

150900

T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

150900

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA KEKEMELİKTE EŞ ZAMANLI  
PSİKİYATRİK TANILAR İLE AİLEDEKİ DUYGU İFADESİ  
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. NUŞİN BİLGİN

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. MERAL BERKEM

İSTANBUL, 2006

# İÇİNDEKİLER

Safya

Önsöz.....	iii
Özet.....	iv
İngilizce Özet (Abstract).....	v
Kısaltmalar Dizini.....	vi
Tablolar Dizini.....	vii
Şekiller Dizini.....	viii
<b>1. Giriş Ve Amaç</b>	
1.1. Giriş.....	1
1.2. Amaçlar.....	3
<b>2. Genel Bilgiler</b>	
2.1. Konuşma Akıcılığı ve Kekemelik	
2.1.1. Konuşma Akıcılığı ve Kekemeliğin Tanım ve Sınıflandırması .....	4
2.1.2. Tarihçe .....	8
2.1.3. Sıklık ve Yaygınlık.....	8
2.1.4. Kekemeliğin Oluş Nedenleri .....	10
2.1.4.1. Psikanalitik ve Bilişsel-Davranışçı Görüşler .....	10
2.1.4.2. Nörobiyolojik Mekanizmalar.....	11
2.1.4.3. Çevresel Etmenler.....	15
2.1.5. Tanı ve Klinik Özellikler .....	15
2.2. Kekemelik ve Eş Zamanlı Bulunan Diğer Psikiyatrik Tanılar.....	17
2.2.1. Kekemelik ve Psikopatolojiye Yatkınlık .....	17
2.2.2. Kekemelik ve Eş Zamanlı Diğer Psikiyatrik Tanıları İnceleyen Araştırmalar.....	18
2.3. Ailedeki Duygu İfadesinin Psikopatoloji Oluşmunda ve Psikopatolojinin Süregenleşmesindeki Rolü .....	22
<b>3. Gereç ve Yöntem</b>	
3.1. Örneklem Seçimi.....	24
3.2. Kullanılan Ölçekler ve Değerlendirmeler .....	24
3.3. Çalışma Deseni ve Uygulamalar .....	27

3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi .....	28
<b>4. Bulgular</b>	
4.1. Çalışmaya Katılan Çocuk ve Ebeveynlerin Genel Özellikleri .....	29
4.2. Çalışmada Kullanılan Değerlendirme Araçlarının Analizleri .....	32
<b>5. Tartışma</b>	
5.1. Genel Değerlendirme .....	39
5.2. Elde Edilen Bulguların Değerlendirilmesi ve Önceki Çalışma Bulguları İle Karşılaştırılması .....	42
5.3. Araştırmanın Kısıtlılıkları .....	45
<b>6. Sonuçlar ve Öneriler</b>	
6.1. Sonuçlar .....	46
6.2. Öneriler .....	47
<b>7. Kaynaklar .....</b>	<b>49</b>
<b>8. Ekler</b>	
8.1. Hasta Bilgilendirme Formu .....	64
8.2. Hasta Onay Formu .....	65
8.3. Sosyodemografik Bilgi Formu .....	66
8.4. 4-18 yaş Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği .....	68
8.5. Çocukluk Depresyonu Derecelendirme Ölçeği .....	72
8.6. Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Sürekli Kaygı Ölçeği .....	75
8.7. Duygu İfadesi Ölçeği .....	76
8.8. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Çocuk Formu (8-12 yaş) .....	77
8.9. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn Formu (8-12 yaş) ...	79
8.10. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Çocuk Formu (13-18 yaş) ...	81
8.11. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn Formu (13-18 yaş)	83
8.12. Belirti Tarama Listesi-90 .....	85
<b>9. Araştırma Etik Kurul Onayı .....</b>	<b>89</b>

## ÖNSÖZ

Tez çalışmam ve tüm uzmanlık eğitimim süresince deneyimlerini, öneri ve desteklerini esirgemeyen ve dinamizmi ile her zaman örnek olan değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Meral Berkem'e,

Uzmanlık eğitimim süresince zihin ve bilim perspektifime derinlikler kazandıran ve deneyimlerini her zaman tüm içtenliği ile paylaşan değerli hocam Prof. Dr. Yankı Yazgan'a,

Her konuda desteğini ve güvenini yanımda hissettiğim, beraber çalışmanın benim için büyük bir şans olduğunu düşündüğüm sevgili hocam Doç. Dr. Ayşe Rodopman Arman'a,

Bu tezin gerçekleşmesi aşamasında hep destek olup güç veren ve verilerin istatistiksel değerlendirmesinde büyük emeği geçen sevgili Ceyda Dedeoğlu'na,

Tez çalışmasının uygulaması aşamasında bana gerekli desteği ve mekanı sağlayan Atatürk Sağlık Ocağı Hekimleri ve Yardımcı Personeline,

Dostlukları sayesinde birçok güçlüğü atlatmamı sağlayan Dr. Beril Taşkın ve Uzman Dr. Neşe Fiş ve diğer tüm asistan ve uzman arkadaşlarıma,

Araştırmanın gerçekleşmesini desteklemiş tüm katılımcılara,

Bu zorlu geçen son yılımda desteklerini tüm içtenliği ile paylaşan sevgili arkadaşlarım Dr. Aytül ve Koray Karabekiroğlu, Özlem, Recep, Ece ve Celal'e

Bu tezi oluşturma aşamasına gelmemde emeği geçmiş olan Mehmet Celadet Elçi'ye ve sevgili Annem başta olmak üzere her zaman desteklerini yanımda hissettiğim tüm kardeşlerim ve kuzenime içten teşekkür ederim.

*Sözcüklerin özgürce dile getirilmesi için mücadele edenlere ve Rahmetli Babam'a*

Temmuz 2006

Dr. Nuşin Bilgin

## ÖZET

Bu araştırmada çocukluk çağında ortaya çıkan gelişimsel kekemelik ile eş zamanlı görülebilecek diğer psikopatolojik durumların yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ile saptanması ve bu tanıları ile ailedeki duygu ifadesi ve anne psikopatolojik belirti düzeyi arasındaki ilişkiselliğin incelenmesi amaçlanmıştır.

Kekemelik grubu; Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde DSM-IV tanı ölçütlerine göre kekemelik tanısı ile takip ve tedavi altına alınmış 7-16 ( $10.11 \pm 2.66$ ) yaş arası rasgele örnekleme ile seçilmiş 44 çocuk ve ergenden oluşturulmuştur [Erkek: 34 (%77.3), Kız: 10 (%22.7)]. Kekemelik olguları, yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik profili benzer olan 45 çocuk ve ergenden oluşan kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Çocuklardaki psikiyatrik tanıların varlığı Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu kullanılarak araştırılmıştır. Çocuklara Çocukluk Depresyonu Derecelendirme Ölçeği, Çocuklar İçin Durumluk Sürekli Kaygı Envanterinin Sürekli Kaygı Ölçeği, Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmış; ebeveynlere de Çocukların Davranış Değerlendirme Ölçeği, Duygu İfade Ölçeği, Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeğinin ebeveyn formu ve ayrıca annelere Belirti Tarama Listesi-90 verilmiştir. Sosyodemografik verilerin parametrik olmayan ölçümleri Pearson Ki-kare ve Fisher Exact Testi; normal dağılımın olduğu ölçümler ise varyans analizi ve Pearson korelasyonu ile ölçülmüştür. Farklı ölçümlerde gruplar arası değerlendirmeler çoklu varyans analizi ve anlamlı korelasyon gösteren değişkenler ise daha sonra oluşturulan gruplarla, tek yönlü varyans analizi ile test edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre kekemelik eş zamanlı tanı varlığını üç kat daha fazla artırmaktadır (kekemelik grubunda %61.4, kontrol grubunda %22.2;  $p < .001$ ). Eş zamanlı tanı varlığının özellikle depresyon belirtilerinde istatistiki olarak anlamlı yükselmeye sebep olduğu bulunmuştur. Ailedeki duygu ifadesinin kekemelik ve kontrol grubu arasında belirgin farklılık gösterdiği saptanmıştır. Ancak eş zamanlı tanı varlığının, ailedeki duygu ifadesinde; istatistiki anlam taşımayan görece bir yükseklik oluşturduğu gözlenmiştir.

Kekemelikte eş zamanlı psikiyatrik tanı varlığı ve bunun aile üzerindeki etkileri dikkatle incelenmelidir. Ailedeki duygu ifadesinin çocuğu olumsuz etkilemesini engelleyecek çevre düzenlemeleri yapılması ve eş zamanlı tanıları doğru yaklaşım ve tedavi uygulamaları da, yaşam boyu hayat kalitesini artıracaktır.

**Anahtar kelimeler: kekemelik, eş zamanlı psikiyatrik tanı, duygu ifadesi**



## ABSTRACT

The aims of this study are first, to evaluate the comorbidity of childhood onset developmental stuttering with other psychiatric disorders using a semi-structured clinical interview, and second, to define the relationship between these disorders and the expressed emotions of the family and these and the mother's psychopathological symptom level.

The stuttering group was selected randomly from stuttering outpatients who had been admitted to Marmara University School of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry and who had been diagnosed according to DSM-IV diagnostic assessment. These 44 children and adolescents [Boy: 37 (77.3%), Girl: 10 (22.7%)] were aged between 7-16 ( $10.11 \pm 2.66$ ). The control group consisted of 45 children and adolescents who were similar in age, gender and socioeconomic level. The psychiatric diagnosis of children was evaluated using the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Kiddie-SADS-Lifetime Version (K-SADS-PL), Children's Depression Rating Scale, Trait part of State-Trait Anxiety Inventory for Children and Pediatric Quality of Life Inventory were applied to children, while Child Behaviour Check-List, Expressed Emotion Questionnaire and parent form of Pediatric Quality of Life Inventory were applied to parents. Symptom Check List-90 was applied only to mothers. Differences between the non parametric socio-demographic variables were tested by Pearson Chi Square Test. Fischer Exact Test was used in 2x2 matrixes. Pearson Correlation and Analysis of Variance were used for the variables with normal distribution. Multivariate Analyses of Variance (Manova) was used in order to test the group differences in several measures. One-way Analyses of Variance (Anova) was also done in those, which revealed significant differences in Manova. For the variables which were not included into the Manova analyses, Bonferroni Correction was held and the p value was set as 0.003.

The results of the study show that stuttering cause a three-fold increase in the comorbid disorders (stuttering group 61.4%, control group 22.2%;  $p < .001$ ).

Comorbid disorders, cause a statistically significant increase in depressive symptoms. The difference in the level of expressed emotion (EE) between the control and stuttering groups is prominent. However, it is shown that comorbid disorders in children cause a relative increase in the EE of the family.

Comorbid disorders and their effect on the family EE should be carefully evaluated in stuttering patients. Making necessary changes to avoid the negative effect of the high EE on children, and providing an appropriate treatment strategy for the comorbid disorders will increase the quality of life for children.

**Key words: stuttering, comorbid disorders, expressed emotion**



## KISALTMALAR

GK	Gelişimsel Kekemelik
NK	Nörojenik Kekemelik
Dİ	Duygu İfadesi
DİÖ	Duygu İfadesi Ölçeği
ÇDŞG-ŞY	Okul çağı (6-18 Yaş) Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu
ÇDDÖ	Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği (4-18yaş)
ÇDŞKE-SKÖ	Çocuklar İçin Durumluk Sürekli Kaygı Envanterinin Sürekli Kaygı Ölçeği
ÇDÖ	Çocukluk Depresyonu Derecelendirme Ölçeği
ÇİYKO	Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği
BTL-90	Belirti Tarama Listesi-90

## TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
<b>Tablo 1.</b> DSM-IV tanı sınıflandırmasına göre kekemeliğin tanı kriterleri	17
<b>Tablo 2.</b> Kekemelik ve kontrol grubundaki cinsiyet dağılımı	29
<b>Tablo 3.</b> Kekemelik ve kontrol grubundaki yaş aralığı oranları	29
<b>Tablo 4.</b> Kekemelik ve kontrol grubundaki sosyodemografik özellikler	30
<b>Tablo 5.</b> Kekemelik olgularında kullanılan ilaçlar	31
<b>Tablo 6.</b> Hasta ve kontrol grubunun psikiyatrik soygeçmiş özellikleri	32
<b>Tablo 7.</b> Kekeme ve kontrol grubu ÇDÖ puanları	32
<b>Tablo 8.</b> Kekeme ve kontrol gruplarının kaygı (ÇDSKE) puan ortalamaları	33
<b>Tablo 9.</b> Çocukların Davranış Değerlendirme Ölçeği genel puanlarının karşılaştırılması	33
<b>Tablo 10.</b> Her iki gruptaki ÇDDÖ alt test puanları	34
<b>Tablo 11.</b> ÇDŞG-ŞY (KSADS) sonucu	34
<b>Tablo 12:</b> ÇDŞG-ŞY ile yapılan görüşme sonucunda kekemelik ve kontrol grubunun aldığı psikiyatrik tanıları	35
<b>Tablo 13:</b> Anne ve Babanın DİÖ sonuçları	36
<b>Tablo 14.</b> Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Sonuçları çocuk (ç)ve ebeveyn (e) formu sonuçları	37
<b>Tablo 15.</b> Kekemelik olgularında eş zamanlı tanı varlığı ile BTL-90 ve DİÖ ilişkisi	37
<b>Tablo 16.</b> Anne DİÖ, Anne BTL-90, ÇİYKOçocuk ve ebeveyn formu ve ÇDDÖ puan sonuçları korelasyonu	38

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Gelişimsel kekemeliği etkileyen faktörler	5
Şekil 2. Konuşma dilinin üretim ve algılanmasını sağlayan kavramsal yapı ve işlemler	7
Şekil 3. Ailenin kekemelik sebebi olarak	31
Şekil 4. Kekemeliğin başlama yaşı düşündüğü olaylar	31



# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1. Giriş

Günümüze değin hep çeşitli disiplinler içinde ve canlılarda doğaları gereği var olan bir süreç olarak değerlendirilen iletişimi, İngiliz sosyolog I.A. Richards “bir zihnin bir başka zihinde kendi yaşadığı deneyime benzer bir yaşantının canlanmasını sağlayabilmesi” biçiminde tanımlamıştır. 1928’de yapılan bu tanım fazla genel ve kaba bulunsa da iletişimi ilk kez yaşamın ayrı bir alanı olarak ele alması ve mesajın içeriği ile iletildiği süreci, birbirinden ayırması açısından bugün de önem taşımaktadır.

Günümüzde iletişim antropoloji, politika, psikoloji, sosyoloji gibi çok ayrı açılardan ele alınabilen ve dilden oyun davranışına ya da cinsel çekime kadar çok çeşitli biçimlerde sınıflandırılan bir konudur. Çok temel içgüdülerden kaynaklanan basit istekler kadar yüksek bir zihinsel düzeyin ürünü karmaşık süreçlerin de ifade edilmesine olanak sağlayan sözlü iletişim, fiziksel ve zihinsel evrimin en ileri aşamasını temsil etmektedir.

Doğum anındaki ağlama sesi, iletişimin başlangıcı; süt çocukluğu döneminde çıkarılan sesler de (*babbling*) konuşma dilinin ilk görünümüdür (Vihman, 1996; Boysson-Bardies, 1999). Konuşma bireyin çıkardığı sesler olarak tanımlanmakta ve bu seslerin belli bir düzen içine yerleştirilmesi de konuşulan dili oluşturmaktadır.

Konuşma dilinin üretimi; duyuşsal, motor, bilişsel sistemlerin olgunlaşma durumunu yansıttığı için hem normal gelişimin bir göstergesi hem de bebeklikten başlayarak yaşam boyu devam edecek olan güçlüklerin dışı vurumunda kullandığımız bir araçtır.

İletişim ana başlığı altında, konuşma bozuklukları sınıfında yer alan kekemelik; kişinin yaşam kalitesini önemli boyutta etkileyen, sosyal, duygusal ve akademik bedelleri ağır olan bir iletişim bozukluğudur. Sıklıkla okul öncesi, okul çağı ve ergenlik dönemindeki çocuklarda, sosyal ve okul ile ilişkili anksiyetinin gelişmesine neden olabilmektedir. Genç erişkinlik döneminde ise kişinin doğal yeteneklerine uygun mesleki alan seçeneklerini kısıtlayabilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2005).

Özellikle erken gelişim döneminde bilişsel fonksiyonlarda herhangi bir bozulma, dil becerisini etkileyebilmektedir. Bu nedenle dil ve konuşma bozuklukları farklı bir çok zihinsel fonksiyon bozukluklarına eşlik edebilmektedir (Lewis, 2002).

Kekemeliği olan çocuklarda eş zamanlı olarak; artikulasyon, dikkat, öğrenme, işitsel ve dil gelişimi ile ilişkili problemlerin (Peters ve Starkweather, 1990), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun (Conture, 2001), tik-Tourette sendromu'nun (Joseph ve ark., 2000) ve özellikle anksiyete bozukluklarının (Menzies ve ark., 1999), toplumda görülme oranlarından çok daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bir çok psikiyatrik hastalıkta biyolojik faktörler tek başlarına hastalığın ortaya çıkışını, gidişini ve sonuçlarını açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Son yirmi yıl içinde çok sayıdaki araştırma biyolojik-organik bir zeminde olsa da, psikososyal streslerin de en azından hastalığın gidişinde etkili olduğu bilinmektedir (Berkson ve ark., 1992).

Yetişkin psikopatolojilerinde ebeveyn ve çocuk ilişkisini değerlendirmede kullanılan araçlardan biri olan Duygu İfadesi Ölçümü, son yıllarda çocukların da psikiyatrik bozukluklarında kullanılmaya başlanmıştır. Duygu ifadesinde yüksek puan alan bir ebeveyn ile yaşamanın; erişkinlerdeki duygudurum, anksiyete, şizofreni ve şizoafektif bozukluklarda kötü gidişle ve çocukluk çağındaki anksiyete ve davranım bozukluklarının varlığı ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (Asarnow, Tompson, ve ark., 2001; Butzlaff ve Hooley, 1998; Chambless ve Steketee, 1999; Stubbe, Zahner ve ark., 1993; Vostanis ve ark., 1994).

Duygu İfadesi Ölçümü yetişkin psikopatoloji çalışmalarında yaygın olarak kullanılmış ve şizofreni nüksünün yordayıcılarından biri olabileceği savunulmuştur (Butzlaff ve Hooley, 1998). DİÖ'nün çocukluk çağındaki kullanımı gittikçe yaygınlaşmakla beraber henüz bu yaş grubundaki geçerliliğine dair kanıtlar yeterli görünmemektedir.

## 1.2. Amaçlar

Bu çalışmada iletişim bozuklukları başlığı altında, konuşma bozuklukları sınıfında yer alan kekemeliğin; çocuğun psikiyatrik, akademik, aile ve akran ilişkileri üzerine getirdiği yükleri, konuşma ve dil patolojileri çerçevesi içinde tartışmak hedeflenmiştir. Kekemeliğin, kişiyi yaşam güçlüklerine karşı daha hassas kılma ve ek psikopatolojiye yatkınlık oluşturma mekanizmalarını anlamak, bir çok boyutun incelenmesini gerektirmektedir. Çalışmamızda, davranış problemlerindeki örüntüler ve eş zamanlı psikiyatrik tanıların teşhisi ile kekemeliğin nöropsikiyatrik diğer problemler ile kesişim noktaları incelenecektir. Ayrıca bu çalışmada tüm psikopatolojik durumlarda önemli bir role sahip olan ve psikososyal faktörler içinde sayılan ebeveynlerin duygu ifadesinin, kekemeliği olan çocukta eş zamanlı tanı varlığı ile ilişkisi değerlendirilecektir.

Sonuçta, bu araştırmada ilk basamakta kekemelik ile eş zamanlı görülebilecek diğer psikopatolojik durumların yarı yapılandırılmış klinik görüşme ile saptanması amaçlanmıştır. İkinci basamakta da, çevresel etmenlerden biri olarak değerlendirilebilecek ailedeki duygu ifadesi ve anne psikopatolojik belirti düzeyinin, kekemelik ile eş zamanlı görülebilecek diğer psikopatolojik durumlar ile ilişkiselliği incelenecektir.

### *Temel Hipotezler*

- Çocukluk çağında ortaya çıkan kekemeliğin, eş zamanlı olarak farklı psikopatolojik durumların da ortaya çıkabileceğine bir gösterge olabileceği varsayılmaktadır.
- Kekemelik, çocuğun yaşantısına getirdiği sosyal ve duygusal ek yükler ile yaşam kalitesini belirgin derecede bozmaktadır.
- Kekemeliği, çocuğuna yönelik gelecek tasarımları ve beklentilerinde ciddi bir kayıp olarak yaşantılayan ebeveynlerdeki duygu ifadesi yüksekliğinin, çocukların davranış problemleri ile ilişkili olabileceği varsayılmaktadır.

Söz konusu hipotezlerin incelenmesi ile kekemeliğin çocuğun yaşantısına getirdiği ek yüklerin daha iyi tanınması ve ayrıca ailedeki duygu ifadesi ve çocuğun ruhsal durum etkileşiminin tartışılması hedeflenmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Konuşma Akıcılığı ve Kekemelik

#### 2.1.1. Tanım ve Sınıflandırma

Sözel iletişimdeki motor düzenek; konuşma üretimindeki sistem ve stratejileri kapsamaktadır. Konuşmanın motor düzeneğine gelen *girdiler*; fonemlerin ardışık dizilimi ile oluşan dile ait fonolojik tasarımlar, *çıktılar* ise; artikülasyon mekanizmaları ile yaratılan sözel ifadeler olarak tanımlanmıştır. Konuşmanın oluş mekanizmalarının anlaşılması; dilbilim, nöroloji, psikoloji, fizik, bilgisayar mühendisliği, anatomi, biyoloji, işitme ve konuşma bilim dallarının ortaklaşa çalışmalarına dayanmaktadır (Kent ve ark., 2000).

Kekemelik istemsiz motor olaylar nedeniyle ses veya hece yinelemeleri, ses uzatmaları ve konuşma sırasında doldurulan ya da doldurulamayan ara vermeler ile konuşmanın zamanlama örüntüsünde ve olağan akıcılığında ortaya çıkan ritim bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (APB, 2000).

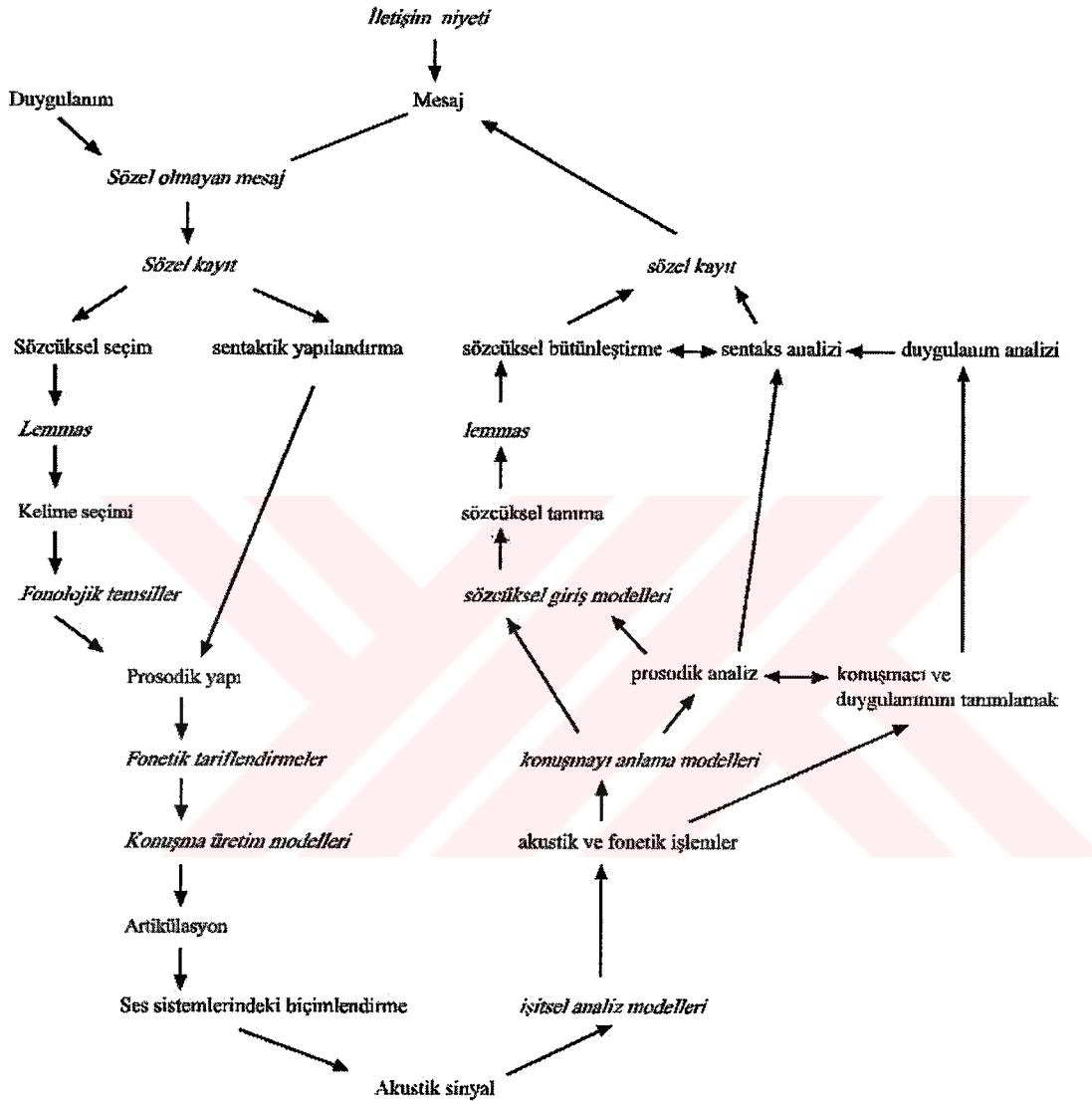
Konuşma akıcılığında bozulma tüm bireylerde kimi zaman görülmekle birlikte, kekemeliği olağan takılmalardan ayıran; akıcılıktaki bozulmanın tipi ve miktarıdır (ASHA, 2004).

Konuşma akıcılığını yansıtan üç boyut mevcuttur: i) devamlılık; tereddüt veya beklenmeyen duraksamalar olmaksızın konuşmanın akması, ii) konuşmanın hızı; örneğin Amerika'da bir dakikada 150-170 kelime hızı kullanılmaktadır, iii) kas gerginlikleri ve belli vücut hareketlerine ciddi bir efor harcanmadan konuşmanın gerçekleştirilmesidir (stuttering, 2006-http).

Bugüne kadar konuşma akıcılığı bozukluklarının sınıflandırılmasında farklı birçok şema kullanılmıştır. Bu sınıflandırma şemaları genel olarak iki grup içerisinde incelenmektedir: i) kekemeliğe özgü akıcılık bozuklukları ve ii) kekemeliği olmayan kişilerde de gözlenebilen konuşma akıcılığındaki olağan takılmalardır (Williams ve ark., 1968; Wingate, 1976; Starkweather, 1987; Lewis, 1991).

Borden (1990), kekemelik alt tiplerini belirlerken; şiddet (*hafif, orta, şiddetli*), görünüm (*aşıkâr, örtük*), tıkanıklık bölgesi (*dudak, larinks, solunum sistemi*), fonetik özellikler (*sesli veya sessiz harfler*), konuşma davranışının tipi

(uzatmalar, tekrarlar) olmak üzere farklı bir çok boyutun değerlendirilmesi gereğini savunmuştur.



**Şekil 2.** Konuşma dilinin üretim (diyagramın sol tarafı) ve algılanmasını (diyagramın sağ tarafı) sağlayan kavramsal yapı ve işlemler. Dilin üretim aşaması; dilin devreye girmesinden önceki basamaklar (niyetler, sözel olmayan mesajlar), söylevin düzenlenmesi (söylevi karşılıklı sürdürülebilirlik), dil formülasyonu (sözcük seçimi ve sentaktik yapı), fonolojik operasyonlar, fonetik tariflendirmeler ve sonuçta akustik örüntülerin çıkışı sağlayan motor düzenek sistemlerini içerir. Konuşmadaki içeriğin kavranması bir biçimde bu düzeneğin tersine işleyen modeldir (Kent, 2000).

Conture (2001), konuşma akıcılığı bozukluklarını; kelime içinde ve kelimeler arasında olmak üzere iki ana başlık altında toplamıştır. Kekemeliğe özgü olan kelime içindeki akıcılık bozuklukları; ses veya hece tekrarları, ses uzatmaları, tek heceli bütün kelimenin tekrarı ve kelime içi duraksamalarıdır. Kelimeler arası akıcılık bozuklukları grubunda ise; çok heceli bütün kelimenin tekrarı, birçok sözcük öbeğinin tekrarı, ünlemler ve düzeltmeler yer almaktadır.

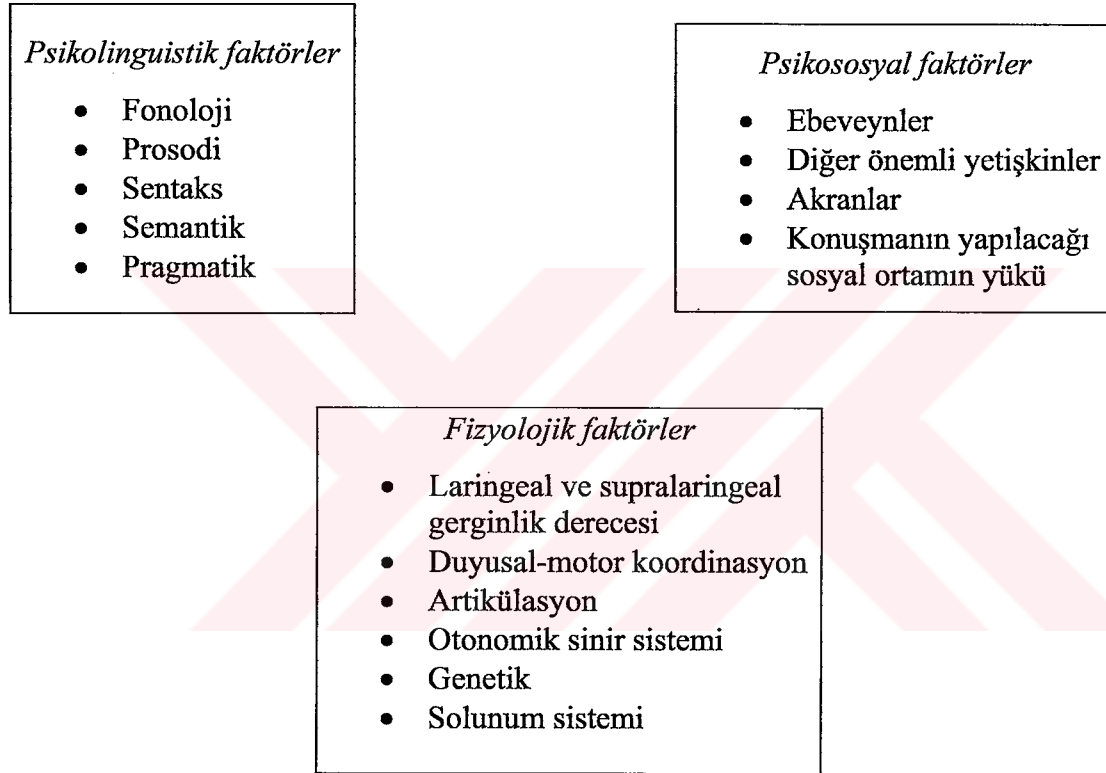
Kekemeliğin, motor düzenek bozukluğu mu yoksa bir dil bozukluğu mu olduğuna dair kuramsal belirsizlik halen tartışmalı bir alandır. Kekemelikteki motor ve dile ait süreçleri inceleyen üç büyük hipotez geliştirilmiştir (Peters ve Starkweather, 1990; Peters, 2000). İlk hipotezde kekemelik; dil gelişimi sırasında problemin kaynaklandığı yere göre, motor bozuklukların baskın olduğu ve dil bozukluklarının baskın olduğu tip olarak iki alt gruba bölünmüştür. İkinci hipotezde; motor süreçler ve dil formülasyonunun karşılıklı etkileşimde olduğu ve kekemelikte her iki bozukluğun da mevcut bulunduğu savunulmuştur. Üçüncü hipotezde ise akıcılıktaki bozulmanın, sözlük genişliği ve sentaktik formların sayısı ile, sözcük bulma ve cümle yapılandırma gibi farklı dil süreçlerinden kaynaklandığı öne sürülmüştür. Bu hipoteze göre ikincil davranışların esas olarak motor bozukluktan kaynaklanmadığı sadece akıcılığı sağlamaya yönelik telafi girişimleri olduğu öne sürülmüştür (Jancke ve ark., 1997; Van Lieshout ve ark. 1996a, 1996b).

Dil kullanma becerisi; (1) sesler, (2) kelimeler içi ve arası organizasyon, (3) genel kavramların organizasyonu ve (4) dilin kullanımı olmak üzere bu dört alanın gelişimi ve ortak çalışması ile kazanılmaktadır. Fonoloji, gramer, semantik ve pragmatik olarak adlandırılan bu alanların herbiri kendi içinde; anlama, ifade, kodlama ve analiz, kavrama ve üretim olmak üzere alt üniteler içermektedir. Fonoloji ve gramer, daha çok dilin biçimselliğinde; semantik ve pragmatik alanlar ise sırasıyla içerik ve kullanım işlevinde rol almaktadır [(Bloom ve Lahey, 1978); Toppelberg ve Shapiro'dan (2000)].

Son yıllarda süt çocukluğu dönemindeki konuşma öncesi seslere (ağlama, ba-bıldama) dayanılarak; iletişim bozuklukları ve gelişim geriliği için risk taşıyan bebekleri saptamaya yönelik ilginç araştırmalar yayınlanmıştır. Riskleri yordamada; dudak ve çene hareketlerinin koordinasyonu incelenmiş (Green ve ark., 2000), farklı ses tipleri ile ilişkili farklı soluma biçimleri tanımlanmış (Boliek ve ark.,

1996, 1997), bebeğin konisel biçimde ba-bıldamaya başlamasının dil gelişim sürecinde oldukça önemli olduğu ve bunun işitsel farkındalığın motor aktivitelerin kontrolü için kullanıma geçildiğinin kanıtı olduğu savunulmuş (Ejiri, 1998) ve bilgisayar programında işitsel geribildirim ve ba-bıldama senkronizasyonu ve ortak çalışabilirliği sınanmaya çalışılmıştır (Bailly ve ark., 1997; Callan ve ark., 2000).

Şekil 1’de, gelişimsel kekemeliği etkileyebilecek ve birbiriyle etkileşim içinde bulunan belli faktörler özetlenmiştir.



Şekil 1. Gelişimsel kekemeliği etkileyen faktörler (Myers ve Wall, 1982).

Konuşma akıcılığındaki bozukluklara ek olarak kekemeliğin şiddetli formunda, çabalama ya da ikincil davranışlar olarak adlandırılan bazı fiziksel hareketler duruma eşlik edebilmektedir. Kelimelerin başlangıç aşamasında gözlenebilen bu ikincil davranışlar; konuşma mekanizmasının solunumsal, fonolojik veya artikülasyon seviyelerinden kaynaklanarak nefes almada bozulma, dudak yalama veya dil şapırdatma görünümleri şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2005).

### 2.1.2. Tarihçe

Kekemeliğin ortaya çıkışına dair asırlardır farklı teori ve bunlara uygun tedavi yaklaşımları öne sürülmüştür. Yirminci yüzyılda kekemelik, psikolojik bir bozukluk olarak ele alınmış ve muhtemel nörotik çatışmaların çözümü için psikoanalitik yaklaşımlar ve davranışçı terapiler uygulanmıştır (Plankers, 1999). Johnson (1955) kekemeliğin, dört yaşına kadar normal sayılabilecek konuşma akıcılığındaki bozulmalara, ebeveynlerin verdiği tepkiler öncülüğünde öğrenilmiş bir davranış olarak ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Ancak bu teori, kekemeliğe ait ana belirtilerin tanımlanması ile geçerliliğini yitirmiştir (Zimmermann ve ark., 1983). Bu teorinin, ikincil bulguları açıklamaya daha uygun olabileceği (Andrews ve ark., 1983) öne sürülmüş ve ayrıca Onslow ve arkadaşları da (2001) erken dönemde davranışçı ebeveyn müdahaleleri ile kekemeliğin erişkin dönemdeki devamlılığının engellenebileceğini vurgulamışlardır.

### 2.1.3. Sıklık ve Yaygınlık

Gelişimsel kekemelik (GK); puberte öncesinde, genellikle 2-5 yaş arasında belli bir beyin hasarı veya başka bilinen bir neden olmaksızın (*idiopatik*) ortaya çıkmaktadır. Nörojenik veya edinilmiş kekemelik (NK) ise; inme, beyiniçi kanama veya kafa travması gibi tanımlanmış bir beyin hasarından sonra oluşmaktadır (Grant ve ark., 1999; Ciabarra ve ark., 2000).

Gelişimsel Kekemelik’de gramer olarak karmaşık sözcüklerde, uzun kelimelerde ve özellikle kelimenin başlangıcında görülen konuşma akıcılığındaki bozulma, NK’ya göre klinik bir farklılık olarak değerlendirilmiştir (Karniol 1995; Natke ve ark., 2002). Anksiyete ve ikincil bulgular GK’da çok daha ön planda bulunmuştur (Ringo ve Dietrich 1995). Ayrıca bu tip kekemelikte tekrar edilen okumalar sonucunda, konuşma akıcılığında düzelme eğilimi (adaptasyon) ve genellikle aynı hecedeki takılmalara devam etme meyili (kararlılık) gözlenmektedir. Bu özelliklere rağmen iki tip arasındaki ayırımın keskin bir şekilde yapılamacağı ifade edilmiştir (Andrews ve ark., 1983). Perinatal doğum travmaları ve diğer beyin hasarlanmalarında; normal kontrol grubuna göre kekemelik daha fazla bulunmuştur (Andrews ve ark., 1983).

Genel toplum çalışmaları sonucunda; GK prevalansının %1 (Bloodstein, 1995) insidansının ise yaklaşık olarak %5 (Mansson, 2000) oranında olduğu bulunmuştur. Mansson'un (2000) alışmasında belli bir bölgede (Danimarka-Bornholm'e bağlı bir ada) doğan tüm çocukların (n=1042) 1021'i çalışmaya alınmıştır. Üç yaşında yapılan işitme ve konuşma değerlendirmesinde %4.99 saptanmış olan kekemelik olgularında, beş yaşında yapılan değerlendirmede %71.4'de problemin ortadan kalktığı bulunmuştur. Dokuz yaşında yapılan nc değerlendirmede, problemin sadece altı çocukta (ilk değerlendirmede kekemelik tanısı almış çocukların %15'i) devam ettiği saptanmıştır. Erkek/kız oranının çocukluk çağından ergenliğe doğru gittikçe artmakta olduğu ve dokuz yaşında iken 2/1 oranına ulaştığı gösterilmiştir.

Gelişimsel Kekemelik tanısı alan kişilerin bir çoğunda, yetişkinlik dönemine geldiklerinde problemin ortadan kaybolduğu gözlenmektedir. Yapılan araştırmalarda veri toplama teknikleri, örneklem yaş grubu ve kekemeliğe özgü davranışların tanımındaki farklardan dolayı tedavisiz iyileşme, kimi çalışmalarda %80' lere varan oranlarda, oldukça geniş bir aralıktadır bildirilmiştir (Kaplan ve Sadock, 2005). İyileşmenin erkeklere oranla kıızlarda daha fazla olduğu gözlenmiştir. Bu iyileşmenin kendiliğinden mi yoksa erken dönemde konuşma terapisi uygulanmasına bağlı olarak mı geliştiği henüz açıklığa kavuşturulamamıştır (Yairi ve Ambrose, 1999).

Ailelerde birden fazla etkilenmiş kişinin bulunması hastalığın kalıtsal özelliğini yansıtılmaktadır. Konkordans oranı; monozigotik ikizler için %70, dizigotik ikizler için yaklaşık olarak %30 bulunmuştur (Andrews ve ark., 1983; Felsenfeld ve ark., 2000). Ayrıca Andrews ve ark.'nın (1983) alışmasında aynı cinsiyete sahip kardeşlerde kekemelik görülme oranının %18 olduğu tespit edilmiştir.

İlk olarak Andrews ve Harris (1964), kekemeliğin genetik aktarımında çoklu gen modelinin geçerli olduğunu öne sürmüşlerdir. Segregasyon analizini kullanan Kidd (1980) ve sonrasında Cox ve arkadaşları (1984) ise bir çok gende çok faktörlü (*polygenic multifactorial*) geçiş modelinin geçerliliğini savunmuşlardır. Bu modelde genetik geçiş, çevresel etmenlerin de etkileyebileceği, bir çok belirsiz genin kümülatif toplamı ile ilişkilendirilmiştir. Aynı şekilde segregasyon analizi kullanılan ancak ilk kez istatistiki olarak anlamlılık içeren diğer

bir çalışmada; genetik geçişin hem tek gen, hem de çoklu gen geçişleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Ambrose, Yairi, ve Cox, 1993). Oldukça yakın bir dönemde gelişimsel kekemeliği olan 56 yetişkin ve ailesinde yapılan segregasyon analizinde, regresyon modeli kullanılarak tek büyük gende otozomal dominant geçiş modelinin kanıtları sunulmuştur (Viswanath, Lee, ve Chakraborty, 2004)

#### 2.1.4. Oluş Nedenleri

**Genel Bakış** Kekemelik araştırmacılar ve klinisyenler tarafından; genetik, nörofizyolojik, psikolojik faktörlerden etkilenen çok etmenli bir bozukluk olarak kabul edilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2005).

##### 2.1.4.1. Psikanalitik ve Bilişsel-Davranışçı Görüşler

*Psikoanalitik kuramda*, kekemeliğin bireyin psikolojik öyküsündeki çatışmalardan kaynaklandığı öne sürülmüştür. Ancak bu durumu destekleyecek deneysel çalışmalar yetersizdir ve kişilikle ilgili yapılan çalışmalarda duygusal rahatsızlıkların veya nevrozun, kekemeliğin nedenselliğiyle ilişkisi olmadığı bulunmuştur (Kaplan ve Sadock, 2005).

Freud (1960), psikodinamik faktörlerin konuşma patolojileri üzerindeki etkilerine dikkat çeken ilk araştırmacı olmuştur. Rousey ve Moriarty (1965), konuşma patolojileri ve psikolojik durum arasındaki ilişkiye vurgu yapmışlardır. Cantwell ve Baker (1991) çocuk ve yetişkin psikiyatrik problemi olan nüfus’da, konuşma bozukluklarının yüksek oranda olduğunu göstermişlerdir. Aynı şekilde Gravell ve France (1991) ve Prizant ve Meyer (1993) tarafından yapılan benzer hipotezli çalışmalarda da psikiyatrik problemi olanlarda konuşma bozukluklarının daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur [Noshpitz ve ark.’dan, 1997].

*Bilişsel-davranışçı psikolojik modelde kekemelik*, klasik ve edimsel koşullanma prensiplerine göre açıklanmıştır. Bu iki faktörlü teoride bireyin konuşma akıcılığındaki başarısız durumlar ile baş etme mekanizmasında; tekrarlar, ses uzatmaları ve ikincil davranışları kullandığı öne sürülmektedir. Öte yandan, semantojenik veya diagnostik kuram olarak adlandırılan teoride problemin ana kaynağı; çocuğun konuşma akıcılığındaki normal takılmaların ebeveynler

tarafından kekemelik olarak etiketlenilmesiyle ilişkilendirilmiştir (Kaplan ve Sadock, 2005).

Büchel ve Sommer (2004) GK'daki iki faktörlü teoriyi; ilk faktörün daha çok yapısal veya fonksiyonel santral sinir sistemi anormalliklerini kapsadığı ve ikinci faktörün de öğrenme mekanizmalarına bağlı pekiştirme mekanizmaları ile ilişkili olduğu şeklinde yorumlamışlardır. Öğrenme mekanizmalarının da beyindeki ölçülebilir değişikliklerden kaynaklandığı göz ardı edilmemelidir (Kandel ve O'Dell; 1992).

### 2.1.4.3. Nörobiyolojik Mekanizmalar

*Serebral baskınlık teorisi*, kekemeliğin sebebini açıklamaya yönelik, 1920'lerde ortaya atılan ilk nörofizyolojik modellerden biridir. Bu teoride kekemelik, dil fonksiyonlarının hemisferik baskınlığının uygun şekilde gelişmemiş olmasıyla ilişkilendirilmektedir. Kekeme bireylerde normal dışı oranlarda sol el kullanımının gözlenmesi veya çocukluk döneminde sağ el kullanmaya zorlanma öykülerinin olması bu teorinin çıkış noktasını oluşturmaktadır. Bu uygunsuz lateral baskınlığın, motor uyarılar ile konuşma kasları arasındaki santral senkronizasyonu bozduğu öne sürülmüştür (Kaplan ve Sadock, 2005).

Kekemelik olgularında hemisferik baskınlıktaki anormallik, EEG lateralizasyon çalışmalarında da gösterilmiştir (Moore ve Haynes, 1980). Fox ve arkadaşlarının (1996) yaptığı PET çalışmasında; GK'sı olan bireylerde dil kullanımına dayalı testler sırasında, normal kontrollerin aksine sağ hemisfer aktivasyonunun artmış olduğu saptanmıştır. Ayrıca birincil ve birincil dışı motor kortekste sağ lateralizasyon ile motor ve premotor sistem üzerinde aşırı hemodinamik hiperaktivite olduğu bulunmuştur. Diğer bir PET çalışmasında (Braun ve ark., 1997), bu sonuç doğrulanmıştır. Bu çalışmada ek olarak, normal kontrol grubunda kekemelik benzeri davranışlar sırasında sağ hemisfer aktivasyonu gözlenmiş iken, kekeme grupta tipik kekeme davranışları sırasında sol hemisferin aktifleştiği tesbit edilmiştir. Bu nedenle yazarlar asıl problemin sol hemisferden kaynaklandığını, sağ hemisferdeki aktivasyon artışının kompensatuar bir mekanizma olduğu sonucunu tartışmışlardır.

Subramanian ve Yairi'nin 2006'da yayınlanan çalışmasında; kekemelikte her iki el parmağındaki motor hareket frekansının ölçüldüğü parmak tıkladma (*finger tapping*) deneyi uygulanmış ve hemisferler arası farklılık değerlendirilmiştir. GK olgularının normallere göre; yavaş ritimli parmak vuruş sıklığında daha düşük, hızlı ritimlide ise daha yüksek performans gösterdikleri bulunmuştur. Bu sonuç Webster'ın (1997) hemisferler arası görev karmaşası modeline göre yorumlanarak serebral baskınlığın bozukluğuna kanıt olarak gösterilmiştir. Bu çalışma da ayrıca konuşmadaki motor programlama ve yürütümü değerlendirilmek için yapılan *Stroop* testinde, gruplar arasında istatistiksel bir fark bulunmamasına rağmen kekemelik olguları ve birinci derece akrabalarının normallerden farklı stratejiler kullandıkları saptanmıştır.

### ***Kekemelik Duyusal, Motor ya da Bilişsel bir Bozukluk mu?***

Kekemeler ve normal kontrollerin zeka düzeyini karşılaştıran çalışmalarda, kekemeliği olan bireylerde hem sözel hem de performans puanlarda ortalamaya göre hafif bir düşüklük saptanmıştır (Andrews ve ark.,1983; Paden ve ark., 1999). Ancak bu sonuç, kekemeliğin okul hayatının belli dönemlerinde dezavantajlı konum yaratmasından dolayı dikkatlice yorumlanmalıdır (Andrews ve ark., 1983).

*Duyusal-motor reaksiyon zamanlarındaki bozuklukları* inceleyen araştırmaların sonuçları tutarsızlıklar içermekle beraber GK'sı olanlarda motor kontrol zorluklarının sadece konuşma alanında sınırlı olmadığına dair kanıtlar mevcuttur. Konuşmanın başlamasındaki gecikme (Peters ve ark., 1989), ellerin koordinasyonunda ve bir işe başlamada azalma (Caruso ve ark., 1991; Zelaznik ve ark., 1997), görsel reaksiyon zamanında artma (Webster ve ark., 1991) ve sakkadik göz hareketlerinde silik anormallikler (Anderson ve ark., 1996) bulunmuştur. Aynı zamanda görsel algı (Jones ve ark., 2002) ve bilişsel strese verdikleri cevaplarda da (Caruso ve ark., 1994) bozulmalar saptanmıştır.

*İşitsel geribildirim değişiklikleri*, (gecikmiş geribildirim, değişmiş frekanslı geribildirimler gibi), işitsel uyarıların farklı diğer tipleri (koro okuması, şarkı söyleme) ve konuşma ritmindeki değişimlerin (heceye odaklı konuşma) kekemelik sıklığında belirgin bir azalmaya neden olduğu gözlenmiştir. Bu sonuçlar kekemelikte, işitsel süreçlerde ve kendiliğinden bir ritime uyumda bozulma olduğu varsayımlarının ortaya atılmasına neden olmuştur (Lee, 1951; Brady ve Berson,

1975; Hall ve Jerger, 1978; Salmelin ve ark., 1998; [Büchel ve Sommer'den, 2004]). Ayrıca kekemeliği olan bireylerde karmaşık artikülasyon örüntülerinin başlamasında gecikme ve koordinasyonunda bozulma olduğuna dair yayınlar da mevcuttur (Caruso ve ark., 1988; van Lieshout ve ark., 1993).

Günümüzde kekemelik nörobiyolojisini araştıran çalışmalarda; bazal ganglionlar (BG) gibi hareketin kontrolünü sağlayan yapılar üzerine odaklanılmıştır. Kekemeliğin *BG'nin ritim (zamanlamanın uygun yapılmasını sağlayan işaretleri) oluşturma becerilerindeki bozulma ve putamendeki dopamin reseptör dansitesindeki gelişimsel farklılıklardan kaynaklandığı* düşünülmektedir. Ayrıca farklı tip dopaminerjik tedavi uygulamalarına, farklı cevapların alınması kekemeliğin heterojen bir bozukluk olarak tartışılmasına yol açmıştır (Alm, 2004).

Bazal ganglionlar, insan önbeynindeki en büyük subkortikal yapıdır ve motor davranış, duygular ve bilişi etkileyen önemli bir pozisyona sahiptir (Graybiel 2000).

Şarkı söyleme ve konuşma sırasındaki serebral işlev mekanizmalarının farklılığı Jeffries, Fritz ve Braun (2003) tarafından PET kullanılarak yapılan beyin görüntüleme çalışmasında gösterilmiştir. Konuşma sırasında sol dorsal putamen (BG motor devreleri) aktivitesinde artış görülmüşken, şarkı söyleme sırasında aktivasyon artışının sağ ve sol putamenlerde oluşmayarak, yaygın olarak sağ hemisferde olduğu gösterilmiştir. Böylece konuşma sırasındaki zamanlama işaretlerinin BG tarafından sağlandığı sonucuna varılmıştır

### ***Nörojenik kekemelikteki lezyonların lokalizasyonu***

Beyin hasarlanmaları sonrasında oluşan NK ile GK arasındaki farklar bazı olgularda belirgin olmamakla birlikte (Lebrun ve ark., 1983; Van Borsel ve Taillieu, 2001), NK'daki ana özelliğin ses veya hece tekrarları şeklinde olduğu ve blokların daha az sıklıkta olduğu belirtilmiştir. Çocukluk çağında herhangi bir sebeple beyin hasarı oluşmuş ancak normal zeka seviyesi korunmuş olan 313 kişinin incelenmesi sonucunda % 24 oranında NK tespit edilmiştir (Bohme, 1968).

Nörojenik kekemelik, oksipital lob dışındaki beynin hemen tüm bölümlerinin lezyonundan sonra tanımlanmıştır (Van Borsel ve ark., 2003). Özellikle geçmiş dönemlerdeki yaygın beyin hasarı olan vaka bildirimleri ve yayınların incelenmesi sonucunda nörojenik kekemelik için kesin bir lokalizasyon

belirlenmesinin ve aynı zamanda küçük tespit edilmemiş lezyonların varlığının dışlanması da mümkün olmadığı ifade edilmiştir (Alm, 2004). Beyin hasarı ve konuşma problemi olan 10 vakanın, konuşma problemi olmayan beyin hasarlı vakalarla karşılaştırıldığı çalışmada; kekemelik grubundaki sekiz kişide striatum ve globus pallidusun etkilenmiş olduğu bulunmuştur (Ludlow ve ark., 1987). Kono ve ark.'nın (1998) vaka bildiriminde ve Ciabarra, Elkind ve ark.'nın (2000) bildirdiği üç vakanın ikisinde sol putamenin etkilendiği gösterilmiştir. Van Borsel ve ark.'nın (2003) nörojenik kekemelik vakasında ise sol talamusun etkilendiği yayınlanmıştır. Ayrıca başka bir çalışmada da *Supplementary area* (SMA) etkilenimi gösterilmiştir (Van Borsel ve ark., 1998).

Manyetoensefalografi (MEG), beyin aktivitesinin zaman içindeki ardışık düzenini ince parçalar şeklinde araştırmak için iyi bir yöntemdir. Tek heceli kelimelerin okunması esnasında yapılan MEG çalışmasında; normal kontrollerde saptanan dil akıcılığının planlanmasında görevli olan sol frontal bölgelerdeki aktifleşme, kekemeliği olan bireylerde gözlenmemiştir (Salmelin ve ark., 2000).

Uzun süreli gelişimsel kekemeliği olan bireylerde diffüzyon tensor görüntüleme yöntemi ile yapılan bir MRI çalışmasında rolandik operkulumdaki beyaz madde alanında azalma olduğu ve atipik planum temporale asimetrisi, frontal operkulum ile ventral premotor korteks arasında kortikal bağlantının kopuk olduğu bulunmuştur (Sommer ve ark., 2002). Rolandik operkulum; dil, larinks, farinks'in primer motor reprezentasyonlarına (Martin ve ark., 2001) ve temporal ve frontal dil alanlarını bağlayan inferior arkuat fasiküle (Price ve ark., 1996) komşuluk yaptığı gösterilmiştir. Rolandik operkulumda bozulmuş sinyal akımının, akıcı konuşma için gerekli hızlı duyusal-motor integrasyonda hasar oluşturduğu öne sürülmüştür. Ayrıca Sommer ve ark.'nın (2002) çalışmasında, akıcı konuşma sırasında sol hemisfer superior ve posterior temporal ve inferior frontal kortekste görülen aktivasyon, kekemeliği olan bireylerde gözlenmemiştir.

Fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmaları iki önemli gerçeği ortaya koymaktadır: (i) kekemeliği olan bireylerde sağ hemisfer aktivasyonunun artmış olduğu, (ii) zamanlama probleminin, sol frontal ve sol santral korteks arasından kaynaklandığıdır. İkinci gözlem aynı zamanda kekemeliği olan bireylerde,

kompleks koordinasyon testlerinde gözlenen hafif anormalliklerin de açıklanmasına katkı sağlayabilmektedir (Büchel ve Sommer, 2004).

### 2.1.4.3. Çevresel etmenler

Kekemelikte nedenselliğin bir diğer katmanı olarak; başlangıç ve ilerlemede rol oynayan çevresel etmenler ele alınmıştır. Bu alandaki ana konular; kekeme olan çocuğun ve ebeveynlerinin mizaç özellikleri, psikodinamik, sosyolojik ve kekemeliği etkileyebilecek diğer durumların dil gelişimi üzerine etkileridir. Mizaç özelliklerine dair yapılan araştırma sonuçları arasında belirgin bir tutarsızlık göze çarpmaktadır. Bu konuda yapılan bir çok çalışma içinden yayınlanmış iki araştırmanın sonuçlarında kekemeliği olan çocukların mizaç profillerinin negatif yapıda olduğu gösterilmiştir (Lewis ve ark., 1997; Anderson ve ark., 2003)

Kontrollere göre sosyal uyumun düşük olması ve öz-güven puanlarındaki düşüklük çoğu çalışmanın ortak bir sonucu olarak gözlenmektedir (Kaplan ve Sadock, 2005).

### 2.1.5. Tanı ve klinik özellikler

Psikiyatrik sendromlar, hasta ve bulguları gözlemleyen bakış açılarına göre tanımlanmaktadır. Örneğin, çökkün duyguduruma sahip olan bir birey depresif olarak gözlenmiyor olsa dahi, subjektif belirtilerini bildirdiğinde; depresyon tanı kriterlerini karşıladığı saptanabilmektedir. Benzer şekilde kekemelik, Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı 4. basımı'nda [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 4th edition (DSM-IV)*] gözlemcinin bakış açısına göre biçimlendirilmiş ölçütler ile tanımlanmıştır. Ancak konuşma ve dil bozuklukları ile ilgilenen uzmanlar, kekemeliğin yalnızca DSM ölçütleri ile tanımlanmış bir psikiyatrik sendrom olarak ele alınmasına karşı çıkmakta ve konuşmacının öznel sıkıntı veya konuşma yetisindeki kontrol kaybı hislerine de odaklanılmasını önermektedirler (Kaplan ve Sadock, 2005).

DSM-III ve DSM-III-R'nin her ikisinde de kekemelik; çocukluk çağında gözlenen psikiyatrik sendromlar içine dahil edilerek eksen I'de kodlanmıştır. DSM-IV'te kekemelik, iletişim bozuklukları sınıfında yer almaktadır. Bu sınıflandırma şekli, tüm konuşma ve dil bozukluklarının aynı kategoride ele alındığı "konuşma ve

dil patolojileri sınıflandırma sistemi” ile uyumlu olarak görünmektedir. *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems* (ICD-10) sınıflama sistemi’nde kekemelik; konuşma ve dil bozukluklarından ayrıştırılarak, çocukluk çağında başlayan davranış ve duygusal durum bozuklukları kategorisi içine dahil edilmiştir. DSM-IV ve ICD-10 tanı kriterleri benzemekle beraber, DSM-IV’te; akademik/mesleki işlevsellikte veya sosyal iletişimde bozukluğa neden olma durumu aranırken, ICD-10’da konuşma akıcılığında ciddi bozulmanın gözlenmesi yeterli kriter olarak kabul edilmiştir. Ayrıca ICD-10, problemin en az üç ay devam etmesi gereğini içermekte, DSM-IV ise süre kriteri bulundurmamaktadır.

ICD-10 ve DSM-IV sınıflandırma sistemleri arasındaki farklar, diğer psikiyatrik bozukluklardan niteliksel olarak farklı görünen, hatta bir psikiyatrik bozukluk olarak ele alınması halen tartışmalı olan kekemeliğin doğasından kaynaklanmaktadır. Süregelen bu tartışmanın yanında bilinen gerçek; kekemeliğin işlevsellik ve sosyal iletişimde oluşturduğu engel nedeni ile birey üzerinde belirgin bir psikolojik sıkıntı yarattığıdır. Nedeni halen bilinmemekle birlikte, psikolojik faktörlerin durumu alevlendirdiği veya iyileştirdiği gözlenmektedir. Bu nedenle etiyolojik faktörler kesinleşinceye kadar, kekemelik sınıflandırması tartışmalı bir konu olmaya devam edecektir (Kaplan ve Sadock, 2005).

Sözel ifade akıcılığındaki istemsiz bölünmeler, ikincil davranışlar olarak adlandırılmış konuşma mekanizması ile ilişkili veya ilişkisiz bedensel hareketler ve dile ve mekana ait belli durumlardan kaçınmalar ile karakterize bir iletişim bozukluğu olan kekemeliğin DSM-IV tanı sınıflandırmasına göre kriterleri tablo I’de belirtilmiştir.

**Tablo 1.** DSM-IV tanı sınıflandırmasına göre kekemeliğin tanı kriterleri

<p>A. Aşağıdakilerden birinin ya da birden fazlasının sık ortaya çıkması ile belirli, konuşmanın olağan akıcılığında ve zamanlama örüntüsünde bozukluk olması (kişinin yaşı için uygun değildir):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>(1) ses ve hece yinelemeleri</li><li>(2) sesleri uzatma</li><li>(3) ünlemler</li><li>(4) sözcüklerin parçalanması (örn. bir sözcük içinde ara vermeler)</li><li>(5) duyulabilir ya da sessiz bloklar (konuşma sırasında doldurulan ya da doldurulamayan ara vermeler)</li><li>(6) dolambaçlı yoldan konuşma (söylenmesi sorunlu sözcüklerden kaçınmak için bu sözcüklerin yerine başka sözcükler kullanma)</li><li>(7) sözcükleri aşırı bir fiziksel gerginlikle söyleme</li><li>(8) tek heceli sözcük yinelemeleri (örn. “Be-Be-Be-Ben onu gördüm”)</li></ol> <p>B. Konuşma akıcılığı bozukluğu okul başarısını, mesleki başarıyı ya da toplumsal iletişimi bozar.</p> <p>C. Konuşmayla ilgili – motor ya da duysal bir bozukluk ya da çevre yoksunluğu varsa bile konuşma zorlukları genellikle bunlara eşlik edenlerden çok daha fazladır.</p> <p>Kodlama notu: Konuşmayla ilgili – motor ya da duysal bir bozukluk ya da nörolojik bir durum varsa bu durumu Eksen III’te kodlayınız.</p>
---

Kekemeliğin şiddet ve sıklığına göre bireysel farklılıkların olduğu ve erişkin dönem kekemeliğin, çocukluk çağına göre daha şiddetli formda olduğu gözlenmiştir.

## **2.2. Kekemelik ve Eş Zamanlı Bulunan Diğer Psikiyatrik Tanılar**

### **2.2.1. Kekemelik ve Psikopatolojiye Yatkınlık (*Vulnerability*)**

Yatkınlık; bilişsel ve sosyal-emosyonel kapasitenin yetersizlikleri nedeniyle istenmeyen etkilere karşı dayanıksızlık olarak tanımlanmıştır (Jerusalem, 1990; Miranda ve ark., 1990). Konuşma patolojileri alanında risk faktörleri olarak; içe

dönüklük puanlarında yükseklik (Okasha ve ark., 1974), yüksek hassasiyet (Oyler ve Ramig, 1991), strese verilen cevap düzeyleri (Silverman, 1992), bilişsel organizasyonel zorluklar (Webster, 1990a, 1990b), kendilik kavramına yönelik negatif yorumlar (DeNil ve Brutten, 1990), sosyal beceri eksikliği incelenmiş alanlardır.

### **2.2.2. Kekemelik ve Eş Zamanlı Diğer Psikiyatrik Tanıları İnceleyen Araştırmalar**

Konuşma ve dil insan beynine özgü bir yetenektir. Özellikle erken gelişim döneminde bilişsel fonksiyonlarda herhangi bir bozulma, dil becerisini etkileyebilmektedir. Bu nedenle dil ve konuşma bozuklukları farklı bir çok zihinsel fonksiyon bozukluklarına eşlik edebilmektedir (Lewis, 2002).

Kekemeliği olan çocuklarda eş zamanlı olarak gözlenen *artikülasyon, dikkat, öğrenme, işitsel ve dil gelişimi ile ilişkili problemlere dikkat çekmiş araştırmalar mevcuttur* (Blood ve Seider, 1981; Nippold, 1990; Riley ve Riley, 1983; Peters ve Starkweather, 1990). Nippold (1990) kekemelikteki konuşma ve dil bozukluklarının çok fazla değişkenlikte olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada ebeveynlerin bildirimlerine göre çocukların %32 oranında öğrenme güçlüğü, %28 oranında ise bellek problemleri olduğu belirtilmiştir. Okul çağındaki 24 kekemelik olgusunun incelendiği bir araştırmada; eş zamanlı olarak diğer iletişim (dil) bozuklukları bulunma oranının, kontrol grubuna göre oldukça yüksek olduğu saptanmıştır (St. Louis, 1991).

Riley ve Riley (1983), kekemeliği olan okul çağı çocuklarında nörolojik temele dayanan eş zamanlı başka bozuklukların da sık bulunabileceğine dikkat çekmişlerdir. Bu çalışmada; dikkati sürdürmede güçlük %37, işitsel süreçlerde bozukluk %28, cümle formülasyonu %30 ve oral-motor üretim bozuklukları % 87 oranında bulunmuştur.

Kekemelik ve *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*'nun eş zamanlı görülme sıklığı; %4 (Arndt ve Healey, 2001), %26 (Riley ve Riley, 2000) ve %10-20 oranlarında (Conture, 2001) bulunmuştur.

Kekemeliğe ilişkin teorilerde şimdiye kadar anksiyeteye bir çok farklı rol yüklenmiştir. Anksiyeteyi kekemeliğin ana nedeni olarak gören (Wischner, 1952; Sheehan, 1970), kekemeliği alevlendiren veya süreklilik kazanmasına neden olan bir değişken olarak değerlendiren (Brutten & Shoemaker, 1967; Van Riper, 1973; Gregory, 1991) ve anksiyetenin kekemeliğin bir ürünü olduğunu savunan (Ryan, 1974; Perkins, 1979) birçok farklı hipotez ortaya atılmıştır. Ek olarak birçok araştırmacı ve klinisyen, kekemelikte gözlenen anksiyetenin süreklilik gösteren genel bir emosyonel reaksiyon olduğunun altını çizmiştir (Barbara, 1960; Craig, 1990; Caruso, Chodzko-Zajko ve ark.,1994; Craig, ve ark., 2003). Bu görüşe katılmayanlar ise kekemelikteki anksiyetenin genelde iletişimle ilişkili ve özelde sözel iletişimi ilgilendiren durumsal bir süreç olduğunu savunmuşlardır (Peters, 1987; Kraaimaat, Janssen ve ark., 1991; Miller ve Watson, 1992).

Kekemeliği olan çocuklarda var olan anksiyete tipinin incelenmesi ve ölçülebilir tipin belirlenmesi diğer merak edilen konulardan biridir. Deneysel çalışmalar ile anksiyete ve kekemelik arasındaki pozitif ilişki doğrulanmıştır (Blood ve ark., 1994; Kraaimat ve ark., 2002). Ancak Menzies ve ark.'nın (1999), kekemelikte anksiyetenin rolünü inceledikleri gözden geçirme yazısında; anksiyete ve kekemelik arasındaki ilişkiyi gösteren birçok çalışma olmasına karşın bu ilişkinin doğasının neden tanımlanamadığı tartışılmıştır. Sonuçta, bu durumun anksiyetenin yapısına ve tanımlanmasına ilişkin değerlendirme araçlarının eksikliği ile ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Son dönemlerdeki araştırmalarda stresli yaşam olaylarına verilen anksiyete reaksiyonları ve bu farklılıkların nedenselliğine yönelik ilgi artmıştır (Vinacour ve Levin, 2004). İki tip anksiyete tanımı mevcuttur: (i) Süreklilik anksiyetesi kişinin kalımsal edindiği anksiyete düzeyidir, (ii) durumluluk anksiyetesi ise kişinin belli bir yer ve durumda yaşadığı özgül anksiyete olarak ifade edilmiştir (Speilberger, Gorsuch ve Lushene, 1970). Spielberger (1979), anksiyete reaksiyonlarının, tehdit algısına göre şekillendiğini vurgulamıştır. Bir kişi belli bir durumu tehlikeli olarak algılamadığında veya kendini baş edebilecek kapasiteye sahip hissettiğinde o durumun stresli bir yaşam olayı olmaktan çıkacağını savunmuştur. Spielberger durumluluk-süreklilik anksiyete bakış açısında; anksiyete düzeyindeki değişimlerin

tahmin edilmesinde hem kişilik hem de durumsal faktörlerin ayrı yapılar olarak ele alınmasını gerekli görmüştür (Spielberger, 1970).

Bu geleneksel yaklaşımın aksine son on yılda; her iki anksiyete tipinin de çok boyutlu olduğu görüşü savunulmaktadır (Endler, Edwards ve ark., 1991; Endler, Parker ve ark., 1991). Bu modelde; durumsal olarak tanımlanmış süreklilik anksiyetesinin dört tipi gösterilmiştir: sosyal değer biçme, fiziksel tehlike, belirsizlik ve günlük rutinlerdir. Bu bileşenlerin birbirinden oldukça bağımsız olabileceği; bir kişi için sosyal değer biçme önem taşıyor iken bir diğeri için fiziksel tehlikenin stres düzeyini yönlendirebileceği gösterilmiştir (Endler, Parker ve ark., 1991). Böylece çok boyutlu süreklilik anksiyetesi kavramının, durum anksiyetesi tayininde kullanılma etkinliğine vurgu yapılmıştır.

Ebeveyn bildirimlerine göre çocukların kekemelik durumlarını fark etmelerinin, kekemelik durumunun başlamasından kısa bir süre sonra gelişen sosyal negatif yorumlamalar ve cezalar ile ilişkili olabileceği savunulmuştur (Ambrose ve Yairi, 1994; Packman, Onslow ve ark., 2003). Packman ve ark.'nın (2003) çalışmasında; okul öncesi dönemde kekemeliği olan çocukların normalde oyun arkadaşı olarak daha az seçilmelerine ve alaya alınmalarına karşın, konuşma ve grup oyununa katılma girişiminde buldukları takdirde problemin akranları tarafından göz ardı edildiği bulunmuştur.

Akıcı konuşan üç yaşındaki bir çocuğun kekeme olan akranlarını tanıyabildiği ve kekemeliği negatif olarak değerlendirmesinin en erken dört yaş civarında olduğu gösterilmiştir (Ezrati-Vinacour ve ark., 2001). Bu çalışmada 3-7 yaş arasındaki 80 çocuğa, akıcı konuşan ve kekeme olan iki kukla izletilmiş ve hangisiyle arkadaşlık etmek isteyecekleri sorulmuştur. Üç yaşındaki çocukların %46.7'si, dört yaşındaki çocukların %68.8'i ve beş yaşındaki çocukların %87.5'nin akıcı konuşan kuklayı tercih ettikleri tespit edilmiştir. Ayrıca kekemeliği olan çocukların altı veya yedi yaşlarında, iletişimle ilgili negatif kendilik algılayışı (*self attitude*) geliştirdikleri saptanmıştır (DeNil ve Brutton, 1991; Vanryckeghem ve Brutton, 1996).

Geleneksel bakış açısında ses çıkışı zorluğunun üstesinden gelmek için yapıldığı düşünülen ikincil davranışlar bir çok araştırmanın ilgi odağı olmuştur. Kekemelik ve *Tourette Sendromu* arasındaki ilişkinin değerlendirildiği

araştırmalarda kekemeliğin bir çeşit vokal tik olduğu öne sürülmüştür (Alarcon ve ark., 1996; Joseph ve ark., 2000). Kekemeliğin bir BG kusuru olarak düşünülmesi durumunda, istemsiz davranışların da izahının bu mekanizma ile açıklanabileceği ne sürülmüştür (Mulligan ve ark., 2003).

Mulligan ve ark.'nın (2003) alışmasında normallere göre kekemeliği olan grupta; göz ve kaç tikleri, yüz veya dudak buruşturma, kafa sallama, omuz oynatma tikleri daha fazla oranda bulunmuştur. Ayrıca kekeme grupta çene ve dudakla ilişkili istemsiz hareketlerin konuşmadan bağımsız süreçte de olduğu gözlenmiştir. Doğal bir şekilde kendiliğinden oluşan bir dizi istemsiz hareket kompleks motor tik olarak sınıflandırılmaktadır. Stereotipiler ise kalıpcıl, tekrarlayıcı, herhangi bir zamanda aynı tipte yapılan amaçsız hareketlerdir. Stereotipiler, otizm, obsesif kompulsif bozukluk, Tourette Sendromu, şizofreni, mental retardasyon ve normal kişilerdeki anksiyete süreçleriyle ilişkilendirilmiştir (Tan ve ark., 1997).

*Tikler ve GK'nin çok sayıda benzer özellikleri olduğu ifade edilmiştir. Her iki psikiyatrik bozuklukta da; başlangıç yaşının 3-8 yaşlarında, kendiliğinden iyileşmenin erenliğin erken dönemlerinde olduğuna dikkat çekilmiştir. Ayrıca tik bozukluğu olanlarda kekemelik insidansı %16, yaş ve cinsiyet eşleştirilmiş normal kontrol grubunda ise %4 oranında olduğu bulunmuştur (Lees, 1985).*

Tikler ve kekemelikte benzer farmakolojik ajanlardan yararlanılması, nörobiyolojik temellerinin benzerliğine kanıt olarak sunulmuştur (Brady, 1991). Tiklerin tedavisinde kullanılan haloperidol (Lees, 1985; Tan ve ark., 1997; Mesulam ve Petersen, 1987) ve risperidon (Lombroso, 1995) gibi antidopaminerjik ajanlardan, kekemelik tedavisinde de fayda sağlanıldığı gösterilmiştir (Prins, 1980; Brady, 1991; Maguire ve ark., 1997 ve 2000). Olanzapinin kekemelikteki etkinliğini incelemek üzere yapılan çift kör plasebo kontrollü bir çalışmanın sonuçlarında kekemeliğin klinik tablosunda düzelmenin olduğu gösterilmiştir (Maguire ve ark., 2004).

Stager ve ark.'nın (2005) kekemelikte dopaminerjik ve serotonerjik mekanizmaların rolünü inceledikleri çalışmada; selektif serotonin geri alım inhibitörü paroksetin ve selektif dopamin antagonisti pimozidin etkinliği çift kör karşılaştırmalı desen ile değerlendirilmiştir. Paroksetine herhangi bir yanıt

oluşmadığı ancak pimozid ile konuşma akıcılığında istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşmenin olduğu gösterilmiştir. Yazarlar bu sonucu, kekemeliğin altında yatan patofizyolojik mekanizmanın dopaminerjik sistemle ilişkili olabileceği yönünde yorumlamışlardır.

### **2.3. Ailedeki Duygu İfadesinin Psikopatoloji Oluşumunda ve Psikopatolojinin Sürengenleşmesindeki Rolü**

Şimdiye kadar çocukluk çağındaki bazı psikiyatrik bozuklukların aile ortamı ile ilişkisinin varlığını destekleyen bir çok çalışma yapılmıştır. Depresyon ile ilgili araştırmalarda; aile desteğinin düşük olması (Feldman ve ark., 1988; Barrera ve Garrison-Jones, 1992), yüksek aile içi çatışmaları (Forehand ve ark., 1988; Wierson ve ark., 1988) ve zayıf aile bağlarının (Puig-Antich ve ark., 1993) rolü gösterilmiştir.

Duygu ifadesi (Dİ) kavramı tarihsel olarak İngiltere’de Tıbbi Araştırma Merkezi’nin (*Medical Research Center-MRC*) yaklaşık 40 yıldır, şizofrenik hastalarda alınan sonuçlar hakkında yürüttüğü bir seri çalışmaya dayanmaktadır (Bland, 1989 [Berkson ve ark.’dan, 1992]). Bu konuda temel çalışmalardan biri olan Vaughn ve Leff’in (1976a) çalışmasında yüksek Duygu İfadesi (Dİ) olan ortamlara dönen şizofrenik hastalarda nüks oranının %51, düşük Dİ olan ortamlara dönen hastalarda ise %13 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, tedaviye uyum ve Dİ yüksek aile üyesi ile geçirilen süre nüks ile ilişkili iki önemli faktör olarak bulunmuştur.

Duygu ifadesi düzeylerinin saptanmasında kullanılan klasik yöntem; yarı yapılandırılmış forma sahip olan Camberwell aile görüşmelerinin (*Camberwell Family Interview-CFI*) bant kaydı analizleridir (Vaughn ve Leff, 1976b).

Duygu ifadesi ölçümünde yaygın olarak kullanılmış araçlardan biri Beş-Dakika Konuşma Örneği [*Five-Minute Speech Sample* (Magana ve ark., 1986)] olarak adlandırılmış olan ve ebeveynin çocuğu ile ilişkisini tanımlamasını sorgulayan görüşmedir. Bu testte cevaplar, eleştirel ve duygusal aşırı düşkünlük olmak üzere iki farklı bölümde kodlanır ve her iki bölümdeki yüksek puanlar “yüksek duygu ifadesini” göstermektedir. Ancak son yıllarda özellikle çocuk örnekleminde olmak üzere, duygu ifadesinin değerlendirilmesinde her iki alt bölüm puanlarının ayrı olarak yol göstericiliği sınırlanmaktadır (Stubbe ve ark., 1993; Hirshfeld ve ark.,

1997; Wamboldt ve ark., 2000; McCarty ve Weisz, 2002). Çünkü duygu ifadesi ölçeğindeki bu iki alt bölüm ile ebeveyn tutumlarındaki farklılığın, çocuklarda farklı davranışlara yol açıp açmayacağı test edilmek istenmiştir. Bu çalışmalarda aşırı duygusal düşkünlük alt bölümündeki cevapların, çocuklardaki gelişimsel düzeye göre değerlendirilmesi gereği nedeniyle geçerliliği hakkında şüpheler ortaya atılmıştır (Wamboldt ve ark., 2000; Daley ve ark., 2003; McCarty ve Weisz, 2002).

Duygu ifadesinin doğru yorumlanabilmesi için, ebeveyn ve çocuk davranışlarının karşılıklı etkileşimi göz önünde bulundurulmalıdır. Sameroff'un transaksyonel teorisi, Patterson'un zorlayıcı aile süreçleri ve Thornberry'nin interaksyonel teorisi'nde gösterildiği gibi; çocuk ve ebeveyn davranışları birbirini karşılıklı etkilemektedir. Literatürdeki bazı çalışmalarda; çocuğun davranışlarının, annenin de çocuğa nasıl davrandığının birer göstergesi olabileceği ileri sürülmüştür (Anderson ve ark., 1986; Sanders ve ark., 1989; Williams ve Forehand, 1984; [McCarty ve ark., 2004]).

Dışavurum davranış problemleri olan çocuklarla yapılan çalışmalarda; annelerin irritabilite ve depresyon belirtilerinin ebeveyn kontrolünü sağlamalarında güçlük yarattığını ve bunun da çocuklardaki tepkisel davranışların bir bölümünden sorumlu olabileceği gösterilmiştir (Hetherington ve Martin, 1986; Patterson, 1982). Deneysel çalışmalarda da ebeveynin stres ve negatif duygudurumunun, çocuğun problemleri ile ilişkisi doğrulanmıştır (Pelham ve ark., 1997, 1998).

Duygu İfadesi Ölçümü yetişkin psikopatoloji çalışmalarında yaygın olarak kullanılmış ve şizofreni relapsının yordayıcılarından biri olabileceği savunulmuştur (Butzlaff ve Hooley, 1998).

Duygu İfadesi Ölçümünün çocukluk çağındaki kullanımı gittikçe yaygınlaşmakla beraber henüz bu yaş grubundaki geçerliliğine dair kanıtlar yeterli görünmemektedir. Eleştirel-düşmancıl oluş ve aşırı duygusal düşkünlük ifadelerinin davranış düzeyindeki karşılıklarının olup olmadığını araştıran çalışmalarda; eleştirel tutumun davranış düzeyinde karşılıklarının olabildiği gösterilmiştir. Eleştirel duygu ifadesi yüksek çıkan ebeveynlerin; çocuklarıyla ilişkide daha zıt, negatif, tartışmacı, otoriter tavırlı ve aşırı kontrolcü tutumlar sergiledikleri izlenmiştir. Yüksek eleştirel puan alan ebeveynlerin karşılıklı ilişkide cevaplılıklarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Duygu ifadesindeki aşırı

duygusal düşkünlük alt bölümünün ise ebeveynlerde gözlenebilir davranışlar ile ilişkilendirilmesinin güç olduğu ve ölçekte o an verilen cevapların ebeveyn tutumu olarak atfedilmesinin dikkatle değerlendirilmesi gereği savunulmuştur (McCarty ve ark., 2004).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Örneklem Seçimi**

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde DSM-IV tanı ölçütlerine göre kekemelik tanısı ile takip ve tedavi altına alınmış 7-16 (Yaş ortalaması:  $10.11 \pm 2.66$ ) yaş arası 44 çocuk [Erkek: 34 (%77.3), Kız: 10 (%22.7)] rasgele örnekleme ile seçilmiştir. Çalışmadan dışlanma ölçütleri; konuşma ile ilgili motor ya da duyuşsal bir bozukluğun önde olması, psikotik bozukluk tanısı ve değerlendirme araçlarını doldurmak için yeterli zihinsel kapasiteye sahip olmama olarak kabul edilmiştir.

Kekemelik olgularını karşılaştırmak üzere Atatürk Sağlık Ocağına başvuran, kronik bir hastalığı bulunmayan ve değerlendirme araçlarını doldurmak için yeterli zihinsel kapasiteye sahip olma kriterlerini karşılayan 7-16 (Yaş ortalaması:  $10.24 \pm 2.57$ ) yaş arası 45 çocuk [Erkek: 30 (%66.7), Kız: 15 (%33.3)] kontrol grubunu oluşturmak üzere seçilmiştir. Her iki gruptaki çocuk/ergen ve ebeveynlerine bilgilendirme ve onam formu (Ek 8.1 ve 8.2) okutularak imza alınmıştır.

#### **3.2. Kullanılan Ölçekler ve Değerlendirmeler**

Çalışmaya katılan kekemelik olguları ve kontrol grubunda, yarı yapılandırılmış psikiyatri görüşme ölçüm aracı olan; Okul Çağı (6-18 Yaş) Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu ile psikiyatrik tanılarının varlığı değerlendirilmiştir. Çocuklara; Çocukluk Depresyonu Derecelendirme Ölçeği, Çocuklar İçin Durumluk Sürekli Kaygı Envanterinin Sürekli Kaygı Ölçeği ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Çocuk formu uygulanmıştır. Ebeveynlere; 4-18 yaş Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği, Duygu İfade Ölçeği, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn Formu ve ayrıca, annelere, Belirti Tarama Listesi-90 verilmiştir.

### **3.2.1. Okul Çağı (6-18 Yaş) Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (K-SADS-PL):**

Okul Çağı (6-18 Yaş) Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY), çocuk ve ergenlerin DSM III ve DSM IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir. ÇDŞG-ŞY şu temel tanıları içerir: Major depresyon, Distimi, Mani, Hipomani, Siklotimi, Bipolar Bozukluk, Şizoaffektif bozukluklar, Şizofreni, Şizofreniform bozukluk, Kısa Tepkisel Psikoz, Panik Bozukluk, Agorafobi, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Kaçınma Bozukluğu, Basit Fobi, Sosyal Fobi, Aşırı Aksiyete/Yaygın Aksiyete Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Karşı Gelme Bozukluğu, Enürezis, Enkoprezis, Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza, Geçici Tik Bozuklukları, Tourette Bozukluğu, Kronik Motor ya da Vokal Tik Bozukluğu, Alkol Kötüye Kullanımı, Madde Kötüye Kullanımı, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Uyum Bozukluğu. ÇDŞG-ŞY içinde yer alan maddelerin çoğu 0-3 arasında derecelendirilir. ÇDŞG-ŞY; Gökler ve arkadaşları (2004) tarafından, K-SADS-PL, 1.0 versiyonunun (Kaufmanve ark., 1996) Türkçe'ye uyarlanması ile oluşturulmuştur.

### **3.2.2. Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL)**

ÇDDÖ, 4-18 yaş arası çocuk ve gençlerin yeterlik alanları ve sorunlu davranışlarını anne, babalardan elde edilen bilgiler doğrultusunda değerlendirmek amacıyla Achenbach ve Edelbrock (1983) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 20 yeterlik ve 118 problem maddesinden oluşmaktadır. Yeterlik ile ilgili maddelerde, yapılan etkinlikler, sosyal uyum ve okul başarısı ile okuldaki işlevsellik sorgulanır. Ölçeğin 1991 formu, Türkçe'ye Neşe Erol ve Cengiz Kılıç tarafından çevrilmiş ve ölçeğin geçerlik, güvenirlik çalışması yapılmıştır (Erol, 1995).

### **3.2.3. Çocukluk Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (CDI)**

Kovacs (1981) tarafından Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak hazırlanmış olan bir kendi kendini değerlendirme ölçeğidir (Kovacs 1981). Kesim puanı 19 olarak

önerilmektedir. Çocukluk Depresyonu Derecelendirme Ölçeğinin (ÇDÖ)Türkiye için geçerlik güvenirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmıştır (Öy 1991).

### **3.2.4. Çocuklar İçin Durumluk Sürekli Kaygı Envanterinin Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-C)**

Çocuklar için Durumluk Sürekli Kaygı Envanterinin Sürekli kaygı ölçeği 20 madde içeren bir kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. “Sık sık” seçeneğinin işaretlenmesi durumunda en yüksek puan olan 3, “bazen” seçeneğinde 2 puan ve “hemen hemen hiç” seçeneğinin işaretlenmesi durumunda ise 1 puan alınır. Sürekli kaygı ölçeğinden alınabilecek en düşük toplam puan 20, en yüksek toplam puan ise, 60’tır. 30 ve üzeri yüksek olarak kabul edilmiştir (Özusta, 1993).

### **3.2.5. Duygu İfadesi Ölçeği (DİÖ)**

Duygu İfadesi Ölçeği aile ortamı içinde diğer aile bireylerinden hastaya yönelik davranış ve tutumlara eşlik eden duygusal tonun ölçümünde kullanılmak üzere geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır (Berksun ve ark., 1992). Bu ölçek Duygu İfadesinin (Dİ) klasik ölçüm aracı olan Camberwell Aile Görüşmesi’ndeki duygu ifadesi (*Expressed Emotion*) kuram ve kavramlarına dayandırılarak oluşturulmuştur.

### **3.2.6. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKO)**

2-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçebilmek için Varni ve arkadaşları tarafından yaklaşık 15 yıllık çalışma sonucu 1999 yılında geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir (Varni ve ark., 1999). 1988’de Varni ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan 32 maddelik *Pediatric Cancer Quality of Life Inventory*’den türetilmiştir

Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği 2-4, 5-7, 8-12, 13-18 yaşları arasındaki çocuk/ergenler için ebeveyn formu ve 5-7, 8-12, 13-18 yaşları arasındaki çocuk/ergenler için öz bildirim formu olmak üzere yedi formdan oluşmaktadır. Ergen ve çocuk formları birbirine benzer olmasına rağmen, çocuk ve ergenlerin bilişsel gelişim düzeylerindeki farklılıktan dolayı çocuk formlarında daha basit sözcükler kullanılmıştır. 5-7 yaşları arasındaki çocuklar için üç seçenekli, 8-18

yaşları arasındaki çocuk ve ergenler için beş seçenekli likert tipi ölçek şeklinde geliştirilmiştir. Maddeler 0-100 arasında puanlanmaktadır. ÇİYKO toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır. ÇİYKO 23 maddeden oluşmakta ve puanlaması üç alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÖTP), ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı (FTSP), üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanmaktadır. Ölçeğin Türkiye için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Memik (2005) tarafından yapılmıştır.

### 3.3. Çalışma Deseni ve Uygulamalar

Çalışmanın hasta örneklem grubu, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği'nde kekemelik tanısı almış olan ve Pedagoji ünitemizde konuşma ve dil bozuklukları tedavisine devam eden veya tedavisini yarım bırakmış olan 1990 - 1999 doğumlu 7-16 yaş arasındaki hasta nüfusundan, basit rastgele örnekleme ile seçilen n=60 kişi ile oluşturulmuştur. Telefon ile ulaşılan n= 47 kişilik grubun ebeveynlerine çalışmanın amacı anlatılmış ve katılımcı olmadaki gönüllülükleri sorgulanmıştır. Bu gruptaki üç kişi zihinsel engelliler rehabilitasyon merkezinde özel eğitim almakta olup, ikisinde hafif ve birinde orta düzeyde mental retardasyon tanıları bulunması nedeni ile grubun homojenliğini sağlamak üzere çalışmaya dahil edilmemiştir. Telefon ile ulaşılmamasına rağmen üç kişinin ailesi çalışmaya katılımı farklı sebeplerden dolayı kabul etmemiş ve ayrıca dört kişi de randevusuna gelmemiştir.

Sonuç olarak çalışmaya katılımı kabul eden 37 kişi ve ebeveynleri ile ÇDŞG-ŞY (KDSADS) ile yapılacak görüşme, kullanılan ölçeklerin uzunluğu ve yanıtlandırılmasındaki güçlük göz önüne alındığında çalışmanın iki görüşme şeklinde yapılması planlanmıştır. İlk görüşmede aynı görüşmeciler tarafından sosyodemografik formdaki bilgiler sorgulanmış ve ÇDŞG-ŞY ile klinik görüşme yapılarak katılımcıların psikiyatrik durumları değerlendirilmiştir. Bu görüşmede çocuğa ÇDÖ (CDI) ve ÇDSKE (STAI-C) uygulanmış, ebeveynlerine (çoğunluğunda anne) ise ÇDDÖ (CBCL) ve DİÖ verilmiştir. İkinci görüşmede ise

çocuklara ve ebeveynlere çocuğun yaşam kalitesini değerlendiren ÇIYKO ve sadece annelere BTL-90 (SCL-90) uygulanmıştır.

Çalışmanın yürürlük aşamasında polikliniğimize yeni başvuran yedi kişi ile beraber sonuçta n=44 kişilik hasta örnekleme oluşturulmuştur.

Kekemelik grubundaki yaş ve cinsiyet dökümüne göre eşleştirilmiş kontrol grubunu oluşturmak üzere çalışma mekanı olarak, hasta grup ile sosyoekonomik seviyesi benzer nüfusun başvurduğu ve görüşmelerin yapılması için uygun fiziki şartlara sahip olan Kadıköy ilçesine bağlı Atatürk Sağlık Ocağı belirlenmiştir.

### **3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi**

Çalışmada yer alan temel değerlendirmeler ve ölçekler kesitsel olarak uygulanmıştır. Sosyodemografik form ile çocukların gelişim ve tıbbi öyküleri geçmişe dönük olarak değerlendirilmiştir. Çalışma deseninin genel anlamda kesitsel oluşu nedeniyle, neden-sonuç sorularından daha çok ilişkisellik ve gruplar arası farklılık soruları incelenmiştir. Tüm veriler SPSS 12.0 İstatistik programlama sistemi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Sosyodemografik verilerin parametrik olmayan ölçümleri Pearson Ki-kare ve Fisher Exact Testi; normal dağılımın olduğu ölçümler ise varyans analizi ve Pearson korelasyonu ile ölçülmüştür.

Birden fazla ölçüm içerisindeki gruplar arası farkların değerlendirilmesi için Çoklu Varyans Analizi (MANOVA) kullanılmıştır. Anlamlı farklılıkların bulunduğu değişkenler ayrıca Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile değerlendirilmiştir. MANOVA'nın kullanılmadığı durumlarda, ölçümleri birarada değerlendirmek için *Bonferroni* düzeltmesi yapılarak  $p < 0.03$  olan değerler anlamlı kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Çalışmada Yer Alan Çocuk ve Ebeveynlerin Genel Özellikleri

Çalışmaya katılan 89 katılımcının; %49.4'ü kekemelik olgularını, %50.6'sı kontrol grubunu oluşturmaktadır. Kontrol ve kekemelik gruplarındaki cinsiyet dağılımı tablo 2'de verilmiştir.

**Tablo 2.** Kekemelik ve kontrol grubundaki cinsiyet dağılımı

	ERKEK		KIZ		TOPLAM	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Kekemelik grubu	34	(77.3)	10	(22.7)	44	(100.0)
Kontrol grubu	30	(66.7)	15	(33.3)	45	(100.0)
Toplam	64	(71.9)	25	(28.1)	89	(100.0)

Kekemelik olgularının yaş ortalaması 10.11 ( $\pm 2.66$ ), kontrol grubunun ise 10.24 ( $\pm 2.57$ ) olup, yaş aralığına göre oranlar Tablo 3'de gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Kekemelik ve kontrol grubundaki yaş aralığı oranları

GRUP	7-12 YAŞ		13-16 YAŞ		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
Kekemelik	37	(84.1)	7	(15.9)	44	(100)
Kontrol	36	(80.0)	9	(20.0)	45	(100)
Toplam	73	(82.0)	16	(18.0)	89	(100)

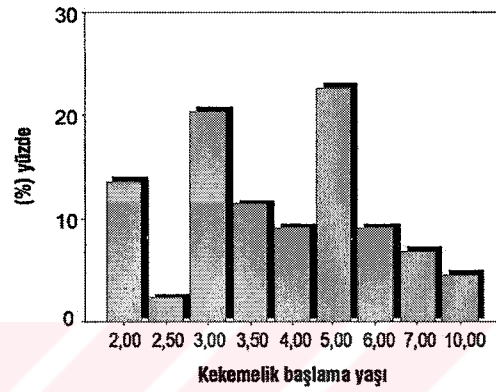
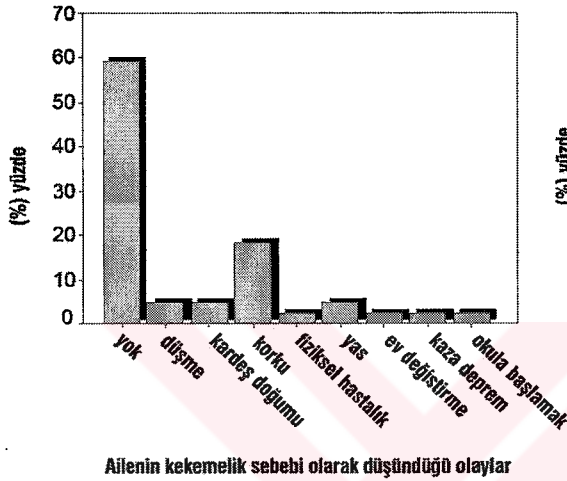
Hasta ve kontrol grubu arasında; ailenin kaçınıcı çocuğı olduğı, okul başarısı; anne ve babaların birliktelik ve akrabalık durumu ve ailenin gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmış olup, Tablo 4'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.** Kekemelik ve kontrol grubundaki sosyodemografik özellikler.

	Kekemelik grubu N= 44		Kontrol grubu N= 45	
	N	%	N	%
<b>Kaçıncı çocuk</b>				
Tek	6	13.6 %	6	13.3%
İlk	18	40.9%	16	35.5%
Ortanca	3	6.8%	3	6.6%
Sonuncu	17	38.6%	20	44.4%
<b>Okul başarısı</b>				
0 - 39 puan	11	25%	5	11.1%
40 - 59 p.	2	4.5%	3	6.7%
60 - 79 p.	12	27.3%	9	20%
80 - 100 p.	19	43.2%	28	62.2%
<b>Anne –baba</b>				
Beraber	44	100%	43	95.6%
Boşanmış	0.0	0%	2	4.4%
<b>Anne- eğitim durumu</b>				
Okuryazar	2	4.6%	2	4.4%
İlkokul	29	65.9%	17	37.8%
Ortaokul	5	11.4%	3	6.7%
Lise	2	4.5%	9	20%
Üniversite	6	13.6%	14	31.1%
<b>Baba- eğitim durumu</b>				
İlkokul	16	36.4%	12	26.7%
Ortaokul	7	15.9%	3	6.7%
Lise	11	25%	11	24.4%
Üniversite	10	22.7%	19	42.2%
<b>A-B akrabalık durumu</b>	10	22.7%	9	20%
<b>Gelir düzeyi</b>				
Düşük	9	20.5%	12	26.7%
Düşük-orta	20	45.5%	9	20%
Orta	13	29.5%	13	28.9%
Orta-yüksek	2	4.5 %	11	24.4%

Çalışmaya katılanların doğum öncesi ve sonrası öyküleri, gelişim basamaklarından yürüme, konuşma ve tuvalet eğitimini kazanma yaşları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Olguların kekemelik başlama yaşları Şekil 3’de, ailelerin kekemeliğin başlamasına sebep olarak sundukları durumlar Şekil 4’de gösterilmiştir.



Şekil 3. Ailenin kekemelik sebebi olarak düşündüğü olaylar

Şekil 4. Kekemeliğin başlama yaşı

Kekemelik grubunda çocuk psikiyatri polikliniğine ilk başvuru sebepleri içerisinde konuşma bozukluğunun yanı sıra ayrıca aşırı hareketlilik ve ders başarısızlığı (sırasıyla, %6.8 ve %2.3) şikayetlerinin de mevcut olduğu ve izlem süreçlerinde, olguların %45.5’ne farmakoterapi uygulandığı tespit edilmiştir. Kullanılan ilaçlar Tablo 5’de görülmektedir.

Tablo 5. Kekemelik olgularında kullanılan ilaçlar.

ilaç kullanan olgu sayısı n=20	SSRI n=12	Antipsikotik n=5	TSA n=2	Stimulan n=1
% 45.5	%27.3	%11.4	%4.5	%2.3

Psikiyatrik soygeçmişleri açısından 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Oranlar Tablo 6’da gösterilmiştir. Kekemelik

olgularının %31.8’de anne tarafında, %45.5’de baba tarafında kekemelik öyküsü bildirilmiştir.

**Tablo 6.** Hasta ve kontrol grubunun psikiyatrik soygeçmiş özellikleri

	Kekemelik N= 44		Kontrol N= 45		P
	N	%	N	%	
Anne-baba akrabalık durumu	10	22.7	9	20	.754
Anne - psikiyatrik soygeçmiş	17	38.6	12	26.7	.228
Baba - psikiyatrik soygeçmiş	9	20.5	14	31.1	.251
Anne - kekemelik öyküsü	14	31.8	0.0	0.0	
Baba - kekemelik öyküsü	20	45.5	0.0	0.0	

*X<sup>2</sup> test*

#### 4.1.2. Çalışmada Kullanılan Değerlendirme Araçlarının Sonuçları

Çalışmada kullanılan ölçeklerin gruplar arasındaki farklarının istatistiksel anlamlılığının değerlendirilmesi için Bonferroni düzeltmesi yapılarak p değeri 0.03 olarak belirlenmiştir. Kullanılan ölçekler içerisinde sadece annelere verilen Belirti Tarama Listesi’nin (BTL-90) genel belirti düzeyi puanlarında, gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Kekeme ve kontrollerin Çocukluk Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (ÇDÖ) puan ortalamalarında istatistiksel olarak bulunan anlamlı farklılık Tablo 7’de görülmektedir.

**Tablo 7.** Kekeme ve kontrol grubu ÇDÖ puanları

ÇDÖ	N	M	SD	R
Kekemelik grubu	44	39.52	4.62	38.12 - 40.93
Kontrol grubu	45	37.18	3.29	36.19 - 38.17
Toplam	89	38.34	4.15	37.46 - 39.21

N: Denek sayısı M: Puan ortalaması SD: Standart sapma R: Puan sınırı  
F (1, 82)= 7.63, p: .007

Tablo 8’de Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin (ÇDSKE) sürekli kaygıyı değerlendiren alt ölçeği ortalama puanlarında, 2 grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlılık taşıdığı gösterilmiştir.

**Tablo 8.** Kekeme ve kontrol gruplarının kaygı (ÇDSKE) puan ortalamaları

ÇDSKE	N	M	SD	R
Kekemelik grubu	44	35.82	7.94	32.90 - 37.73
Kontrol grubu	45	31.93	6.53	29.97 - 33.89
Toplam	89	33.61	7.42	32.04 - 35.17

N: Denek sayısı M: Puan ortalaması SD: Standart sapma R: Puan sınırı  
F (1, 87)= 4.84, p: .03

Kekemelik grubunda Çocukların Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ); içe yönelim, dışa vurum ve toplam genel puanları ve diğer tüm alt test puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 9).

**Tablo 9.** Çocukların Davranış Değerlendirme Ölçeği genel puanlarının karşılaştırılması

ÇDDÖ	Grup	N	M	SD	R
Toplam	kekeme	40	60.73	8.95	57.86 – 63.59
	kontrol	44	51.82	9.26	49.00 - 54.63
	toplam	84	56.06	10.11	53.87 - 58.25
İçe yönelim	kekeme	40	63.05	8.92	60.20 - 65.90
	kontrol	44	55.61	9.22	52.81 - 58.42
	toplam	84	59.15	9.77	57.04 - 61.27
Dışa vurum	kekeme	40	53.08	9.53	50.03 - 56.12
	kontrol	44	47.75	9.35	44.91 - 50.59
	toplam	84	50.29	9.75	48.17 - 52.40

N: Denek sayısı M: Puan ortalaması SD: Standart sapma R: Puan sınırı [ttot; F (1, 82)= 20.00, p< .001]

ÇDDÖ alt test puanlarının değerlendirilmesinde MANOVA kullanılmış ve her iki grup arasındaki farklar tablo 10’da gösterilmiştir.

**Tablo 10.** Her iki gruptaki ÇDDÖ alt test puanları

ÇDDÖ ALT TEST		N	M	SD	F	P
İçe çekilme	kekemelik	40	4.25	3.31	5.82	.018
	kontrol	44	2.59	2.99		
	toplam	84	3.38	3.24		
Somatik şik	kekemelik	40	2.55	3.42	5.09	.027
	kontrol	44	1.20	1.90		
	toplam	84	1.85	2.80		
Anksiyete belirtileri	kekemelik	40	7.78	3.98	6.82	.011
	kontrol	44	5.43	4.20		
	toplam	84	6.55	4.25		
Sosyal problem	kekemelik	40	3.20	2.42	7.43	.008
	kontrol	44	1.89	1.99		
	toplam	84	2.51	2.29		
Düşünce boz	kekemelik	40	1.95	1.78	13.40	.000
	kontrol	44	.77	1.12		
	toplam	84	1.33	1.58		
Dikkat prob	kekemelik	40	5.68	3.27	5.76	.019
	kontrol	44	3.98	3.21		
	toplam	84	4.79	3.33		
Suça eğilim	kekemelik	40	1.88	1.99	7.41	.008
	kontrol	44	.95	.99		
	toplam	84	1.39	1.61		
cinsellik problem	kekemelik	40	9.42	6.72	5.38	.023
	kontrol	44	6.36	5.35		
	toplam	84	7.82	6.20		

N: Denek sayısı M: Puan ortalaması SD: Standart sapma

ÇDŞG-ŞY ile yapılan klinik görüşme sonucunda psikiyatrik tanı alma oranı tablo 11’de ve tanıların dökümü Tablo 12’de gösterilmiştir.

**Tablo 11.** ÇDŞG-ŞY (KSADS) sonucu

GRUP		CDSG-SY TANI		TOPLAM
		yok	var	
Kekemelik	N	17	27	44
	Grup içinde	38.6%	61.4%	100.0%
	Tüm tanı alanlar içinde	32.7%	<b>73.0%</b>	49.4%
	Tüm örneklem içinde	19.1%	30.3%	49.4%
Kontrol	N	35	10	45
	Grup içinde	77.8%	22.2%	100.0%
	Tüm tanı alanlar içinde	67.3%	<b>27.0%</b>	50.6%
	Tüm örneklem içinde	39.3%	11.2%	50.6%
Toplam	N	52	37	89
	Grup içinde	58.4%	41.6%	100.0%
	Tüm tanı alanlar içinde	100.0%	100.0%	100.0%
	Tüm örneklem içinde	58.4%	41.6%	100.0%

Pearson<sup>2</sup> r= 14.032, p<.001.( $\chi^2$  test).

**Tablo 12: ÇDŞG-ŞY ile yapılan görüşme sonucunda kekemelik ve kontrol grubunun aldığı psikiyatrik tanımlar**

ÇDŞG-ŞY Tanımları	Kekemelik grubu	Kontrol grubu	Toplam
Tanı yok N	17	35	52
Grup içinde	38.6%	77.8%	58.4%
Toplam	19.1%	39.3%	58.4%
Depresyon N	2	1	3
Grup içinde	4.5%	2.2%	3.4%
Toplam	2.2%	1.1%	3.4%
Ayrılık Anksiy N	2	2	4
Grup içinde	4.5%	4.4%	4.5%
Toplam	2.2%	2.2%	4.5%
Sosyal Fobi N	4		4
Grup içinde	9.1%		4.5%
Toplam	4.5%		4.5%
Özgül Fobi N	2	1	3
Grup içinde	4.5%	2.2%	3.4%
Toplam	2.2%	1.1%	3.4%
Yaygın Anksiyete N	3		3
Grup içinde	6.8%		3.4%
Toplam	3.4%		3.4%
Enürezis N	4	3	7
Grup içinde	9.1%	6.7%	7.9%
Toplam	4.5%	3.4%	7.9%
Enkoprezis N		1	1
Grup içinde		2.2%	1.1%
Toplam		1.1%	1.1%
Tik boz. N	1		1
Grup içinde	2.3%		1.1%
Toplam	1.1%		1.1%
DEHB/hiperaktif N	3		3
Grup içinde	6.8%		3.4%
Toplam	3.4%		3.4%
DEHB/kombine N	3		3
Grup içinde	6.8%		3.4%
Toplam	3.4%		3.4%
DEHB/dikkat eks. N		2	2
Grup içinde		4.4%	2.2%
Toplam		2.2%	2.2%
Tourette S. N	3		3
Grup içinde	6.8%		3.4%
Toplam	3.4%		3.4%
Toplam N	44	45	89
Grup içinde	100%	100%	100%
Toplam	49.4%	50.6%	100%

Eş tanı olup olmasının kekemelik grubu içerisinde, araştırmada kullanılan diğer ölçekler açısından bir fark yaratıp yaratmadığına bakıldığında ise sadece Çocukluk Depresyonu Derecelendirme Ölçümünde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [F (1, 42)= 11.85, p<.001].

Kekemelik olgularında anne ve babanın Duygu İfadesi Ölçeğinin toplam puanı ve düşmancıl/eleştirel oluş ile aşırı duygusal düşkünlük alt faktörleri, kontrol grubuna göre tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Özellikle annenin aşırı duygusal düşkünlük alt test puanları belirgin olarak yüksek olduğu görülmüştür. Sonuçlar tablo 13'te gösterilmiştir.

**Tablo 13:** Anne ve Babanın DİÖ sonuçları

		N	M	SD	F	P
ADİÖtop	Kekeme	44	21.45	4.82	8.47	.005
	Kontrol	44	18.59	4.39		
	toplam	88	20.02	4.80		
ADİÖ/eleşt	Kekeme	44	8.25	1.94	1.31	.254
	Kontrol	44	7.84	1.34		
	toplam	88	8.04	1.67		
ADİÖ/duyg	Kekeme	44	11.54	3.16	12.22	.001
	Kontrol	44	9.20	3.11		
	toplam	88	10.37	3.33		
BDİÖtop	Kekeme	22	19.40	4.82	1.47	.233
	Kontrol	13	17.30	5.13		
	toplam	35	18.62	4.97		
BDİÖ/eleşt	Kekeme	22	4.18	4.32	5.90	.017
	Kontrol	13	2.15	3.51		
	toplam	35	3.15	4.04		
BDİÖ/duyg	Kekeme	22	4.70	5.48	4.40	.039
	Kontrol	13	2.48	4.42		
	toplam	35	3.58	5.07		

N: Denek sayısı M: Puan ortalaması SD: Standart sapma

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin hem çocuk-ergen hem de ebeveyn tarafından doldurulan form puanları ANOVA ile değerlendirildiğinde; kekemelik olgularında daha düşük olduğu saptanmıştır. Sonuçlar tablo 14'te özetlenmiştir.

**Tablo 14.** Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Sonuçları çocuk (ç)ve ebeveyn (e) formu sonuçları

		N	M	SD	F	P
ÇİYKOç/ ÖTP	Kekeme	39	80.87	9.56	9.94	.002
	Kontrol	34	87.70	8.83		
	toplam	73	84.05	9.78		
ÇİYKOç/ PSTP	Kekeme	39	81.58	9.85	7.08	.010
	Kontrol	34	87.89	10.36		
	toplam	73	84.52	10.51		
ÇİYKOe/ ÖTP	Kekeme	39	79.75	12.7	5.56	.021
	Kontrol	33	86.39	10.89		
	toplam	72	82.79	12.29		
ÇİYKOe/ PSTP	Kekeme	39	80.18	13.99	5.76	.019
	Kontrol	33	87.47	11.29		
	toplam	72	83.52	13.25		

Annelerdeki psikopatolojik belirtilerin değerlendirilmesinde Belirti Tarama Listesi (BTL-90) kullanılmıştır. Genel Belirti Düzeyi (GBD) sonuçlarında ve MANOVA ile değerlendirilen somatizasyon, obsesyon ve kompülsiyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, kaygı ve düşmanlık, fobik kaygı, paranoid, psikotik ve diğer bulgulara yönelik alt testlerin puanlarında iki grup arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ( $p<.044$ ).

Kekemelik olgularında eş zamanlı tanı varlığı ile Annenin psikopatolojik belirti düzeyi ve ailedeki duygu ifadesi ilişkisi T-test ile değerlendirildiğinde istatistiksel olarak belirgin bir fark çıkmamıştır. Sonuçlar Tablo 15'te görülmektedir.

**Tablo 15.** Kekemelik olgularında eş zamanlı tanı varlığı ile BTL-90 ve DiÖ ilişkisi

	ÇDŞG- ŞY Tanı	N	M	SD	Sh	R		<i>P</i> <sub>sig.</sub> <i>2-tailed</i>	<i>T</i>
						Alt sınır	Üst sınır		
Anne BTL-90 toplam puan	Ek tanı yok	15	64,33	59,54	15,37	31,36	97,31	.488	-,700
	Ek tanı var	25	77,24	54,52	10,90	54,73	99,75	.499	-,685
	Toplam	40	72,40	56,05	8,86	54,47	90,33		
Anne DiÖ toplam puan	Ek tanı yok	17	21,47	4,37	1,06	19,22	23,72	.986	,017
	Ek tanı var	27	21,44	5,16	,99	19,39	23,48	.986	,018
	Toplam	44	21,45	4,82	,72	19,98	22,92		

**Tablo 16.** Anne DİÖ, Anne BTL-90, ÇİYKÖçocuk ve ebeveyn formu ve ÇDDÖ puan sonuçları korelasyonu.

	ADIÖ toplam	ADIÖ eleştirel	ADIÖ duyg. düşkün. düşkün.	BTL90 GBD	ÇİYKÖ ÖTPç	ÇİYKÖ PSTPç	ÇİYKÖ ÖTPe	ÇİYKÖ PSTPe	ÇDDÖ toplam	ÇDDÖ içeyön dışa	ÇDDÖ
ADIÖ toplam	1,000										
ADIÖ eleştirel	,799(**)	1,000									
ADIÖ duyg. düşkün. düşkün.	,915(**)	,526(**)	1,000								
BTL90 GBD	,521(**)	,373(*)	,537(**)	1,000							
ÇİYKÖ ÖTPç	-,403(*)	-,256	-,392(*)	-,185	1,000						
ÇİYKÖ PSTPç	-,448(**)	-,233	-,474(**)	-,291	,920(**)	1,000					
ÇİYKÖ ÖTPe	-,524(**)	-,315	-,553(**)	-,617(**)	,409(**)	,419(**)	1,000				
ÇİYKÖ PSTPe	-,564(**)	-,309	-,602(**)	-,674(**)	,442(**)	,514(**)	,931(**)	1,000			
ÇDDÖ toplam	,536(**)	,469(**)	,434(**)	,548(**)	-,217	-,269	-,572(**)	-,631(**)	1,000		
ÇDDÖ içeyön	,364(*)	,291	,329(*)	,464(**)	-,136	-,232	-,563(**)	-,543(**)	,795(**)	1,000	
ÇDDÖ dışa vurum	,488(**)	,437(**)	,357(*)	,470(**)	-,205	-,200	-,372(*)	-,464(**)	,829(**)	,435(**)	1,000

DIÖ: Duygu İfadesi Ölçeği/toplam/eleştirel/aşırı duygusal düşkünlik; BTL-90 GBD: Belirti Tarama Listesi/Genel Belirti Düzeyi; ÇİYKÖ/ÖTP/PSTP: Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği/Ölçek Toplam Puanı/Psikososyal Sağlık Toplam Puanı çocuk ve ebeveyn formu; ÇDDÖ: Çocuklar için Davranış Değerlendirme Ölçeği

\*\* p<0.01; \* p<0.05

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Genel Değerlendirme

Bu çalışmanın amacı iletişim bozukluklarından olan kekemeliğin çocuğun psikiyatrik, akademik, aile ve akran ilişkileri üzerine getirdiği yükleri, konuşma ve dil patolojileri erevesi içinde tartişmaktır.

Özellikle erken gelişim döneminde bilişsel fonksiyonlarda herhangi bir bozulma, dil becerisini etkileyebilmektedir. Bu nedenle dil ve konuşma bozuklukları farklı bir çok zihinsel fonksiyon bozukluklarına eşlik edebilmektedir (Lewis, 2002).

Kekemelikte eş zamanlı diğer psikopatolojilerin; kekemelik yaşantısının bir sonucu mu olduğu yoksa kalıtsal olarak psikopatolojiye yatkınlıktan mı kaynaklandığı sorusu araştırmaların ilgi odağı olmaya devam etmektedir. Psikopatolojiye yatkınlık üzerine yapılan araştırmalarda; bilişsel, sosyal-duygusal yeterlilik, genetik, yapısal (aile büyüklüğü, ailenin sosyoekonomik seviyesi, aile ilişkilerinin belli bir dengede devamlılığı) ve mizaç özellikleri en çok çalışılmış konulardır.

Kekemelikteki yatkınlık ise nörolojik ve psikolojik değişkenlerden etkilenebilmektedir. Oyler'in (1994) alışmasında kekemelikte yaşam zorluklarına karşı dayanıksızlığı artıran en önemli faktörler; eş zamanlı bulunan psikopatolojik durumlar ve daha hassas mizaç özelliklerine sahip olma ile ilişkilendirilmiştir. Çevresel değişikliklere karşı dayanıksızlık olarak tanımlanabilen hassasiyeti; Kramer (1993) "duygusal termostat bozukluğu" olarak ifade etmiştir [Oyler'den (1994)]. Hassas insanda, duygudurumsal düzenleme mekanizmalarında belli zayıflıklar olabileceği dşnlmş ve özellikle herhangi bir 'kayıp'a karşı verilen tepkiselliğin, hassasiyetin önemli göstergelerinden biri olabileceği belirtilmiştir.

Kekemelik ile eş zamanlı psikopatoloji birlikteliğini araştıran bir çok çalışmada; dil bozukluklarından, özellikle fonolojik bozuklukların görülme sıklığının yüksek olduğu bulunmuştur (Wolk ve ark., 1993; Paden, 2004). Gregg ve Yairi'nin (2006) kekemelik şiddeti ile fonolojik problemler arasındaki ilişkiselliği değerlendirdikleri çalışmalarında, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Ancak bu çalışmada, kekemelik ile birlikteliği sık olan fonolojik

bozuklukların yanısıra diğerk tüm dil bozukluklarının da araştırılması gerekliliğine vurgu yapılmıştır.

Gelişimsel dil bozuklukları ve eş zamanlı bulunan psikiyatrik hastalıkların araştırıldığı Cantwell ve Baker'ın (1991) çalışmasında; konuşma ve dil bozuklukları kliniğine başvurmuş 600 çocuğun %50'de ek tanı olmadığı, %19'da DEHB, %7'de davranım bozukluğu ve %10'da anksiyete bozukluğu olduğu bulunmuştur. Dört yıl sonra bu çocuklardan 300'ne ulaşarak yapılan değerlendirme sonucunda psikiyatrik hastalık oranının %60'a çıktığı görülmüştür (p<.0001). İleriye dönük başka bir çalışmada; 56 gelişimsel dil bozukluğu olan çocuğun 4 yaşında iken %11'lik (kontrol grupta %2) ÇDDÖ psikopatoloji puanının, 8 yaşında %32'ye çıktığı bulunmuştur (Benasich ve ark., 1993).

Beitchman ve arkadaşları'nın (1996) çalışmasında; Ottawa-Carleton bölgesindeki tüm anaokullarından 1/3 rasgele örnekleme ile seçilen n=1655 anaokul çocuğu 14 yıllık takibe alınarak, 12.5 ve 19 yaşlarında yeniden değerlendirilmiştir. Dil yeteneğine göre oluşturulan dört küme; tüm alanlarda düşük genel puan, artikülasyonda zayıflık, zayıf kavrama ve yüksek genel puan (normal grup) olarak belirlenmiştir. Düşük genel puana sahip olan grubun DSM-IV'ün Karışık Dili Algılama ve Sözel Anlatım Bozukluğu, zayıf artikülasyonunun da Fonolojik Bozukluk tanılarına karşılık gelebileceği düşünülmüştür. Beş yaşında yapılan değerlendirmede, düşük genel puana sahip olanların %59'da DEHB, kavraması zayıf olan kümede saldırgan davranışların yüksek çıktığı ve artikülasyon kümesinde ise davranış problemlerinin nisbeten daha az olduğu saptanmıştır. 12.5 yaşında yapılan değerlendirmede psikopatolojik probleme sahip olanların %75'inin beş yaşında iken tüm puanı düşük olan gruptan olduğu ve yine bu yüksek riskli grubun %43'nün bir psikiyatrik tanıya sahip olduğu bulunmuştur. Yazarlar sonuç olarak; beş yaşında dil becerilerine yönelik yapılan değerlendirmenin, 19 yaşında DEHB, antisosyal kişilik bozukluğu ve suça yönelim davranışlarını yordayabileceğini savunmuşlardır.

Kekemeliği olan ve olmayan okul öncesi çağıdaki çocukların karşılaştırıldığı bir çalışmada; duygusal tepkisellik ve duygudurumunu düzenleyebilme açısından kekemelik grubunun belirgin zorlukları olduğu bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada

duygudurum bozukluğu belirgin olanlarda; kekemelik belirtilerinin sıklık ve süresinin fazla olduğu saptanmıştır (Karrass ve ark., 2006).

Çocukluk çağındaki duygudurum ve davranış problemlerinde ebeveyn tutum ve davranışlarının rolünü inceleyen araştırmalar her dönemde önem taşıyan bir alandır. Kekemelikte eş zamanlı tanılar ile ailedeki duygu ifadesi arasındaki ilişkiselliğin değerlendirildiği bu tez çalışmasında kullanılan Duygu İfadesi Ölçeği, başka bir çalışmada DEHB’li çocukların ebeveynlere uygulanmıştır (Bahadır ve ark., 2004). Bu çalışmada; ailedeki duygu ifadesi ve çocuğun öz-güven ilişkisi incelenmiş ve yüksek DEHB şiddeti ile çocuğun özgüven düşüklüğü ve annedeki duygu ifade yüksekliği arasında ilişkisellik saptanmıştır.

Camberwell Aile Görüşmesine dayanılarak yapılan bir araştırmada, psikiyatrik davranış problemleri olan çocuklara göre normal çocukların annelerinde; aşırı duygusal düşkünlük puanlarının çocukların pozitif algılanışlarıyla paralellik gösterdiği bulunmuştur (Vostanis ve ark., 1994). Çocukluk çağı psikopatolojilerinde ailedeki duygu ifadesinin yorumlanmasına yönelik yapılmış bazı çalışmalarda annedeki psikopatolojinin araştırılmaması bir kısıtlılık olarak yorumlanmıştır. Çünkü duygu ifadesinin değerlendirilmesinde, ebeveynin psikolojik işlevselliğinin ne durumda olduğu bilinmesi gereken diğer bir konudur. Depresyon öyküsü bulunan annelerin, çocukları hakkında daha negatif tutum sergiledikleri (Goodman ve ark., 1994) ve ebeveynlerdeki psikiyatrik tanılarının, yüksek duygu ifadesinin göstergesi olabileceği bulunmuştur (Hibbs ve ark., 1991).

Çocuklardaki psikopatoloji ile ebeveyn duygu ifadesi arasındaki ilişki; depresyonda (Asarnow ve ark., 1994; Schwartz ve ark., 1990), yıkıcı davranım bozukluklarında (Hibbs ve ark., 1991), obsesif-kompulsif bozuklukta (Hibbs ve ark., 1991), güvensiz bağlanmalarda (Jacobsen ve ark., 2000) ve madde kötüye kullanımı (Schwartz ve ark., 1990) alanlarında araştırılmış ve yüksek DİÖ puanı ile pozitif ilişkileri bulunmuştur [McCarty’den (2002)]. Ayrıca yüksek DİÖ puanı diyabetik çocuklardaki kötü metabolik kontrol ile de ilişkilendirilmiştir (Liakopoulou ve ark., 2001). İleriye dönük, uzunlamasına yapılan bir araştırmada; ebeveyn duygu ifadesi yüksekliğinin, çocuklardaki duygudurum bozukluklarının kronikleşmesinde rol oynayabileceği gösterilmiştir (Asarnow, Goldstein ve ark., 1993).

Özellikle şizofrenide, klinik seyir ile ailedeki Duygu İfadesi ilişkisini araştıran 27 çalışmanın metaanalizinde ortalama  $r$  değeri .31 olarak bulunmuştur (Butzlaff ve Hooley, 1998).

## **5.2. Elde Edilen Bulguların Değerlendirilmesi ve Önceki Çalışma Bulguları İle Karşılaştırılması**

Kekemelik tanısı bulunan çocukların, davranış ve psikiyatrik belirti profillerini inceleyen bir çok araştırma mevcuttur. Ancak çocuklarda yapılandırılmış klinik görüşme ile eş zamanlı psikiyatrik tanılarının varlığını araştıran çalışmalar çok kısıtlıdır. Ülkemizde çocuklar için yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme çizelgesi ilk kez, 2004 yılında Gökler ve arkadaşları tarafından (ÇDŞG-ŞY), *K-SADS-PL*'nin (Kaufman ve ark.,1996) Türkçe'ye uyarlanması ile oluşturulmuştur.

Bu tez çalışmasında; kekemelik olgularında, ÇDŞG-ŞY'ye göre eş zamanlı psikiyatrik tanı, %61.4 oranında bulunmuştur. Bunun dışında beş kişide, ÇDŞG-ŞY'de değerlendirilmeyen diğer iletişim bozuklukları (sözel anlatım bozukluğu, karışık dili algılama ve sözel anlatım bozukluğu ve artikülasyon bozukluğu) saptanmıştır. Kontrol grubunda ise psikiyatrik tanı alma oranının %22.2 olduğu belirlenmiş ve böylece kekemelikte yaklaşık olarak üç kat daha fazla eş zamanlı tanı varlığı sonucuna ulaşılmıştır.

Kekemelik grubundaki tanılarının; %13.6'sı DEHB, %9.1 sosyal fobi, %9.1 enürezis, %6.8 TS, %6.8 yaygın anksiyete bozukluğu, %4.5 oranlarında; ayrılık kaygısı, özgül fobi, depresyon ve %2.3 oranında TS olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar daha önceki araştırmalarla uyumlu görünmektedir.

Çocukluk çağında yaşam zorluklarına karşı dayanıklılığı etkileyen faktörleri inceleyen araştırmalarda: (1) sosyal iletişim becerilerine sahip olmak, (2) kişiler arası ilişkilerdeki yüksek farkındalık, (3) kolay mizaç, (4) engellenme toleransının yüksek olması, (5) kendini kontrol edebilmenin içsel öğelere bağlı olması, (6) pozitif kendilik kavramı, (7) ortalama zekanın üzerinde olmak, (8) akademik beceri, (9) özel ilgi ve spor faaliyetlerinde beceriklilik ve (10) kız cinsiyete sahip olmanın avantajlı durumlar olduğu bulunmuştur [Oyler'den (1994)].

Literatür incelendiğinde; bu tez çalışmasında kullanılan Dİ ölçümünün kekemelikte araştırılmadığı saptanmıştır. Kekemelikte, tabii ki aile tutum ve davranışlarının incelendiği ve çok eskiye dayanan pek çok araştırma mevcuttur. Ancak bizim kullandığımız ölçüm aracı ile değerlendirme yapmış olan araştırmaya rastlanamamıştır.

Bu çalışmada karşılaştırılan Kekemelik ve Kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kekemelik olgularında kontrol grubuna göre depresyon, anksiyete, davranış problemleri belirtileri sırasıyla ÇDÖ (p=.007), ÇDSKE (p=0.03), ÇDDÖ (p<.001) ile incelendiğinde belirgin olarak yüksek çıkmıştır.

Yaşam kalitesi hem çocukların hem de ebeveynlerin bakış açısına göre değerlendirildiğinde kekemelik ve kontrol grupları arasında belirgin fark olduğu gözlenmiştir. Kekemelik grubunda özellikle çocukların kendilerini değerlendirdiği formda en düşük puanlar elde edilmiştir (p=.002). Kekemelik olgularının yaşam kalitesi puanları, ÇİYKO'nun geçerlik güvenirlik çalışması sırasında örneklem grubunu (n=963) oluşturan sağlam, akut ve ortopedi, kardiyoloji, romatoloji, diyabet birimlerinden alınan kronik hastalığı olan çocukların yaşam kaliteleri ÖTP ve PSTP (Memik, 2005) ile karşılaştırıldığında; kekemelik olgularının yaşam kalite puan ortalamalarının, fiziksel bir kronik hastalığa göre yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durumun fiziksel kronik bir hastalığa sahip olan bir çocuğun hem fiziki kısıtlılık hem de fiziksel sağlık kaybının getirdiği ruhsal yükler nedeniyle yaşam kalitesi üzerinde yarattığı daha ağır bedellerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Bu sonuç üzerinde sosyodemografik özellikler ve kronik hastalık şiddeti değişkenlerinin etkileri de olabileceği göz önünde tutulmalıdır. Ancak Memik'in (2005) çalışmasında akut ve kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerin ÇİYKO puan ortalamaları ebeveyn formlarındaki ortalamalardan daha yüksek bulunmuşken, bizim çalışmamızda çocuk ve ergenlerin kendilerini değerlendirmeleri daha düşük bulunmuştur. Bu durum fiziksel bir hastalığın ebeveynler tarafından daha tehditkar olarak algılanmasından kaynaklanıyor olabilir. Kekemelikte ise bu durum, çocuklarda sosyal ve duygusal yaşamları üzerinde hastalığın öznel yükünün daha ağır hissediliyor olmasının bir sonucu olabilir.

Annelerin psikopatolojik belirti düzeyleri ANOVA ile değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamış, t-test ile değerlendirildiğinde göreceli olarak kekeme ve kontrol grup arasında bir fark olduğu görülmüştür ( $p=0.044$ ). Bu durum kontrol grubu içindeki psikiyatrik soygeçmiş yüklülüğü ile kekemelik grubundaki yüklülük oranlarının istatistiksel olarak fark taşımamaları ile açıklanabilir.

Ailedeki duygu ifadesinin toplam puanının, kekemelik grubunda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu yüksekliğin özellikle annenin aşırı duygusal düşkünlük alt test puanlarından kaynaklandığı görülmüştür. Annenin eleştirel alt test puan sonuçlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark taşımadığı saptanmıştır. Babanın eleştirel alt test puan sonuçlarının kontrollere göre belirgin fark taşıdığı bulunmuştur. Görüşme sırasında özellikle kendi ailesinde kekemelik bulunmayan babaların, bu durumu çocuklarındaki kendine güvensizlikle bağdaştırdıkları ve buna da öfke duydukları gözlenmiştir.

McCarty ve arkadaşları'nın (2004) çalışmasında, yüksek ve düşük aşırı duygusal düşkünlük puanlarına sahip ebeveynler arasında, aşırı duygusal düşkünlük bölümüne spesifik davranışlar olan; suçluluk yaratma, istenmediği halde girici ve bağımlılığı besleyen yapıda olma maddelerinde ve çocukların davranışsal düzeylerinde fark bulunmamıştır. Bu çalışmada eleştirel olmayı temsil eden maddelerdeki güvenilirliğin, aşırı duygusal düşkünlük maddelerinde elde edilemediği gösterilmiştir. Bu sonuç, astımlı çocuk ve ergenlerdeki davranışlar ile ebeveyn duygudurumu ve duygu ifadesindeki aşırı duygusal düşkünlük puanları ile bağlantı kuramamış Wamboldt ve arkadaşları'nın (2000) çalışması ile tutarlılık göstermektedir. Bu çalışmalarda çıkan sonuçlar, aşırı duygusal düşkünlüğü test eden maddelerden olan; çocuğunun her ayrıntısıyla aşırı uğraş gibi maddelerin gelişimsel düzeye göre normal olabileceği ve erişkin yaşta problem olarak anlamlandırılan bu maddelerin çocukluk çağında ebeveynlerin göstereceği davranışlar açısından uygun olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Bizim çalışmamızda; kekemelik olgularının sorunlu davranışları, kontrollere göre yüksek bulunmuştur. Bu yüksekliğin tüm alt testler, içe yönelim ve dışa vurum toplam puanlarında mevcut olduğu görülmüştür. Bu duygu ifadesi ve davranış problemleri arasında bir neden-sonuç ilişkisinin kanıtı olarak sunulamaz ancak

duygu ifadesi yüksekliği ile davranış problemleri arasında pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır (bkz. Tablo 16).

Messenger ve ark.'nın (2004) alışmasında, kekemeliği olan bireylerdeki sosyal örselenme beklentisi üzerine odaklanılmış ve bu çalışmada, kekemelikteki anksiyete belirtilerindeki artışın, özellikle sosyal ilişki ve sosyal değerlendirilme durumları ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

Kekemelik grubunda eş zamanlı tanı olmasının sadece depresyon ölümünde bir farklılık ( $p=.007$ ) oluşturduğu bulunmuştur. Diğer ölümlerde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilemeyişi kekemeliğin tek başına ocuk üzerinde yarattığı olumsuz etkiler ile açıklanabilir.

### 5.3. Araştırmanın kısıtlılıkları

Bu alışma kesitsel bir desene sahip olduğundan ortaya konan anlamlı ilişkiler ve gruplar arası anlamlı farklar neden-sonuç ilişkisi kurmak için yeterli olmamaktadır.

Çocukluk ağı psikopatolojilerinde ebeveyn tutum ve davranışlarının rolünü inceleyen araştırmalar her dönemde önem taşıyan bir alandır. Ancak bu alanda kullanılan ölüm araçlarının çoğu belli kısıtlılıklara sahiptir. z bildirim dayalı ölçeklerde, ebeveynlerin kendi tutum ve davranışlarına yönelik objektif tanımlamalar getirmelerinde belli zorluklar gözlenmektedir. Anne ocuk ilişkisinin kayıt edildiği ve sonrasında gözlemci tarafından kodlanarak yapılan ölümlerin ise; ciddi çaba ve kaynak gerektirmesi ve gözlemciler arasındaki güvenilirliğin zayıf bulunmuş olması problemleri yönleridir. Ayrıca anne ocuk ilişkisindeki kısa bir pasajın kurgusal olarak kayıt edilmiş olması da, genel tutum ve davranışların aktarımını zorlaştıran diğer bir husustur. Bu tez çalışmasında kullanılan DİÖ'nn çocuklardaki geçerlik ve güvenirliği henüz araştırılmamıştır.

Duygu ifadesini etkileyebilecek olan; aile ortamı, anne ve babanın yapılandırılmış psikiyatrik görüşme ile psikiyatrik durumlarının tespiti, çocuğun mizaç özellikleri gibi faktörler bu çalışmada değerlendirilememiştir.

Yaşam kalitesi leğinin sonuçları analiz edilirken, 13-18 yaş grubunda bulunan katılımcı sayısı düşük olduğundan yaş gruplarının ayrı olarak değerlendirilememiş olması da çalışmanın diğer bir kısıtlılığı olarak dşnlmştir.

## 6. Sonuçlar ve neriler

### 6.1. Sonuçlar

Sosyal bir varlık olan insanın iletişim ve ilişki boyutunu olumsuz yönde zorlayan her durum ruhsal yapılanmayı da etkilemektedir. Çocukluk döneminde başlayan kekemelik, gelişmekte olan organizmanın iletişim becerilerini bozmakta ve dolayısıyla ruhsal sorunlara da yatkınlığa sebep olmaktadır.

Çocukluk ağında kekemelik tanısına sahip çocukların depresyon, anksiyete belirtileri ve davranış problemlerinin kontrollere göre belirgin düzeyde yüksek bulunması; aile, akran ve akademik çevreler içersinde örselenme risklerini artırmaktadır.

Yetişkinlikte kekemelik varlığı sosyal fobi tanısını dışlamaktadır. Ancak klinik görüşmeler sırasında bazı çocuklarda sosyal kaçınmaların işlevsellikte daha ciddi kayıba yol açtığı saptanmıştır. Bu nedenle grubun diğer üyelerinde saptanmayan sosyal işlevsellikteki ciddi bozulmanın, kekemeliğin yanısıra; mizaç, bilişsel fonksiyonlar, kendilik kavramı ve kişinin dayanıklılığını etkileyecek tüm diğer faktörlerle de ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Ayrıca klinik görüşme sonucunda eş zamanlı psikiyatrik tanı oranının, kontrollere göre üç kat daha fazla bulunduğu kekemelik olgularında dili algılama, ifade etme ve artikulasyon bozukluklarının da yüksek oranda olması yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Kekemelikte eş zamanlı tanılardaki bu yksekliliğin; genetik ve çevresel etkileşime açık tüm nöropsikiyatrik fonksiyonlardaki güçsüzlüklerin yanı sıra, evrimsel teori açısından da düşünüldüğünde sosyal ortamlarda ikinci planda olma ya da dışlanma kriterine de bağlı olabileceği düşünülmüştür. Çünkü sosyal ortamda hep çekinik pozisyona itilmenin; hipotalamik-hipofiz-adrenokortikal eksen üzerinden yürütölen stres cevaplarını etkilediği ve bunun da davranışsal, otonomik, immunolojik fonksiyonlar ile ilgili beden ve zihin üzerine belli yükler getirdiği bilinmektedir (Bartolomucci ve ark., 2005). Bu nedenle sosyalleşmenin çekirdeği olarak düşünebileceğimiz aile ortamının, diğer tüm psikopatolojilerde olduğu gibi kekemelikte de önemli pozisyonda olabileceği her zaman göz önüne alınmalıdır.

Çalışmamızda ailedeki duygu ifadesinde kekemelik ve kontrol grubu arasında belirgin bir fark bulunmuş, ancak bu farkın kekemelikte eş zamanlı tanı

varlığı ile değişmediği saptanmıştır. Bu sonuç, iletişim bozukluğunun başlı başına aile üzerine getirdiği yükün bir kanıtı olarak değerlendirilmiştir. Duygu ifadesi ölçüm sonuçlarına göre annede eleştirel düşmancıl oluş faktöründen öte özellikle aşırı duygusal düşkünlük faktöründe yüksek değerler elde edilmişken, babalarda bunun tersi bulunmuştur. Sonuç olarak aşırı koruyucu tutumun çocukta bağımlılığı pekiştirici olabileceği ve baş etme stratejilerinin gelişiminde engeller yaratabileceği ve babalardaki eleştirel duygu ifadesinin de kendilik kavramı ve özgüven üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği düşünülmüştür.

## 6.2. Öneriler

Kekemelikte eş zamanlı psikiyatrik tanı varlığı ve bunun aile üzerindeki etkileri dikkatle incelenmelidir. Ailedeki duygu ifadesinin çocuğu olumsuz etkilemesini engelleyecek çevre düzenlemeleri yapılması ve eş zamanlı tanılara doğru yaklaşım ve tedavi uygulamaları yaşam boyu hayat kalitesini artıracaktır.

Klinik gözlemlerde ailenin çocuktaki kekemelik durumunu ciddi bir çaresizlik şeklinde yaşadıkları ve kendilerini suçlayıcı faktörler aradıkları belirlenmiştir. Özellikle ebeveynlerden birinde kekemeliğin bulunması ile genetik geçişteki sorumluluk yükünün arttığı gözlenmiştir. Bu durum aile ilişkilerinde belli zorluklara sebep olabileceğinden, sistemik yaklaşımlarla ailenin bütün olarak ele alınması gerekli görünmektedir. Kalıtsal nörobiyolojik hastalıkların ebeveynlerden çocuğa geçişinin aile üzerindeki etkileri ve hastalıktan etkilenmemiş kardeş varlığında aile ilişkilerinin örüntüsü araştırılabilecek diğer konulardır.

Kekemelik tedavi programını belirlerken, içe yönelim davranış örüntüleri yüksek olan çocuklara göre hazırlanmış öğrenme metodlarının dikkate alınması gerekmektedir. Ayrıca tedavi başlangıcında çocuğun güçlü ve zayıf yönleri belirlenerek uygun başetme stratejileri belirlenmelidir. Kekemelik olgusu değerlendirilirken; ruhsal durum muyeneleri, konuşmanın motor düzenekleri, dil becerileri, kendilik ve duruma ait yargılama şekilleri bütünsellik içinde analiz edilmelidir.

Konuşma ve dil patolojilerine yönelik toplumsal çalışmalar yapılmalı ve burada gözlenen problemlerin hangi durumları yordayabileceği incelenmeli ve Toplum Ruh Sağlığı Politikası açısından değerlendirilmelidir. Ayrıca azınlık

gruPlarda da ikinci dil kazanılması ve bu durumun öğrenme süreçleri ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin de araştırılması oldukça önemli diğer konulardan biridir.



## 7. Kaynaklar

- Alarcon F, Lees AJ. Stuttering, tic-like facial movements and behavioural disorders. *J Neurol* 1996; 243:105–6.
- Ambrose N., Yairi E., Cox N. Genetic aspects of early childhood stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 1993; 36, 701–706.
- Ambrose, N. G., & Yairi, E. The development of awareness of stuttering in preschool children. *Journal of Fluency Disorders* 1994; 19, 229–245.
- Ambrose, N. ve Yairi, E. Normative disfluency data for early childhood stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 1999; 42: 895-909.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviren E Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren E Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2000.
- Anderson KE, Lytton J, Romney DM. Mothers' interactions with normal and conduct-disordered boys; Who affects whom? *Developmental Psychology* 1986;22:415–419.
- Anderson T, Gaskill B, Ormond TSaccadic eye movements in stutterers. *J Clin Neurosci* 1996; 2:371.
- Anderson JM, Hughes JD, Rothi LJ, Crucian GP, Heilman KM. Developmental stuttering and Parkinson's disease: The effects of levodopa treatment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 66: 776–778.
- Anderson JD., Pellowski MW., Conture EG., Kelly EM. Temperamental characteristics of young children who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2003; 46:1221-1233.
- Andrews G, Craig A, Feyer AM, Hoddinott S, Howie P, ve ark. (1983). Stuttering: A review of research findings and theories circa 1982. *J Speech Hearing Disord*; 48:226–46.
- Andrews G., Harris M. The syndrome of stuttering. *Clinics in Developmental Medicine*. 17. London: Spastics Society Medical Education and Information Unit in association with Wm. Heineman Medical Books. 1964.
- Arndt J., Healey EC. Concomitant disorders in school-age children who stutter. *Language Speech Hearing Services in Schools* 2001; 32: 68–78.

ASHA; The American Speech Language and Hearing Association. 2004.

Asarnow JR, Goldstein MJ, Tompson M, Guthrie D. One-year outcomes of depressive disorders in child psychiatric in-patients: Evaluation of the prognostic power of a brief measure of expressed emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1993; 34:129–137. [PubMed: 8444988]

Asarnow JR, Tompson M, Hamilton EB, Goldstein MJ, Guthrie D. Family-expressed emotion, childhood-onset depression and childhood-onset schizophrenia spectrum disorders: Is expressed emotion a nonspecific correlate of child psychopathology or a specific risk factor for depression? *Journal of Abnormal Child Psychology* 1994; 22:129–146. [PubMed: 8064026]

Asarnow JR, Tompson M, Woo S, Cantwell DP. Is expressed emotion a specific risk factor for depression or a non-specific correlate of psychopathology? *Journal of Abnormal Child Psychology* 2001; 29:573– 583. [PubMed: 11761289]

Bahadır AT, Yaman Z, Arman Rodopman A, Kuşçu Kemal, Yazgan Y, Berkem M. Relationship between self-esteem and familial expressed emotion in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Presentation in a symposium 16 th World Congress of the IACAPAP 2004; Berlin, Germany.

Bailly G. Learning to speak—sensori-motor control of speech movements. *Speech Communication*, 1997; 22: 251–267.

Barbara DA. The psychodynamics of stuttering. In DA. Barbara (Ed.), *psychological and psychiatric aspects of speech and hearing*. Springfield: Charles C. Thomas. 1960.

Bartolomuccia A, Palanza P, Sacerdotec P, Paneraic AE, Sgoifoa A, Dantzerd R, Parmigiana S. Social factors and individual vulnerability to chronic stress exposure. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2005; 29:67–81

Beitchman JH, Young A, Jonson C, Wilson B. Early speech/language impairment as predictor of antisocial disorder and ADHD: a prospective community study. Presented at the symposium Language and Child Psychiatry, Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Toronto, 1997.

Benasich AA, Curtiss S, Tallal P. Language, learning, and behavioral disturbances in childhood: a longitudinal perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1993; 32:585-594

Berksun OE, Soykan A, Ünal S, Ünlüoğlu G, Soykan Ç. Şizofrenide Aile Faktörü: ‘Expressed Emotion’la İlgili Bir Ölçek Denemesi. *Ankara Tıp Mecmuası* 1992; 45 : 637-646.

- Bland R. Understanding Family Variables in Outcome Research in Schizophrenia. Australian and New Zealand J. Psychiatr. 1989; 23: 396-402.
- Blood GW ve Seider R. The concomitant problems of young stutterers. Journal of Speech and Hearing Disorders. 1981; 46: 31-33.
- Bloodstein, O. A handbook on stuttering. Chicago: Easter Seal Society, 1995.
- Bloom L, Lahey M. Language Development and Language Disorders. New York: Wiley 1978.
- Boliek CA., Hixon TJ., Watson PJ., Morgan WJ. Vocalization and breathing during the first year of life. Journal of Voice, 1996;10: 1–22.
- Borden GL. Subtyping adult stutterers for research purposes: ASHA reports. American Speech Language Hearing Association. 1990; Vol. 18: 58–62.
- Boysson-Bardies B. How language comes to children. Cambridge, MA: MIT Press. 1999
- Brady JP. The pharmacology of stuttering: A critical review. Am J Psychiatry 1991; 148: 1309–1316.
- Braun AR, Varga M, Stager S, Schulz G, Selbie S, ve ark. Altered patterns of cerebral activity during speech and language production in developmental stuttering: An H2(15)O positron emission tomography study. Brain 1997; 120: 761–784.
- Brutten EJ., Shoemaker DJ. The modification of stuttering. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1967.
- Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse. Archives of General Psychiatry 1998; 55:547–552. [PubMed: 9633674]
- Büchel ve Sommer. What Causes Stuttering. Plos biology 2004; Volume 2 Issue 2: sy 0161
- Callan DE., Kent RD., Guenther FH., ve Vorperian HK. An auditory-feedback-based neural network model of speech production that is robust to developmental changes in the size and shape of the articulatory system. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 2000; 43: 721–736.
- Cantwell D., Baker L. Psychiatric and developmental disorders in children with communication disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1991.
- Carolyn A. McCarty, Anna S. Lau, Sylvia M. Valeri, and John R. Weisz. Parent-Child Interactions in Relation to Critical and Emotionally Overinvolved Expressed Emotion (EE): Is EE a Proxy for Behavior? J Abnorm Child Psychol. 2004 February ; 32(1): 83–93.

- Caruso AJ, Abbs JH, Gracco VL. Kinematic analysis of multiple movement coordination during speech in stutterers. *Brain* 1988; 111: 439–456.
- Caruso A, Chodzko W, Bidinger D, Sommers R. Adults who stutter: responses to cognitive stress. *J Speech Hearing Res* 1994; 37:746–54.
- Chambless DL, Steketee G. Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67:658–665. [PubMed: 10535232]
- Ciabarra AM, Elkind MS, Roberts JK, Marshall RS. Subcortical infarction resulting in acquired stuttering. *J Neurol Neurosurg Speech Hear Disord* 2000; 48: 226–246.
- Conture, EG. *Stuttering its nature, diagnosis, and treatment*. Boston: Allyn & Bacon Psychiatry 2001; 69: 546–549
- Cox N., Kramer P., Kidd K. Segregation analyses of stuttering. *Genetic Epidemiology*, 1984; 1, 245–253.
- Craig, A. An investigation into the relationship between anxiety and stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 1990; 55, 290–294.
- Craig A., Hancock K, Tran Y, Craig M. Anxiety levels in people who stutter: A randomized population study. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 2003; 46, 1197–1206.
- Daley D, Sonuga-Barke EJS, Thompson M. Assessing expressed emotion in mothers of pre-school AD/HD children: Psychometric properties of a modified speech sample in a clinical group. *British Journal of Clinical Psychology* 2003; 42:53–69. [PubMed: 12675979]
- DeNil LF. ve Brutton GJ. Speech associated attitudes stuttering, voice disordered, articulation disordered ve normal speaking children. *Journal of Fluency Disorders* 1990; 15: 127-134
- DeNil LF., Brutton G. Speech-associated attitudes of stuttering and nonstuttering children. *Journal of Speech and Hearing Research* 1991; 34, 60–66.
- Ejiri D. Relationship between rhythmic behavior and canonical babbling in infant development. *Phonetica*, 1998; 55: 226–237.
- Endler NS., Edwards, JM., Vitelli, R. *Endler Multidimensionality Anxiety Scales (EMAS): Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services. 1991.

- Endler NS., Parker JD. A., Bagby RM., Cox, BJ. Multidimensionality of state and trait anxiety factor structure of the Endler Multidimensionality Anxiety Scales. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991; 60, 919–926.
- Erol N, Arslan BL, Akçakın M. The adaptation and standartization of the child behaviour checklist among 6-18 year old Turkish children. *European approaches to hyperkinetic disorder* . Zurich 1995. Fotoratar. 97-113
- Ezrati-Vinacour R., Platzky R., Yairi E. The young child's awareness of stuttering-like disfluency. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 2001; 44, 368–380.
- Felsenfield S, Kirk KM, Zhu G ve ark. Of the genetic and environmental etiology of stuttering in selected twin sample. *Behav Genet* 2000; 30(5):359-366.
- Fourqrean JM, Meisgeier C ve Swank P. The link between learning style and jungian psychological type: A finding of two bipolar preference dimensions. *Journal of Experimental Education* 1990; 58: 225-237.
- Fox PT, Ingham RJ, Ingham JC, ve ark. A PET study of the neural systems of stuttering. *Nature* 1996; 382:158–161.
- Freud S. Slips of the tongue. In *Standart Edition*. 1960; 6:53-105 (Orjinali 1901'de yayınlanmıştır)
- Goodman SH, Adamson LB, Riniti J, Cole S. Mothers' expressed attitudes: Associations with maternal depression and children's self-esteem and psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1994; 33:1265–1274. [PubMed: 7995792]
- Gordon CT, Cotelingam GM, Stager S, Ludlow CL, Hamburger SD, Rapoport JL. A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of developmental stuttering. *J Clin Psychiatry* 1995;56:238–42.
- Gökler B, Unal F, Pehlivanurk B, Cengel Kultur E, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu şekli Türkçe uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004;11 (3): 109-116
- Grant AC, Biousse V, Cook AA, Newman NJ Stroke-associated stuttering. *Arch Neurol* 1999; 56: 624–627.
- Gravell R., France J. *Speech and communication problems in psychiatry*. New York: Chapman and Hall. 1991.
- Graybiel AM. The basal ganglia. *Current Biology* 2000; 10, R509–R511.

- Green JR., Moore CA., Higashikawa M., ve Steeve RW. The physiologic development of speech motor control: lip and jaw coordination. *Journal of Speech, Language, & Hearing Research*, 2000; 43: 239–255.
- Gregg BA, Yairi E. Phonological skills and disfluency levels in preschool children who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 2006; 17.
- Gregory H. *Stuttering therapy: Workshop for specialists*. Northwestern University: The Speech Foundation of America. 1991.
- Hall JW, Jerger J Central auditory function in stutterers. *J Speech Hear Res*, 1978; 21: 324–337.
- Hetherington E., Martin., B. Family factors and psychopathology in children. In H, Quay and J. Werry (Eds.). *Psychopathological disorders of childhood 1986*; (3rd ed., sy. 332–390). New York; Wiley.
- Hibbs ED, Hamburger SD, Lenane M, Rapoport JL, Kruesi MJ, Keysor CS, Goldstein MJ. Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1991; 32:757–770. [PubMed: 1918226]
- Hirshfeld DR, Biederman J, Brody L, Faraone SV. Associations between expressed emotion and child behavioral inhibition and psychopathology: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36:205–213. [PubMed: 9031573]
- Hooley JM, Orley J, Teasdale JD. Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry* 1986;148:642–647. [PubMed: 3779242]
- Jacobsen T, Hibbs E, Ziegenhain U. Maternal expressed emotion related to attachment disorganization in early childhood: A preliminary report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2000; 41:899–906. [PubMed: 11079432]
- Jancke L., Bauer A., Kaiser P., Kalveram KT. Timing and stiffness in speech motor control of stuttering and nonstuttering adults. *Journal of Fluency Disorders*, 1997; 22: 309–321.
- Jankovic J. Tourette's syndrome. *N Eng J Med* 2001;345:1184–92.
- Jeffries KJ., Fritz JB., Braun AR. Words in melody: An H-2 O-15 PET study of brain activation during singing and speaking. *Neuroreport* 2003; 14, 749–754.
- Jerusalem, M. Temporal patterns of stress appraisals for high- and low-anxious individuals. *Anxiety Research* 1990; 3:113-129

- Johnson W. A study on the onset and development of stuttering. In: Johnson W, Leutenegger RR, editors. *Stuttering in children and adults: Thirty years of research at the University of Iowa*. Minneapolis: University of Minnesota Press. 1955 sy. 37–73.
- Jones DJ, White AJ, Lawson KHC, Anderson TA. Visuo-perceptual and visuomotor deficits in developmental stutterers: an exploratory study. *Human Mov Sci* 2002; in press.
- Josephs LA, Van Gerpen JA, Ahlskog JR, Duffy JR. A case of neuroleptic-responsive stuttering as a component of Tourette's syndrome. *Mov Disord* 2000;15:249.
- Kandel ER, O'Dell TJ. Are adult learning mechanisms also used for development? *Science* 1992; 258: 243–245.
- Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Sadock, Benjamin J., Sadock, Virginia A. 8th Edition. Copyright ©2005 Lippincott Williams & Wilkins. 2005; sy: 3154-3159.
- Karniol R. Stuttering, language, and cognition: A review and a model of stuttering as suprasegmental sentence plan alignment (SPA). *Psychol Bull* 1995; 117: 104–124.
- Karrass J, Walden TA, Conture EG, Graham CG, Arnold HS, Hartfield KN, Schwenk KA. Relation of emotional reactivity and regulation to childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 2006; 17.
- Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Ryan N. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Kiddie-SADS-Lifetime Version (K-SADS-PL, 1.0 version). 1996.
- Kent RD. Research on speech motor control and its disorders: A review and prospective. *J Commun Disord* 2000; 33(5):391-427.
- Kidd K. Genetic models of stuttering. *Journal of Fluency Disorders* 1980; 2, 259–269.
- Kraaiimaat F., Janssen, P., Van Dam-Baggen, R. Social anxiety and stuttering. *Perceptual and Motor Skills*, 1991; 72, 766.
- Kraaiimaat F, Vanryckeghemb M, Van Dam-Baggen R. Stuttering and social anxiety. *J Fluency Disord* 2002; 27(4): 319-331.
- Lee BS. Artificial stutter. *J Spech Hear Dis* 1951; 16: 53–55.
- Lees A. *Tics and related disorders*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1985.

Lewis, K.E.. The structure of disfluency behaviors in the speech of adult stutterers. *Journal of Hearing Research*, 1991; 34, 492-500.

Lewis KE, Golberg LL. Measurements of temperament in the identification of children who stutter. *European Journal of Disorders of Communication*. 1997; 32:441-448.

Lewis Melvin & Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, 3rd Edition. Copyright ©2002 Lippincott Williams & Wilkins. 2002. Child; sy: 613-621

Liakopoulou M, Alifieraki T, Katideniou A, Peppas M, Maniati M, Tzikas D, Hibbs ED, Dacou-Voutetakis C. Maternal expressed emotion and metabolic control of children and adolescents with diabetes mellitus. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2001;70:78–85. [PubMed: 11244388]

Lombroso PJ, Scahill L, King R, et al. Risperidone treatment of children and adolescents with chronic tic disorders: a preliminary report. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1995; 34:1147–52.

Ludlow CL., Rosenberg J., Salazar, A., Grafman J., Smutok M. Site of penetrating brain lesions causing chronic acquired stuttering. *Annals of Neurology* 1987; 22, 60–66.

Magana AB, Goldstein MJ, Karno M, Miklowitz DJ, Jenkins J, Falloon RH. A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research* 1986; 17:203–212. [PubMed: 3704028]

Maguire GA, Riley GD, Wu JC, Franklin DL, Potkin S. PET scan evidence of parallel cerebral systems related to treatment effects: effects of risperidone in the treatment of stuttering. In: Hulstijn W, Peters HFM, Van Lieshout PHHM, editors. *Speech production: motor control, brain research and fluency disorders*. Amsterdam: Elsevier Science, 1997; sy: 379–82.

Maguire GA, Riley GD, Franklin DL, Gottschalk LA. Risperidone for the treatment of stuttering. *J Clin Psychopharmacol* 2000; 20: 479–482.

Maguire GA, Riley GD, Franklin DL, Maguire ME., Nguyen CT & Brojeni PH.. Olanzapine in the treatment of developmental stuttering: A double-blind, placebo-controlled trial. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2004; 16(2): 63–67.

Mansson H. Childhood Stuttering: Incidence and Development. *J. Fluency-Disord. Disord.* 2000; 25: 47–57.

Martin RE, Goodyear BG, Gati JS, Menon RS. Cerebral cortical representation of automatic and volitional swallowing in humans. *Neurophysiol* 2001; 85: 938–950.

- McCarty CA, Weisz JR. Correlates of expressed emotion in mothers of clinically-referred youth: An examination of the five minute speech sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2002; 43:759–768.
- McClellan MD, Runyan CM. Variation in the relative speeds of orofacial structures with stuttering severity. *J Speech Lang Hear Res*, 2000; 43(6):1524-1531.
- Memik Çakın N. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık tezi. Kocaeli, 2005.
- Menzies RG, Onslow M., Packman A. Anxiety and stuttering: Exploring a complex relationship. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 1999; 8, 3–10.
- Messenger M, Onslow M, Packman A, Menzies, R. Social anxiety in stuttering: Measuring negative social expectancies. *Journal of Fluency Disorders*, 2004; 29: 201–212.
- Mesulam MM, Petersen RC. Treatment of Gilles de la Tourette's syndrome: eight-year, practice-based experience in a predominantly adult population. *Neurology*, 1987; 37:1828–33.
- Miller S, Watson BC. The relationship between communication attitude, anxiety, and depression in stutterers and nonstutterers. *Journal of Speech and Hearing Research*, 1992; 35, 789–798.
- Miranda J., Persons JB., Ve Byers CN. Endorsment of dysfunctional beliefs depends on current mood state. *Journal of Abnormal Psychology*, 1990; 99: 237-241.
- Moore WH Jr, Haynes WO. Alpha hemispheric asymmetry and stuttering: Some support for a segmentation dysfunction hypothesis. *J Speech Hear Res* 1980; 23: 229–247.
- Natke U, Grosser J, Sandrieser P, Kalveram KT. The duration component of the stress effect in stuttering. *J Fluency Disord* 2002; 27: 305–318.
- Neumann K, Euler HA, Gudenberg AW, Giraud AL, Lanfermann H ve ark. The nature and treatment of stuttering as revealed by fMRI: A within- and between-group comparison. *J Fluency Disord* 2003; 28: 381–410.
- Noshpitz JD, Greenspan S, Weider S, Osofsky J/Editors. *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Volume 1, Joseph D. Noshpitz/Editor in Chief, 1997.
- Okasha A, Bishry Z, Kamel M ve Hassen AH. Psychosocial study of stammering in Egyptian children. *British Journal of Psychiatry* 1974; 124: 531-533.

- Onslow M, Menzies RG, Packman A. An operant intervention for early stuttering: The development of the Lidcombe program. *Behav Modif* 2001; 25: 116–139.
- Oyler ME., Ramig PR. Attitudinal and Adjustment Differences in Stuttering Children. Technical paper presented at the American Speech-Language-Hearing Association Annual Convention, Atlanta, Georgia. 1991.
- Oyler ME. Vulnerability In Stuttering Children. Faculty of the Graduate School of the University of Colorado Department of Communication Disorders and Speech Science a Thesis of PhD. Colorado, 1994
- Öy B. Çocuklar için Depresyon Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 1991; 2:132-136.
- Özusta Ş. Çocuklar İçin Durumluk Sürekli Kaygı Envanterinin Uyarılma, Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara, 1993.
- Packman A., Onslow M., Attanasio J. The timing of early intervention with the Lidcombe Program. In M. Onslow, A. Packman, & E. Harrison (Eds.), *The Lidcombe Program of early stuttering intervention* (pp. 41–55). Austin, TX: Pro-Ed. 2003.
- Paden EP, Yairi E, Ambrose NG. Early childhood stuttering. II. Initial status of phonological abilities. *J Speech Lang Hear Res* 1999; 42: 1113–1124.
- Paden EP. Phonological characteristics of children who stutter. In E. Yairi, NG. Ambrose (Eds.), *Early childhood stuttering: For clinicians by clinicians*. Pro-Ed. 2004.
- Paul R. Disorders of communication, *Child and Adolescent Psychiatry (A Comprehensive Textbook)*, M Lewis (Ed), Penssylvania, Williams&Wilkins Company, 1996; s.510-519.
- Pelham WE, Lang AR, Atkeson B, Murphy DA, Gnagy EM, Greiner AR, ve ark. Effects of deviant child behavior on parental alcohol consumption: Stress-induced drinking in parents of ADHD children. *American Journal on Addictions* 1998;7:103–114. [PubMed: 9598214]
- Pelham WE, Lang AR, Atkeson B, Murphy DA, Gnagy EM, Greiner AR, ve ark. Effects of deviant child behavior on parental distress and alcohol consumption in laboratory interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1997;25:413–424. [PubMed: 9421749]
- Perkins WH. From psychoanalysis to discoordination. In H. H. Gregory (Ed.), *Controversies about stuttering therapy*. Baltimore, MD: Univ. Park Press. 1979.

- Peters HF, Hulstijn W, Starkweather CW. Acoustic and physiological reaction times of stutterers and nonstutterers. *J Speech Hear Res* 1989; 32: 668–680.
- Peters, HFM. ve Starkweather, CW. The interaction between speech motor coordination ve language processes in the development of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 1990; 15: 115-125.
- Peters HFM. Recent developments in speech motor research into stuttering. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 2000; 52:103–119.
- Plankers T. Speaking in the claustrom: The psychodynamics of stuttering. *Int J Psychoanal* 1999; 80: 239–256.
- Price CJ, Wise RJ, Warburton EA, Moore CJ, Howard D, et al. Hearing and saying: The functional neuro-anatomy of auditory word processing. *Brain* 1996; 119: 919–931.
- Prins D, Mandelkorn T, Cerf FA. Principal and differential effects of haloperidol and placebo treatments upon speech disfluencies in stutterers. *J Speech Hearing Res* 1980; 23:614–29.
- Prizant B., Meyer E. Socioemotional aspects of language and social communication disorders in young children. *Journal of Speech-Language Pathology* 1993; 2: 56-71
- Rafuse J. Early intervention, intensive therapy can help people who stutter. *CMAJ*, 1994; 150:754-755.
- Riley G., Riley J. Evaluation as a basis for intervention. In D. Prins ve R.J. Ingham (Eds.), *Treatment of stuttering in early childhood: Methods and issues*. San Diego, California: College-Hill Press. 1983.
- Riley G.D., Kelly E.M. ve Smith A., Riley J. Risk Factors in Stuttering Etiology. Short course presented in the American Speech-Language-Hearing Association Annual Convention, San Antonio, Texas. 1992.
- Riley G., Riley J. A revised component model for diagnosing and treating children who stutter. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 2000; 27:188–199.
- Ringo CC, Dietrich S Neurogenic stuttering: An analysis and critique. *J Med Speech Lang Path* 1995; 3:111–222.
- Rousey C, Moriarty A. Diagnostic implications of speech sounds. Springfield, IL: C.C. Thomas. 1965
- Ryan, BP. Programmed therapy for stuttering in children and adults. Springfield, IL: Thomas. 1974.

- Salmelin R, Schnitzler A, Schmitz F, Jäncke L, Witte OW ve ark., Functional organization of the auditory cortex is different in stutterers and fluent speakers. *Neuroreport* 1998; 9:2225–2229.
- Salmelin R, Schnitzler A, Schmitz F, Freund HJ Single word reading in developmental stutterers and fluent speakers. *Brain*, 2000; 123:1184–1202.
- Sanders MR, Dadds MR, Bor W. Contextual analysis of child oppositional and maternal aversive behaviors in families of conduct-disordered and nonproblem children. *Journal of Clinical Child Psychology* 1989; 18:72–83.
- Schwartz CE, Dorer DJ, Beardslee WR, Lavori PW, Keller MB. Maternal expressed emotion and parental affective disorder: Risk for childhood depressive disorder, substance abuse, or conduct disorder. *Journal of Psychiatric Research* 1990; 24:231–250. [PubMed: 2266512]
- Sermas CE. Cox MD. The stutterer and stuttering: Personality correlates. *Journal of Fluency Disorders*, 1982; 7:141–158.
- Sheehan, JG. *Stuttering research and therapy*. New York: Harper & Row. 1970.
- Spielberger, CD. *Understanding stress and anxiety*. New York: Harper & Row. 1979.
- Silverman FH. *Stuttering and other fluency disorders*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall. 1992.
- Sommer M, Koch MA, Paulus W, Weiller C, Buchell C. Disconnection of speech-relevant brain areas in persistent developmental stuttering. *Lancet* 2002; 360:380–383.
- Sommer M, Wischer S, Tergau F, Paulus W Normal intracortical excitability in developmental stuttering. *Mov Disord* 2003; 18: 826–830.
- Stager SV., Calis K., Grothe D., Bloch M., Berensen NM., Smith PJ., Braun A. Treatment with medications affecting dopaminergic and serotonergic mechanisms: Effects on fluency and anxiety in persons who stutter. *Journal of Fluency Disorders*. 2005; 30: 319–335
- Stubbe DE, Zahner GEP, Goldstien MJ, Leckman JF. Diagnostic specificity of a brief measure of expressed emotion: A community study of children. *Journal of Child Psychology* 1993; 34:139–154.
- Stuttering, 2006; <http://en.wikipedia.org/wiki/Stuttering>
- Subramanian A., Yairi E. Identification of traits associated with stuttering. *Journal of Communication Disorders*. 2006; 39(3):200-16

- Tan A, Salgado M, Fahn S. The characterization and outcome of stereotypic movements in nonautistic children. *Mov Disord* 1997; 12: 47–52.
- Tarrier N, Sommerfield C, Pilgrim H. Relatives' expressed emotion (EE) and PTSD outcome. *Psychological Medicine* 1999;29:801–811. [PubMed: 10473307]
- Toppelberg CO., Shapiro. T. Language Disorders: A 10-Year Research Update Review *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000; 39:(2) 143-152
- Travis LE. The cerebral dominance theory of stuttering, 1931–1978. *J Speech Hear Disord* 1978; 43: 278–281.
- Van Borsel J., Taillieu C. Neurogenic stuttering versus developmental stuttering: An observer judgement study. *Journal of Communication Disorders*, 2001; 34, 385–395.
- Van Borsel, J., Van Der Made, S., Santens, P. Thalamic stuttering: A distinct clinical entity? *Brain and Language*, 2003; 85, 185–189.
- Van Furth EF, Van Strien DC, Martina LML, Van Son MJM, Hendrickx JJP, Van Engeland H. Expressed emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 1996; 20:19–31. [PubMed: 8807349]
- Van Lieshout PH, Peters HF, Starkweather CW, Hulstijn W Physiological differences between stutterers and nonstutterers in perceptually fluent speech: EMG amplitude and duration. *J Speech Hear Res* 1993; 36: 55–63.
- Van Lieshout PHHM., Hulstijn W., Peters HFM. Speech production in people who stutter—testing the motor plan assembly hypothesis. *Journal of Speech & Hearing Research*, 1996a; 39: 76–92.
- Van Lieshout PHHM., Hulstijn W., Peters HFM. From planning to articulation in speech production—what differentiates a person who stutters from a person who does not stutter. *Journal of Speech & Hearing Research*, 1996b; 39: 546–564.
- Van Riper C. *The nature of stuttering*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall. 468 p. 1973.
- Vanryckeghem M., & Brutten GJ. The relationship between communication attitude and fluency failure of stuttering and nonstuttering children. *Journal of Fluency Disorders* 1996; 21:109–118.
- Varni JW, Seid M, Rode CA. ThePedsQL: Measurement Model for the Pediatric Quality of Life Inventory. *Medical Care* 1999; 37:2 126-139.

- Vaughn CE, Leff JP. The Influence of Family and Social Factors in the Course of Psychiatric Illness: A Comparison of Schizophrenic and Depressed Neurotic Patients. *British Journal of Psychiatry*, 1976a; 120:125-137.
- Vaughn CE, Leff JP. The Measurement of Expressed Emotion in Families of Psychiatric Patients. *British Journal of Soc and Clinical Psycho*. 1976; 15:157-165.
- Vihman M.M. Phonological development. Oxford, England: Blackwell. 1996
- Vinacour RE, Levin I. The relationship between anxiety and stuttering: a multidimensional approach *Journal of Fluency Disorders* 2004; 29 135–148
- Viswanath N., Lee HS., Chakraborty R. Evidence for a major gene influence on persistent developmental stuttering. *Human Biology*, 2004; 76.
- Vostanis P, Nicholls J, Harrington R. Maternal expressed emotion in conduct and emotional disorders of childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1994; 35:365–376. [PubMed: 8188805]
- Wagner AW, Logsdon RG, Pearson JL, Teri L. Caregiver expressed emotion and depression in Alzheimer's disease. *Aging and Mental Health* 1997; 1:132–139.
- Wamboldt FS, O'Connor SL, Wamboldt MZ, Gavin LA, Klinnert MD. The five minute speech sample in children with asthma: Deconstructing the construct of expressed emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2000; 41:887–898.
- Webster WG. Motor performance of stutterers: A search for mechanisms. *Journal of Motor Behavior*, 1990a; 22: 553-557.
- Webster WG. Concurrent cognitive processing and letter sequence transcription deficits in stutterers. *Canadian Journal of Psychology* 1990b; 44: 1-13.
- Webster WG, Ryan CRL. Task complexity and manual reaction times in people who stutter. *J Speech Hearing Res* 1991; 34:708–14.
- Wingate M.E. A standard definition of stuttering. *J Speech Hear Dis* 1964; 29: 484–489.
- Williams CA, Forehand R. An examination of predictor variables for child compliance and noncompliance. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1984; 12:491–504. [PubMed: 6747125]
- Williams DE., Silverman FH., & Kools JA. Disfluency behavior of elementary school stutters and non-stutters: Loci of instances of disfluency. *Journal of Speech and Hearing Research*, 1969; 12, 308-318.

Wingate ME. Stuttering Theory and Treatment. New York, NY: Irvington Publishers 1976.

Wolk L, Edwards ML.,Conture EG. Coexistence of stuttering and disordered phonology in young children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 1993; 36:906–917.

Yairi E, Ambrose NG. Early childhood stuttering. I. Persistency and recovery rates. *J Speech Lang Hear Res* 1999; 42: 1097–1112.

Zelaznik H, Smith A, Franz E, Ho M. Differences in bimanual coordination associated with stuttering. *Acta Psychol* 1997; 96: 229–43.

Zimmermann G, Liljebblad S, Frank A, Cleeland C. The Indians have many terms for it: Stuttering among the Bannock–Shoshoni. *J Speech Hear Res* 1983; 26: 315–318.



## HASTA BİLGİLENDİRME FORMU (Ek 1)

**Araştırmanın Adı:** ‘Kekemelikte Eş Zamanlı Psikiyatrik Tanılar ile Ailedeki Duygu İfadesi İlişkisinin Değerlendirilmesi’

**Araştırma Yürütücüsü:**  
Prof. Dr. Meral Berkem\*

**Diğer Araştırmacılar:**  
Dr. Nuşin Bilgin

\*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul  
Erişim telefonları: 0 216 325 06 12- 0 216 327 10 10 / 514

### **Projenin tanımı ve katılım önerisi:**

Kekemelle beraber her çocukta görülmemesine rağmen ortaya çıkan gerginlik ve sinirlilik, kişinin sosyal yaşamı, akademik başarısı ve kendini algılamasında sorunlara yol açabilmektedir. Bu çalışmada kekemelle beraber olabilecek diğer psikiyatrik problemlerin varlığını ve ailedeki duygu ifadelerinin etkilerini araştırmayı amaçladık. Çocuğunuz Kekemelik tanısı ile takip edilmiş olduğundan bu çalışmaya katılmaya davet edilmiş bulunmaktasınız.

### **Uygulanacak İşlemler:**

Bu çalışmada çocuğunuzun kekemelik tanısına ek olarak başka bir psikiyatrik tanısının varlığı ve bunun aile duygu ifadesiyle ilişkisi araştırılacaktır. Bu amaçla sizden ve çocuğunuzdan bazı formları doldurmanızı isteyeceğiz. Bu formlarla ilgili ayrıntılı bilgi araştırmacılar tarafından verilecektir.

### **Gizlilik:**

Size ve çocuğunuza ait isim, soyad, adres, telefon gibi bilgiler gizli tutulacak ve araştırmada kimliğiniz yerine bir protokol numarası kullanılacaktır. Protokol numaraları ile kimlik bilgilerini eşleştiren liste yalnızca araştırma sorumlularının kullanımında olacaktır.

Kimlik bilgileriniz bu çalışmaya dayanan bilimsel makalelerin hiçbirinde geçmeyecektir.

### **Katılım:**

Bu çalışmaya katılım gönüllülük esası iledir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilir ya da çalışmadan istediğiniz anda ayrılabilirsiniz. Bu durum almakta olduğunuz tedavi hizmetlerini riske atmayacaktır.

*Formlarda anlaşılmayan noktaları sormaktan lütfen çekinmeyiniz. Karar vermeden önce bu bilgilendirme formunu dikkatle okuyunuz.*

*Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.*

## HASTA ONAY FORMU (Ek 2)

**Araştırmanın Adı:** ‘Kekemelikte Eş Zamanlı Psikiyatrik Tanılar ile Ailedeki Duygu İfadesi İlişkisinin Değerlendirilmesi’

**Onay:** ‘Kekemelikte Eş Zamanlı Psikiyatrik Tanılar ile Ailedeki Duygu İfadesi İlişkisinin Değerlendirilmesi’ isimli araştırmaya çocuğum ile birlikte dahil olmam konusunda verilen bilgileri okudum. Sorularıma uygulamacı ..... tarafından beni tatmin eden cevaplar verildi. Ayrıca onayım olmadan hakkımda ya da çocuğum hakkında öğrenilen bilgilerin araştırma dışında kullanılmayacağı konusunda aydınlatıldım. Bu çalışmaya kendi rızam ile hiçbir baskı altında kalmadan katılmayı kabul ediyorum. İstedğim anda çalışmadan çıkabileceğim gibi, çalışmadan kendi isteğimle çıkmam tıbbi ve hukuki haklarımın korunmasını da değiştirmeyecektir.

\* Bu form iki kopya halinde düzenlenecek ve bir kopyası hastaya verilecektir.

Bu onayı veren kişinin

Adı-Soyadı

Tarih

Protokol no

Adres

Telefon

İmza

Açıklama yapan araştırmacının

Adı-Soyadı

İmza

Tanık:

Adı-Soyadı

Adres

Telefon

İmza

**KEKEMELİKTE EŞ ZAMANLI TANI SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ  
FORMU: (Ek 3)**

*Görüşme tarihi:*

**Hasta adı- soyadı:**.....

**Protokol no:**

**Hasta doğum tarihi:**

**Tel :**

**Cinsiyet :** K  E

**Okul adı-sınıfı:**

**Kekemelik kaç yaşında başladı:**

**Kekemelik başlamasına neden olan bir durum var mı?** 1. Evet  2. Hayır

**Bunu açıklarmısınız:**

**I. ANNE-BABA :** 1.Beraber yaşıyor 2.Boşanmış 3.Anne veya Babanın ölümü

**ANNE adı-soyadı:**

**Yaşı:**

**Eğitim Durumu:** 1.okuryazar değil 2. ilkokul 3.ortaokul 4.lise 5. üniversite mezunu

**BABA adı-soyadı:**

**Yaşı:**

**Eğitim Durumu:** 1.okuryazar değil 2. ilkokul 3.ortaokul 4.lise 5. üniversite mezunu

**Anne- Baba arasında akrabalık var mı?** 1.Evet  2.Hayır

**Evet ise kaçınıcı dereceden:**

**Kaçınıcı çocuk:** 1.tek çocuk 2.ilc çocuk 3.ortanca çocuk 4.sonuncu

**II. GELİR DÜZEYİ:**

1. Düşük 2. Düşük-orta arası 3. Orta 4. Orta-yüksek arası 5. yüksek

**III. Annenin Gebelik Öyküsü:**

**Gebeliğiniz sağlıklı geçti mi:** 1. Evet  2. Hayır

**Gebelikte alkol kullandınız mı:** 1. Evet  2. Hayır

**Gebelikte sigara kullandınız mı:** 1. Evet  2. Hayır

**IV. Doğum Öyküsü:** 1.Normal  2.Sezeryan

### V.Çocuğun Tıbbi Öyküsü:

Doğum zamanı: 1. Zamanında <input type="checkbox"/> 2. Erken (prematür) <input type="checkbox"/> 3. Geç (Postmatür) <input type="checkbox"/>
Doğum sırasında bir zorluk yaşandı mı? 1. Mor doğum <input type="checkbox"/> 2. Ağlamama <input type="checkbox"/> 3. Sarılık <input type="checkbox"/> 4. Havale <input type="checkbox"/>
Doğum sonrasında küvöz bakımında kaldı mı? 1. Evet <input type="checkbox"/> 2. Hayır <input type="checkbox"/>
Ne zaman yürüdü? Ne zaman konuştu? Tuvalet eğitimi ne zaman?
Sık enfeksiyon geçirir mi?(hangi enfeksiyon, ne sıklıkta) 1. Evet <input type="checkbox"/> 2. Hayır <input type="checkbox"/>
Şuur kaybı olan kaza geçirdi mi?: 1. Evet <input type="checkbox"/> 2. Hayır <input type="checkbox"/>
Hiç ameliyat oldu mu? 1. Evet <input type="checkbox"/> 2. Hayır <input type="checkbox"/> Evet ise ne
Herhangi bir sebeple hastaneye yattı mı? 1. Evet <input type="checkbox"/> 2. Hayır <input type="checkbox"/>
Devamlı fiziksel sağlık problemi var mı? 1. Evet <input type="checkbox"/> 2. Hayır <input type="checkbox"/> Evet ise ne: 1.allerji 2.astım 3. epilepsi
Daha önce çocuk psikiyatrisine gitmişmiydiniz? 1. Evet <input type="checkbox"/> 2. Hayır <input type="checkbox"/> Evet ise ne sebeple: İlaç tedavisi verildi mi? 1. Evet <input type="checkbox"/> 2. Hayır <input type="checkbox"/> Evet ise ne:

### Psikiyatrik Soy Geçmişi:

Anne tarafında kekemelik var mı? 1. Evet <input type="checkbox"/> 2. Hayır <input type="checkbox"/>
Anne tarafında <u>ruhsal hastalık</u> var mı? 1. Evet <input type="checkbox"/> 2. Hayır <input type="checkbox"/>
1. Depresyon 2. Aşırı titizlik-evhamlılık 3. Panik atak 4. Aşırı alkol 5. Zeka geriliği 6. Madde kullanımı 7. Suç işleme 8. İntihar girişimi 9. Diğer
Baba tarafında kekemelik var mı? 1. Evet <input type="checkbox"/> 2. Hayır <input type="checkbox"/>
Baba tarafında <u>ruhsal hastalık</u> var mı? 1. Evet <input type="checkbox"/> 2. Hayır <input type="checkbox"/>
1. Depresyon 2. Aşırı titizlik-evhamlılık 3. Panik atak 4. Aşırı alkol 5. Zeka geriliği 6. Madde kullanımı 7. Suç işleme 8. İntihar girişimi 9. Diğer

## 4-18 YAŞ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

ID: _____		
ÇOCUĞUN ADI, SOYADI:	EV ADRESİNİZ VE TEL. NO.:	ANNE BABANIN İŞİ, EĞİTİMİ VE YAŞI BABANIN İŞİ: _____ TEL. NO. _____ EĞİTİMİ: _____ YAŞI: _____ ANNENİN İŞİ: _____ TEL. NO. _____ EĞİTİMİ: _____ YAŞI: _____
CİNSİYETİ: <input type="checkbox"/> ERKEK <input type="checkbox"/> KIZ	YAŞI:	FORMU DOLDURAN: <input type="checkbox"/> ANNE <input type="checkbox"/> BABA <input type="checkbox"/> DİĞER _____ Çocukla olan ilişkisi _____
BUGÜNÜN TARİHİ	ÇOCUĞUN DOĞUM TARİHİ	
AY -- GÜN -- YIL --	AY -- GÜN -- YIL --	
OKULUN ADI:	Çocuğunuzun davranışlarıyla ilgili bu formu lütfen gözetimlerde yazmamak biçiminde yazınız. Her bir madde ile ilgili bilgi verilebilir ve 2. sayfadaki boşluklara yazabilmektedir.	
SINIFI: _____	İlgili bilgi verilebilir ve 2. sayfadaki boşluklara yazabilmektedir.	
OKULA DEVAM ETMİYOR <input type="checkbox"/>	Tesadüfî olarak.	

I. ÇOCUĞUNUZUN YAPMAKTAN EN ÇOK HOŞLANDIĞI SPORLARI SIRALAYINIZ. Örneğin: Yüzme, futbol, basketbol, voleybol, atletizm, tenis, jimnastik, bisiklet, bilmeceler, güreş, boks vb. gibi.

Hiçbir

a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_  
c. \_\_\_\_\_

Yapılmasına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar zaman ayırır?

Yapılmasına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar beğenir?

Her birinde ne kadar zaman ayırır?				Ne kadar beğenir?			
Bilmeyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmeyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. ÇOCUĞUNUZUN SPOR DIŞINDAKİ İLGİ ALANLARI, UĞRAŞ, OYUN VE AKTİVİTELERİNİ SIRALAYINIZ. Örneğin: Pul, bebek, arabalar, akvaryum, el işi, kitap okuma, müzik aletleri çalmak, parki oynamak, resim yapmak gibi (Radyo dinlemeyi ya da televizyon izlemeyi katmayınız)

Hiçbir

a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_  
c. \_\_\_\_\_

Yapılmasına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar zaman ayırır?

Yapılmasına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar beğenir?

Her birinde ne kadar zaman ayırır?				Ne kadar beğenir?			
Bilmeyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmeyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. ÇOCUĞUNUZUN ÜYESİ OLDUĞU KURULUŞ, KULÜP, TAKIM YA DA GRUPLARI SIRALAYINIZ. (Spor, müzik, izdilik, folklor gibi.)

Hiçbir

a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_  
c. \_\_\_\_\_

Yapılmasına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar aktif?

Bilmeyorum	Az aktif	Normal	Çok aktif
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. ÇOCUĞUNUZUN EVDE YA DA EV DIŞINDA YAPTIĞI İŞLERİ SIRALAYINIZ. Örneğin: Obezite almaya, bakkala gitmeye, pazara gitmeye, alışverişe çıkarmaya, yatacağına, çocuk bakmaya, yatacağına, süs yapmaya, kalem, bir dükkanda çalışmaya gibi ödeme yapmaya ve yapılmayan her türlü işleri katınız.

Hiçbir

a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_  
c. \_\_\_\_\_

Yapılmasına oranla her birinde ne kadar beğenir ya yapar?

Bilmeyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Copyright 1991 T.M. Achenbach, U. of Vermont.

Türkçe çeviri ve uyarılması: Neşe Erol tarafından

T.M. Achenbach'ın izniyle yapılmış ve basılmıştır (2-1991).

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı

: 91

V. 1- Çocuğunuzun yaklaşık olarak kaç tane yakın arkadaşları vardır?

(Kardeşlerini katmayınız)

Hiç yok  1  2 ya da 3  4 ya da fazla

2- Çocuğunuz okul dışı zamanlarda haftada kaç kez arkadaşlarıyla birlikte olur?

(Kardeşlerini katmayınız)

1 den az  1 ya da 2  3 ya da daha fazla

VI. Yaşlarına oranla çocuğunuzun :

a. Kardeşleriyle arası nasıldır?

Kötü  Normal  Oldukça  Kardeşi yoktur.

b. Diğer çocuklarla arası nasıldır?

Kötü  Normal  Oldukça  Kardeşi yoktur.

c. Anabesime karşı davranışı nasıldır?

Kötü  Normal  Oldukça  Kardeşi yoktur.

d. Kendi başına oyun oynaması ve iş yapması nasıldır?

Kötü  Normal  Oldukça  Kardeşi yoktur.

VII. 1- Çocuğunuzun okul başarısı nasıldır? (5 yaş ve yukarısı için) Çocuğunuz eğer okula gitmiyorsa lütfen nedenini belirtiniz

Başarısız  Orta  Başarılı  Çok Başarılı

a. Okuma yazma, Türkçe

b. Hayat bilgisi, Sosyal bilgiler

c. Arithmetik

d. Fen bilgisi

Diğer derslerde nasıldır? Örneğin: Yabancı dil, bilgisayar,

(Beden eğitimi, resim ve müziği katmayınız.)

e.

f.

g.

2- Çocuğunuz altı özel sınıfta ya da bir özel eğitim kurumunda okuyor mu?

Hayır  Evet - Ne tür bir sınıf ya da okulu?

3- Çocuğunuz hiç sınıfta kaldı mı?

Hayır  Evet - Nedeni sınıfta ve uzerini

4- Çocuğunuzun okulda ders ya da ders dışı sorunları oldu mu?

Hayır  Evet - Açıklayınız

Bu sorunlar ne zaman başladı?

Sorunlar bitti mi?

Hayır  Evet - Ne zaman

5- Çocuğunuzun herhangi bir hastalığı, fiziksel rahatsızlığı ya da zihinsel durumu var mıdır?

Hayır  Evet - Açıklayınız

6- Çocuğunuzun sizi en çok üzen, kaygılandıran özellikleri nelerdir?

7- Çocuğunuzun en beğendiği özelliklerini belirtiniz:

Aşağıda çocukların özelliklerini tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğunuzun şu andeki ya da son 6 ay içindeki durumunu belirlemektedir. Bir madde çocuğunuz için çok ya da sıklıkla doğru ise 2, bazen ya da biraz doğru ise 1, hiç doğru değilse 0 sayılarını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

0 : Doğru Değil (bildiğiniz kadarıyla)	1 : Bazen ya da Biraz Doğru	2 : Çok ya da Sıklıkla Doğru
0 1 2 1.Yaşından daha küçük bir çocuk gibi davranır		0 1 2 33.Kimseye emi sevmedğine inanır ve bundan yazınır
0 1 2 2.Alişverişi vardır (Yeme, koklama ile, tozlu bir yerde bulunmak- la kışın, döküntü, göz yaşması vs. olmasa) :		0 1 2 34.Başkalarının ona zarar vereceğini, kötülük yapacağına düşünür
0 1 2 3.Çok terişir		0 1 2 35.Kendini değersiz hiseder
0 1 2 4.Astımı (nefes darlığı) vardır		0 1 2 36.Çok sık bir yoderini incir, başı kazıyan kremler
0 1 2 5.Karşı cinsle birli gibi davranır		0 1 2 37.Çok kavg, dövüş eder
0 1 2 6.Kakasını tuvaletten başka yerlere yapar		0 1 2 38.Onunla çok alay edilir (Arkadaşları onunla çok alay eder)
0 1 2 7.Ötünür, yitirdikten atar, hava yapar		0 1 2 39.Başı balda olan kişilerle doluşur
0 1 2 8.Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz		0 1 2 40.Olmayan sesler işler (açıklayınız):
0 1 2 9.Bazı düşünceleri kafasına takar ve bunları aklından çıkaramaz (açıklayınız)		0 1 2 41.Dıştanından ya da akliden hareket eder (aklına geleni yapar)
0 1 2 10.Yerinde rahat duramaz, çok hareketlidir		0 1 2 42.Başkalarıyla beraber olamazsa yalnız kalması istedi eder.
0 1 2 11.Yetiştirkinlerin dizinin dibinden ayrılmaz, onlara çok bağımlıdır		0 1 2 43.Yalan söyler ve hile yapar
0 1 2 12.Yalnızlıktan yakınır		0 1 2 44.Tırnaklarını yer
0 1 2 13.Kafası karışık, gözünü görürdür		0 1 2 45.Sinisi ve gergindir
0 1 2 14.Çok ağlar		0 1 2 46.Kas seğirmeleri, tikleri vardır :
0 1 2 15.Hayvanlara eziyet eder		0 1 2 47.Cece kabuğu, keskinli niyelere vardır
0 1 2 16.Başkalarına eziyet eder, zalimce ve kötü davranır		0 1 2 48.Diğer çocuklar tarafından sevilmaz
0 1 2 17.Hayale dahi gider, kendini ututur		0 1 2 49.Kabızlık çeker
0 1 2 18.Bile bile kendine zarar verir ya da intihar girişiminde bulunur		0 1 2 50.Çok korkak ve kaygıdır
0 1 2 19.Hep dükkat çekmek ister		0 1 2 51.Baş dönmesi vardır
0 1 2 20.Eşyalarına zarar verir		0 1 2 52.Kendini çok suçlu hiseder.
0 1 2 21.Ailesine ya da başkalarına nit eşyalara zarar verir		0 1 2 53.Aşırı yemek yer
0 1 2 22.Ferde söz dilemez		0 1 2 54.Aşırı yorgundur
0 1 2 23.Okulda söz dinlemez		0 1 2 55.Çok kilodur
0 1 2 24.İştahsızdır, az yemek yer		56.Tıbbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetleri vardır
0 1 2 25.Diğer çocukları geçinemez		a. Ağrıları, kızları
0 1 2 26.Yaşlı davranışından dolayı suçlanmış gibi görünmez		b. Baş ağrıları
0 1 2 27.Genellikle kasıncıdır		c. Bulantı, kusma hissi
0 1 2 28.Yenilip içilmeyecek şeyleri yer, ya da içer (kum, kil, kalena, silgi gibi) (açıklayınız) :		d. Gözle ilgili şikayetler (açıklayınız):
0 1 2 29.Bazı hayvanlardan ve okul dışı ortamlardan ya da yerlerden korkar (açıklayınız):		a. Döküntüler ya da başka cilt sorunları
0 1 2 30.Okula gitmekten korkar.		f. Mide-karın ağrısı ve kramplar
0 1 2 31.Kötü bir şey düşünmek ya da yapmaktan korkar		g. Kusma
0 1 2 32.Mükemmeli olmasına gerektiğine inanır		h. Diğer (açıklayınız) :

0 : Doğru Değil (bildiğiniz kadarıyla)

1 : Bazen ya da Biraz Doğru

2 : Çok ya da Sıkıkla Doğru

0 1 2 57.İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur	0 1 2 85.Acıyıp, uhaf duyguları vardır (açıklayınız):
0 1 2 58.Burnuyla, kılıfıyla, vücudunun başka kısımlarıyla oynar ve yolar (açıklayınız):	0 1 2 86.İnaşa, somnolan ve rahatsız edicidir
0 1 2 59.Herkesin önünde cinsel organlarıyla oynar	0 1 2 87.Duygu durumunda ani değişiklikler olur
0 1 2 60.Cinsel organlarıyla çok fazla oynar	0 1 2 88.Çok sık kılar
0 1 2 61.Okul başarısı düşüktür	0 1 2 89.Şifacesidir
0 1 2 62.Dengesiz ve sarkardır	0 1 2 90.Küfürü ve açık saçık konuşur
0 1 2 63.Kendinden büyük çocuklarla olmayı tercih eder	0 1 2 91.Kendini öldürmekten söz eder
0 1 2 64.Kendinden küçük çocuklarla olmayı tercih eder	0 1 2 92.Uyunda yürür ve konuşur (açıklayınız):
0 1 2 65.Konuşmayı reddeder:	0 1 2 93.Çok fazla konuşur
0 1 2 66.Bazı hareketleri tekrar tekrar yapar (tanımlayınız):	0 1 2 94.Başkalarıyla çok dalga geçer, alay eder
0 1 2 67.Evden kaçır	0 1 2 95.Öfke nöbetleri vardır, çok çabuk öfkelenir
0 1 2 68.Çok bağırır, çağırır	0 1 2 96.Cinsel konuları fazlasıyla konuşur
0 1 2 69.Sır vermez, duygularını kendine saklar	0 1 2 97.İnsanları tehdit eder
0 1 2 70.Olmayan şeyleri görür (açıklayınız):	0 1 2 98.Parmak erir
0 1 2 71.Sıkılgan ve utançtır	0 1 2 99.Tarizillğe ve üzüne ağrı etkisindedir
0 1 2 72.Yangın çıkarır	0 1 2 100.Uyku sorunu vardır:
0 1 2 73.Cinsel sorunları vardır (açıklayınız):	0 1 2 101.Okuldan kaçır, dersini ezir
0 1 2 74.Gösterişten hoşlanır, maskaralık yapar	0 1 2 102.Hareketsiz ve yavaşır, enerjik değildir
0 1 2 75.Çekingen ve ürkerdir	0 1 2 103.Müslüz, üzgün, çalkılı ve bezginir
0 1 2 76.Çocukları çoğundan daha az uyur	0 1 2 104.Çok gürlükdür
0 1 2 77.Çocukları çoğundan gece ve gündüz dahil çok uyur (açıklayınız):	0 1 2 105.Tıbbi sıvaz dışında alkol yada ilaç kullanır (açıklayınız):
0 1 2 78.Kalkmasıyla oynar yada etrafı buluşturır	0 1 2 106.Etrafındaki eşyalara amaçsız olarak zarar vermedikten zevk alır
0 1 2 79.Konuşma güçlüğü vardır (açıklayınız):	0 1 2 107.Güzelde altını ıslatır
0 1 2 80.Baş güzlerle uzun uzun bakar	0 1 2 108.Yatağına ıslatır
0 1 2 81.Evden çalmaları vardır	0 1 2 109.Sizicir, müzederdir
0 1 2 82.Evin dışında çalmaları vardır	0 1 2 110.Karşı cinsten olmayı ister
0 1 2 83.İhtiyacı olmayan nesnelere topar, biriktirir (tanımlayınız):	0 1 2 111.İpe kapanır, başkalarıyla birlikte olmaı istemez
0 1 2 84.Acıyıp, uhaf davranışları vardır (açıklayınız):	0 1 2 112.Evhamdır, herşeyi deri edindir
	113.Çocuğunuzun yukarıdaki listede belirtilen, yen başka sorunu varsa lütfen yazınız:
	0 1 2

TÜM MADDELERİ LÜTFEN CEVAPLAYINIZ.

SİZİ KAYGILANDIRAN MADDELERİN ALTINI ÇİZİNİZ

\* Son 6 aylık süresini dışında yukarıda sözü edilen özellikler çocuğun yaşamının herhangi bir döneminde görüldü mü?  Hayır  Evet

\* Son 1 yıl içinde çocuk ruh sağlığı kliniklerine başvurdu mu?  Hayır  Evet

\* Çocuğunuz Kur'an Kursuna gitti ya da halen gidiyor mu?  Hayır  Evet

Adı Soyadı :  
Cinsiyeti :  
Doğum Tarihi :

Tarih :  
Okul :  
Sınıf :

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılmıştır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız.

#### Teşekkürler

- A) 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.  
2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.  
3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B) 1- İşlerim hiç bir zaman yolunda gitmeyecek.  
2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.  
3- İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.  
2- İşlerimin bir çoğunu yanlış yaparım.  
3- Herşeyi yanlış yaparım.
- D) 1- Birçok şeyden hoşlanırım.  
2- Bazı şeylerden hoşlanırım.  
3- Hiçbirşeyden hoşlanmam.
- E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum.  
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.  
3- Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1- Arada sırada başıma kötü birşeylerin geleceğini düşünüyorum.  
2- Sık sık başıma kötü birşeylerin geleceğinden endişelenirim.  
3- Başıma çok kötü şeyler geleceğinden eminim.
- G) 1- Kendimden nefret ederim.  
2- Kendimi beğenmem.  
3- Kendimi beğenirim.

- H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.  
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.  
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

- I) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.  
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.  
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

- İ) 1- Hergün içimden ağlamak gelir.  
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.  
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.

- J) 1- Herşey her zaman beni sıkır.  
2- Herşey sık sık beni sıkır.  
3- Herşey arada sırada beni sıkır.

- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.  
2- Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.  
3- Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.

- L) 1- Herhangi bir şey hakkında karar veremem.  
2- Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.  
3- Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.

- M) 1- Güzel/ yakışıklı sayılırım.  
2- Güzel/ yakışıklı olmayan yanlarım var.  
3- Çirkinim.

- N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.  
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.  
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.

- O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.  
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.  
3- Oldukça iyi uyurum.

- Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.  
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.  
3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.

- P) 1- Hemen hergün canım yemek yemek istemez.  
2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.  
3- Oldukça iyi yemek yerim.

- R) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.  
2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.  
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

- S) 1- Kendimi yalnız hissetmem.  
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.  
3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.

- Ş) 1- Okuldan hiç hoşlanmam.  
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.  
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

- T) 1- Birçok arkadaşım var.  
2- Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.  
3- Hiç arkadaşım yok.

- U) 1- Okul başarımlı iyi.  
2- Okul başarımlı eskisi kadar iyi değil.  
3- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.

- Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.  
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.  
3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.

- V) 1- Kimse beni sevmez.  
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.  
3- Beni seven insanların olduğundan eminim.

- Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.  
2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.  
3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

- Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.  
2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.  
3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

### Nasıl Hissediyorum Anketi

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi okuyun ve hangisinin sizin için en doğru olduğuna karar verin. 'Hemen hemen hiç' mi, 'bazen' mi yoksa 'sık sık' mi. Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki kutucuğa (x) işareti koyun. Yanlış ya da doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Genellikle nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

Yanlış yapacağım diye endişelenirim	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Ağlayacak gibi olurum	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Kendimi mutsuz hissedirim	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Karar vermekte güçlük çekerim	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Sorunlarımla yüz yüze gelmek bana zor gelir	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Çok fazla endişelenirim	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Evde sınırlarım bozulur	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Utangacıım	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Sıkıntılıyım	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Aklımdan engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Okul beni endişelendirir	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Ne yapacağıma karar vermekte zorluk çekerim	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Kalbimin hızlı hızlı çarptığını farkedirim	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Nedenini bilmediğim korkularım var	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Annem ve babam için endişelenirim	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Ellerim terler	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Kötü birşeyler olacak diye endişelenirim	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Kararımda bir rahatsızlık hissedirim	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni endişelendirir	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık

## DIÖ

**AÇIKLAMA:** *Aşağıda hastanızla aranızdaki ilişkinin bazı yönlerini tanımlayan cümleler vardır. Lütfen hastanızı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan durumların size uygun olup olmadığını belirtmek üzere doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.*

- |     |     |  |
|-----|-----|--|
| (D) | (Y) | 1.Onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyör ve öfkeleniyorum.                 |
| (D) | (Y) | 2.Onun hasta olduğuna inanmıyorum.   |
| (D) | (Y) | 3.Onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum.   |
| (D) | (Y) | 4.Benim için onun istekleri, diğer aile üyelerinin isteklerinden daha önemli.    |
| (D) | (Y) | 5.Onunla ilgili her şeyi, kendine ait özel konuları bile öğrenmeye çalışıyorum.  |
| (D) | (Y) | 6.Onun varlığı beni deli ediyor.   |
| (D) | (Y) | 7.Düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye.                                 |
| (D) | (Y) | 8.Onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum.                              |
| (D) | (Y) | 9.Ona sık sık öğüt veriyorum.  |
| (D) | (Y) | 10.Onunla uyuşmuyoruz.   |
| (D) | (Y) | 11.Biraktan artık ne hali varsa görsün.  |
| (D) | (Y) | 12.Aile içinde onun her şeyiyle ben ilgileniyorum.                               |
| (D) | (Y) | 13.Ona kırılıyor, güceniyorum.   |
| (D) | (Y) | 14.Onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim.                                       |
| (D) | (Y) | 15.Onun üstüne titrerim.   |
| (D) | (Y) | 16.Onunlaırken başka bir şeyle ilgilenmiyorum, ilgin hep onun üstünde oluyor.    |
| (D) | (Y) | 17.O benim hayatımı yaşamama engel oluyor.                                       |
| (D) | (Y) | 18.O hasta oldu diye dünya başıma yıkılmış gibi hissediyorum.                    |
| (D) | (Y) | 19.Onun yaptığı işleri beğenmiyorum.   |
| (D) | (Y) | 20.Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve ona bunu söylüyorum.                      |
| (D) | (Y) | 21.Ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum.                           |
| (D) | (Y) | 22.Ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum.                              |
| (D) | (Y) | 23.Onun her şeyiyle ben ilgileniyorum.   |
| (D) | (Y) | 24.“Ondan ah bir kurtulsam!” diye düşündüğüm oluyor.                             |
| (D) | (Y) | 25.Huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyor ve ondan uzak duruyorum.               |
| (D) | (Y) | 26.Onun kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum. |
| (D) | (Y) | 27.Hastaneye yatması beni perişan ediyor,ondan ayrılmaya dayanamıyorum.          |
| (D) | (Y) | 28.Biz birbirimize beziyoruz.  |
| (D) | (Y) | 29.Onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum.                                     |
| (D) | (Y) | 30.Onunla iyi anlaşıyorum.   |
| (D) | (Y) | 31.Aklım fikrim hep onda başka hiç bir şey düşünemiyorum.                        |
| (D) | (Y) | 32.Kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum.                            |
| (D) | (Y) | 33.Ondan uzak kalmak istiyorum.  |
| (D) | (Y) | 34.Başına bir sürü dert açıyor.  |
| (D) | (Y) | 35.O olmasa bütün işler yoluna girecek.  |
| (D) | (Y) | 36.Bir zorlukla karşılaştığımda bu zorlukla başa çıkabiliyorum.                  |
| (D) | (Y) | 37.Onun her şeyi ile ilgilenmek bana zevk veriyor.                               |
| (D) | (Y) | 38.Öfkeli olduğunda ondan uzak durmam, onu yatıştırmak için uğraşırım.           |
| (D) | (Y) | 39.Huzursuz/ keyifsiz olduğunda onunla konuşmaya/sohbet etmeye çalışırım.        |
| (D) | (Y) | 40.Onun, hastahğımı abarttığını düşünüyorum.                                     |
| (D) | (Y) | 41.Onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum.                   |

O.Berkin



T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Adı - Soyadı :

Tarih :

Çocuk Değerlendirme Formu  
(8 - 12 Yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.  
Lütfen son bir aylık süre içinde herbirinin sizin için ne kadar sorun oluşturduğunu  
daire içine alarak belirt.

Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler ; sağlık için ne kadar sorun yaratdı ?

Sağlığım ve Aktivitelerim ile ilgili Sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4

Duygularım ile ilgili Sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

Başkaları ile ilgili Sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşıyorum	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarım ile oyun oynarken geri kalırım	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili Sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuğunuzun ;

Adı - Soyadı :

Tarih :

**Çocuk Değerlendirme Formu**  
(Anne - Baba, 8 - 12 Yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.  
Lütfen son bir aylık süre içinde herbirinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu  
daire içine alarak belirtiniz.

Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler geçtiğiniz için ne kadar sorun yarattı ?

Fiziksel İşlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

Duygusal İşlevsellik ile ilgili Sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekmek	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

Sosyal İşlevsellik ile ilgili Sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman
1. Yaşlıları ile geçinememesi	0	1	2	3	4
2. Yaşlılarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşlıları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşlılarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşlıları ile oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili Sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

Ad Soyad:

Tarih:

## ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

### Ergen Değerlendirme Formu (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada sizin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır. Lütfen son bir aylık süre içinde herbirinin sizin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer sizin için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer sizin için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer sizin için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer sizin için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer sizin için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Şon bir ay içinde aşğıdakiler sizin için ne kadar sorun yarattı ?

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir blokta fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağır	0	1	2	3	4
8. Enerjım azdır	0	1	2	3	4

Duygularım ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşlıtlarımla geçinmekte sorun yaşıyorum	0	1	2	3	4
2. Yaşlıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşlıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşlıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşlıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4



T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuğunuzun ;  
Adı - Soyadı :  
Tarih :

Ergen Değerlendirme Formu  
(Anne - Baba, (13 - 18 Yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.  
Lütfen son bir aylık süre içinde herbirinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu  
daire içine alarak belirtiniz.

Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı ?

Fiziksel İşlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

Duyusal İşlevsellik ile ilgili Sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

Sosyal İşlevsellik ile ilgili Sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman
1. Yaşlıları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşlılarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşlıları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşlılarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşlılarına ayak uyduramaması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili Sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

Adı ve Soyadı :  
Meslek :

Yaş :  
Medeni Durumu :

Cinsiyet :  
Tarih :

Aşağıda zaman zaman herkesde rastlanabilecek olan problem ve şikayetlerden oluşan bir liste bulacaksınız. Her soruyu tek tek ve dikkatle okuyunuz. Sözdü geçen problem ya da şikayetlerin son bir hafta içinde sizi ne ölçüde rahatsız ettiğini gözünüzde tutarak size göre en doğru şıkkı ( ) ile işaretleyiniz. Eğer yalnız bir cevap verdiğinizizi düşünürseniz, ilkinin karalayarak doğru cevabı (X) işareti ile belirtiniz. Hiç bir soruyu atlamayınız. Başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz, anlamadığınız olursa danışınız. ÖRNEK:

Sırt ağrısı...Hayır, hiç (0) Biraz...(1) Orta derecede...(2) Fazla...(3) Çok fazla...(4)

SON BİR HAFTA İÇİNDE AŞAĞIDAKİ SORUN ve YAKINMALAR SİZİ NE DERECEDE ETKİLEDİ?

1 — Baş ağrıları	0	1	2	3	4
2 — Sinirlilik veya içinizin sızdığı hissi	0	1	2	3	4
3 — Kafanızdan etmediğiniz, tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler ve kelimeler	0	1	2	3	4
4 — Baygınlık hissi veya baş dönmesi	0	1	2	3	4
5 — Cinsel ilgi, istek ya da hazda azalma	0	1	2	3	4
6 — Başkalarını eleştirmeye yatkınlık	0	1	2	3	4
7 — Herhangi birine düşüncelerinizi yönetebileceği hissi	0	1	2	3	4
8 — Zorluk ve sıkıntılarınızın çoğundan başkalarını sorumlu olduğunuz duygusu	0	1	2	3	4
9 — Etkice kayıflığı, hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
10 — Sakarlık, dikkatsizlik ve ihmalkarlıkların sizi rahatsız etmesi	0	1	2	3	4
11 — Kolayca sinirlenme veya huzursuz olma	0	1	2	3	4
12 — Kalp veya göğüs üzerinde ağrı	0	1	2	3	4
13 — Caddeler ya da açık alanlarda korku duyma	0	1	2	3	4
14 — Enerji, güç azalması, hareket ve düşüncelerde yavaşlama	0	1	2	3	4
15 — Yaşamınıza kendi elinizle son verme düşüncesi	0	1	2	3	4
16 — Başkalarının duymadığı sesler işitme	0	1	2	3	4
17 — Titreme	0	1	2	3	4
18 — İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği duygusu	0	1	2	3	4

19 — İştahsızlık	0	1	2	3	4
20 — Ağlamaya yatkınlık	0	1	2	3	4
21 — Karşı cinsle ilişkilerde çekingenlik, beceriksizlik, çekingenlik	0	1	2	3	4
22 — Tuzağa düşürülme, kapana kısırlama duygusu	0	1	2	3	4
23 — Nedensiz ani korkular	0	1	2	3	4
24 — Kontrol edemeyeceğiniz öfke nöbetleri ve duygusal patlamalar	0	1	2	3	4
25 — Yalnız olarak evden çıkmada korku duyma	0	1	2	3	4
26 — Bazı konularda kendini suçlama eğilimi	0	1	2	3	4
27 — Bel ağrıları	0	1	2	3	4
28 — Herhangi bir işe başlamada ya da devam ettirmede zorlanma hissi	0	1	2	3	4
29 — Yalnızlık hissi	0	1	2	3	4
30 — Hüznün iç sıkıntısı	0	1	2	3	4
31 — Gereğinden çok tasalanma ve endişelenme	0	1	2	3	4
32 — Hiç bir şeye ilgi duymama	0	1	2	3	4
33 — Ürküklük, korku duyma	0	1	2	3	4
34 — Duygularımızın kolayca incinebilmesi, alınganlık	0	1	2	3	4
35 — Özel ve gizli düşüncelerimizin başkaları tarafından bilindiği hissi	0	1	2	3	4
36 — Başkalarının sizi anlamaması ve size sigisiz olduğu duygusu	0	1	2	3	4
37 — Başkalarının size dostça davranmadığı, sizden hoşlanmadığı duygusu	0	1	2	3	4
38 — Doğru ve eksiksiz olmasını garantilemek için her şeyi çok yavaş yapma gereksinimi	0	1	2	3	4
39 — Kalbinizin çok hızlı atması veya çarpıntı	0	1	2	3	4
40 — Midede nabız duygular ya da bulantı	0	1	2	3	4
41 — Başkaları karşısında aşağılık duygusu	0	1	2	3	4
42 — Kas ağrı ve sızları	0	1	2	3	4
43 — Başkalarının sizi gözetlediği veya hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
44 — Uykuya dalmakta güçlük çekme	0	1	2	3	4
45 — Yaptığımız işleri tekrar tekrar kontrol etme zorunluluğu hissetme	0	1	2	3	4
46 — Karar vermede güçlük çekme	0	1	2	3	4

47 — Otobüs, minibüs, tren, dolmuşta yolculuktan korkma	0	1	2	3	4
48 — Nefes almada güçlük çekme	0	1	2	3	4
49 — Nöbetler şeklinde ateş basması veya her tarafınızı buz kesmesi	0	1	2	3	4
50 — Sizi korkuttuğu için belirli yerler, nesnelere, olaylar, hareket ve davranışlardan kaçınma	0	1	2	3	4
51 — Zihinde boşluk duygusu	0	1	2	3	4
52 — Bedeninizin çeşitli yerlerinde hissizlik, uyuşma veya karıncalanma	0	1	2	3	4
53 — Boğazınızda bir yamru tıkandığı hissi	0	1	2	3	4
54 — Gelecekle ilgili ümitsizlik	0	1	2	3	4
55 — Dikkatinizi toplamada güçlük çekme	0	1	2	3	4
56 — Bedeninizin bazı kısımlarında güçsüzlük	0	1	2	3	4
57 — Gerginlik veya tedirginlik hissi	0	1	2	3	4
58 — Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	0	1	2	3	4
59 — Ölüm veya ölmekle ilgili düşünceler	0	1	2	3	4
60 — Aşırı yemek yeme	0	1	2	3	4
61 — Başkaları size bakarken ya da hakkınızda konuşurken huzursuzluk veya rahatsızlık duyma	0	1	2	3	4
62 — Aknınıza size ait olmayan düşüncelerin gelmesi	0	1	2	3	4
63 — Birisine zarar veya acı verme, döğme, yaralama isteğini zorlayıcı biçimde duyma	0	1	2	3	4
64 — Sabahları erken uyanma	0	1	2	3	4
65 — Dokunma, sayma, yıkama gibi davranışları zorunluluk hissederek tekrarlama	0	1	2	3	4
66 — Huzursuz, rahatsız uyku veya uykunuzun bölünmesi	0	1	2	3	4
67 — Birşeyleri kırmak veya parçalamak için dayanılmaz bir istek duyma	0	1	2	3	4
68 — Başkalarının paylaşmadığı düşünce, görüş ve inançlarınızın olması	0	1	2	3	4
69 — Başkalarıyla beraberken konuşma ve davranışlarınıza dikkat etme zorunluluğu hissetme	3	1	3	3	4
70 — Sinemada veya alışverişte olduğu gibi kalabalıktan huzursuzluk duyma ve kaçınma	0	1	2	3	4
71 — Herşeyin çok zor ve yorucu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
72 — Dehşet ve paniğe kapılma nöbetleri	0	1	2	3	4
73 — Topluluk içinde yiyip içerken huzursuz olma	0	1	2	3	4
74 — Sık sık tartışmalara girme ya da iddialaşma	0	1	2	3	4

— Yalnız kaldığımızda sınırlılık veya huzursuzluk hissi ... ..	0	1	2	3	4
76 — Başarılarımızın başkaları tarafından yeterince takdir edilmediği hissi ... ..	0	1	2	3	4
77 — İnsanlarla birlikteyken bile yalnızlık duyma ... ..	0	1	2	3	4
78 — Yerinizde duramayacak kadar huzursuzluk hissi ... ..	0	1	2	3	4
79 — Değersizlik duyguları ... ..	0	1	2	3	4
80 — Başınıza kötü bir şey geleceği hissi ... ..	0	1	2	3	4
81 — Yüksek sesle bağırma veya birşeyleri fırlatıp atma ihtiyacını hissetme ... ..	0	1	2	3	4
82 — Topluluk içinde hayalnmaktan korkma ... ..	0	1	2	3	4
83 — Eğer fırsat verirsiniz insanların sizi kullanacağı hissi ... ..	0	1	2	3	4
84 — Cinsellikle ilgili olduğna rahatsız edici tasavvur, düşünce ve duyguların olması ... ..	0	1	2	3	4
85 — Suç ve günahlarımızdan dolayı cezalandırılmamız gerektiği düşüncesi ... ..	0	1	2	3	4
86 — Dehşet ve korku uyandıran düşünce veya tasavvurlar ... ..	0	1	2	3	4
87 — Bedenimizde ciddi bir bozukluk olduğu düşüncesi ... ..	0	1	2	3	4
88 — Başka birine karşı gerpek bir yakınlık duyurama hissi ... ..	0	1	2	3	4
89 — Suçluluk duygusu ... ..	0	1	2	3	4
90 — Aklimizde herhangi bir bozukluk olduğu düşüncesi ... ..	0	1	2	3	4

— Bu anketi cevaplandırduğunuz için teşekkürler...

---

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ARAŞTIRMA ETİK KURULU**

Sayı : B.30.2.MAR.0.01.00.02/AEK-83  
Konu:

Sayın : Prof. Dr. Meral BERKEM

MAR-YÇ-2006- 0047 protokol nolu "Çocukluk çağında kekemelikte eş zamanlı psikiyatrik tanılar ile ailedeki duygu ifadesi ilişkisinin değerlendirilmesi" isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

---

Prof. Dr. Meral DİRESKENELİ  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Araştırma Etik Kurul Başkanı