



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KEKELEYEN VE KEKELEMİYEN 8-12 YAŞ ARASI
ÇOCUKLARIN YAŞAM KALİTESİ BULGULARININ
KARŞILAŞTIRILMASI – İSTANBUL ÖRNEKLEMİ**

DEMET TEKNECİ

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi R. SERTAN ÖZDEMİR

İSTANBUL – 2021

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Dil ve Konuşma Terapisi
Tez Sahibi : Demet TEKNECİ
Tez Başlığı : Kekeleyen ve Kekelemeyen 8-12 Yaş Arası Çocukların Yaşam Kalitesi Bulgularının Karşılaştırılması – İstanbul Örneklemi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 06.08.2021

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

Danışman

Kurumu

İmza

Dr.Öğr. Üyesi Ramazan S.ÖZDEMİR İstanbul Medipol Üniversitesi

Sınav Jüri Üyeleri

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

Dr.Öğr. Üyesi Ayşen KÖSE Hacettepe Üniversitesi

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

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

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

Demet TEKNECI

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgisini, deneyimini ve manevi desteğini esirgemeyen, değerli hocam ve tez danışmanım Dr.Öğr.Üye. R. Sertan ÖZDEMİR'e,

Tez jürime katılma davetimi kabul eden değerli hocalarım Dr.Öğr.Üye Ayşen KÖSE ve Dr.Öğr.Üye. Nazmiye Evra GÜNHAN ŞENOL'a

Bana her koşulda destek olan, benim için her zaman en iyisini isteyen annem Seher TEKNECİ ve babam Halit TEKNECİ'ye,

Manevi desteğini asla esirgemeyen, araştırmama, kendimi geliştirmeme koşulsuz destek olan, deneyimleriyle bana yol gösteren değerli ağabeyim Deniz TEKNECİ'ye,

Küçük yaşlarımdan itibaren beni her zaman destekleyen ve bu süreçte bana sabır gösteren arkadaşlarım Buse ÖZCAN ve Büşra ERDEM'e,

Tez çalışmalarım sürecimde benimle birlikte olan ve desteğini esirgemeyen kuzenim İrem TEKNECİ'ye,

Bugünlere gelmemde en büyük desteği sağlayan, eğitimin önemini her zaman vurgulayan, bana vizyon katan ve sonsuz sevgisini gösteren canım rahmetli dedem Süleyman TEKNECİ'ye tüm kalbimle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEZ ONAY FORMU	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
3.1. Giriş.....	3
3.2. Araştırmanın Amacı.....	4
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Kekemeliğin Tanımı.....	7
4.2. Kekemeliğin Sıklık ve Yaygınlığı	7
4.3. Kekemeliğin Nedenleri.....	8
4.3.1. Genetik Nedenler.....	9
4.3.2. Fizyolojik Nedenler.....	9
4.3.3. Psikolojik Nedenler.....	9
4.3.4. Çok Faktörlü Modeller.....	10
4.4. Yaşam Kalitesi.....	10
4.4.1. Yaşam kalitesi ve dil ve konuşma bozuklukları.....	11
4.4.2. Yaşam kalitesi ve kekemelik.....	12

5. MATERYAL VE METOT.....	14
5.1. Araştırma Modeli.....	14
5.2. Araştırmanın Katılımcıları.....	14
5.3. Veri Toplama Araçları.....	14
5.3.1. Kişisel bilgi formu.....	14
5.3.2.Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ).....	15
5.3.3. Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı – 4 (KEŞİDA – 4).....	15
5.4. Verilerin Toplanması.....	15
5.5. Verilerin Analizi.....	16
6. BULGULAR.....	17
6.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular.....	17
6.2. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Bulgular.....	22
6.3. Farklılık Analizi Bulguları.....	28
7. TARTIŞMA.....	35
8. SONUÇ.....	39
9. KAYNAKLAR.....	41
10. EKLER.....	48
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	48
Ek 2. Kişisel Bilgi Formu-1.....	49
Ek 3. Kişisel Bilgi Formu-2.....	50
Ek 4. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) – Çocuk Formu.....	51
Ek 5. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) – Ebeveyn Formu.....	52
Ek 6. Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı (KEŞİDA-4) – Ön Yüzü.....	53

Ek 7. Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı (KEŞİDA-4) – Arka Yüzü...	54
Ek 8. Ölçek Kullanım İzni.....	55
11. ETİK KURUL ONAYI.....	56
12. ÖZGEÇMİŞ.....	59



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ASHA Amerikan Konuşma, Dil ve İşitme Birliği

ÇİYKÖ Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

KEŞİDA Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı

SİYK Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

WHO Dünya Sağlık Örgütü

TABLULAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 6.1.1. Ebeveynlerin Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları.....	17
Tablo 6.1.2. Kekeleyen ve Kekelemeyen Çocuk Ebeveynlerinin Yaşlarına İlişkin Değerleri.....	18
Tablo 6.1.3. Kekeleyen Çocukların Özelliklerine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları	19
Tablo 6.1.4. Kekeleyen Çocukların Kekemelik Şiddetine İlişkin Değerleri.....	21
Tablo 6.2.1. Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Analizi Sonuçları.....	22
Tablo 6.2.2. Kekeleyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocuklarının Yaşam Kalitesi Değerleri.....	23
Tablo 6.2.3. Kekelemeyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocuklarının Yaşam Kalitesi Değerleri.....	25
Tablo 6.2.4. Kekeleyen ve Kekelemeyen Çocuk ve Ebeveynlerinin Toplam Yaşam Kalitesi Puanları.....	26
Tablo 6.3.1. Kekeleyen ve Kekelemeyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocukların Yaşam Kalitesi Puanlarına Yönelik Bulgular.....	28
Tablo 6.3.2. Kekeleyen ve Kekelemeyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocukların Fiziksel Sağlık Puanlarına Yönelik Bulgular.....	28
Tablo 6.3.3. Kekeleyen ve Kekelemeyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocukların Duygusal İşlevsellik Puanlarına Yönelik Bulgular.....	29
Tablo 6.3.4. Kekeleyen ve Kekelemeyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocukların Sosyal İşlevsellik Puanlarına Yönelik Bulgular.....	30

Tablo 6.3.5. Kekeleyen ve Kekelemeyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocukların Okul İşlevselliği Puanlarına Yönelik Bulgular.....	30
Tablo 6.3.6. Kekeleyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocukların Kekemelik Şiddetine Göre Yaşam Kalitesi Puanlarına Yönelik Bulgular.....	31
Tablo 6.3.7. Kekeleyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocukların Kekemelik Şiddetine Göre Fiziksel Sağlık Puanlarına Yönelik Bulgular.....	32
Tablo 6.3.8. Kekeleyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocukların Kekemelik Şiddetine Göre Duygusal İşlevsellik Puanlarına Yönelik Bulgular.....	32
Tablo 6.3.9. Kekeleyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocukların Kekemelik Şiddetine Göre Sosyal İşlevsellik Puanlarına Yönelik Bulgular.....	33
Tablo 6.3.10. Kekeleyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocukların Kekemelik Şiddetine Göre Okul İşlevselliği Puanlarına Yönelik Bulgular.....	34

1. ÖZET

KEKELEYEN VE KEKELEMİYEN 8-12 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN YAŞAM KALİTESİ BULGULARININ KARŞILAŞTIRILMASI – İSTANBUL ÖRNEKLEMİ

Araştırmamızda, kekeleyen ve kekelemeyen 8-12 yaş arası çocukların ve ebeveynlerinin yaşam kalitesi bulgularının fiziksel işlevsellik, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik ve okul işlevselliği alt başlıklarında karşılaştırılması ve kekemelik şiddeti yüksek ve düşük olan çocukların yaşam kalitesi bulgularının karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırmaya kekemeliği olan 30 ve kekemeliği olmayan 29 çocuk olmak üzere toplam 59 çocuk ve bu çocukların birer ebeveyni olmak üzere toplamda 118 kişi katılmıştır. Katılımcılar İstanbul ilinde bulunan özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri ve özel dil-konuşma kliniklerine başvuran ve İstanbul ilinde ulaşılan gönüllü çocuk ve ebeveynler arasından seçilmiştir. Katılımcılardan veri toplama amacıyla demografik bilgi formunu ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni doldurmaları istenmiştir. Kekemeliği olan çocukların kekemelik şiddeti Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı (KEŞİDA) kullanılarak ölçülmüştür. Araştırmanın bulguları; kekeleyen ve kekelemeyen çocukların yaşam kalitesi arasında farklılık bulunduğunu göstermektedir ($p < ,05$). Buna göre araştırmaya katılan kekelemeyen çocuk ve ebeveynlerinin yaşam kalitelerinin, tüm alt başlıklarda kekeleyen çocuk ve ebeveynlerinden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmada kekeleyen çocukların kekemelik şiddetine göre yaşam kaliteleri arasında bir fark olup olmadığı araştırılmış ve kekemelik şiddetine göre kekeleyen çocukların ve ebeveynlerinin çocukları için doldurduğu yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p > ,05$). Kekemelik okul çağı döneminde özellikle sosyal ve duygusal işlevsellik olarak, yaşam kalitesini etkilemektedir. Kekemelik terapilerinde sadece kekemeliğin şiddetine odaklanmak yerine, yaşam kalitesi bulgularına dikkat edilmesi ve kekeleyen çocukların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ebeveyn Tutumu, Kekemelik, Kekemelik Etkisi, Kekemelik Şiddeti, Yaşam Kalitesi.

2. ABSTRACT

A COMPARISON OF QUALITY OF LIFE FINDINGS OF BETWEEN 8-12 YEARS OLD CHILDREN WHO STUTTER AND DO NOT STUTTER - ISTANBUL SAMPLE

The aim of this study was to compare findings related to the quality of life of 8-12 year old children who stutter and do not stutter and their parents. The quality life of the participants is investigated under the sub-headings of physical functionality, emotional functionality, social functionality and school functionality. The results compared quality of life findings children with high and low stuttering severity. A total of 118 people, including 30 stuttering and 29 non-stuttering children and one of the parents of each participant participated in the study. Participants were selected from among children and parents who applied to special education and rehabilitation centers and speech clinics in Istanbul and were reached in Istanbul. For data collection, participants were asked to fill out a demographic information form and the Children's Quality of Life Scale for data collection. Stuttering severity of children with stuttering was measured using the Stuttering Severity Assessment Tool. The results of the study indicated a difference the quality of life of children who stutter and those who do not ($p<.05$). These results indicate that overall the quality of life of the participating children who do-not stutter and their parents is higher compared to that of the participating child and parents who stutter in all of dimensions evaluated in the Children's Quality of Life Scale. This study also investigated whether there was a difference between the quality of life of children who stuttered according to the severity of stuttering, and was no statistically significant difference between the quality of life scores of the children with different stuttering levels were found; $p>.05$. At school age, stuttering affects the quality of life, especially in terms of social and emotional functionality. In stuttering therapies, instead of focusing only on the severity of stuttering, it is necessary to pay attention to quality of life findings and to work on improving the quality of life of children who stutter.

Key words: Impact of Stuttering, Parental Attitude, Quality of Life, Stuttering, Stuttering Severity.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

3.1. Giriş

Kekemeliği olan bireyler, çocukluklarından başlayarak hayatlarını etkileyen sonuçlara maruz kalabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün politikalarına göre sağlık koşullarının yaşam kalitesi üzerindeki etkisi dünya çapında dikkat çekmektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün tanımına göre yaşam kalitesi “bireyin içerisinde bulunduğu kültür ve değerler sistemi bağlamında ve hedeflerine, beklentilerine, standartlarına ve kaygılarına bağlı olarak yaşamındaki pozisyonu ile ilgili algısı” şeklindedir. Yaşam kalitesi; kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık seviyesi, sosyal ilişkileri, kişisel inançları ve içerisinde bulunduğu ortamın belirgin özellikleri ile ilişkisinden etkilenen bir kavramdır (2).

Bu nedenle, terapi almış veya almamış kekemeliği olan kişilerin deneyimlerini anlamak daha iyi sonuçlara yol açacaktır (1). Bununla birlikte, bu bozukluğun günlük yaşam üzerindeki etkisi hakkında çok az bilgi bulunmaktadır (3). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (SİYK) ölçümleri pediatrik bozukluklarda önemli bir sonuç haline gelmesine rağmen (4), dil ve konuşma bozukluklarının etkisi üzerine sınırlı araştırma yapılmıştır (5).

Kekemeliği olan ergenler ve yetişkinler için SİYK üzerine birkaç çalışma bulunmaktadır (6,7,8,9). Ancak kekemeliği olan okul çağındaki çocuklar için, kekemeliğin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi daha az sıklıkla incelenmiştir (3). Kekemelik gibi iletişim bozukluklarının, yaşam döngüsünün tüm aşamalarında kişi üzerinde derin bir etkisi olması muhtemeldir (10).

Kekemelik, okul çağındaki çocukların psikolojik iyi oluşlarını (*well-being*) ciddi şekilde etkileyebilir. Kekemeliği olan okul çağındaki çocuklar, akranları tarafından olumsuz olarak algılanır (11). Kekemeliği olmayan yaşlılarına göre “zorbalık kurbanı” olarak sınıflandırılmaları daha olasıdır (12).

Araştırmalar, kekemeliği olan çocukların okulda ortalamanın biraz altında performans gösterme eğiliminde olduklarını göstermiştir. Blood ve ark. (13), kekemeliği olan ergenlerin birçoğunun yüksek düzeyde iletişim kaygısı olduğunu ve

kendilerini zayıf iletişim becerilerine sahip olarak algıladığını bulmuştur. Ayrıca kekemeliği olan ergenlerin %43'ü belirli bir süre boyunca zorbalık yaşamaktadır (14).

Kekemeliğin okul çağındaki çocukların günlük yaşamları üzerindeki etkisini araştırmaya yönelik diğer çalışmalarda, bozukluğa özgü araçlar kullanılmıştır. Chun, Mendes, Yaruss ve Quesal (1)'un yaptığı çalışmada, 7-12 yaşları arasındaki yedi çocukta, Konuşmacının Okul Çağındaki Çocuklar için Kekemelik Deneyiminin Genel Değerlendirmesi (OASES-S)'nin taslak versiyonuyla ölçüldüğü üzere kekemelik şiddeti ile kekemeliğin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi arasında pozitif bir ilişkiye doğru bir eğilimiyle birlikte kekemeliğin orta düzeyde olumsuz etkisi olduğu ortaya çıkmıştır.

Konuşmayla ilgili olumsuz bir tutum ve olumsuz sosyal tepkiler, çocuğun sosyal kaygı geliştirme riskini artırmaktadır (15). Tam olarak tutarlı olmasa da kekemeliği olan daha büyük çocuklarda artan sosyal kaygı seviyeleri bildirilmiştir (16). Bir sosyal anksiyete bozukluğunun normal sosyal gelişimi ve işleyişi engellediği ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğu bilinmektedir (17).

Beilby ve ark. (18) yaptığı çalışmalar sonucunda kekemeliği olan bireylerin konuşma konusunda daha fazla endişeleri olduğu ve konuşmaya yönelik duygusal, davranışsal ve bilişsel tepkileri arttırdıkları ve bu durumun iletişimi önemli ölçüde tehlikeye attığını belirtmişlerdir.

3.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı kekemeliği olan çocukların kekemelik şiddetleri ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi ve kekemeliği olmayan çocuklar ile aralarında bir fark olup olmadığının belirlenmesidir. Bu amaç doğrultusunda kekemelik şikayetiyle kliniğe başvuran 8-12 yaş arası çocuklar ve ebeveynlerinden veri toplanması hedeflenmiştir. Toplanan veriler; çocukların ve ebeveynlerinin Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları ve kekemelik şiddeti değişkenleri göz önünde bulundurularak aşağıdaki amaçlar doğrultusunda incelenmiştir.

1. Kekemeliği olan çocukların yaşam kaliteleri ile kekemeliği olmayan çocukların yaşam kaliteleri arasında fark var mıdır?

- 1.1. Kekemeliği olan çocukların fiziksel işlevsellik ilgili sorunları ile kekemeliği olmayan çocukların fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunları arasında fark var mıdır?
- 1.2. Kekemeliği olan çocukların duygusal işlevsellik ile ilgili sorunları ile kekemeliği olmayan çocukların duygusal işlevsellik ile ilgili sorunları arasında fark var mıdır?
- 1.3. Kekemeliği olan çocukların sosyal işlevsellik ile ilgili sorunları ile kekemeliği olmayan çocukların sosyal işlevsellik ile ilgili sorunları arasında fark var mıdır?
- 1.4. Kekemeliği olan çocukların okul işlevselliği ile ilgili sorunları ile kekemeliği olmayan çocukların okul işlevselliği ile ilgili sorunları arasında fark var mıdır?
2. Kekemeliği olan çocukların ebeveynleri ile kekemeliği olmayan çocukların ebeveynleri arasında çocuklarının yaşam kalitelerini değerlendirmeleri açısından farklılık var mıdır?
 - 2.1. Kekemeliği olan çocukların ebeveynleri ile kekemeliği olmayan çocukların ebeveynlerinin arasında çocuklarının fiziksel işlevsellik ilgili sorunları açısından farklılık var mıdır?
 - 2.2. Kekemeliği olan çocukların ebeveynleri ile kekemeliği olmayan çocukların ebeveynlerinin arasında çocuklarının duygusal işlevsellik ile ilgili sorunları açısından farklılık var mıdır?
 - 2.3. Kekemeliği olan çocukların ebeveynleri ile kekemeliği olmayan çocukların ebeveynlerinin arasında çocuklarının sosyal işlevsellik ile ilgili sorunları açısından farklılık var mıdır?
 - 2.4. Kekemeliği olan çocukların ebeveynleri ile kekemeliği olmayan çocukların ebeveynlerinin arasında çocuklarının okul işlevselliği ile ilgili sorunları açısından farklılık var mıdır?
3. Kekemelik şiddeti yüksek olan çocuklar ile kekemelik şiddeti düşük olan çocukların yaşam kaliteleri arasında fark var mıdır?
4. Kekemelik şiddeti yüksek olan çocukların ebeveynleri ile kekemelik şiddeti düşük olan çocukların ebeveynlerinin çocuklarının yaşam kalitelerini değerlendirmesi arasında fark var mıdır?

Çalışmanın temel hipotezi kekemeliği olan çocukların sağlık ile ilgili yaşam kalitesi puanlarının, kekemeliği olmayan çocuklara kıyasla daha düşük elde edileceğidir.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kekemeliğin Tanımı

Kekemelik, konuşmanın akışında anormal derecede yüksek bir sıklık ve/veya duraklama süresi ile karakterizedir. Bu duraklamalar genellikle (a) seslerin, hecelerin veya tek heceli kelimelerin tekrarı, (b) seslerin uzatılması veya (c) konuşmada hava akışındaki bloklar şeklini alır (19).

Konuşmacının Okul Çağındaki Çocuklar için Kekemelik Deneyiminin Genel Değerlendirmesi (OASES)'te, (a) konuşma güçlüğü'nün gözlemlenebilir özellikleri, (b) konuşmacının günlük yaşamında yaşanan işlevsel iletişim zorlukları ve (c) kekemeliğin konuşmacının genel yaşam kalitesine etkisi (20) şeklinde tanımlanmaktadır.

ASHA (Amerikan Dil-Konuşma-İşitme Derneği) 'ya göre ise en yaygın akıcılık bozukluğu olan kekemelik, konuşma akışında belirli türde akıcısızlıklar ile karakterize bir kesintidir (21).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün yayınladığı Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-11)'na göre kekemelik, konuşma akıcılığı bozukluğu olarak isimlendirilmektedir. Konuşma akıcılığı bozukluğu, seslerde, hecelerde, kelimelerde ve ifadelerde tekrarlar ve uzatmaların yanı sıra bloklar ve kelimedenden kaçınma veya yer değiştirmelerle karakterizedir. Normal ritmik akışın ve konuşma hızının sık veya yaygın olarak bozulduğu görülmektedir. Konuşma akıcısızlığı gelişme döneminde başlar ve akıcılık yaşa göre beklenenin oldukça altındadır. Konuşma akıcısızlığı, sosyal iletişimde, kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında önemli ölçüde bozulmaya neden olur (22).

4.2. Kekemeliğin Sıklık ve Yaygınlığı

Yapılan birçok araştırmaya göre kekemelik genellikle 2-7 yaş arasında ortaya çıkmaktadır (23,24,25). Yairi ve Ambrose (26), 2-5 yaş arası 90 çocukla yaptığı çalışmada kekemeliğin 33 ay civarında başladığı sonucuna ulaşmıştır.

Literatürde kekemeliğin sıklık ve yaygınlığı ile ilgili farklı veriler bulunmaktadır. Craig ve arkadaşlarının (27) yaptığı çalışmada tüm yaşam süresi

boyunca (2 yaşından itibaren) kekemelik yaygınlığı %0,72 olarak bulunmuştur. Erkeklerde ise en az %50 daha yüksek kekemelik prevalansı (2.3:1 erkek-kız oranı) görülmüştür.

Kekemelemeye başlayan çocukların %50'sinde kekemeliğin 1 yıl içinde kendiliğinden yok olduğu, genel olarak %80'inde hiçbir müdahale olmaksızın iyileşme olduğu görülmüştür (28).

Çocuklarda kekemeliğin yaygınlığı ortalama olarak %1'dir (29). Amerikan Konuşma ve İşitme Derneği Eğitim Bürosu (ASBEH) okul çağındaki çocukların %5'inin konuşma bozukluğuna sahip olduğunu belirtmiştir. Kekemelik ise, dil ve konuşma bozuklukları arasında %0,8'lik dilimde görülmektedir (30). Andrews ve arkadaşları (31), kekemeliğin ergenlik çağına kadar %1'lik oranda çocuklarda etkili olduğunu belirtmişlerdir. Kekemeliğin kalıcı olma riskinin ortalama %4,9 civarında olduğunu ifade etmişlerdir.

Packman ve arkadaşları (2007) toplumda %1 yaygınlık ve yaklaşık %5 sıklıkta görülen kekemeliğin, erkeklerin kadınlara oranını yetişkinlerde 5/1 olarak belirtmişlerdir (32).

Kekemeliğin prevalansı ile ilgili veriler sınırlı sayıdaki çalışmalardan elde edilmiştir (33). Craig ve arkadaşlarının (27) Avustralya'da 4689 aileden birer kişiyle, toplam 12.131 üyeye ve yaşları 1 ile 99 arasında değişen bir grupta yaptığı çalışma, şu ana kadar tüm yaş aralığını kapsayan tek çalışma olduğu için farklıdır. Ayrık yaş grupları boyunca varyasyonlarla birlikte %0.72'lik genel bir yaygınlık belirlenmiştir.

Tahmin edildiği gibi, prevalans okul öncesi ve ilkokulda en yüksek düzeydedir:

2-5 yaş arası çocuklar için %1,4; 6-10 yaş için %1,44; 11-20 yaş için prevalans %0.53; 21-50 yaş için 0,78; ancak 51 yaş üstünde %0,37'ye düşmüştür. 5-18 yaş arasındaki prevalans, Bloodstein ve Bernstein Ratner (2008) tarafından özetlendiği üzere %1 düzeyine yakın olarak belirtilmiştir (34).

4.3. Kekemeliğin Nedenleri

Kekemelik hakkında yapılan birçok araştırma sonucu kekemelik probleminin tek bir nedenden dolayı oluşmadığı sonucuna ulaşılmıştır (35). Kekemeliğin nedenleri

ile ilgili hipotezler genetik, fizyolojik, psikolojik ve çok faktörlü gibi farklı temellere dayandırılmaktadır.

4.3.1. Genetik nedenler

Kekemelikte genetik faktörlerin etkisi olduğu düşünülmektedir. Drayna ve arkadaşları (36), kekemeliğin genetik faktörlerden kaynaklanabileceğini araştırmak için yaptıkları çalışmada kekemeliği kalıcı olan 100'den fazla aile ve kekemeliği seyrek olan aileleri karşılaştırmışlardır. Kekemeliği seyrek olan gruptaki erkeklerin baskın olarak etkilendiği, kalıcı kekemeliği olan gruptaki erkekler ve kadınların kekemelikten eşit şekilde etkilendiği sonucuna ulaşmışlardır.

Ambrose ve arkadaşları (37) kekemelik üzerindeki genetik etkiyi anlamak için kekemeliği olan 66 çocuğun ailelerini incelemişlerdir. Bu çalışma sonucunda kekemeliğin kalıcılık ve iyileşme durumunun kalıtsal olduğunu bildirmişlerdir.

Yapılan bir çalışmada çift yumurta ikizlerinin kekemelik olasılığı %20 iken tek yumurta ikizlerinde, ikizlerden biri kekeme ise diğesinin de kekeme olma olasılığının %90 olduğu sonucuna varılmıştır (38).

4.3.2. Fizyolojik nedenler

Kekemeliğin fizyolojik nedenleri üzerine yapılan bazı araştırmalarda kekemeliğe, konuşma esnasındaki fizyolojik ve aerodinamik olaylarla, fonasyon, solunum ve artikülasyonla ilgili problemler olarak bakmışlardır (39).

Kekemeliğin nedeni üzerine yapılan diğes çalışmalarda, kekemeliğin serebral baskınlık sebebiyle ortaya çıkabileceği düşünülmüştür. Moore ve Haynes (40)'ın yaptığı çalışmada, kekeleyen bireylerin kekelemeyen bireylere göre sağ hemisferlerinin daha aktif olduğu sonucuna ulaşılmıştır. De Nil ve ark. (41) ve Ingham (42)'ın beyin görüntüleme çalışmalarında ise yüksek sağ hemisfer fonksiyonuna rastlanmıştır.

4.3.3. Psikolojik nedenler

Son zamanlarda yapılan çalışmalar, mizacın kekemeliğe etkisi üzerine odaklanmıştır.

Choi, ve ark. (43), okul öncesi kekeleyen çocukların mizaç özelliklerinin, çevresel değişimlere karşı düşük uyum yeteneği ve düşük duygu ve dikkat düzenleme kapasitesiyle ilişkili olarak kekemeliğin nedenine katkıda bulunabileceğini belirtmiştir. Bu eğilimlere sahip çocukların kekemelik geliştirme riskinin yanı sıra kekemeliğe karşı olumsuz tepkiler ve zamanla bozuklukla başa çıkmada daha az esneklik gösterebilme riski altında olabileceği tahmin edilmektedir. Ayrıca, sosyal-iletişimsel durumlar sırasında yoğun duygusal tepkiler, kekeleyen çocukların dikkat kaynaklarını konuşma dili planlama ve üretiminden uzaklaştırabileceği varsayılmıştır

Anderson ve arkadaşlarının (44) yaptığı çalışmada ise, mizaç özelliklerinin çocukluk çağı kekemeliği ile ilişkili olabileceği veya onu etkileyebileceği konusunda hala belirsizlik olsa da bu boyutların çocukluk çağı kekemeliğine katkıda bulunma potansiyeli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.3.4. Çok faktörlü modeller

Konuşmanın gerçekleşebilmesi için konuşmayı sağlayan kasların koordinasyonunun, sosyal ve duygusal gelişimin, dil ve bilişsel gelişimin yeterli bir seviyeye gelmiş olması gerekir. Starkweather'ın bu gelişim alanlarını gözeterik ileri sürdüğü Talepler ve Kapasiteler Modeli'nde, çocuğun akıcı konuşma kapasitesi tam gelişim göstermediğinde ve çevreden gelen akıcılık talebi çocuğun kapasitesini aştığında kekemelik ortaya çıkmaktadır (45).

Riley ve Riley (46) tarafından ortaya atılan Kekemeliğin Yeni Bileşenleri Modeli'nde ise, kekemeliği oluşturan fiziksel etmenler, mizaç etmenleri ve dinleyici tepkileri olmak üzere üç temel etmen vardır.

Kekemeliğin nedenlerine ilişkin hipotezler sonucunda kekemeliğin genetik, çevresel, nörolojik, fizyolojik, öğrenilmiş ve psikolojik etkenleri içerdiği çok bileşenli bir etiyojisi olduğu kabul görmektedir (47).

4.4. Yaşam Kalitesi

Günümüzde yaşam kalitesinin kabul gören tek bir tanımı bulunmamaktadır (48). Yaşam kalitesi, insanların fiziksel, duygusal ve toplumsal doyumunu ve gündelik işlerini kendiliğinden yerine getirebilmesini içeren bir kavramdır (49). SİYK, sağlıkla ilişkili faktörleri içeren kapsamlı bir kavramdır (50).

Sağlıkla ilgili objektif yaşam kalitesi göstergeleri; bireyin ne durumda olursa olsun fiziksel dayanıklılık isteyen aktiviteler ile günlük aktivitelerini yerine getirebilmesi ve özbakımını sağlayabilmesi, ayrıca bunları yeterli düzeyde yapabilmesidir (51,52).

Sağlıkla ilgili sübjektif yaşam kalitesi ise; bireyin psikolojik, sosyal ve fiziksel sağlığına yönelik kişisel görüşlerini içermektedir (53).

Çocukların ve ergenlerin SİYK üzerine araştırma yürütmenin çok sayıda zorluğu vardır. Bunlardan biri, SİYK'in tanımını belirleme ve kavramsallaştırılmasındaki zorluktur. Çocuklarda SİYK değerlendirilirken, çocukların yaşadıkları benzersiz deneyimleri ve tutumları, çocukların gelişiminin bir parçası olarak meydana gelen değişiklikleri de hesaba katılmalıdır (54).

Çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesini en sağlıklı şekilde değerlendirebilmek için hem ebeveynin hem de çocukların değerlendirmesini göz önünde bulundurmak gerekmektedir (55).

4.4.1. Yaşam kalitesi ve dil ve konuşma bozuklukları

Son yıllarda, dil ve konuşma terapistleri daha sosyal temelli bir iletişim görüşünü benimsediler. Bu yaklaşım, iletişim güçlüğü çeken bireye (ve ailelerine), kişisel hedeflerine ve deneyimlerine, günlük yaşamda işlevsel olarak iletişim kurma becerisine ve iletişimi kolaylaştıran veya engelleyen çevresel faktörlere daha fazla vurgu yapmaktadır. Bu sosyal-bağlamsal yaklaşım içinde dil ve konuşma terapistleri, sosyal katılım ve SİYK dahil olmak üzere daha geniş müdahale sonuçlarıyla ilgilenmeye başladılar (5).

Pediyatrik dil ve konuşma terapisti popülasyonlarında SİYK üzerine bugüne kadar yapılan araştırmalar, temel olarak ses bozuklukları ve işitme bozukluğu/koklear implant olan çocukları incelemiştir (5).

Ses bozukluğu ve işitme bozukluğu olan çocuklar için sonuçlar, kronik sağlık sorunları olan çocuklara benzer olarak; her iki grupta da sağlık problemi olmayan çocuklara göre daha düşük yaşam kalitesi göstermektedir. Disfonisi olan çocukların, Pediyatrik Ses Engeli İndeksi'nin tüm ölçeklerinde (fonksiyonel, fiziksel ve duygusal) daha düşük SİYK derecelerine sahip olduğu belirlenmiştir (56).

Feeney ve ark. (5) yaptığı literatür incelemesinde, dil ve konuşma bozukluğu olan çocukların başkalarını anlamada ve iletişim kurdukları kişiler tarafından anlaşılma zorluk yaşadıklarından dolayı sosyal alanda SİYK'nin önemli ölçüde daha düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır.

4.4.2. Yaşam kalitesi ve kekemelik

Birçok çocuk kekemeliklerinin başlangıcından kısa bir süre sonra kekemeliğin farkına varır (57). Çocuklar büyüdükçe, kekemelik konusundaki farkındalıklarını ve endişelerini artıran sayısız durum ve zorluklarla karşılaşabilirler. Bunlar nihayetinde çocukların kendilerini ve kekemeliklerini algılama biçimini etkileyebilir. Kekeleyen birçok çocuk kendilerini etkisiz konuşmacılar olarak algılar; ayrıca kendileri ve konuşmaları hakkında olumsuz tepki ve düşüncelere sahip olabilirler (58,59). Kekeleyen çocukların konuşmasına yönelik tepki almaları kekemelikten etkilenme düzeylerini gösterebilir (60); bu etkilenme onların iletişimlerinde, sağlıklarında, sosyal yaşamlarında ve mesleklerinde gözlemlenebilir (59, 61). Ebeveynler bu etkiyi, çocuklar konuşmaya çalışırken mücadele davranışları veya kafa karışıklığı, kaygı, umutsuzluk, hayal kırıklığı, öfke ve üzüntü gibi duygusal tepkiler şeklinde algılayabilir. Genellikle bu duygusal tepkiler, oyundan çekilme, konuşmada azalma ve bunun yerine başkalarından konuşmasını isteme gibi kaçınma davranışlarıyla ilişkilendirilebilir (62).

Kekemeliğin gelişmeye başladığı yaş grubunda, yani okul öncesi yıllarda Reilly ve ark. (63) doğrulanmış bir tanımlayıcı olan SİYK aracını (PedsQL) uygulayan ilk kişidir. Toplum temelli çalışmalarının sonuçları, küçük çocuklarda kekemeliğin yaşam kalitesinde azalma ile ilişkili olmadığını göstermiştir. Şaşırtıcı bir şekilde, 4 yaş kekemeliği olan çocuklarda kekemeliği olmayan çocuklara kıyasla daha iyi bir sosyal ve okul öncesi işlevsellik rapor edilmiştir. Ek olarak, van der Merwe, Robb, Lewis ve Ormond (64) tarafından kekemeliği olan okul öncesi dönem çocuklarda sosyal kaygı üzerine yapılan bir araştırmada, kekemeliği olan okul öncesi çocuklar ile kontrol grubu arasında önemli bir fark olmadığını sonucuna ulaşılmıştır.

Yapılan başka bir çalışmada ise kekemeliği olan 3-4 yaşındaki çocukların, konuşma problemlerinin farkında olduğu ve konuşmalarını kekemeliği olmayan akranlarına göre daha olumsuz olarak değerlendirdikleri görülmüştür (65). Küçük

çocuklarda kekemeliğin farkındalığı, başlangıçtan ve yaştan itibaren zamanla artar ve kekemelik erken çocukluk döneminde bile hayal kırıklığına neden olabilir. Bu durum olumsuz duygusal ve davranışsal tepkileri oluşturabilir. (66). Ayrıca, çeşitli araştırmacılar tarafından okul öncesi kekemeliği olan ve olmayan çocuklar arasındaki mizaç özellikleri ve duygusal davranış farklılıkları bulunmuştur (67).

Dinleyicilerin olumsuz tepkileri de kekemeliğin psikososyal sonuçlarına yol açabilir (68). Akranlarla gerçek yaşam etkileşimlerine dayanan bir çalışma, okul öncesi sınıf arkadaşlarının şiddetli kekemelik anlarına olumsuz tepki verdiğini belirtmiştir (69).

Beilby ve ark. (70) yaptığı çalışmalarda kekemeliği olan kişinin konuşmasının yüzeysel şiddetinin, bozukluğun etkisiyle ne kadar mücadele ettiklerini göstermediği görülmektedir. Kekemeliğin dışarıdan görünen yüzeysel resmi potansiyel olarak yanıltıcıdır. “Hafif şiddetli” kekemeliğe sahip olan bazı bireyler, daha belirgin ve görünür olanlardan daha fazla acı çekmektedir (70,71). Bu sonuç bize kekemelik şiddetinin yaşam kalitesini belirlemede yetersiz bir veri olduğunu göstermektedir.

Langevin, Packman ve Onslow (62) tarafından kekemeliğin, kekemeliği olan okul öncesi dönemi çocukların (N = 77) yaşamları üzerindeki etkisinin ebeveyn tarafından değerlendirmesine odaklanan bir başka çalışmada, ebeveynlerin çoğunluğu kekemeliğin çocuklarının hayatı üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu belirtmiştir.

Yapılan çalışma sonuçlarına bakarak ebeveynler, çocuklarının iletişim kurarken yaşadığı zorluklara dayanarak kekemeliğin çocukların yaşam kalitesi üzerindeki etkisini algılayabilir (62).

5. MATERYAL VE METOT

5.1. Araştırma Modeli

Yapılan araştırmada araştırmacı tarafından betimsel araştırma modeli uygun görülmüştür. Araştırmada kişisel bilgi formu, yaşam kalitesi ölçeği ve kekemeliği olan çocuklar için şiddet ölçüm aracı kullanılmıştır. Veriler, kekemeliği olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin doldurduğu anketler ve kekemeliği olan çocukların kekemelik şiddetleri ölçülerek elde edilmiştir. Kekemeliği olan ve olmayan çocuklar ve ebeveynleri Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) formunu doldurmuştur. Kekemeliği olan çocukların kekemelik şiddetleri Stuttering Severity Instrument-4 (SSI-4)'ün Türkçe versiyonu olan Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı-4 (KEŞİDA-4) kullanılarak ölçülmüştür.

5.2. Araştırmanın Katılımcıları

Araştırmanın çalışma grubuna dahil edilen katılımcılar kekemelik şikayeti ile kliniğe başvuran danışanlar arasından seçilmiştir. Araştırmaya kekemeliği olan 30 çocuk ve ebeveynleri ile kekemeliği olmayan 30 çocuk ve ebeveynleri dahil edilmiştir. Bir ebeveyn daha sonra araştırmaya katılmaktan vazgeçtiğini bildirmiştir ve bu sebeple kekemeliği olmayan 29 çocuk ve ebeveynin ve kekemeliği olan 30 çocuk ve ebeveynin verileri kullanılarak çalışma gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm katılımcılara Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu imzalatılmıştır (Ek.1).

5.3. Veri Toplama Araçları

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nu imzalayan tüm katılımcılara Kişisel Bilgi Formu doldurtulmuştur.

5.3.1. Kişisel bilgi formu

Araştırmacı tarafından kekemeliği olan ve olmayan çocuklara sahip ebeveynler için iki form hazırlanmıştır. Kişisel Bilgi Formu-1, kekemeliği olan çocuğa sahip ebeveynlerin cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, çocuğun yaşı, çocukta kekemeliğin başlangıç yaşı, ailede kekemelik hikayesi bilgilerini sorgulamaktadır. Kişisel Bilgi Formu-2 ise kekemeliği olmayan çocuğa sahip ebeveynlerin cinsiyeti,

yaşı, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, çocuğun yaşı, çocukta herhangi bir konuşma bozukluğu ve ailede kekemelik hikayesi bilgilerini içermektedir.

5.3.2. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Varni ve ark. tarafından geliştirilmiş sağlık ile ilişkili bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Ölçek 2-7 yaş, 8-12 yaş ve 13-18 yaş arası gruplar için ayrı ayrı hazırlanmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL), Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) olarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. Çalışmamızda 8-12 yaş için geliştirilen form kullanılmıştır. ÇİYKÖ likert tipi ölçektir. Araştırmada 8-12 yaş ölçeği çocuk ve ebeveyn formu olmak üzere iki ayrı formdan oluşmaktadır. Fiziksel, duygusal, sosyal ve okula ait yaşam kalitesine yönelik dört alt ölçekten oluşan test toplamda 23 sorudan oluşmaktadır. Ayrıca duygusal, sosyal ve okul alt ölçekleri bir arada değerlendirilerek psikososyal sağlık puanı olarak ayrı bir ölçek puanı oluşturmaktadır. Ölçeğin uygulanmasında belirtilen sorunların son bir ay içerisinde hangi derecede yaşandığı öğrenilmektedir. Yanıtlar 100'lük puana çevrilmekte ve hem alt ölçekler için hem de toplam ölçek için ortalama bir puan sunmaktadır. Yüzlük sistemde puanın yükselmesi algılanan yaşam kalitesinin de yükselmesi anlamına gelmektedir.

5.3.3. Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı – 4 (KEŞİDA – 4)

Kekemelik şiddetini değerlendirmek için kullanılan Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4 (SSI-4) konuşma terapistleri tarafından uygulanmaktadır. KEŞİDA-4 Riley tarafından geliştirilmiştir. Çocuk ve ergenlerde kekemeliğin şiddetinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Kekemeliğin sıklığı, süresi ve sekonder davranışlar için üç kategoride değerlendirme yapılmaktadır. Tüm kategorilerdeki puanlar toplanır ve kekemeliğin şiddetine yönelik bir puan elde edilir. Toplam puanın 0-10 arasında ise çok hafif, 11-16 arası ise hafif, 17-26 arası ise orta, 27-31 arası ise ileri ve 32 ve üzeri ise çok ileri derecede kekemelik şiddetini ifade etmektedir.

5.4. Verilerin Toplanması

Veri toplama işlemi 2021 yılı Şubat ile Haziran ayları arasında çevrimiçi ve yüz yüze olmak üzere gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya

katılan çocuk ve ebeveynlerine, çalışmanın amacına; çalışmaya katılmalarının alana sağlayacağı katkıya ve kişisel bilgilerinin paylaşılmayıp gizli tutulacağına dair bilgiler verilmiştir.

5.5. Verilerin Analizi

Araştırmanın analizinde IBM SPSS 23 programı kullanılmıştır. Analizde araştırmaya katılan ebeveynlerin demografik özellikleri ve çocukların kekemelik durumları frekans analizi yöntemiyle gösterilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde frekans, yüzde dağılım, ortalama ve standart sapma değerleri gösterilmiştir.

Araştırmada kekeleyen ve kekelemeyen çocuk ebeveynleri ve çocukları için kullanılan yaşam kalitesi ölçeğine ilişkin değişkenler betimsel analiz yöntemiyle incelenmiştir. Yapılan normallik analizi sonucunda verilerin %5 anlamlılık düzeyinde normal dağılım gösterdiği görülmüştür. Böylelikle parametrik testlerin yapılması uygun görülmüştür. Araştırmadan elde edilen veriler normal dağılım gösterdiğinden kekeleyen ve kekelemeyen çocuk ebeveynlerinin ve çocukların yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki farklılıkları iki kategorili değişken olduğundan bağımsız örneklem t testi ile; kekeleyen çocukların yaşam kalitesi düzeylerinin kekemelik şiddetine göre farklılık gösterip göstermediği ise üç ve daha fazla kategorili değişken olduğu için tek yönlü varyans analizi kullanılarak incelenmiştir. Bu analizlerde anlamlılık derecesi ,05 olarak belirlenmiştir.

6. BULGULAR

Bu bölümde araştırmamızın amacı doğrultusunda, verilerden elde edilen sonuçlar açıklanmıştır. Araştırmamızın sorularına uygun olarak; kekemeliği olan ve olmayan çocukların yaşam kalitelerinin, kekemeliği olan ve olmayan çocuk ebeveynlerinin çocuklarının yaşam kalitesini değerlendirmesinin, kekemelik şiddeti yüksek olan ve kekemelik şiddeti düşük olan çocukların yaşam kalitelerinin ve kekemelik şiddeti yüksek olan ve kekemelik şiddeti düşük olan çocukların ebeveynlerinin çocuklarının yaşam kalitelerini değerlendirmesinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular ayrı tablolar halinde detaylı bir şekilde açıklanmıştır.

6.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan kekeleyen ve kekelemeyen çocukların ebeveynlerinin demografik özelliklerine ilişkin yapılan frekans analizi sonuçları Tablo 6.1.1’de gösterilmektedir.

Tablo 6.1.1. Ebeveynlerin Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları

		Kekeleyen Çocuk Ebeveynleri		Kekelemeyen Çocuk Ebeveynleri		Toplam	
		Frekans (f)	Yüzde (%)	Frekans (f)	Yüzde (%)	Frekans (f)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	25	83,3	25	86,2	50	84,7
	Erkek	5	16,7	4	13,8	9	15,3
Eğitim Durumu	İlkokul	7	23,3	5	17,2	12	20,3
	Lise	12	40,0	8	27,6	20	33,9
	Üniversite	11	36,7	16	55,2	27	45,8
İş Durumu	Çalışıyorum	14	46,7	18	62,1	32	54,2
	Çalışmıyorum	16	53,3	11	37,9	27	45,8
Çocuk Sayısı	1 Çocuk	7	23,3	8	27,6	15	25,4
	2 Çocuk	13	43,3	19	65,5	32	54,2
	3 Çocuk	9	30,0	2	6,9	11	18,6
	4 Çocuk	1	3,3	0	0,0	1	1,7
Ailede kekemeliği olan birey varmı?	Hayır	16	53,3	27	93,1	43	72,9
	Anne	3	10,0	0	0,0	3	5,1
	Anneanne	1	3,3	0	0,0	1	1,7
	Baba ve Amca/Hala	3	10,0	0	0,0	3	5,1
	Dayı	5	16,7	0	0,0	5	8,5
	Kardeş	0	0,0	1	3,4	1	1,7
	Kuzen	2	6,7	1	3,4	3	5,1

Frekans analizi sonuçları incelendiğinde araştırmaya katılan kekeleyen çocuk ebeveynlerinin %83,3'ünün kadın ve %16,7'sinin erkek; %23,3'ünün ilkökul, %40'ının lise ve %36,7'sinin üniversite mezunu olduğu ve %46,7'sinin ise çalıştığı görülmektedir. Kekeleyen çocuk ebeveynlerinin %23,3'ünün tek çocuğa, %43,3'ünün 2 çocuğa, %30'unun 3 çocuğa ve %3,3'ünün 4 çocuğa sahip olduğu görülmektedir. Ailede kekemeliği olan bireylere bakıldığında ise; kekeleyen çocukların %53,3'ünün ailesinde kekemeliğe sahip birey bulunmadığı, %10'unun annesinde, %3,3'ünün anneannesinde, %10'unun baba ve amca/halasında, %16,7'sinin dayısında ve %6,7'sinin ise kuzeninde kekemelik olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan kekelemeyen çocuk ebeveynlerinin %86,2'sinin kadın ve %13,8'inin erkek; %17,2'sinin ilkökul, %27,6'sının lise ve %55,2'sinin üniversite mezunu olduğu ve %62,1'inin ise çalıştığı görülmektedir. Kekelemeyen çocuk ebeveynlerinin %27,6'sının tek çocuğa, %65,5'inin 2 çocuğa ve %6,9'unun ise 3 çocuğa sahip olduğu görülmektedir. Ailede kekemeliği olan bireylere bakıldığında ise; kekelemeyen çocukların %93,1'inin ailesinde kekemeliğe sahip birey bulunmadığı, %3,4'ünün kardeşinde ve %3,4'ünün ise kuzeninde kekemelik olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan kekeleyen ve kekelemeyen çocuk ebeveynlerinin yaşlarına ilişkin değerleri Tablo 6.1.2.'de gösterilmektedir.

Tablo 6.1.2. Kekeleyen ve Kekelemeyen Çocuk Ebeveynlerinin Yaşlarına İlişkin Değerleri

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Kekeleyen Çocuk Ebeveynleri	30	32	49	39,83	4,202
Kekelemeyen Çocuk Ebeveynleri	29	30	49	39,97	4,460
Toplam	59	30	49	39,90	4,294

Araştırmaya katılan kekeleyen çocuk ebeveynlerinin; yaş ortalaması 39,83, standart sapması 4,202 ve yaşları 32-49 aralığında değişmektedir. Kekelemeyen çocuk

ebeveynlerinin ise; yaş ortalaması 39,97, standart sapması 4,460 ve yaşları 30-49 aralığında değişmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin yaş ortalaması 39,90, standart sapması 4,294 ve yaşları 30-49 aralığındadır.

Kekeleyen çocukların özelliklerine ilişkin frekans analizi sonuçları Tablo 6.1.3'te gösterilmektedir.

Tablo 6.1.3. Kekeleyen Çocukların Özelliklerine İlişkin Frekans Analizi Sonuçları

		Frekans (f)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kız	6	20,0
	Erkek	24	80,0
Çocuğun Yaşı	8	5	16,7
	9	6	20,0
	10	7	23,3
	11	4	13,3
	12	8	26,7
Kekemelik Başlangıç Yaşı	2,5	2	6,7
	3	6	20,0
	3,5	6	20,0
	4	8	26,7
	4,5	3	10,0
	5	2	6,7
	6	1	3,3
	9	2	6,7
Kekemelik Yüzdesi	24-40	6	20,0
	41-60	8	26,7
	61-77	8	26,7
	78-88	5	16,7
	89-95	1	3,3
	96-99	2	6,7
Kekemelik Şiddeti	Hafif	6	20,0
	Orta	16	53,3
	Şiddetli	6	20,0
	Çok Şiddetli	2	6,7

Konuşma Doğallığı	2,0	4	13,3
	3,0	7	23,3
	4,0	6	20,0
	6,0	4	13,3
	7,0	4	13,3
	8,0	1	3,3
	9,0	4	13,3

Yapılan frekans analizi sonuçları incelendiğinde araştırmaya katılan kekeleyen çocukların %20'sinin kız, %80'inin erkek; %16,7'sinin 8 yaşında, %20'sinin 9 yaşında, %23,3'ünün 10 yaşında, %13,3'ünün 11 yaşında ve %26,7'sinin ise 12 yaşında olduğu görülmektedir. Kekeme çocukların kekemelik başlangıç yaşlarına bakıldığında; %6,7'sinin kekemeliğinin 2,5 yaşında, %20'sinin 3 yaşında, %20'sinin 3,5 yaşında, %26,7'sinin 4 yaşında, %10'unun 4,5 yaşında, %6,7'sinin 5 yaşında, %3,3'ünün 6 yaşında ve %6,7'sinin ise 9 yaşında başladığı görülmektedir. Kekemelik yüzdeleri incelendiğinde; %20'sinin kekemelik yüzdesinin 24-40, %26,7'sinin 41-60, %26,7'sinin 61-77, %16,7'sinin 78-88, %3,3'ünün 89-95 ve %6,7'sinin ise 96-99 olduğu görülmektedir. Kekemelik şiddetleri ise; %20'sinin hafif, %53,3'ünün orta, %20'sinin şiddetli ve %6,7'sinin ise çok şiddetli olduğu görülmektedir.

Konuşma doğallığı puanlaması 1 En Doğal Seviye ve 9 En Doğal Olmayan Seviye olmak üzere hazırlanmış olup; kekeme çocukların %13,3'ünün konuşma doğallığı puanının 2, %23,3'ünün 3, %20'sinin 4, %13,3'ünün 6, %13,3'ünün 7, %3,3'ünün 8 ve %13,3'ünün ise konuşma doğallığı puanının 9 olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan kekeleyen çocukların kekemelik şiddeti değerlendirme sonuçlarına ilişkin değerleri Tablo 6.1.4'te gösterilmektedir.

Tablo 6.1.4. Kekeleyen Çocukların Kekemelik Şiddetine İlişkin Değerleri

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Sıklık	30	11,0	18,0	13,800	1,8644
Süre	30	2,0	10,0	5,600	2,0611
Sekonder Davranış	30	1,0	14,0	5,400	2,5944
Toplam	30	15,0	40,0	24,800	5,4986
Okuma Testi - Hece	30	216,0	267,0	239,400	20,9344
Okuma Testi - Kekeleme	30	7,0	81,0	23,900	14,4803
Okuma Testi	30	2,90	37,50	10,0453	6,52643
Konuşma Testi - Hece	30	148,0	360,0	271,233	61,9169
Konuşma Testi - Kekeleme	30	13,0	92,0	32,767	17,6395
Konuşma Testi	30	4,30	36,00	12,1870	6,26567
Ortalama	30	5,10	36,75	11,0997	6,10529
Doğallık	30	2,0	9,0	4,967	2,3706

Kekeleyen çocukların kekemelik şiddeti değerlendirme sonuçları incelendiğinde; sıklık puanı değerinin $13,800 \pm 1,8644$, süre puanı değerinin $5,600 \pm 2,0611$, sekonder davranış puanı değerinin $5,400 \pm 2,5944$ ve toplam puan değerinin ise $24,800 \pm 5,4986$ olduğu tespit edilmiştir. Okuma testi hece puanı değerinin $239,400 \pm 20,9344$, okuma testi kekeleme puanı değerinin $23,900 \pm 14,4803$ ve okuma testi puanı değerinin $10,0453 \pm 6,52643$ olduğu görülmüştür. Konuşma testi hece puanı değerinin $271,233 \pm 61,9169$, konuşma testi kekeleme puanı değerinin $32,767 \pm 17,6395$ ve konuşma testi puanı değerinin $12,1870 \pm 6,26567$ olduğu görülmüştür. Ortalama puan değerinin $11,0997 \pm 6,10529$ ve doğallık puanı değerinin ise $4,967 \pm 2,3706$ olduğu tespit edilmiştir.

6.2. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Bulgular

Yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen verilerin güvenilirliği test edilmiş ve güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 6.2.1’de verilmiştir.

Tablo 6.2.1. Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Ölçek	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha Değeri	
		Ebeveyn	Çocuk
Fiziksel Sağlık	8	,762	,793
Duygusal İşlevsellik	5	,733	,796
Sosyal İşlevsellik	5	,859	,864
Okul İşlevselliği	5	,650	,715
Toplam Yaşam Kalitesi	23	,901	,920

Tablo 6.2.1’de görüldüğü üzere 23 ifade ve 4 boyuttan oluşan ölçeğin güvenilirliği test edilmiştir. Ebeveyn ve çocuk yaşam kalitesi ölçeklerinin Cronbach Alpha değerleri sırasıyla 0,901 ve 0,920 olarak bulunmuştur. Güvenilirlik analizi sonucu elde edilen bulgulara göre ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu tespit edilmiştir; $0,80 \leq \alpha < 1,00$. Yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik ve okul işlevselliği boyutları yardımıyla ebeveyn ve çocuk formlarından elde edilen verilerin Cronbach Alpha değerleri sırasıyla fiziksel sağlık boyutu için 0,762 ve 0,793; duygusal işlevsellik boyutu için 0,733 ve 0,796; sosyal işlevsellik boyutu için 0,859 ve 0,864 ve okul işlevselliği boyutu için 0,650 ve 0,715 olarak bulunmuştur.

Kekeleyen çocuk ebeveynlerinin ve çocuklarının yaşam kalitesi ölçeğine verdikleri yanıtlar Likert tipi ölçekle 0-Hiçbir zaman, 1-Nadiren, 2-Bazen, 3-Sıklıkla ve 4-Hemen her zaman olacak şekilde kişi sayısı, minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 6.2.2’de gösterilmiştir.

Tablo 6.2.2. Kekeleyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocuklarının Yaşam Kalitesi Değerleri

	Ebeveyn					Çocuk				
	N	Min	Max	\bar{X}	SS	Min	Max	\bar{X}	SS	
Fiziksel Sağlık	Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	30	0	3	1,40	1,003	0	3	1,70	,702
	Koşmak bana zor gelir	30	0	4	1,50	1,167	0	4	1,57	,858
	Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	30	0	4	1,40	1,163	0	4	1,77	1,073
	Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	30	0	4	1,57	1,194	0	4	1,47	1,042
	Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	30	0	4	1,60	1,545	0	4	2,03	1,564
	Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	30	0	4	2,47	1,224	0	4	3,13	1,306
	Bir yerim acır ya da ağrır	30	0	3	,33	,711	0	2	,47	,681
Enerjim azdır	30	0	3	,63	,890	0	3	,80	,925	
Duyusal İşlevsellik	Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	30	0	4	1,87	1,008	0	4	2,67	,994
	Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	30	0	4	2,20	1,375	0	4	2,43	,898
	Öfkeli hissedirim	30	0	4	2,33	1,213	0	4	2,90	,923
	Uyumakta zorluk çekerim	30	0	4	1,20	1,297	0	4	1,37	,999
	Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	30	0	4	,63	1,098	0	3	,50	,861
Sosyal İşlevsellik	Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşıyorum	30	0	4	1,70	1,179	0	4	1,93	1,285
	Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	30	0	4	,80	1,157	0	2	,73	,583
	Yaşıtlarım benimle alay eder	30	0	4	1,60	1,476	0	3	1,73	1,143
	Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	30	0	4	1,63	1,245	0	4	2,23	,898
	Yaşıtlarımla oyun oynarken geri kalırım	30	0	4	,73	1,081	0	3	,90	,923
Okul İşlevselliği	Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	30	0	4	2,23	1,104	0	3	2,10	,845
	Bazı şeyleri unuturum	30	0	4	2,07	1,230	0	4	2,53	1,008
	Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	30	0	4	1,57	1,104	0	3	1,77	1,073
	Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	30	0	3	,93	,868	0	2	,83	,747
	Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	30	0	2	,30	,596	0	2	,17	,461

Betimsel analiz sonuçlarına göre kekeleyen çocuk ebeveynlerinin “Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir”, “Hüzünlü ya da üzgün hissederim”, “Öfkeli hissederim” ve “Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım” ifadelerine katılımlarının önem düzeyleri sırasıyla $2,47 \pm 1,224$, $2,2 \pm 1,375$, $2,33 \pm 1,213$ ve $2,23 \pm 1,104$ olarak bulunmuştur. “Bir yerim acır ya da ağrır”, “Enerjim azdır”, “Bana ne olacağı konusunda endişelenirim” ve “Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur” ifadelerine katılımlarının önem düzeyleri ise sırasıyla $0,33 \pm 0,711$, $0,63 \pm 0,89$, $0,63 \pm 1,098$ ve $0,3 \pm 0,596$ olarak bulunmuştur.

Kekeleyen çocukların yaşam kalitesinin “Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir”, “Korkmuş ya da ürkmüş hissederim”, “Öfkeli hissederim” ve “Bazı şeyleri unuturum” ifadelerine katılımlarının önem düzeyleri sırasıyla $3,13 \pm 1,306$, $2,67 \pm 0,994$, $2,9 \pm 0,923$ ve $2,53 \pm 1,008$ olarak bulunmuştur. “Bir yerim acır ya da ağrır”, “Bana ne olacağı konusunda endişelenirim”, “Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur” ve “Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur” ifadelerine katılımlarının önem düzeyleri ise sırasıyla $0,47 \pm 0,681$, $0,5 \pm 0,861$, $0,83 \pm 0,747$ ve $0,17 \pm 0,461$ olarak bulunmuştur.

Kekelemeyen çocuk ebeveynlerinin ve çocuklarının yaşam kalitesi ölçeğine verdikleri yanıtların kişi sayısı, minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 6.2.3’te gösterilmiştir.

Tablo 6.2.3. Kekelemeyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocuklarının Yaşam Kalitesi Değerleri

	Ebeveyn					Çocuk				
	N	Min	Max	\bar{X}	SS	Min	Max	\bar{X}	SS	
Fiziksel Sağlık	Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	29	0	4	,76	1,057	0	3	1,00	,802
	Koşmak bana zor gelir	29	0	4	1,24	1,327	0	3	,97	,944
	Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	29	0	4	,86	1,093	0	3	,93	,923
	Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	29	0	4	1,14	1,329	0	3	1,31	,806
	Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	29	0	4	,76	1,023	0	4	1,31	1,391
	Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	29	0	4	1,31	1,312	0	4	2,17	1,227
	Bir yerim acır ya da ağrır	29	0	4	,52	,986	0	3	,31	,660
	Enerjim azdır	29	0	3	,52	,986	0	3	,69	,930
	Duygusal İşlevsellik	Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	29	0	4	1,00	1,035	0	3	,86
Hüzünlü ya da üzgün hissedirim		29	0	2	,76	,830	0	3	1,03	,944
Öfkeli hissedirim		29	0	3	,93	,998	0	3	1,10	,939
Uyumakta zorluk çekerim		29	0	3	,55	1,021	0	4	,90	1,047
Bana ne olacağı konusunda endişelenirim		29	0	2	,28	,591	0	2	,24	,577
Sosyal İşlevsellik	Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşarım	29	0	2	,38	,728	0	2	,62	,820
	Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	29	0	0	,00	,000	0	2	,07	,371
	Yaşıtlarım benimle alay eder	29	0	2	,21	,559	0	1	,07	,258
	Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	29	0	3	,79	,978	0	3	1,07	,842
	Yaşıtlarımla oyun oynarken geri kalırım	29	0	1	,03	,186	0	1	,10	,310
Okul İşlevselliği	Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	29	0	3	,83	,966	0	3	1,41	,825
	Bazı şeyleri unuturum	29	0	3	1,14	,833	0	3	1,83	,889
	Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	29	0	4	,76	1,057	0	3	,72	,841
	Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	29	0	2	,48	,785	0	3	,48	,871
	Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	29	0	2	,10	,409	0	1	,14	,351

Betimsel analiz sonuçlarına göre kekelemeyen çocuk ebeveynlerinin “Koşmak bana zor gelir”, “Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir”, “Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir” ve “Bazı şeyleri unuturum” ifadelerine katılımlarının önem düzeyleri sırasıyla $1,24 \pm 1,327$, $1,14 \pm 1,329$, $1,31 \pm 1,312$ ve $1,14 \pm 0,833$ olarak bulunmuştur. “Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler”, “Yaşıtlarım benimle alay eder”, “Yaşıtlarımla oyun oynarken geri kalırım” ve “Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur” ifadelerine katılımlarının önem düzeyleri ise sırasıyla $0,21 \pm 0,559$, $0,03 \pm 0,186$ ve $0,1 \pm 0,409$ olarak bulunmuştur.

Kekelemeyen çocukların yaşam kalitesinin “Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir”, “Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım” ve “Bazı şeyleri unuturum” ifadelerine katılımlarının önem düzeyleri sırasıyla $2,17 \pm 1,227$, $1,41 \pm 0,825$ ve $1,83 \pm 0,889$ olarak bulunmuştur. “Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler”, “Yaşıtlarım benimle alay eder”, “Yaşıtlarımla oyun oynarken geri kalırım” ve “Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur” ifadelerine katılımlarının önem düzeyleri ise sırasıyla $0,07 \pm 0,371$, $0,07 \pm 0,258$, $0,1 \pm 0,31$ ve $0,14 \pm 0,351$ olarak bulunmuştur.

Kekeleyen ve kekelemeyen çocuk ve ebeveynlerinin yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyutlarına verdikleri yanıtların minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, basıklık (skewness) ve çarpıklık (kurtosis) değerleri Tablo 6.2.4’te gösterilmiştir.

Tablo 6.2.4. Kekeleyen ve Kekelemeyen Çocuk ve Ebeveynlerinin Toplam Yaşam Kalitesi Puanları

		Min	Max	\bar{X}	SS	Basıklık	Çarpıklık
EBEVEYN	FİZİKSEL SAĞLIK	,00	3,00	1,129 2	,7191 8	,312	-,360
	DUYGUSAL İŞLEVSELLİK	,00	3,40	1,183 1	,8223 5	,583	-,133
	SOSYAL İŞLEVSELLİK	,00	4,00	,7966	,8831 7	1,479	2,238
	OKUL İŞLEVSELLİĞİ	,00	2,60	1,047 5	,6574 1	,265	-,773
	YASAM KALİTESİ	,00	2,26	1,050 8	,6341 4	,218	-,896

ÇOCUK	FİZİKSEL SAĞLIK	,25	2,75	1,355	,6778		
				9	6	-,064	-1,113
	DUYGUSAL İŞLEVSELLİK	,00	3,20	1,410	,8480		
				2	6	,070	-,724
	SOSYAL İŞLEVSELLİK	,00	2,60	,9559	,8086		
				3	3	,775	-,667
	OKUL İŞLEVSELLİĞİ	,00	2,40	1,203	,6005		
				4	6	,114	-,770
	YASAM KALİTESİ	,17	2,52	1,247	,6209		
				6	0	,115	-,730

Kekeleyen ve kekelemeyen çocuk ve ebeveynlerinin yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında; ebeveyn yaşam kalitesi puanının $1,0508 \pm 0,63414$, çocuk yaşam kalitesi puanının $1,2476 \pm 0,62090$, ebeveyn fiziksel sağlık puanının $1,1292 \pm 0,71918$, çocuk fiziksel sağlık puanının $1,3559 \pm 0,67786$, ebeveyn duygusal işlevsellik puanının $1,1831 \pm 0,82235$, çocuk duygusal işlevsellik puanının $1,4102 \pm 0,84806$ olduğu görülmüştür. Ebeveyn sosyal işlevsellik puanının $0,7966 \pm 0,88317$, çocuk sosyal işlevsellik puanının $0,9559 \pm 0,80863$, ebeveyn okul işlevselliği puanının $1,0475 \pm 0,65741$ ve çocuk okul işlevselliği puanının $1,2034 \pm 0,60056$ olduğu görülmüştür.

Verilerin normal dağılıma sahip olup olmadığının belirlenebilmesi için basıklık (skewness) ve çarpıklık (kurtosis) değerleri incelenmiştir. Tabachnick ve Fidell'e (2013) göre $+1,5 - 1,5$ değer aralığında olması normallik için yeterlidir. Yine George ve Mallery'e (2010) göre bu değer $+2,0 - 2,0$ aralığında ise verilerin normal dağıldığı söylenebilir.

Tablo 6.2.4'te görüldüğü üzere yaşam kalitesi ölçeğinin ebeveyn ve çocuk formundan toplanan verilerin basıklık değerleri ,218 ve ,115; çarpıklık değerleri ise -,896 ve -,730'dur. Bu sonuçlar verilerin normal dağılıma sahip olduğunu göstermektedir. Veriler normal dağılım koşulunu sağladığından, değişkenler arasında parametrik testler uygulanabilir.

6.3. Farklılık Analizi Bulguları

Ebeveyn ve çocukların yaşam kalitesi puanlarının kekemelik durumuna göre farklılık gösterip göstermedikleri bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 6.3.1’de verilmiştir.

Tablo 6.3.1. Kekeleyen ve Kekelemeyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocukların Yaşam Kalitesi Puanlarına Yönelik Bulgular

	Kekemelik Durumu	N	\bar{X}	SS	t	p
Yaşam Kalitesi Ebeveyn	Evet	30	1,4217	,56344	5,662	,000
	Hayır	29	,6672	,45203		
Yaşam Kalitesi Çocuk	Evet	30	1,6406	,52248	6,445	,000
	Hayır	29	,8411	,42334		

Yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre kekeleyen ve kekelemeyen çocuk ebeveynlerinin ve çocukların yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür; $p < ,05$. Buna göre kekelemeyen çocuk ve ebeveynlerinin yaşam kalitelerinin kekeleyen çocuk ve ebeveynlerinden daha yüksek olduğu ifade edilmiştir.

Ebeveyn ve çocukların fiziksel sağlık puanlarının kekemelik durumuna göre farklılık gösterip göstermedikleri bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 6.3.2’de verilmiştir.

Tablo 6.3.2. Kekeleyen ve Kekelemeyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocukların Fiziksel Sağlık Puanlarına Yönelik Bulgular

	Kekemelik Durumu	N	\bar{X}	SS	t	p
Fiziksel Sağlık Ebeveyn	Evet	30	1,3625	,67142	2,664	,010
	Hayır	29	,8879	,69705		
Fiziksel Sağlık Çocuk	Evet	30	1,6167	,61143	3,242	,002
	Hayır	29	1,0862	,64530		

Yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre kekeleyen ve kekelemeyen çocuk ebeveynlerinin ve çocukların fiziksel sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür; $p < ,05$. Buna göre kekelemeyen çocuk ebeveynlerinin ve kekelemeyen çocukların fiziksel işlevsellik durumunun daha yüksek olduğu söylenebilir.

Ebeveyn ve çocukların duygusal işlevsellik puanlarının kekemelik durumuna göre farklılık gösterip göstermedikleri bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 6.3.3'te verilmiştir.

Tablo 6.3.3. Kekeleyen ve Kekelemeyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocukların Duygusal İşlevsellik Puanlarına Yönelik Bulgular

		Kekemelik Durumu	N	\bar{X}	SS	t	p
Duygusal Ebeveyn	İşlevsellik	Evet	30	1,6467	,80461	5,391	,000
		Hayır	29	,7034	,51164		
Duygusal İşlevsellik Çocuk		Evet	30	1,9733	,63405	7,025	,000
		Hayır	29	,8276	,61812		

Bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre kekeleyen ve kekelemeyen çocuk ebeveynlerinin ve çocukların duygusal işlevsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür; $p < ,05$. Buna göre kekelemeyen çocuk ve ebeveynlerinin duygusal işlevselliklerinin kekeleyen çocuk ve ebeveynlerinden daha yüksek olduğu söylenebilir.

Ebeveyn ve çocukların sosyal işlevsellik puanlarının kekemelik durumuna göre farklılık gösterip göstermedikleri bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 6.3.4'te verilmiştir.

Tablo 6.3.4. Kekeleyen ve Kekelemeyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocukların Sosyal İşlevsellik Puanlarına Yönelik Bulgular

		Kekemelik Durumu	N	\bar{X}	SS	t	p
Sosyal Ebeveyn	İşlevsellik	Evet	30	1,2933	,97801	5,410	,000
		Hayır	29	,2828	,29528		
Sosyal Çocuk	İşlevsellik	Evet	30	1,5067	,76245	7,466	,000
		Hayır	29	,3862	,30205		

Bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre kekeleyen ve kekelemeyen çocuk ebeveynlerinin ve çocukların sosyal işlevsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür; $p < ,05$. Buna göre kekelemeyen çocuk ebeveynlerinin ve kekelemeyen çocukların sosyal işlevselliklerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Ebeveyn ve çocukların okul işlevselliği puanlarının kekemelik durumuna göre farklılık gösterip göstermedikleri bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 6.3.5'te verilmiştir.

Tablo 6.3.5. Kekeleyen ve Kekelemeyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocukların Okul İşlevselliği Puanlarına Yönelik Bulgular

		Kekemelik Durumu	N	\bar{X}	SS	t	p
Okul İşlevselliği Ebeveyn		Evet	30	1,4200	,58569	5,394	,000
		Hayır	29	,6621	,48728		
Okul İşlevselliği Çocuk		Evet	30	1,4800	,52680	4,047	,000
		Hayır	29	,9172	,54121		

Yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre kekeleyen ve kekelemeyen çocuk ebeveynlerinin okul işlevselliği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık olduğu tespit edilmiştir; $p < ,05$. Buna göre kekelemeyen çocuk ebeveynlerinin ve kekelemeyen çocukların okul işlevselliklerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Kekeleyen çocuk ebeveynlerinin ve çocukların yaşam kalitesi puanlarının kekemelik şiddetine göre farklılık gösterip göstermedikleri tek yönlü varyans analizi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 6.3.6’da verilmiştir.

Tablo 6.3.6. Kekeleyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocukların Kekemelik Şiddetine Göre Yaşam Kalitesi Puanlarına Yönelik Bulgular

		Kekemelik Şiddeti	N	\bar{X}	SS	F	p
Yaşam Ebeveyn	Kalitesi	Hafif	6	1,1522	,57401	1,008	,405
		Orta	16	1,3995	,63050		
		Şiddetli	6	1,7029	,32931		
		Çok Şiddetli	2	1,5652	,30744		
Yaşam Çocuk	Kalitesi	Hafif	6	1,5797	,37970	,134	,939
		Orta	16	1,6440	,64238		
		Şiddetli	6	1,7391	,40226		
		Çok Şiddetli	2	1,5000	,27669		

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları incelendiğinde kekemelik şiddetine göre kekeleyen çocuk ebeveynlerinin ve çocukların yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür; $p > ,05$.

Kekeleyen çocuk ebeveynlerinin ve çocukların fiziksel sağlık puanlarının kekemelik şiddetine göre farklılık gösterip göstermedikleri tek yönlü varyans analizi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 6.3.7’de verilmiştir.

Tablo 6.3.7. Kekeleyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocukların Kekemelik Şiddetine Göre Fiziksel Sağlık Puanlarına Yönelik Bulgular

		Kekemelik Şiddeti	N	\bar{X}	SS	F	p
Fiziksel Ebeveyn	Sağlık	Hafif	6	1,4792	,84564	,389	,762
		Orta	16	1,2734	,68041		
		Şiddetli	6	1,5625	,49213		
		Çok Şiddetli	2	1,1250	,88388		
Fiziksel Çocuk	Sağlık	Hafif	6	1,7500	,42573	,210	,888
		Orta	16	1,6328	,72954		
		Şiddetli	6	1,5000	,51235		
		Çok Şiddetli	2	1,4375	,61872		

Tek yönlü varyans analizi sonuçları incelendiğinde kekemelik şiddetine göre kekeleyen çocuk ebeveynlerinin ve çocukların fiziksel sağlık puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür; $p > ,05$.

Kekeleyen çocuk ebeveynlerinin ve çocukların duygusal işlevsellik puanlarının kekemelik şiddetine göre farklılık gösterip göstermedikleri tek yönlü varyans analizi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 6.3.8’de verilmiştir.

Tablo 6.3.8. Kekeleyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocukların Kekemelik Şiddetine Göre Duygusal İşlevsellik Puanlarına Yönelik Bulgular

		Kekemelik Şiddeti	N	\bar{X}	SS	F	p
Duygusal Ebeveyn	İşlevsellik	Hafif	6	1,2333	,61210	2,154	,118
		Orta	16	1,5250	,76898		
		Şiddetli	6	2,2333	,73121		
		Çok Şiddetli	2	2,1000	1,27279		
Duygusal Çocuk	İşlevsellik	Hafif	6	1,8000	,45607	1,036	,393
		Orta	16	1,9500	,73937		
		Şiddetli	6	2,3333	,41312		
		Çok Şiddetli	2	1,6000	,56569		

Tek yönlü varyans analizi sonuçları incelendiğinde kekemelik şiddetine göre kekeleyen çocuk ebeveynlerinin ve çocukların duygusal işlevsellik puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür; $p>,05$.

Kekeleyen çocuk ebeveynlerinin ve çocukların sosyal işlevsellik puanlarının kekemelik şiddetine göre farklılık gösterip göstermedikleri tek yönlü varyans analizi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 6.3.9’da verilmiştir.

Tablo 6.3.9. Kekeleyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocukların Kekemelik Şiddetine Göre Sosyal İşlevsellik Puanlarına Yönelik Bulgular

	Kekemelik Şiddeti	N	\bar{X}	SS	F	p
Sosyal İşlevsellik Ebeveyn	Hafif	6	,8000	,76942	,623	,606
	Orta	16	1,4375	1,09841		
	Şiddetli	6	1,4000	,53666		
	Çok Şiddetli	2	1,3000	1,83848		
Sosyal İşlevsellik Çocuk	Hafif	6	1,2667	,41312	,367	,777
	Orta	16	1,5500	,77460		
	Şiddetli	6	1,7000	1,03344		
	Çok Şiddetli	2	1,3000	,98995		

Tek yönlü varyans analizi sonuçları incelendiğinde kekemelik şiddetine göre kekeleyen çocuk ebeveynlerinin ve çocukların sosyal işlevsellik puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür; $p>,05$.

Kekeleyen çocuk ebeveynlerinin ve çocukların okul işlevselliği puanlarının kekemelik şiddetine göre farklılık gösterip göstermedikleri tek yönlü varyans analizi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 6.3.10’da verilmiştir.

Tablo 6.3.10. Kekeleyen Çocuk Ebeveynlerinin ve Çocukların Kekemelik Şiddetine Göre Okul İşlevselliği Puanlarına Yönelik Bulgular

	Kekemelik Şiddeti	N	\bar{X}	SS	F	p
Okul İşlevselliği Ebeveyn	Hafif	6	,9000	,43359	3,345	,034
	Orta	16	1,4375	,51753		
	Şiddetli	6	1,7000	,65422		
	Çok Şiddetli	2	2,0000	,28284		
Okul İşlevselliği Çocuk	Hafif	6	1,4000	,48990	,215	,885
	Orta	16	1,4500	,58652		
	Şiddetli	6	1,5667	,44572		
	Çok Şiddetli	2	1,7000	,70711		

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları incelendiğinde kekemelik şiddetine göre kekeleyen çocuk ebeveynlerinin okul işlevselliği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilirken; $p > ,05$, kekeleyen çocukların okul işlevselliği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir; $p > ,05$. Buna göre bulunan farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla varyanslar homojen olduğundan LSD Post-hoc testi uygulanmıştır. Yapılan test sonucunda elde edilen bulgulara göre hafif şiddette kekemeliğe sahip çocuk ebeveynlerinin arasında fark olduğu görülmüştür. Buna göre hafif şiddette kekemeliğe sahip çocuk ebeveynlerinin okul işlevselliklerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

7. TARTIŞMA

Araştırmamızda, kekeleyen ve kekelemeyen 8-12 yaş arası okul çağı çocuklarının yaşam kalitelerinin karşılaştırılması ve kekemelik şiddetinin yaşam kalitesi üzerinde bir etkisinin olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır. Kekeleyen ve kekelemeyen çocukların fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik ve okul işlevselliği bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı araştırılmıştır.

Araştırmamızın bulgularına göre, kekeleyen ve kekelemeyen çocuk ebeveynlerinin ve çocukların yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<,05$). Doldurulan ölçek sonuçlarına göre, kekelemeyen çocuk ve ebeveynlerinin yaşam kalitelerinin kekeleyen çocuk ve ebeveynlerinden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kekemeliği olan çocuklarda farklı duygusal ve sosyal sorunların var olabileceği (72,73,74) ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkileyebileceği farklı çalışmalar ile ortaya konulmuş genel bir görüştür ve çalışmamızın bulguları da bu görüşü destekler niteliktedir (6).

Araştırmamızın diğer bir sonucu da kekeleyen ve kekelemeyen çocuk ve ebeveynlerinin duygusal işlevsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu göstermiştir ($p<,05$). ÇİYKÖ alt başlıklarından “duygusal işlevsellik”, çocukların korkmuş ya da ürkmüş hissetmek, hüznü ya da üzgün hissetmek, öfkeli hissetmek, uyumakta zorluk çekmek ve kendisine ne olacağı konusunda endişelenmek gibi duygusal olarak yaşadıkları problemleri ölçmeyi hedefleyen soruları içerir. Çalışmamızda kekelemeyen çocuk ve ebeveynlerinin duygusal işlevselliklerinin kekeleyen çocuk ve ebeveynlerinden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Boey ve ark. (66) çalışmasında belirtildiği gibi, kekemelik erken çocukluk döneminde bile hayal kırıklığına neden olabilir. Eggers, De Nil ve Van den Bergh (75) tarafından yapılan bir araştırma, kekeleyen çocukların, kekelemeyenlere göre daha hassas mizaçlara sahip olduğunu göstermektedir. Kekemeliği olan küçük çocukların daha yüksek düzeyde hayal kırıklığı ve öfke göstermeleri daha olasıyken, dikkatlerini sürdürmeleri veya duygu ve davranışlarını kontrol edebilme becerileri daha zayıftır. Bu bilgiler bize, kekemeliğin olumsuz duygu ve davranışlara yol açabileceği gibi, kekemeliği olan çocukların mizaç olarak da bu özelliklere sahip

olabileceğini göstermiştir. Araştırma bulguları, literatürdeki bilgileri desteklemektedir.

Kekeleyen bazı çocuklar için kekemeliğin olumsuz sosyal sonuçları okul öncesi yıllarda başlayabilir ve yaşam boyu devam edebilir (76). Konuşmayla ilgili olumsuz tutum ve olumsuz sosyal tepkilerin, çocuğun sosyal kaygı geliştirme riskini arttırdığı bilgisi literatürde yer almaktadır (17). Kekemeliğin sosyal etkilerine yönelik yapılan çalışmalarda, kekeleyen ilkokul çocuklarının kekelemeyenlere göre alay etmeye ve zorbalığa daha çok maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır (69,77). Kekemeliği olan çocuklar, kekemeliği olmayan akranları tarafından olumsuz olarak algılanmaktadır (69). Kekeleyen çocuklar kekelemeyenlere göre daha sık reddedilirler ve akran ilişkileri kurmakta daha fazla güçlük çekerler (12). Kekemeliği olan yetişkinlerin yaklaşık %50'si sosyal fobi tanısı almaktadır (78,79,80). Yetişkinlerde sosyal fobinin kısmen okul çağındaki olumsuz sosyal deneyimlerden kaynaklandığı bilinmektedir (81). İletişime yönelik tutumlar kekeleyen çocuklar için, okul yıllarında giderek kötüleşirken, kekeme olmayan çocuklarda daha sağlıklı hale gelir (82). Bu bilgilere dayanarak kekemeliği olan ve olmayan çocuk ve ebeveynlerinin ifadeleri, yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal işlevsellik alt başlığında incelenmiştir. Sosyal işlevsellik alt başlığında, kekemeliği olan çocuk ve ebeveynlerinin, kekemeliği olmayan çocuk ve ebeveynlerine göre puanlarının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatürdeki, kekemeliği olan çocuklarda sosyal kaygının arttığı bilgisi çalışma bulgularımızı desteklemektedir.

Araştırma sorularımızdan bir diğeri, kekemeliği olan ve olmayan çocukların okul işlevselliği arasında fark olup olmadığıdır. Literatürde kekemeliğin akademik performansa etkileri üzerine araştırmalar bulunmaktadır. Blood ve ark. (13) araştırmasına göre kekemeliği olan çocukların okulda ortalamanın biraz altında performans gösterme eğiliminde olduklarını göstermiştir. Kekemeliği olan çocuklar, iletişim kurmada zorluk sebebiyle akademik olarak da geri planda kalabilmektedirler. Yapılan araştırmalarda kekemeliği olan birçok birey, kekemelik veya kontrol etme düşüncesine çok fazla enerji harcamanın bir sonucu olarak konsantrasyon ve öğrenme ile ilgili zorluklar bildirmektedir (83). Büyük bir çoğunluğu ise okulda alay edildiğini veya zorbalığa uğradığını teyit etmektedir. Buna yönelik artan kaygı, düşük öz saygı,

okul ödevlerinde zorluklar ve eğitimden alınan zevk ve tatminin azalması gibi yıkıcı bir yola girmektedir (84).

Kekemeliğin okul işlevselliği üzerindeki etkilerini gösteren diğer çalışmalara baktığımızda, kekeleyen hemen hemen her yetişkinin, okul yıllarında durumun engelleyici etkilerini deneyimlediğini onaylamaktadır (7,10,84). Kekeleyen çoğu birey kekemeliğin öğretmenleri ve akranlarıyla ilişkilerini, özgüvenlerini ve akademik performanslarını etkilediğini bildirmektedir (7,10). Birçok yetişkin, kekemeliğin onların tam akademik potansiyellerine ulaşmalarına izin vermediğini ve eğitim başarılarını sınırladığını düşünmektedir (84). Kekeleyen ergenlerin kekeme olmayan akranlarına göre grup tartışmalarında ve kişilerarası sohbetlerde konuşma korkusunun anlamlı derecede daha fazla olduğu gösterilmiştir. Bu eksiklikler okula karşı olumsuz tutumlar ve genel olarak daha düşük akademik performans ile ilişkilendirilmiştir (13). Çalışmamızın bulgularına bakıldığında kekemeliği olan çocukların okul işlevselliği puanlarının kekemeliği olmayan çocuklara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu bulgu, literatürdeki çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Araştırma sorularımızdan biri olan, kekemelik şiddeti ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında, anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Kekeleyen çocuk ebeveynlerinin okul işlevselliği puanları, kekemelik şiddetine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilirken ($p>,05$), kekeleyen çocukların okul işlevselliği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>,05$). Elde edilen bulgulara göre hafif şiddette kekemeliğe sahip çocuk ebeveynlerinin bu alt alanda aldıkları puanlar arasında fark olduğu görülmüştür. Buna göre hafif şiddette kekemeliğe sahip çocuk ebeveynlerinin çocuklarının okul işlevselliği puanlarının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Kekemelik şiddeti ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı literatürdeki daha önce yapılan çalışmalarda ortaya çıkmıştır. Doğan, Yaşar, Kaya ve Bayram (2)'ın kekemeliği olan çocukların yaşam kalitesi bulguları çalışmasında da kekemelik şiddeti yüksek olan çocuklarla kekemelik şiddeti düşük olan çocukların yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Blood ve ark. yaptığı çalışmada, kekemelik şiddeti, iletişim kaygısı ve kendi kendine algılanan iletişim

yeterliliği puanları arasında anlamlı bir pozitif ilişki bulunmuştur (13), ancak bu bulgu daha sonra aynı grup tarafından daha sonraki bir çalışmada doğrulanmamıştır (85).

Bunlara ek olarak, Beilby ve ark. (70) yaptığı çalışmalarda kekemeliği olan kişinin konuşmasının yüzeysel şiddetinin, bozukluğun etkisiyle ne kadar mücadele ettiğini göstermediği görülmektedir. Beilby ve ark. (70) alışmalarında ‘‘Hafif şiddetli’’ kekemeliğe sahip olan bazı bireylerin, daha belirgin ve görünür olanlardan daha fazla acı çektiği sonucuna ulaşılmıştır. Kekemelik şiddeti ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir farklılık olmaması bu bilgiler ışığında açıklanabilir.



8. SONUÇ

Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar, kekemeliğin okul çağı çocuklarında yaşam kalitesini önemli derecede olumsuz yönde etkilediği bilgisini sunmaktadır. Literatürde okul çağı çocuklarına yönelik çalışma sayısının az olması sebebiyle araştırmamız bize önemli bilgiler vermektedir. Kekemeliği olan okul çağı çocukları ve ebeveynlerinin doldurduğu ölçek sonuçları yaşam kalitesinin özellikle duygusal, sosyal ve okul işlevselliği alanlarında belirgin bir düzeyde düşük olduğunu göstermektedir. Araştırmamızın en önemli sonucu ise yaşam kalitesinin kekemeliğin şiddetiyle bir ilişkisi olmamasıdır. Bu veri bize kekemelik terapilerinde bireysel olarak çalışmanın önemini göstermektedir. Kekemeliği olan her çocuğun duygusal ve sosyal olarak kekemelikten etkilenme düzeyi farklıdır ve kekemelik şiddeti düşük olsa bile kekemeliğin yaşam kalitesini nasıl etkilediği mutlaka araştırılmalıdır. Terapilerde buna yönelik yapılacak detaylı değerlendirmeler, kekemelik terapilerinden en yüksek verimi almada bize yardımcı olacaktır.

Araştırmamızın sonuçlarından, kekemeliği olan çocukların yaşam kalitesinin düşük olduğuna yönelik bulgular elde edilmesine rağmen, daha geniş kitlelerle yapılacak çalışmalar sonuçların genellenmesine katkı sağlayabilir. Yapılacak çalışmalarda ayrıca kekemeliği olan katılımcı grubunun sosyo-ekonomik düzeyinin araştırılması ve kekemeliğe yönelik yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanılması da araştırma sonuçlarını güçlendirecektir. Bu çalışma ve gelecekteki çalışmalar biz dil ve konuşma terapistlerine terapilerin planlanması hususunda önemli bir kaynak sunacaktır.

Araştırmamızda, büyük oranda kekemeliği olan çocukların annelerinin çalışmaya katıldığı görülmüştür. Gelecekte yapılacak çalışmalarda, çocuklarının yaşam kaliteleri konusunda anne ve babanın her ikisinin de görüşlerinin alınması, daha sağlıklı sonuçlar elde etmemizi sağlayabilir. Çalışmamızda kekemeliği olan çocukların daha önce terapi alıp almadığı sorgulanmamıştır. Çocukların terapi almış veya almamış olmaları yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerini değiştirebilir.

Çalışmamız pandemi sürecinde yapıldığı için yaşam kalitesi bulgularının bu dönemden de etkilenebileceği düşünülmektedir. Çocuk ve ebeveynlerin pandemi döneminde evde kalmasından dolayı, çocukların akranlarıyla yeterince etkileşime

geçememesi, sosyal medya kullanımının artması gibi sebepler yaşam kalitesi bulgularını değiştirebilir.

Sonuç olarak kekemeliğin psikososyal etkisinin yanı sıra kekemeliğin kendi başına yönetimine yönelik stratejilerin, kekemeliği olan çocuklarda terapiye yönelik bütünsel bir yaklaşıma dahil edilmesi, terapi hedeflerinin belirlenmesinde zorunlu görölmektedir. Kekemeliğin konuşma üzerindeki etkisi tek başına değerlendirilmemeli, bireyin yaşam kalitesini etkileyen unsurlar da göz önüne alınarak buna yönelik terapi planlamaları yapılmalıdır. Çalışma sonuçlarından yola çıkarak, kekemelik şiddeti düşük olan bireylerde de kekemeliğin kişinin sosyal ve duygusal durumlarına etkisi yüksek olabilir. Bu sebeple, kekemeliği olan çocukların değerlendirilmesinde, kekemelik türü ve şiddetinin yanı sıra yaşam kalitesine yönelik verilerin de alınması terapi sonuçlarını daha etkili hale getirebilir.

9. KAYNAKLAR

1. Yu, R., Chun, S., Mendes, C. D., Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. The impact of stuttering on quality of life of children and adolescents. *22(4)*, 567–569, 2010.
2. Doğan M., Nemli N., Bayram A., Kaya A., & Yaşar M. Kekeme çocukların yaşam kalitesi bulguları. *KBB Uygulamaları 2016;4(2):64-69*, 2016.
3. Sonnevile-Koedoot, C., Stolk, E. A., Raat, H., Bouwmans-Frijters, C., & Franken, M. C. Health-related quality of life of preschool children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, *42(1)*, 1–12, 2014.
4. Raat, H., Mohangoo, A. D., & Grootenhuys, M. A. Pediatric health-related quality of life questionnaires in clinical trials. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, *6(3)*, 180–185, 2006.
5. Feeney, R., Desha, L., Ziviani, J., & Nicholson, J. M. Health-related quality-of-life of children with speech and language difficulties: A review of the literature. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *14(1)*, 59–72, 2012.
6. Craig, A., Blumgart, E., & Tran, Y. The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, *34(2)*, 61–71, 2009.
7. Hayhow, R., Cray, A. M., & Enderby, P. Stammering and therapy views of people who stammer. *Journal of Fluency Disorders*, *27(1)*, 1–16, 2002.
8. Klein, J. F., & Hood, S. B. The impact of stuttering on employment opportunities and job performance. *Journal of Fluency Disorders*, *29(4)*, 255–273, 2004.
9. Koedoot, C., Bouwmans, C., Franken, M. C., & Stolk, E. Quality of life in adults who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 2011.
10. 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, 2004.
11. Langevin, M., Kleitman, S., Packman, A., & Onslow, M. The Peer Attitudes Toward Children who Stutter (PATCS) Scale: An evaluation of validity, reliability and the negativity of attitudes. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *44*, 352–368, 2009.
12. Davis, S., Howell, P., & Cooke, F. Sociodynamic relationships between children who stutter and the non-stuttering classmates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *43(7)*, 939–947, 2002.
13. Blood, G. W., Blood, I. M., Tellis, G., & Gabel, R. Communication apprehension and self-perceived communication competence in adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, *26(3)*, 161–178, 2001.

14. Blood, G. W., & Blood, I. M. Bullying in Adolescents Who Stutter: Communicative Competence and Self-Esteem. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31(Spring), 69–79, 2004.
15. Kefalianos, E., Onslow, M., Ukoumunne, O., Block, S., & Reilly, S. Stuttering, temperament, and anxiety: Data from a community cohort ages 2–4 years. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 57(4), 1314–1322, 2014.
16. Smith, K. A., Iverach, L., O’Brian, S., Kefalianos, E., & Reilly, S. Anxiety of children and adolescents who stutter: A review. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 22–34, 2014.
17. Iverach, L., & Rapee, R. M. Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 69–82, 2014.
18. Franklin, D., Taylor, C., Hennessey, N. & Beilby, J. Investigating factors related to the effects of time-out on stuttering in adults. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 43(3), 283–299, 2008.
19. Guitar B. *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. Lippincott Williams & Wilkins, 2013.
20. Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): An update. *Journal of Communication Disorders*, 37(1), 35–52, 2004.
21. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), “About Stuttering”, www.asha.org/public/speech/disorders/stuttering/, Erişim: 20 Nisan 2021.
22. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, “6A01.1 Developmental speech fluency disorder”, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f654956298>, Erişim: 1 Mayıs 2021
23. Månsson H. Childhood stuttering: Incidence and development. *Journal of Fluency Disorders*, 25(1): 47-57, 2000.
24. Kent R.D. Research on Speech Motor Control and Its Disorders: A Review and Prospective. *Journal of Communication Disorders*, 33(5): 391-427, 2000.
25. Karacan E. Çocuklarda Kekemelik ve Diğer İletişim Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 4: 18-21, 2000.
26. Yairi, E., & Ambrose, N. A longitudinal study of stuttering in children: A preliminary report. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35(4), 755–760, 1992.

27. Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M., & Peters, K. Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45(6), 1097–1105, 2002.
28. Yairi, E., & Ambrose, N. G. Early childhood stuttering I: Persistency and recovery rates. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(5), 1097–1112, 1999.
29. Wingate, M. E. Disorders of fluency. In: Skinner, P.H. and Shelton, R.L. (Eds.), *Speech Language and Hearing: Normal Processes and Disorders*. (245-270) Massachusetts: Addison Wesley Publishing Company, 1978.
30. Madanoğlu, G. K., Kekeme Çocuklar İçin Bir Tarama Çalışması ve Kekemlikle Baş Etme Konusunda Hazırlanmış Bir Programın Değerlendirilmesi. M.Ü. Eğitim Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2005.
31. Andrews, G., Morris-Yates, A., Howie, P., & Martin, N. Genetic factors in stuttering confirmed. *Archives of General Psychiatry*, 48(11), 1034–1035, 1991.
32. Packman A, Code C, Onslow M. On the cause of stuttering: Integrating theory with brain and behavioral research. *Journal of Neurolinguistics*, 20:353-362, 2007.
33. Yairi, E. and Lewis, B. Disfluencies at the onset of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 27, 154-159, 1984.
34. Yairi, E., & Ambrose, N. Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 66–87, 2013.
35. Manning, W.H. *Clinical Decision Making on Fluency Disorders*, 3rd ed., Delmar, 4-5, 48-51, 87-89, 2010.
36. Drayna D, Kilshaw J, Kelly J. The sex ratio in familial persistent stuttering. *American Journal of Human Genetics* 65: 1473–5, 1999.
37. Ambrose NG, Cox NJ, Yairi E. The genetic basis of persistence and recovery in stuttering. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 40: 567–80, 1997.
38. Gordon N. Stuttering: incidence and causes. *Developmental Medicine & Child Neurology* 44: p. 278–282, 2002.
39. Siverman, B. Stuttering and Allied Speech Defects. *The Canadian Medical Association Journal*. 268-274, 1932.
40. Moore W.H., Haynes W.O., Alpha hemispheric asymmetry and stuttering: Some support for a segmentation dysfunction hypothesis. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 23(2), 229-247, 1980.

- 41.De Nil, L.F., Kroll, R.M., Kapur S., and Houle, S. Functional neuroimaging of cerebellar activation during single word reading and verb generation in stuttering and nonstuttering adults. *Neuroscience Letters*, 302, 77–80, 2001.
- 42.Ingham, R.J., Brain imaging studies of developmental stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 34, 493-516, 2001.
- 43.Jones, R., Choi, D., Conture, E., & Walden, T. Temperament, Emotion, and childhood stuttering. *Seminars in Speech and Language*, 35(2), 114–131, 2014.
- 44.Anderson, J.D., Pellowski, M.W., Conture, E.G., Kelly, E.M. Temperamental characteristics of pre-school children who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46, 1221-1233, 2003.
- 45.Starkweather, C. W. A simple theory of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 20(2), 91–116, 1995.
- 46.Riley, G., & Riley, J. A revised component model for diagnosing and treating children who stutter. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 27, 188–199, 2000.
- 47.Ambrose, N. G. Theoretical Perspectives on the Cause of Stuttering. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31(Spring), 80–91, 2004.
- 48.Aydiner Boylu, A., & Paçacıoğlu, B. Yaşam Kalitesi Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15), 137–150, 2016.
- 49.Demirkaya, Y. Çekmeköy’ün Sosyo-Ekonomik Yapısı ve Kentsel Yaşam Kalitesi, İstanbul: Çekmeköy Belediye Başkanlığı Yayını, 2010.
- 50.Tüzün, E. H. ve Eker, L. Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 13(2), 3-8, 2003.
- 51.Yapıcı, A. Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
- 52.Yancar, C. Madde Bağımlılarında İkinci Eksen Komorbidite ve Kişilik Özelliklerinin Bağımlılık Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Birimi Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005.
- 53.Üstündağ, H., Gül, A., Zengin, N. ve Aydın, M. Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 117- 126, 2007.

54. Eiser, C., & Morse, R. A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Archives of Disease in Childhood*, 84(3), 205–211, 2001.
55. Memik, N. Ç., Ağaoğlu, B., Coşkun, A., Üneri, Ö. Ş. ve Karakaya I. “Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenirliği”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 353-363, 2007.
56. Zur, K. B., Cotton, S., Kelchner, L., Baker, S., Weinrich, B., & Lee, L. Pediatric Voice Handicap Index (pVHI): A new tool for evaluating pediatric dysphonia. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 71, 77 – 82, 2007.
57. Choi D, Conture EG, Walden TA, Jones RM, Kim H. Emotional Diathesis, Emotional Stress, and Childhood Stuttering. *Journal of Speech Language Hearing Research*. Aug; 59(4): 616–30, 2016.
58. Yovetich WS, Leschied AW, Flicht J. Self-esteem of school-age children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*. 25(2): 143–53, 2000.
59. Vanryckeghem M, Hylebos C, Brutten GJ, Peleman M. The relationship between communication attitude and emotion of children who stutter. *Journal of Fluency Disorders* 26(1): 1– 15, 2001.
60. Bothe AK, Richardson JD. Statistical, practical, clinical, and personal significance: definitions and applications in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 20(3): 233–42, 2011.
61. Murphy WP, Yaruss JS, Quesal RW, Sciences H, Hall H. Enhancing treatment for school-age children who stutter. I. Reducing negative reactions through desensitization and cognitive restructuring. *Journal of Fluency Disorders*. 32(2): 121–38, 2007.
62. Langevin M, Packman A, Onslow M. Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves. *Journal of Communication Disorders*. 43(5): 407–23, 2010.
63. Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Cini, E., Conway, L., Ukoumunne, O., Wake, M. Natural history of stuttering up to 4 years of age: A prospective community-based study. *Pediatrics*, 132(3), 459–467, 2013.
64. van der Merwe, B., Robb, M. P., Lewis, J. G., & Ormond, T. Anxiety measures and salivary cortisol responses in preschool children who stutter. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 38, 1–10, 2011.
65. Vanryckeghem, M., Brutten, G. J., & Hernandez, L. M. A comparative investigation of the speech-associated attitude of preschool and kindergarten children who do and do not stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 30(4), 307–318, 2005.

- 66.Boey, R. A., Van de Heyning, P. H., Wuyts, F. L., Heylen, L., Stoop, R., & De Bodt, M. S. Awareness and reactions of young stuttering children aged 2–7 years old towards their speech disfluency. *Journal of Communication Disorders*, 42(5), 334–346, 2009.
- 67.Conture, E. G., Kelly, E. M., & Walden, T. A. Temperament, speech and language: An overview. *Journal of Communication Disorders*, 46(2), 125–142, 2013.
- 68.Ambrose, N. G., & Yairi, E. The development of awareness of stuttering in preschool children. *Journal of Fluency Disorders*, 19(4), 229–245, 1994.
- 69.Langevin, M., Packman, A., & Onslow, M. Peer responses to stuttering in the preschool setting. *American Journal of Speech-Language Pathology/American Speech-Language-Hearing Association*, 18(3), 264–276, 2009.
- 70.Mulcahy, K., Hennessey, N., Beilby, J., & Byrnes, M. Social anxiety and the severity and topography of stuttering in adolescents. *Journal of Fluency Disorders*, 33, 306–319, 2008.
- 71.Beilby, J. M., Byrnes, M. L., & Yaruss, J. S. The Impact of a Stuttering Disorder on Western Australian Children and Adolescents. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 22(2), 51–62, 2012.
- 72.Mahr GC, Torosian T. Anxiety and social phobia in stuttering. *Journal of Fluency Disorders*. 24:119-26, 1999.
- 73.Ezrati-Vinacour R, Levin I. The relationship between anxiety and stuttering: a multidimensional approach. *Journal of Fluency Disorders*. 29:135-48 2004.
- 74.Messenger M, Onslow M, Packman A, Menzies R. Social anxiety in stuttering: measuring negative social expectancies. *Journal of Fluency Disorders*. 29:201-12, 2004.
- 75.Eggers, K., De Nil, L., & Van den Bergh, B. Temperament dimensions in stuttering and typically developing children. *Journal of Fluency Disorders*, 35, 355–372, 2010.
- 76.Iverach, L., Jones, M., McLellan, L. F., Lyneham, H. J., Menzies, R. G., Onslow, M., & Rapee, R. M. Prevalence of anxiety disorders among children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 49, 13–28, 2016.
- 77.Langevin, M., Bortnick, K., Hammer, T., & Wiebe, E. Teasing/bullying experienced by children who stutter: Toward development of a questionnaire. *Contemporary Issues in Communication Sciences and Disorders*, 25, 12–24, 1998.

- 78.Iverach, L., O'Brian, S., Jones, M., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., ve ark. Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 928–934, 2009.
- 79.Kraaimaat, F. W, Vanryckeghem, M., & Van Dam-Baggen, R. Stuttering and social anxiety. *Journal of Fluency Disorders*, 27, 319–331, 2002.
- 80.Menzies, R., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., St Clare, T., & Block, S. An experimental clinical trial of a cognitive behavior therapy package for chronic stuttering. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 51, 1451–1464, 2008.
- 81.O'Brian, S., Jones, M., Packman, A., Menzies, R., & Onslow, M. Stuttering severity and educational attainment. *Journal of Fluency Disorders*, 36(2), 86–92, 2011.
- 82.De Nil, L. F., & Brutten, G. J. Speech-associated attitudes of stuttering and nonstuttering children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 60–66, 1991.
- 83.Daniels D. E. Recounting the K-12 school experiences of adults who stutter: a qualitative analysis. *Journal of Fluency Disorders*, 37(2): 71-82, 2012.
- 84.Hugh-Jones, S., & Smith, P. K. Self-reports of short- and long-term effects of bullying on children who stammer. *British Journal of Educational Psychology*, 69, 141–158, 1999.
- 85.Blood, G. W., Blood, I. M., Tellis, G. M., & Gabel, R. M. A preliminary study of self-esteem, stigma, and disclosure in adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 28, 143–159, 2003.

10. EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sayın Ebeveyn,

Kekemelik genellikle 2-5 yaş arasında başlayan, akıcılığı etkileyen bir konuşma bozukluğudur. Kekemeliğin yaşam kalitesi üzerine birçok etkisi olduğu bilinmektedir.

Yapacağımız araştırmanın amacı, kekemelik şiddeti ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışma İstanbul Medipol Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü öğretim görevlisi Dr. Öğr. Üyesi Ramazan Sertan ÖZDEMİR ve yüksek lisans öğrencisi Demet TEKNECİ tarafından yürütülmektedir. Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız gereken iki adet form verilecektir. Bunlardan ilkinde bazı demografik verilerinizle ilgili sorular bulunmaktadır. Diğer form ise standardize bir ölçektir. Bu ölçek çocuğunuzun yaşam kalitesine ilişkin soruları içermektedir. Diğer aşamada ise çocuğunuzun kekemelik şiddeti ölçülecektir.

Sizin ve çocuğunuzun tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir. Bu araştırmadan elde edilecek tüm bilgiler toplanıp, analiz edilerek Demet TEKNECİ'nin "Kekeleyen ve Kekelemeyen 8-12 Yaş Arası Çocukların Yaşam Kalitesi Bulgularının Karşılaştırılması-İstanbul Örnekleme" adlı yüksek lisans tezinde kullanılacaktır. Sizden alınan bilgiler isminiz kullanılmadan, kişisel bilgileriniz gizli tutularak arşivlenecektir. Çalışmanın sonunda, sonuçlar hakkında bilgi isteme hakkınız vardır. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, Çalışmaya Katılma Onayı Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

Formu imzalamadan önce araştırmaya dair herhangi bir sorunuz veya ilgili ek bilgiye gereksinim olursa durumunda araştırma yürütücülerden Demet TEKNECİ'ye () numaralı telefon ile ulaşabilirsiniz.

"Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu okudum ve anladım. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili sözlü ve yazılı açıklama yukarıda adı verilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum."

Katılımcı Ebeveyn Adı Soyadı

Tarih

İmza

Ek 2. Kişisel Bilgi Formu-1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU-49

Kekeleyen ve kekelemeyen çocukların yaşam kalitesi bulgularının karşılaştırılmasını araştırmayı amaçlayan anket aşağıdadır. Lütfen açıklamaları okuduktan sonra, size göre en uygun olduğunu düşündüğünüz seçenekleri işaretleyiniz. Gizlilik ilkesi gereği isminiz ve diğer bilgileriniz kimseyle paylaşılmayacaktır. Tüm maddeleri doldurduğunuzdan emin olunuz. Bu araştırma sonucunda elde edilecek sonuçların bilimsel yayınların hazırlanmasında veya konferanslarda sunulması amaçlanmaktadır. Bu anketi doldurmaya gönüllü olduğunuz için teşekkür ederiz.

İsim Soyisim:

(Yalnızca isminizin baş harflerini kullanabilirsiniz.)

Cinsiyet:

Yaş:

Eğitim Durumu:

İş Durumu:

Çocuk sayısı:

Çocuğunuzda kekemelik başlangıç yaşı nedir?

Kekemeliği olan çocuğunuzun cinsiyeti nedir?

Ailede kekemeliği olan birey var mı?

(Varsa kim/kimler olduğunu belirtiniz.)

Ek 2. Kişisel Bilgi Formu-2

KİŞİSEL BİLGİ FORMU-2

Kekeleyen ve kekelemeyen çocukların yaşam kalitesi bulgularının karşılaştırılmasını araştırmayı amaçlayan anket aşağıdadır. Lütfen açıklamaları okuduktan sonra, size göre en uygun olduğunu düşündüğünüz seçenekleri işaretleyiniz. Gizlilik ilkesi gereği isminiz ve diğer bilgileriniz kimseyle paylaşılmayacaktır. Tüm maddeleri doldurduğunuzdan emin olunuz. Bu araştırma sonucunda elde edilecek sonuçların bilimsel yayınların hazırlanmasında veya konferanslarda sunulması amaçlanmaktadır. Bu anketi doldurmaya gönüllü olduğunuz için teşekkür ederiz.

İsim Soyisim:

(Yalnızca isminizin baş harflerini kullanabilirsiniz.)

Cinsiyet:

Yaş:

Eğitim Durumu:

İş Durumu:

Çocuk sayısı:

Çocuğunuzun yaşı:

Çocuğunuzda herhangi bir konuşma bozukluğu var mı?

(Harfleri yanlış söyleme (artikülasyon bozukluğu), hızlı konuşma vs.)

Ailede kekemeliği olan birey var mı?

(Varsa kim/kimler olduğunu belirtiniz.)

Ek 4. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) - Çocuk Formu

Son bir ay içinde aşağıdakiler senin için ne kadar sorun yarattı?					
Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4
Duygularım ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4
Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşarım	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarımla oyun oynarken geri kalırım	0	1	2	3	4
Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

Ek 5. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) - Ebeveyn Formu


Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?					
Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4
Duyusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4
Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşıtları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşıtları ile oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4
Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

Ek 6. Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı (KEŞİDA) – Ön Yüzü

Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4

KEŞİDA-4

Araştırmacı Kayıt Formu



Kişilik Bilgileri

İsim & Soyisim _____ Erkek Kadın

Sınıf _____ Doğum Tarihi _____

Test Tarihi _____ Yaşı _____

Okul _____ Uygulayıcı _____

Okul Öncesi Okul Çağı Yetişkin Okuma Bilen Okuma Bilmeyen

Sıklık

Okuma Bilenler Tablosu

1.Okuma Görevi		2.Konuşma Görevi	
%	Puan	%	Puan
1	2	1	2
2	4	2	3
3-4	5	3	4
5-7	6	4-5	5
8-12	7	6-7	6
13-20	8	8-11	7
21&üstü	9	12-21	8
		22&üstü	9

Sıklık Puanı
(1.Görev+2.Görev)

Süre

1 ile 10 Saniye , En Yakın - En Uzun

3 Kekeleme Olayının Ortalaması

	Puan
Kısa Süreli (.5sn.veya daha az)	2
Yarım saniye (.5 - .9 saniye)	4
1 saniye (1.0 - 1.9 saniye)	6
2 saniye (2.0 - 2.9 saniye)	8
3 saniye (3.0 - 4.9 saniye)	10
5 saniye (5.0 - 9.9 saniye)	12
10 saniye (10.0 - 29.9 saniye)	14
30 saniye (30.0 - 59.9 saniye)	16
1 dakika (60sn. veya daha fazla)	18

Süre Puanı

Sekonder Davranışlar

Değer 0 = yok
1 = bakmadığın sürece farkedilmez
2 = gözlemci çok az farkedebilir
3 = dikkat dağıtıcı
4 = çok dikkat dağıtıcı
5 = şiddetli

Rahatsız Edici Sesler: Gürültülü nefes almak,ısıklık çalmak, burnunu çekmek,üfleme,tıklama sesleri
0 1 2 3 4 5 _____

Yüz İfadeleri: Çene oynatma,dil çıkartmak, dudakları bastırmak,çene kası hareketleri
0 1 2 3 4 5 _____

Baş Hareketleri: İleri,geri,sağ / sola çevirmek, yetersiz göz teması,sürekli etrafına bakınmak
0 1 2 3 4 5 _____

El ve Ayak Hareketleri:Kol ve el hareketleri,ellerini yüze koymak,bacak hareketleri ve ayak hareketleri
0 1 2 3 4 5 _____

Sekonder Davranış Puanı

KEŞİDA-4 / TOPLAM PUAN


Sıklık ____+Süre ____+ Sekonder Davranışlar ____ = Toplam Puan ____ Yüzde ____ Şiddeti ____

Ek 7. Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı (KEŞİDA) – Arka Yüzü

Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4

KEŞİDA-4

Araştırmacı Kayıt Formu



Klinik Konuşma Örnekleme 1 (Okuma Testi)

Hece Sayısı (150 ila 500 hece arası) _____

Kekeleme Durumu (Aşağıda işaretleyin veya boş bir sayfa kullanın) _____

Hesaplama : (Kekeleme Durumu / Hece Sayısı) x 100 = _____%KH

Klinik Konuşma Örnekleme 2 (Konuşma Testi)

Hece Sayısı _____

Kekeleme Durumu _____

Hesaplama : (Kekeleme Durumu / Hece Sayısı) x 100 = _____%KH

KEŞİDA-4 Yüzdik Dilimler ve Şiddet Eşdeğerleri
(Okul Çağındaki Çocuklar için Toplam Puanlar)

Toplam Puan	Yüzdik Dilim	Şiddet Eşdeğeri
6 - 8	1 - 4	Çok Hafif
9 - 10	5 - 11	
11 - 15	12 - 23	Hafif
16 - 20	24 - 40	
21 - 23	41 - 60	Orta
24 - 27	61 - 77	
28 - 31	78 - 88	Şiddetli
32 - 35	89 - 95	
36 & üstü	96 - 99	Çok Şiddetli

Okuma Testi + Konuşma Testi = Ortalama %KH

_____ %KH _____ %KH _____

Konuşma Doğallığı

1	2	3	4	6	7	8	9
En Doğal Seviye				En Doğal Olmayan Seviye			

Ek 8. Ölçek Kullanım İzni

ÇİYKÖ kullanım izni Inbox x



Demet TEKNECİ

Sat, 16 Jan, 14:10 (3 days ago) ☆

Sayın hocam merhaba, Ben dil ve konuşma terapisti Demet TEKNECİ. Yüksek lisans tezimde ÇİYKÖ formunu kullanmak için sizden izin t...



Nursu
to me ▾

Mon, 18 Jan, 09:35 (1 day ago) ☆ ↩ ⋮

🌐 Turkish ▾ > English ▾ [Translate message](#)

[Turn off for: Turkish x](#)

Merhaba

Ölçeği Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneğinden alabilirsiniz. Sorun ile karşılaşırsanız yeniden yazabilirsiniz.
[REDACTED] derneğin numarası.
İyi çalışmalar

Nursu Çakın Memik

Demet TEKNECİ [REDACTED] şunları yazdı (16 Oca 2021 13:11):



Demet TEKNECİ

Sat, 16 Jan, 11:09 (3 days ago) ☆ ↩ ⋮

to ayşe ▾

Ayşe hanım merhaba, mailimi gözden kaçırmış olma ihtimalinize karşı tekrar göndermek istedim.
Belirttiğiniz talep belgesini hazırladım. Müsait olduğunuzda testi gönderebilirsiniz çok memnun olurum.
İyi günler dilerim.

...



ayşe mutlu

Sat, 16 Jan, 12:14 (3 days ago) ☆ ↩ ⋮

to me ▾

🌐 Turkish ▾ > English ▾ [Translate message](#)

[Turn off for: Turkish x](#)

Demet Hanım merhaba

İzin istediğiniz çalışma kapsamında Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı (SSI4-TR) kullanımı benim için uygundur.

Aracın kullanım klavuzu ile ilgili olarak tezimi inceleyebilirsiniz ve aracın formunu da ekte paylaşıyor olacağım. Aklınıza takılan bir durum olursa tekrar mail atabilirsiniz.

Sevgiler

Demet TEKNECİ [REDACTED], 16 Oca 2021 Cmt, 10:10 tarihinde şunu yazdı:

...

11. ETİK KURUL ONAYI



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

Sayı : E-10840098-772.02-2598
Konu : Etik Kurulu Kararı

27/01/2021

Sayın Demet TEKNECİ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğumuz "Kekeleyen ve Kekelemeyen 8-12 Yaş Arası Çocukların Yaşam Kalitesi Bulgularının Karşılaştırılması- İstanbul Örneklemi" isimli başvurumuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

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

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 26EAD396X6 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Medipol Üniversitesi Kavacak Yerleşkesi (Ana Yerleşke Sakinlerik)
Kavacak Mah. Ekinçlar Cad. No: 19, Kavacak Kavşağı, 34810 Beykoz, İstanbul
T: 444 85 44 P: 0212 531 72 55
E-Posta: bilgi@medipol.edu.tr İnternet Adresi: www.medipol.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin: Bilgi KAYA
Tel: ~~0212 531 72 55~~ E-Posta: ~~bilgi@medipol.edu.tr~~



İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kekeleyen ve Kekelemeyen 8-12 Yaş Arası Çocukların Yaşam Kalitesi Bulgularının Karşılaştırılması- İstanbul Örnekleme			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Demet TEKNECİ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Dil ve Konuşma Terapisti			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ PLANI			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BELGELENDİRİLMİŞ GÖSÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No:66		Tarih: 21/01/2021			
Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "evet/birlikte" ile karar verilmiştir.						

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Dr. Özge Üyesi Mahmut TOKAÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilgili		Katkı		İmar
Dr. Özge Üyesi Mahmut TOKAÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Uygundur
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Genel Tıp	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. Mehmet Kemal ÖZDEMİR	Elektrik ve Elektronik	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embryoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Uygundur
Dr. Özge Üyesi Şeyda HACIHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Uygundur
Dr. Özge Üyesi Neriman İpek KIRMIZI	Tıbbi Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Uygundur

* **Uzmanlık Bilgileri**

COVID-19 (**Pandemi**) nedeniyle etik kurulumuz sanal olarak toplanmış olup kural üyelerimizden uygunluk kararı sanal ortamda alınmıştır. Araştırmacı tarafından talep edilirse, COVID-19 (**Pandemi**) sonrası ıslak imzalı karar formu ayrıca hazırlanabilir.

Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sekreteri
Bilge KAYA