

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

**OKUL ÇAĞI KEKEMELİĞİ OLAN ÇOCUKLARIN MİZAÇ  
ÖZELLİKLERİ**

**Kübra MİRALOĞLU**

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

**ANKARA  
2022**



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

**OKUL ÇAĞI KEKEMELİĞİ OLAN ÇOCUKLARIN MİZAÇ  
ÖZELLİKLERİ**

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

**TEZ DANIŞMANI  
PROF. DR. MAVİŞ EMEL KULAK KAYIKCI**

**ANKARA  
2022**

**ONAY SAYFASI**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**OKUL ÇAĞI KEKEMELİĞİ OLAN ÇOCUKLARIN MIZAÇ ÖZELLİKLERİ**  
**Kübra MİRALOĞLU**  
**Danışman: Prof. Dr. Maviş Emel KULAK KAYIKCI**

Bu tez çalışması 08.06.2022 tarihinde jürimiz tarafından "Dil ve Konuşma Terapisi Tezli Yüksek Lisans Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

**Jüri Başkanı:** *Dr. Öğr. Üyesi Meltem Çiğdem KIRAZLI*  
(Hacettepe Üniversitesi)

**Tez Danışmanı:** *Prof. Dr. Maviş Emel KULAK KAYIKCI*  
(Hacettepe Üniversitesi)

**Üye:** *Dr. Öğr. Üyesi Didem ÇEVİK*  
(Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi)

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

7 4 Haziran 2022

*Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN*

**Enstitü Müdürü**

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

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

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

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

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

14/06/2022

Kübra MİRALOĞLU

## ETİK BEYAN

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

*Kübra MİRALOĞLU*

## TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgi ve tecrübelerini paylaşan, tez çalışmamın her aşamasında bana destek olan ve yol gösteren saygıdeğer danışmanım Sayın Prof. Dr. Maviş Emel Kulak Kayıkcı'ya,

Lisans eğitimimden bu yana desteğini esirgemeyen, çalışmamı yürütürken değerli bilgi ve görüşlerini benimle paylaşan Sayın Dr. Öğr. Üyesi M. Çiğdem Kirazlı'ya,

Lisans eğitimimden bu yana bana destek olan Sayın Prof. Dr. Esra Özcebe, Sayın Doç. Dr. Fatma Esen Aydın ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayşen Köse'ye,

Çalışmamın veri toplama sürecinde bana yardımcı olan teyzem Gülten Aydın, Nazire Tutumlu ve 2018 yılı girişli Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü lisans öğrencilerine, Çalışmama katılım sağlayan tüm çocuklar ve ailelerine,

Bu süreçte yan yana olamasak da hep yanımda hissettiğim, çok sevdiğim arkadaşlarım Melike Tanrıverdi, Kübra İnan, Ecem Nur Demirsoy ve Cansu Yıldırım'a,

Her zaman her koşulda bana destek olduklarını bildiğim, her zaman yanımda hissettiğim, olduğum gibi kabul gördüğüm ailem; annem Leyla, babam Süleyman, ablam Büşra, kardeşim Ömer ve abim Arş. Gör. Önal İncebay'a teşekkür ederim.

## ÖZET

**Miraloğlu, K., Okul Çağı Kekemeliği Olan Çocukların Mizaç Özellikleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dil ve Konuşma Terapisi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2022.** Mizaç, kekemeliğin nedeni olmasa da kekemeliğe etki edebileceği ve kekemeliğin şiddetini artırabileceği düşünülen bir faktördür. Kekemeliği olan okul çağı çocuklar, adölesan ve yetişkinlerde mizaç çalışmaları okul öncesi döneme göre daha az yapılmaktadır ve bulgular tutarsızdır. Çocuğun gelişimi boyunca ortaya çıkan değişiklikleri anlamak için okul çağı çocuklarda mizaçın daha fazla araştırılmasına ihtiyaç vardır. Bu bağlamda, okul çağı kekemeliği olan çocukların kekemeliği olmayan akranlarıyla mizaç özelliklerini karşılaştırmak ve mizaç özellikleri ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır. Çalışmaya, 8-11 yaş arasındaki kekemeliği olan tipik gelişim gösteren 66 çocuk ile yaş ve cinsiyet açısından eşleşen 66 kekemeliği olmayan tipik gelişim gösteren çocuk dahil edilmiştir. Çocukların mizaç özelliklerini değerlendirebilmek için ebeveyn raporuna dayanan Okul Çağı Çocukları için Mizaç Ölçeği (*School - Age Temperament Inventory - SATI*) kullanılmıştır. Kekemeliği olan grubun kekemelik şiddeti; konuşma ve okuma kayıtları alınarak Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4 (KEŞİDA-4) ile hesaplanmıştır. Elde edilen bulgulara göre; kekemeliği olan ve kekemeliği olmayan çocuklar arasında SATI alt boyutlarından olumsuz tepkisellik, yaptığı işi sürdürebilme, yaklaşma/kaçınma ve aktivitenin hiçbirinde anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kekemeliği olan çocukların mizaç özellikleri ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişki incelendiğinde, aktivite ile KEŞİDA-4 alt başlıklarından biri olan toplam puan arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Olumsuz tepkisellik, yaptığı işi sürdürebilme ve yaklaşma/kaçınma ile KEŞİDA-4 alt başlıkları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Aktivite ile KEŞİDA-4 alt başlıklarından olan sıklık puanı, süre puanı ve sekonder davranış arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Kekemeliği olan bireylere yönelik müdahale programı belirlenirken bireysel farklılıkları ve ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Kekemelik, mizaç, kekemelik şiddeti



## ABSTRACT

**Miraloğlu, K., Temperament in School-Age Children Who Stutter, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Speech and Language Therapy Programme Master Thesis, Ankara, 2022.** Although temperament is not the cause of stuttering, it is a factor that is thought to affect stuttering and increase the severity of stuttering. In school-age children, adolescents and adults who stutter, temperament studies are conducted less frequently than in the pre-school period, and the findings are inconsistent. More research on temperament in school-age children is needed in order to understand the changes that occur throughout the child's development. In this context, it is aimed to compare the temperament characteristics of school-age children who stutter with school-age children who did not stutter and to examine the relationship between temperament characteristics and stuttering severity. The study included 66 children who stutter with typical development aged between 8-11 years. Age and gender matched 66 children who did not stutter with typical development, also included in the study. School - Age Temperament Inventory (SATI), which is based on the parent report, was used to evaluate the temperament characteristics of the children. The stuttering severity of the stuttering group was calculated using the Stuttering Severity Instrument–4-Turkish Version (SSI-4-TR) by taking speech and reading recordings. According to the findings, no significant difference was found between the children who stutter and who did not stutter in any of the dimensions of SATI, such as negative reactivity, task persistence, approach/withdrawal, and activity. When the relationship between the temperament characteristics of children who stutter and the severity of stuttering was examined, a weak negative correlation was found between the activity and the total score, which is one of the subdimensions of SSI-4-TR. However, no significant relationship was found between negative reactivity, task persistence, approach/withdrawal, and SSI-4-TR dimensions. No significant relationship was found between the activity and the frequency score, duration score, secondary behavior, which are the dimensions of SSI-4-TR. Individual differences and needs should be taken into account when determining the intervention program for individuals who stutter.

**Key Words:** Stuttering, temperament, stuttering severity

## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	
ETİK BEYAN SAYFASI	
TEŞEKKÜR	
ÖZET	
ABSTRACT	
İÇİNDEKİLER	
SİMGELER VE KISALTMALAR	
ŞEKİLLER	
TABLolar	
<b>1.GİRİŞ</b>	1
<b>2.GENEL BİLGİLER</b>	4
2.1. Kekemelik: Genel Tanım ve Özellikler	4
2.2. Kekemeliğin Sıklığı, Yaygınlığı ve Cinsiyet Faktörü	5
2.3. Kekemelik Kuramları	5
2.4. Kekemelik ve Çevresel Faktörler	8
2.5. Mizaç Kuramları	9
2.6. Kekemelik ve Mizaç	12
2.7. Kekemeliği Olan Okul Çağı Çocuklarda Mizaç	15
2.8. Okul Çağı Çocuklarda Kekemeliğin Değerlendirilmesi	16
<b>3.BİREYLER VE YÖNTEM</b>	18
3.1. Bireyler	18
3.2. Yöntem	21
3.3. Veri Toplama Araçları	21
3.3.1. Pediatrik Değerlendirme Formu	21
3.3.2. Akıcı Konuşma Bozuklukları Çocuk Değerlendirme Formu	21
3.3.3. Okul Çağı Çocukları için Mizaç Ölçeği	22
3.3.4. Kekemelik Değerlendirmesi	22
3.4. Veri Toplama Süreci	23
3.5. Veri Analizi	24

<b>4. BULGULAR</b>	26
4.1. Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler	26
4.2. Kekemeliği Olan ve Kekemeliği Olmayan Bireylerin Mizaç Özelliklerinin Karşılaştırılması	28
4.3. Kekemeliği Olan Bireylerin KEŞİDA-4 Bulguları ile Mizaç Özellikleri Arasındaki İlişki	29
4.4. Değerlendirici İçi ve Değerlendiriciler Arası Güvenirlik Analizleri	30
<b>5. TARTIŞMA</b>	32
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	43
<b>7. KAYNAKLAR</b>	44
<b>8. EKLER</b>	51
<b>EK-1.</b> Etik Kurul Onayı	51
<b>EK-2.</b> Orijinallik Raporu	52
<b>EK-3.</b> Dijital Makbuz	53
<b>EK-4.</b> Onam Formları	54
<b>EK-5.</b> Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Dil ve Konuşma Terapisi Pediatrik Değerlendirme Formu	64
<b>EK-6.</b> Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Dil ve Konuşma Terapisi Ünitesi Akıcı Konuşma Bozukluğu Çocuk Değerlendirme Formu	71
<b>EK-7.</b> Okul Çağı Çocukları için Mizaç Ölçeği Örnek Maddeleri	75
<b>EK-8.</b> Okul Çağı Çocukları için Mizaç Ölçeği İzin Belgesi	76
<b>9. ÖZGEÇMİŞ</b>	77

**SİMGELER VE KISALTMALAR**

<b>APA</b>	Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association)
<b>CBQ</b>	Çocuk Davranışı Anketi
<b>DSM-5</b>	Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5)
<b>EATQ</b>	Erken Ergenlik Mizaç Anketi
<b>EATQ-R</b>	Erken Ergenlik Mizaç Anketi-Revize
<b>ICC</b>	Sınıf içi Korelasyon Katsayısı (Intraclass Correlation Coefficient)
<b>KEŞİDA-4</b>	Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı-4
<b>SATI</b>	Okul Çağı Çocukları için Mizaç Ölçeği
<b>SSI-4</b>	Stuttering Severity Instrument-4
<b>TMCQ</b>	Orta Çocuklukta Mizaç Anketi

## ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Kekemelik kuramları şeması	6
3.1. Kontrol grubuna katılımcıların dahil edilme şeması	20
3.2. Çalışma grubuna katılımcıların dahil edilme şeması	20
3.3. Veri Toplama Sürecinin Aşamaları	24

**TABLolar**

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
4.1. Katılımcıların demografik özellikleri	26
4.2. Katılımcıların tanımlayıcı istatistikleri	27
4.3. Çalışma grubu kekemelik başlangıç yaşı ve kekemelik süresi	27
4.4. Çalışma grubu kekemelik öyküsü, terapi öyküsü ve KEŞİDA-4 şiddet eş değeri	28
4.5. Çalışma ve kontrol grubunun SATI alt boyutlarına göre karşılaştırılması	28
4.6. KEŞİDA-4 alt başlıklarına ait tanımlayıcı istatistikler	29
4.7. KEŞİDA-4 ve SATI arasındaki korelasyon	30
4.8. Değerlendirici içi güvenilirlik	31
4.9. Değerlendiriciler arası güvenilirlik	31

## 1.GİRİŞ

Akıcılık; konuşma üretimindeki devamlılık, pürüzsüzlük, hız ve çabayı ifade eder. Akıcılık bozukluğu ise sesler, heceler, sözcükler ve ifadelerin tekrarı; ses uzatmaları; bloklar gibi alışılmışın dışında hız, ritim ve akıcısızlıklar ile karakterize, aynı zamanda aşırı gerilim, konuşmadan kaçınma, çabalama davranışları ve sekonder davranışların da eşlik edebildiği konuşma akışındaki kesikliklerdir (1). Kekemelik, en yaygın akıcılık bozukluğudur ve tipik olarak çocukluk çağı başlangıçlıdır (2). Amerikan Psikiyatri Birliği (*American Psychiatric Association - APA*) yayımladığı *Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5)*'te kekemeliği, çocukluk çağı başlangıçlı akıcılık bozukluğu olarak belirtmiştir (3). Kekemeliğin nedenleri çok faktörlü olarak ele alınmaktadır. Kekemeliğin ortaya çıkışı genetik ve nörofizyolojik faktörleri içerir (4). Kekemeliğin başlangıcı ile ilgili teoriler çok çeşitlidir. Kekemeliğin bir nedeni olarak görölmese de, çevresel faktörlerin çocuğun kekemeliğe olan tepkilerini etkileyebileceği ve akıcısızlığı şiddetlendirebileceği düşünölmektedir. Bu faktörler arasında aile dinamikleri, hızlı tempolu yaşam tarzı, stres, kaygı ve çocuğun mizaçı yer alabilir (5). Mizaç ise uyaranlara belirli şekillerde tepki verme eğilimleri ve bu tepkileri düzenleme becerisi olarak açıklanır (6). Kekemeliği olan çocukların utangaçlık, sosyal kaygı veya genel kaygı gibi mizaç özellikleriyle karakterize olmadığı belirtilmektedir (7). Kekemelik, artan kaygı, depresyon ve olumsuz benlik algıları ile ilişkilendirilebilir. Kekemeliği olan kişiler, genellikle, yaşamlarını ilgilendiren birçok seçimi kekemeliklerine göre düzenlediklerini bildirirler. Kekemeliğin birey üzerindeki etkisinin, mizaç ve başa çıkma becerilerinden etkilenmesi muhtemeldir (6). Okul öncesi kekemeliği olan çocuklarda mizaç özelliklerinden biri olan çaba gerektiren kontrolün daha zayıf olduğu ve bu çocuklarda kekemelik şiddetinin daha yüksek olduğu görölmüştür (8). Kekemeliği olan okul çağı çocuklar ile kekemeliği olmayan akranları arasında olumsuz duygulanım ve çabalı kontrol gibi mizaç özelliklerinde anlamlı farklılıklar ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (9, 10). Her iki grubun karşılaştırıldığı çalışmalarda artan olumsuz tepkisellik ve azalmış duygusal öz düzenleme ve dikkat öz düzenlemesi gözlenmiştir. Ancak, tutarlı bulgulara ulaşılamamıştır. Araştırmacılar, mizaç farklılıklarının

kekemelik sıklığını, süresini ve şiddetini etkileyebileceğini ve bunları şiddetlendirebileceğini varsaymışlardır (8). Okul öncesi dönem kekemeliği olan çocuklarda yapılan mizaç çalışmaları daha yaygın iken okul çağı kekeme çocuklarda yapılan çalışmalar daha nadirdir (6, 11). Araştırmacıların çoğu, erken çocukluk döneminde mizaç ve kekemelik arasındaki bağlantıya odaklanmış olsa da ilişkiyi erken çocukluk dönemi sınırlarının ötesinde incelemek değerli olmaya devam etmektedir (6, 12). Mizaç çalışmalarının, kronik kekemelik ile başa çıkmaya çalışan kekemeliği olan bireylerin sosyal-duygusal uyumu ve kişilik gelişimi için kritik etkileri vardır (6). Yapılan bir çalışmada, 10-12 yaş aralığında kekemeliği olan ve olmayan bireyler arasında mizaç faktörleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmakla birlikte, 7-9 yaş aralığında kekemeliği olan ve olmayan bireyler arasında bir farklılık bulunmamıştır. Bu çalışmaya göre daha küçük yaşta kekemeliği olan ve olmayan çocukların mizaç özellikleri arasında anlamlı fark olmadığı, daha büyük yaşta kekemeliği olan ve olmayan çocukların mizaç özellikleri arasında anlamlı farklılıklar olduğu ileri sürülmüştür (10). 8-11 yaşları arasında yapılan bir çalışmada ise kekemeliği olan ve olmayan çocuklar karşılaştırıldığında, olumsuz tepkisellik ve yaklaşma/kaçınma mizaç alt boyutlarında kekemeliği olan çocukların anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldıkları; ancak yaptığı işi sürdürebilme ve aktivite mizaç alt boyutlarında anlamlı farklılık gözlenmediği bildirilmiştir (13).

Çocuğun gelişimi boyunca ortaya çıkan değişiklikleri anlamak için okul çağı dönemdeki çocuklarda mizacın daha fazla araştırılmasına ihtiyaç vardır. Türkiye’de okul öncesi dönem kekemeliği olan çocukların mizaç özellikleri ile ilgili bir çalışma (14) ve okul çağı kekemeliği olan çocukların mizaç özellikleri ile ilgili bir çalışma bulunmaktadır (13). Yapılan çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, Türkçe konuşan 8-11 yaş arasında kekemeliği olan çocukların, kekemeliği olmayan akranlarıyla karşılaştırılarak mizaç özelliklerinin ve mizaç özellikleri ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Çalışmanın hipotezleri aşağıda belirtilmiştir:



1. Kekemeliği olan 8-11 yaş arasındaki çocukların mizaç özellikleri kekemeliği olmayan akranlarından farklılık gösterir.
2. Kekemeliği olan 8-11 yaş arasındaki çocukların mizaç özellikleri ile kekemelik şiddeti arasında ilişki vardır.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kekemelik: Genel Tanım ve Özellikler

En yaygın akıcılık bozukluğu olan kekemelik, belirli türdeki akıcısızlıklar ile karakterize olan konuşma akışındaki kesintidir (2). APA, DSM-5'te kekemeliği, çocukluk çağı başlangıçlı akıcılık bozukluğu olarak tanımlamıştır (3). Tüm bireyler zaman zaman akıcısız olarak konuşabilir. Ancak, kekemeliği olan bireylerde daha fazla akıcısızlık ve daha farklı akıcısızlık türleri görülmektedir. Sesler, heceler veya tek heceli sözcüklerin tekrar edilmesi olan tekrarlar (örneğin; b-b-balon, ka-ka-kalem, ben-ben-ben), bir sesin vurgu olmadığı halde uzun süre uzatılması olan uzatmalar (örneğin; ssssandalye), sözcüğün ifade edilmesi sırasında zorlanma olan bloklar (örneğin; masa) bu akıcısızlık türlerindedir. Bu akıcısızlıklara konuşmaya karşı olumsuz tepki, belirli ses, sözcük, insan veya durumlardan kaçınma davranışları, göz kırpma, baş sallama gibi sekonder davranışlar, fiziksel gerilim eşlik edebilir (2). Kekemeliği olan çocuklar ve yetişkinler, kekemeliklerinin sosyal kaygı, kontrol kaybı hissi ve kendileri veya iletişim hakkında olumsuz düşünceler, duygular da dahil olmak üzere sıklıkla psikolojik, duygusal, sosyal ve işlevsel sonuçları deneyimlerler (15, 16). Kekemelik, tipik olarak çocukluk çağında başlar. Kekemeliği olan çocukların yaklaşık %95'i 4 yaşından önce kekelemeye başlar ve ortalama kekemelik başlangıç yaşı yaklaşık 33 aydır. Kekemeliğin başlangıcı, ilerleyici veya ani olabilir. Bazı çocuklar, bir süre akıcı konuşup haftalarca ve/veya aylarca kekemelik bulgusu göstermezken daha sonrasında tekrar kekemelik bulguları ortaya çıkabilir. Bu çocukların yaklaşık %88-91'i müdahale olup olmamasından bağımsız olarak kendiliğinden iyileşecektir (17). Birçok çocuk, 6 aydan daha kısa süren, normal akıcısızlık dönemlerinden geçer. Bundan daha uzun süren kekemelik, müdahale gerektirebilir. Kekemeliğin tek bir nedeni yoktur. Olası nedenler aile öyküsü veya beyin farklılıkları olabilir. Hangi çocukta kekemeliğin kalıcı olacağını her zaman öngörmek olası değildir; ancak erkek cinsiyet, kekemeliğin 3,5 yaş ve sonrasında başlaması, ailede kronik kekemeliği olan bireylerin olması risk faktörü olarak değerlendirilebilmektedir (18).

## 2.2. Kekemeliğin Sıklığı, Yaygınlığı ve Cinsiyet Faktörü

Son 25 yılda yapılan çalışmalarda, kekemeliğin sıklığı için %3.22 ile %17.70 (19-23) ve kekemeliğin yaygınlığı ile ilgili yapılan çalışmalarda ise %0.72 ile %5.60 arasında değişen değerler elde edilmiştir (21, 24-29). Genel olarak, kekemeliğin yaşam boyu yaygınlığının %0.72 olduğu tahmin edilmiştir (21). Çocuklarda kekemeliğin kümülatif insidans tahminleri %5 ila %8 arasında değişmektedir (17, 19). Okul öncesi dönem çocuklarda %11,2 gibi daha yüksek kekemelik insidansı (30) ve %2,2-5,6 yaygınlık tahmini bildirilmiştir (17). Yaygınlık çalışmalarının bir kısmında erkek/kız oranları 0.66 ile 4.6 arasında elde edilmiştir (21, 24, 26, 28, 29). Çalışmalardaki katılımcı sayısının, dahil etme ve dışlama kriterlerinin çeşitlilik göstermesi ile birlikte çalışmaların farklı ülkelerde yürütülmüş olması değişken oranların elde edilmesini açıklayabilir. Tüm bu çalışmaların incelendiği bir çalışmada; genel popülasyondaki yaşam boyu sıklığın geçmiş çalışmalarda yaygın olarak belirtilen %5'den daha yüksek olabileceğine dair göstergelerin olduğu ve yaşam boyunca ortalama yaygınlığın, yaygın olarak belirtilen %1'den daha düşük olabileceği belirtilmiştir (17). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise kekemelik sıklığının yaklaşık %1 olabileceği belirtilmiştir (31).

## 2.3. Kekemelik Kuramları

Kekemeliği tanımlayabilmek için araştırmacılar tarafından birçok kuram öne sürülmüştür. Kuramların fizyolojik, öğrenme, psikolinguistik ve çok faktörlü modellere dayandırıldığı görülmektedir (Şekil 2.1) (32).



**Şekil 2.1.** Kekemelik kuramları şeması

*Serebral Baskınlık Kuramı*nda kekemeliğin hemisferik dominans eksikliğinden kaynaklandığı ileri sürülmüştür. Orton ve Travis (1929), kekemeliği olan ve olmayan bireylerde istemli kasılmaların nöromusküler eylem akımları üzerine çalışmasını araştırmışlardır. Araştırmacılar çalışmadan kesin sonuçlar çıkarılamayacağını belirtmiştir (33).

Johnson ve ark. (1942) tarafından öne sürülen *Diagnosojenik Kuramına* göre kekemelik başlangıcında gözlenen bulgular önemlidir. Tekrarlar, en sık karşılaşılan akıcısızlık bulgusudur. Araştırmada, kekemeliğin başlangıcındaki özellikleri hakkında daha kesin bilgi vermek ve kekemeliğin erken evrelerinden daha ileri evrelerine doğru meydana gelen değişiklikleri incelemek hedeflenmiştir. Ebeveynlerin çocuklarının tekrarlarını kekemelik olarak düşünüp pekiştirdiklerini, çocuklarını kekemeliği olan bireyler olarak sınıflandırdıklarını ve bu etiketin çocukların konuşmasını etkilediğini ileri sürmüşlerdir (34). Çevresel faktörlerin, özellikle, dinleyiciler ve konuşmacı arasında yaşanan etkileşim probleminin, kekemelik başlangıcında önemli yeri olduğuna dikkat çekerek konuşmacı olan bireyi diğer dinleyicilerin kekeme olarak sınıflandırmasının kekemelikte belirleyici bir faktör olabileceğini belirtmişlerdir (35).

*İletişim Başarısızlığı / İleriye Dönük Çaba Kuramına* göre kekemelik, çocuğun konuşmaya çalışırken hayal kırıklığı yaşaması ve başarısız deneyimler elde etmesi sonucunda gerçekleşmektedir (36). Bloodstein (2008), çocuğun konuşmasındaki güçlüklerin normal akıcısızlıklar olabileceğini; ancak, yaşadığı hayal kırıklıklarının kekemeliğe zemin hazırlayabileceğini belirtmiştir (37). İçsel ve dışsal faktörlerin önemli olduğunu, çocuğun kişiliğinin veya çevrenin taleplerinin çocuğu zorlayabileceğini ifade etmiştir. Artikülasyon veya dil problemlerinin de kekemelik başlangıcında yordayıcı faktörler olabileceğini düşünmüştür (36).

Perkins, Kent ve Curlee (1991), akıcılığı ve kekemelik benzeri olan ve olmayan konuşmadaki bozulmayı açıklamak için *Nöropsikolinguistik Kuramı* öne sürmüştür. Kuramın merkezinde konuşmanın, her biri ortak bir çıktı sisteminde birleşen farklı sinir sistemleri tarafından işlenen linguistik ve paralinguistik bileşenleri içerdiği fikri vardır. Akıcı konuşma, bu bileşenlerin eşzamanlı olarak entegre edilmesini gerektirir. Bu bileşenler uyumsuz olduklarında, zaman baskısının olup olmadığına bağlı olarak kekemelik benzeri olmayan akıcısızlık ya da kekemelik ortaya çıkabilir. Zaman baskısı, konuşmacının bir sözcüyü başlatma, devam ettirme veya hızlandırma ihtiyacı olarak tanımlanır. Linguistik ve paralinguistik bileşenler uyumsuz olduğunda ve konuşmacı zaman baskısı altında olmadığı kekemelik benzeri olmayan akıcısızlık ortaya çıkar. Konuşmacı, zaman baskısı altında olduğunda ve uyumsuzluğun nedeninden görece habersiz olduğunda kekemelik ortaya çıkar. Bu faktörlerin her ikisi de kekemelik olgusunun tanımlanması için gereklidir. Kekemelik, konuşmacı tarafından bir kontrol kaybı olarak deneyimlenen konuşmanın bozulması olarak tanımlanır. Kuram, hem bozulmayı hem de yaşanan kontrol kaybını açıklar (38).

Kekemelik başlangıcı ve gelişimine ilişkin *Talep ve Kapasiteler Kuramını* ileri süren Starkweather (1987) akıcı konuşmanın sürekli olarak, çaba harcamadan ve uygun bir hızda üretildiğini açıklayarak akıcılık gelişimine katkıda bulunan en az dört beceri alanı (konuşma motor koordinasyonu, dil becerisi, bilişsel beceri ve sosyal-duygusal olgunluk) olduğunu belirtmiştir. Kapasite olarak da adlandırılan bu beceriler, okul öncesi yıllar boyunca kapsamlı bir şekilde gelişmeye devam eder (39). Kuram, gelişen kapasiteler ile artan akıcılık talepleri arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır.

Çocuğun konuşma becerisi geliştikçe, çocuğa yüklenen akıcılık talepleri de gelişir. Akıcılığın bozulması, çocuğun mevcut akıcılık becerisi veya kapasite düzeyi ile çocuktan ve/veya çocuğun çevresinden gelen akıcılık talepleri arasındaki dengesizliği temsil eder. Buna göre talepler çocuğun kapasitesini aşmaya devam ederse kekemelik oluşur. Talepler değiştirilirse veya çocuğun becerileri yeterince gelişirse kekemelik ortadan kalkar (40, 41).

Anne Smith'in (1997) ileri sürdüğü *Multifaktöriyel Dinamik Bozukluk*, kekemeliğe neden olan mekanizmanın, merkezi sinir sisteminin akıcı konuşmanın devam etmesi için gerekli olan motor komutları oluşturmadaki başarısızlık olduğunu belirtir (42). Motor konuşma ağlarıyla etkileşime giren sinir sistemleri, sistem üzerinde baskı oluşturarak akıcı konuşmayı engeller. Bunun artan linguistik ve/veya psikososyal talepler olduğunda ortaya çıktığı görülmektedir. Kekemeliğin tek bir nedene bağlanamayacağı, birçok faktörün etki ettiği ve bu faktörlerin birbirleri ile nasıl etkileşim halinde olduğunun önemli olduğu belirtilmiştir(4).

#### **2.4. Kekemelik ve Çevresel Faktörler**

Kekemeliğin nedenleri çok faktörlüdür ve ortaya çıkmasına etki ettiği düşünülen bazı genetik ve nörofizyolojik faktörleri içerir. Edinilmiş nörojenik ve psikojenik kekemelik, çocuklarda nadir durumlarda ortaya çıkabilir. Popüler inanışların aksine, duygusal sorunlar ve ebeveynlik tutumu kekemeliğe neden olmaz. Bununla birlikte, kekemelik ile başa çıkmaya çalışmak, önemli duygusal tepkilere ve kaçınma davranışına neden olabilir. Spesifik olarak, duygusal tepkisellik/düzenleme ve davranışsal engellemenin kekemelik ile ilişkili olduğu ve çocuğun konuşma bozukluklarıyla başa çıkma becerisini etkileyebileceği bulunmuştur (43-45).

Kekemeliğe neden olmasa da bireyin kekemeliğe tepkisini etkileyebilen çevresel faktörlerin bir kısmı ev ortamı ve yaşam olaylarıdır. Ev ortamının kültür, deneyim, yaşam koşulları gibi farklı yönleri olduğu ve çocuğun davranışlarına en çok etki ettiği yer olabileceği belirtilmiştir. Olumsuz yaşam olaylarının çocuğa olan etkilerinin araştırmacılar tarafından yeterince göz önünde bulundurulmadığı

aktarılmıştır. Olumsuz yaşam olayları ve mizacın araştırıldığı çalışmalarda, olumsuz yaşam olaylarının çocuklarda artan kaçınma davranışı ile sonuçlanabileceği bildirilmiştir. Mizaç ise birçok araştırmacı tarafından kekemeliğin nedeni olmasa da kekemeliği etkileyebilecek bir diğer faktör olarak düşünülmektedir. Artmış tepkisellik ve azalmış regülasyonun kekemelik şiddeti ve bireyin yaşamı üzerine etkisi olabileceği belirtilmiştir. Ancak bu alandaki araştırma bulgularının tutarsız olduğu görülmektedir. (6-8).

## 2.5. Mizaç Kuramları

Mizaçtaki bireysel farklılıklar, yüzyıllar boyunca, belki de antik Yunanistan'daki Galen zamanından beri filozofların ve yazarların ilgisini çekmiştir. Mizaç kavramı, eski Yunanlar, psikomorfolojik ilişkiler araştırmacıları, kişilik teorisyenleri ve psikologlar tarafından oldukça fazla kullanılmıştır. Ancak, kavramın doğası hakkında oluşturulmuş bir fikir birliği hala bulunmamaktadır (46). Araştırmacılar tarafından mizaç kavramının farklı tanımları yapılmıştır.

Buss ve Plomin (1975) mizacı, yaşamın erken dönemlerinde görünen kalıtsal kişilik özellikleri olarak tanımlamıştır (47). Özelliklerin genetik bir kökeni olduğunu ve bebeklik döneminde, daha çok yaşamın ilk yılında ortaya çıktığını düşünmüşlerdir. Kalıtımı, mizaç tanımlarının bir parçası olarak düşündükleri için sadece çevresel olaylardan kaynaklanan kişilik özelliklerini mizaç tanımlarına dahil etmemişlerdir (48). Kalıtsal mizaç teorisinin en güçlü savunucuları olan Buss ve Plomin (1984), kapsamlı araştırmalarına dayanarak üç faktörü tartışmışlardır. Bunlar: Sosyallik, duygusallık ve aktivitedir. Bu üç özellik, hemen hemen her mizaç modelinde çeşitli biçimlerde bulunur (49).

Thomas ve Chess (1968) ise; mizacı davranışın biçimsel bir bileşeni olarak tanımlamışlardır (50). Mizacı bebek, çocuk, ergenler veya yetişkinlerde olsun, biliş, uyarılma, motivasyon veya duygusallık gibi diğer niteliklere sekonder veya bunların türevi olarak sınıflandırılmaması gereken bağımsız bir psikolojik nitelik olarak düşünmüşler ve her zaman motivasyon, yetenek ve kişilikten ayırt edilmesi gerektiğini

belirtmişlerdir. Mizacın her zaman bir dış uyaran, fırsat, beklenti veya talebe yanıt olarak ifade edildiğini ve çevrenin bireyin psikolojik yapısı üzerindeki etkisine aracılık eden ve şekillendiren dinamik bir faktör olarak düşünülebileceğini ileri sürmüşlerdir (48). Thomas ve Chess (1977), bebeklerin ve küçük çocukların mizacını modellemede sezgisel olarak türetilmiş dokuz boyutu benimsemiştir. Bunlar; aktivite düzeyi, geçerli olumlu veya olumsuz ruh hali, tepki yoğunluğu, yanıt verme eşiği, kalıcılık, yeni uyaranlara karşı yaklaşma veya uzaklaşma eğilimleri, zamanla yeni deneyimlere uyum sağlama, dikkat dağınıklığı veya yatıştırma kolaylığı ve biyolojik işlevlerin ritmikliği veya düzenliliğidir. Ayrıca "zor" ve "kolay" bebekler dahil olmak üzere davranış kalıpları belirlemişlerdir. Kolay mizaç, zor mizaç ve yavaş ısınan mizaç olmak üzere üç mizaç kümesi belirlemişlerdir. "Zorluk", olumsuz ruh hali, geri çekilme, düşük uyum, yüksek yoğunluk ve düşük düzenlilik dahil olmak üzere belirli mizaç özellikleri grubunu tanımlamak için kullanılmıştır. Bunun tam tersi özellikleri taşıyan mizaç "kolay" olarak tanımlanmıştır. Yavaş ısınan mizaç ise çocuğun uyum sağlamaya çalışırken yeni uyaranlara karşı olumsuz yanıtlarının olmasını ifade etmektedir (51).

Rothbart (1981) mizacı göreceli olarak stabil, birincil olarak biyolojik temelli, tepkisellik ve öz düzenlemedeki bireysel farklılıklar olarak tanımlamıştır. Reaktivite ile eşik, gecikme, yoğunluk, yükselme süresi ve iyileşme süresi gibi yanıt parametreleri aracılığıyla değerlendirilen davranışsal, endokrin, otonomik ve merkezi sinir sistemi yanıtının uyarılabilirliği ifade edilmiştir. Öz-düzenleme ile reaktiviteyi modüle etmeye (geliştirmeye veya engellemeye) hizmet eden dikkat, yaklaşma, kaçınma ve engelleme gibi süreçler ifade edilmiştir. Davranışsal olarak mizaç; duygusallık, aktivite ve dikkat örüntülerindeki bireysel farklılıklar olarak her yaşta gözlemlenebilir. Fenomenolojik olarak enerji, ilgi ve duygulanım olarak deneyimlenir (52). Rothbart'ın (1989) yaklaşımı gibi biyolojik yönelimli yaklaşımlar, mizacı ölçmek için yapılandırılmış laboratuvar ortamlarında bebeklerin davranışsal gözlemlerini daha çok kullanmasına rağmen ebeveyn raporlarından da yararlanmışlardır. Bebeklik dönemi modeli şunları içerir: Aktivite düzeyi, gülümseme ve kahkaha, korku, düş kırıklığına tepki, yatıştırılabilirlik ve dikkat süresi. Daha sonraki yaşlarda, Rothbart'ın genel mizaç modeli, "öz-düzenleyici işlevler" ve "tepkisellik" olmak üzere iki



kapsayıcı yapıdan oluşur. Bunlar aktivite, duygusallık ve dikkat kalıplarında ifade edilir (53).

Bates (1989), önemli bir yapı geçerliliği olduğunu ve bu alandaki araştırmacılar arasında ortaklık olduğunu iddia ettiği bir dizi mizaç kavramı tanımlamıştır (54). Duygusallığı, özellikle, olumsuz duygusallığı birincil olarak tanımlamakla birlikte bunun çok geniş bir kavram olduğunu ve öfke, korku, sıkıntı, yatıştırılabilirlik, yoğunluk ve tepki eşiği gibi bileşenlere ayrılması gerektiğini savunan birçok araştırmacı vardır (55). Uyum kavramı, çeşitli modellerde sıklıkla yer alır ve yeni deneyimleri olumluya karşı olumsuz bir şekilde kabul etme ve özümseme eğilimini kapsar (54). Üçüncü bir kavram olan tepkisellik, güçlü fizyolojik çağrışımlara sahiptir ve uyarım seviyelerine ve bu uyarıya verilen tepkinin gücüne karşı bireysel duyarlılığı öne sürmektedir. Diğer birçok alt faktör bu geniş faktörler altında toplanabilir (56).

Bu biyolojik ve biyososyal kuramlar birbirine karşıt olarak görünse de uyumsuz değildirler. Sorulan araştırma sorularına bağlı olarak mizacın biyolojik ve sosyokültürel yönlerine farklı ağırlıklar verilebilir. Mizacın, bireyin uyumu üzerindeki etkisi açısından, etkileşimde hem organizmaya ait etkiler hem de çevresel etkilerin dikkate alınması gerektiği tartışılmaz bir gerçektir (46).

Genel olarak, araştırmacılar arasında sosyallik, aktivite ve duygusallık olmak üzere üç mizaç faktörü üzerinde en fazla fikir birliği olduğu görülmektedir. Kalıtımın, bu faktörleri en iyi şekilde açıkladığı belirtilmektedir (49). Ancak, yalnızca bu boyutları mizacın yapısını anlamak için yeterli olarak kabul etmek, hem önemli bireysel farklılıkları açıklamak hem de mizaç ve uyum arasındaki bağlantıları açıklamaya çalışmak açısından sınırlayıcı olmaktadır.

Zamanla mizaçta süreklilik, durağanlık ve değişim kalıplarının oluşturulması, tüm kavramın geçerliliği için kritik öneme sahiptir. Süreklilik terimi burada mizacın yapısındaki zaman içinde benzerliğe atıfta bulunmak için kullanılmaktadır; yani açık bağlantıları veya benzerlikleri olan davranışların (örneğin; yaklaşım/sosyallik), farklı yaş dönemlerinde gelişim ile topografyası değişebilse de belirgindir. Örneğin

utangaçlık, tüm yaş dönemleri boyunca süreklilik gösterir (57). Thomas ve Chess (1977) modeli, yaşam boyunca dokuz boyutun sürekliliğini varsayar (51). Ancak, bu varsayım kesin olarak kabul edilmeyebilir. Sosyallik ve tepkisellik gibi geniş bant faktörleri için sürekliliğin gözlemlendiğini ancak daha dar olarak tanımlanmış boyutlarda gözlenmediği de belirtilmiştir. Mizacın zaman içindeki durağanlığını ölçmek için, yani bireylerin bir mizaç boyutu veya faktörü üzerinde zaman içindeki tutarlı sıralamasını ölçmek için süreklilik oluşturulmalıdır. Aksi takdirde, görünen değişkenlik, tepkilerdeki bireysel değişkenlikten ziyade mizaç yapısının süreksizliğinin bir işlevi olabilir (46). Aile değişkenleri, belirgin yaşam değişiklikleri ve stres ile kültür gibi diğer psikososyal faktörler de durağanlığı ve mizaçtaki değişikliği hem olumlu hem de olumsuz yönde önemli ölçüde etkileyebilir (58).

## 2.6. Kekemelik ve Mizaç

Uyaranlara belirli şekillerde tepki verme eğilimleri ve bu tepkileri düzenleme becerisi büyük ölçüde mizaç ile açıklanır. Kekemelik, artan kaygı, depresyon ve olumsuz benlik algıları ile ilişkilendirilebilir ve kekemeliği olan bireyler sıklıkla, yaşamlarını ilgilendiren seçimleri kekemeliklerine göre yaptıklarını bildirirler (6).

Mizaç, çocuğun sosyal ve duygusal gelişimine, bireysel olarak ve aile içindeki işlevine, öğrenme süreçlerine ve deneyimlerine, kekemelik gibi stres oluşturan faktörler ile başa çıkma becerilerine etki eder (59, 60). Bu nedenle, bireyin mizacı, herhangi bir stres etkeninin yaşam kalitesi üzerindeki etki boyutunu da etkiler (61). Starkweather (2002), düş kırıklığı göstermeye daha yatkın olan çocukların akıcısızlık uyarısına daha hızlı veya yoğun tepki verme olasılığının daha yüksek olduğunu öne sürmektedir (62). Bu düş kırıklığı tepkisine kas gerilimini artırabilecek, mücadele davranışlarını artırabilecek, kekemelik ve/veya eşlik eden hareketler gibi fizyolojik reaksiyonlar eşlik edecektir. Korku ile yanıt verme eğilimi, artan kekemelik ve/veya kaçınma davranışlarıyla da ilişkili olabilir. Bu nedenle, mizaç, kekemeliğe verilen farklı tepkiler ve kekemeliğin bireyin katılımı, duygusal durumu veya genel yaşam kalitesi üzerindeki etki derecesindeki değişkenlik için bir açıklama sağlayabilir (6).

Kekemeliği olan çocuklarda mizaç ile ilgili bulgular tutarsızdır. Bu nedenle, kekemeliği olan çocuklar ile kekemeliği olmayan akranları arasındaki mizaç farklılıkları hakkında kesin sonuçlar çıkarmak mümkün değildir. Bununla birlikte kekemeliği olan çocuklarda daha tepkisel ve hassas bir mizaç eğilimini bildiren artan bir literatür vardır. Daha tepkisel, hassas çocukların konuşma akıcılığındaki bozulmalara daha fazla tepki verme eğiliminde olduğuna dair göstergeler vardır (7, 9, 63).

Özellikle, birçok araştırmacı, mizaç özelliklerinin çocuklarda kekemeliğin nedeni olarak yorumlanmaması gerektiği konusunda hemfikirdir. Kekemeliğin ortaya çıkması için başka değişkenlerin de olması gerekliliğine rağmen, mizacın kekemeliği devam ettiren veya şiddetlendiren bir faktör olabileceğini belirtmişlerdir (5, 6). Kekemeliği olan çocuklarda yapılan bir çalışmada, mizaç özelliklerinden biri olan çaba gerektiren kontrolün daha zayıf olduğu çocuklarda kekemelik şiddetinin daha yüksek olduğu görülmüştür (8).

Kekemeliği olan çocukların, olmayan çocuklara göre daha fazla olumsuz etki yaşadıklarına ve çevrelerindeki yeniliğe veya değişikliklere daha yoğun tepki verdiklerine dair bazı kanıtlar vardır (45). Ancak, bulgular tutarlı bir şekilde tekrarlanmamıştır. Bununla birlikte, kekemelik gibi stresli olayların, genellikle, korku, öfke veya kaygıya neden olabileceği bildirilmiştir (64). Stres oluşturan faktörlerin deneyimi ve başa çıkma becerisi çocukların ve ergenlerin yaşam kalitesini doğrudan etkileyebileceği için kekemeliğin birey üzerindeki etkisinin, mizaç ve başa çıkma becerilerinden de etkilenmesi beklenebilir (65, 66).

Mizaç ve kekemelik alanındaki bazı araştırmalarda ankete dayalı, davranışsal ve psikofizyolojik ölçümler kullanılmıştır (7-9, 43, 44, 67). Okul öncesi ve okul çağındaki çocuklarda, kekemeliği olan ve olmayan grupları karşılaştıran araştırmalarda tutarlı bulgulara yer verilmemiştir (45, 68). Bununla birlikte artan tepkisellik ve azalan düzenlemenin kekemelik şiddetine etki edebileceği bildirilmiştir (6).

Kekemeliği olan okul öncesi ve okul çağı çocukların değerlendirilmesi sırasında dil ve konuşma becerileri ile birlikte mizaç özelliklerinin de değerlendirilmesi önerilmiştir. Adölesan ve yetişkinlerde ise gerekli görüldüğü takdirde bu becerilerin değerlendirilmesi önerilmiştir (69). Mizaç özelliklerinin değerlendirilmesi için çeşitli yöntemler mevcuttur. Başlangıçta, bu özellikleri ölçmek için anketler kullanılmıştır (70-72). Aynı zamanda, davranışsal gözlemler (73), görüşmeler (74), psikofiziksel ve psikofizyolojik göstergeler de (75, 76) kullanılabilir. Mizaç anketleri, çocuğun tepkilerini farklı durumlarda ve uzun bir süre boyunca deneyimlemiş olan bakıcıların kapsamlı ve derinlemesine bilgisine dayanmaktadır (77).

Rothbart, 3-7 yaş arası çocuklar için Çocuk Davranışı Anketi (*Children's Behavior Questionnaire - CBQ*) (78), Orta Çocuklukta Mizaç Anketi (*Temperament in Middle Childhood Questionnaire - TMCQ*) (79), Erken Ergenlik Mizaç Anketi (*Early Adolescent Temperament Questionnaire - EATQ*) (80) ve Yetişkin Mizaç Anketi (*Adult Temperament Questionnaire*) (81) gibi farklı yaş aralıklarını hedefleyen birkaç mizaç anketi geliştirmiştir. McClowry (1995) 8 ile 11 yaşları arasındaki çocukların mizaç özelliklerini değerlendirmede ebeveynin verdiği bilgiye dayanan bir envanter olan Okul Çağı Çocukları için Mizaç Ölçeğini (*School-Age Temperament Inventory - SATI*) geliştirmiştir (82). Eremsoy (83), SATI'nın Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır (83).

Ebeveynlerin çok çeşitli çocuk davranışlarına erişimi olduğu, birçok bakım veren raporu tatmin edici test-tekrar test güvenilirliği gösterdiği (84) ve birçok çalışma ebeveyn raporları için orta - güçlü geçerlik derecesi gösterdiği için ebeveyn mizaç anketlerinin kullanımının güçlü deneysel temele sahip olduğu kabul edilmiştir (85). Bununla birlikte, ebeveyn değerlendirmelerinin kullanımına ilişkin bazı eleştiriler de olmuştur (75, 77). Mangelsdorf (2000) ebeveyn raporlarının nesnel olduğu kadar öznel bileşenlerden de etkilenebileceği ve ebeveynlerin çocuklarının mizacına ilişkin değerlendirmelerinin kendi mizaçlarından etkilenebileceği, daha az dışadönük olan annelerin, çocukları, dışadönük annelerden daha güçlükle değerlendirme eğiliminde olduğunu ileri sürmüştür. Ebeveynlerin ruh hallerinin değerlendirmeleri etkileyebileceğini; depresyonda olan annelerin çocukların mizacını daha az doğru

olarak değerlendirdiklerini bildirmiştir. Ebeveynlerin, çocuklarını daha olumlu, sosyal olarak daha arzu ettikleri şekilde gösterecek yanıtları vermelerinin de olası olduğunu ifade ederek çocuğun mizacı değerlendirilirken annelerin yanıtlarına güvenmenin en iyi metodolojik yöntem olmadığını öne sürmüştür (86). Ancak, birçok araştırmacı bu iddialara katılmamaktadır (87-89).

## 2.7. Kekemeliği Olan Okul Çağı Çocuklarda Mizaç

Kekemeliği olan okul öncesi dönem çocuklarda ve yetişkinlerde yapılan mizaç çalışmaları kekemeliği olmayan akran gruplarına göre önemli farklılıklar ortaya koyarken (4, 23, 43, 63), okul çağındaki çocukları içeren mizaç çalışmaları daha nadirdir (11). Kekemeliği olan çocuklarda mizacın araştırıldığı çalışmalar, genellikle okul öncesi çocuklara odaklanmıştır (5, 8, 9). Bununla birlikte, mizaç ve kekemelik arasındaki ilişki, kronik kekemelik ve iyileşen kekemeliği olanlar arasında farklılık gösterebilir. Çocuklar büyüdükçe ve kekemelik giderek kronikleştikçe, mizaç ve kekemelik arasındaki ilişki okul öncesi popülasyonda gözlenenden farklı olabilir. Bu nedenle, sadece kronik kekemeliği olan çocukları dahil etme avantajına sahip olacağından, okul öncesi çocukları dahil etmeden daha büyük bir grup çocuk üzerinde çalışmak gereklidir (6). Yapılan bir çalışmada, kekemeliği olan bu yaştaki çocukların, kekemeliği olmayan akranlarına göre daha duyarlı ve içe kapanık olma eğiliminde olduklarını göstermiştir (90). Yapılan başka bir çalışmada ise daha küçük yaştaki kekemeliği olan ve olmayan çocukların mizaç özellikleri arasında anlamlı fark bulunmayıp daha büyük yaştaki kekemeliği olan ve olmayan çocukların mizaç özellikleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur (10).

Çocuğun gelişimi boyunca ortaya çıkan değişiklikleri anlamak için okul çağı dönemdeki çocuklarda mizacın daha fazla araştırılmasına ihtiyaç vardır. Bazı araştırmalarda, kekemeliği olan küçük çocukların belirli mizaç özellikleri sergiledikleri sonucuna varılması gibi, bu özelliklerin okul çağında devam edip etmediğini belirlemek önemlidir (91).

## 2.8. Okul Çağı Çocuklarda Kekemeliğin Değerlendirilmesi

Akıcılık bozukluğu olduğundan şüphelenilen çocuklar, kapsamlı değerlendirme için dil ve konuşma terapistine (DKT'ye) yönlendirilmelidir. Kapsamlı değerlendirme ile akıcılık bozukluğuna eşlik eden afektif, bilişsel, davranışsal vb. alanlara da odaklanılır. Değerlendirme, bireye özgüdür ve bireyin iletişim çevresine dayanır. Bazı çocuklarda sekonder davranışlar da görülebilir.

Okul çağı çocuklar değerlendirilirken akıcılık bozukluğunun varlığı, kapsamı, etkisi ve tedavinin potansiyel faydasını belirlemek amaçlanır. Kekemeliği olan çocuklar büyüdükçe, sözcük ve durumsal kaçınmalarda ustalaşabilirler. Bazı çocuklarda akıcısızlık çok az görülse de, kekemeliğin yaşamları üzerindeki olumsuz etkisi nedeniyle akıcılık bozukluğu tedavisine ihtiyaç duyabilirler. Kapsamlı bir değerlendirme genellikle; vaka öyküsü, aile bireyleri, eğitimciler ve diğer profesyoneller ile konsültasyon, konuşma örneği analizi, önceki değerlendirmeleri gözden geçirme, konuşma akıcılığının değerlendirilmesi, uyarılabilirlik değerlendirmesi, duygusal, bilişsel, tutumsal etkinin değerlendirilmesi, konuşma sesi üretimi, alıcı ve ifade edici dil gelişimi, pragmatik dil, ses, işitme ve oral-motor fonksiyon/yapı gibi diğer iletişim alanlarının değerlendirilmesi, bireyin güçlü yönleri, başa çıkma stratejilerinin tespit edilmesini içerir. Ailede kekemelik veya hızlı bozuk konuşma öyküsü bulunması, çocuğun akıcılığına karşı olumsuz tepki göstermesi, akıcısızlık ile ilişkili fiziksel gerginlik veya sekonder davranışlar sergilemesi, aile üyelerinden veya akranlarından olumsuz tepkiler alması, mesajını verimli ve etkili bir şekilde iletmekte güçlük çekmesi, dil veya konuşmaya ilişkin başka kaygıların olması, ebeveyn kaygısının olması gibi faktörler akıcısızlık ile birlikte gözlemlenirse dil ve konuşma değerlendirmesine ihtiyaç duyulabilir (92, 93).

Değerlendirme sonucunda tanı, bozukluğun karakteristikleri ve şiddeti, iletişime ve yaşama etkisi, terapistten yarar sağlanıp sağlanamayacağı, eğitim, sosyal ve mesleki alanlara etkisi, tedavi önerileri, gerekli görülürse diğer profesyonellere

yönlendirme ve iş birliği, aile, okul personeli ve çocuğun yaşamındaki diğer bireylerin eğitimi hakkında kararlar verilebilir (2).

Kekemeliğin şiddetini belirlemek ve buna yönelik olarak tedavi hedeflerini oluşturabilmek için standart ve güvenilir bir araca gereksinim duyulmaktadır. *Stuttering Severity Instrument-4 (SSI-4)* kekemeliği ölçebilmek için en sık kullanılan araçlardan biridir (94). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır ve Kekemelik Şiddet Ölçeği (KEŞİDA-4) olarak kullanılmaktadır (95). Okuma görevi ve konuşma görevlerinin video kaydı alınarak değerlendirme yapılır. Okuma materyali, bireyin yaşına uygun yaklaşık 150-300 heceden oluşan sınıf düzeyine uygun metinlerden oluşur ve okuma görevi sırasında bireyden uygun metni okuması istenir. Konuşma görevinde ise bireylerin 150-500 hece arası olacak şekilde konuşmaları kaydedilir. Konuşma ve okuma alanlarındaki kekelenen hece yüzdesi hesaplanarak kekemelik sıklığı değerlendirilir. Kekelenen hece sayısının toplam hece sayısına bölünerek yüzdeliğinin alınması ile sıklık hesaplanır. Konuşma ve okuma alanları ayrı ayrı değerlendirilir. Kekemeliğin süre puanını hesaplayabilmek için en uzun üç kekemelik anının ortalaması alınır, kronometre kullanılarak süre tutulur, saniye cinsinden değerlendirilir. Kekemeliğe eşlik eden sekonder davranışları değerlendirmek için dört başlık yer almaktadır: Baş hareketleri, el ve ayak hareketleri, yüz ifadeleri ve rahatsız edici sesler. Her başlık için 0-5 arasında puanlama yapılır. Toplam puanı elde etmek için konuşma ve okumadaki sıklık puanı, süre puanı ve kekemeliğe eşlik eden sekonder davranış puanı alanlarından alınan puanlar toplanır. Toplam puan, yüzde değerine ve şiddet değerine dönüştürülür. Kekemelik şiddet değeri “çok hafif”, “hafif”, “orta”, “şiddetli” ve “çok şiddetli” olmak üzere beş grup ile belirtilir. KEŞİDA-4’te kekemelik yüzdesine kısmi sözcük tekrarları (ses, hece tekrarları), tek heceli sözcük tekrarları, bloklar (sesli, sessiz) ve uzatmalar akıcısızlık bulgusu olarak kabul edilerek dahil edilir. Çok heceli sözcük tekrarları, ifade tekrarları, sözcükler arasına eklenen sesler ve ifadeler, tamamlanmamış ve yarım bırakılmış ifadeler kekemelik bulgusu olarak kabul edilmez ve değerlendirmeye dahil edilmez.

### 3.BİREYLER VE YÖNTEM

Çalışma, okul çağı kekemeliği olan 8-11 yaş arasındaki çocukların kekemeliği olmayan akranlarıyla mizaç özelliklerinin karşılaştırılmasını ve kekemeliği olan 8-11 yaş arasındaki çocukların mizaç özellikleri ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesini içermektedir. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'nun 15.12.2020 tarihinde GO 20/962 kayıt numaralı kararı ile etik açıdan uygun bulunmuştur (EK-1). Çalışma için orijinallik raporu alınmıştır (EK-2, EK-3). Kesitsel bir çalışmadır.

#### 3.1.Bireyler

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Dil ve Konuşma Terapisi Ünitesi'ne kekemelik şikayetiyle başvuran 8-11 yaş çocuklar çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubunu yaşları ve cinsiyetleri açısından eşleştirilen kekemeliği olmayan çocuklar ve ebeveynlerinden biri oluşturmuştur. %80 güç, %95 güvenilirlik ile 0.40 birimlik bir etki genişliğini istatistiksel açıdan anlamlı bulabilmek için 66 kekemeliği olan çocuk ve ebeveyn ile 66 kekemeliği olmayan çocuk ve ebeveynin çalışmaya dahil edilmesi gerektiği tespit edilmiştir.

Araştırmaya gönüllü olarak katılan bireylerin; çalışma grubunda 15 (%22,7)'i kız, 51 (%77,3)'i erkek; kontrol grubunda 15 (%22,7)'i kız, 51 (%77,3)'i erkek olup, katılımcıların yaşları 8-11 yaş aralığındadır. Çalışma grubunun yaş ortalaması 9,38 yıl; kontrol grubunun yaş ortalaması 9,47 yıl'dır.

Çalışmaya katılmak için gönüllü olan çocuk ve ebeveynlerden çalışmaya katılım için onam formunu doldurmaları istenmiştir (EK-4).

Katılımcıların dahil edilme kriterleri:

Çalışma Grubu:



1. Çocukların ebeveynlerinden alınan bilgiye göre tipik gelişim gösteren 8-11 yaş arası çocuklar olması
2. 100 sözcük başına en az üç sözcük içi akıcısızlık (tek heceli sözcük tekrarları dahil ses/hece tekrarları, uzatmalar veya bloklar) bulgusu olması
3. Kekemelik dışında herhangi bir iletişim, dil, konuşma, işitme, nörolojik, psikiyatrik bozukluğa sahip olmaması
4. Çalışmaya katılan çocukların ana dilinin Türkçe olması
5. Ebeveynin ve çocuğun çalışmaya katılmaya gönüllü olması

#### Kontrol Grubu:

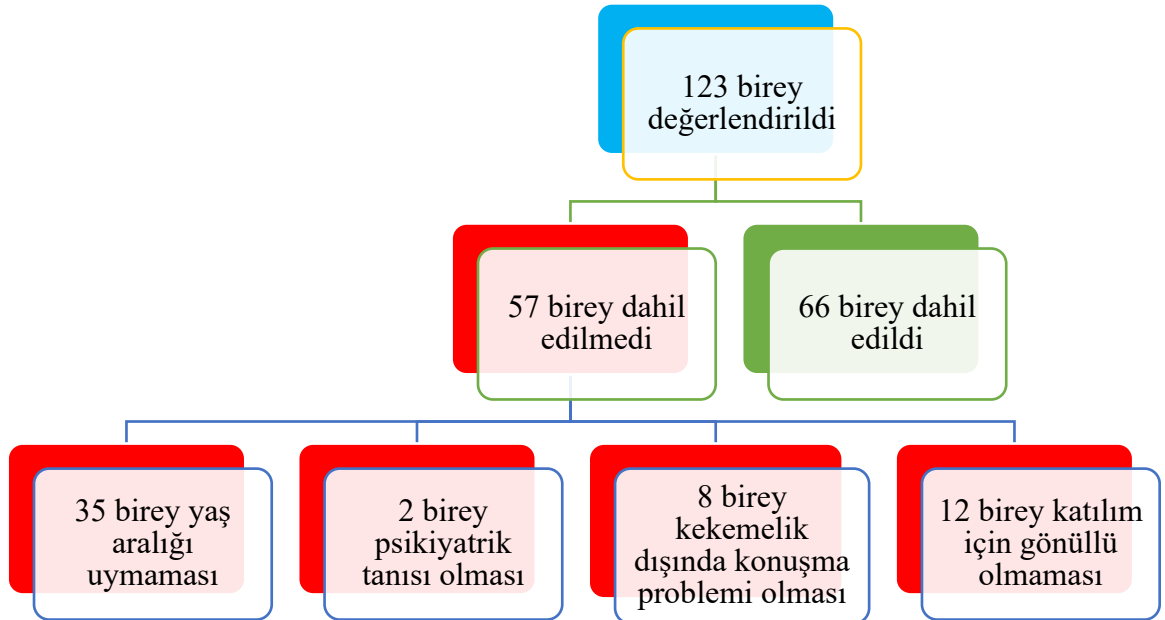
1. Çocukların ebeveynlerinden alınan bilgiye göre tipik gelişim gösteren 8-11 yaş arası çocuklar olması
2. Herhangi bir iletişim, dil, konuşma, işitme, nörolojik, psikiyatrik bozukluğa sahip olmaması
3. Çalışmaya katılan çocukların ana dilinin Türkçe olması
4. Ebeveynin ve çocuğun çalışmaya katılmaya gönüllü olması

Kontrol grubu için belirlenen 66 katılımcıya ulaşabilmek için toplamda 77 birey değerlendirilmiştir (Şekil 3.1).



Şekil 3.1. Kontrol grubuna katılımcıların dahil edilme şeması

Çalışma grubu için belirlenen 66 katılımcıya ulaşabilmek için toplamda 123 birey değerlendirilmiştir (Şekil 3.2).



Şekil 3.2. Çalışma grubuna katılımcıların dahil edilme şeması

### 3.2.Yöntem

#### 3.3.Veritoplama Araçları

Çalışmada Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Dil ve Konuşma Terapisi Ünitesi Pediatrik Değerlendirme Formu (EK-5), Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Dil ve Konuşma Terapisi Ünitesi Akıcı Konuşma Bozukluğu Çocuk Değerlendirme Formu (EK-6), SATI (EK-7) (82), anlatı becerilerini değerlendirmek için kullanılabileceği önerilen (96), yazı bulunmayan, resimlerden oluşan *Frog, Where Are You?* (97) ve *Frog Goes To Dinner* (98) kitapları, KEŞİDA-4 metinleri kullanılmıştır. Çalışmada SATI'nin kullanılabilmesi için gerekli izin alınmıştır (EK-8). Değerlendirme formları ile ebeveynlerden bilgi alınarak SATI'yi tamamlamaları istenmiştir. Çocuklardan ilgi duydukları bir konu hakkında konuşmaları ve *Frog, Where Are You?* ve *Frog Goes To Dinner* kitaplarındaki resimleri anlatmaları istenmiştir. Bu sırada, video kaydı alınmıştır. KEŞİDA-4 okuma metinlerinden çocuğun sınıf düzeyine uygun metin seçilerek okuması istenmiştir. Konuşma ve okuma aktivitelerinin video kaydı iPhone cihazı kullanılarak alınmıştır. Ebeveyn görüşmeleri ve değerlendirmeler yüz yüze yapılmıştır.

##### 3.3.1. Pediatrik Değerlendirme Formu

Bu form ile demografik bilgiler, tıbbi hikaye, gelişim öyküsü hakkında bilgiler alınmıştır. Demografik bilgiler bölümünde ebeveynlerin eğitim düzeyi, yaş, meslek, yaşadığı şehir; çocukların yaş, cinsiyet, doğum tarihi gibi genel bilgileri kaydedilmiştir. Tıbbi hikaye bölümünde; prenatal, natal ve postnatal döneme ait bilgiler, işitme, psikiyatri, nöroloji bilgisi, ek sağlık sorunları not edilmiştir. Gelişim öyküsü bölümünde çocukların motor ve dil gelişimine dair bilgiler alınmıştır.

##### 3.3.2. Akıcı Konuşma Bozuklukları Çocuk Değerlendirme Formu

Bu form, sadece, çalışma grubu ile kullanılmış olup kekemeliğin başlangıç yaşı, başlangıcına ilişkin bilgi, kekemeliğin tanımı, nedeni, zaman içindeki seyri, tipi,

ailede kekemelik geçmişi, kaçınmak için edinilen tutum ve davranışlar, aile, kendisi, arkadaşlar ile öğretmenlerin kekemeliğe ilişkin tepki ve düşünceleri, kekemeliğin; ortama, duruma ve yakınlığa göre değişimi, daha önce yapılan başvurular ve terapileri içeren bilgiler not edilmiştir. Çocuğun kendisinin, arkadaşlarının ve öğretmenlerinin kekemeliğe ilişkin tepki ve düşünceleri hem çocuklara hem ebeveynlere sorulmuş olup diğer bilgiler sadece ebeveynlerden alınmıştır.

### 3.3.3. Okul Çağı Çocukları için Mizaç Ölçeği

SATI, 8-11 yaş arasındaki çocukların mizaç özelliklerini değerlendirmede ebeveynin verdiği bilgiye dayanan bir envanterdir. Envanter, 38 Likert-tipi maddeyi ve dört boyutu içermektedir. Bu boyutlar sırasıyla 12, 11, 9 ve 6 maddeden oluşan ‘olumsuz tepkisellik’, ‘yaptığı işi sürdürebilme’, ‘yaklaşma/kaçınma’ ve ‘aktivite’dir. Olumsuz tepkisellik adı verilen ilk boyut, çocuğun olumsuz duyguyu ifade etmesinin yoğunluğunu ve sıklığını değerlendirir. İkinci boyut olan yaptığı işi sürdürebilme, çocuğun görevleri ve diğer sorumlulukları yerine getirirken kendini yönetme derecesini değerlendirir. Üçüncü boyut, yaklaşma / kaçınma, çocuğun yeni ve yabancı insanlara ve durumlara tepkisini tanımlar. Son olarak, dördüncü boyut olan aktivite, çocuğun motor aktivitesinin seviyesini değerlendirir. Daha yüksek puanlar, çocuğun olumsuz tepkisellikte yüksek olduğunu, görevde kalıcı olduğunu, yeni ve yabancı durumlarda geri çekilme eğiliminde olduğunu ve oldukça aktif olduğunu gösterir (82). Geçerlik ve güvenilirlik analizleri, SATI’nin Türkçe versiyonunun, Türkiye örnekleminde 8-11 yaş arasındaki çocukların mizaç özelliklerini değerlendirmede geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir. Buna göre iç tutarlık katsayısı 0.70 - 0.86 arasındadır (83).

### 3.3.4. Kekemelik Değerlendirmesi

Kekemelik değerlendirme için çocuklardan ilgi duydukları bir konu hakkında konuşmaları ve yeterli uzunlukta kayıt alınabilmesi amacıyla konuşmayı genişletmek için resimli kitapları anlatmaları istenmiş, en az 300 sözcük içeren video kaydı alınmıştır. Alınan konuşma kaydı daha sonra izlenerek KEŞİDA-4’e uygun olacak

şekilde transkripsiyonu yapılmıştır. Videodaki ilk 30 saniye transkripsiyona dahil edilmemiş, 30. saniyeden sonra 300 heceden oluşan konuşma örneği üzerinden transkripsiyon yapılmış ve kekemelik şiddeti hesaplanmıştır. Kekelenen hece sayısının toplam heceye oranlanıp yüzdeliği alınarak kekemelik sıklığı elde edilmiştir. En uzun üç kekemelik anının ortalaması hesaplanarak süre elde edilmiştir. KEŞİDA-4 okuma metinlerinden çocuğun sınıf düzeyine uygun metin seçilerek okuma sırasında video kaydı alınmıştır. Alınan okuma kaydı daha sonra izlenerek KEŞİDA-4'e uygun olacak şekilde transkripsiyonu yapılmıştır. Transkripsiyonlarda kısmi sözcük tekrarları, tek heceli sözcük tekrarları, uzatmalar ve bloklar kekemelik bulgusu olarak değerlendirilmiştir. Konuşma ve okuma kayıtları sırasında gözlenen sekonder davranışlar incelenerek puanlanmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonucu şiddet puanı, süre puanı ve kekemeliğe eşlik eden sekonder davranış puanı elde edilmiştir. Bu puanlar toplanarak toplam puanı vermiştir. Toplam puan yüzde değerine ve şiddet eş değerine dönüştürülerek katılımcıların kekemelik şiddeti belirlenmiştir. Kekemelik şiddeti, DKT olan tez yazarı tarafından belirlenmiştir.

### 3.4. Veri Toplama Süreci

Veri toplama sürecinde ebeveyn ve çocuklara çalışmanın içeriği aktarıldıktan sonra gönüllü olmak istemeleri halinde hem çocuklara hem ebeveynlere aydınlatılmış onam formları imzalatılmıştır. Kontrol grubu için Pediatrik Değerlendirme Formu ile bilgi alınarak ebeveynlerden birinin SATI'yi tamamlaması istenmiştir. Çocuklardan sınıf düzeyine uygun KEŞİDA-4 metnini okumaları ve ilgi duydukları bir konudan bahsetmeleri, gösterilen resimli kitaplardaki resimleri anlatmaları istenmiştir. Bu sırada video kaydı alınmıştır. Çalışma grubunda aynı prosedürler uygulanmış, ek olarak Akıcı Konuşma Bozuklukları Çocuk Değerlendirme Formu ile bilgi alınmıştır. Çalışmamızda 107 çocuğun annesi, 25 çocuğun babası tarafından SATI tamamlanmıştır. Her katılımcı için bu aşamalar; kontrol grubu için yaklaşık kırk dakika, çalışma grubu için yaklaşık altmış dakika sürmüştür. Daha sonra ise katılımcılara ait okuma ve konuşma videolarının transkripsiyonu yapılarak KEŞİDA-4'e göre sıklık, süre, sekonder davranış ve toplam puanları hesaplanmış ve istatistiksel analizler yapılmıştır. KEŞİDA-4 hesaplamaları tez yazarı tarafından yapıldıktan sonra

değerlendirici içi güvenilirlik için katılımcıların %20'sinin KEŞİDA-4 hesaplaması tekrar yapılmıştır. Değerlendiriciler arası güvenilirlik için kekemelik alanında yüksek lisans tezi yürütmekte olan bir DKT tarafından katılımcıların %20'sinin KEŞİDA-4 hesaplaması yapılmıştır.

Veri toplama sürecinin aşamaları Şekil 3.3'te gösterilmiştir.



Şekil 3.3. Veri Toplama Sürecinin Aşamaları

### 3.5. Veri Analizi

Veri analizi için IBM SPSS Statistics 25 programı kullanılmıştır. Çalışmanın tanımlayıcı istatistikleri kategorik veriler için frekans ve yüzde ile sayısal veriler için ortalama±standart sapma ile gösterilmiştir. Varyasyon katsayısı, Kolmogorov Smirnov, basıklık, çarpıklık değerleri, histogram grafiği incelenerek verilerin normal dağılıp dağılmadığı belirlenmiştir. Gruplar arası yaş açısından bir farklılık olup

olmadığı bağımsız t testi kullanılarak belirlenmiştir. Gruplar arası cinsiyet açısından bir fark olup olmadığı ki kare testi kullanılarak belirlenmiştir. Gruplar arasında normal dağılıma sahip olan verilerin karşılaştırılması bağımsız örneklem t- testi ile yapılmıştır. Kekemelik şiddeti ve mizaç özellikleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile yapılmıştır. Güvenirlik için sınıf içi korelasyon katsayısı (*intraclass correlation coefficient- ICC*) hesaplanmıştır. Çalışmanın analizlerinde istatistiksel anlamlılık sınırı  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde, katılımcıların demografik bilgilerine, tanımlayıcı değerlerin istatistiksel sonuçlarına ve korelasyon analizlerine yer verilecektir.

### 4.1. Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler

Çalışmaya dahil edilen 66 kekemeliği olan ve 66 kekemeliği olmayan okul çağı çocuklarına ait cinsiyet, yaş ortalamaları, standart sapma değerleri, minimum ve maksimum değerleri Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Katılımcılar 8-11 yaş aralığındadır. Çalışma grubunda 51 kız, 15 erkek; kontrol grubunda 51 kız, 15 erkek bulunmaktadır. Çalışma grubunda ortalama yaş 9,38 iken kontrol grubunda 9,47’dir.

**Tablo 4.1.** Katılımcıların demografik özellikleri

Grup	Cinsiyet		Yaş (yıl)			
	Erkek (s)	Kız (s)	Ortalama	SS	Min.	Maks.
<b>Çalışma</b>	51	15	9,38	1,20	8	11
<b>Kontrol</b>	51	15	9,47	1,06	8	11
<b>Toplam</b>	102	30	9,42	1,13	8	11

\*p<0.05, SS: Standart Sapma, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum s: sayı

Katılımcıların kontrol ve çalışma grubu açısından tanımlayıcı değerlerinin istatistiksel sonuçları Tablo 4.2’de belirtilmiştir. Katılımcıların grupları ile yaşları arasındaki farkı test etmek için bağımsız t testi, cinsiyetleri arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare testi kullanılmıştır. Gruplardaki bireylerde yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=0,644). Cinsiyet açısından iki grup birebir eşleşmiş durumdadır.



**Tablo 4.2.** Katılımcıların tanımlayıcı istatistikleri

Değişkenler		Çalışma		Kontrol		Test değeri	p
		Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Yaş (yıl)		9,38	1,20	9,47	1,06	3,293	0,644
Cinsiyet	E (s)	51	%77,3	51	%77,3	0,0001	1
	K (s)	15	%22,7	15	%22,7		

\*p<0.05, SS: Standart Sapma, E: Erkek, K: Kız s: sayı

Çalışma grubundaki katılımcıların kekemelik başlangıç yaşı ve kekemelik başlangıcından değerlendirme zamanına kadar geçen süreye ait tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.3'te gösterilmiştir. Kekemelik başlangıç yaşının en az 24 ay en çok 108 ay olduğu, kekemelik süresinin ise en az 18 ay en çok 108 ay olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.3.** Çalışma grubu kekemelik başlangıç yaşı ve kekemelik süresi

	Min. (ay)	Maks. (ay)	Ortalama (ay)	SS
<b>Kekemelik başlangıç yaşı</b>	24	108	53,72	19,75
<b>Kekemelik süresi</b>	18	108	60,63	21,28

SS: Standart Sapma, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum

Çalışma grubundaki katılımcıların, ailedeki kekemelik öyküsü, terapi öyküsü ve KEŞİDA-4'e göre kekemelik şiddet eş değerleri Tablo 4.4'te verilmiştir. 33 katılımcının ailesinde kronik kekemeliği olan birey, 5 katılımcının ailesinde kronik olmayan kekemeliği olan birey bulunmakta, toplamda 38 katılımcının ailesinde kekemelik öyküsü bulunmaktadır. Katılımcıların 42'sinin konuşma terapisi öyküsü bulunmaktadır. KEŞİDA-4'e göre yapılan hesaplamalar sonucunda, katılımcıların hiçbirinde 'çok hafif' ve 'çok şiddetli' kekemelik görülmemektedir. 52 katılımcı

'hafif' şiddette kekemelik, 10 katılımcı 'orta' şiddette kekemelik ve 4 katılımcı 'şiddetli' kekemelik göstermektedir.

**Tablo 4.4.** Çalışma grubu kekemelik öyküsü, terapi öyküsü ve KEŞİDA-4 şiddet eş değeri

		Sayı/Toplam sayı	Yüzde (%)
Ailede kronik kekemelik öyküsü		33/66	49,2
Ailede kronik olmayan kekemelik öyküsü		5/66	7,5
Ailede kekemelik öyküsü		38/66	56,7
Konuşma terapisi öyküsü		42/66	62,7
KEŞİDA-4 kekemelik şiddeti	Hafif	52/66	78,1
	Orta	10/66	15,4
	Şiddetli	4/66	6,5

KEŞİDA-4: Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı

#### 4.2. Kekemeliği Olan ve Olmayan Bireylerin Mizaç Özelliklerinin Karşılaştırılması

Çalışma grubu ve kontrol grubunun SATI alt boyutlarına ilişkin ortalama, standart sapma, t ve p değerleri Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.5.** Çalışma ve kontrol grubunun SATI alt boyutlarına göre karşılaştırılması

SATI	Çalışma		Kontrol		t	p
	Ortalama puan	SS	Ortalama puan	SS		
Olumsuz tepkisellik	2,84	0,74	2,70	0,71	1,14	0,25
Yaptığı işi sürdürebilme	2,80	0,42	2,79	0,34	0,18	0,85
Yaklaşma/kaçınma	2,98	0,55	2,90	0,40	0,95	0,34
Aktivite	2,58	0,83	2,56	0,74	0,09	0,92

\*p<0.05, SS: Standart Sapma, SATI: Okul Çağı Çocukları için Mizaç Ölçeği

Çalışma ve kontrol grubu arasında, SATI alt boyutlarından olumsuz tepkisellik, yaptığı işi sürdürebilme, yaklaşma/kaçınma ve aktivitede anlamlı farklılık görülmemiştir.

### 4.3. Kekemeliği Olan Bireylerin KEŞİDA-4 Bulguları ile Mizaç Özellikleri Arasındaki İlişki

Çalışma grubuna ait KEŞİDA-4 sıklık puanı, süre puanı, sekonder davranış ve toplam puanın ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri Tablo 4.6'da gösterilmiştir. Sıklık puanı ortalama 9,37; süre puanı ortalama 6,21; sekonder davranış ortalama 2,39; toplam puan ortalama 17,98'dir.

**Tablo 4.6.** KEŞİDA-4 alt başlıklarına ait tanımlayıcı istatistikler

	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>Min.</b>	<b>Maks.</b>
<b>Sıklık puanı</b>	9,37	1,20	8	11
<b>Süre puanı</b>	6,21	2,69	2	14
<b>Sekonder davranış</b>	2,39	2,58	0	11
<b>Toplam puan</b>	17,98	4,84	12	35

KEŞİDA-4: Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı, SS: Standart Sapma, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum

KEŞİDA-4 bulguları ile SATI alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 4.7'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.7.** KEŞİDA-4 ve SATI arasındaki korelasyon

		<b>Olumsuz tepkisellik</b>	<b>Yaptığı işi sürdürülebilme</b>	<b>Yaklaşma/kaçınma</b>	<b>Aktivite</b>
<b>Sıklık puanı</b>	<b>r</b>	0,034	-0,015	0,044	-0,193
	<b>p</b>	0,782	0,905	0,722	0,119
<b>Süre puanı</b>	<b>r</b>	0,059	-0,072	-0,183	-0,117
	<b>p</b>	0,640	0,564	0,141	0,349
<b>Sekonder davranış</b>	<b>r</b>	0,078	-0,015	-0,239	-0,166
	<b>p</b>	0,532	0,906	0,052	0,182
<b>Toplam puan</b>	<b>r</b>	0,071	-0,125	-0,186	-0,247
	<b>p</b>	0,566	0,314	0,133	0,045*

\*p<0.05, KEŞİDA-4: Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı, SATI: Okul Çağı Çocukları için Mizaç Ölçeği

SATI alt boyutlarından olumsuz tepkisellik, yaptığı işi sürdürülebilme, yaklaşma/kaçınma ile KEŞİDA-4 alt başlıklarından sıklık puanı, süre puanı, sekonder davranış ve toplam puan arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. SATI alt boyutundan aktivite ile KEŞİDA-4 alt başlıklarından sıklık puanı, süre puanı ve sekonder davranış arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken; toplam puan ile arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur.

#### 4.4. Değerlendirici İçi ve Değerlendiriciler Arası Güvenirlik Analizleri

Değerlendirici içi güvenirlik sınıf içi (intraclass) korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır. Bunun sonucunda 1. Değerlendiricinin iç güvenirligi (ICC=0,882, p<0,05) için istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde iyi ilişki gözlemlenmiştir. Değerlendirici içi güvenirlik Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.8** Değerlendirici içi güvenilirlik

		<b>1. değerlendirici</b>
<b>KEŞİDA-4</b>	<b>1. değerlendirici</b>	0,882
	<b>p</b>	<b>0,000*</b>

Değerlendiriciler arası güvenilirlik küme içi (interclass) korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır. Bunun sonucunda 1. Değerlendirici ile 2. Değerlendirici arasında (ICC=0,787,  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde iyi ilişki gözlemlenmiştir. Değerlendiriciler arası güvenilirlik Tablo 4.9’da gösterilmiştir.

**Tablo 4.9.** Değerlendiriciler arası güvenilirlik

		<b>1. değerlendirici</b>	<b>2. değerlendirici</b>
<b>KEŞİDA-4</b>	<b>1. değerlendirici</b>	1	0,787
	<b>p</b>		<b>0,000*</b>

1. değerlendirici DKT olan tez yazarı iken 2. değerlendirici kekemelik üzerine tez yazım aşamasında olan bir DKT’dir.

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, kekemeliği olan ve olmayan 8 – 11 yaş arasındaki okul çağı çocukların mizaç özelliklerinin karşılaştırılması ve kekemeliği olan çocukların mizaç özellikleri ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada, kekemeliği olan ve olmayan gruplar arasında mizaç özellikleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kekemeliği olan çocukların mizaç özellikleri ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişki incelendiğinde; SATI “aktivite alt boyutu” ile KEŞİDA-4 toplam puanı arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunurken diğer mizaç alt boyutları ve KEŞİDA-4 alt başlıkları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Literatür incelendiğinde, özellikle, son yıllarda kekemelik ve mizaç arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmaların artmakta olduğu görülmektedir. Birçok çalışmada kekemeliği olan ve olmayan bireylerin mizaç özellikleri karşılaştırılmakta, kekemelik sıklığı ve/veya şiddeti ile mizaç arasındaki ilişki incelenmektedir. Bu çalışmalar; ebeveyn raporu, davranışsal yöntemler ve psikofizyolojik ölçümleri içerebilmektedir (6, 43, 44, 67). Çalışmaların sonuçları incelendiğinde; kekemeliği olan çocuklarda artmış olumsuz tepkisellik, azalmış duygusal ve dikkat regülasyonu bildiren çalışma sayısının daha fazla olmasıyla birlikte, sonuçların birbirinden farklılık gösterdiği gözlenmiştir. Bu çalışmaların birçoğu okul öncesi dönem çocuklar ile yürütülmüş olup okul çağı çocuklara ilişkin daha az çalışma yürütülmüştür (6, 7, 12, 13).

Okul öncesi dönemde mizaç özelliklerinin ve/veya mizacın kekemelik şiddeti ile ilişkisinin incelendiği çalışmalar ele alındığında; ebeveyn raporlamaları ile mizacın değerlendirildiği sıklıkla gözlenmiştir. Kekemeliği olan ve olmayan çocukların mizaç özellikleri karşılaştırıldığında kekemeliği olan çocukların dikkati odaklama, düş kırıklığı kontrolü ve engelleme denetimi alt boyutlarında daha düşük puan aldıklarını (9, 14); olumsuz tepkisellik, kızgınlık, motor aktivite alt boyutlarında daha yüksek puan aldıklarını gösteren bulgular ile birlikte (9, 99), kekemeliği olan ve olmayan çocukların mizaç özellikleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığını gösteren bulgular da mevcuttur (30). Kekemeliği olan çocukların mizaç özellikleri ile kekemelik şiddeti ilişkisinin incelendiği çalışmalarda; çabalı kontrolün kekemelik şiddeti ile ilişkisi

olduğu, daha zayıf çabalı kontrolün daha yüksek kekemelik şiddeti ile ilişki gösterdiğini ortaya koyan bulgular ile birlikte (8), mizaç boyutları ile kekemelik şiddeti arasında bir ilişki olmadığını gösteren bulgular da mevcuttur (14, 99, 100). Mizaç özelliklerinin mi kekemeliğı etkilediğı yoksa kekemelik deneyiminin mi mizaç profilini etkilediğı bulgulardan açıkça elde edilememiştir. Okul öncesi dönemde mizaç ve kekemelik arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda kronik kekemeliğı olan ve kekemeliğı iyileşen çocuklar yer aldığı için, kekemeliğın kronikleştiğı okul çağı çocuklar ile yapılan çalışmalardan farklı sonuçlar elde edilebileceğı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, mizaç alt boyutlarından olan aktivite ile KEŞİDA-4 toplam puanı arasında gözlenen negatif yönde zayıf ilişkiyi açıklamak üzere aktivitenin literatürdeki yeri incelenmelidir. Aktivite, mizaç özellikleri arasında en sık incelenen boyuttur. Kalıtsal olabileceğı bildirilmiştir. Kol ve bacak hareketi, kıpırdanma, parmakları hareket ettirme, göz kırpma gibi kaba motor becerileri ifade etmektedir (47, 48, 52). İlk bakışta kekemeliğe eşlik eden sekonder davranışlar ile ilişkili olabileceğı düşünülse de mizaç ile ilgili literatüre bakıldığında motor aktivitenin pozitif tepki göstergesi olarak görüldüğü anlaşılmaktadır (9). Ayrıca, çalışmamızda kullanılan SATI'de, aktivite alt boyutunu ölçen maddelerde yer alan hareketlerin konuşma davranışı ile ilişkili olmadığı görülmektedir. Bu nedenle, aktivite alt boyutu ile sekonder davranışların direkt olarak ilişkilendirilmemesi önemlidir. Kekemeliğı olan çocukların başa çıkma becerilerinin daha olumsuz olabileceğı ve bunun sonucunda aktivitede azalma görülebileceğı belirtilmiştir (6). Çalışmamızda da kekemeliğı olan çocukların aktivite alt boyutunda, diğeri boyutlara göre daha düşük puanlar aldıkları görülmüştür. Okul çağı kekemeliğı olan çocuklar ile yapılan çalışmalara bakıldığında, aktivite ile toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmasa da çalışmamıza benzer şekilde negatif yönde ilişki olduğunu gösteren bulgular mevcuttur (6, 13). Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunsa da bu ilişkinin zayıf olduğu görülmektedir.

Eggers ve ark.'ın (2010) yürüttüğü okul öncesi ve okul çağı çocukları kapsayan çalışmada, Flemenkçe konuşan 3.04.-8.11 yaşları arasında yaş ve cinsiyet açısından eşleşen kekemeliğı olan 58 ve kekemeliğı olmayan 58 olmak üzere toplam 116 çocuk

dahil edilerek mizaç özellikleri karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda, olumsuz duygulanım ve çabalı kontrol boyutlarında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Kekemeliği olan çocuklarda artmış olumsuz duygulanım ve azalmış çabalı kontrol gözlenmiştir. Kekemeliği olan çocuklarda kekemeliği olmayanlara kıyasla çabalı kontrol boyutunun alt başlıklarından olan engelleme denetimi ve dikkati odaklamada anlamlı derecede daha düşük puanlar ile olumsuz duygulanım alt başlıklarından kızgınlık/düş kırıklığı ve dışadönüklük alt başlıklarından motor aktivitede daha yüksek puanlar gözlenmiştir. Mizacın stres ile ilgili durumlarda bir arabulucu olarak hareket edebileceği ifade edilmiştir. Kekemeliği olan çocukların sınırlı öz-düzenleme becerileri ile birlikte artan tepkisellik sonucunda, kekemelik anları ile karşılaştıklarında kontrol kaybı yaşayabilecekleri vurgulanmıştır. Ayrıca çocukların yeni bir durumu daha sıklıkla stresli olarak değerlendirebilecekleri, dikkatlerini bu tür durumlardan başka yöne çevirmekte güçlük çekebilecekleri ve uygun tepkiyi seçmekte zorlanabilecekleri, belirli durumlarda artan heyecanın, davranışlarını daha da karmaşık hale getirebileceği belirtilmiştir. Kekemelik şiddeti ile mizaç boyutları arasında ilişki bulunamamıştır. Ancak, mizacın, kekemelik anlarının süresi ve sekonder davranışlar gibi kekemelik şiddetinin belirli yönleriyle ilişkilendirilemeyeceği anlamına gelmediği ve bu konuda daha detaylı ilişkisel analizlerin yapılması gerektiğine dikkat çekilmiştir (9). Çalışmamızdan farklı olarak, kekemeliği olan ve olmayan çocukların mizaç özellikleri arasında farklılıklar gözlenmesinin nedeni olarak yaş faktörü ve kekemeliğin geçici veya kronik olma durumu ele alınabilir. Bu çalışmaya hem okul öncesi hem okul çağı çocuklar dahil edilmiştir ve bulgular her iki grup için ayrı şekilde paylaşılmamıştır. Mizaç kuramcılarının tarafından mizacın stabil olması veya değişkenlik göstermesi açısından farklı görüşleri sürülmüş ve kesinlik içermemektedir (46). Okul çağı çocuklar ile çalışırken kronik kekemeliği olan çocukların dahil edilme olasılığı, okul öncesi döneme göre çok daha yüksektir. Bu da farklı yaş gruplarında kekemelik ve mizaç arasındaki ilişki açısından farklılıklar gözlenmesine neden olabilmektedir (6). Eggers ve ark.'ın (2010) yürüttüğü çalışmada, kekemelik şiddeti ile mizaç boyutları arasında bir ilişki bulunmamıştır (9). Çalışmamızda ise, sadece, kekemelik şiddeti toplam puanı ile aktivite alt boyutu arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Diğer mizaç alt boyutları ve KEŞİDA-4 alt başlıkları arasında bir ilişki bulunamamıştır. Eggers ve ark. (2010),



çocukların kekemelik şiddetlerini hesaplariken okuma yazma bilmeleri ve bilmemeleri durumunu göz önünde bulundurmuş; okuma yazma bilen çocuklarda okumadaki kekemelik sıklığını da hesaplamıştır. Sadece, kekemelik şiddeti bulgularını paylaşmış olup alt başlıklar halinde puanlara yer vermemiştir (9). Bu durumda, mizaç özellikleri ile kekemelik sıklığı, kekemelik süresi ve sekonder davranışların ilişkisi olup olmadığı anlaşılammaktadır. Çalışmamızda, mizaç alt boyutlarının her biri ile KEŞİDA-4 alt başlıklarının her biri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Rodgers ve Jackson (2021), İngilizce konuşan 9-17 yaş arası çocukları kapsayan çalışmalarında mizaç özellikleri ile davranışsal yanıtlardan kaçınma, fiziksel değişim ve yaklaşım ilişkisini incelemiştir. Mizaç özelliklerini incelemek için ebeveyn raporu kullanılmayıp, çocukların öz değerlendirmelerini 9-15 yaş arası çocuklara uygulanan Erken Ergenlik Mizaç Anketi – Revize (EATQ – R) (101) kullanmışlardır. Çalışmada, kekemeliği olan daha utangaç çocukların yaklaşan kekemelik anlarını öngördüklerinde daha fazla kaçınma davranışı gösterme olasılığının yüksek olduğu görülmüştür. Dışadönüklük alt boyutlarından olan utangaçlık, memnuniyet ve korku ele alındığında; utangaçlık değerlerinin daha fazla varyasyon gösterdiği gözlenmiştir. Olumsuz duygulanım, çabalı kontrol ve yakınlık alt boyutları ile fiziksel değişim arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bireysel farklılıkların kekemeliği ve kekemeliğe olan yanıtı etkileyebileceği belirtilmiştir (12). Çalışmamızda da tüm mizaç alt boyutları ile fiziksel değişim olarak da ifade edilebilecek sekonder davranış arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde, Rodgers ve Jackson (2021), erken çocukluk döneminde kekemelik ve mizaç ilişkisinin sıklıkla incelendiğini; ancak, erken çocukluk döneminden sonraki dönemlerde bu ilişki hakkında yeterli bilgi ortaya koyulmadığını öne sürerek bu çalışmayı yapmışlardır (12). Çalışmada erken çocukluk döneminden sonraki dönemde mizaç araştırıldığı için, biyolojik olarak doğuştan gelen mizaç özelliklerini zaman içinde kekemelik deneyimlerinden etkilenenlerden ayırmak mümkün değildir (7). Rodgers ve Jackson (2021) yaptıkları çalışma ile kekemeliği olan bireylerin bireysel farklılıklarına odaklanmışlardır. Kekemelik şiddeti ile mizaç özellikleri arasındaki ilişkiye değinmemiş olmakla birlikte bu ilişkinin araştırılmasının yararlı olacağını ve ileri yapılacak araştırmalarda vurgulanması gerektiğini belirtmişlerdir (12). Çalışmamızda,

söz konusu çalışmada önerildiği şekilde mizaç özellikleri ile kekemelik şiddeti ilişkisi ve benzer şekilde yer alan yaş gruplarında mizaç özellikleri incelenmiştir. Çalışmamızda kullanılan mizaç ölçeği ebeveynler tarafından tamamlanmıştır. 6-11 yaş çocuk ve ebeveyn raporlamalarının uyumunun 12-19 yaştan daha iyi olduğunu ortaya koyan bulgular mevcuttur (102) ve 9-11 yaş çocukların maddeleri yeterince iyi ayırt edemeyebilecekleri ve bu nedenle, ebeveyn raporuna ihtiyaç duyulabileceği ifade edilmektedir (103). Rodgers ve Jackson (2021) çalışmasına dahil olan 9-11 yaş arası çocuklar ile 12-17 yaş arası çocukların öz değerlendirmelerinin ebeveynlerinin raporlamaları ile gösterecekleri uyum farklılaşabilir (12). Elde edilen bulguların yaş gruplarına göre ayrı şekilde verilmemesinin sonuçların yorumlanmasını etkileyebileceği düşünülmüştür. Ayrıca, 9-15 yaş arası çocuklarda kullanılan EATQ-R, 9-17 yaş arası çocuklarda kullanılmıştır. EATQ-R'nin 16 ve 17 yaş için norm referansı yoktur. Çalışmamıza ebeveyn raporlamasının daha iyi olabileceği ifade edilen yaş aralığında olan çocuklar dahil edilmiş ve mizaç özellikleri ebeveyn raporlaması ile incelenmiştir.

Çalışmamızdaki yaş grubuna yakın katılımcılar ile yapılan çalışmalardan biri Smith ve ark.'ın (2017), daha önce yürüttükleri tüm konuşma bozukluklarını içeren boylamsal çalışma 4 yaşında kekemelik grubuna dahil ettikleri çocuklara ve ebeveynlerine telefon ile ulaştıkları, Avustralya'da İngilizce konuşan 11 yaş çocuklar ile yürüttükleri bir çalışmadır. Mizaç özelliklerini değerlendirmek için çalışmamızda da kullanılan SATI'yi kullanmışlardır. Kronik kekemeliği olan 20 ve iyileşen kekemeliği olan 121 çocuğun mizaç özelliklerini karşılaştırdıklarında her iki grup arasında olumsuz tepkisellik, yaptığı işi sürdürme, yaklaşma/kaçınma ve aktivite alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulamamışlardır. Karşılaştırılan gruplardaki katılımcı sayıları eşleşmemiştir. Çalışmada mizaç dışında diğer faktörler değerlendirilirken 702 katılımcıdan oluşan kontrol grubu yer alsa da mizaç özelliklerinin değerlendirilmesine kontrol grubu dahil edilmemiştir. Çocukların kekemelik şiddetleri ise ebeveynleri tarafından derecelendirilmiştir. Kekemelik şiddeti ile mizaç özellikleri arasındaki ilişki incelenmemiştir. Çalışmaya otizm spektrum bozukluğu ve öğrenme güçlüğü tanıları alan çocuklar da dahil edilmiştir. Bu çocukların kekemelik terapisi almama veya kekemelik terapisinden başarılı sonuçlar

elde edememeleri olasılığının yüksek olması kronik kekemeliği olan grupta yer almalarına neden olabilmektedir (104). Çalışmamıza ek tanısı bulunan çocuklar dahil edilmemiştir. Çalışmamıza kekemelik şikayeti ile başvuran çocuklar dahil edildiği için söz konusu çalışmadaki gibi kronik ve iyileşen kekemeliği olan çocukların karşılaştırılması mümkün olmamıştır. Kekemeliği olan çocuklar, kekemeliği olmayan tipik gelişim gösteren çocuklar ile mizaç özellikleri açısından karşılaştırılmıştır. Mizaç özelliklerinin karşılaştırıldığı bu gruplar ise sayıca birebir eşleşmektedir, farklılık bulunmamaktadır. Kekemelik tanısı, dil ve konuşma terapisti tarafından aileden bilgi alındıktan sonra okuma ve konuşma kayıtlarının incelenerek KEŞİDA-4 hesaplaması yapılması sonucunda konulmuştur. Smith ve ark. (2017) çalışmasında ise daha önce kliniğe başvurup kekemelik tanısı alan çocuklar ve aileleri telefonla aranmıştır. DKT hem ebeveyn hem de çocuklar ile telefonda görüşerek kekemelik ile ilgili değerlendirmesini yapmıştır (104). Yüz yüze/çevrimiçi görüşme yapılmaması, çocukların yetersiz gözlenmesine ve kronik veya iyileşen kekemeliği olan gruplara doğru şekilde dahil edilmemesine neden olmuş olabilir. Çocuklara 7 yıl sonra telefon ile ulaşılmaya çalışılması veri kaybına neden olmuştur, çalışmamız prospektif yürütülen bir çalışma olduğu için veri kaybı olmamıştır. Ayrıca, çalışmamızda, kekemelik şiddeti ebeveynler tarafından değil, dil ve konuşma terapisti tarafından belirlendiği için daha kapsamlı ve objektif bilgiler elde edilmiştir ve mizaç özellikleri ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişki incelenebilmiştir. Çalışmamıza okul çağını içeren daha geniş yaş aralığından çocuklar dahil edildiği için elde edilen bulgular okul çağı çocuklarına yönelik olarak yorumlanabilmektedir.

Eggers ve ark. (2021) çalışmamıza benzer şekilde, İngilizce konuşan 9-14 yaş arasındaki çocukların mizaç özellikleri ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişkinin yanı sıra kekemelik etkisi ile olan ilişkiyi incelemişlerdir. Mizaç özelliklerini inceleyebilmek için çocuğun öz değerlendirmesi ve ebeveyn raporlamasını kullanmışlardır. Dışadönüklük, olumsuz duygulanım, çabalı kontrol ve yakınlık boyutlarından oluşan EATQ-R (101) kullanılmıştır. EATQ-R'nin hem ebeveyn versiyonu hem çocuk versiyonu kullanılmıştır. Çalışmada ebeveynlerin raporlaması ile çocukların öz değerlendirmelerinin orta derecede ilişkili olduğu görülmüştür. Kekemelik şiddeti hesaplaması için ise SSI-4 kullanılmıştır. Kekemelik şiddeti ile

mizaç özellikleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Çalışmaya ek tanısı bulunmayan çocukların yanı sıra dil bozukluğu, konuşma bozukluğu, işitme bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, tik bozukluğu, serebral palsi, dispraksi, disleksi, öğrenme güçlüğü ve muskular distrofi tanıları bulunan çocuklar da dahil edilmiştir. Katılımcıların %39'unu ek tanıya sahip çocuklar oluşturmaktadır. Çalışma retrospektif olduğu için ulaşılamayan veriler vardır (6). Çalışmamızda ise, sadece, ebeveyn raporlaması söz konusudur. Türkçede EATQ-R öz değerlendirme versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği bulunsa da ebeveyn versiyonu bulunmamaktadır (105). Çalışmamıza dahil olan çocukların yaş aralıkları göz önünde bulundurulduğunda, bu yaş grubundaki çocukların davranışlarını ebeveynlerinin iyi gözlemleyebildiği sonucuna varılabilir (102). Çalışmamıza 8-11 yaş arası çocuklar dahil edilmiştir. Kronik kekemeliği bulunan çocukların büyük çoğunluğu oluşturması ve iyileşen kekemeliği olan çocukların dahil edilmemiş olması açısından her iki çalışma benzerlik göstermektedir. Her iki çalışmada da kekemelik şiddeti hesaplaması için aynı yöntem kullanılmıştır; ancak çalışmamızda değerlendirici içi ve değerlendiriciler arasında yapılan kekemelik şiddeti hesaplamalarının güvenilir olduğu ortaya koyulurken Eggers ve ark. (2021) çalışmasında böyle bir bilgi verilmemiştir (6). Çalışmamızda kekemelik şiddeti ile mizaç özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde, mizaç alt boyutlarından aktivite ile KEŞİDA-4 alt başlıklarından toplam puan arasında negatif yönde zayıf bir anlamlı ilişki bulunurken diğer alt boyut ve alt başlıklar arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Eggers ve ark. (2021) çalışmasında ise hiçbir mizaç alt boyutu ve SSI-4 alt başlığı arasında anlamlı ilişki bulunamazken aktiviteyi içeren mizaç alt boyutu ile kekemelik şiddeti toplam puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında, çalışmamıza benzer şekilde negatif yönde zayıf ilişki gözlenmiştir (6). 9-14 yaş arası çocuklardan 11;4-14;10 yaş arasında olanları daha büyük, 9;0-11;4 yaş arasında olanları daha küçük çocuklar olarak sınıflandırarak mizaç özellikleri ile kekemelik etkisi arasındaki ilişkiyi inceleseler de mizaç özellikleri ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişkiyi incelerken bu sınıflandırmayı kullanmamışlardır. Daha büyük ve daha küçük yaş aralıklarında mizaç özellikleri ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişkiye dair bulguların verilmemesi, bu ilişkide yaşın yordayıcı olup olmadığının anlaşılmasına neden olmuştur. Çalışmamızda farklı olarak, ek tanıya sahip çocuklar çalışmadan dışlanmıştır. Ek tanısı

olan çocukların kekemelik terapisinden görecekları yarar ve terapinin kekemelik şiddetine etkisi ek tanısı olmayan çocuklardan farklılık gösterebileceği için çalışmamıza dahil edilmemiştir. Çalışmamızın bir diğer güçlü yanı prospektif bir çalışma olması ve veri kaybı olmamasıdır.

Rocha ve ark.'ın (2019) yürüttükleri çalışmaya, çalışmamıza benzer yaş aralığını kapsayacak şekilde, 7-12 yaş arası, 50 kekemeliği olan ve 50 kekemeliği olmayan Portekizce konuşan çocukları dahil etmiştir. Ebeveyn raporlaması ile çocukların mizaç özellikleri değerlendirilerek kekemeliği olan ve olmayan çocuklar karşılaştırılmıştır. 7-9 yaş arası çocuklar daha küçük, 10-12 yaş arası çocuklar daha büyük olarak sınıflandırılmıştır. Daha büyük yaştaki kekemeliği olan çocukların kekemeliği olmayan akranlarına kıyasla kızgınlık/düş kırıklığı, dürtüsellik ve üzüntü alt başlıklarında anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldıkları ve dikkat/odaklanma, algısal duyarlık ve yatıştırılabilirlik alt başlıklarında ortalamadan daha düşük puanlar aldıkları görülmüştür. Daha küçük yaştaki kekemeliği olan çocuklar ile olmayan çocuklar karşılaştırıldığında mizaç özellikleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kekemeliği olan çocukların kekemeliği olmayan çocuklara göre dikkati yönlendirme becerisinin daha az, duygusal tepkiselliğinin ise daha fazla olduğu gözlenmiştir. Çalışmada kekemelik tanısı için SSI-4 kullanılmış olup kekemelik şiddeti ile mizaç özellikleri arasındaki ilişki ise incelenmemiştir. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların çalışma grubunda erkek-kız oranı 2,57 iken kontrol grubunda erkek-kız oranı 0,78'dir (10). Kontrol ve çalışma grubu arasında cinsiyet eşleşmesi yapılmamasının sonuçları etkileyebileceği düşünülmüştür. Mizacın birçok faktörün yanı sıra cinsiyete göre de farklılıklar gösterebileceği farklı araştırmacılar tarafından belirtilmiştir (46, 47). Erkek çocuklarda daha yüksek seviyelerde olumsuz duygusallık ve aktivite gözlenebileceği vurgulanmıştır (55). Bu nedenlerle, Rocha ve ark. (2019)'ın yürüttüğü çalışmada kontrol ve çalışma grubu karşılaştırılırken elde edilen bulguların yanlı olabileceği düşünülmüştür (10). Çalışmamızda ise kontrol ve çalışma grubu cinsiyet açısından birebir eşleşmiştir. Böylelikle, cinsiyete bağlı olarak görülebilecek mizaç farklılıklarının çalışmanın sonucuna etki etmesinin önüne geçilmiş, sadece kekemeliğin olup olmamasına göre karşılaştırma yapılmıştır. Söz konusu çalışmaya 7-12 yaş aralığındaki çocuklar dahil edilmiştir; ancak, 7-10 yaş arası

çocuklar için geliştirilen TMCQ (79) kullanılmıştır. TMCQ'nin 11 ve 12 yaş çocuklar için norm referansı yoktur. Çalışmamızda ise 8-11 yaş çocuklar için geliştirilen SATI (82) kullanılmıştır ve çalışmamıza bu yaş aralığından çocuklar dahil edilmiştir. Her iki çalışmada da dışlama kriterleri benzerdir.

Kraft ve ark. (2019) Avustralya'da yürüttükleri çalışmada 2;4-12;6 yaşları arasında, İngilizce konuşan, kekemeliği olan 98 çocuğu değerlendirmiş ve mizaç özellikleri ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Ebeveynler ve klinisyenler çocukların kekemelik şiddetini 8 puanlı skala ile değerlendirmiştir. Mizaç özelliklerinin değerlendirilebilmesi için ebeveynler tarafından CBQ (78) tamamlanmıştır. Çalışmanın sonucunda mizaç alt boyutlarından dışadönüklük ve olumsuz duygulanım ile ebeveyn ve klinisyen kekemelik şiddeti derecelendirmeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çabalı kontrol ile kekemelik şiddeti arasında ise anlamlı bir ilişki gözlenmiştir (106). Çalışmamız ile karşılaştırıldığında, bu çalışmaya hem okul öncesi hem okul çağı kekemeliği olan çocuklar dahil edilmiştir. Bu durum, kekemeliği kronik olan çocuklar ile birlikte kekemeliği iyileşebilecek çocukların da dahil edildiğini göstermektedir. Çalışmada yaşı daha büyük çocuklar sayıca azınlıktadır. Çalışmaya dahil edilen çocukların yaş dağılımlarının farklı olması, elde edilen bulguları etkileyebilmektedir ve yaş değiştikçe mizaç ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişkinin farklılaşıp farklılaşmadığı anlaşılamamaktadır. Çabalı kontrolün yaş ile birlikte gelişeceği göz önünde bulundurulduğunda; yaşamın erken dönemlerinde önemli bir ilişkinin gözlenebileceği; ancak çocuğun yaşı büyüdükçe bu ilişkinin önemli derecede olmayabileceği ifade edilebilir (6). Bu nedenle, daha büyük çocuklarda çabalı kontrol ile kekemelik şiddeti arasında herhangi bir ilişki beklenmeyebilir. Ayrıca, çalışmada kullanılan CBQ 3-7 yaş aralığı için geliştirilmiştir ve bu yaş aralığı için norm referanslıdır. Çalışmaya bu yaş aralığı dışında da çocuklar dahil edilmiştir. Çalışmamıza ise kullanılan ölçeğin geliştirildiği yaş aralığından ve her yaştan yakın sayıda çocuk dahil edilmiştir. Her iki çalışmadaki önemli farklılıklardan biri de kekemelik şiddeti belirlenirken kullanılan yöntemlerdir. Kraft ve ark. (2019), hem ebeveynlerin hem klinisyenlerin 8 puanlı bir skala üzerinde çocukların kekemelik şiddetini düşünerek puanlamalarını istemiştir (106). Farklı ortamlarda yapılan gözlemler sonucu bu puanlamaların yapılması avantaj sağlasa da

bu yöntemde özellikle ebeveynlerin gözlem becerileri, kendi kekemelik şiddeti algıları, kaygı düzeyleri ve kendi mizaçları sonuçları etkileyebilmektedir ve objektif sonuçlar elde edilmesine engel olabilmektedir. Çalışmamızda kullanılan KEŞİDA-4 ise belirli durumlarda elde edilen konuşma ve okuma örnekleri ile yapılandırılmıştır, klinisyen tarafından analizi yapılarak puanlanmıştır.

Ülkemizde Cangi ve Erim (2021) tarafından yürütülen çalışmada, diğer faktörlerin yanı sıra 8-11 yaş aralığında kekemeliği olan ve olmayan çocukların mizaç özelliklerinin karşılaştırılması ve kekemeliği olan çocukların kekemelik şiddeti ile mizaç özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. 32 kekemeliği olan ve 32 kekemeliği olmayan çocuk çalışmaya dahil edilmiştir. Mizaç özelliklerini değerlendirmek için SATI kullanılmış ve kekemelik tanısı KEŞİDA-4 ile konularak kekemelik şiddeti hesaplaması KEŞİDA-4 ile yapılmıştır. Nöropsikiyatrik bozukluk, ek dil ve konuşma bozukluğu olması ve bilişsel fonksiyonu etkileyebilecek ilaç kullanıyor olması dışlama kriteri olarak belirlenmiştir. Olumsuz tepkisellik ve yaklaşma/kaçınma alt boyutlarında kekemeliği olan çocukların anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Kekemelik şiddeti ile mizaç özellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (13). Bu çalışmanın amaçları, çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Her iki çalışmada da aynı yaş grubundan çocuklar ile çalışılmış, çalışma ve kontrol grupları yaş ve cinsiyet açısından eşleşmiş, mizaç özellikleri aynı ölçek ile değerlendirilmiş, kekemelik şiddeti hesaplaması aynı yöntem ile yapılmıştır. Dahil edilme ve dışlama kriterleri ise benzerlik göstermektedir. Her iki çalışmada da mizaç alt boyutlarından aktivite ile KEŞİDA-4 alt başlıklarının tamamı arasında negatif yönde bir ilişki görülmüştür. Cangi ve Erim (2021) çalışmasında bu ilişkiye bakıldığında negatif yönde bir ilişki görülmekle birlikte anlamlı bir ilişki bulunamazken çalışmamızda ise aktivite ile sadece toplam puan arasında negatif yönde zayıf bir anlamlı ilişki görülmüştür (13). Her iki çalışmada da KEŞİDA-4 alt başlıklarından sekonder davranış ile mizaç alt boyutlarından yaptığı işi sürdürebilme, yaklaşma/kaçınma ve aktivite arasında negatif yönde anlamlı olmayan ilişki gözlenmiştir. Çalışmamızda farklı olarak, kekemeliği olan ve olmayan çocuklar mizaç özellikleri açısından karşılaştırıldığında olumsuz tepkisellik ve yaklaşma/kaçınma alt boyutlarında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Çalışmamızda katılımcıların kekemelik

şiddet değerleri paylaşılmıştır. Cangı ve Erim (2021)'in yaptıkları çalışmada, katılımcıların şiddet değerleri paylaşılmadığı için katılımcıların şiddet değerine göre nasıl dağılım gösterdiği anlaşılamamaktadır (13). İki çalışmada elde edilen bazı bulguların farklılaşması katılımcı sayısının farklı olması ile açıklanabilir. Cangı ve Erim (2021) çalışmasındaki katılımcı sayısı çalışmamızdaki sayının yaklaşık yarısıdır (13). Daha küçük sayıdaki örneklem istatistiksel gücün azalmasına neden olacağı için mizaç ve kekemelik arasındaki ilişkiyi incelemede daha büyük örneklemle çalışılması önerilmektedir (104).



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, kekemeliği olan ve olmayan 8-11 yaş arasındaki okul çağı çocukların mizaç özellikleri ve kekemeliği olan çocukların mizaç özellikleri ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmamızın sonucunda;

1. Kekemeliği olan ve olmayan 8-11 yaş arasındaki okul çağı çocukların mizaç özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır.
2. Kekemeliği olan 8-11 yaş arasındaki okul çağı çocukların mizaç özellikleri ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişki incelendiğinde; mizaç alt boyutlarından sadece aktivite ile KEŞİDA-4 alt başlıklarından toplam puan arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Ancak diğer mizaç alt boyutları olan olumsuz tepkisellik, yaptığı işi sürdürebilme ve yaklaşma/kaçınma ile KEŞİDA-4 alt başlıkları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Aktivite ile KEŞİDA-4 alt başlıklarından olan sıklık puanı, süre puanı ve sekonder davranış arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Literatüre bakıldığında, mizaç ve kekemelik alanında yapılan çalışmaların bulguları tutarsızdır ve okul çağı çocuklar ile yapılan çalışmalar daha sınırlı sayıdadır. Kekemeliği olan bireylerin bireysel farklılıklarını ve ihtiyaçlarını anlayabilmek ve buna yönelik olarak uygun müdahale planını oluşturabilmek için daha fazla sayıda ve kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmada, sadece bir ölçekten ve ebeveyn raporlamasından yararlanılması, KEŞİDA-4 kayıtlarının tek bir zaman diliminde alınması, hafif kekemelik şiddeti olan katılımcı sayısının daha fazla olması çalışmanın sınırlılıklarındandır. İleride yapılacak çalışmalarda farklı ölçüm araçlarından yararlanılması, öz değerlendirme ölçekleri ile bilgi alınması, farklı zaman dilimlerinde ve farklı ortamlarda kayıtlar alınması ve katılımcıların kekemelik şiddeti sınıflandırmasında eşit veya yakın sayıda dağılım göstermesi önerilmektedir.

## 7.KAYNAKLAR

1. American Speech Language Hearing Association. (1993). Definitions of communication disorders and variations [Relevant paper]. [Available from: [www.asha.org/policy/](http://www.asha.org/policy/)].
2. American Speech Language Hearing Association (n.d.). Fluency Disorders (Practice Portal). Retrieved 05, 07, 2022 from: [www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/fluency-disorders/](http://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/fluency-disorders/).
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
4. Smith A, Weber C. How stuttering develops: The multifactorial dynamic pathways theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2017;60(9):2483-505.
5. Anderson JD, Pellowski MW, Conture EG, Kelly EM. Temperamental characteristics of young children who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2003;46:1221-33.
6. Eggers K, Millard S, Kelman E. Temperament and the Impact of Stuttering in Children Aged 8–14 Years. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2021;64(2):417-32.
7. Alm PA. Stuttering in relation to anxiety, temperament, and personality: review and analysis with focus on causality. *Journal of Fluency Disorders*. 2014;40:5-21.
8. Kraft SJ, Ambrose N, Chon H. Temperament and environmental contributions to stuttering severity in children: The role of effortful control. *Seminars in Speech and Language*. 2014;35(02):080-94.
9. Eggers K, Luc F, Van den Bergh BR. Temperament dimensions in stuttering and typically developing children. *Journal of Fluency Disorders*. 2010;35(4):355-72.
10. Rocha MS, Yaruss JS, Rato JR. Temperament, executive functioning, and anxiety in school-age children who stutter. *Frontiers in Psychology*. 2019;10:2244.
11. Nicholas A, Yairi E, Mangelsdorf S, Jiang M, Cook F. The temperament of school aged children who stutter: their view. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015;193:323-4.
12. Rodgers NH, Jackson ES. Temperament is linked to avoidant responses to stuttering anticipation. *Journal of Communication Disorders*. 2021;93:106139.
13. Cangi ME, Ahsen E. Comparison of children who do and do not stutter regarding dimensions of temperament, aspects of attention-deficit hyperactivity disorder and anxiety types. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2021;11(61):263-79.
14. Aydın Uysal A, Özdemir RS. Temperamental characteristics of children who stutter and children who recovered stuttering spontaneously. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*. 2019;4(2).

15. Iverach L, Jones M, McLellan LF, Lyneham HJ, Menzies RG, Onslow M, et al. Prevalence of anxiety disorders among children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*. 2016;49:13-28.
16. Boyle MP. Identifying correlates of self-stigma in adults who stutter: Further establishing the construct validity of the Self-Stigma of Stuttering Scale (4S). *Journal of Fluency Disorders*. 2015;43:17-27.
17. Yairi E, Ambrose N. Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*. 2013;38(2):66-87.
18. Ward D. Risk factors and stuttering: Evaluating the evidence for clinicians. *Journal of Fluency Disorders*. 2013;38(2):134-40.
19. Månsson H. Childhood stuttering: Incidence and development. *Journal of Fluency Disorders*. 2000;25(1):47-57.
20. Felsenfeld S, Kirk KM, Zhu G, Statham DJ, Neale MC, Martin NG. A study of the genetic and environmental etiology of stuttering in a selected twin sample. *Behavior Genetics*. 2000;30(5):359-66.
21. 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*. 2002;45:1097-105.
22. Dworzynski K, Remington A, Rijdsdijk F, Howell P, Plomin R. Genetic etiology in cases of recovered and persistent stuttering in an unselected, longitudinal sample of young twins. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2007;16(2):169-78.
23. Reilly S, Onslow M, Packman A, Wake M, Bavin EL, Prior M, et al. Predicting stuttering onset by the age of 3 years: A prospective, community cohort study. *Pediatrics*. 2009;123(1):270-7.
24. Okalidou A, Kampanaros M. Teacher perceptions of communication impairment at screening stage in preschool children living in Patras, Greece. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2001;36(4):489-502.
25. McLeod S, Harrison LJ. Epidemiology of speech and language impairment in a nationally representative sample of 4-to 5-year-old children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2009;52:1213-29.
26. Proctor A, Yairi E, Duff MC, Zhang J. Prevalence of stuttering in African American preschoolers. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2008;51(6):1465-79.
27. McKinnon DH, McLeod S, Reilly S. The prevalence of stuttering, voice, and speech-sound disorders in primary school students in Australia. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. 2007;38:5-15.
28. Van Borsel J, Moeyaert J, Mostaert C, Rosseel R, Van Loo E, Van Renterghem T. Prevalence of stuttering in regular and special school populations in Belgium based on teacher perceptions. *Folia Phoniatica et Logopaedica*. 2006;58(4):289-302.
29. Boyle CA, Boulet S, Schieve LA, Cohen RA, Blumberg SJ, Yeargin-Allsopp M, et al. Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997–2008. *Pediatrics*. 2011;127(6):1034-42.

30. Reilly S, Onslow M, Packman A, Cini E, Conway L, Ukoumunne OC, et al. Natural history of stuttering to 4 years of age: a prospective community-based study. *Pediatrics*. 2013;132(3):460-7.
31. Maviş İ, Louis KOS, Özdemir S, Toğram B. Attitudes of Turkish speech and language therapists toward stuttering. *Journal of Fluency Disorders*. 2013;38(2):157-70.
32. Manning WH, DiLollo A. *Clinical decision making in fluency disorders*. San Diego: Plural Publishing; 2017.
33. Orton ST, Travis LE. Studies in stuttering: IV. Studies of action currents in stutterers. *Archives of Neurology & Psychiatry*. 1929;21(1):61-8.
34. Johnson W. A study of the onset and development of stuttering. *Journal of Speech Disorders*. 1942;7(3):251-7.
35. Johnson W. The onset of stuttering: Research findings and implications. *The Journal of Pediatrics*. 1959;55(4):535.
36. Bloodstein O. Early stuttering as a type of language difficulty. *Journal of Fluency Disorders*. 2002;27(2):163-7.
37. Bloodstein O, Ratner NB, Brundage SB. *A handbook on stuttering*: Plural Publishing; 2021.
38. Perkins WH, Kent RD, Curlee RF. A theory of neuropsycholinguistic function in stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1991;34(4):734-52.
39. Starkweather CW. *Fluency and stuttering*: Prentice-Hall, Inc; 1987.
40. Adams MR. The demands and capacities model I: Theoretical elaborations. *Journal of Fluency Disorders*. 1990;15(3):135-41.
41. Starkweather CW, Gottwald SR. The demands and capacities model II: Clinical applications. *Journal of Fluency Disorders*. 1990;15(3):143-57.
42. Smith A, Kelly E. Stuttering: A dynamic, multifactorial model. *Nature and treatment of stuttering: New directions*. 1997;2:204-17.
43. Ntourou K, Conture EG, Walden TA. Emotional reactivity and regulation in preschool-age children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*. 2013;38(3):260-74.
44. Choi D, Conture EG, Walden TA, Lambert WE, Tumanova V. Behavioral inhibition and childhood stuttering. *Journal of Fluency Disorders*. 2013;38(2):171-83.
45. Jones R, Choi D, Conture E, Walden T. Temperament, emotion, and childhood stuttering. *Seminars in Speech and Language*. 2014;35(02):114-31.
46. Prior M. Childhood temperament. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*. 1992;33(1):249-79.
47. Buss AH, Plomin R. *A temperament theory of personality development*: Wiley-Interscience; 1975.
48. Goldsmith HH, Buss AH, Plomin R, Rothbart MK, Thomas A, Chess S, et al. Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child Development*. 1987:505-29.

49. Buss A, Plomin R. Temperament: Early developing personality traits. . Hillsdale: Lawrence Earlbaum Associates Inc; 1984.
50. Thomas A. Temperament and behavior disorders in children. New York, New York: New York University Press; 1968.
51. Thomas A, Chess S. Temperament and development: Brunner/Mazel; 1977.
52. Rothbart MK. Measurement of temperament in infancy. *Child Development*. 1981;569-78.
53. Rothbart MK. Temperament in childhood: A framework. *Temperament in childhood*. 5973. Chichester, England: Wiley; 1989. p. 59-73.
54. Bates JE. Applications of temperament concepts. 1989.
55. Kohnstamm GA. Temperament in childhood: Cross-cultural and sex differences: John Wiley & Sons; 1989.
56. Strelau J. A regulative theory of temperament. *Australian Journal of Psychology*. 1983;35(3):305-17.
57. Kagan J. Four questions in psychological development. *International Journal of Behavioral Development*. 1980;3(3):231-41.
58. Maziade M. Should adverse temperament matter to the clinician? An empirically based answer. *Temperament in Childhood*. 1989:421–35.
59. Goldsmith H. Studying temperament via construction of the Toddler Behavior Assessment Questionnaire. *Child Development*. 1996;67(1):218-35.
60. Rothbart MK, Ahadi SA, Evans DE. Temperament and personality: origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2000;78(1):122-35.
61. Rueda MR, Rothbart MK. The influence of temperament on the development of coping: The role of maturation and experience. *New Directions for Child and Adolescent Development*. 2009;124:19-31.
62. Starkweather CW. The epigenesis of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*. 2002;27(4):269-88.
63. Ambrose NG, Yairi E, Loucks TM, Seery CH, Throneburg R. Relation of motor, linguistic and temperament factors in epidemiologic subtypes of persistent and recovered stuttering: Initial findings. *Journal of Fluency Disorders*. 2015;45:12-26.
64. Craig A, Tran Y. Fear of speaking: chronic anxiety and stammering. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2006;12(1):63-8.
65. Garcia D, Moradi S. Adolescents' temperament and character: a longitudinal study on happiness. *Journal of Happiness Studies*. 2012;13(5):931-46.
66. Moreira PA, Cloninger CR, Dinis L, Sá L, Oliveira JT, Dias A, et al. Personality and well-being in adolescents. *Frontiers in Psychology*. 2015;5:1494.
67. Zengin-Bolatkale H, Conture EG, Walden TA, Jones RM. Sympathetic arousal as a marker of chronicity in childhood stuttering. *Developmental Neuropsychology*. 2018;43(2):135-51.

68. Kefalianos E, Onslow M, Block S, Menzies R, Reilly S. Early stuttering, temperament and anxiety: Two hypotheses. *Journal of Fluency Disorders*. 2012;37(3):151-63.
69. Brundage SB, Ratner NB, Boyle MP, Eggers K, Everard R, Franken M-C, et al. Consensus Guidelines for the Assessments of Individuals Who Stutter Across the Lifespan. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2021;30(6):2379-93.
70. Carey WB, McDevitt SC. Stability and change in individual temperament diagnoses from infancy to early childhood. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1978;17(2):331-7.
71. Gartstein MA, Rothbart MK. Studying infant temperament via the revised infant behavior questionnaire. *Infant Behavior and Development*. 2003;26(1):64-86.
72. Walker KL, Ammaturo DA, Wright KD. Are we assessing temperament appropriately? the Emotionality Activity Sociability and Impulsivity (EASI) Temperament Scale: a systematic psychometric review. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*. 2017;58(4):316.
73. Goldsmith H, Rothbart MK. Contemporary instruments for assessing early temperament by questionnaire and in the laboratory. *Explorations in temperament*: Springer, Boston, MA; 1991. p. 249-72.
74. Garrison WT, Biggs D, Williams K. Temperament characteristics and clinical outcomes in young children with diabetes mellitus. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1990;31(7):1079-88.
75. Kagan J. Biology and the child. In: Damon W, Eisenberg N, editors. *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development*: John Wiley & Sons, Inc.; 1998. p. 177-235.
76. McManis MH, Kagan J, Snidman NC, Woodward SA. EEG asymmetry, power, and temperament in children. *Developmental Psychobiology*. 2002;41(2):169-77.
77. Vaughn BE, Taraldson BJ, Cuchton L, Egeland B. The assessment of infant temperament: A critique of the Carey Infant Temperament Questionnaire. *Infant Behavior and Development*. 2002;25(1):98-112.
78. Rothbart MK, Ahadi SA, Hershey KL, Fisher P. Investigations of temperament at three to seven years: The Children's Behavior Questionnaire. *Child Development*. 2001;72(5):1394-408.
79. Simonds J, Rothbart MK, editors. *The Temperament in Middle Childhood Questionnaire (TMCQ): A computerized self-report instrument for ages 7–10*. Poster Sess Present Occas Temperament Conf Athens, GA; 2004.
80. Capaldi DM, Rothbart MK. Development and validation of an early adolescent temperament measure. *The Journal of Early Adolescence*. 1992;12(2):153-73.
81. Evans DE, Rothbart MK. Developing a model for adult temperament. *Journal of Research in Personality*. 2007;41(4):868-88.
82. McCloskey SG. The development of the school-age temperament inventory. *Merrill-Palmer Quarterly* 1995;41:271-85.


83. Eremsoy C. How do parental, familial, and child characteristics differentiate conduct-disordered children with and without psychopathic tendencies? (Yayımlanmamış doktora tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara. 2007.
84. Slabach EH, Morrow J, Wachs TD. Questionnaire measurement of infant and child temperament. *Explorations in Temperament*. 1991:205-34.
85. Rothbart MK, Bates JE. Temperament. *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development*. John Wiley & Sons, Inc.; 2006. p. 99–166.
86. Mangelsdorf SC, Schoppe SJ, Buur H. The meaning of parental reports: A contextual approach to the study of temperament and behavior problems in childhood. *Temperament and Personality Development Across the Life Span*. 2000:121-40.
87. Rothbart MK. *Becoming who we are: Temperament and personality in development*. New York, NY: Guilford Press; 2011.
88. Hagekull B, Bohlin G, Lindhagen K. Validity of parental reports. *Infant Behavior and Development*. 1984;7(1):77-92.
89. Carey WB. A simplified method for measuring infant temperament. *The Journal of Pediatrics*. 1970;77(2):188-94.
90. Fowlie GM, Cooper EB. Traits attributed to stuttering and nonstuttering children by their mothers. *Journal of Fluency Disorders*. 1978;3(4):233-46.
91. Singer JM, Fagen JW. Negative affect, emotional expression, and forgetting in young infants. *Developmental Psychology*. 1992;28(1):48.
92. Guitar B. *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
93. Yaruss JS, LaSalle LR, Conture EG. Evaluating stuttering in young children: Diagnostic data. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 1998;7(4):62-76.
94. Riley G, Bakker K. *SSI-4: Stuttering severity instrument*: Pro-Ed Inc.; 2009.
95. Mutlu Aİ, Tırank ŞB, Gündüz B. 6 ve 16 Yaş Okul Çocukları Arasındaki SSI-4-TR/KEŞİDA-4 Dördüncü Baskısının Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*. 2020;3(2):135-44.
96. Rojas R, Iglesias A. Making a case for language sampling: Assessment and intervention with (Spanish-English) second language learners. *The ASHA Leader*. 2009;14(3):10-3.
97. Mayer M. *Frog, where are you?* New York, NY: Dial; 1969.
98. Mayer M. *Frog goes to dinner*. New York, NY: Dial; 1974.
99. Delpeche S, Millard S, Kelman E. The role of temperament in stuttering frequency and impact in children under 7. *Journal of Communication Disorders*. 2022;97:106201.
100. Kefalianos E, Onslow M, Ukoumunne OC, Block S, Reilly S. Temperament and early stuttering development: Cross-sectional findings from a community cohort. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2017;60(4):772-84.

101. Ellis LK, Rothbart M. Early Adolescent Temperament Questionnaire--Revised. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999.
102. Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*. 1987;101(2):213.
103. Kose S, Celikel FC, Akin E, Kaya C, Cumurcu BE, Etikan I, et al. Normative data and factorial structure of the Turkish version of the Junior Temperament and Character Inventory-Revised. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2017;27(1):6-13.
104. Smith KA, Iverach L, O'Brian S, Mensah F, Kefalianos E, Hearne A, et al. Anxiety in 11-year-old children who stutter: Findings from a prospective longitudinal community sample. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2017;60(5):1211-22.
105. Demirpence D, Putnam S. Reliability and validity of the self-report version of the Early Adolescent Temperament Questionnaire–Revised (EATQ-R) Short Form in a Turkish sample. *PsyCh Journal*. 2020;9(1):67-76.
106. Kraft SJ, Lowther E, Beilby J. The role of effortful control in stuttering severity in children: Replication study. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2019;28(1):14-28.



## 8. EKLER

## EK-1. Etik Kurul Onayı

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

Sayı : 16969557-1833  
Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 15 ARALIK 2020 SALI  
Toplantı No : 2020/20  
Proje No : GO 20/962(Değerlendirme Tarihi: 20.10.2020)  
Karar No : 2020/20-08

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Maviş Emel Kulak KAYIKCI'nın sorumlu araştırmacı olduğu, Dr. Öğr. Üyesi M. Çiğdem KIRAZLI ile birlikte çalışacakları ve Kübra MIRALOĞLU'nun yüksek lisans tezi olan, GO 20/962 kayıt numaralı, "Okul Çağı Kekeme Olan Çocukların Mizaç Özellikleri" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 16 Aralık 2020-16 Aralık 2022 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Başkan) 7. Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR (Üye)  
2. Prof. Dr. G. Burça AYDIN (Üye) 8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK (Üye)  
3. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK (Üye) 9. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ (Üye)  
4. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER (Üye) 10. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR (Üye)  
5. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN (Üye) 11. Av. Serap MORALIOĞLU (Üye)  
6. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye)

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
06100 Sıhhiye-Ankara  
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:

## EK-2. Orijinallik Raporu

## OKUL ÇAĞI KEKEMELİĞİ OLAN ÇOCUKLARIN MİZAÇ ÖZELLİKLERİ

## ORJİNALLİK RAPORU

% <b>10</b>	% <b>10</b>	% <b>2</b>	% <b>1</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

## BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<a href="http://openaccess.hacettepe.edu.tr:8080">openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	% <b>2</b>
<b>2</b>	<a href="http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080">www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	% <b>2</b>
<b>3</b>	<a href="http://open.metu.edu.tr">open.metu.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	<a href="http://acikbilim.yok.gov.tr">acikbilim.yok.gov.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>5</b>	<a href="http://www.kekemelikforum.com">www.kekemelikforum.com</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>6</b>	<a href="http://www.anadolupsikiyatri.net">www.anadolupsikiyatri.net</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>7</b>	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	<% <b>1</b>
<b>8</b>	Submitted to Üsküdar Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% <b>1</b>
<b>9</b>	DİKMEER ALTINOĞLU, İkiz, EROL, Neşe and GENÇÖZ, Tülin. "Evlat edinilmiş ve biyolojik	<% <b>1</b>

**EK-3. Dijital Makbuz****Dijital Makbuz**

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

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Kübra Mıraloğlu  
Ödev başlığı: OKUL ÇAĞI KEKEMELİĞİ OLAN ÇOCUKLARIN MİZAÇ ÖZELLİKL...  
Gönderi Başlığı: OKUL ÇAĞI KEKEMELİĞİ OLAN ÇOCUKLARIN MİZAÇ ÖZELLİKL...  
Dosya adı: kubra\_yl\_tez\_turnitin.docx  
Dosya boyutu: 170.62K  
Sayfa sayısı: 41  
Kelime sayısı: 10,296  
Karakter sayısı: 73,968  
Gönderim Tarihi: 13-Haz-2022 10:25ÖÖ (UTC+0300)  
Gönderim Numarası: 1855888988



**EK-4. Onam Formları**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DİL VE  
KONUŞMA TERAPİSİ ANABİLİM DALI  
EBEVEYN İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU-ÇALIŞMA GRUBU**

Değerli katılımcı,

‘Okul Çağı Kekeme Olan Çocukların Mizaç Özellikleri’ başlıklı araştırma Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü öğretim üyesi Doç Dr. Maviş Emel KULAK KAYIKCI (sorumlu araştırmacı), DKT Kübra MİRALOĞLU (yardımcı araştırmacı) ve Dr. Öğr. Üyesi M. Çiğdem KİRAZLI (yardımcı araştırmacı) tarafından yapılmaktadır. Bu çalışmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulu’ndan gerekli izinler alınmıştır.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmanın amacı; 8-11 yaş grubundaki kekeme çocukların mizaç özelliklerini ve mizaç özellikleri ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Bu kapsamda çalışmaya katılmayı kabul ederseniz size, kendiniz ve çocuğunuz hakkında bazı bilgiler almak üzere çeşitli sorular sorulacak ve değerlendirme araçlarıyla değerlendirmeler yapılacaktır. Değerlendirme aşaması yaklaşık 20-40 dakika sürecektir. Değerlendirme aşamasının ardından yüz yüze yapılacak olan değerlendirme ve uygulamalar için araştırmacılar, çocuğunuz gösterilen resimli kitaplar hakkında konuşurken video kaydı alacaktır. Bu işlem yaklaşık 10-15 dakika sürecektir. Sizden 8-11 yaş çocukların mizaç özelliklerini değerlendiren bir ölçek olan ‘‘Okul Çağı Çocukları için Mizaç Ölçeği’’ doldurmanız istenecektir. Bu ölçeği tamamlamanız yaklaşık 10-20 dakika sürecektir.

COVID 19 Pandemisi sebebiyle yüz yüze yapılamayan değerlendirme ve uygulamalar çevrimiçi (bilgisayar, tablet veya telefon aracılığıyla internet üzerinden) sistem üzerinden görüntülü olarak yapılacaktır. Bu amaçla ‘Zoom’ uygulaması ve ‘Google Forms’ kullanılması planlanmaktadır. Yüz yüze veya çevrimiçi olarak yapılan değerlendirme ve uygulamalar için toplamda yaklaşık 40-75 dakikanızı ayırmanız gerekecektir.

Çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular kimlik belirtilmeden öğrenim gören öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikteki yayınlarda kullanılabilir. Elde edilen veriler belirtilen amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için ek ödeme de yapılmayacaktır. Çalışma içerisinde uygulanacak aşamaların hiçbirinde herhangi bir risk bulunmamaktadır.

Çalışmaya katılan aileler ve çocuklardan elde edilen verilere göre kekemeliği olan çocukların ailelerine gerekli önerilerin verilmesi sağlanacaktır.

Sizin çalışmaya katılımınızı sağlamada ya da Hacettepe Üniversitesi Hastanesi’ndeki araştırmacıyla ilişkiniz olumsuz yönde etkilenmeden istediğiniz an çalışmadan çıkabilirsiniz. Kararınız herhangi bir kayıpla sonlanmayacaktır.

***(Katılımcının Beyanı)***

Doç. Dr. Maviş Emel Kulak Kayıkcı tarafından yürütülen, DKT Kübra MİRALOĞLU ve Dr. Öğr. Üyesi M. Çiğdem KİRAZLI’nın yardımcı araştırmacı olduğu ‘Okul Çağı Kekeme Olan Çocukların Mizaç Özellikleri’ ile ilgili çalışma hakkında bana bilgi verildi. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya ‘katılımcı’ olarak davet edildim.

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

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

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma ile ilgili sorularım için Doç. Dr. Maviş Emel Kulak Kayıkcı ( ), DKT Kübra MİRALOĞLU ( ) ve Dr. Öğr. Üyesi M. Çiğdem KİRAZLI ( ) ile temas edebileceğim bana bildirildi. İstedğim zaman araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum.

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

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

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

#### **Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

#### **Görüşme tanığı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

#### **Katılımcı ile görüşen araştırmacı**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza:

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DİL VE  
KONUŞMA TERAPİSİ ANABİLİM DALI  
ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN ÇOCUK RIZA FORMU-ÇALIŞMA  
GRUBU**

Sevgili Katılımcı,

Benim adım Kübra MİRALOĞLU. Akıcı konuşma bozukluğu olan çocukların mizaç özelliklerini ve bu özelliklerin akıcı konuşma bozukluğu şiddeti ile ilişkisini araştırıyoruz. Araştırma ile yeni bilgiler öğreneceğiz. Bu araştırmaya katılmanı öneriyoruz.

Araştırmayı ben, Doç. Dr. Maviş Emel KULAK KAYIKCI ve Dr. Öğr. Üyesi M. Çiğdem KİRAZLI birlikte yapıyoruz. Bu araştırmaya katılacak olursan sana göstereceğimiz resimli kitaplar hakkında konuşmanı isteyeceğiz. Bu sırada senin video kaydını alacağız. Bu işlem yaklaşık 10-15 dakika sürecektir. Bu araştırmanın sonuçları senin gibi akıcı konuşma bozukluğu olan çocuklar için yararlı bilgiler sağlayacaktır. Bu araştırmanın sonuçlarını başka dil ve konuşma terapistlerine de söyleyeceğiz, sonuçları bildireceğiz ama senin adını söylemeyeceğiz.

Bu araştırmaya katılıp katılmamak için karar vermeden önce anne ve baban ile konuşup onlara danışmalısın. Onlara da bu araştırmadan bahsedip onaylarını/izinlerini alacağız. Anne ve baban tamam deseler bile sen kabul etmeyebilirsin. Bu araştırmaya katılmak senin isteğine bağlı ve istemezsen katılmazsın. Bu nedenle hiç kimse sana kızmaz ya da küsmez. Önce katılmayı kabul etsen bile sonradan vazgeçebilirsin, bu tamamen sana bağlı. Kabul etmediğin durumda da dil ve konuşma terapistleri değerlendirme ve diğer işlemlerde sana önceden olduğu gibi iyi davranır, önceye göre farklılık olmaz.

Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek olan soruları istediğin zaman bana sorabilirsin. Telefon numaram ve adresim bu kağıtta yazıyor. Bu araştırmaya katılmayı

kabul ediyorsan aşağıya lütfen adını ve soyadını yaz ve imzanı at. İmzaladıktan sonra sana ve ailene bu formun bir kopyası verilecektir.

Çocuğun adı, soyadı:

Çocuğun imzası:

Tarih:

Velisinin adı, soyadı:

Velisinin imzası:

Tarih:

Araştırıcının adı, soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DİL VE  
KONUŞMA TERAPİSİ ANABİLİM DALI  
EBEVEYN İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU-KONTROL GRUBU**

Değerli katılımcı,

‘Okul Çağı Kekeme Olan Çocukların Mizaç Özellikleri’ başlıklı araştırma Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü öğretim üyesi Doç Dr. Maviş Emel KULAK KAYIKCI (sorumlu araştırmacı), DKT Kübra MİRALOĞLU (yardımcı araştırmacı) ve Dr. Öğr. Üyesi M. Çiğdem KİRAZLI (yardımcı araştırmacı) tarafından yapılmaktadır. Bu çalışmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulu’ndan gerekli izinler alınmıştır.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmanın amacı; 8-11 yaş grubundaki kekeme çocukların mizaç özelliklerini ve mizaç özellikleri ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Bu kapsamda çocuğunuz çalışmaya dahil edildiğinde kontrol grubuna tipik gelişim gösteren sağlıklı çocuk olarak dahil edilecektir. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz size, kendiniz ve çocuğunuz hakkında bazı bilgiler almak üzere çeşitli sorular sorulacak ve değerlendirme araçlarıyla değerlendirmeler yapılacaktır. Değerlendirme aşaması yaklaşık 20-40 dakika sürecektir. Değerlendirme aşamasının ardından yüz yüze yapılacak olan değerlendirme ve uygulamalar için araştırmacılar, çocuğunuz gösterilen resimli kitaplar hakkında konuşurken video kaydı alacaktır. Bu işlem yaklaşık 10-15 dakika sürecektir. Sizden 8-11 yaş çocukların mizaç özelliklerini değerlendiren bir ölçek olan ‘‘Okul Çağı Çocukları için Mizaç Ölçeği’’ doldurmanız istenecektir. Bu ölçeği tamamlamanız yaklaşık 10-20 dakika sürecektir.

COVID 19 Pandemisi sebebiyle yüz yüze yapılamayan değerlendirme ve uygulamalar çevrimiçi (bilgisayar, tablet veya telefon aracılığıyla internet üzerinden) sistem üzerinden görüntülü olarak yapılacaktır. Bu amaçla ‘Zoom’ uygulaması ve ‘Google Forms’ kullanılması planlanmaktadır. Yüz yüze veya çevrimiçi olarak yapılan değerlendirme ve uygulamalar için toplamda yaklaşık 40-75 dakikanızı ayırmanız gerekecektir.

Çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular kimlik belirtilmeden öğrenim gören öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikteki yayınlarda kullanılabilir. Elde edilen veriler belirtilen amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için ek ödeme de yapılmayacaktır. Çalışma içerisinde uygulanacak aşamaların hiçbirinde herhangi bir risk bulunmamaktadır.

Çalışmaya katılan aileler ve çocuklardan elde edilen verilere göre kekemeliği olan çocukların ailelerine gerekli önerilerin verilmesi sağlanacaktır.

Sizin çalışmaya katılımınızı sağlamada ya da Hacettepe Üniversitesi Hastanesi’ndeki araştırmacıyla ilişkiniz olumsuz yönde etkilenmeden istediğiniz an çalışmadan çıkabilirsiniz. Kararınız herhangi bir kayıpla sonlanmayacaktır.

***(Katılımcının Beyanı)***

Doç. Dr. Maviş Emel Kulak Kayıkcı tarafından yürütülen, DKT Kübra MİRALOĞLU ve Dr. Öğr. Üyesi M. Çiğdem KİRAZLI’nın yardımcı araştırmacı olduğu ‘Okul Çağı Kekeme Olan Çocukların Mizaç Özellikleri’ ile ilgili çalışma hakkında bana bilgi verildi. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya ‘katılımcı’ olarak davet edildim.

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

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

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma ile ilgili sorularım için Doç. Dr. Maviş Emel Kulak Kayıkcı ( [REDACTED] ), DKT Kübra MİRALOĞLU ( [REDACTED] ) ve Dr. Öğr. Üyesi M. Çiğdem KİRAZLI ( [REDACTED] ) ile temas edebileceğim bana bildirildi. İstedğim zaman araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum.

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

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

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

**Görüşme tanığı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

**Katılımcı ile görüşen**

**araştırmacı**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DİL VE  
KONUŞMA TERAPİSİ ANABİLİM DALI  
ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN ÇOCUK RIZA FORMU-KONTROL  
GRUBU**

Sevgili Katılımcı,

Benim adım Kübra MİRALOĞLU. Akıcı konuşma bozukluğu olan çocukların mizaç özelliklerini ve bu özelliklerin kekemelik şiddeti ile ilişkisini araştırıyoruz. Araştırma ile yeni bilgiler öğreneceğiz. Bu araştırmaya katılmanı öneriyoruz.

Araştırmayı ben, Doç. Dr. Maviş Emel KULAK KAYIKCI ve Dr. Öğr. Üyesi M. Çiğdem KİRAZLI birlikte yapıyoruz. Bu araştırmaya katılacak olursan sana göstereceğimiz resimli kitaplar hakkında konuşmanı isteyeceğiz. Bu sırada senin video kaydını alacağız. Bu işlem yaklaşık 10-15 dakika sürecektir. Bu araştırmanın sonuçları akıcı konuşma bozukluğu olan çocuklar için yararlı bilgiler sağlayacaktır. Bu araştırmanın sonuçlarını başka dil ve konuşma terapistlerine de söyleyeceğiz, sonuçları bildireceğiz ama senin adını söylemeyeceğiz.

Bu araştırmaya katılıp katılmamak için karar vermeden önce anne ve baban ile konuşup onlara danışmalısın. Onlara da bu araştırmadan bahsedip onaylarını/izinlerini alacağız. Anne ve baban tamam deseler bile sen kabul etmeyebilirsin. Bu araştırmaya katılmak senin isteğine bağlı ve istemezsen katılmazsın. Bu nedenle hiç kimse sana kızmaz ya da küsmez. Önce katılmayı kabul etsen bile sonradan vazgeçebilirsin, bu tamamen sana bağlı. Kabul etmediğin durumda da dil ve konuşma terapistleri değerlendirme ve diğer işlemlerde sana önceden olduğu gibi iyi davranır, önceye göre farklılık olmaz.

Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek olan soruları istediğin zaman bana sorabilirsin. Telefon numaram ve adresim bu kağıtta yazıyor. Bu araştırmaya katılmayı

kabul ediyorsan aşağıya lütfen adını ve soyadını yaz ve imzanı at. İmzaladıktan sonra sana ve ailene bu formun bir kopyası verilecektir.

Çocuğun adı, soyadı:

Çocuğun imzası:

Tarih:

Velisinin adı, soyadı:

Velisinin imzası:

Tarih:

Araştırıcının adı, soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**EK-5. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Dil ve Konuşma Terapisi Ünitesi Pediatrik Değerlendirme Formu**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ  
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ÜNİTESİ  
PEDIATRİK DEĞERLENDİRME FORMU**

<b>Şehir:</b>	<b>Yaş:</b>		<b>Yıl</b>	<b>Ay</b>	<b>Gün</b>
		<b>Değerlendirme Tarihi:</b>			
		<b>Doğum Tarihi</b>			
		<b>Kronolojik Yaş:</b>			
<b>Cinsiyet: K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/></b>					
<b>DKT:</b>	<b>Eşlik eden kişi:</b>	<b>Yönlendirilen</b>	<b>Bölüm:</b>		
	<b>Yakınlık Derecesi:</b>	<b>Var <input type="checkbox"/></b>	.....		
		<b>Yok <input type="checkbox"/></b>			
<b>Ön Tanı:</b>	<b>Yaş ve Meslek:</b>				
<b>Var <input type="checkbox"/></b> .....	<b>Anne:</b>				
<b>Yok <input type="checkbox"/></b>	<b>Baba:</b>				
<b>1. BAŞVURU NEDENİ:</b>					
-----					
-----					
-----					
-----					
<b>Daha önce başvurulmuş bölümler:</b>					
Hacettepe: -----					
-----					
Dış merkez: -----					
-----					

## 2. TIBBİ HİKAYE

### PRENATAL BİLGİLER

Gebelik Yaşı: -----  
-----

Planlı/ Plansız Gebelik: -----  
-----

Akraba Evliliği: Var      Yok

Annenin İlaç Kullanımı: -----  
-----

Geçirdiği Hastalıklar: -----  
-----

Travma/Kaza: -----  
-----

Düşük Tehdidi:-----  
----- Diğer: -----  
-----

### NATAL BİLGİLER

Gebelik Süresi: -----  
-----

Doğum şekli: -----  
-----

Doğum Ağırlığı: -----  
-----

Anoksi: -----  
-----

Hiperbilirubinemi: -----  
-----

Kan Transfüzyonu: -----  
-----

### POSTNATAL BİLGİLER

Ateşli hastalık: -----  
-----

Geçirilen Ameliyatlar: -----  
-----

Kulak enfeksiyonu: ----- -----	İşitme taraması: Geçti Kaldı Yapılmadı
Kaza/travma: ----- -----	En son işitme testi tarihi: ----- -----
Göz problemi: ----- -----	Sonucu: -----
Düzenli İlaç Kullanımı: -----	
Alerji: ----- -----	

### 3. GELİŞİM ÖYKÜSÜ

#### MOTOR GELİŞİM

Emekleme: -----  
-----

Oturma: -----  
-----

Yürüme: -----  
-----

Koşma (sık düşme, denge kuramama vb. sorunlar?): -----  
-----

Salya kontrolü (2yaştan sonra devam eden?): -----  
-----

Emme ile ilgili sorunlar (emmenin reddi?): -----  
-----

Çiğneme ile ilgili sorunlar (katı gıdaya geçiş sorunları?): -----  
-----

Yutma ile ilgili sorunlar (farklı kıvamlarda sorunlar?): -----  
-----

Beslenme tercihi (tek tip beslenme?): -----  
-----

Tuvalet alışkanlığı: -----  
-----



**DİL GELİŞİMİ****Sözel olmayan beceriler:**

Göz kontağı (var, yok, sınırlı?): -----  
-----

Jest, mimik kullanımı (işaret etme, baş baş – bay bay yapma, öpücük atma): -----  
-----

İletişim başlatma-sürdürme: -----  
-----

Ortak ilgi kurma: -----  
-----

Aileden alınan bilgi/ klinik gözlem bulguları: -----  
-----

**Sözel beceriler:*****İlk 1 yıl;***

Vokalizasyon (yoğun, sınırlı?): -----  
-----

Babıldama (yoğun, sınırlı?): -----  
-----

***1 yaş sonrası;***

İlk sözcük üretim zamanı: -----  
-----

Ürettiği Sözcükler (kaybettiği sözcükler?): -----  
-----

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

**Şuanki iletişim düzeyi:**

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

**Konuşma anlaşılabilirliği** (anne babadan başka kimse anlamıyor?): düşük normal

**Konuşma sırasında gözlenen akıcısızlık/ takılmalar:** var yok

örnek: -----

### Sosyal- Duygusal Gelişimi

Çocuğunuzun kişiliğini birkaç sözcük ile tanımlayınız: -----

-----

Sinirli / Saldırgan  İlgisiz  Sakin  İçine kapanık

Dikkati dağınık  Aşırı hareketli

### Günlük Yaşama ilişkin bilgiler:

Bakım veren:

Anne

Anneanne

Babaanne

Bakıcı

Kreş bilgileri:

Yarım gün

Tam gün

Gitmiyor

Oyun grubu

Akranlarıyla etkileşim:

Süre (günlük): -----

-----

TV, tablet, telefon kullanımı:

Süre (günlük): -----

-----

Çocuk ile oyun oynama:

Süre (günlük): -----

-----

Çocuk ile kitap okuma:

Süre (günlük): -----

-----

Çocuğunuzun tercih ettiği oyuncaklar: -----

-----

### 4. GÖRÜŞ

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

Tıbbi değerlendirme:

KBB

Pediyatri

Çocuk ruh sağlığı

Plastik R. Cerrahi

Diğer

Odyolojik değerlendirme

Genel gelişim

Denver

AGTE

Dil gelişimi

TEDİL

TODİL

Konuşma sesi bozukluğu

AAT

SST

DDY Form

Oral Motor Değerlendirme Formu

Ses Bozukluğu Değerlendirme Formu

Akıcı Konuşma Bozukluğu Değerlendirme Formu

Motor Konuşma Bozukluğu Formu

Yutma Değerlendirme Formu

Oral Motor Değerlendirme Formu

### **1. KONSEY**

Çocuğunuz aşağıda uygun görülen konseye dahil edilmiştir:

Pediyatri konseyi

DDY konseyi

Ses konseyi

Diğer

**KONSEY NOTU**

---

---

---

---

---

**2. DEĞERLENDİRME**

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

Değerlendirme sonucu: -----  
-----  
-----

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

Değerlendirme sonucu: -----  
-----  
-----

**Değerlendirmeye ilişkin ek bilgi:**

---

---

---

**3. ÖNERİLER**

---

---

---

**EK-6. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Dil ve Konuşma Terapisi Ünitesi Akıcı Konuşma Bozukluğu Çocuk Değerlendirme Formu**

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

<b>Uygulayıcının Adı-soyadı:</b>	<b>Değerlendirme Tarihi:</b> ___/___/___ <b>Doğum Tarihi:</b> ___/___/___ <b>Yaş:</b> _____	<b>Tarih:</b> ___/___/___ <b>Cinsiyet: K E</b>
<b>Eşlik Eden Kişi:</b>	<b>Yaş ve Meslek</b> <b>Anne:</b> <b>Baba:</b>	<b>Eğitim Düzeyi:</b> <b>Eğitim Düzeyi:</b>
<b>Şehir:</b>	<b>Sınıfı:</b>	
<b>KEKEMELİK BİLGİLERİ</b>  Başlangıç yaşı:  Başlangıcına ilişkin bilgi:  Nedeni:	<b>KEKEMELİĞE İLİŞKİN TEPKİLER, DÜŞÜNCELER</b>  Aile:  Kendisi:	<b>DAHA ÖNCE YAPILAN BAŞVURULAR, TERAPİLER</b>

<p>Kekemeliğin tanımı:</p> <p>Kekemeliğin zaman içindeki seyri:</p> <p>Artarak <input type="checkbox"/></p> <p>Azalarak <input type="checkbox"/></p> <p>Dalgalı <input type="checkbox"/></p> <p>Sürekli <input type="checkbox"/></p> <p>Kekemelik tipi seyri (sözcük içi,sözcükler arası)</p> <p>Ailede AKB geçmişi:</p> <p>Ailede dil, konuşma, ses ve yutma bozukluğu geçmişi:</p>	<p>Arkadaş:</p> <p>Öğretmen, okul:</p> <p>Başlangıçtan bu yana kekelememek için geliştirilen tutum ve davranışlar (ikincil davranışlar vb)</p>	<p>Kekelemenin ortama, duruma, yakınlığa göre değişimi:</p> <p>Başka bir dil, konuşma, ses ve yutma sorunu bilgisi:</p>
--	--	---

KLİNİK İÇİ KONUŞMA					
Toplam	sözcük				
sayısı:					
Kekelenen	sözcük				
sayısı:					
Kekelenen	sözcük	%			
yüzdesi:					
<b>Tekrarlam</b>	Ses		Sözcük başı		Sözcük ortası
<b>a</b>					
	Hece		Sözcük başı		Sözcük ortası
	Sözcük		Cümle başı		Cümle ortası
<b>Uzatma</b>	Ünlü sesler		Sözcük başı		Sözcük ortası
	Ünsüz sesler		Sözcük başı		Sözcük ortası
<b>Ekleme</b>	Ses		Sözcük başı		Sözcük ortası
	Hece		Sözcük başı		Sözcük ortası
	Sözcük		Cümle başı		Cümle ortası
<b>Bloklar</b>	Ünlü sesler		Sözcük başı		Sözcük ortası
	Ünsüz sesler		Sözcük başı		Sözcük ortası
<b>Konuşmada görülen ikincil davranışlar</b>					

<b>KLİNİK İÇİ OKUMA</b>					
Toplam sözcük sayısı:					
Kekelenen sözcük sayısı:					
Kekelenen sözcük yüzdesi:		%			
<b>Tekrarlam</b> <b>a</b>	Ses		Sözcük başı		Sözcük ortası
	Hece		Sözcük başı		Sözcük ortası
	Sözcük		Cümle başı		Cümle ortası
<b>Uzatma</b>	Ünlü sesler		Sözcük başı		Sözcük ortası
	Ünsüz sesler		Sözcük başı		Sözcük ortası
<b>Ekleme</b>	Ses		Sözcük başı		Sözcük ortası
	Hece		Sözcük başı		Sözcük ortası
	Sözcük		Cümle başı		Cümle ortası
<b>Bloklar</b>	Ünlü sesler		Sözcük başı	Sözcük ortası	Cümle başı
	Ünsüz sesler		Sözcük başı	Sözcük ortası	Sözcük ortası
<b>Okumada görülen ikincil davranışlar</b>					



## EK-7. Okul Çağı Çocukları için Mizaç Ölçeği Örnek Maddeleri

### Okul Çağı Çocukları için Mizaç Ölçeği (School-Age Temperament Inventory)

Lütfen aşağıdaki ölçeği kullanarak çocuğunuzun belirtilen davranışı ne sıklıkla yaptığını, her ifadenin karşısındaki uygun rakamı daire içine alarak belirtiniz.

HİÇBİR ZAMAN 1	NADİREN 2	ZAMAN ZAMAN 3	SIKLIKLA 4	HER ZAMAN 5
-------------------	--------------	------------------	---------------	----------------

	HİÇBİR ZAMAN	NADİREN	ZAMAN ZAMAN	SIKLIKLA	HER ZAMAN
<b>1.Evin içinde bir odadan diğerine giderken sessizce hareket eder.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
2.Aradığı birşeyi bulamadığında sinirlenir.	1	2	3	4	5
<b>3.Tanımaya bile kendi yaşındaki diğer çocuklara yaklaşır.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4.Başladığı bir işi bitirmeden diğerine geçer.	1	2	3	4	5
<b>5.Aynı fikri paylaşmadığında bunu sessiz ve sakin bir tavırla ifade eder.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.Arkadaşlarının araması veya gelmesi nedeniyle ara verdiği sorumluluklarına (ev ödevi, ev işi gibi), onlar gittikten sonra devam eder.	1	2	3	4	5
<b>7. Evine gelen tanımadığı yetişkinlere karşı güler yüzlüdür.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
8. Hatırlatılmadığı sürece ödevlerini tamamlamaz.	1	2	3	4	5

## EK-8. Okul Çağı Çocukları için Mizaç Ölçeği İzin Belgesi

Subject: Re: Okul Çağı Çocukları için Mizaç Ölçeği  
To: KUBRA MIRALOGLU -  
Date: 08/22/20 01:06 PM  
From: ekin eremsoy -

Merhaba,

Şu an İstanbul'da olmadığımın göndermem mümkün değil. Eylül başı yeniden yazarsanız tabii ki atarım

Kolaylıklar dilerim

22 Ağu 2020 Cmt, saat 13:05 tarihinde KUBRA MIRALOGLU şunu yazdı:  
Merhaba Ekin Hanım,

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı'nda Doç. Dr. Maviş Emel Kulak Kayıkcı ve Klinik Psikolog Dr. Öğr. Üyesi M. Çiğdem KIRAZLI ile yürüteceğim yüksek lisans tez çalışmasında kekeme çocuklarda mizaç özelliklerini araştırmayı planlıyoruz. Okul Çağı Çocukları için Mizaç Ölçeği'ni kullanmak istiyoruz. Ölçeği ve ölçeğin yorumlanması ile ilgili bilgileri paylaşabilir misiniz?

Saygılarımla,

Kübra Miraloğlu  
Dil ve Konuşma Terapisti,  
Araştırma Görevlisi  
Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hacettepe Üniversitesi  
Sıhhiye 6100 Ankara, TÜRKİYE



ekin eremsoy

28.09.2020 (Pzt), 21:00

KUBRA MIRALOGLU

Tümünü yanıtla



SATI PUANLAMA BİLGİ...

14 KB

İndir

Kübra hanım merhaba,

Ekte bilgileri gönderiyorum. Forma ihtiyacınız varsa onu da ararım

Kolay gelsin, geciktim kusura bakmayın

Ekin

## 9.ÖZGEÇMİŞ