, yararsız düşünme kalıplarının tetiklediği artan bedensel gerginlik veya artan konuşma hızı gibi fizyolojik değişiklikler (örneğin, “kekeleyeceğim...insanlar gülecek” veya “aptal olduğumu düşünecekler”) genellikle kekemeliğin artmasına neden olabilir (Kelman ve Wheeler, 2015). Bu yardımcı davranışların kullanılması, konuşmanın artık dinleyiciye anlamsız gelebileceği veya garip görünerek kafa karışıklığına neden olabileceği düşüncesiyle ek sorunlara yol açabilir (Rustin ve ark. 2001).

2.9. Kekemeliğin Bireylerin Sosyal Özelliklerine Etkisi

Bireylerin konuşmalarında yaşadığı akıcısızlık ile birlikte toplumun kekemeliği olan bireyler üzerindeki olumsuz davranışlarla birleştiğinde, kekemeliğin kekemeliği olan bireylerin sadece iletişim sorunu yaşamalarından ziyade sosyal yaşantılarını da birçok yönden olumsuz etkilediği gözlenmiştir (Snyder ve ark. 2020). Kekemeliği olan bir öğrenci, benzer bilişsel potansiyele sahip diğer bireylerin gerisinde kalma eğilimindedir (Klompas ve Ross, 2004). Ayrıca, kekemeliği olan çocukların akranları tarafından lider olarak görülme ihtimali daha düşüktür (Snyder ve ark. 2020).

Sosyal kabulün kekemeliği olan çocukları etkileyebileceğini düşünmenin nedeni, genellikle okul etkinliği veya genel olarak sosyal gruplara sözlü olarak isteksiz veya katılamamalarıdır (Davis, Howell ve Cooke, 2002). Aynı şekilde, kekemeliğin olumsuz algılarının sonuçlarından biri de okul çağındaki özellikle dördüncü ve beşinci sınıftaki (9-

11 yaş arası) öğrencilerin kekeleyen yetişkinlere ve yaşlılarına karşı olumsuz algılara sahip olduğunu göstermektedir (Snyder ve ark. 2020).

Kekemeliği olan çocuklar başlangıçta olumsuz akran tepkisi riskine maruz kalacaklarını bilmezler. Ancak onların utangaç veya geri çekilmiş olarak görülmeleri, muhtemelen bu algılanan özelliklerden dolayı akran ilişkilerinde zorluk çekmelerine ve onları zorbalık ve alay hedefleri haline getirmelerine neden olabilir (Davis, Howell ve Cooke, 2002). Sonuçta zorbalıkla karşı karşıya kalma ihtimallerinin daha fazla olduğunu göstermektedir (Snyder ve ark. 2020). Alay veya zorbalık yaşayan kekemeliği olan çocukların oranı %44 ila %83'ü arasında bulunmuştur (Nicholls, 2013).

Langevin (2009), beş çocuktan birinin kekemeliği olan çocuklara karşı olumsuz tutumlar sergilediğini bulmuştur. Çocukların %26'sı gülme, kıkırdama gibi zorbalığa teşvik etme eylemler yaparak zorbalığa destek vermektedir. Çalışma sonucuna göre kekeleyen 4-6 yaş arası çocukların %42'si ve 7-9 yaş arası çocukların %37'si kekemelik ile ilgili alay ve zorbalığa maruz kalmaktadır. Çoğunlukla sözlü olarak alay edilen çocuklar, sahte kekemelik taklidi ve takma adlar şeklinde zorbalığa uğrarlar (Langevin, 2009). Bir diğer çalışmada da Langevin ve ark. (2008) 77 okul öncesi öğrenci velisi ile yapıkları çalışmada veliler çocuklarının akranları tarafından alay edildiğini bilmiştir. Veliler ayrıca, akranlarının çocuklarının konuşmasını bitirmesini beklemeden ayırdıklarını ya da başka yöne döndüklerini, çocukları üzerinde daha baskın hale geldiklerini ve/veya çocuğun konuşması hakkında aşağılayıcı yorumlar yaptıklarını bildirmişlerdir. Bunun sonucu olarak, ankete katılanların %29'u çocuklarının akranlarıyla oynama şeklini değiştirdiğini, oyunda daha az konuştuğunu veya oyunda daha az iddialı olduğunu, %13'ünün çocuklarının kekemeliği nedeniyle akranlarıyla daha az oynadığını ve %23'ünün çocuklarının sosyal etkileşimden çekildiğini bildirmiştir.

Karamete ve ark. (2018) kekemeliği olan 54 yetişkin bireye, okul çağında uğradıkları zorbalığa ve zorbalığın etkilerine yönelik sorular içeren bir anket uygulamışlardır. Ankete katılan kişilerin %85'i okul hayatında zorbalığa uğradığını belirtmişlerdir. En sık karşılaşılan zorbalık türleri 'alay etme' ve 'isim takma'dır. Okul çağı çocuklarda yaş ilerledikçe zorbalık mağduru olma oranının arttığı görülmüştür. Ailelerin genellikle zorbalıktan haberdar olmadığı (%70), öğretmenlerin genellikle zorbalıktan haberdar olduğu (%73) gözlenmiştir. Katılımcılar zorbalığın en çok duygusal etkileri olduğunu bildirmişlerdir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada kekemeliği olan okul öncesi ve ilkokul çocuklarının davranışsal, duygusal ve sosyal iyiliğin karşılaştırılmalı olarak incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda iki grubun ortak ölçeklerle değerlendirmesi yapılarak betimlendiği ve karşılaştırıldığı betimsel araştırma modeli kullanılmıştır. Karşılaştırmalı betimsel araştırma modelinde karşılaştırılan gruplar belirli değişkenler açısından ortak ölçeklerle değerlendirilerek betimlenmekte ve betimlemeler karşılaştırılmaktadır (Karasar, 2010). Araştırmada ayrıca değişkenler arası ilişkiler de incelenmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma 2021 Mart-Mayıs ayları İstanbul'daki özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde dil ve konuşma terapisi seanslarına devam eden çocukların katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Katılımcıları

Katılımcıların tümü, çocuk ve ergen psikiyatri muayenesi sonucu kekemelik tanısı ile raporlanmış, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde dil ve konuşma terapisi almakta olan 4-9 yaş arası çocuklardır. 4-6 yaş okul öncesi 19 katılımcı ve 7-9 yaş ilkokul dönemi 19 katılımcı (n=38) ile çalışılmıştır. Araştırmanın katılımcılarının demografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 1'de sunulmaktadır.

Tablo 1: Çalışmaya katılan çocukların yaş gruplarına göre demografik özelliklerinin dağılımı

		Ort.± SS	Min.-Maks.
Yaş			
4-6 Yaş		65,95±3,7	58-71 Ay
7-9 Yaş		89,68±10,4	76-106 Ay
		n	%
Cinsiyet			
4-6 Yaş	Erkek	15	78,9%
	Kız	4	21,1%
7-9 Yaş	Erkek	14	73,7%
	Kız	5	26,3%

Tablo 1 incelendiğinde çalışmaya katılan 4-6 yaş grubu çocukların yaş ortalaması $65,95 \pm 3,7$ ay olup en küçüğü 58, en büyüğü 71 aylıktır. Katılımcı 7-9 yaş grubu çocukların yaş ortalaması ise $89,68 \pm 10,4$ ay olup en küçüğü 76, en büyüğü ise 106 aylıktır. 4-6 Yaş grubu çocukların 15'i (%78,9) erkek, 4'ü (%21,1) ise kızdır. 7-9 Yaş grubu çocukların ise 14'ü (%73,7) erkek, 5'i (%26,3) de kızlardan oluşmuştur. Katılımcıların seçiminde; kekemelik tanısı olma, tanımlanan herhangi bir zihinsel, işitsel bir yetersizliği olmama, dil ve konuşma terapisi alıyor olma ölçütleri belirleyici olmuştur. Okul öncesi yaş grubu için; 48-72 ayları arasında olma, okul çağı grubu için 73-108 ayları arasında olma ölçütleri belirleyici olmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı (KEŞİDA-4)

KEŞİDA-4 "Stuttering Severity Instrument", geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış, bir kekemelik değerlendirme aracıdır. Türkçe standardizasyonu Mutlu (2014) tarafından yapılmıştır. KEŞİDA-4 ile kekemeliğin şiddeti değerlendirilebilmektedir. En önemli özelliği kekemeliği sadece konuşmadaki takılmalar açısından değil, aynı zamanda kekemelik anındaki takılma süresi ve ikincil davranışlar açısından da değerlendirmesidir. Bu bütüncül yaklaşım uygulanan terapi tekniklerinin de etkisini daha net olarak ortaya koyabilmektedir. KEŞİDA-4'ün Cronbach Alfa kat sayısı .94 olarak bulunmuştur ve yüksek güvenirlik düzeyine sahip olduğu söylenebilir.

KEŞİDA 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; sıklık (frekans), süre, ikincil davranışlar, konuşma doğallığıdır. Sıklık puanı, normal konuşmada kekeleme şeklinde gerçekleşen hecelerin, konuşmadaki tüm hecelere oranlanması ile elde edilir (%KH). Sıklık; spontan konuşma ve bireyin yaşına uygun okuma metni ile ölçülür. Süre puanı; bireyin video boyunca yaptığı en uzun üç kekeleme anını, kronometre ile saniye cinsinden ölçüp ortalamasının alınması ile belirlenir. İkincil davranışlar; kekemeliği olan bireyin kekeleme anında, terapistin gözlemlediği kekelemeye eşlik eden fiziksel davranışların puanlanması ile elde edilir. Konuşma doğallığı ise, kekemeliği bireyin kendisi ile aynı yaş ve cinsiyete sahip normal konuşmacıların çoğunluğuna benzeme derecesini gösterir, terapist tarafından puanlanır.

3.4.2.Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

İngiliz psikiyatrist Robert Goodman, Güçler ve Güçlükler Anketi'ni (GGA) "Strength and Difficulties Questionnaire-(SDQ)" 1997 yılında oluşturmuştur. Anketin Türkçe standardizasyonu 2008 yılında Güvenir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Çeşitli formları olan anketin, bu çalışmada 4-17 yaş ebeveyn formu kullanılacaktır. Güvenirlik çalışmasında anket, psikiyatrik açıdan düşük risk grubunu temsil eden toplum örnekleminde 501 ebeveyne uygulanmıştır. Toplum örneklemine bakıldığı zaman, ebeveynlerin vermiş oldukları yanıtlara göre toplam güçlük puanı, duygusal sorunlar, davranış sorunları, aşırı hareketlilik ve akran sorunları puanlarının ortalaması sırasıyla; 8.86, 1.83, 1.30, 3.45 ve 2.29 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Anketin iç tutarlılığını ölçmek için Cronbach alfa katsayısı elde edilmiştir. Ölçeğin alt boyutları için güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılık katsayısı; .80, .72, .76, .71,.46'dır.

Ankette yer alan maddelere 'Doğru Değil, Kısmen Doğru ve Kesinlikle Doğru' yanıtları verilebilmektedir. GGA 25 maddeden oluşmaktadır. Belirtilen 25 madde 5 alt birim içermektedir. Her bir alt birim 5'er sorudan oluşmaktadır. Oluşturulan bu alt birimler; duygusallık sorunları, davranış sorunları, akran ilişkileri sorunları, dikkat eksikliği/dağınıklığı ve hiperaktivite sorunları, sosyal davranışlardır. 7,11,14,21,25. Maddeler hariç, tüm maddelerde "kesinlikle doğru" için 2 puan, "kısmen doğru" için 1 puan, "doğru değil" için 0 puan verilmektedir. Belirtilen maddelerde ise "kesinlikle doğru" için 0 puan, "kısmen doğru" için 1 puan, "doğru değil" için 2 puan verilmektedir. Her bir alt boyutun alabileceği puan aralığı 0-10 arasında değişebilmektedir ve Sosyal davranışlar alt birimi hariç diğer dört alt birimlerin toplam puanları 0-40 arasında değişebilir ve bu toplam güçlük puanını oluşturur. GGA'nın etkilenmeyi sorgulayan bir bölümü daha bulunmaktadır. Formu dolduran ebeveyn, çocuğunun; duygular, dikkat toplama, davranışlar ve başkaları ile geçinebilme alanlarında güçlük yaşıyıp yaşamadığını değerlendirir. Eğer güçlük yaşıyor ise bu güçlükleri ne kadar süredir yaşadığını, günlük yaşamını ne kadar derecede etkilediğini ve bu güçlüklerin aileye zorluk yaşatıp yaşatmadığını cevaplamaktadır.

Etkilenmeyi sorgulayan bölümde cevaplar; "çok fazla" (2 puan), "oldukça fazla" (1 puan), "biraz" (0 puan), "kesinlikle hayır" (0 puan) şeklinde puanlanmaktadır. Etkilenme puanı 0-10 arasında değişebilmektedir. Katılımcıların davranışsal, duygusal ve sosyal iyilik düzeylerini belirlemek üzere kullanılacak olan GGA katılımcıların anneleri tarafından doldurulmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın veri toplama süreci başlamadan önce Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapılmıştır. İnceleme sonucunda araştırmanın uygulanmasında bir sakınca olmadığına ilişkin Etik Kurul Onay Belgesi alınmıştır (EK 1). Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm ebeveynlerden; çalışmanın konusu, çalışmanın amacı, uygulaması, olası yararları ve risklerine ilişkin bilgilerin yer aldığı 'Bilgilendirilmiş Onam Formunu' imzalamaları istenmiştir.

Çocuk ile bir seanslık bir görüşme gerçekleştirilmiş, görüşmenin başlangıcında yaklaşık 5 dakikalık bir sohbet konuşması yapılmıştır. Sohbet hem çocukla iletişim kurmayı kolaylaştırmak hem de kekemelik özelliklerine ilişkin bilgi toplamayı sağlamak amacıyla yapılmıştır. Değerlendirmede tüm çocuklardan spontan sohbet sırasında 300 kelimelik konuşma örneği alınmıştır. Analiz için tüm vücudu gösteren kekemelik özelliklerinin ayrıntılı olarak analiz edilebilmesine olanak sağlamak amacıyla görüntü kaydı alınmıştır. Çocuğa yönelik yapılan tüm değerlendirmeler bireysel olarak gerçekleştirilmiştir. Çocukla yapılan görüşme sırasında ebeveyn çocuğu adına GGA'yı doldurmuştur. Aynı zamanda ebeveynlerden çocuklarının kekemelikte geçirdikleri süre (ay) ve ne kadar süredir terapi aldıklarına dair bilgi alınmıştır.

KEŞİDA-4; 6-16 yaş aralığındaki bireylere uygulandığından, çalışmaya katılan çocukların yalnızca okul çağı çocuklarına uygulanmıştır. 7-9 yaş arası katılımcıların KEŞİDA puanları hesaplanırken yalnızca spontan konuşmadaki kekeleme sıklığı (%KH.), kekeleme süresi ve ikincil davranışlar puanlanarak KEŞİDA puanı elde edilmiştir. 4-6 yaş arası katılımcıların kekeleme sıklıkları ise, 300 kelimelik konuşma örneğinden yüzdelik hesaplaması yapılarak belirlenmiştir;

Tablo 2: Konuşmadaki kekemelik sıklığını hesaplama

Klinik	Konuşma	Örnekleme	2	(Konuşma	Testi)
Hece		Sayısı			
Kekeleme		Durumları			
Kekeleme Durumları= Kekemelik Olayı ÷ Hece sayısı x 100 = _____ %KH					

3.6. Verilerin Analizi

Bu araştırmada okul öncesi ve ilköğretim çağı kekeleyen çocukların GGA puanları, gruplar arası farklar, katılımcıların kekemelik şiddeti ile GGA puanları arasındaki ilişki, katılımcıların kekemelikte geçirilen süre ile GGA puanları arasındaki ilişki ve katılımcıların terapi alma süreleri ile GGA puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Anketin puanlama yönergelerine uygun olarak puanlama yapılarak ve veriler SPSS paket 24 programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Bu kapsamda değişkenler arası ilişkileri incelemek üzere Pearson Korelasyon analizi, Gruplar arası karşılaştırma için verileri normal dağılımı durumunda T-testi, verilerin normal dağılmaması durumunda ise Mann-Whitney U testi ile analizler gerçekleştirilmiştir. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Değerlendiriciler Arası Uyum

Çalışmada, katılımcıların %20'sinin videosunu araştırmacı terapist haricinde bir dil ve konuşma terapisti daha izlemiş ve kekemelik sıklığı hesaplamıştır. İki farklı değerlendiricinin arasındaki uyum Tablo 3'de verilmektedir.

Tablo 3: Değerlendiricilerin arasındaki uyum analizi sonuçları

	N	Ortalama	SS	Min.	Maks.
Kekemelik Sıklığı (Araştırmacı)	38	8,92	4,0	3,33	23,52
Kekemelik Sıklığı (DKT)	8	9,52	3,1	4,20	14,40

	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	p
Kekemelik Sıklığı (DKT) - Negatif Sıralar	3	4,0	12,0		
Kekemelik Sıklığı (DKT) - Pozitif Sıralar	2	1,5	3,0		
Kekemelik Sıklığı (Araştırmacı) Eşitler	3			-1,214	0,225
Toplam	8				

Her iki terapist açısından çocukların kekemelik sıklık puanlamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Wilcoxon signed ranks test; $p > 0,05$). Buna göre iki terapist arasında kekemelik sıklık puanlaması açısından uyum bulunmaktadır.

4. BULGULAR

4.1. Okul öncesi ve ilkokul Çocuklarının GGA Puanları ve Kekemelik Şiddetlerinin Betimsel İstatistikleri

Bu bölümde okul öncesi ve ilkokul çocuklarının GGA puanları ve kekemelik şiddetlerine ilişkin betimsel analizlere yer verilmiştir. Analize ilişkin sonuçlar Tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 4: Okul öncesi ve ilkokul çocuklarının GGA puanları ve kekemelik şiddetlerinin betimsel istatistiklerine dair bulgular

Gruplar		N	Ortanca	Min.	Maks.	Ort.	SS	Çarpıklık	Basıklık	Shapiro-Wilk p	
Hiperaktivite	4-6 Yaş	19	5	2	9	5,16	1,8	0,309	-0,433	,941	,275
	7-9 Yaş	19	5	1	10	4,95	2,7	0,412	-0,837	,930	,176
Duygulanım	4-6 Yaş	19	2	0	8	2,89	2,2	0,979	0,217	,887	0,029*
	7-9 Yaş	19	4	0	9	4,11	2,5	-0,037	-0,602	,966	,696
Davranış Problemleri	4-6 Yaş	19	2	0	7	2,32	1,9	0,977	0,342	,885	0,026*
	7-9 Yaş	19	3	0	7	3,00	1,6	0,684	1,403	,912	,081
Akran İlişkileri Problemleri	4-6 Yaş	19	3	0	6	2,74	1,5	0,278	0,129	,960	,577
	7-9 Yaş	19	3	1	7	3,42	1,7	0,429	0,003	,922	,122
GGA Puanı	4-6 Yaş	19	12	8	26	13,21	5,1	1,157	1,034	,883	0,024*
	7-9 Yaş	19	14	7	26	15,00	4,9	0,288	-0,234	,963	,635
Etkilenme Puanı	4-6 Yaş	19	1	0	7	1,26	1,7	2,295	6,915	,717	<0,001*
	7-9 Yaş	19	1	0	6	1,32	1,6	1,645	3,24	,793	0,001*
Sosyal Davranış	4-6 Yaş	19	8	4	10	7,63	2,0	-0,291	-1,089	,908	,069
	7-9 Yaş	19	7	4	10	7,47	2,0	-0,220	-1,428	,891	0,034*
Kekemelik Şiddeti	4-6 Yaş	19	9,04	3,33	23,52	9,08	4,5	1,738	5,131	,849	0,007*
	7-9 Yaş	19	7,61	3,48	15,87	8,77	3,5	0,58	-0,633	,937	,233
Keşida Puanı	7-9 Yaş	19	13	7	21	13,74	4,0	0,367	-0,762	,952	,423

*: P<0,05

Tablo 4'te yer alan sonuçlar incelendiğinde, küçük ve büyük yaş grubu çocukların Hiperaktivite ve Akran İlişkileri ile 7-9 yaş grubu çocukların Duygulanım, Davranış Problemleri, GGA Puanı, Kekemelik Şiddeti, Keşida Puanı ve 4-6 yaş grubu çocukların Sosyal Davranış puanları normal dağılmaktadır (Shapiro Wilk test; $p>0,05$). Küçük ve büyük yaş grubu çocukların Etkilenme Puanları ile 4-6 yaş grubu çocukların Duygulanım, Davranış Problemleri, Toplam Güçlük Puanı ve Kekemelik Şiddeti ve 7-9 yaş grubu çocukların Sosyal Davranış puanları normal dağılıma uyum göstermemiştir (Shapiro Wilk test; $p<0,05$).

Normal dağılan değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında independent samples t test kullanılacak, ilişki analizlerinde ise Pearson Korelasyon Analizi yapılacaktır. Normal dağılmayan değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanılacak, ilişki analizlerinde ise Spearman Korelasyon Analizi yapılacaktır. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık ise $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilecektir.

4.2. Okul öncesi ve ilkökul Çocuklarının GGA Puanları Arasındaki Analizlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde okul öncesi ve ilkökul çocuklarının GGA puanları (Hiperaktivite, duygulanım, davranış, akran ilişkileri, toplam güçlük puanı, etkilenme puanı) arasında bir farklılaşmanın olup olmadığı incelenmiştir. İncelemelere yönelik istatistiki analiz sonuçları Tablo 5'te gösterilmektedir.

Tablo 5: Okul öncesi ve ilkökul çocuklarının hiperaktivite ve akran ilişkileri puanlarının karşılaştırma sonuçları

	Gruplar	N	Ortalama	SS	t	p
Hiperaktivite	4-6 Yaş	19	5,16	1,8	,284	,778
	7-9 Yaş	19	4,95	2,7		
Akran İlişkileri Problemleri	4-6 Yaş	19	2,74	1,5	-1,331	,191
	7-9 Yaş	19	3,42	1,7		

Tablo 5 incelendiğinde okul öncesi ve ilkökul çocuklarının Hiperaktivite ve Akran İlişkileri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Independent samples t test; $p>0,05$).

Bu bölümde okul öncesi ve ilkokul çocuklarının duygulanım, akran ilişkileri, GGA Puanı ve etkilenme puanları arasında bir farklılaşmanın olup olmadığı incelenmiştir. İncelemelere yönelik istatistiki analiz sonuçları Tablo 6’te gösterilmektedir.

Tablo 6: Okul öncesi ve ilkokul çocuklarının duygulanım, davranış sorunları, GGA Puanı, etkilenme puanı, kekemelik şiddeti ve sosyal davranış puanlarının karşılaştırma sonuçları

	Gruplar	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	Z	p
Duygulanım	4-6 Yaş	19	16,68	317,0	127	-1,578	0,115
	7-9 Yaş	19	22,32	424,0			
Davranış Sorunları	4-6 Yaş	19	16,95	322,0	132	-1,444	0,149
	7-9 Yaş	19	22,05	419,0			
GGA Puanı	4-6 Yaş	19	17,11	325,0	135	-1,334	0,182
	7-9 Yaş	19	21,89	416,0			
Etkilenme Puanı	4-6 Yaş	19	19,13	363,5	173,5	-0,214	0,831
	7-9 Yaş	19	19,87	377,5			
Kekemelik Şiddeti	4-6 Yaş	19	19,47	370,0	180	-0,015	0,988
	7-9 Yaş	19	19,53	371,0			
Sosyal Davranış	4-6 Yaş	19	20,05	381,0	170	-0,311	0,756
	7-9 Yaş	19	18,95	360,0			

Tablo 6 incelendiğinde okul öncesi ve ilkokul çocuklarının Duygulanım, Davranış Problemleri, GGA Puanı, Etkilenme Puanı, Kekemelik Şiddeti ve Sosyal Davranış puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Mann Whitney U test; $p>0,05$).

4.3. Okul öncesi Çocuklarında Kekemelik Yüzdesi ile GGA Puanlarına İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

Okul öncesi Çocuklarında kekemelik şiddeti ile GGA puanları arasında ilişkiye dair bulgular Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7: Okul öncesi çocuklarında kekemelik yüzdesi ile GGA puanları arasındaki korelasyon sonuçları

		Kekemelik Yüzdesi	Hiperaktivite	Duygulanım	Davranış Problemleri	Akran İlişkileri	GGA Puanı	Etkilenme Puanı	Sosyal Davranış
Kekemelik Yüzdesi	R	1,000	,212	,021	-,069	,384	,272	,380	-,040
	P		,384	,933	,780	,105	,260	,109	,870
	N	19	19	19	19	19	19	19	19

Tablo 7 incelendiğinde Okul öncesi Çocuklarında kekemelik şiddetleri ile GGA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Spearman Korelasyon Analizi; $p>0,05$).

4.4. İlkokul Çocuklarında Keşida Puanı ile GGA Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

Bu bölümde ilkökul çocuklarında Keşida puanı ile GGA puanları arasında ilişkinin olup olmadığına dair analiz sonuçlarına yer verilmektedir. Buna dair bulgular Tablo 8'de gösterilmektedir.

Tablo 8: İlkokul çocuklarında Keşida puanı ile GGA puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları

		Keşida Puanı	Hiperaktivite	Duygulanım	Davranış Problemleri	Akran İlişkileri	GGA Puanı
Keşida Puanı	R	1	-,217	,306	-,261	,583*	-,003
	P		,372	,202	,280	,009	,991
	N	19	19	19	19	19	19

*: $p<0,05$

İlkokul çocuklarında Keşida puanları ile Akran İlişkileri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Pearson Korelasyon Analizi; $r= 0,583$; $p<0,05$).

İlkokul çocuklarında Keşida puanları ile Hiperaktivite, Duygulanım, Davranış Problemleri ve GGA Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Pearson Korelasyon Analizi; $p>0,05$).

Tablo 9: İlkokul çocuklarında Keşida puanları ile etkilenme puanları ve sosyal davranış puanları arasındaki analiz sonuçları

	Keşida Puanı	Etkilenme Puanı	Sosyal Davranış
r	1,000	,258	,206
Keşida Puanı p		,286	,398
N	19	19	19

İlkokul çocuklarında Keşida toplam puanı ile Etkilenme Puanları ve Sosyal Davranış Puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Spearman Korelasyon Analizi; $p>0,05$).

4.5. Tüm Katılımcıların Kekemelik Sıklığı ile GGA Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Tüm katılımcıların kekemelik sıklığı ile GGA puanları arasında ilişkilere yönelik sonuçlar Tablo 10'da gösterilmektedir.

Tablo 10: Tüm katılımcıların kekemelik şiddeti ile GGA puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları

	Kekemelik Şiddeti	Hiperaktivite	Duygulanım	Davranış Problemleri	Akran İlişkileri	Toplam Güçlük Puanı	Etkilenme Puanı	Sosyal Davranış
R	1,000	-,147	,190	-,209	,409*	,027	,278	,190
Kekemelik Şiddeti P		,379	,254	,209	,011	,874	,091	,254
N	38	38	38	38	38	38	38	38

*: $p<0,05$

Çalışmada yer alan tüm katılımcıların Kekemelik Şiddeti ile Akran İlişkileri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Spearman Korelasyon Analizi; $r=0,409$; $p<0,05$).

Tüm katılımcıların Kekemelik Şiddeti ile Hiperaktivite, Duygulanım, Davranış Problemleri, Toplam Güçlük, Etkilenme ve Sosyal Davranış Puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Spearman Korelasyon Analizi; $p>0,05$).

4.6. Toplam Güçlük Puanı ile Terapi Süresi ve Kekemelikte Geçirilen Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular

Bu bölümde toplam Güçlük Puanı ile Terapi Süresi ve Kekemelikte Geçirilen Süre arasındaki ilişkiye dair bulgulara yer verilmektedir. Analizlere ilişkin sonuçlar Tablo 11'de gösterilmektedir.

Tablo 11: GGA puanı ile terapi süresi ve kekemelikte geçirilen süreye dair betimsel istatistikler

	N	Ortanca	Min.	Maks.	Ort.	SS	Çarpıklık	Basıklık	Shapiro-Wilk	p
GGA Puanı	38	13,5	7	26	14,11	5,0	0,661	-0,123	0,94	0,038*
Terapi Süreleri	38	4	1	24	4,87	4,1	3,053	12,414	0,68	<0,001**
Kekemelikte Geçirilen Süre	38	30	10	66	31,08	12,0	0,765	0,543	0,95	,091

*: $P<0,05$; **: $P<0,01$

Tüm katılımcıların kekemelikte geçirilen süreleri normal dağılırken (Shapiro Wilk test; $p>0,05$) GGA Puanı ve Terapi Süreleri normal dağılıma uyum sağlamamıştır (Shapiro Wilk test; $p<0,01$).

Tablo 12: Terapi süresi ve kekemelikte geçirilen süre ile GGA puanının ilişkisi

		GGA Puanı	Terapi Süreleri	Kekemelikte Geçirilen Süre
	r	1,000	-,589**	,311
GGA Puanı	p		<0,001	,057
	N	38	38	38

** $p<0,01$

Tüm yaş grupları için katılımcıların GGA Puanları ile Terapi süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü, orta düzeyde bir korelasyon vardır (Spearman Korelasyon Analizi; $r=-0,589$; $p<0,001$). Terapi süresi arttıkça GGA Puanı azalmaktadır.

Tüm yaş grupları için katılımcıların GGA Puanı ile Kekemelikte Geçirilen Süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Spearman Korelasyon Analizi; $p>0,05$).

4.7. Katılımcı çocukların Hiperaktivite, Duygulanım, Davranış Problemleri, Akran İlişkileri, Toplam Güçlük Puanı, Etkilenme Puanı ile Terapi Süreleri ve Kekemelikte Geçirilen Süre Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular

Katılımcı çocukların Hiperaktivite, Duygulanım, Davranış Problemleri, Akran İlişkileri, GGA Puanı, Etkilenme Puanı ile Terapi Süreleri ve Kekemelikte Geçirilen Süre arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo 13'de gösterilmektedir.

Tablo 13: Tüm katılımcıların toplam hiperaktivite, duygulanım, davranış problemleri, akran ilişkileri, GGA puanı, etkilene puanı ile terapi süreleri ve kekemelikte geçirilen sürenin betimsel istatistikleri

	N	Ortanca	Min.	Maks.	Ort.	SS	Çarpıklık	Basıklık	Shapiro-Wilk	P
Hiperaktivite	38	5	1	10	5,05	2,3	0,335	-0,537	0,96	,222
Duygulanım	38	3	0	9	3,50	2,4	0,42	-0,731	0,94	,055
Davranış Problemleri	38	3	0	7	2,66	1,8	0,697	0,243	0,93	0,015*
Akran İlişkileri	38	3	0	7	3,08	1,6	0,407	0,06	0,94	,051
GGA Puanı	38	13,5	7	26	14,11	5,0	0,661	-0,123	0,94	0,038*
Etkilenme Puanı	38	1	0	7	1,29	1,6	1,923	4,483	0,76	<0,001**
Terapi Süreleri	38	4	1	24	4,87	4,1	3,053	12,414	0,68	<0,001**
Kekemelikte Geçirilen Süre	38	30	10	66	31,08	12,0	0,765	0,543	0,95	,091

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$

Tablo 14: Katılımcı çocukların hiperaktivite, duygulanım, davranış problemleri, akran ilişkileri problemleri, GGA puanı, etkilenme puanı ile terapi süreleri ve kekemelikte geçirilen süre arasındaki ilişki

	r	p	N
Hiperaktivite- Terapi Süresi	-0,482	0,002**	38
Hiperaktivite- Kekemelikte Geçirilen Süre	-0,083	0,62	38
Duygulanım- Terapi Süresi	-0,262	0,112	38
Duygulanım- Kekemelikte Geçirilen Süre	0,255	0,122	38
Davranış Problemleri- Terapi Süresi	-0,311	0,057	38
Davranış Problemleri- Kekemelikte Geçirilen Süre	0,339	0,037*	38
Akran İlişkileri Problemleri- Terapi Süresi	-0,153	0,36	38
Akran İlişkileri Problemleri- Kekemelikte Geçirilen Süre	0,09	0,592	38
GGA Puanı- Terapi Süresi	-0,589	<0,001**	38
GGA Puanı- Kekemlikte Geçirilen Süre	0,311	0,057	38
Etkilenme Puanı- Terapi Süresi	-0,312	0,057	38
Etkilenme Puanı- Kekemelikte Geçirilen Süre	0,038	0,822	38

***: p<0,05; **: p<0,01**

Hiperaktivite ile Terapi Süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü, orta düzeyde bir korelasyon bulunmuştur (Spearman Korelasyon Analizi; $r=-0,482$; $p=0,002<0,01$).

Davranış Problemleri ile Kekemelikte Geçirilen Süre arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, düşük düzeyde bir korelasyon bulunmuştur (Spearman Korelasyon Analizi; $r= 0,339$; $p=0,037<0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada kekeleyen okul öncesi ve ilkokul çocuklarında davranışsal, duygusal ve sosyal iyiliğin karşılaştırılması; davranışsal, duygusal ve sosyal sorunlar ile kekemelik şiddeti; kekeleme süresi ve terapi süresi arasındaki ilişkilerin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmaya 4-6 yaş arası okul öncesi yaş grubu ve 7-9 yaş arası ilkokul grubunda olan çocuklar dahil edilmiştir. İki grubun da güçlük puanları toplamı ortalamanın üstündedir. Bunun sonucunda da kekemeliği olan çocukların güçler ve güçlük anketinin alt boyutlarında yer alan konularda daha çok zorluk çektiği söylenebilir. Alan yazında yer alan bir araştırmaya göre 3, 5 ve 11 yaşındaki bireylerin güçlük puanları yüksek çıkmıştır ve 11 yaşındaki kekemeliği olan çocukların sosyal becerilerinin gelişmesi akranlarına göre daha kötü bir şekilde gelişim göstermiştir (McAllister, 2016). Elde edilen bulgularla bu çalışma benzerlik göstermektedir.

Her iki yaş grubunda da kekemelik şiddeti ile akran ilişkileri arasında anlamlı ilişkilere rastlanılmıştır. Kekemeliği olan çocukların akranları tarafından fazla sevilmediği ve reddedildiği saptanmıştır. Literatürde var olan araştırmalara göre kekemeliği olan ve olmayan okul öncesi çocuklarda akran ilişkileri, kaygılı ve çekingen davranış ve aşırı hareketlilik açısından anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur. Aynı zamanda bu iki grup arasında okula uyum sağlama açısından da farklılık gözlemlenmiş, kekemeliği olan çocukların zorbalığa maruz kaldığı ve akranları tarafından dışlandığı belirlenmiş ve kekemeliği olmayan çocuklara göre öne çıkma olasılıklarının düşük olduğu saptanmıştır (Kayhan-Aktürk, 2016; Langevin ve ark, 2009; Davis ve ark, 2002). Çocukluk zamanında akran zorbalığı yaşamış ve bunun sıklığını, etkilerini araştırmak amacıyla yetişkin kekemeliği olan bireyler üzerinde inceleme yapılmış olan bir araştırmada zorbalığın birey üstünde duygusal bir etki bıraktığı bildirilmiştir (Kara ve Karamete, 2018). Goodman ve ark. (2010) kekemeliği olan çocukların, diğer çocuklar tarafından reddedilme, alay edilme ve zorbalık gibi akran sorunlar yaşadıklarını ifade etmiştir. Yetişkin kekemeliği olan bireylerin yaşadıkları ruh sağlığı sorunların çocuklukta yaşadıkları akran zorbalığı ile ilişkili olduğunu ifade edilmektedir (Lereya, Copeland, Costello ve Wolke, 2015). Kekemeliği olan çocuklarda akran sorunları iyi bilinmektedir ve okul öncesi yıllarda başlayabileceğini bildirmiştir (Goodman ve ark. 2010). Sonuç olarak alan yazında yer alan araştırma bulgularının mevcut çalışma bulguları ile benzerlik gösterdiği düşünülmektedir.

Her iki grupta da kekemelik şiddeti ve hiperaktivite alt boyutu ile arasında bir ilişki bulunamamıştır ancak diğer çalışmalara göre dikkat eksikliği ve hiperaktivite değişkeniyle arasında ilişki olduğu görülmüştür (Druker ve ark, 2019; Donaher ve Richels, 2012; Aybay, 2009; Berchiatti ve diğerleri, 2020). Bu çalışmada yapılan analiz sonuçlarıyla var olan çalışmaların sonuçlarıyla benzeşmemektedir. Bunun sebebi olarak da analize katılan çocukların hiperaktivite tanısı almamış olması düşünülmektedir. Özellikle bireylerin hiperaktivite tanısı alıp almadığı bu araştırmada incelenmemiştir. Aynı zamanda GGA'nın alt boyutlarından olan hiperaktivite ve akran ilişkileri problemleri puanlarının yaş grupları ile arasında bir farklılaşma da bulunmamıştır.

Ancak hiperaktivite ile kekemeliği olan çocukların aldıkları terapi süresi değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü, orta düzeyde bir korelasyon bulunmuştur. Dikkat eksikliği tanısı olan ve olmayan kekemeliği olan çocuklarda terapi sürecine hiperaktivitenin etkisine bakılmış ve çalışma sonucuna göre dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı olan çocuklarda terapi sürecinin daha uzun sürdüğü bulunmuştur (Druker ve ark. 2019).

Her iki grupta kekemelik şiddeti ile duygulanım, davranış ve güçlük puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kekemelik şiddeti ile etkilenme puanları ve sosyal davranış puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık söz konusu olmamıştır. Briley ve arkadaşlarının yaptığı davranışsal, duygusal ve sosyal iyiliği incelenen kekemeliği olan çocukların 4-5, 6-10, 11-17 yaş grubu arasındakiler yaş grubu ayırt etmeksizin duygular, konsantrasyon ve davranış konusunda kekemeliği olmayan çocuklara göre daha fazla zorluk çektiği, kekemeliği olan çocukların iyi durumda olma ihtimali daha az olduğunu belirttiği çalışma alanda yapılan kapsamlı çalışmalardan biridir. Endişe, mutsuz olma veya depresyonda olma kekemeliği olan çocuklarda daha yüksek seyretmiştir. 11-17 yaş grubu arasında depresiflik puanları daha yüksek, 6-10 yaşındaki grubun iyi olma ihtimali daha düşük çıkmıştır. Kekemeliği olan çocuklarda uslu olma, iyi dikkat gösterme olasılıkları daha düşük bulunmuştur (Briley ve ark, 2019). Kekeleyen çocuklar sosyal ortamlarda hatalardan kaçınmaya yönelik bir strateji geliştirmekte (Eichorn ve ark, 2018), sosyalleşme ve güvende hissetme ile sorunların bulunduğu gözlemlenmiştir (Aybay, 2019). Yine başka bir araştırmaya göre kekemeliği olan öğrencilerin kaygı seviyeleri yüksek bulunmuştur. Kekemeliği olan çocukların kaygı duydukları için sosyalleşme ve iletişim kurmada çekindikleri ve bu yüzden kendi içlerinde bir yaşam sürmeye çalıştıkları gözlemlenmiştir. Diğer taraftan yetersizlik duygusu, duygusal tepkinin kontrolünün değişkenliği veya yoğunluğu saptanmıştır

(Pınarcık ve Sarı, 2016; Manning ve Gayle, 2013). Ancak saldırgan bir davranış gösterme boyutu ile anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır (Kayhan-Aktürk, 2016).

Bu çalışmada kekemelik şiddetinin davranış ve duygu ile arasında ilişki bulunmamış diğer yandan yapılan araştırmalarda davranışlarda değişme ve farklılaşma gözlemlenmiştir. Etkilenme puanı ile kekeme şiddeti arasında ilişki bulunmazken başka bir araştırmada akademik başarıda düşüklük gözlemlenmiştir (Berchiatti ve ark., 2020). Kekemelik şiddeti ve GGA'nın alt boyutları ile ilişkisinin incelenmesinin yanında farklı değişkenler ile de ilişkilerine bakılmıştır. Tüm yaş gruplarında toplam güçlük puanı ile terapi süresi arasında negatif yönde anlamlı ilişkiye rastlanmış, GGA puanları ile kekeleme süreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. GGA anketini kullanan ve aynı zamanda terapi süresi arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir araştırmaya literatür taramasında rastlanmamıştır.

Aynı zamanda GGA'nın alt boyutu olan davranış problemleri ile kekemelikte geçirilen süre arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, düşük düzeyde bir korelasyon bulunmuştur. Yaruss ve Tichenor (2021) kekemelik süresi ve etkilediği alanları incelemiş ve kekemeliğin gözlemlenebilir davranış, duygusal, davranışsal ve bilişsel tepkiler de dahil olmak üzere tüm değişkenlerde olumsuz etkisinin olduğunu bulmuşlardır. Ancak etkilenen alanlarda bireysel farklılıkların da önemini vurgulamışlardır. 20 Avustralyalı çocuk üzerinde yapılan bir araştırmaya göre kekeleyen çocukların GGA puanları kekelemeyen çocuklara göre daha yüksek seyretmiştir (Lau ve ark. 2012). Başka araştırmalara göre de kekeleyen çocuklar ve kekelemeyen çocuklar arasında GGA altboyutları ile arasında istatistiki bir anlamlılık bulunamamıştır (Reilly ve ark. 2013; Kefalianos ve ark. 2017). Smith ve ark. (2014), kekemeliği olan okul çağındaki çocukların ve ergenlerin, tipik olarak gelişen akranlarına göre kaygı sorunları yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır (Blood ve Blood, 2007; Blood, Blood, Maloney, Meyer ve Qualls, 2007; Blood, Blood, Tellis, ve Gabel, 2001).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kekemeliğin bireyin sosyal yaşamı kadar psikolojik olarak da etkilendiği bilinmektedir. Birey üstünde olumsuz etki bırakan kekemelik, nasıl hissettiğini, davrandığını ve iyilik düzeyini belirleyebilmektedir. Bu çalışma kekemeliği olan okul öncesi ve ilkokul çağı çocukların kekemelik şiddetleri ile davranış problemleri, duygusal problemleri, hiperaktivite, akran ilişkileri, sosyal davranış, kekeleme süreleri ve terapi süreleri ile arasındaki ilişkilerin araştırılması amaçlanmış ve bu doğrultuda analizler yapılmıştır.

Yapılan analizlerden elde edilen bulgulara göre iki grubunda güçlük puanlarının ortalamasının üstünde olduğu gözlemlenmiştir. Bu çalışmanın ana değişkenini oluşturan kekemelik şiddeti ile GGA'nın alt boyutunu oluşturan akran ilişkileri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Diğer bir alt boyut olan hiperaktivite ile kekemelik şiddeti arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Hiperaktivite ve akran ilişkileri ile yaş grupları incelendiğinde bir farklılaşma görülmemiştir. Hiperaktivite alt boyutu ile terapi süresi arasında anlamlı negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. İncelendiğinde bir değişkendeki azalma diğer değişkenin artmasına sebep olmaktadır. Her iki gruba da bakıldığında kekemelik şiddeti ile duygulanım, davranış, etkilenme puanları ve sosyal davranış puanları, GGA puanları arasında anlamlı istatistiki bir fark bulunmamıştır. Terapi süresi ve akıcısızlık süreleri gibi değişkenler de analize dahil edilmiştir. Bunun sonucunda güçlük puanının terapi süresi ile negatif yönlü anlamlı ilişkilere rastlanırken, kekeleme süresiyle bir ilişkisi bulunamamıştır. Diğer bir bulgu ise davranış değişkeni ile kekeleme süreleri ile pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Bu çalışma, kekemelik ile ilgili farklı değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla ve bazı sorulara cevaplar aramak için yapılmıştır. Literatürdeki bazı çalışmalar ışığında sorular hazırlanmış, gruplar belirlenmiş ve analizler gerçekleştirilmiştir. Sonuç olarak kekemeliği olan okul öncesi ve okul çağı çocuklarının kekemelik şiddeti ile davranışsal, duygusal ve hiperaktivite değişkenleri ile bir ilişkisi bulunmazken, akran ilişkileri ile arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Diğer yandan terapi süresinin güçlük puanı ile ilişkisi saptanmıştır.

Bu çalışmanın sahip olduğu bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. Bu sınırlılıklardan biri pandemi sebebiyle çok fazla sayıda katılımcıya ulaşılamamasıdır.

Çalışma kapsamında uygulanan KEŞİDA, 6-16 yaş arası çocuklar üzerinde kullanılan bir ölçme aracı olması dolayısıyla okul öncesi 4-6 yaş grubu çocuklarda bu ölçme aracının sorularını kullanamamamız diğer sınırlılığı oluşturmaktadır. Bu veriler doğrultusunda kekemelik alanında farklı değişkenler eklenerek bu konu hakkında daha çok literatüre araştırma kazandırılması sağlanabilir. Özellikle terapi süresi ve kekemelik süresi değişkenleri ile elde edilen veriler gelecekteki çalışmalar için faydalı birer unsur haline gelebilir. Son olarak bu çalışma kekemelik alan yazınına katkı sağlamaktadır ve sınırlılıklar en aza indirilerek yeniden test ve analiz edilmesi ile daha etkili çalışmalar ortaya çıkmasına yardımcı olacaktır.



KAYNAKLAR

- Abalı, O., Madanoğlu, G. K., Beşikçi, H., & Ceren, M. (2006). Kekemelik ile başvuran çocuk ve gençlerde kekemelik şiddeti sözel IQ performansı değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, (16), 61-63.
- Adriaenssens, S., Beyers, W., & Struyf, E. (2015). Impact of stuttering severity on adolescents' domain-specific and general self-esteem through cognitive and emotional mediating processes. *Journal of Communication Disorders*, 58, 43-57.
- Aghaz A, Arani Kashani Z, Shahriyari A. (2020) Evaluating Teachers' Attitudes Toward Stuttering Using the Persian Version of the Teacher's Attitudes Towards Stuttering Inventory. *Journal of Modern Rehabilitation*. 15(1):41-46. <http://dx.doi.org/10.32598/JMR.15.1.6>
- Ahmadova, P. (2019). Annenin bağlanma özelliği ile ebeveyn tutumları ve çocukların ruhsal, davranışsal durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akkuş, Z. (2005). İlköğretim 5. Sınıf Öğrencilerinin Sosyal Becerilerinin Özsaygı ve Denetim Odağı İle İlişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü
- Aktürk, K. (2016). Okul öncesi dönemdeki kekemeliği olan ve olmayan çocukların akran ilişkilerinin karşılaştırılması: Eskişehir örnekleme (Master's thesis, Anadolu Üniversitesi).
- Al-Qaisi, R. Q. M., & Ali, E. G. (2020). Primary School Teachers' Attitudes regarding Stuttering of School Age Children at First Al-Karkh Education Directorate in Baghdad City. *Medico Legal Update*, 20(3), 1390-1394.
- Alm P. A. (2014). Stuttering in relation to anxiety, temperament, and personality: Review and analysis with focus on causality. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 5–21.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- American Speech-Language-Hearing Association. (1999). Terminology pertaining to fluency and fluency disorders: Guidelines. <http://www.asha.org/docs/html/GL1999-00063.html>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2010). Roles and responsibilities of speech-language pathologists in schools [Position Statement]. Available from www.asha.org/policy

- Amick, L. J., Chang, S. E., Wade, J., & McAuley, J. D. (2017). Social and cognitive impressions of adults who do and do not stutter based on listeners' perceptions of read-speech samples. *Frontiers in Psychology*, 8, 1148.
- Amster, B. J., Klein, E. R. (2004). The Role of Perfectionism in Stuttering. Paper Presented at the American Speech-Language-Hearing Association Annual Convention.
- Anderson, J. D., Pellowski, M. W., Conture, E. G., & Kelly, E. M. (2003). Temperamental characteristics of young children who stutter.
- Armstrong, E., O'Malley Keighran, M.P., Collins, P. And Carroll, C. (2014) 'A qualitative exploration of maternal perspectives on the impact of stuttering on the lives of six to ten year old children'. *Journal Of Clinical Speech And Language Studies*, 21 :41-62.
- Aybay, L. E. (2009). 8-12 yaş grubu kekeme çocukların kaygı, sosyal fobi ve IQ yönünden tetkiki / Study on stuttering children (ages, 8-12) regarding anxiety socialphobia & IQ (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Beilby, J. M., Byrnes, M. L., Yaruss, J. S. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. *Journal of Fluency Disorders*, 37(4), 289- 299.
- Bennett, E. M. (2006). *Working with people who stutter: A lifespan approach*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Merrill Prentice Hall.
- Berchiatti, M, Ribera-Badenes, L, Ferrer, A, Longobardi, C, Gastaldi, F, G, M. (2020). School adjustment in children who stutter: The quality of the student-teacher relationship, peer relationships, and children's academic and behavioral competence. *Children and Youth Services Review*, 116 (2020), 1-10.
- Blood, G. W., & Blood, I. M. (2007). Preliminary study of self-reported experience of physical aggression and bullying of boys who stutter: relation to increased anxiety. *Perceptual and Motor Skills*, 104, 1060–1066.
- Blood, G. W., & Blood, I. M. (2007). Preliminary study of self-reported experience of physical aggression and bullying of boys who stutter: Relation to increased anxiety. *Perceptual and motor skills*, 104(3_suppl), 1060-1066.
- Blood, G. W., Blood, I. M., Maloney, K., Meyer, C., & Qualls, C. D. (2007). Anxiety levels in adolescents who stutter. *Journal of communication disorders*, 40(6), 452-469.

- Blood, G. W., Blood, I. M., Tellis, G., & Gabel, R. (2001). Communication apprehension and self-perceived communication competence in adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 26(3), 161-178.
- Bloodstein O. (1995) A handbook on stuttering. 5th ed. San Diego, London: Singular Publishing Group, Inc, 1995: p 4-6, 53-57, 59-104,70-71,72,119,
- Bloodstein, O. (2002). Early Stuttering As a Type of Language Difficulty. *Journal of Fluency Disorders*, 27 (2), 163-167.
- Bloodstein, O., Ratner, N. B. (2008). A handbook on stuttering (6th ed.). Clifton Park, NY: Delmar Learning.
- Boyle, C. A., Boulet, S., Schieve, L. A., Cohen, R. A., Blumberg, S., Yeargin-Allsopp, M., Vissner, S., & Kogan, M. D. (2011). Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997–2008. *Pediatrics*, 127, 1034–1042.
- Boyle, M. P. (2015). Identifying correlates of self-stigma in adults who stutter: Further establishing the construct validity of the self-stigma of stuttering scale (4S). *Journal of Fluency Disorders*, 43, 17– 27.
- Brce, J., & Vanryckeghem, M. (2017). Communication Attitude of Slovenian Preschool Children who do and do not Stutter. *J Speech Pathol Ther*, 2(124), 2.
- Briley, P. M., O'Brien, K., & Ellis, C. (2019). Behavioral, emotional, and social well-being in children who stutter: Evidence from the National Health Interview Survey. *Journal of developmental and physical disabilities*, 31(1), 39-53.
- Büchel, C. and Sommer, M. (2004). What Causes Stuttering? *Plosbiology*, 2 (2), 46.
- Büyükoztürk, Ş., Çokluk, Ö. ve Köklü, N. (2013). Sosyal bilimler için istatistik. (12.Baskı). Ankara: Pegem Akademi
- Chandrabose, J. G., St Louis, K. O., Pushpavathi, M., & Raoof, S. (2010). Awareness Of Stuttering Among Prospective Teachers Of Mysore. *Journal of the All India Institute of Speech & Hearing*, 29(2).
- Chow, H. M., & Chang, S. E. (2017). White matter developmental trajectories associated with persistence and recovery of childhood stuttering. *Human Brain Mapping*, 38, 3345–3359.
- Conture, E. G., & Guitart, B. (1993). Evaluating efficacy of treatment of stuttering: School-age children. *Journal of Fluency Disorders*, 18, 253–287.

- Conture, E. G., Walden, T. A., Arnold, H. S., Graham, C. G., Hartfield, K. N., & Karrass, J. (2006). Communication-Emotional Model of Stuttering. In N. Berstein Ratner & J. Tetnowski (Eds.), *Current Issues in Stuttering research and practice*. (pp. 304). Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M., Peters, K. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45, 1097–1105.
- D'Ambrosio, M. (2005). *Balbuzie, Percors Teorici ve Clinici Integrati*, 1. Basım, Milano: Mc-Graw-HillCompanies
- Davidow, J. H., Zaroogian, L., & Garcia-Barrera, M. A. (2016). Strategies for teachers to manage stuttering in the classroom: A call for research. *Language, speech, and hearing services in schools*, 47(4), 283-296.
- Davis, S., Howell, P., & Cooke, F. (2002). Sociodynamic relationships between children who stutter and their non-stuttering classmates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(7), 939-947.
- De Nardo, T. (2011). *Acceptance of Stuttering and its Correlates*(Doctoral dissertation, Bowling Green State University).
- Dilbaz N, Güz H (2001) Sosyal anksiyete bozukluğunun fenomenolojisi. *Anksiyete Bozuklukları. Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi*. Tükel R, Alkın T (ed), 4:185-212.
- Doğan, M., Nemli, N., Bayram, A., Kaya, A., & Yaşar, M. (2016). kekeme çocukların yaşam kalitesi bulguları. *Kulak Burun Boğaz Uygulamaları Dergisi*, 4 (2), 64-69.
- Dorsey, M., Guenther, K. (2000). Attitudes of professors and students toward college students who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 25, 77-83.
- Dönmez, Y. E., & Özcan, Ö. Ö. (2020). Okul çağı çocuklarında gelişimsel kekemelik ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(5), 523-530.
- Druker, K, Hennessey, N, Mazzucchelli, T, Beilby, J. (2019). Elevated attention deficit hyperactivity disorder symptoms in children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 59(2019), 80-90.
- DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). (2005). (Çev. E. Köroğlu), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

- Dumanoğlu, A. (2006). Kekemelerde yaygın kekemelik tutumlarının kaygı ve depresyon düzeyleri açısından incelenmesi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). The psychology of attitudes. Fort Worth, TX: Harcourt, Brace, Jovanovich.
- Eggers, K., Millard, S., & Kelman, E. (2021). Temperament and the Impact of Stuttering in Children Aged 8–14 Years. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 64(2), 417-432.
- Eichorn, N, Marton, K, Pirutinsky, S. (2018). Cognitive flexibility in preschool children with and without stuttering disorders. *Journal of Fluency Disorders*, 57, 37-50.
- Erdemir, A., Walden, T. A., Jefferson, C. M., Choi, D., & Jones, R. M. (2018). The effect of emotion on articulation rate in persistence and recovery of childhood stuttering. *Journal of fluency disorders*, 56, 1-17. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.11.003>
- Erickson, S., & Block, S. (2013). The social and communication impact of stuttering on adolescents and their families. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 311–324.
- Garnett, E. O., Chow, H. M., & Chang, S. E. (2019). Neuroanatomical correlates of childhood stuttering: MRI indices of white and gray matter development that differentiate persistence versus recovery. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62, 2986–2998.
- Geetha, M. P., Shwetha, C., Sangeetha, M., & Sheela, S. (2012). Pre-post comparison of stuttering awareness program among prospective teachers: a preliminary study. *Journal of the All India Institute of Speech & Hearing*, 31.
- Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry* 38:581-586.
- Guitar B. (2003). Acoustic startle responses and temperament in individuals who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46:233–240.
- Guitar, B. (1998). Stuttering. An Integrated Approach to Its nature and Treatment, 2nd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. p 9-10, 10-11, 105-120, 346-353
- Guitar, B. (2013). Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment. Lippincott Williams & Wilkins.

- Gunn, A., Menzies, R. G., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., Lowe, R., et al. (2014). Axis I anxiety and mental health disorders among stuttering adolescents. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 58–68.
- Güneş, E., Dayi, A., Çolak, M., & Şireli-Bingöl, Ö. (2020). Oyun dönemindeki çocukların davranış sorunları ile izledikleri çizgi filmler arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23, 438-445.
- Güvenir, T., Özbek, A., Baykara, B., Arkar, H., Şentürk, B., & İncekaş, S. (2008). Güçler ve güçlükler anketi'nin (gga) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 15, 65-74.
- Hearne, A., Packman, A., Onslow, M., & Quine, S. (2008). Stuttering and its treatment in adolescence: The perceptions of people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 33, 81–98.
- Howell, P. (2007). Signs of Developmental Stuttering up to Age Eight and at 12 Plus. *Clinic Psychology Review*, 27 (3), 287–306.
- Howell, P., Davis, S., Williams, R. (2008). Late childhood stuttering. *Journal of Speech, Language, Hearing Research*, 51, 669–684.
- Ingham, R. J.; Fox, P. T.; Ingham, J. C. and Zamarripa, F. (2000). Is Overt Speech A Prerequisite for The Neural Activations Associated with Chronic Developmental Stuttering? *Brain and Language*, (75), 163-194.
- Iverach, L., Jones, M., McLellan, L. F., Lyneham, H. J., Menzies, R. G., Onslow, M., & Rapee, R. M. (2016). Prevalence of anxiety disorders among children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 49, 13–28.
- Iverach, L., Rapee, R. M., Wong, Q. J., & Lowe, R. (2017). Maintenance of social anxiety in stuttering: a cognitive-behavioral model. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26(2), 540-556.
- Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. (2004). *Klinik Psikiyatri*. (Çev. Ed: Abay E.), Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kara, İ. ve Karamete, A. (2018). Kekemeliği olan yetişkinlerin okul çağındaki akran zorbalığı mağduriyetlerinin belirlenmesi: Ön çalışma. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 50-61.
- Karasar, N. (2014). Bilimsel araştırma yöntemi. (28.Baskı). Ankara: Nobel Yayıncılık.

- Karataş, A. Kekemelik Tanısı Olan Çocuk ve Ergenlerde Sosyal Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin, Ailelerin Çocuk Yetiştirme Tutumlarının ve Anne Babalarındaki Psikiyatrik Belirtilerin Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kahramanmaraş, 2016.
- Kasbi, F., Mokhlesin, M., Maddah, M., Noruzi, R., Monshizadeh, L., & Mir Mohammad Khani, M. (2015). Effects of stuttering on quality of life in adults who stutter. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health*, 2(1). e25314
- Kayhan-Aktürk, Ş. (2016). Okul öncesi dönemdeki kekemeliği olan ve olmayan çocukların akran ilişkilerinin karşılaştırılması: Eskişehir örneklemi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kefalianos E, Onslow M, Block S, Menzies R, Reilly S. (2012). Early stuttering, temperament and anxiety: Two hypotheses. *Journal of Fluency Disorders*.;37(3):151-63.
- Kefalianos E, Onslow M, Ukoumunne O, Block S, Reilly S. (2014). Stuttering, temperament and anxiety: Data from a community cohort aged 2-4 years. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 54:1314-22.
- Kefalianos, E., Onslow, M., Packman, A., Vogel, A., Pezic, A., Mensah, F., et al. (2017). The history of stuttering by 7 years of age: follow-up of a prospective community cohort. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60, 1–12.
- Kefalianos, E., Onslow, M., Ukoumunne, O. C., Block, S., & Reilly, S. (2017). Temperament and early stuttering development: Cross-sectional findings from a community cohort. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(4), 772-784.
- Kehoe, T. D. (1999). *Stuttering: Science, Therapy and Practice*. Casa Futura Technologies, Boulder, (11).
- Kelman, E., & Wheeler, S. (2015). Cognitive behaviour therapy with children who stutter. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 193, 165-174.
- Klompas, M., & Ross, E. (2004). Life experiences of people who stutter, and the perceived impact of stuttering on quality of life: Personal accounts of South African individuals. *Journal of fluency disorders*, 29(4), 275-305.
- Korkut-Owen, Fidan, Doğan, Türkan, Demirbaş Çelik, Nur. ve Owen, Dean, W. (2016). “İyilik Hali Yıldızı Ölçeği’nin Geliştirilmesi”, *Journal of Human Sciences*, 13(3), 5013-5031.

- Kurum, T. Y., Dili, T., & MUTLU, A. (2014). Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracının (Stuttering Severity Instrument 4) 6-16 Yaş Okul Çağı Çocuklarda Türkçe Uyarlaması.
- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83–94.
- Langevin M, Packman A & Onslow M, (2009) 'Peer responses to stuttering in the preschool setting', *American Journal of Speech-Language Pathology* 18, pp.
- Langevin M. (2009) The peer attitudes toward children who stutter scale: Reliability, known groups validity, and negativity of elementary school-age children's attitudes. *Journal of Fluency Disorders*, 34(2): 72–86.
- Langevin, M., Packman, A., & Onslow, M. (2008). The impact of stuttering on preschoolers and parents I: Quantitative findings. Manuscript submitted for publication.
- Lau, S. R., Beilby, J. M., Byrnes, M. L., & Hennessey, N. W. (2012). Parenting styles and attachment in school-aged children who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 45, 98–110.
- Lees, R. M. (1999). Stammering in school children. *Support for learning*, 14(1), 22-26.
- Louis, K. O. (2001). *Living With Stuttering: Stories Basics, Resources, and Hope*. Morgantown, WV: Populore
- Madanoğlu, K. G. (2005). Kekeme Çocuklar İçin Bir Tarama Çalışması ve Kekemlikle Baş Etme Konusunda Hazırlanmış Bir Programın Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Mahr, C. G. and Torosian, T. (1999). Anxiety and Social Phobia in Stuttering. *Journal Of Fluency Disorders*, (24), 119-126.
- Mallick, R., Kathard, H., Borhan, A. S. M., Pillay, M., & Thabane, L. (2018). A cluster randomised trial of a classroom communication resource program to change peer attitudes towards children who stutter among grade 7 students. *Trials*, 19(1), 1-8.
- Manning, W. ve Gayle Beck, J. (2013). The role of psychological processes in estimates of stuttering severity. *Journal of Fluency Disorders*, 38(4), 356-367.
- McAllister, J. (2016). Behavioural, emotional and social development of children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 50(2016), 23-32.

- McAllister, J., Kelman, E., & Millard, S. (2015). Anxiety and cognitive bias in children and young people who stutter. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 193, 183–191.
- McLeod, S., Harrison, L. (2009). Epidemiology of speech and language impairment in a nationally representative sample of 4- to 5-year-old children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52, 113–129.
- Messenger, M., Packman, A., Onslow, M., Menzies, R., & O'Brian, S. (2015). Children and adolescents who stutter: further investigation of anxiety. *Journal of Fluency Disorders*, 46, 15–23.
- Mulcahy, K., Hennessey, N., Beilby, J., & Byrnes, M. (2008). Social anxiety and the severity and typography of stuttering in adolescents. *Journal of Fluency Disorders*, 33, 306–319.
- Nicholls J R. 2013. Teacher perceptions of stuttering. (Published master thesis). Massey University, Albany. New Zealand.
- Onslow, M. (2020). Stuttering and its treatment: Eleven lectures. Retrieved from <https://www.uts.edu.au/asrc/resources/asrc-resources>
- Ooki, S. (2005). Genetic and environmental influences on stuttering and tics in Japanese twin children. *Twin Research and Human Genetics*, 8, 69–75.
- Orton ST, Travis LE. Studies in stuttering: IV. Studies of action currents in stutterers. *Archives of Neurology & Psychiatry*. 1929;21(1):61-8.
- Peters, T.J., & Guitar, B.G. (1991). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Pınarcık, Ö. (2013). 6-8 yaş kekeme öğrencilerin psiko-sosyal ve akademik yönden karşılaştıkları güçlüklerin öğrenci, öğretmen, veli görüşleri açısından değerlendirilmesi (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Pınarcık, Ö. ve Sarı, H. (2016). 6-8 yaş kekeme öğrencilerin psiko-sosyal yönden karşılaştıkları güçlüklerin öğrenci görüşleri açısından değerlendirilmesi. ELMIS 2016 TT and VES (Including Art Education) Kongresi.
- Placencia, N. J. (2014). Experience and Attitudes of Teachers Towards Stuttering Intervention, Education, and Resources (Doctoral dissertation, The Ohio State University).

- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 35, 741–756.
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Cini, E., Conway, L., Ukoumunne, O. C., et al. (2013). Natural history of stuttering to 4 years of age: a prospective community-based study. *Pediatrics*, 132, 460–467.
- Riley G and Riley J. A (2000). Revised component model for diagnosing and treating children who stutter. *Contemp Issues Commun Sci Disord*. 27(2):188–189
- Riva-Posse, P., Marolt, L.B., Schteinschnaider, A., Echenique, M.L., Cammarota, A., Merello, M. (2008). "Phenomenology of Abnormal Movements in Stuttering", *Parkinsonism and Related Disorders*, 1-5.
- Roth, P. F. and Worthington, K. C. (2005). *Intervention for Fluency, Treatment Resource Manual for Speech-Language Pathology*. Texas: Thomson Delmar Learning.
- Rustin, L., Cook, F., Botterill, W., Hughes, C., & Kelman, E. (2001). *Stammering: A practical guide for teachers and other professionals*. London: David Fulton.
- Sari H, Gokdag H, Kizilkaya H. 2019 Evaluating teachers' opinions on learning difficulties of stuttering primary students in terms of terms of first literacy. *Journal of Modern Science.*; 3(42):57-81. [DOI:10.13166/jms/112280]
- Scott L. & Guitar C. 2010. *Stuttering: Straight Talk for Teachers, A Handbook for Teachers and Speech-Language Pathologists* (3rd ed.). The Stuttering Foundation. Retrieved from www.tartamudez.org.
- Siegel, G.M. (2000). Demands and capacities or demands and performance? *Journal of Fluency Disorders* 25.
- Silva L K. Martins-Reis V. de O. Maciel T M. Ribeiro J K B C. de Souza M A. & Chaves F G. Stuttering at school: The effect of a teacher training program on stuttering. *CODAS*, <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162015158>. 2016; 28(3): 261–268.
- Smith, A., & Kelly, E. (1997). Stuttering: A dynamic, multifactorial model. In R. F. Curlee & G. M. Siegel (Eds.), *Nature and treatment of stuttering: New directions* (2nd ed., pp. 204–217). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon
- Smith, A., & Weber, C. (2017). How stuttering develops: the multifactorial dynamic pathways theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60, 2483–2505.

- Smith, K. A., Iverach, L., O'Brian, S., Kefalianos, E., & Reilly, S. (2014). Anxiety of children and adolescents who stutter: A review. *Journal of fluency disorders*, 40, 22-34.
- Snyder, G., Williams, M. G., Adams, C., & Blanchet, P. (2020). The Effects of Different Sources of Stuttering Disclosure on the Perceptions of a Child Who Stutters. Language, speech, and hearing services in schools, 51(3), 745-760.
- St. Louis, K. O., Węsierska, K., & Polewczyk, I. (2018). Improving Polish stuttering attitudes: An experimental study of teachers and university students. *American journal of speech-language pathology*, 27(3S), 1195-1210.
- Starkweather, C. W. (2002). The epigenesis of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 27(4), 269–288.
- Starkweather, C.W. (1987) *Fluency and Stuttering*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Tichenor, S. E., & Yaruss, J. S. (2021). Variability of stuttering: Behavior and impact. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(1), 75-88.
- Topbaş, S., Konrot, A., ve Ege, P., (2002). "Dil ve Konuşma Terapistliği", Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir,
- Wallace, I. F., Berkman, N. D., Watson, L. R., Coyne-Beasley, T., Wood, C. T., Cullen, K., & Lohr, K. N. (2015). Screening for speech and language delay in children 5 years old and younger: A systematic review. *Pediatrics*, 136, e448- e462
- Xing Ming, J., Jing, Z., Yi Wen, Z., & Van Borsel, J. (2001). Public awareness of stuttering in Shanghai, China. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 26, 145–150.
- Yairi, E., & Ambrose, N. G. (2005). *Early childhood stuttering for clinicians by clinicians*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Yairi, E., Ambrose, N. (2005). *Early childhood stuttering*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2004). Partnerships between clinicians, researchers, and people who stutter in the evaluation of stuttering treatment outcomes. *Stammering Research*, 1, 1-15.
- Youth in Mind. (2012). What is the SDQ? <http://www.sdqinfo.com/a0.html>. Accessed 6 Dec 2021.

Zamani, P., Ravanbakhsh, M., Weisi, F., Rashedi, V., Naderi, S., Hosseinzadeh, A., & Rezaei, M. (2017).
Effect (s) of language tasks on severity of disfluencies in preschool children with stuttering.
Journal of psycholinguistic research, 46(2), 261-269.



EKLER

Ek 1.



Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: Cansu Alpay
Assignment title: İntihal 2019
Submission title: Yüksek Lisans Tezi
File name: Cansu_Alpay_Y_ksek_Lisans_Tezi.docx
File size: 485.37K
Page count: 62
Word count: 14,989
Character count: 100,240
Submission date: 02-Sep-2021 08:29PM (UTC+0300)
Submission ID: 1610014068



Copyright 2021 Turnitin. All rights reserved.