T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KEKEMELİĞİ OLAN OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARDA DENVER II GELİŞİMSEL TARAMA TESTİ, TİFALDİ TESTİ BULGULARININ VE EBEVEYN TUTUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gizem Nur TOPSAKAL

ODYOLOJİ VE KONUŞMA BOZUKLUKLARI PROGRAMI

Ankara, 2019

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KEKEMELİĞİ OLAN OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARDA DENVER II GELİŞİMSEL TARAMA TESTİ, TİFALDİ TESTİ BULGULARININ VE EBEVEYN TUTUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gizem Nur TOPSAKAL

ODYOLOJİ VE KONUŞMA BOZUKLUKLARI PROGRAMI

Ankara, 2019

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Kekemeliği Olan Okul Öncesi Çocuklarda Denver II Gelişimsel Tarama Testi, TİFALDİ Testi Bulgularının ve Ebeveyn Tutumunun Değerlendirilmesi

Gizem Nur TOPSAKAL

Yüksek Lisans Tezi

12/06/2019

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Banu MÜJDECİ

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Banu MÜJDECİ

Dr. Öğr. Üyesi Şule KAYA

Prof. Dr. Seyra ERBEK

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Doç. Dr. Ender ŞİMŞEK

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

12/06/2019

Gizem Nur TOPSAKAL

Canım aileme ithafen…

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca ilgi ve desteğini gördüğüm, mesleki deneyimleri ile bana yol gösteren değerli danışman hocam Doç. Dr. Banu MÜJDECİ'ye katkılarından ve sabrından dolayı en içten teşekkürlerimi sunarım.

Veri toplama sürecimde gösterdikleri yardımlardan dolayı Uzm. Dr. Süleyman Emre KARAKURT ve değerli arkadaşlarım Filiz KOÇ, Kübra ÖZDEMİR, Melek Seda AKSOY, Zeynep BİLGIN, Serap SEZER, Neslihan BİNEKÇİ, Özge ŞAHİN, Nazlı AKKAYA, Ece KARABOĞA, Hayriye ATALAY, Kübra ÇETİNKAYA, Fatih Emre ŞANVERDİ ve Fırat SEVER'e teşekkür ederim.

İstatistik analizlerde yardımları için Doç. Dr. M. Mahmut BAYRAMOĞLU'na teşekkür ederim.

Araştırmaya katılan tüm ailelere ve çocuklara teşekkür ederim.

Son olarak, yaşamım boyunca ihtiyacım olan her tür desteği sağlayan ve bu çalışma boyunca büyük bir sabırla her isteğimi yerine getiren annem Kadriye İPLİKCİ, babam Hasan İPLİKCİ, kardeşim Sinem Nur İPLİKCİ ve eşim Celal TOPSAKAL'a ne kadar teşekkür etsem az kalır.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **iii**

ABSTRACT ..... **iv**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ. ..... **v**

ŞEKİLLER DİZİNİ. ..... **vi**

TABLOLAR DİZİNİ. ..... **vii**

1. GİRİŞ **1**

2. GENEL BİLGİLER **4**

2.1. Dil, Konuşma ve İletişim 4

2.2. Konuşma Bozuklukları 5

2.2.1. Akıcılık Bozuklukları 5

2.2.1.1. Kekemelik 5

2.3. Gelişim ve Gelişimle İlgili Temel Kavramlar 15

2.3.1. Gelişim Alanları 16

2.3.1.1. Bilişsel Gelişim ve Okul Öncesi Dönemi Gelişim Özellikleri 16

2.3.1.2. Motor Gelişimi ve Okul Öncesi Dönemi Gelişim Özellikleri 18

2.3.1.3. Sosyal-Duygusal Gelişim ve Okul Öncesi Dönemi Gelişim Özellikleri 19

2.3.1.4. Dil Gelişimi ve Okul Öncesi Dönemi Genel Özellikleri. 20

2.3.2. Gelişimin Değerlendirilmesinde Kullanılan Testler 23

2.3.2.1. Denver II Gelişimsel Tarama Testi 25

2.4. Çocuk Ebeveyn İlişkisi ve Ebeveyn Tutumları 26

2.4.1. Ebeveyn ve Çocuk İlişkilerini İncelemek Üzere Geliştirilmiş Tutum ve Davranış Ölçekleri 28

2.4.1.1. Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ) 29

3. MATERYAL VE YÖNTEM **30**

3.1. Bireyler 30
3.2. Yöntem 31
3.2.1. Odyolojik Değerlendirme 31
3.2.2. Kekemeliğin Değerlendirilmesi 31
3.2.3. Denver II Gelişimsel Tarama Testi Değerlendirmesi 32
3.2.4. TİFALDİ Testi Değerlendirilmesi 32
3.2.5. ETÖ Değerlendirilmesi 33
3.2.6. İstatistiksel Analizler 34

4. BULGULAR 35

5. TARTIŞMA 60

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 72

7. KAYNAKLAR 75

8. EKLER 93

EK-1. ETİK KURUL ONAY FORMU 93
EK-2. ÖN BİLGİ FORMU 94
EK-3. KONUŞMA DEĞERLENDİRME FORMU 97
EK-4. DENVER II UYGULAMA FORMU 98
EK-5. TİFALDİ ALICI DİL TESTİ PUANLAMA FORMU 100
EK-6. TİFALDİ İFADE EDİCİ DİL TESTİ PUANLAMA FORMU 102
EK-7. EBEVEYN TUTUM ÖLÇEĞİ 104
EK-8. ÖZGEÇMİŞ 107

ÖZET

Kekemeliği Olan Okul Öncesi Çocuklarda Denver II Gelişimsel Tarama Testi, TİFALDİ Testi Bulgularının ve Ebeveyn Tutumunun Değerlendirilmesi

Bu çalışmada kekemeliği olan okul öncesi çocukların Denver II gelişimsel tarama testi, TİFALDİ testi performanslarının ve ebeveynlerinin çocuk yetiştirme tutumlarının değerlendirilmesi amaçlandı. Çalışmaya yaşları 4;00-4;11 arasında olan 20 kekeme çocuk; yaşları 5;00-5;11 arasında olan 20 kekeme çocuk ve yaşları 4;00-5,11 arasında olan 20 kekeme olmayan çocuk dâhil edildi. Tüm katılımcılara Denver II gelişimsel tarama testi, TİFALDİ ve ETÖ uygulandı. Denver II gelişimsel tarama testinde, yaşları 4;00-4;11 arasında olan kekeme çocukların % 30'u normal, %40'ı şüpheli, %30'u anormal sonuç alırken; yaşları 5;00-5;11 arasında olan kekeme çocukların % 50'si normal, %30'u şüpheli, %10'u anormal sonuç aldı. TİFALDİ testinde, her iki yaş grubunda da kekeme çocukların akranlarının gerisinde alıcı ve ifade edici dil test puanları aldıkları tespit edildi ($p<0.05$). İki yaş grubu arasında Denver II gelişimsel tarama testi ($p=0.430$), TİFALDİ alıcı dil ($p=0.774$) ve ifade edici dil ($p=0.638$) standart puanları arasında fark saptanmadı. Kekeme çocukların ve kekeme olmayan çocukların ebeveynlerinin ETÖ sonuçlarında, demokrat ($p=0.012$), otoriter ($p=0.050$) ve koruyucu ($p=0.015$) tutum alt boyutunda fark bulunurken, izin verici tutum alt boyutunda fark bulunmadı ($p=0.112$). Kekeme çocukların ebeveynlerinin ETÖ koruyucu tutum alt boyut puanları yükseldikçe, çocukların TİFALDİ alıcı dil ham puanı ve ifade edici dil standart puanının düştüğü gözlendi ($p<0.05$). Sonuç olarak kekeme çocukların Denver II gelişimsel tarama testi ve TİFALDİ testi bulgularına göre farklılıklar gösterdiği ancak bu farklılıkların iki yaş grubu arasında anlamlı olmadığı saptandı. Kekeme çocukların ebeveynlerinin ETÖ sonuçlarında farklılıklara sahip olduğu ve bu sonuçlar ile çocukların alıcı ve ifade edici kelime bilgisi performansları arasında anlamlı ilişkiler olduğu bulundu.

Anahtar Kelimeler: Dil, ebeveyn tutumu, gelişimsel tarama, kekemelik, kelime bilgisi, okul öncesi

ABSTRACT

Evaluation of Denver II Developmental Screening Test, TIFALDI Test Findings and Parents Attitude in Preschool Children with Stuttering

In this study, it was aimed to evaluate the Denver II developmental screening test of preschool children with stuttering, the performance of TIFALDI test and attitude of parents during rasing their children. In this study 20 children aged 4;00-4;11 with stuttering, 20 children aged 5;00-5;11 with stuttering and 20 non–stuttering children aged 4;00-5;11 were included. Denver II developmental screening test, TIFALDI and PAS were applied to all participants. In the Denver II developmental screening test results: %30 of the stuttering children aged between 4;00-4;11 were normal, %40 were suspicious, %30 were abnormal, %50 of the stuttering children aged between 5;00-5;11 were normal, %30 were suspicious and %10 were abnormal. In the TIFALDI test, stuttering children in both age groups were found to have less receptive and expressive language test scores than their peers ($p<0.05$). No difference was found between two age groups in the Denver II developmental screening test ($p=0.43$), the TIFALDI receptive language ($p=0.774$) and the expressive language ($p=0.638$) standard scores. While there was difference in the democrat ($p=0.012$), authoritarian ($p=0.05$) and protective ($p=0.015$) attitude lower dimension, there was not diffrence in the permissive attitude lower-dimension ($p=0.112$) according to results of the PAS of the parents of stuttering children and non-stuttering children. As parents of stuttering children's PAS protective attitudes lower-dimension scores increased, the children's TIFALDI receptive language raw score and expressive language standard score decreased ($p<0.05$). As a results it was found that stuttering children showed differences according to Denver II developmental screening test and TIFALDI test results but these differences were not significant between the two age groups. It was found that stuttering children’s parents had differences in PAS results and these results were significantly correlated with the receptive and expressive vocabulary performance of children.

Keywords: Developmental screening, language, parents attitude, preschool, stuttering, vocabulary

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

%	: Yüzde
ark.	: Arkadaşları
diğ.	: Diğerleri
örn.	: Örnek
min.	: Minimum
mak.	: Maksimum
ort.	: Ortalama
TİFALDİ	: Türkçe İfade Edici ve Alıcı Dil Testi
ETÖ/ PAS	: Ebeveyn Tutum Ölçeği/ Parenting Attitude Scale
M.E.B	: Milli Eğitim Bakanlığı
ASHA	: Amerika Dil, Konuşma ve İşitme Derneği
DSM-IV	: Diagnosticand Statistical Manual of Mental Disorders-IV/ Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Beşinci Baskı)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Packman ve Attanasio'nun 3 faktör modeli..……..……..…10
Şekil 4.1. Grup 1 ve Grup 2'ye ait Denver II gelişimsel tarama testi sonuç dağılımı 39
Şekil 4.2. Grup 1 ve Grup 2 arasında TİFALDİ alıcı dil ham puanlarının karşılaştırılması 48
Şekil 4.3. Grup 1 ve Grup 2 arasında TİFALDİ alıcı dil standart puanlarının karşılaştırılması 48
Şekil 4.4. Grup 1 ve Grup 2 arasında TİFALDİ ifade edici dil ham puanlarının karşılaştırılması 49
Şekil 4.5. Grup 1 ve Grup 2 arasında TİFALDİ ifade edici dil standart puanlarının karşılaştırılması 49
Şekil 4.6. Grup 1 ve Grup 2 arasında TİFALDİ testi sonuç dağılımı 50
Şekil 4.7. Gruplar arasında TİFALDİ alıcı dil ham puanlarının karşılaştırılması ... 51
Şekil 4.8. Gruplar arasında TİFALDİ ifade edici dil ham puanları karşılaştırılması 52
Şekil 4.9. Grup 1 ve Grup 3 (4 Yaş) arasında TİFALDİ alıcı dil standart puanlarının karşılaştırılması 52
Şekil 4.10. Grup 1 ve Grup 3 (4 Yaş) arasında TİFALDİ ifade edici dil standart puanlarının karşılaştırılması 53
Şekil 4.11. Grup 2 ve Grup 3 (5 Yaş) arasında TİFALDİ alıcı dil standart puanlarının karşılaştırılması 53
Şekil 4.12. Grup 2 ve Grup 3 (5 Yaş) arasında TİFALDİ ifade edici dil standart puanlarının karşılaştırılması 54
Şekil 4.13. Gruplar arasında ETÖ-demokratik tutum alt boyutu puan karşılaştırılması 56
Şekil 4.14. Gruplar arasında ETÖ-otoriter tutum alt boyutu puan karşılaştırılması .. 57
Şekil 4.15. Gruplar arasında ETÖ Koruyucu tutum alt boyutu puan karşılaştırılması 57
Şekil 4.16. Gruplar arasında ETÖ-izin verici tutum alt boyutu puan karşılaştırılması 58

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Demografik özellikler 35
Tablo 4.2. Kekemelik öykülerine ilişkin demografik özellikler..... 37
Tablo 4.3. DENVER II gelişimsel tarama testi verilerine ait sayı ve yüzde dağılımı 38
Tablo 4.4. Grup 1 ve Grup 2 arasında Denver II gelişimsel tarama testi sonuçlarının karşılaştırması..... 39
Tablo 4.5. Grup 1'e ait TİFALDİ alıcı dil testi sonuçları. 40
Tablo 4.6. Grup 2'ye ait TİFALDİ alıcı dil testi sonuçları. 41
Tablo 4.7. Grup 2'ye ait TİFALDİ alıcı dil testi sonuçları. 42
Tablo 4.8. Grup 1'e ait TİFALDİ ifade edici dil testi sonuçları. 43
Tablo 4.9. Grup 2'ye ait TİFALDİ ifade edici dil testi sonuçları 44
Tablo 4.10. Grup 3'e ait TİFALDİ ifade edici dil testi sonuçları. 45
Tablo 4.11. TİFALDİ'ye ait tanımlayıcı istatistikler 46
Tablo 4.12. Grup 1 ve Grup 2'ye ait TİFALDİ test sonuçlarının karşılaştırılması ... 47
Tablo 4.13. Grup 1 ve Grup 3 (4 Yaş)'a ait TİFALDİ test sonuçlarının karşılaştırılması 50
Tablo 4.14. Grup 2 ve Grup 3 (5 Yaş)'a ait TİFALDİ test sonuçlarının karşılaştırılması 51
Tablo 4.15. Grup 1 ve Grup 2'ye ait Denver II gelişimsel tarama testi, TİFALDİ, ETÖ değerleri ve kekemelik şiddeti arasındaki ilişki 54
Tablo 4.16. ETÖ'ye ilişkin tanımlayıcı istatistikler 55
Tablo 4.17. Grup 1-2 ve Grup 3'e ait t-test sonuçları 56
Tablo 4.18. Grup 1 ve Grup 2'ye ait TİFALDİ ve ETÖ değerleri arasındaki ilişki.. 59

1. GİRİŞ

Kekemelik, konuşmanın akıcılığını etkileyen bir iletişim bozukluğudur. “İstemsiz, sessiz veya duyulabilir, seslerin veya hecelerin tekrarı veya uzaması ile karakterize sözlü ifadenin akıcılığındaki bozulma” olarak tanımlanan kekemelik, cinsiyet, etnik köken, sosyal sınıf ve dilden bağımsız olarak, nüfusun yaklaşık %5'ini etkilemektedir. Başlangıcı tipik olarak okul öncesi dönem çocuklarında, 2 ila 5 yaşları arasında olmaktadır (1).

Okul öncesi yıllarda çocukların dil gelişiminde olağanüstü bir gelişme yaşanır. Çocuklarda gelişen kelime dağarcığıyla birlikte iki kelimeli basit söz dizininden oluşan cümleler uzayıp karmaşıklaşarak yetişkin formunu almaya başlar (2). Dil ve fonolojik becerilerde karmaşık ve önemli değişimlerin meydana geldiği bu dönem ile kekemeliğin başlangıcı paralel gelişmektedir. Bu durum dilin kekemelik üzerinde etkili faktörlerden biri olabileceğini düşündürmektedir (3). Bu dönemdeki çocuklarda dil bilgisi süreci ile üretim becerileri aynı paralellikte gelişme göstermeyebilir. Semantik gelişimin unsurlarından, ‘kelime dağarcığı’ ile ‘kelime bulma-geri getirme’ birbirinden faklı becerilerdir. Araştırmalar bu iki faktörün kekemeliği olan çocuklarda önemli olduğunu rapor etmektedir (2).

Çocuk ve ebeveyn arasındaki ilişkiler, çocukların dünyaya ve kendilerine karşı bakış açılarını etkilemekte, farklı durumlara nasıl tepki vereceklerini göstermekte ve çevreye karşı duygusal algılarını geliştirmektedir (4). Gelişimle ilgili kuram ve yaklaşımlar ebeveynlerin, özellikle yaşamın ilk beş yılında, çocuğun sosyal deneyimlerini etkileyerek gelişimsel alanları, duygusal ve toplumsal becerileri şekillendirmektedir (5). Bu tutum ve yaklaşımların kekeme çocuklar üzerindeki etkisini bildiren çalışmalar ise ebeveynlerin kekemeliğin başlangıcında, gelişiminde (6) ve tedavisinde (7) doğrudan ya da dolaylı etkilisine dikkat çekmektedir.

Kekemeliğin “karmaşık” veya “çok yönlü” bir bozukluk olarak nitelendiren literatür atıfları, kekemeliği basit bir şekilde karakterize etmenin mümkün olmayacağının genel bir kabulünü yansıtmaktadır. Her ne kadar konuşmadaki

olumsuzluk kekemeliğin temel özelliği olsa da, bir bozukluk olarak kekemelik, konuşma üretimindeki zorluklardan daha fazlasını içeriyor gibi görünmektedir. Bu görüşü savunan araştırmacılar kekemeliğin başlangıcı ve gelişimine katkıda bulunan motor, dil ve duygusal faktörlerin karmaşık etkileşimlerini analiz etmeye çalışmışlardır (8, 9).

Bu çalışma yaşları 4 ila 5 arasında değişen, kekemeliğin başlangıç dönemindeki okul öncesi kekeme çocukların dil becerilerinin yanı sıra diğer gelişimsel alanlardaki becerileri ve ebeveynlerinin tutumlarını değerlendirilmeyi amaçlamaktadır.

Kekemeliğin başlangıç döneminde, çocukların gelişimsel, dil bilgisel ve çevresel alanlarının incelenmesinin; kekemeliğin, bu alanlar üzerindeki etkisinin değerlendirilmesinde, nedensel mekanizmalarını açıklamaya çalışan teorilerin daha iyi anlaşılmasında ve tedavide etkin müdahale yöntemlerinin planlanmasında önemli olduğu düşünülmektedir.

Literatürde sayıları az da olsa kekeme çocukların dil becerileri ve ebeveynlerinin tutumları uzun yıllar çalışmalara konu edilmiştir. Ancak okul öncesi dönemdeki kekeme çocukların gelişimsel becerilerinin değerlendirildiği araştırmalara rastlanmamıştır.

Bu çalışmanın hipotezleri şunlardır;

H0: DENVER gelişimsel tarama testi bulguları açısından yaşları 4;00-4;11 arasında olan kekeme çocuklar ile yaşları 5;00-5;11 arasında olan kekeme çocuklar arasında fark vardır.

H1: TİFALDİ alıcı dil alt testi bulguları açısından yaşları 4;00-4;11 arasında olan kekeme çocuklar ile yaşları 5;00-5;11 arasında olan kekeme çocuklar arasında fark vardır.

H2: TİFALDİ ifade edici dil alt testi bulguları açısından yaşları 4;00-4;11 arasında olan kekeme çocuklar ile yaşları 5;00-5;11 arasında olan kekeme çocuklar arasında fark vardır.

H3: ETÖ değerlendirmelerinde yaşları 4;00-5;11 arasında olan kekeme çocuklar ile kekeme olmayan çocukların ebeveynleri arasında fark vardır.

H4: Kekeme çocukların TİFALDİ performansları ile ebeveynlerinin ETÖ puanları arasında anlamlı ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dil, Konuşma ve İletişim

İlk çağlardan günümüze kadar tüm canlılar kendilerine özgü bir iletişim biçimiyle ileti alışverişinde bulunmuşlardır (10). Sosyal bir varlık olan insanın çevresindeki diğer kişiler ya da varlıklar ile ilişki kurma, anlaşma, haberleşme gibi ihtiyaçlarının var olması iletişimin doğmasına sebep olmuştur. En geniş tanımıyla iletişim, insanların sözel olan ve olmayan her türlü etkileşim ve mesaj alışverişidir (11). Çocukların konuşmaya başlamadan çok önce, diğer insanlarla iletişim kurmak için kullandığı göz teması, yüz ifadesi gibi sözel olmayan etkileşimler bu dönemde iletişimin aracı olarak kullanılırken gelişimin ilerleyen dönemlerinde sözel iletişimi de desteklemektedir. Dil ve konuşma iletişimin birer parçasıdır.

Dil ve konuşma çoğunlukla gündelik konuşmada birbirinin yerine kullanılan iki farklı kelimedir. Bu farklılıkları kavramak iletişim bozuklukları söz konusu olduğunda önemlidir. Dil, insanların birbirlerine duygu, düşünce ve isteklerini bütün ayrıntılarıyla aktarabildiği kod veya semboller sistemidir. Ayrıca insanların fikirlerini düzenleyebilmelerini ve duygularını ifade edebilmelerini mümkün kılmaktadır. Dilin anlama ve anlatma olmak üzere iki temel fonksiyonu vardır (12). Dili iyi kullanıyor olmak bu iki fonksiyona sahip olma yeteneğini gerektirir. Genellikle dinleyerek anlamlandırılıp konuşarak ifade edilen dil, okuma ve yazma gibi başka yollarla da kullanılabilir.

Konuşma dilin motor üretim boyutunu içermektedir ve bireylerin kendilerini sözel olarak ifade edebilmesinin temelini oluşturmaktır. İnsanın hayatı boyunca edindiği bilgi, görüş ve düşüncelerini karşısındakine sözlü olarak aktarması konuşmayı tanımlamaktadır (12).

Yapılan tanımlar doğrultusunda iletişimin amaç, dilin bu amacı gerçekleştirmek için geliştirilen bir araç, konuşmanın ise eylem olduğu söylenebilir (13).

2.2. Konuşma Bozuklukları

İnsanların iletişim kurmasının en yaygın yolu konuşmadır (14). Konuşma, kişinin ihtiyaçlarını, isteklerini, düşüncelerini ve fikirlerini ifade edebilmek, kelimeler ve cümleler üretmek için sesi kullanma becerisidir.

Dilin sözel üretimi olan konuşma, bir takım motor aktivitelerden oluşmaktadır (15). Dil, dudak, diş, çene, yumuşak damak, sert damak ve vokal yolun tam olarak koordine kas hareketlerinin sonucunda anlamlı ses veya sesler üretilir. Bu sistemde oluşacak bir aksama sonucu konuşmanın akışının ve niteliğinin bozulmasına ise konuşma bozukluğu denir (16).

Konuşma bozukluklarında teşhis, bireyin sadece konuşma becerilerinin gelişimiyle sınırlı kalmamaktadır. Aynı zamanda genetik, biyolojik, sosyo-ekonomik, kültürel ve dilsel koşullar göz önüne alınarak gelişimsel alanların da değerlendirilmesini gerektiren karmaşık bir süreçtir (17). Dolayısıyla birçok bireyde konuşma bozukluklarının nedenlerini belirlemek oldukça zordur. Konuşma bozuklukları bireylerde görülen tek problem olabildiği gibi diğer bozukluklarla (hiperaktivite, otizm) birlikte de görülebilmektedir. İkincil problemin eşlik ettiği durumlarda nedenler bu gibi özel koşullar açısından tanımlanmaktadır (18).

Konuşma bozukluklarını Amerika Dil, Konuşma ve İşitme Derneği (ASHA) sesletim (artikülasyon) bozukluğu, akıcılık bozukluğu ve ses bozukluğu olmak üzere 3 grupta toplanmaktadır (19).

2.2.1. Akıcılık Bozuklukları

Akıcılık bozuklukları, konuşmanın akıcılığı veya ritmi ile ilgilidir. ASHA (1999)'ya göre kekemelik ve takifemi konuşmanın akıcılık bozuklukları kategorisinde yer almaktadır (14).

2.2.1.1. Kekemelik

Kekemelik, genel olarak, konuşmanın doğal akışının bir biçimde kesintiye uğramasıdır (20). Bu kesintiler, konuşmanın ritmik akışını bozan seslerin, hecelerin,

kelimelerin kontrol edilemeyecek sıklıkta tekrarlanması, uzaması veya istemsiz duraksamaların oluşmasıyla kendini göstermektedir.

Maguire, Yeh ve Ito'ya göre çok faktörlü bir konuşma bozukluğu olan kekemelik, normalden fazla tekrarlanan ya da uzayan sesler, heceler, söz öbekleri veya bloklar şeklinde ortaya çıkmaktadır (21). Prasse ve Kıkano ya göre kekemelik, sözel ifadedeki istemsiz disfonksiyonlardır. Genellikle seslerin, hecelerin, kelimelerin tekrarı veya sesler ve kelimeler arasındaki uzun süreli duraklamalar şeklinde tezahür etmektedir (22).

Kekemelik, ASHA'ya (2004) göre konuşma sırasında meydana gelen tekrarlar, uzatmalar veya bloklardan daha fazlasıdır. Konuşmada akıcılığın bozulduğu anlarda gergin hale gelen vücut anormal fiziksel ve duygusal tepkiler verebilir (18).

Weis'e göre kekemelik, bir dil probleminden ziyade konuşma üretimi ile ilgili bir problemi yansıtmaktadır. Weis, kekemeliği "kekeleyen çocuklar söylemek istediklerini biliyorlar, ama bunu söylerken problem yaşıyorlar" şeklinde nitelendirmektedir. Ayrıca kekeleyen pek çok çocuk, akıcısızlık anlarında ortak davranışlar sergilemektedir. Bu davranışlar genellikle baş, yüz ve boynun tekrarlayan hareketini içerir (23).

Konuşmacının şiddetli kekemelik anlarına eşlik eden, belirli bir engeli sona erdirmek veya gelişebilecek bloklardan kaçınmak için geliştirdiği davranışlara *ikincil davranışlar* denmektedir. Bu davranışlar, kekemeliğin artan şiddetini en aza indirmeyi amaçlamaktadır. Başlangıçta tesadüfi olarak gelişen ikincil davranışlar, ilerleyen zamanlarda öğrenilmiş örüntülere dönüşür. Araştırmalar bu tip davranışların daha çok okul dönemi çocuklar ve yetişkinlerde yaygın olduğunu göstermektedir (22).

Onslow yapılan tanımların kekemeliğin gözlenebilir davranışsal özellikleri üzerinde durduğuna dikkat çekmektedir. Onslow kekemeliği; davranışsal tanımların yanı sıra konuşmacının kendi deneyimlerini içeren, içsel ve dinleyicinin konuşmacı üzerindeki deneyimlerini içeren, algısal yönleriyle de ele almaktadır (24).

En güncel tanımlarından biride Smith ve Weber (2017)'e aittir. Araştırmacılar kekemeliği "*Konuşmanın ileri doğru akışında yaşanan, istemsiz kesintiler ya da*

aksaklıkların oluşturduğu nörogelişimsel ve koordinasyonel bozukluk." şeklinde tanımlamaktadır (25).

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından düzenlenen Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Beşinci Baskı) [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)] kekemelik tanı ölçütlerine kaygı ve kaçınma davranışlarını da ekleyerek, çocukluk dönemi başlangıçlı akıcılık bozukluğunu aşağıdaki 4 başlıkta tanımlamaktadır (18).

1. Konuşmacıda (yaş ve dil becerileriyle uygun olmayan), aşağıdaki davranışlardan bir veya daha fazlasının sık ve belirgin bir şekilde görülmesiyle karakterizedir:

a. Ses ve hece tekrarları (kısmi kelime tekrarları) (Be - be - bebek),

b. Ses uzatmaları (B>>>>bazen),

c. Parçalanmış kelimeler (Örneğin; kelime içinde duraklama),

d. Sesli veya sessiz bloklar (konuşmada doldurulmuş veya doldurulmamış duraklamalar) (/konuşma yok/ Bebek uyuyor.),

e. Cümle revizyonları (sorunlu bir kelimeyi kullanmamak için dolambaçlı yollardan başka bir kelimenin kullanmasıyla oluşan dilsel kaçınma davranışları),

f. Aşırı fiziksel gerilim veya mücadele ile üretilen kelimeler,

g. Tek heceli tüm kelime tekrarları ("Ben-ben-ben uyuyorum.")

2. Konuşma akıcılığındaki bozukluk; etkili iletişimde, sosyal katılımda, akademik ya da mesleki başarıda endişeye neden olmaktadır.

3. Semptomların başlangıcı genellikle erken gelişim döneminde görülmektedir.

4. Konuşma akıcılığındaki bozukluk; konuşma-motor veya duyusal eksiklikler, nörolojik hasarlar (örneğin; felç, tümör, travma) ya da başka bir tıbbi durum sonucu gelişmiş olamaz ve herhangi bir mental bozuklukla açıklanamaz.

Literatüre bakıldığında kekemeliğin uluslararası tanı kriterlerinin farklılık gösterdiği görülmektedir. Guitar (26) bu durumu, kekemeliğin karmaşık ve çok yönlü etkenleri içerisinde barındırıyor olmasıyla açıklamaktadır.

Kekemeliğin Nedenleri

Uzun yıllar boyunca kekemeliğin temelleri hakkında birçok araştırma yapılmıştır. İlgili literatür incelendiğinde, bu araştırmalar sonucu elde edilen büyük bilgi depolarının bütünleştirilememesi sebebiyle sıkça; "*Kekemeliğin kesin nedeni hala bilinmemektedir*" (27), "*Kekemeliğin gerçek nedeni bilinmemektedir*" (28) gibi cümlelerle karşılaşmaktayız.

19. yüzyılda dil yapısından kaynaklanan fizyolojik nedenlerle ortaya çıktığı düşünülen kekemelik; 20. yüzyılda psikojenik nedenlerle, devam eden yıllarda ise davranışsal ve biyolojik nedenlerle açıklanmaya çalışılmıştır (29).

Günümüz çalışmaları ise psikolojik arka planın önemini kabul etmekle birlikte, kekemeliğin ortaya çıkmasına katkıda bulunan bazı genetik ve nörofizyolojik faktörler üzerinde durmaktadır.

Birçok çalışma kekemelik etiyolojisinde güçlü genetik etkiler bulmuştur. Öyle ki ailesinde kekemelik geçmişi olan çocukların olmayan akranlarına göre kekemelik riski %40 ila %60 arasında değişmektedir (30). Yapılan ikiz çalışmaları sonucunda Howel kekemeliğin %70-85 inin genetik, %15-30 unun çevresel faktörlerden etkilendiğini savunmaktadır (31). Bununla birlikte kekeme bireylerde erken iyileşme ve kalıcılık kalıtsal özellikler göstermektedir (32). Ancak kalıtımın hangi kromozomlar üzerinden hangi iletim metoduyla gerçekleştiğiyle ilgili bulgular belirsizdir (33).

Kekemeliğin altta yatan nedenleri ile ilişkisi dikkat çeken bir başka faktör ise nörofizyolojidir (34). Teknolojiyle birlikte gelişen beyin görüntüleme cihazları bu alandaki çalışmalara hız kazandırmıştır. Araştırma sonuçları kekeme bireylerde hem nöroanatomik hem de nörofizyolojik farklılıklara dikkat çekmektedir. Çalışmalar; gri ve beyaz madde farklılıklarını (35), sinir ağı bağlantı farklılıklarını (36), hemisferik fonksiyonların atipik lateralizasyonunu (37), beyaz madde bağlantılarında tutarlı anormallikleri göstermektedir (38). Ancak, bu farklılıkların kekemeliğin gelişimi üzerindeki etkisini takip etmek, tedavi geliştirmek ve başarı sağlandığı takdirde akıcısızlıkların geri dönüşümlü olup olmayacağını belirlemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (39).

Kekemeliğin Nedenlerine İlişkin Kuramlar

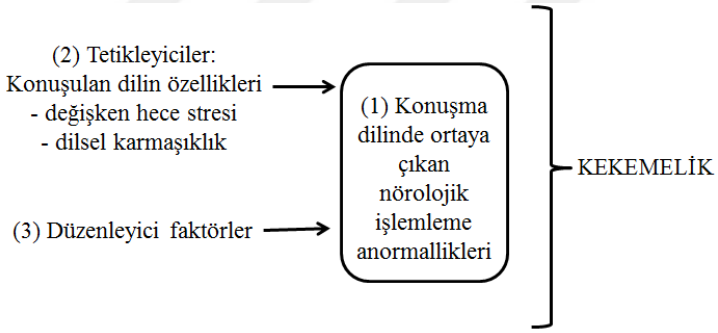
Her ne kadar kekemeliğin mekanizması çözülememiş olsa da birçok kuramla açıklanmaya çalışılmıştır. Kekemeliğin nedeni ve gelişimi hakkındaki fikirlerin tarihi, bilgi tabanı ve teknolojinin gelişmesiyle birçok değişime maruz kalmıştır. Kekemeliğin ortaya çıkmasındaki nedenleri araştıran ilgili literatürde genel kabul görmüş üç kuram bulunmaktadır. Bunlar; organik, psikolojik ve davranışsal nedenlerin şekillendirdiği kuramlardır (40). Kimi kuramlar kekemelik semptomlarını kapsayıcı olsa da tek başlarına kekemeliğin nedenini açıklamakta yetersiz kalmışlardır.

Yeni çalışmalarda kekemelik; genetik, nörolojik, duyu-motor, mizaç, bilişsel, aile dinamikleri, çevresel etkenleri içeren daha kompleks kuramlarla açıklanmaya çalışılmaktadır (41). Dolayısıyla pek çok yeni kuram çok faktörlüdür. Bu modellerden araştırmalara en fazla konu olanlar; Talepler ve Kapasiteler Modeli ve Dinamik Multifaktoriyel Modeldir (42).

Talepler ve Kapasiteler Modeline göre kekemelik, çevrenin, gelişmekte olan birey üzerindeki etkisine dikkat çekmektedir. Akıcısızlık; çevresel faktörlerin, çocuğun konuşma kapasitesini aşması durumunda meydana gelmektedir (43). Benzer şekilde Dinamik Multifaktoriyel Modele göre kekemelik, birçok faktörün doğrusal olmayan etkileşiminden ortaya çıkmaktadır. Tek bir faktör kekemeliğin "nedeni" olarak tanımlanamaz (9).

Kekemeliği entegre yaklaşımlarla açıklayan güncel kuram ve uygulamalardan biri de Packman ve Attanasio' nun (42) geliştirdiği 3 faktörlü modeldir. Bu model kekemeliğin başlangıcından ziyade kekemelik anlarının neden oluştuğunu anlamayı hedef almaktadır. Model, kekemeliğe zemin hazırlayan faktörleri 3 başlıkta toplamaktadır;

1. Gerekli koşul (Bozulmuş nöral süreci temsil etmektedir.)
2. Tetikleyiciler (Dilin özelliklerini temsil etmektedir.)
3. Düzenleyiciler (Bireye özgü fizyolojik ve bilişsel özellikleri temsil etmektedir.)



Şekil 2.1. Packman ve Attanasio'nun 3 faktör modeli (42).

Packman ve Attanasio Modeline göre kekemelik için gerekli koşul nörolojik işlemlemede anormalliğin olmasıdır. Kekemelik anlarını ise konuşulan dilin özellikleri tetiklemektedir. Packman ve Attanasio modeli, bu tetikleyicilerin konuşulan dilin belirli içsel özelliklerinden oluştuğunu öne sürmektedir. Gerekli koşulun sağlanması ve tetikleyici unsurun olması kekemelik anı için yeterli koşulu sağlamaktadır. Modeldeki 3. faktör olan 'düzenleyici' unsurlar ise kekeme bireyler arasındaki kekemelik değişkenlerini açıklamaktadır. Bu modelde, düzenleyici faktörler her birey için benzersizdir. Düzenleyici faktörler, bireysel deneyimlerden (örneğin, çocuklukta alay edilme), kaygıdan, olumsuz değerlendirme korkusundan, kekemeliğin şiddetinden etkilenecektir ve bunların hepsi duygusal tepkide bireysel farklılıklar oluşturacaktır (42).

Kekemeliğin Görülme Sıklığı, Yaygınlığı ve Cinsiyet

Kekemelik tüm sosyal, ekonomik, kültürel ve etnik gruplarda görülmektedir. Farklı kültürler üzerinde yapılan araştırmalarda kekemeliğin sıklık ve yaygınlık oranları benzerlik gösterse de ırk ve etnisitenin kekemelik üzerindeki etkisi belirsizliğini korumaktadır (44). Günümüze kadar yapılan çalışmaların bulguları göz önüne alındığında en çok kabul edilen kekemelik sıklığı yaklaşık %4-5 seviyesindeyken, yaygınlığın %1 seviyesinde olduğu kabul edilmektedir (45). Okul öncesi dönem kekeme çocuklarda ise daha yüksek sıklık ve yaygınlık oranları kaydedilmiştir. Yapılan çalışmalar en yüksek sıklığın %8,5 oranında (46), 3 yaş ve %11 oranıyla 4 yaşları arasında olduğunu göstermektedir (47).

Okul öncesi dönemde erkek-kız çocuklar arasındaki kekemelik oranı yaklaşık 2: 1 dir (48). Erkek çocuklarda iyileşme olasılığı kızlara göre daha düşük olduğu için bu fark zamanla daha belirgin bir hal alarak okul çağında (erkek-kız arasındaki kekemelik oranı 3: 1 ya da daha büyük) daha büyük oranlarda seyretmektedir (49).

Okul öncesi dönem kekeme çocukların yaygınlık oranları ise %0,9 ile %5,6 arasında değişmektedir (49). Boyle ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı çalışmada, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention) aracılığıyla toplanan verilere göre 3-10 yaş grubundaki çocuklarda gözlenen yaygınlık, 11-17 yaş grubundakilere göre daha yüksek oranlarda seyretmektedir. Yaygınlık, iyileşme nedeniyle, incelenen grubun yaşları arttıkça daha düşük oranda değerler almaktadır (50).

Kekemeliğin Başlangıcı ve Gelişimi

Kekemeliğin başlangıcı genel olarak yaşamın ilk yıllarında, daha şiddetli akıcısızlıklarla karşımıza çıkmaktadır. İlerleyen yıllarda şiddeti hafiflese de bozukluğun tipi ve ortaya çıkış yeri değişimler göstermektedir. Bu bağlamda bazı çalışmalar kekemeliği, yaşam boyu gelişim perspektifinden ele almaktadır (2).

İlgili araştırmalar, kekemeliğin başlangıcı ve gelişimini birçok farklı şekilde evre ya da alt sınıflara ayırarak anlamaya çalışmaktadır. Çalışmalardan bazıları kekemeliği, seyrine göre alt sınıflara ayırırken (51) bazıları bireylerin yaşlarına göre

değişimlerini temel almakta (2, 52), bazıları da ortaya çıkma nedenlerine göre alt sınıflara ayırmaktadır (22).

Peters (2) ortaya çıkış zamanını temel alarak kekemeliği, davranışsal veya psikolojik olarak değiştiği noktalarda sınıflandırmayı önermektedir. Beş aşamadan oluşan fazlar aşağıdaki gibidir:

Faz 1: Okulöncesi Dönem (2-6 yaşları arası)

Faz 2: İlkokul Yılları (6-12 yaşları arası)

Faz 3: Geç Çocukluk ve Erken Ergenlik Dönemi (12-17 yaşları arası)

Faz 4: Geç Ergenlik ve Erken Yetişkinlik (18-30 yaşları arası)

Faz 5: Olgunluk (30 yaş ve üzeri)

Okul öncesi dönem Faz 1 olarak sınıflandırılmıştır. Kekeleyen çocukların yaklaşık %75'inden fazlasında kekemelik başlangıcı Faz 1 de görülmektedir. Diğer fazlarda başlangıcı bildirilen vaka sayısı oldukça azdır (32).

Okul öncesi yıllarda çocukların dil gelişiminde olağanüstü bir gelişme yaşanır. Çocuklarda gelişen kelime dağarcığıyla birlikte iki kelimeli basit söz dizininden oluşan cümleler uzayıp karmaşıklaşarak yetişkin formunu almaya başlar (2). Dil ve fonolojik becerilerinde karmaşık ve önemli değişimlerin meydana geldiği bu dönem ile kekemeliğin başlangıcı paralel gelişmektedir. Bu durum dil edinim sürecinin kekemelik üzerinde etkili faktörlerden biri olabileceğini düşündürmektedir (3).

Bu dönemdeki çocuklarda dil edinim süreci ile üretim becerileri aynı paralellikte gelişme göstermeyebilir. Semantik gelişimin unsurlarından, ‘ *kelime dağarcığı’* ile ‘*kelime bulma-geri getirme’* birbirinden faklı becerilerdir. Araştırmalar bu iki faktörün kekemeliği olan çocuklarda önemli olduğunu rapor etmektedir. Peters ve Starkweather (2) göre, ileri düzeydeki dilsel bilgi bireyin motor üretim kapasitesini baskılayabilmektedir.

Okul öncesi dönemi temsil eden Faz 1 sınıfındaki kekeme bireyler belirli noktalarda diğer fazlardaki kekeme bireylerden farklılaşmaktadır. Araştırmalar okul

öncesi dönemde kekemeliği olan çocukların daha çok işlevsel kelimelerde (53), kelime içlerinde ve hece tekrarları şeklinde akıcısızlıklar sergilediklerini rapor etmektedir (54).

Kekemeliğin başlangıcının, genellikle fiziksel veya duygusal travma ile ilişkili olduğu düşünülmemektedir (55). Fiziksel veya duygusal travmaların daha çok faz 2 olarak belirtilen okul dönemindeki kekeme çocuklarda etken olduğu bildirilmektedir (2).

Kekemeliğin başlangıcı uzun yıllar yavaş seyirli, kademeli artışlar şeklinde bildirilse de son çalışmalar, özellikle ebeveynler tarafından, ani başlangıçlı örüntüler şeklinde rapor edilmektedir. Yairi ve Ambrose (3), ani başlangıçlı kekemelik vakalarının yaklaşık %40 oranında olduğunu belirtmektedir.

Kız çocukları göz önüne alındığında kekemelik, erkek çocuklarında 2 ila 5 kat daha fazla görülmektedir ve genellikle daha geç başlangıçlıdır (32). Yairi ve meslektaşlarına (56) göre erkekler, kızlara göre az bir farkla daha sonra kekelemeye başlamaktadır. Bu durum erkeklerin daha yavaş gelişen dil ve fonolojik gelişimleri ile ilişkilendirilebilir.

Kekemeliği olan okul öncesi çocukların yaklaşık %75'i iki yıl içinde terapi almadan kendiliğinden iyileşebilmektedir (57). Bu özelliğiyle okul öncesi dönemdeki kekeme bireyler, yetişkin dönemdeki kekeme bireylerden belirgin bir şekilde farklılaşmaktadır. Erken dönemde meydana gelen bu bozukluk kimi çocuklarda belirti bırakmadan kaybolsa da kimi çocuklarda kalıcı etkiler bırakarak kronikleşmektedir. Kekemeliğin kronikleşmesinde; ailede kekemelik hikâyesinin varlığı, kekemeliğin 6 aydan fazla şiddetlenerek devam ediyor olması, ikincil davranışların görülmesi, çocuğun problemin farkında olması ve başka konuşma bozukluklarının eşlik ediyor olması gibi faktörler rol oynamaktadır (58).

Kekemeliğin Tanımlanması ve Değerlendirilmesi

Yaşları 3 ila 7 arasında değişmekte olan, normal dil gelişim sürecindeki çocuklarda normal akıcısızlık görülebilmektedir. İletişim ve dil becerilerinin gelişimini sürdürdüğü bu dönemde normal akıcısızlıkların yaşanması doğal bir

süreçtir ve çocukların dil gelişimleri ilerledikçe akıcısızlıklar kendiliğinden kaybolmaktadır (59). Bu noktada kekemelik ve normal akıcısızlıkların ayırt edilmesi kritik öneme sahiptir.

Kekemelik ve normal akıcısızlıkları ayıran faktörlerden bazıları; akıcısızlık davranışlarının altı ila on iki aydan daha uzun süre devam ediyor olması, akıcısızlık anlarına fiziksel gerginlik veya ikincil hareketlerin eşlik etmesi, ailede kekemelik geçmişi olması ve ebeveynlerin endişeleridir (60). Kekemeliği, normal akıcısız konuşmadan ayıran en önemli özellik ise akıcısızlıkların sıklığıdır (61). Araştırmalar kekeme çocukların daha çok kelime içi tekrarlar yaptıklarını bildirmekle beraber, 100 kelimelik konuşma içerisinde 3 veya daha fazla kelime içi akıcısızlık sergilediklerini rapor etmektedir. Bu doğrultuda Kulak Kayıkçı (62), bu çocukların kekeme ya da kekemelik için risk altında olabileceklerini belirtmektedir. Kekemeliği, normal akıcısız konuşmadan ayıran bir başka faktör ise uzatma ve blokların normal akıcısızlıkta neredeyse hiç görülmemesidir (63).

Okul öncesi dönemdeki çocuklarda kekemeliği tanılayabilecek Türk diline adapte edilmiş objektif bir değerlendirme aracı bulunmamaktadır. Değerlendirme klinisyenin yaklaşımına bağlıdır (64).

Değerlendirmede akıcısızlıkları ve ikincil davranışları analiz edebilmek için vakadan konuşma örneği alınır. Konuşma örnekleri kekemeliği tanılamanın yanı sıra kekemelik sıklığını ölçmek ve uygun terapi programı çizmek için oldukça önem taşır. Yetişkinlerden farklı olarak okul öncesi dönemdeki çocukların değerlendirilme ortamları çocuğun ihtiyaçları doğrultusunda daha esnek olmalıdır. Konuşma örneği, belirli bir konu çerçevesinde olup günlük konuşmayı iyi temsil etmelidir. Video kayıtları, konuşma analizlerinin yanı sıra terapi süresince gelişimlerin takip edilmesi hususunda önem taşımaktadır (43).

Değerlendirme sonrasında kekemelik şiddeti, klinisyenin tercihine bağlı olarak konuşmadaki toplam hece sayısı ya da kelime sayısı olarak ölçülebilir (65).

O'Brian ve arkadaşlarına (66) göre hece yüzdesi ölçümü hem klinik hem de bilimsel alanda geniş kullanıma sahiptir. Çünkü kelimeler farklı uzunluktadırlar ve çok heceli kelimelerde birden fazla hecede akıcısızlık yapma olasılığı daha yüksektir.

Ayrıca, Türkçede konuşmanın ritmi hecelerde oluşmaktadır. Bu nedenle hızlı konuşma sırasında heceleri saymak daha kolaydır (67).

2.3. Gelişim ve Gelişimle İlgili Temel Kavramlar

Gelişim, bireyin doğumundan yetişkinliğine kadar olan yaşamı için ihtiyaç duyduğu fiziksel, entelektüel, sosyal ve duygusal alanlarındaki değişiklikleri ifade etmektedir. Yaşamın ilk birkaç yılı boyunca fiziksel büyüme ve öğrenme deneyimleri yoluyla, çocuk dünyaya aktif olarak katılmayı öğrenir.

"*Koşmadan önce yürü, yürümeden önce emekle!"*

Erken dönem gelişim aşamaları söz konusu olduğunda bu ifade kesinlikle doğrudur (68). Araştırmalar aynı yaştaki çocukların benzer gelişim süreçlerinden geçtiklerini göstermektedir. Ayrıca bu süreçlerin her biri birbirine bağlı ve etkileşim halindedir. Sırasıyla adım adım gerçekleşen bu sürecin her bir basamağına '*gelişimsel kilometre taşları*' denmektedir. Gelişim basamaklarının birinde kazanılamayan becerinin telafisi mümkün olmayan sonuçlar doğurabilmektedir (69). Bununla birlikte çalışmalar gelişimin bir alanında problem yaşayan bireylerin genellikle diğer gelişim alanlarında da anormalliklere sahip olduklarını ortaya koymaktadır. Bir gelişim alanında mevcut olan bir gerilik diğer alanları da etkileyebilmektedir (70).

Dreyfus (71) gelişimi, art arda görülen düzenli bir süreç olarak tanımlamaktadır. Bu süreçte birey, mevcut genetik faktörlere ek olarak çevresel etmenlerin de etkisi altında giderek özelleşen gelişim yolunu izlemektedir (71).

Gelişim dönemleri temelde prenatal (doğum öncesi) ve postnatal (doğum sonrası) olmak üzere iki başlıkta incelenmektedir. Postnatal dönem ise; 0-4 haftayı kapsayan '*yeni doğan bebek'*, 4 hafta-2 yılı kapsayan '*bebeklik*', 2-6 yılı kapsayan '*ilk çocukluk/ okul öncesi'*, 6-11 yılı kapsayan (kızlarda) 6-13 yıl (erkeklerde) '*son çocukluk*', 11-20 yıl '*ergenlik*' olmak üzere 5 grupta değerlendirilmektedir (5).

2.3.1. Gelişim Alanları

Çocuklar doğumdan itibaren hayatları boyunca büyür, gelişir ve öğrenirler. Araştırmacılar çocukların gelişimini anlamak için nasıl oyun oynadıklarını, öğrendiklerini, konuştuklarını ve nasıl davrandıklarını gözlemlemişlerdir. Bu amaçla gelişim alanları yaygın olarak; bilişsel, sosyal-duyusal, dil ve motor beceriler olmak üzere dört başlıkta incelenmektedir (72).

2.3.1.1. Bilişsel Gelişim ve Okul Öncesi Dönemi Gelişim Özellikleri

Bilişsel gelişim, bireyin, çocukluktan yetişkinliğe kadar olan döneminde hatırlama, problem çözme ve karar verme gibi düşünce süreçlerinin inşasıdır (72).

Birey, bebeklik döneminden itibaren algı ve düşünme becerilerini geliştirmek için etraflarındaki bilgileri toplamakta, sıralamakta ve işlemektedir. Günümüze kadar pek çok kuramcı, bilişsel gelişimi sınıflandırarak anlamaya çalışmıştır. Çocuk gelişimine temel teşkil eden kuramlardan biri Jean Piaget'e aittir. Piaget kuramı bilişsel gelişimin, dört farklı evreyi takip ederek meydana geldiğini savunmaktadır. Her bir evre giderek daha karmaşık ve soyut düşünce düzeylerinden oluşmaktadır (73).

1. Duyusal Motor Aşama (0-2 Yaş)
2. İşlem Öncesi Aşama (2-6 Yaş)
3. Somut İşlemler Aşaması (6-11 Yaş)
4. Soyut İşlemler Aşaması (11-16 Yaş)

Duyusal Motor aşamada değerlendirilen bebekler, dış dünyayı kavrayabilmek için motor becerilerini kullanmaktadırlar. Piaget'e göre bebeklerin doğuştan gelen bazı refleksleri vardır. Emme, yakalama gibi temel reflekslerden oluşan bu beceriler zamanla amacı olan hareketlere dönüşmektedir. Ayrıca bu aşamada bebekler, nesneleri adlandırma becerisine temel hazırlayacak olan nesne kalıcılığı becerisini geliştirirler. Bu beceri dil gelişimi içi önemli bir basamaktır. Piaget, dil gelişiminin temelini sembol kullanma becerisiyle ilişkilendirmektedir (74).

Okul öncesi dönemdeki çocukların bilişsel becerileri ise *işlem öncesi* aşamada ele alınmaktadır. Bu aşama, gelişim basamaklarına göre kendi içinde iki ayrı alt aşamaya ayrılmaktadır.

İlk alt aşama, 2 ve 4 yaşları arasında gelişen *Sembolik* becerilerin kazanılmasıdır. Sembolik aşamadaki çocuklar, hemen önlerinde olmayıp zihinlerinde olan nesneleri hatırlama, anlama ve çoğaltma becerisine hâkim olurlar. Başka bir deyişle, çocuklar daha sonra kullanmak için nesnelerin zihinsel imgelerini oluşturabilir ve akıllarında saklayabilirler (75).

Çocukların hayal güçlerini ve hafıza becerilerini kullanmaya başladıkları bu aşamada ayrıca sosyal etkileşim becerileri de gelişmeye başlar. Çocuklar kendi yaşıtlarıyla işbirliği içinde oynarlar ancak bu etkileşim benmerkezcidir. Benmerkezcilik burada 'kendini düşünme' anlamında kullanılmamaktadır. Benmerkezcilik, çocuğun dış dünyaya sadece kendi açısından bakması, farklı görüşlerin olabileceğini henüz keşfetmemiş olmasıdır. Bu durum iletişim becerilerinde de kendini göstermektedir. Örneğin benmerkezci etkileşimlerde çocuklar, ilgilerini ortak bir nesneye yöneltseler de aslında kendi kurallarına göre şekillendirdikleri faklı oyunları oynamaktadırlar (76).

İkinci alt aşama, 4–7 yaşları arası gelişen *Sezgisel* becerilerin kazanılmasıdır. Bu alt aşamada düşünme ve problem çözme mekanizmalarına sezgiler hâkimdir.

Sezgisel aşamanın bir başka kazanımı ise ikili ilişkileri kavramaktır. Çocuk bir önceki basamakta kazandığı sembolik becerilerin yanında nesnenin kendisini de anlamaktadır. Ancak mantıksal düşünme becerileri henüz gelişmediğinden nesneler üzerindeki gözlemleri sınırlıdır. Genellikle nesnenin en belirgin özelliğine odaklanmışlardır (77).

Mantıksal düşünme becerileri ancak 6-11 yaşlarında *Somut İşlemler* aşamasında ön plana çıkmaktadır. Çocuk mantığını somut nesne ya da olaylar üzerine kurgulamaktadır (77).

Ergenlik dönemiyle başlayan *Somut İşlemler* aşamasında bilişsel gelişim becerileri yetişkin benzeri yapıya ulaşmaktadır. Bu dönemde ön plana çıkan

beceriler; soyut kavramları anlama ve kullanma, benlik kavramı geliştirme ve akıl yürütebilmedir (69).

2.3.1.2. Motor Gelişimi ve Okul Öncesi Dönemi Gelişim Özellikleri

Motor gelişim, bireyin hareket becerilerinin gelişim sürecini ifade etmektedir. Doğum öncesinde başlayan bu gelişimin yönü baştan ayağa, içten dışa, kaba hareketlerden ince motor hareketlere doğru gerçekleşmektedir (78).

Kaba motor beceriler yaşamın ilk yıllarında bebeğin başını ve boynunu, ardından gövdesini ve sonunda kollarını ve bacaklarını kontrol etmesi için büyük kas gruplarının kullanımını gerektirmektedir. Kaba motor becerilerinin gelişimiyle oturma, emekleme ve yürüme gerçekleşmektedir (79).

Yürüme becerisinin kazanılmasıyla, çocuğun motor gelişimi yoğun bir evreye girmektedir. 3-4 yaşları arasında; geri geri yürüme, ani dönme, koşma, merdiven tırmanma, üç tekerlekli bisiklete binme becerileri kazanılmaktadır. 4-5 yaşlarında çocuklar; tırmanma, sıçrama, takla atma, ayakları bitiştirerek zıplama, ip atlama, düz yürüme, top atıp tutma becerilerine hâkim olmakta ve müzik aleti çalma becerisini de geliştirebilmektedir. 5-6 yaşlarında ise denge etkinlikleri, müzikteki ritim ve tempo gelişimi ön plana çıkmaktadır. 6 yaş sonrası dönemlerde motor gelişim giderek yavaşlamaktadır (76).

İnce motor becerileri, el ve parmaklardaki küçük kas gruplarını kullanarak küçük nesnelerin toplanması ve daha sonra beslenme ve giyinme gibi becerilerin gelişmesini içermektedir. Fazla kas gücü gerektirmeyen bu hareketler kaba motor becerileri üzerine kurulmuş fiziksel aktivitelerdir (80).

İnce motor beceriler 2-3 yaşları arasında etkinleşir. 3-4 yaşlarında çocuklar; fermuarlar ve çıtçıtlar gibi giysi tutturucuları manipüle etme, giyinme ve soyunmada bağımsızlık kazanma, kapı kolları açma, makas tutma, çatal ve kaşık kullanma becerilerini geliştirmektedir. 4-5 yaşları arasında ise artık kendi başlarına düğmelerini açabilirler. Sanatsal yetenekleri gelişir ve basit çubuk figürleri çizebilir ve daire, kare ve büyük harf gibi şekilleri kopyalayabilirler (80).

2.3.1.3. Sosyal-Duygusal Gelişim ve Okul Öncesi Dönemi Gelişim Özellikleri

Sosyal gelişim, çocukların, çevreleriyle etkileşim kurma ve içinde yer aldıkları grubun kuralları doğrultusunda kendi davranışlarını düzenleme becerilerini içermektedir. Bu süreçte çocuk çevreyi benimsemeli ve uyum sağlamalıdır (81).

Yates sosyal gelişimi, '*çocuğun, ailesi ve akranlarıyla yakın ve güvenli ilişkiler kurmak amacıyla geliştirmiş olduğu beceriler'* olarak tanımlamaktadır (82).

Çocukların ev dışındaki insanlarla sosyal ilişkileri, 2-6 yaşları arasında gelişmeye başlamaktadır. Bu dönemde çocuk daha çok yaşıtlarıyla grup halinde oyunlar oynayarak uyum ve işbirliği becerilerini geliştirmektedir. Ayrıca kreş gibi kapsamlı destek sosyal ağlar çocuklara sosyal farkındalıklarını ve becerilerini geliştirmeleri için fırsatlar sunacaktır. Yavuzel'e göre çocukların sosyal becerilerini etkileyen etmenler şöyledir;

1. Sosyal kabul arzusu içinde olmak,
2. Davranışını geliştirmek için gerekli bilgiye sahip olmak,
3. Davranış ve sosyal kabul arasındaki ilişkiyi anlayabilecek mental yeteneğe sahip olmak.

Duygusal gelişim bireyin sosyal ve kültürel açıdan deneyimlediği duyguları; uygun şekilde ifade etme, diğer insanların duygularını doğru bir şekilde yorumlama ve bazı duyguların tetikleyicilerini ve sonuçlarını anlama yeteneğidir (82).

Duygusal gelişim, yaşamın ilk beş yılında daha karmaşık duyguların ifade edilmesi ve başkalarının duygularını anlama, tanımlama, empati kurma becerilerinin gelişimiyle değişime uğramaktadır. Bu nedenle, okul öncesi çocuklar kendi duygularını ifade edebildikleri gibi başkalarının duygusal durumlarını ayırt edebilmekte ve akıcı bir şekilde duygular hakkında sohbet edebilmektedirler (83).

Sosyal gelişim, bilişsel ve duygusal gelişimle yakından ilişkilidir. Okul öncesi dönemde bu alanda kazanılan davranışlar, ilerleyen dönemlerde diğer insanlarla

ilişkilerin geliştirilmesine, stresli durumlar ve duygularla başa çıkmaya temel oluşturmaktadır (83).

2.3.1.4. Dil Gelişimi ve Okul Öncesi Dönemi Genel Özellikleri

Dil becerisi; kendini ifade etme, duyguları iletme ve düşünce sürecinde belirli bilginin anlamlı kavramlara dönüştürülmesine aracılık etme özelliğiyle gelişimin en önemli alanlarından biri olarak görülmüştür (84).

Çocuklar dil becerilerinin gelişimini destekleyen bir dizi bilişsel yetenekle doğar. Bunlar arasında algısal beceriler, hafıza becerileri, dikkati odaklama becerisi, nesnelerin ve eylemlerin temsillerini yaratma ve manipüle etme gibi diğer akıl yürütme yetenekleri vardır (85). Bu yetenekler bir araya gelerek çocukların dil kurallarını yerine getirmelerine, yeni sözcüklerin anlamlarını belirlemelerine ve sosyal durumların taleplerini ve başkalarının görüşlerini anlamalarına yardımcı olmaktadır (86).

Dil sistemi, etkili anlama ve iletişim için önemli olan bir dizi alt bileşenden oluşmaktadır. Bunlar kelime dağarcığı (kelime bilgisi), sözdizimi (kelimeleri kelime öbekleri ve cümleler haline getirme kuralları), morfoloji (kelimelerin içyapılarını ilgilendiren kurallar), fonoloji (kelimeleri oluşturan sesler ve sesleri birleştiren kurallar) ve pragmatiktir (sosyal hayatta kullanım kuralları). Bu alt bileşenler dinamik ve gelişimsel bir şekilde birlikte çalışarak çocukların dil becerilerini geliştirmelerini sağlamaktadır (87).

Dil gelişiminin ilk dönemlerine *alıcı dil* becerileri hâkimdir. Alıcı dil, dinleme yoluyla gelişen anlama ya da kavrama becerisini ifade etmektedir. Bu dönemde bebekler esas olarak, etrafındaki dilin ses özelliklerini anlamaya ve ayırt etmeye çalışmaktadır (88).

Birinci yılın sonunda ilk anlamlı kelimeler kullanılmaya başlandığında dil gelişiminin diğer boyutu olan *ifade edici dil* becerileri gelişmeye başlar. İfade edici dil, duygu ve düşüncelerin dil aracılığıyla ifade edilmesidir (89). Araştırmalar yaşamın ilk yıllarında alıcı dilin ifade edici dilden önce gelişerek ifade edici dile

temel oluşturduğunu ancak okul öncesi dönem sonunda iki becerinin de gelişimlerinin nispeten eşit hale geldiğini göstermektedir (90).

Çocuklar iki yaşına geldiklerinde kelime hazneleri 300 kelimeye ulaşmaktadır. Bu sayı üç yaşında 1000 kelime, altı yaşında 3000 kelime dolaylarına varmaktadır (91). İlk kullanılan kelimeler genellikle isimlerdir. Daha sonraki süreçlerde fiiller, sıfatlar ve son olarak zamirler ortaya çıkmaktadır. Bu becerilerin kazanılmasıyla birlikte kelime haznesi farklı bir boyut kazanmaktadır. Artık çocuk daha önce bildiği nesnelerin farklı özelliklerini de keşfederek etiketlenmeye başlamaktadır. Örneğin, sadece meyve olarak bilinen portakal artık turuncu rengi de temsil etmektedir (5).

Yaşamın ilk iki yılında kelime bilgisi oldukça gelişmesine rağmen telaffuz çok fazla ilerleme göstermemiştir. Irwin (92) çocuğun ilk konuşmalarının çeşitli sesli harflerden oluştuğuna dikkat çekmektedir. Ünsüz seslerin telaffuz edilmesi ise yaşla birlikte artmaktadır (93). Her çocuğun dil edinim paterni kendine özgüdür ancak normal gelişim gösteren çocukların belirli dönemlerde belirli sesleri telaffuz edebilmesi beklenmektedir (94).

İkinci yaşın sonunda kelime haznesindeki gelişimi cümle kurma becerileri takip etmektedir. İki yaş dolaylarında 2 ya da 3 kelimeden oluşan basit cümleler, dört yaşın sonlarına doğru 6-8 kelimeden oluşan karmaşık cümleler şeklini almaktadır. Ayrıca bu dönemdeki çocuklar gramer kurallarının çoğuna hâkimdir. 4 yaşında; gelecek zaman ve çoğul ek kullanma becerileri gelişirken (95), 5 yaşında; önce-sonra sırasına dizme ve geçmiş, şimdiki, gelecek zaman kavramları kazanılır (96), 6 yaşında; zıt kavramlar gelişir, sıfat ve zarflar kullanılarak tanımlayıcı cümleler oluşturulur. Okul öncesi dönem sonunda yetişkin düzeyine oldukça yakınlaşan dil yeteneği aynı zamanda gelişen bağımsızlık için de temel oluşturmaktadır (5).

Dil becerilerinin belli bir düzeyde gelişimi, çocuğun örgün eğitiminde hemen hemen zorunlu bir önkoşuldur. Okul öncesi yıllarda bu seviyenin elde edilememesi durumunda, çocuklar hem sosyal hem de akademik hayatlarında ciddi şekilde problemler yaşamaktadır (93). Bu bağlamda, okul öncesi çocukların dil becerilerinin değerlendirmesi çok önemlidir. Erken yaşlarda gecikmelerin tespit edilmesi, çocuklar için uygun müdahalenin belirlenmesine rehberlik edecektir.

Dil Gelişiminin Değerlendirilmesinde Kullanılan Testler

Bir dizi karmaşık alt bileşenden oluşan dil becerileri, değerlendirilmesi en zor gelişim alanlarından biridir. James (15), değerlendirmenin amacını şu şekilde tanımlamıştır;

1. Bozukluğu tanılamak
2. Uygun destek programı oluşturmak
3. Gelişimleri izlemek

Dil gelişiminin değerlendirilmesinde, ölçüt bağımlı ve norm bağımlı olmak üzere iki temel yaklaşım vardır. Ölçüt bağımlı değerlendirme yöntemi çocuktan alınan doğal dil örneğinin incelenmesi ve mevcut dil becerilerinin tanımlanması temeline dayanmaktadır. Bu yöntem çocuğun ihtiyaçları doğrultusunda bireyselleştirilebilse de dil becerilerinin yaşıtlarıyla karşılaştırılmasına imkân sağlamamaktadır (97). Ayrıca dil değerlendirmesinde kullanılacak materyal ve uygulanacak işlemler klinisyenin tercihine bağlıdır (98).

Norm bağımlı değerlendirme yöntemlerinde ise standardize edilmiş testler ve ölçeklerden yararlanılmaktadır. Ortalama gelişim düzeyini hedef alan bu tip değerlendirmeler, çocuğun becerilerini yaşıtlarıyla karşılaştıran daha küresel yargılar içermektedir. Değerlendirmede kullanılan testlerin ve materyallerin uygulaması kolay, nesnel, geçerli ve güvenilirdir (98).

Ülkemizde okul öncesi dönemde sadece dil becerilerini değerlendiren standardize edilmiş sınırlı sayıda test bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; Peabody Resim Kelime Testi (99), 2-11 yaşları arasındaki çocukların alıcı dil kelime bilgisini ve gelişimini değerlendirmektedir. Türkçe Erken Dil Gelişimi Testi (100), 2-7 yaşları arasındaki çocukların alıcı ve ifade edici sözel dil becerilerini ölçmektedir. Türkçe İfade Edici ve Alıcı Dil (TİFALDİ) Testi (101), 2-12 yaşları arasında ana dili Türkçe olan çocukların alıcı ve ifade edici sözcük kazanımlarını değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Çalışmamızda da kullanılan bu testin detayları devam eden bölümde yer almaktadır.

Türkçe İfade Edici ve Alıcı Dil (TİFALDİ) Testi

Berument ve Güven tarafından 1998 yılında geliştirme çalışmalarına başlanan TİFALDİ; Türk dilini esas alan, herhangi bir dilden adapte edilmemiş, geçerliliği ve güvenirliliği olan özgün bir dil testidir. 2-12 yaşları arasında ana dili Türkçe olan çocukların alıcı ve ifade edici kelime gelişimlerini değerlendirmektedir. Testin Gramer Alt test ölçeğinin geliştirilme çalışmaları hala devam etmektedir.

Alıcı dil kelime alt testi 2 alıştırma maddesi, 104 değerlendirme maddesi olmak üzere toplam 106 maddeden oluşmaktadır. Her madde, bir hedef kelime ve üç caydırıcı kelime olmak üzere toplam 4 kelimenin bir arada bulunduğu resimli kartlardan oluşmaktadır. Aynı ressam tarafından çizilen resimler aynı resim kalitesinde, siyah-beyaz renklerde ve çoktan seçmeli biçimde yerleştirilmiştir.

İfade edici dil kelime alt testi ise 80 maddeden oluşmaktadır. Her madde sadece bir hedef kelimenin bulunduğu ve bir cevabın verilmesinin beklendiği resimli kartlardan oluşmaktadır.

Testin uygulama süresi yaş faktörüne göre değişmekte olup ortalama 20-35 dakika arasındadır. Test ışık alan, sessiz ve fazla uyaranın olmadığı bir ortamda, masa başında, test eğitimini almış uygulayıcılar tarafından yapılmaktadır (101).

2.3.2. Gelişimin Değerlendirilmesinde Kullanılan Testler

Amerikan Pediatri Akademisi, normal gelişim gösteren tüm çocukların için 9., 18. ve 30. aylarında muhakkak gelişimlerinin izlenmesi ve standardize edilmiş bir testle değerlendirilmesini önermektedir (102).

Gelişimsel alanların değerlendirilmesi, çocukların güçlü yanlarını ve zorluklarını tanımlayarak risk gruplarının belirlenmesine olanak sağlamaktadır. Gelişimsel gecikmenin erken dönemde saptanması, gerekli önlemlerin alınması hususunda kritik öneme sahiptir.

Gelişimin değerlendirilmesinde birçok standardize edilmiş araç kullanılmaktadır. Bu araçlar birbirlerinden değerlendirdikleri bireylerin yaş aralığı, değerlendirmeye aldıkları gelişim alanı, değerlendirme yöntemi (aile görüşleri ya da

klinisyen gözlemler), test malzemeleri, uygulayıcı eğitimleri, uygulama zamanları gibi özellikler doğrultusunda farklılaşmaktadır (103).

Dünyada okul öncesi dönemdeki çocukların gelişimlerini değerlendirmek için en çok kullanılan testler; *Parents' Evaluation of Developmental Status*, 0-8 yaşları arasındaki çocukların ileri değerlendirme gerektiren gelişimsel ve davranışsal problemlerini taramak için tasarlanmıştır ve ebeveyn görüşme formlarından oluşmaktadır. *Ages and Stages Questionnaires* (Erken Gelişim Evreleri Envanteri), 1-66 ay arasındaki çocukların dil, motor hareket, problem çözme, bireysel ve sosyal becerilerini değerlendirmek için tasarlanmış bu testte ailelerin görüş belirtmesi gereken formlar bulunmaktadır. *Bayley Infant Neurodevelopment Screen* (Bayley Bebekler için Gelişim Ölçeği), doğrudan klinisyen tarafından uygulanan bu test 3-24 ay arasındaki çocukların alıcı, ifade edici billişsel yeteneklerini değerlendirmektedir. *Denver Developmental Screening Test II* (Denver II Gelişimsel Tarama Testi), ülkemizde de kullanılmakta olan bu test 0-6 yaşları arasındaki çocukların dil, motor ve sosyal becerilerini taramak için tasarlanmıştır ve klinisyen tarafından uygulanmaktadır (104).

Ülkemizde gelişimi değerlendirmek için kullanılan testler ise; *Gazi Erken Çocukluk Gelişimi Değerlendirme Aracı*, 0-72 ay arası çocuklarda psikomotor, bilişsel, dil, sosyal-duygusal gelişimi değerlendirmek için tasarlanmıştır (105). *Ankara Gelişim Tarama Envanteri*, 0-72 ay arası çocukların dil-bilişsel, ince motor, kaba motor, sosyal beceri-öz bakım alanlarını değerlendirmek için tasarlanmıştır ve daha çok aileye sorulan sorulara dayanmaktadır (106). *Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi*, 0-2 yaşları arasındaki çocukları değerlendirmek için standardize edilmiş olup ailelere yöneltilen ifade edici ve alıcı dil, ince ve kaba hareket, duygusal, bilişsel ve toplumsal gelişim, öz bakım becerilerini değerlendiren sorulardan oluşmaktadır (107).

2.3.2.1. Denver II Gelişimsel Tarama Testi

(*Denver Developmental Screening Test II)*

Denver II gelişimsel tarama testi, doğumdan 6 yaşına kadar olan süreçte sağlıklı görünümde olan çocukların gelişimsel becerilerini değerlendiren gelişim tarama aracıdır (108).

1967 yılında Frankenburg ve Dodds tarafından geliştirilen test, 1992 yılında tekrar revize edilerek Denver II adıyla yayınlanmıştır. Ülkemizde ise son olarak gözden geçirilmiş haliyle 2009 yılında Kalbiye Yalaz, Banu Anlar, Birgül Bayoğlu tarafından standardize edilip testörlerin kullanımına sunulmuştur (108).

Sınırlı özgünlüğe (%43) sahip olmasına rağmen, yüksek duyarlılık (%83) oranı, kolay öğrenilmesi ve 5-15 dakika süre içerisinde uygulanabilirliği ile dünyada en yaygın kullanılan gelişim tarama testidir (109). Test toplamda 134 madde içermektedir. Ayrıca değerlendirme sonunda ebeveynlerden çocuğun test sırasındaki davranışlarını değerlendirmeleri istenmektedir.

Denver II gelişimsel tarama testi, çocuğun genel gelişimini 4 genel alanda değerlendirmektedir:

1) Kişisel-sosyal gelişim (25 madde)

2) İnce motor gelişimi (29 madde)

3) Dil gelişimi (39 öğe)

4) Kaba motor gelişimi (32 öğe)

Denver II gelişimsel tarama testi sağlıklı görünümde olan çocuklarda uygulanmak için tasarlansa da literatüre bakıldığında perinatal asfiksili yeni doğanların (110) ve serebral palsili vakaların değerlendirildiği araştırmalarda da kullanıldığı görülmektedir (111).

2.4. Çocuk Ebeveyn İlişkisi ve Ebeveyn Tutumları

Anne ve baba, çocuğun algısını ve dünya ile etkileşim yollarını şekillendiren temel faktörlerden biridir. Sosyal bir kurum olan aile, karşılıklı sorumluluk ve destek temeline dayanan sosyal normlar, yaptırımlar ve kalıplar kurarak çocuğun davranışlarını ve ilişkilerini yönetmektedir (4).

Çocuk ve ebeveyn arasındaki ilişki, çocukların dünyaya ve kendilerine karşı bakış açılarını etkilemekte, farklı durumlara nasıl tepki vereceklerini göstermekte ve çevreye karşı duygusal algılarını geliştirmektedir (4). Gelişimle ilgili kuram ve yaklaşımlar ebeveynlerin, özellikle yaşamın ilk beş yılında, çocuğun sosyal ve bilişsel gelişimi dâhil olmak üzere kişiliği ve davranışı üzerindeki etkisine dikkat çekmektedirler (112).

Evin atmosferik koşullarını yansıtan yaygın davranış ve düzenleyiciler olarak da görülmeye başlanan ebeveyn tutumları, ebeveyn-çocuk ilişkilerinin araştırılmasında önemli bir faktör haline gelmiştir (113).

Literatür çalışmalarında "tutumlar", ebeveynlerin rolleri ve sorumlulukları dâhil olmak üzere, ebeveynliğe ve çocuk gelişimine bakış açılarını, tepkilerini veya yerleşik düşünce biçimlerini ifade etmektedir (114).

Ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarındaki farklılıkların aslında ebeveyn davranışlarındaki bireysel farklılıkları yansıttığı ve bu durumun çocuklarda farklı sonuçlara yol açtığı varsayılmaktadır (113). 1920 yılından bu yana çalışmalara konu olan ebeveyn tutumları farklı boyutlarıyla incelenmiştir. Çalışmalar sonucunda ebeveynlerin duygusal ihtiyaçlarının olduğu, bu ihtiyaçların bir noktada karşılanamaması durumunda ebeveynlik davranışlarına yansıdığı görülmektedir. David Levy' ye (115) göre bu ihtiyaçlar, ebeveynlerin çocuğu aşırı koruması veya reddetmesine neden olabilmektedir.

Literatürdeki çalışmalar ebeveyn tutumlarını, ebeveynin sergilediği ilgi/kabul davranışlarının ve talepkârlığının boyutuna göre sınıflandırılmaya çalışmışlar. Baumrind'in (116) bu iki boyutu temel alarak ebeveyn tutumlarını "demokratik", "otoriter", "izin verici" olmak üzere 3 başlıkta incelemiştir.

Ebeveyn tutumlarının tiplerini incelemeden önce ebeveyn davranışlarının göstergeleri olan ilgi/kabul ve talep davranışlarını açıklamak daha yararlı olacaktır. İlgi/kabul davranışları, ebeveynlerin çocuklarını kabul etmesi ve ihtiyaçlarıyla ilgilenmesini tanımlarken talep davranışı, ebeveylerin çocuklarından talepte bulunması ve onları kontrol etme derecesini temsil etmektedir (117).

Baumrind'e göre demokrat ebeveynler; öncelikle aile içindeki kararları birlikte alırlar, sabırlı ve duyarlıdırlar, kuralla uyulmasını isteyip çocuklarından olgun davranışlar beklerler ve tutarlı davranışlar sergilerler (116). Bu tip ailelerde yetişen çocukların kurallara daha çok uyma eğiliminde olduğu, özgüvenlerinin yüksek, anksiyete düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir (118). Ayrıca bu çocuklara yaratılan kendini ifade etme ve karar süreçlerinde katılım sağlama gibi deneyim fırsatları sayesinde çocuklar dili daha fazla kullanmaya ihtiyaç duymaktadırlar (119).

Otoriter tarzda ebeveynler; otorite bu tarz ebeveynler için çok önemlidir, çocukların kendilerine itaat etmelerini beklerler ve kurallarının sorgulanmasını istemezler. Bu tip ailelerde çocuk ne zaman aileyle çatışsa ve kurallara uyumasa güçlü ve cezalı disiplin uygulamalarıyla karşılaşır. Okul öncesi yıllarda böyle sert bir ebeveynlikle karşılaşan çocuklar, okul çağında bazı bilişsel ve duygusal rahatsızlıklar geliştirebilmektedir (116). Thompson ve ark. (120), 5 yaş civarında otoriter ebeveyn tutumları ile disipline olan çocukların, 10 yaşlarında açığa çıkan uyum problemlerini rapor etmektedir. Diğer yandan bu tip tutumların sergilendiği ailelerde çocuklara, dil becerilerini kullanmaya teşvik edecek pek fazla ortam yaratılmamaktadır. Altınkaynak (119), okul öncesi dönemdeki çocukların alıcı ve ifade edici dil becerileri ile demokratik ebeveyn tutumları arasında pozitif yönde, otoriter ebeveyn tutumları arasında negatif yönde ilişki sonuçları bildirerek bu görüşü desteklemektedir.

İzin verici ebeveynler çocuklarını kontrol etme anlayışına çok uzaktırlar, özgürlükçü ve ihmalkârlık boyutuna varabilecek kadar hoşgörülüdürler. Bu tip tutumlara sahip ebeveynler tarafından yetiştirilen çocuklar zamanla davranış problemleri sergilemekte ve hem ev içinde hem de ev dışında düşük sosyal uyum becerileri sergilemektedirler (117).

Yavuzer (5), bahsi geçen ebeveyn davranışlarına ek olarak, batı toplumlarına nazaran ülkemizde sık görülen tutumlardan biri olan aşırı koruyucu ebeveyn davranışını tanımlamaktadır. Bu tip ebeveynler, çocuklarına karşı normalin üzerinde özen ve kontrol göstermektedir. Aşırı koruyucu tutum sergileyen ailelerle büyüyen çocuklar zamanla çevreye bağımlı, kendine güvensiz ve duygusal zayıflık sergileyen bireylere dönüşmektedir (5). Ayrıca bu tip ebeveyn tutumları çocuklarda konuşmanın gecikmesine de neden olabilmektedir. Çocukların istek ve ihtiyaçlarının çevreleri tarafından fırsat verilmeyerek hemen karşılanması ve bu tutumun uzun süre devam etmesi durumunda çocuklar konuşmaya ihtiyaç duymayacaktır. Dolayısıyla dil becerileri yeterince gelişemeyecektir (121).

Sonuç olarak ebeveynin yapısı, genişliği, sosyo-ekonomik ve kültürel düzeyi çocuğun ilk sosyal deneyimlerini etkileyerek gelişimsel alanlarını, duygusal ve toplumsal becerilerini şekillendirmektedir (5).

2.4.1. Ebeveyn ve Çocuk İlişkilerini İncelemek Üzere Geliştirilmiş Tutum ve Davranış Ölçekleri

Ebeveyn ve çocuk ilişkilerini inceleyen araştırmalar ebeveyn tutumlarını ölçmek için birçok ölçek geliştirmişlerdir. Hem anne hem de babalardan aldıkları bilgiler doğrultusunda çocuklarını yetiştirme tutumlarını değerlendiren ölçeklerden bazıları aşağıda sıralanmıştır.

Parental Attitude Research Instrument, ülkemizde ‘Aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu’ olarak standardize edilen bu ölçek ebeveyn tutumunu aşırı annelik, demokratik tutum ve eşitlik tanıma, ev kadınlığı rolünü reddetme, geçimsizlik ve sıkı disiplin başlıkları altında incelemektedir. Parent Attitude Scale, ülkemizde “Anne-Baba Tutum Ölçeği” adıyla standardize edilmiştir ve anne baba tutumlarını kontrol/denetleme, kabul/ilgi, psikolojik özerklik kazanma davranışlarına göre değerlendirmektedir. Aile Tutum Envanteri, demokratik/otoriter çocuk yetiştirme tarzına ek olarak çocukla özdeşleşme, uyma ve sosyal hareketlilik davranışlarını değerlendirmektedir. Ana ve Baba Davranış Ölçekleri, red-kabul, serbestlik tanıma-kısıtlama kategorilerine göre anne ve babanın davranışlarını değerlendirmektedir. Çocuk Yetiştirme Stilleri Ölçeği, sıkı denetim/kontrol ve

kabul/ilgi boyutlarını değerlendirerek ebeveynlerin çocuk yetiştirme tarzlarını incelemişlerdir (117). Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ), erken dönem ebeveynlik davranışlarını değerlenmesiyle ön plana çıkan bu ölçek çalışmamızda da kullanılmaktadır.

2.4.1.1. Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ)

(Parenting Attitude Scale (PAS))

Evren Karabulut Demir ve Gül Şendil tarafından geliştirilen bu ölçek ebeveynlerin 2-6 yaş arasındaki çocuklarına yönelik tutumlarını değerlendirmektedir. Gelişim alanlarının kritik öneme sahip olduğu aynı zamanda çalışmamızın katılımcılarını da temsil eden okul öncesi dönemdeki çocukların ebeveynlerinin tutum ve davranışlarını değerlendiren bu ölçek özellikle ülkemizde bu alandaki boşluğu doldurmaktadır.

46 maddeden oluşan bu ölçek ebeveynleri Demokratik, Otoriter, Aşırı Koruyucu ve İzin Verici olmak üzere dört alt boyutta değerlendirmektedir. Ölçekte bulunan her maddenin karşısında sıklık oranına göre sıralanmış ‘her zaman böyledir’, ‘çoğunlukla böyledir’, ‘bazen böyledir’, ‘nadiren böyledir’ ve ‘hiçbir zaman böyle değildir’ şeklinde seçenekler bulunmaktadır. Seçenekler sırasına göre 5, 4, 3, 2, 1 şeklinde puanlandırılmaktadır. Puanlandırma her boyut için yapılmakta olup katılımcılar sadece tek bir boyutta puan almamaktadırlar. Ölçek sonucunda ebeveynin bir boyuttan yüksek puan alması, o boyutun temsil ettiği davranış şeklini benimsediği anlamına gelmektedir. Ölçeğin doldurulma süresi ise 15-20 dakikadır.

Geçerlik güvenirliliği yapılmış olan bu testin Cronbach Alfa değerleri; Demokratik kategoride. 83, Otoriter kategoride. 76, Aşırı Koruyucu kategoride. 75 ve İzin Verici kategoride. 74 şeklindedir (117).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

Bu çalışma Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Kulak burun Boğaz Anabilim Dalı Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Tezli Yüksek Lisans Programına bağlı olarak yürütülmüştür. Çalışmamızda kekemeliği olan okul öncesi çocukların Denver II gelişimsel tarama testi bulgularının, TİFALDİ testi bulgularının ve ebeveyn tutumunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmaya dahil edilen çocukların değerlendirmesi M.E.B'e bağlı, Ankara ilindeki özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde ve anaokullarında yapılmıştır.

3.1. Bireyler

Çalışmaya, Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinden, rehberlik araştırma merkezlerinden ve özel eğitim hizmetlerinden akıcı konuşma bozukluğu destek eğitim programı almaya uygun bulunan, yaşları 4;00-4;11 (yaş; ay) arasında olan 20 kekeme çocuk ile yaşları 5;00-5;11 (yaş; ay) arasında olan 20 kekeme çocuk dâhil edilmiştir. Kekeme olmayan çocuklar ise yaşları 4;00-5;11 (yaş; ay) arasında olan, işitme ve konuşma problemi olmayan 20 çocuktan oluşmaktadır. Çalışma için Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (17.01.2018 tarihli, 26 sayılı karar) onay alınmıştır. Etik kurul onayı EK-1 de verilmiştir. Çalışmaya dâhil olan bireylere çalışmanın amacı ve kapsamı anlatılarak, bireylerin ebeveynlerinden yazılı izin alınmıştır.

Çalışmaya dâhil olma ölçütleri aşağıdaki gibidir;

• Yaşın 4;0-5;11 arasında olması,

• Bilateral normal işitmeye sahip olması,

• Bilinen gözlenen ya da belgelenen nörolojik, psikolojik bir probleminin görülmemesi,

• Türkçe'nin anadil olarak kullanılıyor olması,

• Akıcı konuşma bozukluğu destek eğitim programı almaya uygun bulunması ve her 100 hecede 3 veya daha fazla sözcük içi kekemelik bulgusu göstermesidir.

3.2. Yöntem

Çalışmaya dâhil edilen çocuklara aşağıdaki çeşitli değerlendirme yöntemleri uygulanmıştır. Ayrıca çocukların kişisel bilgilerini almak üzere geliştirilmiş ön bilgi formu ve kekemeliğe ait verilerin değerlendirildiği konuşma değerlendirme formu hazırlanmıştır. Ön Bilgi formu EK-2, Konuşma Değerlendirme formu EK-3'te verilmiştir. Uygulama yaklaşık 50-60 dakika sürmüştür.

3.2.1. Odyolojik Değerlendirme

Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinden, rehberlik araştırma merkezlerinden ve özel eğitim hizmetlerinden akıcı konuşma bozukluğu destek eğitim programı almaya uygun bulunan kekeme çocukların işitme eşikleri, raporlandırma sürecinde değerlendirilmektedir. Bu değerlendirmeler sonucu bilateral normal işitmeye sahip olmayan kekeme çocuklar çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Çalışmamıza dâhil edilen ve kulak burun boğaz muayenesi normal olan kekeme olmayan çocukların işitme eşikleri, MAICO MA 52 marka taşınabilir klinik odyometre kullanılarak 500-1000-2000-4000 Hz'lerde 20 dB de sağ ve sol kulakta hava yolu kaldı/geçti olarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonucu kalan çocuklar 48 saat ila 1 hafta içinde tekrar test edilmiştir. Tarama tekrarından da geçemeyen çocuklar tam bir kulak burun boğaz muayenesi ve odyolojik değerlendirme için Kulak Burun Boğaz uzmanına sevk edilmiştir. Ancak değerlendirme sonucunda işitme kayıplı çocuğa rastlanmamıştır.

3.2.2. Kekemeliğin Değerlendirilmesi

Çocukların konuşma örneklemleri doğal sohbet ortamında ve/veya bir etkinlik kullanılarak oluşturulan ortamda video kaydına alınmıştır. Yari ve Ambrose (48) bu tip konuşma örneklemlerinden elde edilen 300 hece ve daha fazlasının değerlendirme için anlamlı sonuçlar verdiğini belirtmektedir. Bu bilgiden yola çıkarak çocukların

konuşma örneklemleri en az 300 hece olacak şekilde araştırmacı tarafından 5-15 dakika boyunca kaydedilmiştir. Daha sonra bu kayıtlar incelenerek kekemelik şiddeti belirlenmiş ve bulgular Konuşma Değerlendirme Formuna kaydedilmiştir (Ek-3).

Her çocuk için konuşma örnekleminde belirlenen akıcısızlıkların sayısı ve konuşmadaki toplam hece sayısı belirlenmiş ve kekemelik şiddeti aşağıdaki formül temel alınarak yüzde cinsinden hesaplanmıştır.

Kekemelik şiddeti = Takılma görülen hece sayısı x 100 /Toplam hece sayısı

3.2.3. Denver II Gelişimsel Tarama Testi Değerlendirmesi

Sıfır-altı yaş çocukların gelişimsel alanlarını değerlendiren bu ölçekle çalışmaya dâhil edilen her bir çocuk; kişisel-sosyal, ince motor, dil ve kaba motor olmak üzere dört gelişimsel alanda değerlendirilmiştir.

Teste, çocuğun yaşı temel alınarak 'yaş çizgisinin' çizilmesiyle başlanmıştır. Test için geliştirilmiş özel materyallerle değerlendirme yapılmış ve çocuğun işlevdeki becerileri yaşıtlarıyla karşılaştırılarak puanlandırılmıştır. Puanlama sonucunda; normal, şüpheli, anormal olmak üzere 3 tip yargıya ulaşılmıştır.

3.2.4. TİFALDİ Testi Değerlendirilmesi

İki-on iki yaşları arasında ana dili Türkçe olan çocukların alıcı ve ifade edici kelime dağarcıklarını değerlendiren TİFALDİ, alıcı ve ifade edici kelime alt testlerinden oluşmaktadır. Işık alan, sessiz ve fazla uyaranın olmadığı bir ortamda, masa başında uygulanan bu testte her bir çocuğun önce alıcı dil kelime alt testi daha sonra ifade edici dil kelime alt testi gelişimi değerlendirilmiştir.

Teste öncelikle çocuğun kronolojik yaşının hesaplanmasıyla başlanmıştır. Kronolojik yaş baz alınarak testin başlangıç maddesi seçilmiş ve uygulamaya devam edilmiştir. Alıcı dil alt testinin her bir maddesi biri cevap, üçü çeldirici olmak üzere dört resmin yer aldığı kartlardan oluşmaktadır. Katılımcıdan, karttaki hedef kelimeyi bulması istenmiş ve doğru bulunan her bir hedef kelime doğru cevap olarak kabul edilmiştir. Katılımcı başlangıç maddesinden itibaren devam eden ilk sekiz maddede

arka arkaya doğru cevapları veremezse, yanlış cevap verilen maddeden itibaren sekiz madde geriye gidilmiştir. Arka araya sekiz doğru yanıt alınana kadar bu işlem tekrarlanmıştır. Arka araya sekiz doğru yanıtın alındığı son madde taban puanı temsil etmektedir. Taban puanın elde edilmesinden sonra test devam etmiş, on maddeden sekizinde arka arkaya yanlış cevabın verilmesiyle bitirilmiştir. Testin bitirildiği on madde içerisinde alınan en son doğru yanıt ise tavan puanı temsil etmektedir. Elde edilen taban ve tavan puanlar arasında doğru cevaplanan maddelerin toplam sayısı ise ham puanı vermektedir. Son adımda ise alt teste ait kullanma kılavuzundan yararlanılmış ve bu kılavuzda yer alan tablolar yardımıyla standart puan ve yaş eş değerine ulaşılmıştır (122).

İfade edici dil alt testinde ise her bir madde adlandırılması istenen bir resmin bulunduğu kartlardan oluşmaktadır. Alıcı dil alt testine benzer şekilde uygulanan ifade edici dil alt test maddeleri, farklı olarak arka arkaya sekiz maddede verilecek altı yanlış cevapla sonlandırılmaktadır. Testin bitirildiği sekiz madde içerisinde alınan en son doğru yanıt ise tavan puanı oluşturmaktadır. Benzer şekilde taban ve tavan maddeler arasında olan doğru cevaplanan maddelerin toplam sayısı ile ham puanı hesaplanmış ve kılavuzda yer alan tablolar yardımıyla standart puan ve yaş eş değerine ulaşılmıştır (123). Yaşa bağlı olarak farklılık göstermekle birlikte her bir alt testin uygulama süresi ortalama 20-35 dakikadır.

3.2.5. ETÖ Değerlendirilmesi

Ebeveynlerin 2-6 yaş arasındaki çocuklarına yönelik tutumlarını değerlendiren ETÖ, 4 boyut ve 46 maddeden oluşmaktadır. Çalışmaya katılan çocukların ebeveynlerinden anket tarzındaki bu ölçeği doldurmaları istenmiştir. Ölçekte bulunan her maddenin karşısında sıklık oranına göre sıralanmış ‘her zaman böyledir’, ‘çoğunlukla böyledir’, ‘bazen böyledir’, ‘nadiren böyledir’ ve ‘hiçbir zaman böyle değildir’ şeklinde seçenekler bulunmaktadır. Seçenekler sırasına göre 5, 4, 3, 2, 1 şeklinde puanlandırılmaktadır. Puanlandırma her boyut için yapılmakta olup katılımcılar sadece tek bir boyutta puan almamaktadırlar.

3.2.6. İstatistiksel Analizler

Bu çalışmada istatistiksel analizler GraphPad Prisma V.3 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra çoklu gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal Wallis Testi, alt grupların karşılaştırılmasında Dunn's Çoklu Karşılaştırma Testi, normal dağılım gösteren değişkenlerde ikili grupların karşılaştırılmasında Bağımsız iki örneklem t test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde ikili grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney-U Testi, nitel verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar, $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışma kapsamında kullanılan ön bilgi formuyla 4;00-4;11 yaşları arasındaki kekeme çocukların (Grup 1), 5;00-5;11 yaşları arasındaki kekeme çocukların (Grup 2) ve 4;00-5;11 yaşları arasındaki kekeme olmayan çocukların (Grup 3) yaşları, cinsiyetleri, anne- baba eğitim durumları ve bakım verenlerine ilişkin demografik özellikler Tablo 4.1'de verilmektedir.

Tablo 4.1. Demografik özellikler.

Değişkenler	**Grup 1 n (%)**	**Grup 2 n (%)**	**Grup 3 n (%)**	**Toplam n (%)**
Cinsiyet				
Kız	4 (20)	6 (30)	9 (45)	19 (31.7)
Erkek	16 (80)	14 (70)	11 (65)	41 (68.3)
Anne Eğitim				
Okur-Yazar Değil	1 (5)	1 (5)	-	2 (3.3)
İlköğretim	3 (15)	3 (15)	1 (5)	7 (11.7)
Lise	3 (15)	11 (55)	7 (35)	21 (35)
Üniversite	13 (65)	5 (25)	9 (45)	27 (45)
Lisans Üstü	-	-	3 (15)	3 (5)
Baba Eğitim				
Okur-Yazar Değil	-	2 (10)	-	2 (3.3)
İlköğretim	5 (25)	4 (20)	1 (5)	10 (16.7)
Lise	6 (30)	6 (30)	8 (40)	20 (33.3)
Üniversite	9 (45)	7 (35)	6 (30)	22 (36.7)
Lisans Üstü	-	1 (5)	5 (25)	6 (10)
Bakım Veren				
Anne	13 (65)	16 (80)	-	29 (48.3)
Anne Dışındaki	7 (35)	4 (20)	20 (100)	31 (51.7)
Yaş (ay)	Min.-Mak. (Ort.)	Min.-Mak. (Ort.)	Min.-Mak. (Ort.)	
	48-59 (54.9)	65-71 (69.1)	48-71 (61.0)	

Çalışmaya dâhil edilen Grup 1'deki katılımcıların yaş ortalamaları 54.9 ay olup minimum yaş 48 ay, maksimum yaş 59 ay olarak saptanmıştır. Grup 2'deki katılımcıların yaş ortalamaları 69.1 olup minimum yaş 65 ay, maksimum yaş 71 ay ve Grup 3'deki katılımcıların yaş ortalamaları 61.0 olup minimum yaş 48 ay, maksimum yaş 71 olarak saptanmıştır. Grup 1'deki katılımcıların 4'ü kız (%20), 16'sı (%80) erkek, Grup 2 deki katılımcıların 6'sı (%30) kız, 14'ü (%70) erkek, Grup 3'deki katılımcıların 9'u (%45) kız, 11'i (%65) erkektir (Tablo 4.1).

Katılımcı çocukların gün içinde en fazla vakit geçirip bakım aldığı kişiler analiz edildiğinde; Grup 1'de yer alan çocukların 13'ünün (%65) annesi, 7'sinin (%35) anneanne-babaannesi, kreş ya da bakıcı olduğu saptanırken Grup 2'de yer alan çocukların 16'sının (%80) annesi, 4'ünün (%20) anneanne-babaannesi, kreş ya da bakıcı olduğu saptanmıştır. Grup 3'teki çocukların tamamı (%100) ise gün içinde vakitlerinin çoğunu anneanne-babaanne, kreş ya da bakıcı ile geçirmektedirler (Tablo 4.1).

Grup 1 ve Grup 2'de bulunan kekeme çocukların kekemelik öykülerine ilişkin demografik özellikler Tablo 4.2'de verilmektedir.

Tablo 4.2. Kekemelik öykülerine ilişkin demografik özellikler.

Değişkenler	**Grup 1 n (%)**	**Grup 2 n (%)**
Kekemeliğin Başlama Yaşı		
2	2 (10)	4 (20)
2.5	1 (5)	-
3	10 (50)	7 (35)
3.5	3 (15)	-
4	4 (20)	8 (40)
5	-	1 (5)
Kekemeliğin Başlama Şekli		
Ani	8 (40)	8 (40)
Yavaş	12 (60)	12 (60)
Kekemelik Şiddet Skoru		
	6.05 (3-10.8)	6.72 (3 – 14)
Aile Öyküsü		
Var	10 (50)	7 (35)
Yok	10 (50)	13 (65)
Risk		
Prenatal	2 (10)	1 (5)
Natal	2 (10)	1 (5)
Yok	16 (80)	18 (90)

Grup 1 ve Grup 2'deki katılımcıların aile öyküleri incelendiğinde; Grup 1'de bulunan katılımcıların 10'unda (%50) Grup 2'de bulunan katılımcıların 7'sinde (%35) kekeme bireylerin varlığı saptanmıştır (Tablo 4.2).

Katılımcı çocukların doğum sırasında, öncesi ve sonrasında yaşadıkları riskler değerlendirildiğinde; Grup 1'de yer alan çocukların 2'sinin prenatal dönemde (%10), 2'sinin postnatal dönemde (%10) risk taşıdıkları, 16'sının (%80) ise hiçbir dönemde risk taşımadığı saptanırken; Grup 2'de yer alan çocukların 1'inin (%5) prenatal

dönemde 1'inin (%5) postnatal dönemde risk taşıdıkları ve 18'inin (%90) ise hiçbir dönemde risk taşımadığı saptanmıştır.

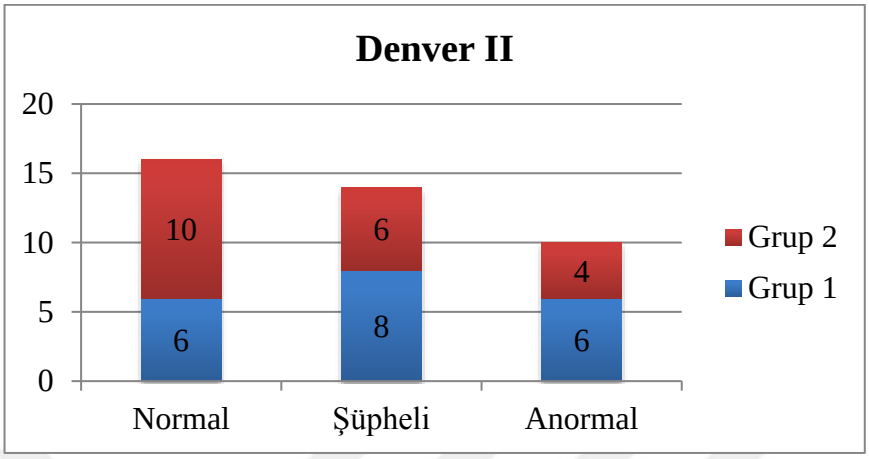
Kekeme çocukların ve normal çocukların Denver II gelişimsel tarama test sonuçları Tablo 4.3'de verilmiştir.

Tablo 4.3. DENVER II gelişimsel tarama testi verilerine ait sayı ve yüzde dağılımı.

Değişkenler	**Grup 1** **n (%)**	**Grup 2** **n (%)**	**Grup 3** **n (%)**	**Toplam** **n (%)**
DENVER II				
Normal	6 (30)	10 (50)	20 (100)	36 (60)
Şüpheli	8 (40)	6 (30)	-	14 (23.3)
Anormal	6 (30)	4 (20)	-	10 (16.7)
DENVER II Açıklama				
Normal	6 (30)	10 (50)		16 (40)
Şüpheli-İncemotor	2 (10)	-		2 (5)
Şüpheli-Dil	2 (10)	2 (10)		4 (10)
Şüpheli-Kabamotor	1 (5)	1 (5)		2 (5)
Şüpheli-İncemotor + Kabamotor	2 (10)			2 (5)
Şüpheli-İncemotor + Dil	-	3 (15)		3 (7.5)
Şüpheli-Dil + Kabamotor	1 (5)	-		1 (2.5)
Şüpheli-Dil + Kabamotor + İncemotor	1 (5)	-		1 (2.5)
Anormal-İncemotor + Dil	1 (5)			1 (2.5)
Anormal-İncemotor	-	1 (5)		1 (2.5)
Anormal-Dil	-	2 (10)		2 (5)
Anormal-İncemotor + Kabamotor	1 (5)	-		1 (2.5)
Anormal-Dil + Kabamotor	2 (10)	1 (5)		3 (7.5)
Anormal-İncemotor + Kabamotor + Dil	1 (5)	-		1 (2.5)

Grup 1 ve Grup 2'ye ilişkin DENVER II gelişimsel tarama testi verileri incelendiğinde Grup 1 de bulunan katılımcıların 6'sının (%30) "Normal", 8'inin (%40) "Şüpheli", 6'sının (%30) "Anormal" olduğu saptanırken Grup 2'de bulunan katılımcıların 10'unun (%50) "Normal", 6'sının (%30) "Şüpheli", 4'ünün (%20)

"Anormal" olduğu saptanmıştır. Grup 3'te yer alan katılımcıların tümü "Normal" dir (Tablo 4.3).



Şekil 4.1. Grup 1 ve Grup 2'ye ait Denver II gelişimsel tarama testi sonuç dağılımı.

Grup 1 ve 2 arasında DENVER II gelişimsel tarama testi verilerinin karşılaştırılmasına ait sonuçlar Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Grup 1 ve Grup 2 arasında Denver II gelişimsel tarama testi sonuçlarının karşılaştırması.

Değişkenler	**Grup 1**	**Grup 2**	***χ2***	**P**
	n (%)	**n (%)**		
DENVER II				
Normal	6 (30)	10 (50)		
Şüpheli	8 (40)	6 (30)	1.686	0.430
Anormal	6 (30)	4 (20)		

Ki Kare testi

Ki-kare testi sonucunda Grup 1 ve Grup 2'ye ait DENVER II gelişimsel tarama testi sonuçları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark (p=0.430) tespit edilmemiştir.

Tablo 4.5. Grup 1'e ait TİFALDİ alıcı dil testi sonuçları.

	Kronolojik Yaş (ay)	Ham Puan	Standart Puan	Yüzdelik %95	Eş Değer Yaş(ay)
1	58	48	112	0.79	63
2	59	42	101	0.53	58
3	59	39	99	0.49	55
4	57	37	97	0.43	53
5	55	36	98	0.45	52
6	50	16	89	0.24	42
7	51	35	99	0.49	52
8	54	65	122	0.93	77
9	50	44	112	0.79	60
10	58	47	105	0.63	63
11	48	44	112	0.79	60
12	56	48	107	0.68	63
13	53	38	102	0.56	54
14	57	39	101	0.53	55
15	58	46	101	0.53	62
16	54	50	108	0.71	65
17	56	46	104	0.61	63
18	58	44	103	0.58	60
19	59	52	110	0.75	67
20	49	46	113	0.81	62

TİFALDİ testi bulguları incelendiğinde; TİFALDİ alıcı dil testine göre, kekemeliği olan 4;00-4;11yaşları arasındaki çocukların 6'sının TİFALDİ alıcı dil test yaşının, kronolojik yaşa göre gecikme gösterdiği, 14'ünün TİFALDİ alıcı dil test yaşının kronolojik yaş ile uyumlu olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Grup 2'ye ait TİFALDİ alıcı dil testi sonuçları.

	Kronolojik Yaş (ay)	Ham Puan	Standart Puan	Yüzdelik %95	Eş Değer Yaş(ay)
1	71	57	101	0.53	71
2	71	53	98	0.45	68
3	71	70	112	0.79	69
4	70	53	98	0.45	68
5	69	45	92	0.30	61
6	71	61	104	0.61	74
7	71	61	104	0.61	74
8	65	47	103	0.58	63
9	69	61	104	0.61	74
10	68	59	103	0.58	73
11	68	60	106	0.66	73
12	71	89	138	0.99	110
13	65	60	106	0.66	73
14	71	75	117	0.87	86
15	67	53	103	0.58	68
16	69	46	92	0.30	62
17	70	57	101	0.53	71
18	66	52	102	0.56	67
19	69	51	96	0.40	66
20	70	50	99	0.49	65

TİFALDİ alıcı dil testine göre, kekemeliği olan 5;00-5;11 yaşları arasındaki çocukların 8'inin TİFALDİ alıcı dil test yaşın, kronolojik yaşa göre gecikme gösterdiği, 12'sinin TİFALDİ alıcı dil test yaşının kronolojik yaş ile uyumlu olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Grup 3'e ait TİFALDİ alıcı dil testi sonuçları.

	Kronolojik Yaş (ay)	Ham Puan	Standart Puan	Yüzdelik %95	Eş Değer Yaş(ay)
1	49	49	117	0.87	64
2	55	46	105	0.63	62
3	49	44	112	0.79	60
4	49	47	114	0.82	63
5	58	60	117	0.87	73
6	59	43	102	0.56	59
7	59	64	118	0.88	76
8	58	55	112	0.78	70
9	48	50	119	0.89	65
10	58	52	110	0.75	67
11	71	53	98	0.45	68
12	62	50	109	0.73	65
13	68	75	116	0.86	86
14	71	90	138	0.99	111
15	71	75	117	0.87	86
16	63	72	120	0.91	83
17	70	86	134	0.99	102
18	65	50	99	0.49	65
19	69	74	139	1.00	85
20	67	57	104	0.61	71

TİFALDİ alıcı dil testine göre, kekemeliği olmayan 4;00-5;11 yaşları arasındaki çocukların tamamının kronolojik yaşları ile uyumlu puanlar aldıkları gözlemiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Grup 1'e ait TİFALDİ ifade edici dil testi sonuçları.

	Kronolojik Yaş (ay)	Ham Puan	Standart Puan	Yüzdelik %95	Eş Değer Yaş(ay)
1	58	43	105	0.643	68
2	59	30	97	0.434	53
3	59	30	97	0.434	53
4	57	24	91	0.285	47
5	55	32	102	0.564	55
6	50	35	99	0.484	52
7	51	24	97	0.434	47
8	54	38	107	0.691	62
9	50	27	99	0.484	48
10	58	29	96	0.407	52
11	48	22	94	0.356	46
12	56	38	103	0.592	62
13	53	26	95	0.382	49
14	57	15	85	0.167	41
15	58	37	106	0.667	61
16	54	33	103	0.592	56
17	56	33	100	0.510	56
18	58	39	108	0.710	63
19	59	36	106	0.667	60
20	49	19	92	0.305	44

TİFALDİ testi bulguları incelendiğinde; TİFALDİ ifade edici dil testine göre, kekemeliği olan 4;00-4;11 yaşları arasındaki çocukların 10'unun TİFALDİ ifade edici dil test yaşın, kronolojik yaşa göre gecikme gösterdiği, 10'unun TİFALDİ alıcı dil test yaşının kronolojik yaş ile uyumlu olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Grup 2'ye ait TİFALDİ ifade edici dil testi sonuçları.

	Kronolojik Yaş (ay)	Ham Puan	Standart Puan	Yüzdelik %95	Eş Değer Yaş(ay)
1	71	39	95	0.382	63
2	71	44	101	0.539	69
3	71	45	103	0.592	71
4	70	43	100	0.510	68
5	69	40	111	0.778	64
6	71	38	94	0.356	62
7	71	37	93	0.330	61
8	65	35	96	0.407	58
9	69	41	97	0.434	65
10	68	41	97	0.434	65
11	68	38	94	0.356	62
12	71	51	111	0.778	79
13	65	46	108	0.710	72
14	71	42	99	0.484	66
15	67	39	110	0.757	63
16	69	37	93	0.330	61
17	70	49	108	0.710	75
18	66	43	104	0.618	68
19	69	35	90	0.262	58
20	70	41	97	0.434	65

TİFALDİ ifade edici dil testine göre, kekemeliği olan 5;00-5;11 yaşları arasındaki çocukların 15'inin TİFALDİ ifade edici dil test yaşın, kronolojik yaşa göre gecikme gösterdiği, 5'inin TİFALDİ alıcı dil test yaşının kronolojik yaş ile uyumlu olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Grup 3'e ait TİFALDİ ifade edici dil testi sonuçları.

	Kronolojik Yaş (ay)	Ham Puan	Standart Puan	Yüzdelik %95	Eş Değer Yaş(ay)
1	49	39	109	0.737	63
2	55	36	106	0.667	59
3	49	50	125	0.955	78
4	49	42	117	0.877	67
5	58	49	121	0.924	76
6	59	46	112	0.795	72
7	59	48	124	0.948	74
8	58	51	124	0.948	79
9	48	46	123	0.940	72
10	58	44	113	0.815	69
11	71	61	124	0.948	105
12	62	44	111	0.778	70
13	68	53	114	0.831	82
14	71	69	139	0.996	142
15	71	61	124	0.948	106
16	63	49	116	0.863	75
17	70	66	130	0.979	124
18	65	52	116	0.863	80
19	69	64	108	0.710	128
20	67	53	118	0.890	82

TİFALDİ ifade edici dil testine göre, kekemeliği olmayan 4;00-5;11 yaşları arasındaki çocukların tamamının kronolojik yaşları ile uyumlu puanlar aldıkları gözlenmiştir (Tablo 4.10).

Çalışmamızda kekeme olmayan 4;00-5;11 yaşları arasında çocukların oluşturduğu grup (Grup 3) yaşları temel alınarak iki alt gruba ayrılmıştır. Bu durumda yaşları 4;00-4;11 arasında olan kekeme olmayan çocuklar Grup 3 (4 Yaş) grubunda ve yaşları 5;00-5;11 arasında olan kekeme olmayan çocuklar Grup 3 (5

Yaş) grubunda temsil edilmektedir. Grup 1, Grup 2, Grup 3 (4 Yaş) ve Grup 3 (5 Yaş)'a ait TİFALDİ verilerine ilişkin ortalama, standart sapma, ortanca ve minimum-maksimum değerleri hesaplanarak Tablo 4.11'te verilmiştir.

Tablo 4.11. TİFALDİ'ye ait tanımlayıcı istatistikler.

TİFALDİ	**Grup 1**	**Grup 2**	**Grup 3**	
Alıcı Dil Standart Puan			**4 Yaş** ***n=10***	**5 Yaş** ***n=10***
Ortalama	104.75	103.95	112.60	117.40
Standart Sapma	7.40	9.92	5.66	15.42
Ortanca	103.5	103	113	116.5
Min.-Mak.	89-122	92-138	102-119	98-139
Alıcı Dil Ham Puan				
Ortalama	43.10	58.00	51.00	68.20
Standart Sapma	9.31	10.49	6.88	14.73
Ortanca	44	57	49.5	73
Min.-Mak.	16-65	45-89	43-64	50-90
Alıcı Dil Eşdeğer Yaş				
Ortalama	59.30	71.80	65.90	82.20
Standart Sapma	7.21	10.58	5.59	15.56
Ortanca	60	70	64.5	84
Min.-Mak.	42-77	61-110	59-76	65-111
İfade Edici Dil Standart Puan				
Ortalama	99.10	100.05	117.40	120.00
Standart Sapma	6.03	6.63	6.98	9.37
Ortanca	99	98	119	117
Min.-Mak.	85-108	90-111	106-125	108-139
İfade Edici Dil Ham Puan				
Ortalama	30.50	41.20	45.10	57.20
Standart Sapma	7.30	4.31	4.89	8.14
Ortanca	31	41	46	57
Min.-Mak.	15-43	35-51	36-51	44-69
İfade Edici Dil Eşdeğer Yaş				
Ortalama	53.75	65.75	70.90	99.40
Standart Sapma	7.25	5.44	6.47	25.29
Ortanca	53	65	72	93.50
Min.-Mak.	41-68	58-79	59-79	70-142

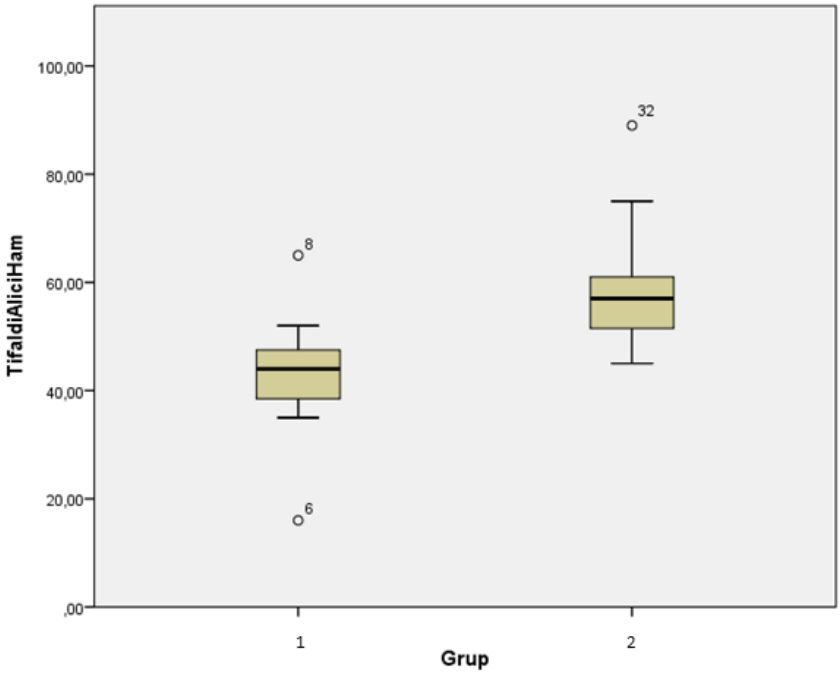
TİFALDİ testine ait verilerin Grup 1 ve Grup 2 arasında t test ile karşılaştırılmasına yönelik sonuçlar Tablo 4.12'de verilmiştir.

Tablo 4.12. Grup 1 ve Grup 2'ye ait TİFALDİ test sonuçlarının karşılaştırılması.

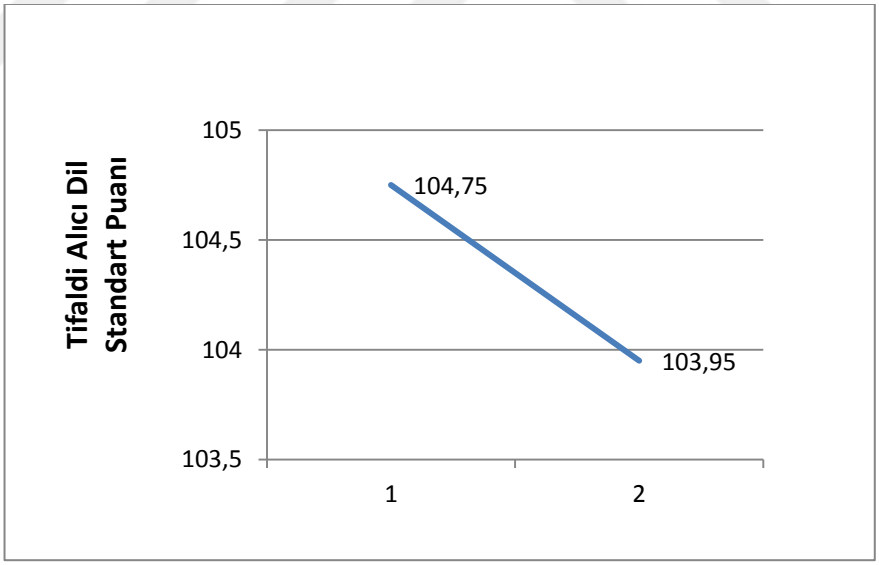
TİFALDİ	t	(df)	P
Alıcı Dil Standart Puan	0.289	38	0.774
Alıcı Dil Ham Puan	-4.752	38	**0.000**
Alıcı Dil Eşdeğer Yaş	-4.367	38	**0.000**
İfade Edici Dil Standart Puan	-0.474	38	0.638
İfade Edici Dil Ham Puan	-5.643	38	**0.000**
İfade Edici Dil Eşdeğer Yaş	-5.920	38	**0.000**

TİFALDİ: Türkçe İfade Edici Dil ve Alıcı Dil Testi

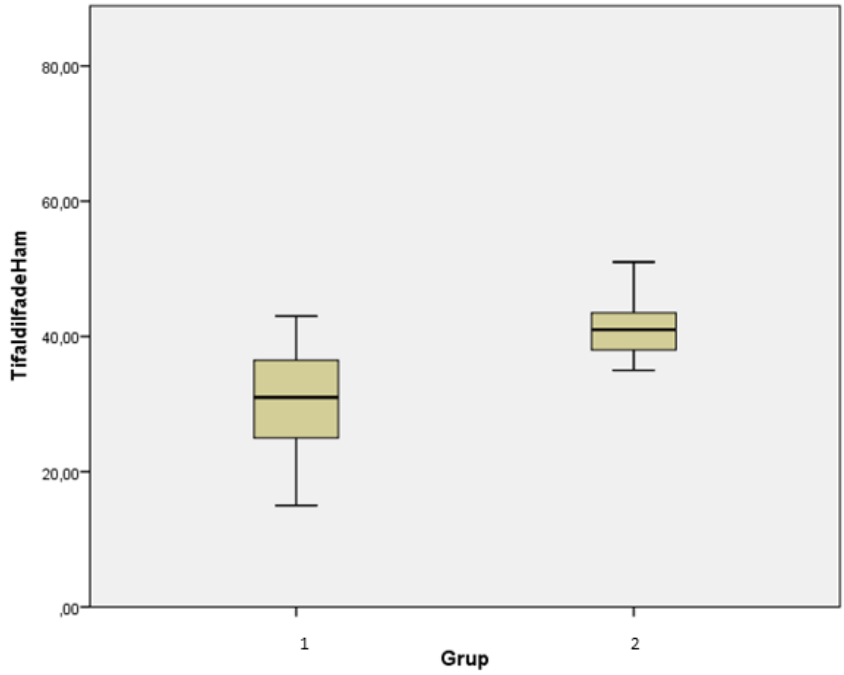
Tablo 4.12 incelendiğinde grupların; TİFALDİ alıcı dil ham puan, TİFALDİ alıcı dil eşdeğer yaş, TİFALDİ ifade edici dil ham puan ve TİFALDİ ifade edici dil eşdeğer yaş değerleri arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu görülmektedir ($p<0.05$). Grup 2'de yer alan katılımcıların TİFALDİ alıcı dil ham puan, TİFALDİ alıcı dil eşdeğer yaş, TİFALDİ ifade edici dil ham puan ve TİFALDİ ifade edici dil eşdeğer yaş değerleri Grup 1'deki katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur.



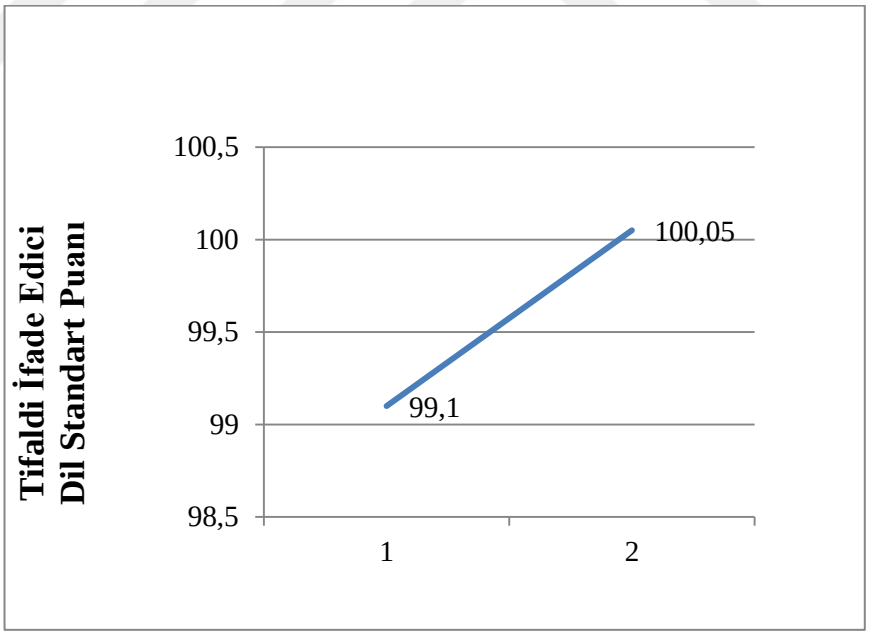
Şekil 4.2. Grup 1 ve Grup 2 arasında TİFALDİ alıcı dil ham puanlarının karşılaştırılması.



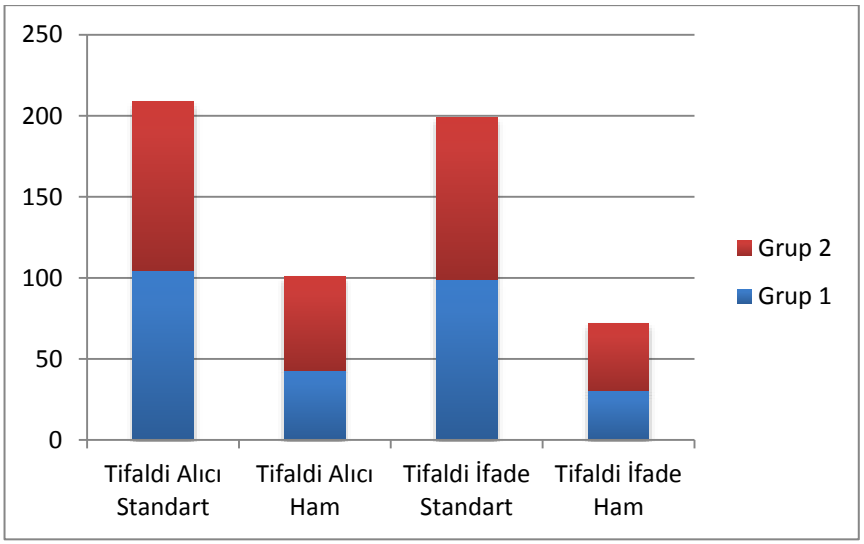
Şekil 4.3. Grup 1 ve Grup 2 arasında TİFALDİ alıcı dil standart puanlarının karşılaştırılması.



Şekil 4.4. Grup 1 ve Grup 2 arasında TİFALDİ ifade edici dil ham puanlarının karşılaştırılması.



Şekil 4.5. Grup 1 ve Grup 2 arasında TİFALDİ ifade edici dil standart puanlarının karşılaştırılması.



Şekil 4.6. Grup 1 ve Grup 2 arasında TİFALDİ testi sonuç dağılımı.

TİFALDİ testine ait verilerin Grup 1 ve Grup 3 (4 Yaş) arasında t test ile karşılaştırılmasına yönelik sonuçlar Tablo 4.13'de verilirken; Grup 2 ve Grup 3 (5 Yaş) arasında t test ile karşılaştırılmasına yönelik sonuçlar Tablo 4.14'de verilmiştir.

Tablo 4.13. Grup 1 ve Grup 3 (4 Yaş)'a ait TİFALDİ test sonuçlarının karşılaştırılması.

TİFALDİ	**t**	**(df)**	**P**
Alıcı Dil Standart Puan	-2.943	28	**0.006**
Alıcı Dil Ham Puan	-2.371	28	**0.025**
Alıcı Dil Eşdeğer Yaş	-2.531	28	**0.017**
İfade Edici Dil Standart Puan	-7.437	28	**0.000**
İfade Edici Dil Ham Puan	-5.693	28	**0.000**
İfade Edici Dil Eşdeğer Yaş	-6.315	28	**0.000**

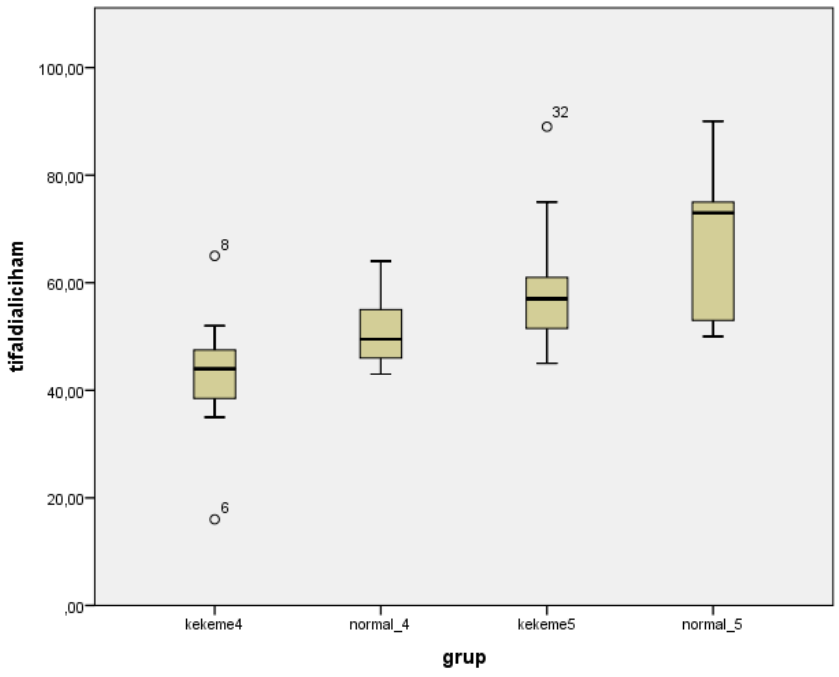
TİFALDİ: Türkçe İfade Edici Dil ve Alıcı Dil Testi

Tablo 4.14. Grup 2 ve Grup 3 (5 Yaş)'a ait TİFALDİ test sonuçlarının karşılaştırılması.

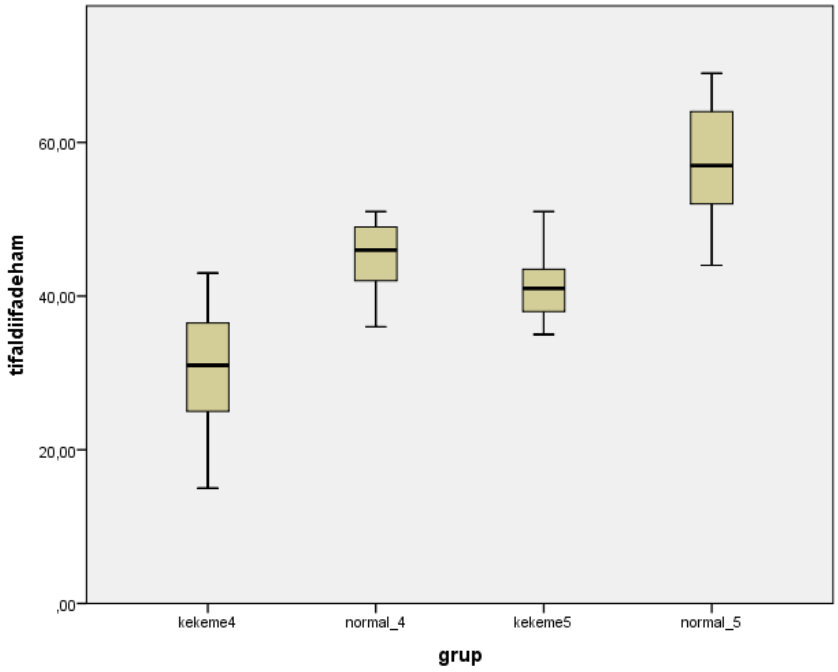
TİFALDİ	t	(df)	P
Alıcı Dil Standart Puan	-2.901	28	**0.007**
Alıcı Dil Ham Puan	-2.192	28	**0.037**
Alıcı Dil Eşdeğer Yaş	-2.166	28	**0.039**
İfade Edici Dil Standart Puan	-6.762	28	**0.000**
İfade Edici Dil Ham Puan	-7.098	28	**0.000**
İfade Edici Dil Eşdeğer Yaş	-5.785	28	**0.000**

TİFALDİ: Türkçe İfade Edici Dil ve Alıcı Dil Testi

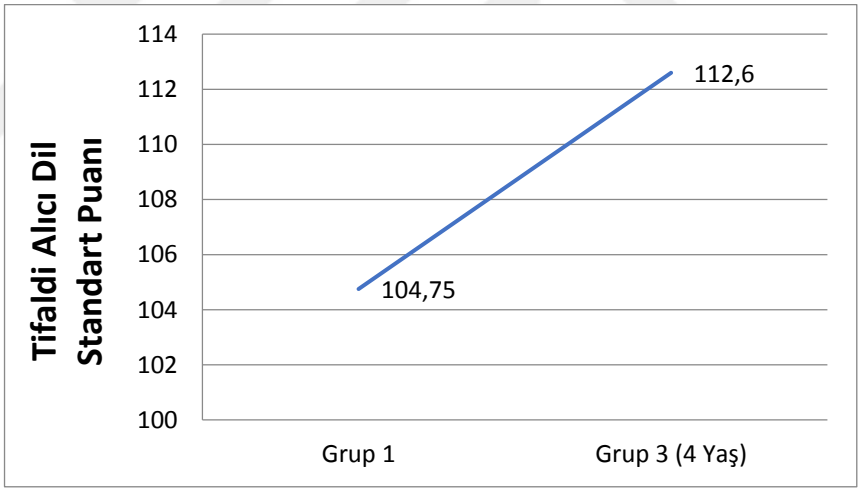
Tablo 4.13 ve Tablo 4.14 incelendiğinde; TİFALDİ alıcı dil standart puan, TİFALDİ alıcı dil ham puan, TİFALDİ alıcı dil eşdeğer yaş, TİFALDİ ifade edici dil standart puan, TİFALDİ ifade edici dil ham puan, TİFALDİ ifade edici dil eşdeğer yaş değerleri arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Grup 1 ve Grup 2'de yer alan katılımcıların hem alıcı dil hem de ifade edici dil puanları yaşlarına göre eşleştirilmiş Grup 3 (4 Yaş) ve Grup 3 (5 Yaş) da yer alan katılımcılardan daha düşük bulunmuştur.



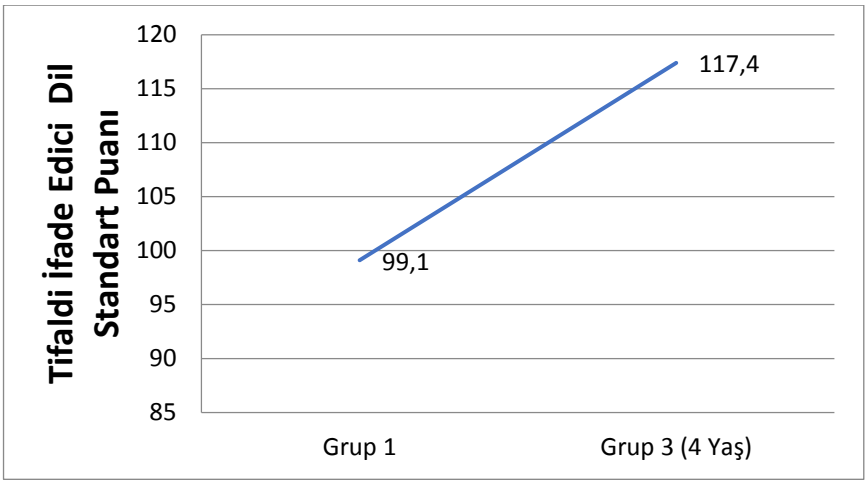
Şekil 4.7. Gruplar arasında TİFALDİ alıcı dil ham puanlarının karşılaştırılması.



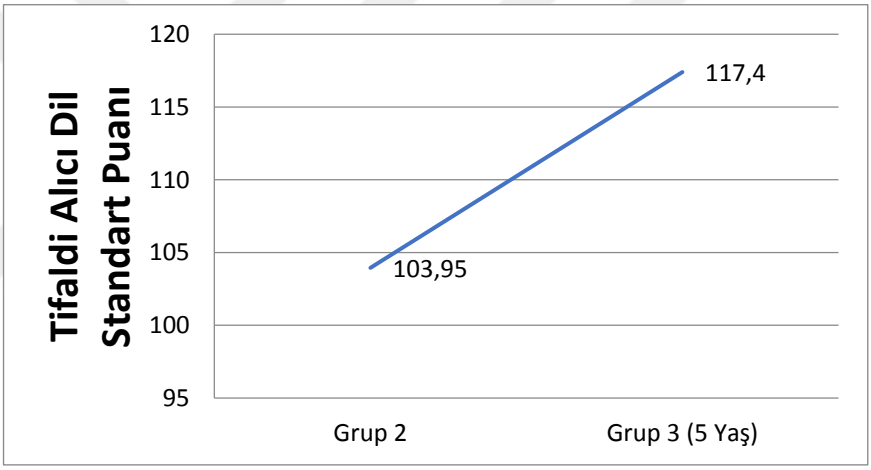
Şekil 4.8. Gruplar arasında TİFALDİ ifade edici dil ham puanları karşılaştırılması.



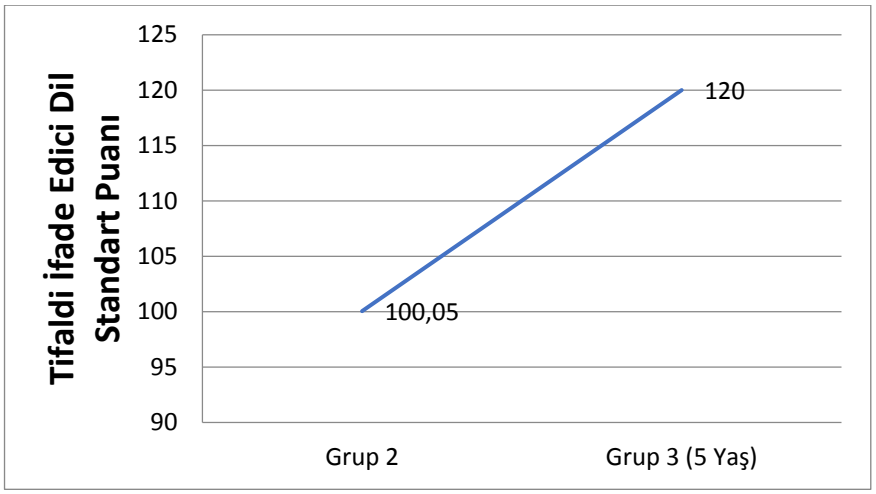
Şekil 4.9. Grup 1 ve Grup 3 (4 Yaş) arasında TİFALDİ alıcı dil standart puanlarının karşılaştırılması.



Şekil 4.10. Grup 1 ve Grup 3 (4 Yaş) arasında TİFALDİ ifade edici dil standart puanlarının karşılaştırılması.



Şekil 4.11. Grup 2 ve Grup 3 (5 Yaş) arasında TİFALDİ alıcı dil standart puanlarının karşılaştırılması.



Şekil 4.12. Grup 2 ve Grup 3 (5 Yaş) arasında TİFALDİ ifade edici dil standart puanlarının karşılaştırılması.

Kekemelik şiddeti ile Grup 1 ve Grup 2'de bulunan katılımcıların Denver II gelişimsel tarama testi, TİFALDİ ve ETÖ değerleri arasında istatiksel ilişkinin tespitine yönelik ki-kare testi sonuçları Tablo 4.15 de verilmiştir.

Tablo 4.15. Grup 1 ve Grup 2'ye ait Denver II gelişimsel tarama testi, TİFALDİ, ETÖ değerleri ve kekemelik şiddeti arasındaki ilişki.

		Kekemelik Şiddeti	
		χ^2	p
DENVER II		50.060	0.551
TİFALDİ	**Alıcı Dil Ham Puan**	602.22	0.444
	Alıcı Dil Standart Puan	505.88	0.346
	İfade Edici Dil Ham Puan	613.33	0.323
	İfade Edici Dil Standart Puan	507.77	0.641
ETÖ	**Demokratik**	557.78	0.122
	Otoriter	402.33	0.322
	Koruyucu	442.22	0.180
	İzin Verici	457.56	0.078

Ki Kare testi

Kekeme çocukların Denver II gelişimsel tarama testi, TİFALDİ ve ETÖ değerleri ile kekemelik şiddeti arasında istatistiksel ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Grup 1-2 ve Grup 3'e ait ETÖ verilerine ilişkin ortalama, standart sapma, ortanca ve minimum- maksimum değerleri hesaplanarak Tablo 4.16'da verilmiştir.

Tablo 4.16. ETÖ'ye ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

Değişkenler	**Grup 1-2**	**Grup 3**
ETÖ demokratik		
Ortalama	69.55	77.45
Standart Sapma	12.94	5.88
Ortanca	75	79
Min.-Mak.	41-85	63-85
ETÖ otoriter		
Ortalama	21.22	18.7
Standart Sapma	5.05	3.51
Ortanca	20	19
Min.-Mak.	12-33	13-26
ETÖ koruyucu		
Ortalama	36.22	31.65
Standart Sapma	6.59	6.76
Ortanca	36.5	16
Min.-Mak.	21-45	16-41
ETÖ izin verici		
Ortalama	22.17	20.1
Standart Sapma	4.79	4.49
Ortanca	21	19
Min.-Mak.	12-31	13-30

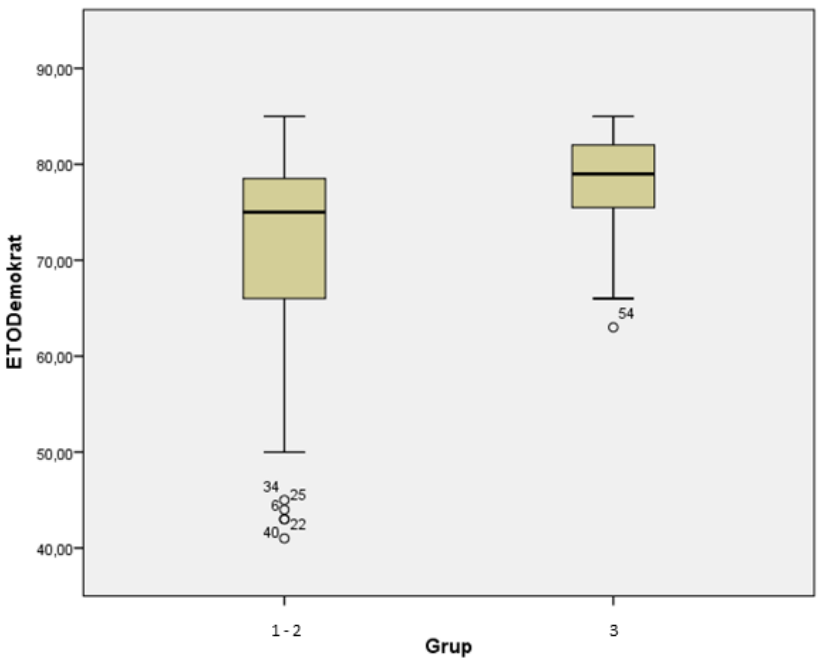
ETÖ değerlerinin Grup 1-2 ve Grup 3 arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla Bağımsız Örneklem t–testi uygulanmış, sonuçlar Tablo 4.17'da verilmiştir.

Tablo 4.17. Grup 1-2 ve Grup 3'e ait t-test sonuçları.

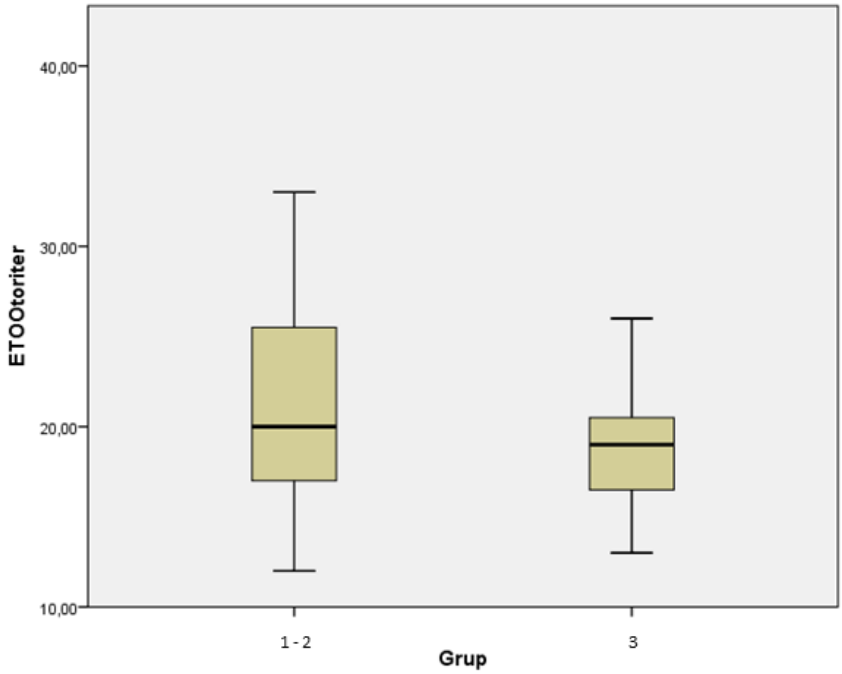
ETÖ	t	(df)	P
Demokrat	2.590	58	**0.012**
Otoriter	-2.0001	58	**0.050**
Koruyucu	-2.512	58	**0.015**
İzin Verici	-1.613	58	0.112

ETÖ: Ebeveyn Tutum Ölçeği

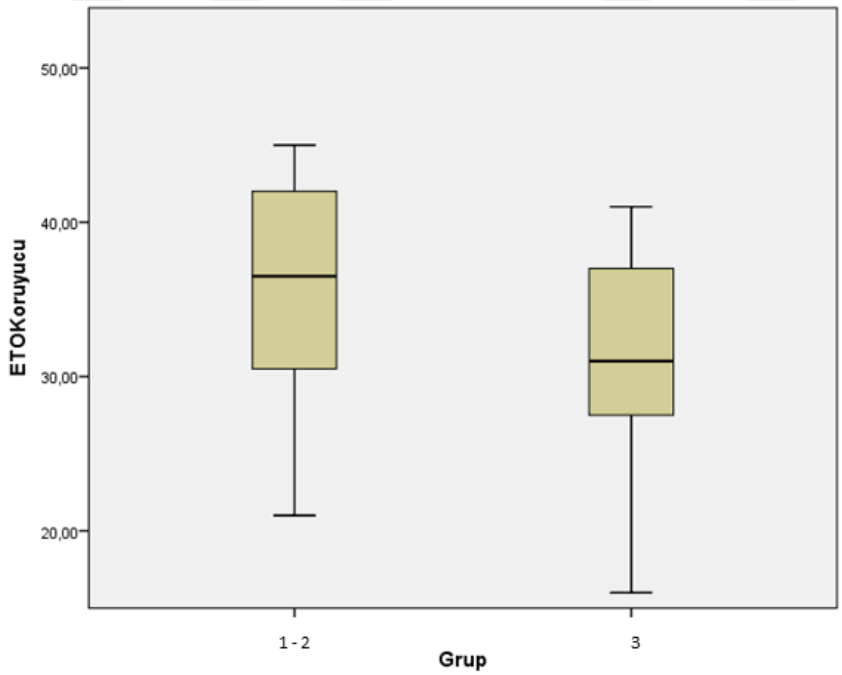
Tablo 4.16 incelendiğinde ETÖ sonuçlarına göre demokrat, otoriter ve koruyucu tutum alt boyutlarında Grup 1-2 ve Grup 3 arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmakta olup ($p<0.05$) izin verici tutum alt boyutunda anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Grup 1-2'de yer alan katılımcıların ebeveynlerinin demokratik tutum alt boyut puanları daha düşük bulunurken, otoriter ve koruyucu tutum alt boyut puanları daha yüksek bulunmuştur.



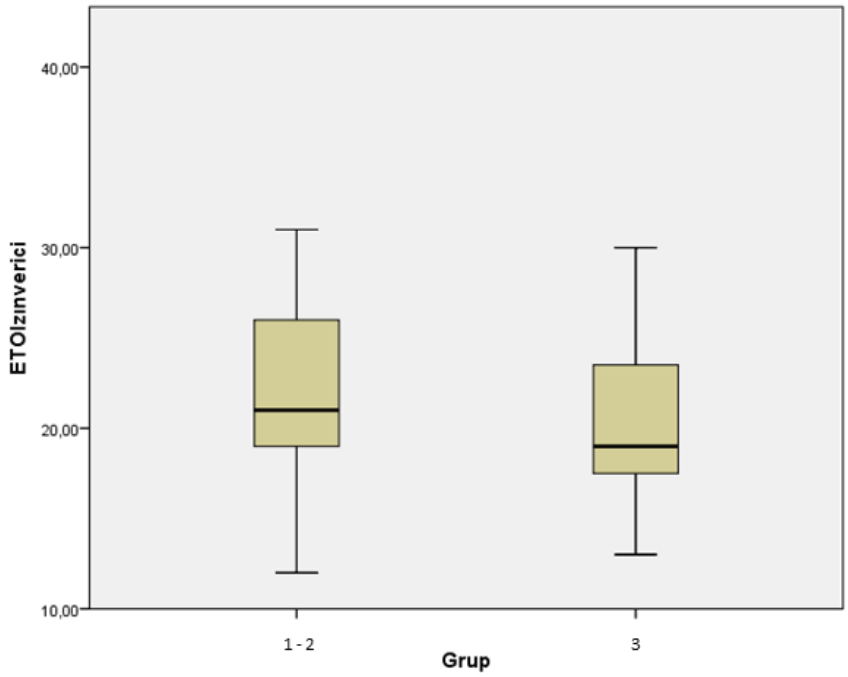
Şekil 4.13. Gruplar arasında ETÖ demokratik tutum alt boyutu puan karşılaştırılması.



Şekil 4.14. Gruplar arasında ETÖ otoriter tutum alt boyutu puan karşılaştırılması.



Şekil 4.15. Gruplar arasında ETÖ koruyucu tutum alt boyutu puan karşılaştırılması.



Şekil 4.16. Gruplar arasında ETÖ izin verici tutum alt boyutu puan karşılaştırılması.

Çalışma sonucunda elde edilen TİFALDİ verileri ile ETÖ alt boyutları arasında istatistiksel ilişkinin tespitine yönelik ki-kare testi yapılmıştır. Test sonuçları Tablo 4.18'da verilmiştir.

Tablo 4.18. Grup 1 ve Grup 2'ye ait TİFALDİ ve ETÖ değerleri arasındaki ilişki.

ETÖ Alt Bileşenleri	TİFALDİ							
	Alıcı Dil Ham Puan		Alıcı Dil Standart Puan		İfade Edici Dil Ham Puan		İfade Edici Dil Standart Puan	
	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Demokrat	501.66	0.088	406.88	0.164	443.33	0.066	427.22	0.167
Otoriter	346	0.475	291.27	0.386	290.33	0.645	308.26	0.359
Koruyucu	440	**0.006**	290.33	0.704	322.22	0.455	376.88	**0.016**
İzin Verici	381.61	0.301	281.72	0.816	310.11	0.644	340.60	0.205

TİFALDİ: Türkçe İfade Edici ve Alıcı Dil Testi ETÖ: Ebeveyn Tutum Ölçeği
Ki Kare testi

Tablo 4.18 incelendiğinde ETÖ koruyucu tutum alt boyutu ile alıcı dil ham puan ve ifade edici standart puanı arasında anlamlı ilişki vardır. TİFALDİ alıcı dil ham puan ve ifade edici standart puanları ile ETÖ koruyucu tutum alt boyutu puanları arasında negatif ilişki gözlenmiştir ($p<0.05$). Kekeme çocuklara sahip ebeveynlerin koruyucu tutumlarındaki artışın TİFALDİ alıcı dil ham puan ve ifade edici dil standart puanlarının düşmesine yol açtığı saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Kekemelik genel olarak çocukların normal konuşma akıcılığını kazanmasından sonra, 2-5 yaşları arasında, genellikle bilişsel, sosyal-duyusal, dil ve motor becerilerdeki ilerlemenin hız kazandığı dönemde ortaya çıkmaktadır (124). Bu gelişim alanlarındaki becerilerin kekemelik üzerindeki rolünün incelenmesi; kekemeliğin başlangıç ve gelişim döneminde motor, dilsel, duygusal alanlardaki profillerinin çıkarılması ve karmaşık etkileşimlerinin daha iyi anlaşılması için oldukça önemlidir. Bununla beraber literatürde, bu alanların kekemelikle ilişkisini inceleyen çok fazla çalışmaya rastlanmamaktadır.

Bu çalışmada, okul öncesi dönemde kekemeliği olan yaşları 4;00-4;11 (yaş; ay) ve 5;00-5;11 (yaş; ay) aralığındaki çocukların, gelişimsel becerilerinin değerlendirilmesi amacıyla Denver II gelişimsel tarama testi, alıcı ve ifade edici kelime bilgisinin değerlendirilmesi amacıyla Türkçeyi esas alarak geliştirilmiş özgün bir dil testi olan TİFALDİ testi ve ebeveynlerinin çocuk yetiştirme tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla ETÖ kullanılmıştır. Literatürde, okul öncesi dönemde kekemeliği olan çocukların genel gelişimsel becerilerinin değerlendirildiği başka bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte alıcı (125, 126) ve ifade edici kelime bilgisi (127-131) ve ebeveyn tutumlarının değerlendirildiği (132-138) çalışmaların sayısı oldukça azdır.

Çalışmaya katılan yaşları 4;00-4;11 (yaş; ay) olan kekeme çocukların %40'ı, yaşları 5;00-5;11 (yaş; ay) olan kekeme çocukların %30'u DENVER II gelişimsel tarama testi sonuçlarına göre 'şüpheli' şeklinde tanımlanan, gelişimsel açıdan risk altında oldukları tespit edilmiştir. Yaşları 4;00-4;11 (yaş; ay) arasında olan kekeme çocukların %30'u, yaşları 5;00-5;11 (yaş; ay) arasında olan kekeme çocukların %20'si DENVER II gelişimsel tarama testi sonuçlarına göre 'anormal' şeklinde tanımlanan, yaşıtlarının altında gelişim seviyesine sahip oldukları tespit edilmiştir. Bulgularımız gelişimsel becerilerde iki yaş grubu arasında farklılıkların olmadığını göstermektedir. Dolayısıyla bu sonuçlar hipotezimizi DENVER II gelişimsel tarama testi bulguları açısından desteklenmemektedir.

Çalışmamızın DENVER II gelişimsel tarama testi bulgularında kekeme çocukların %40'ının dil, %27,5'inin kaba motor, %30'unun ince motor gelişim alanlarının birinde ya da bir kaçında gerilik göstererek şüpheli ya da anormal gelişim sergiledikleri görülmektedir. Çalışmamızda kekeme çocukların gelişimsel alanlardaki beceri sonuçlarının oldukça heterojen olması, literatürde kekeme çocuk popülasyonu içinde bazı alt grupların olduğundan şüphelenen araştırmacıların görüşlerini desteklemektedir (44, 139, 140).

Kekemeliği olan okul öncesi çocukların yaklaşık %75'inin iki yıl içinde terapi almadan kendiliğinden iyileşebileceği ancak %25'inin kalıcı kekemelikle yaşamaya devam edeceği bilinmektedir (57). Bu özelliğiyle okul öncesi dönemdeki kekeme bireyler, yetişkin dönemdeki kekeme bireylerden belirgin bir şekilde farklılaşmaktadır. Geçici ve kalıcı kekemeliğin bu alt grupları temsil edebileceğini düşünen araştırmacılar, çalışmalarında geçici ya da kalıcı kekemeliği önceden tahmin etmeyi amaçlamaktadır. Çalışmamızda gelişimsel alanlarda 'normal', 'şüpheli', 'anormal' sonuçlar alan kekeme çocuklar bu tür bir alt grubun özelliklerini karakterize ediyor olabilir. Ancak bahsedilen becerileri izleyen uzunlamasına bir çalışma olmadan, gelişimsel alandaki becerilerin kekemeliğin olası alt gruplar üzerindeki etkisini savunmak oldukça zordur. Kekemelik genel olarak, konuşma motor kontrolünün yetersizliği ile ilişkili bir bozukluk olarak kabul edilmektedir (141). Son yıllarda beyin görüntüleme çalışmalarıyla da desteklenen bu görüş araştırmacılara, kekeme bireylerin diğer motor beceri alanlarının da bu bozukluktan etkilenebileceğini düşündürmektedir. Literatürde kekeme çocukların motor beceri gelişimlerindeki gerilikleri "risk altında" olarak sınıflandıran çalışmalarla (142) birlikte ince motor becerilerde düşük performansa doğru bir eğilimin varlığını ve el becerisi konusunda ince farklılıkların olduğunu bildiren çalışmalar bu görüşü destelemektedir (143).

Kekemeliğin bir konuşma bozukluğu olmanın ötesinde genel motor bozukluğu olabileceği fikri 1900'lerin başında varsayılmış, hem çocuk hem yetişkin kekemelerde araştırılmıştır. Başlangıçta güç, koordinasyon, ritim gibi spesifik görevlerde araştırılan kaba motor becerileri (144-147) ve bloklar, ardışık şekilde tekrarlayan 'parmakla dokunma' görevlerinde (148-155) araştırılan ince motor becerileri ilerleyen yıllarda daha kompleks görevlerle ve standart testlerle

değerlendirilmiştir (142, 156). Kekemeliğin motor becerilerle olan ilişkisi bazı araştırmacılar tarafından savunulmuş (148-155, 157), bazı araştırmacılar tarafından reddedilmiş (158, 159), bazı araştırmacılar tarafından da ince farklılıklar (143) olarak değerlendirilmiştir.

Son 20 yılda akıcı akranlarına kıyasla kekemeliği olan bireylerin beyinlerinde yapısal ve fonksiyonel farklılıkları gösteren çalışmaların sayısında büyük artış olmuştur. Beyin görüntüleme tekniklerinin kullanıldığı bu çalışmaların çok azı kekeme çocuklar üzerinde yapılmakla birlikte; konuşma üretimi ve daha genel olarak motor dizilerinin seçimi ve başlatılması ile ilgili birçok kortikal ve subkortikal motor alanda fonksiyonel anormallikler (38) ve gri ve beyaz maddede anatomik farklılıklar tespit edilmiştir (35). Choo ve diğ. (156), yaşları ve sosyoekonomik durumları eşleştirilen, 3 ila 10 yaşları arasında 66 kekeme çocuk ve 53 kekeme olmayan çocukta konuşma, dil, bilişsel ve motor alanlar arasında uyumsuz bir gelişme görülüp görülmediğini ve bu alanlar arasındaki eşit olmayan gelişimin kekemelik ve atipik nöroanatomik gelişim ile ilişkili olup olmadığını incelemiştir. Araştırmaya katılan tüm çocuklara bir dizi standartlaştırılmış konuşma, dil, bilişsel ve motor beceri testleri uygulanmıştır. Çalışma, tipik olarak normal gelişen çocuklara kıyasla kekeme çocukların dil, motor becerileri ve nöroanatomiyi kapsayan birden fazla alanda daha düşük performans ve daha yüksek ayrılma oranları sergilemesiyle sonuçlanmaktadır. Bulgular, artan bozulmalara duyarlı olabilecek bir konuşma motor sisteminin varlığına, konuşma motoru ve kekemelikle ilişkili dil sistemleri arasında atipik ve tutarsız olgunlaşma süreçlerine işaret etmektedir.

Diğer yandan çalışmamız DENVER II gelişimsel tarama testi sonuçları, dolayısıyla alt gelişimsel alanlarından olan ince ve kaba motor becerileri ile kekemelik şiddeti arasında anlamlı bir ilişkiyi desteklememektedir. Literatürde motor beceriler ile kekemeliğin şiddeti arasında bir bağlantı olabileceğini öneren çalışmalar (156) bulunsa da kekeme çocukların gelişimsel alanlarının uzunlamasına değerlendirildiği araştırmalar olmadan bu ilişkinin varlığını tartışmanın oldukça zor olduğunu tekrar belirtmeliyiz.

Çalışmamız kekeme çocukların DENVER II gelişimsel tarama testi ile değerlendirilen dil, ince ve kaba motor becerilerde de gerilikler sergilediklerini tespit ederek; kekemeliğin, konuşma motor kontrolünün yanı sıra genel motor becerileri de

etkileyebileceği fikrini desteklemektedir. Ancak kekeme çocukların gelişimsel alanlardaki beceri sonuçlarının oldukça heterojen olması bize kekemeliğin alt tiplerinin olabileceğini düşündürmektedir. Diğer yandan beyin görüntüleme tekniklerinin kullanıldığı çalışmaların kekeme çocukların motor ve dil ile ilgili alanlarında farklılıklar kaydetmesi, gelişimsel becerilerde gözlemlenen 'şüpheli' ve 'anormal' sonuçların nedensel mekanizmalarını yansıtıyor olabilir. Ancak çalışmamızda beyin görüntüleme tekniklerinin kullanılmaması nedeniyle ilgili beyin bölgelerinin gelişimsel beceriler üzerindeki etkisi hususunda bilgi verememekteyiz.

Literatür araştırmaları incelendiğinde, kekemeliğin başlangıç ve gelişim döneminde en dikkat çeken gelişim alanlarından bir diğeri dil becerileridir. Kekemelik ve dil becerileri arasındaki olası bir bağlantıyı inceleyen araştırmalar uzun bir geçmişe sahip olsa da, bu bağlantıya ilişkin literatür oldukça karışıktır. Bu çalışmalar kekeme çocukların dil becerilerini değerlendirmek amacıyla spontan konuşma sırasında alınan dil örneklerinden veya standart dil testlerinden yararlanmaktadır. Ülkemizde, kekeme çocukların dil yetenekleri ile ilgili yapılan araştırmalar, spontan konuşmada kekemeliğin yeri üzerinde durmakta olup (160, 161) dil becerilerini değerlendiren standart testlerin kullanıldığı araştırmaların sayısı yok denecek kadar azdır (162).

Çalışmamızda başka bir dilden adapte edilmeyen ve verileri Türkiye temsili örneklemden toplanan, TİFALDİ kullanılarak tüm katılımcıların alıcı ve ifade edici kelime bilgileri değerlendirilmiştir. Bulgularımız kekeme çocukların çoğunun TİFALDİ alıcı dil test yaşlarının kronolojik yaşlarıyla uyumlu olduğunu göstermekle birlikte, 4 yaş ile 4 yaş 11 ay arasında olan kekeme çocukların 6'sının ve yaşları 5 yaş ile 5 yaş 11 ay arasında olan kekeme çocukların 8'inin TİFALDİ alıcı dil test yaşında gecikme yaşadığını bildirmektedir. Anaokulunda ve birinci sınıftaki kekeme çocukları değerlendiren ilk literatür çalışmaları, kekeme çocukların akranlarından önemli ölçüde daha düşük alıcı dil kelime skorları aldıklarına dikkat çekse de (125), ilerleyen yıllarda yapılan benzer çalışmalar kekeme çocukların alıcı dil kelime bilgilerinin yaşlarına uygun performansta olduğunu bildirmektedir (126, 127, 129). Kelime öğreniminin çocuğun dikkat yetenekleri (163) ve fonolojik hafızasıyla (164) ilişkili olduğu düşünülmektedir. Kekeme çocukların akranlarından oldukça geride olan dikkat yetenekleri ve fonolojik hafızaları göz önüne alındığında, alıcı dil kelime

bilgisi performanslarında dikkat ve fonolojik hafızanın bir etken olması muhtemeldir (165). TİFALDİ testi çocuğun dikkatini kelimelere ve referanslarına yönlendirmesini gerektirse de, çalışmamızda çocukların dikkat ve fonolojik hafızalarının değerlendirilmemesi, bu ilişkinin yorumlanmasına imkân vermemektedir.

Çalışmamızda yaşları 4 yaş ile 4 yaş 11 ay arasında olan kekeme çocukların 10'unun ve yaşları 5 yaş ile 5 yaş 11 ay arasında olan kekeme çocukların 15'inin TİFALDİ ifade edici dil test yaşlarında kronolojik yaşlarına göre gecikme yaşadıkları görülmektedir. Alıcı dil test sonuçlarına kıyasla, ifade edici dil test sonuçlarında daha çok çocukta görülen performans düşüşleri, çocukların akıcısızlıklarıyla başa çıkmak için geliştirdikleri 'sözlü cevapları basitleştirme' girişimlerinden kaynaklanabilmektedir (166). Bu girişimlerde çocuk, kekemeliğin ortaya çıkabileceği bazı kelimeleri söylemekten kaçınarak söylenmesi daha kolay olan başka kelimelerle ikame etme eğilimindedir (64). Kekeme çocukların kendilerini karmaşık yollarla ifade etme girişiminde olabileceklerine dikkat çeken literatür çalışmaları, bu tip başa çıkma stratejilerine destek verir niteliktedir (127).

Pujol ve arkadaşları (167), dil becerileri ve beyaz madde yapısı arasında bir bağlantı olduğunu düşünmektedir. Araştırmacı çocukların dil ile ilgili beyin bölgelerinde meydana gelen beyaz madde miyelinasyonunun olgunlaşmasıyla kelime haznesi gelişimini ilişkilendirmektedir. Kekeme çocukların beyinlerindeki nöroanatomik farklılıkları inceleyen çalışmalar ise kekeme çocuklarda beyaz madde gelişiminde görülen farklılıkların olası bağlantı eksikliklerine işaret edeceğini düşündürmektedir (168).

Literatür çalışmaları kekeme çocukların dil becerilerini incelerken sadece kelime bilgileriyle sınırlı kalmamış sözdizimi, morfoloji gibi dilin diğer alt bileşenlerini de değerlendirmiş ve aralarındaki ayrışmaları analiz etmiştir. Bu hipotez doğrultusunda Anderson ve Conture (126), kekeme çocuklarda alıcı dil kelime bilgisiyle birlikte genel dil becerilerini değerlendirmiş ve alıcı dil kelime bilgisinin, genel dil becerilerinin alt bileşenlerinden olan sözdizimsel gelişimin altında değerler aldığını tespit etmiştir. Başka bir çalışmada ise Anderson, Pellowski ve Conture (127), genel dil becerilerinin hem alıcı hem ifade edici kelime bilgisinin gerisinde gelişim gösterdiğini saptamıştır. Daha fazla sayıda okul öncesi dönemde kekeme çocukla yapılan benzer çalışmaların paralel bulguları bu tip ayrışmaların konuşma

dili sistemlerinde normal akıcılığın sağlanmasında düzensizliklere neden olabileceği fikrini kuvvetlenmektedir (128).

Çalışmamızda kekeme çocukların oluşturduğu iki yaş grubunun TİFALDİ testi alıcı ve ifade edici dil standart puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Her iki yaş grubundaki kekeme çocukların alıcı ve ifade edici kelime bilgisi performanslarında farklılık olmadığını bildiren bu sonuçlar, hipotezimizi TİFALDİ testi bulguları açısından desteklememektedir. Diğer yandan iki yaş grubu arasında TİFALDİ testi alıcı ve ifade edici dil ham puan, eşdeğer yaş değerleri arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Ancak çalışmamızda yer alan kekeme çocukların yaşları temel alınarak iki gruba ayrıldığı düşünüldüğünde, yaş ortalaması daha büyük olan grubun daha yüksek ham puan ve eş değer yaş sonuçları alması ve bu farkların oluşması olağandır. Diğer yandan iki grubun yaşları arasındaki farkların az olması, DENVER II gelişimsel tarama testinde olduğu gibi TİFALDİ testinde de gruplar arasında anlamlı derecede farklı olmayan test sonuçlarına neden olmuş olabilmektedir. Bu noktada gelecekteki çalışmalar için daha fazla yaş aralığına sahip grup seçimleri önem arz etmektedir.

Literatürdeki bazı araştırmalar ise kekeme çocukların dil becerilerini standart dil testlerinin verdiği eş değer yaş sonuçlarının yanı sıra kontrol gruplarıyla da karşılaştırarak değerlendirmektedir. Ntourou ve ark. (165), kekeme çocuklar üzerinde yapılan dil beceri çalışmalarında bir kontrol grubu kullanılmıyorsa bu farklılıkların ortaya çıkamayabileceğine dikkat çekmektedir. Çalışmamızda TİFALDİ alıcı ve ifade edici dil test sonuçları, kekeme çocukların alıcı ve ifade edici kelime bilgisinde farklılıklara işaret ediyor olsa da kekeme olmayan akranlarıyla karşılaştırılan kekeme çocuklar, bu becerilerinde akranlarının çok daha gerisinde performans sergilemişlerdir. Standartlaştırılmış testlerin birçok avantajı olsa da, farklı sosyal talepler gerektiren ortamlarda konuşulan dil becerilerindeki ince farklılıkları ortaya çıkarmaya yeterli olamayabilir (162). Bu noktada kimi araştırmacılar kekeme çocukların dil becerilerinde gözlemledikleri bu farklılıkları, dil gelişimlerinin "düzensiz" olmasından ziyade, kekeme olmayan akranlarıyla karşılaştırıldığında gösterdikleri küçük farklılıklar şeklinde yorumlamaktadır (130, 165). Standartlaştırılmış dil testlerinde sergilenen bu performans Nippold'a (139, 169, 170) göre, kekeme çocukların akıcı konuşan akranları gibi tüm dil becerilerini gösterdiğini

ve toplu olarak bu bulguların kekeme çocukların kekeme olmayan akranlarından daha zayıf dil becerilerine sahip olduğu iddiasını yeterince desteklememektedir.

Kekeme çocukların zayıf dil becerilerine sahip olduğunu savunan çalışmaların aksine kimi çalışmalar, kekeme çocukların doğru gelişen dil becerilerine sahip olduklarını ve bazı durumlarda dil becerilerinin ortalamanın üzerinde skorlar verdiğini bildirirken (46), kimi çalışmalar mevcut bulguların kekeme çocukların dil becerilerinin kekeme olmayan akranlarına göre farklılıklara sahip olduğunu destekleyecek kadar anlamlı olmadığını savunmaktadır (129, 169).

Nippold (169), literatür bulgularındaki bu tutarsızlıkları, çalışmaların birbirinden farklı yöntemsel farklılıklarıyla ilişkilendirmektedir. Literatür çalışmalarının yöntemleri gözden geçirildiğinde en dikkat çeken farklılıklardan biri daha önce belirtildiği gibi kimi çalışmaların kekeme çocukların dil becerilerini kontrol gruplarıyla karşılaştırırken, kimi çalışmaların ise sadece standart dil testlerinin puanlarını referans almalarıdır. Sadece standart dil testinin kullanıldığı çalışmalardan birinde Reilly ve ark. (46), Avustralya Melbourne'da yaşayan 1619 çocuk kortunda kekemeliğin başlangıcını incelemeyi amaçlamıştır. Öncelikle 8 aylıkken araştırma grubuna dâhil edilen çocukların ebeveynlerine erken kekemelik ve özellikleri hakkında bilgi verilmiş, ardından çocukların kekemelik belirtileri göstermeye başlaması halinde ebeveynlerinin araştırmacılarla iletişim kurmaları istenmiştir. Sonuçlar, 137 çocuğun (%8,5) 36 aylıkken kekelemeye başladığını ve kekemeliğin genellikle 2 ve 3 kelimelik ifadeleri üretmeye başladığı dönemde fark edildiğini göstermektedir. Çalışma öncelikle kekeme çocuklarda dil gelişimini incelemek amacıyla tasarlandığından, bu amaçla MacArthur-Bates İletişim Geliştirme Envanterleri kullanılmıştır. Bu değerlendirme envanterinde çocukların yüzde 10'un altında performans göstermesi, gecikmiş konuşma gelişiminin tespitini sağlamaktadır. Bulgular, kekeme gruptaki 137 çocuktan 11'inin (%8) ve kekeme olmayan gruptaki 1.482 çocuktan 268'inin (%18) gecikmiş konuşma gelişimine sahip olduğunu göstermektedir. Standart dil test puanları sonucunda Reilly ve diğ. (46), sonuçların kekemelik başlangıcı ile dil sorunları arasındaki ilişkiyi desteklemekten ziyade, 36 aylıktan itibaren kekelemeye başlayan çocukların, doğru gelişen dil becerilerine sahip olduklarını ve bazı durumlarda dil becerilerinin ortalamanın üzerinde skorlar verdiğini bildirmektedir.

Literatürdeki çalışmaların yöntemleri arasında dikkat çeken diğer farklılıklar ise katılımcı gruplar oluşturulurken değişken eşleştirmelerinin (örn.: yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey) çoğu zaman dikkate alınmaması ve bir birinden farklı dâhil edilme kriterlerine sahip olmalarıdır (169). Ancak 2-8 yaşları arasındaki kekeme çocukların dil becerilerini değerlendiren 22 çalışmanın meta analizini gerçekleştirdikleri çalışmalarında Ntourou ve ark. (165), gruplar arası dil farklılıklarının ("genel dil", "alıcı kelime", "ifade edici kelime"), yöntemsel faktörler (örn.: örneklem büyüklüğü, sosyoekonomik seviye) tarafından yönetilen sonuçlar olmadığını ve bu derece önemli farklılıkları, araştırmalar arasındaki metodolojik varyasyonla ilişkilendirilemeyeceğini savunmaktadır.

Dil becerileri ile kekemelik arasında nedensel bir ilişkinin varlığını savunan önceki çalışmaların ışığında bazı araştırmacılar, bu becerilerin kekemelikte kalıcılık veya iyileşme üzerindeki ön görücü etkisini incelemiştir. Okul öncesi dönemdeki kekeme çocukları çalışmanın başında ve birinci yılın sonunda değerlendiren bu boylamsal araştırmalarda, birinci yılın sonunda kekemeliği geçen ve devam eden çocukların dil becerilerini karşılaştırmaktadır. Bu çalışmalardan bazıları dil becerilerini değerlendirirken standart dil test puanlarını referans almış (56), bazıları spontan konuşma sırasında elde edilen dil örneklerini kullanmış (124, 171), bazıları da her iki yöntemden de yararlanmıştır (131). Sonuçlarda dil becerilerinin çocuklarda kalıcı veya geçici kekemelikle ilişkili olduğunu gösteren hiçbir kanıta rastlamamakla birlikte, Watkins ve Yairi, (124) dil becerileri ile kekemelik arasındaki bağlantıları daha iyi anlamak için bireysel performans kalıplarını değerlendirmenin önemli olacağını vurgulamaktadır.

Kekeme çocukların dil becerilerindeki bu farklılıkların kekemelik davranışına katkıda bulunup bulunmadığı ise bir başka tartışma noktasıdır. Çalışmamızda 4;00-4;11 ve 5;00-5;11 yaş aralığındaki kekeme çocukların ortalama kekemelik şiddet skorları sırasıyla 6.05 ve 6.72 değerlerindedir. Bulgular, kekeme çocukların, kekemelik şiddet skorları ile DENVER II gelişimsel tarama testi ve TİFALDİ arasında anlamlı bir ilişkinin varlığını desteklememektedir. Bununla birlikte, bu, kekemeliğin diğer özelliklerinin (örn.: kekemelik anlarının süresi, türü) kekeme çocukların dil skorları ile ilişkili olmadığı anlamına gelmemelidir. Ancak kekemelik özelliklerinin ayrıntılı değerlendirilmesi çalışmamızın kapsamı dışında kalmaktadır.

Kekeme çocukların kekemelik şiddetlerinin yanı sıra diğer özelliklerini (örn.: ses ve hece tekrarları, bloklar) de analiz edip dil becerileri ile ilişkisini inceleyen Anderson ve Conture (126), kekeme şiddet skorlarında olduğu gibi kekemeliğin diğer özellikleri arasında da anlamlı ilişkiler elde edememiştir. Ancak literatürde kekemelik şiddet skorları ile ifade edici dil kelime becerileri arasında negatif korelasyon olduğunu bildiren, dolayısıyla kekemelik şiddeti arttıkça ifade edici kelime bilgisi performansının düşüş gösterdiğini savunan karşıt argümanlara da rastlamak mümkündür (129). Bu tutarsız bulgulara, araştırmaların birçoğunun kekemelik davranışlarını tüm yönleriyle ele almamaları neden olmuş olabilir. Bu şekilde ayrıntılı analizlere sahip olan gelecekteki araştırmalar, bu ilişkiyi daha gelişmiş bir şekilde keşfetmeye yardımcı olacaktır.

Çalışmamızda kekeme çocukların alıcı ve ifade edici kelime bilgilerindeki gerilikler hem TİFALDİ testinin eş değer yaş sonuçlarıyla hem de çalışmamıza katılan kekeme olmayan çocukların puanlarıyla karşılaştırarak tespit edilmiştir. TİFALDİ testi çocuğun dikkatini kelimelere ve referanslarına yönlendirmesini gerektirmektedir. Dolayısıyla kekeme çocukların kelime bilgisinde tespit ettiğimiz gerilikler üzerinde çocukların dikkat yetenekleri, fonolojik hafızalarının ve çocukların akıcısızlıklarıyla başa çıkmak için geliştirdikleri 'sözlü cevapları basitleştirme' girişimlerinin etkili olduğunu düşünmekteyiz. Diğer yandan çalışmamızda yaşları temel alınarak gruplara ayrılan katılımcıların ebeveyn eğitimleri eşleştirilmemiş ve sosyoekonomik seviyeleri değerlendirilmemiştir. Çalışmamızda, tek ya da en göze çarpan yapı olmamakla birlikte, kekeme çocukların TİFALDİ testi sonuçlarında sosyoekonomik seviyenin ve ebeveyn eğitimlerinin katkı sağlamış olabileceğini düşünmekteyiz. Kekeme çocuklarda beyinlerinin ilgili alanlarında tespit edilen anatomik ve fizyolojik farklılıklarının (168) ise diğer gelişim alanlarında olduğu gibi alıcı ve ifade edici dil kelime bilgilerindeki performansları üzerindeki etkisini göz ardı etmemekteyiz ancak çalışmamızda beyin görüntüleme tekniklerinin kullanılmaması nedeniyle bu ilişki hakkında bilgi verememekteyiz.

Çalışmamızın amaçlarından bir diğeri okul öncesi dönemde kekemeliği olan çocukların ebeveyn tutumlarını incelemektir. Ebeveyn tutumları, ebeveynlerin çocuklarını eğitmek için uyguladıkları yöntemler anlamına gelir ve çocukları için belirledikleri kriterleri ve düzenlemeleri içerir (172). Her tutum gelişim üzerinde

farklı bir etkiye sahiptir (173). Kekeme çocukların ebeveynlerinin, kekemelik üzerindeki kesin rolü bilinmemekle birlikte pek çok araştırmacı ebeveyn tutumlarının kekemeliğin başlangıcında, gelişiminde (6) ve tedavisinde (7) önemli bir etken olduğunu bildirmektedir.

Çalışmamızda tüm katılımcı çocukların ebeveynlerine ETÖ uygulanmış, elde edilen skorlar kekemeliği olan ve kekemeliği olmayan çocukların ebeveynleri gruplandırılarak karşılaştırılmıştır. Bulgular iki grup arasında demokrat, otoriter ve koruyucu tutum alt boyut puanları arasında farklılıklar olduğunu gösterirken, izin verici tutum alt boyutu puanlarında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Sonuçlar hipotezimizi ETÖ konusunda desteklemektedir. Ayrıca kekeme çocukların ebeveynlerinin tutumsal ve davranışsal alanlarda, kekeme olmayan çocukların ebeveynlerinden farklı modeller gösterdiğini bildiren literatür çalışmalarıyla uyumludur (132-136).

Çalışmamıza katılan kekeme çocukların ebeveynlerine ait otoriter ve koruyucu ebeveyn tutum alt boyut puanları kekeme olmayan çocuklara sahip ebeveynlerden yüksek değerler alırken, demokratik ebeveyn tutum alt boyut puanları daha düşük değerler almaktadır. Kekeme çocuklara sahip ebeveynlerin çocuk yetiştirme uygulamalarında aşırı koruma, aşırı denetleme, kontrol, yüksek beklentiler ve mükemmeliyetçi tutumlar bu alanda yapılan çalışmaların temel bulgularıdır (132-137, 174). Ayrıca ebeveynlerin tutum ve davranışlarının çocuklar üzerindeki etkileri, kekemelikle ilgili geliştirilen davranışçı ve öğrenme teorileri üzerinde de etkili olmuştur. Wendel Jhonson'un 'Diagnosogenic teorisi' bunlara en iyi örnektir. Bu teori sorunun kökeninin, ebeveynlerin, çocukların gelişimleri sırasında konuşmalarında gözlenen normal akıcısızlıklara karşı aşırı tepki göstermeleri ile ilişkili olduğunu iddia etmektedir (175).

Kekeme çocuklar ve ebeveynleri arasındaki ilişkiler geçmiş araştırmalarda büyük dikkat çekmiştir. Moncur (132), kekeme olan küçük çocukların annelerinin disiplin önlemleri aldıklarını ve kekeme olmayan çocukların annelerinden daha fazla koruyucu ve baskın olduklarını bildirmektedir. Darley (133), Johnson ve arkadaşları (134) kekeme çocuklara sahip ebeveynleri bir kontrol grubuyla kıyaslayarak kekeme çocukların ebeveynlerinin daha fazla koruyucu, daha zorlu ve daha az memnun oldukları sonucuna ulaşmıştır. Kekeme çocukların ebeveynleri tarafından kullanılan

aşırı koruma ve disiplin önlemleriyle ilgili benzer sonuçlara Despert (135) ve Glasner (136) da ulaşmıştır. Yakın zamanda yapılan başka bir çalışmada Eshghizadeh ve arkadaşları (137), geçmiş araştırmalara benzer şeklide kekeme annelerin otoriter ebeveyn stili ortalama puanlarının kekeme olmayan çocukların annelerinden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Abalı ve arkadaşlarının (138), kekemelik başlangıcında olan çocukların en sık karşılaştıkları ebeveyn tutumlarının cezalandırma ve uyarıda bulunma olduğunu tespit edilmesi ise dikkat çekicidir.

Çalışmamızda ETÖ sonuçlarında dikkat çeken bir diğer nokta ise alt boyutlarından biri olan koruyucu tutum ile TİFALDİ testinin hem alıcı hem de ifade edici dil puanları arasındaki negatif, anlamlı ilişkinin varlığıdır. Ebeveynlerin koruyucu tutum alt boyutu puanları arttıkça kekeme çocukların alıcı ve ifade edici kelime bilgileri düşüş göstermektedir. Çalışmamızdaki katılımcı grupları farklı olmakla birlikte, ETÖ ile TİFALDİ testi arasındaki anlamlı ilişki sonuçlarına Altınkaynak (119) da ulaşmıştır. Okul öncesi kurumlara devam etmekte olan normal çocuklar ve ebeveynleri ile yürütülen çalışmada, çocukların alıcı ve ifade edici dil becerileri ile demokratik ebeveyn tutum alt boyutu puanları arasında pozitif yönde, otoriter ebeveyn tutum alt boyutu puanları arasında negatif yönde ilişki olduğu saptanırken, koruyucu ve izin verici tutum alt boyutu puanları arasında anlamlı ilişkiler tespit edilememiştir. Bu sonuçlar okul öncesi dönemde çocukların dil becerileri üzerinde ebeveyn tutumunun etkisini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda kekeme çocukların ebeveynlerinin demokrat, otoriter ve koruyucu tutum alt boyut puanlarında farklılıklar olduğunu tespit etmekte ve bu sonuçların çocukların alıcı ve ifade edici kelime bilgisi üzerindeki etkisine dikkat çekmekteyiz. Çocuklar ve ebeveynler arasındaki ilişkileri, birbirleriyle etkileşime girdikleri bir sistem veya ağ olarak düşündüğümüzde, bu sistemde kekeme çocuklar üzerinde ebeveyn tutumlarının doğrudan veya dolaylı olarak bir etken olabileceğini düşünmekteyiz.

Sonuç olarak yaptığımız bu çalışma ile kekemeliği olan okul öncesi çocuklarda Denver II gelişimsel tarama testi, TİFALDİ testi bulguları ve ebeveyn tutumu değerlendirilmiş olup, kekeme çocukların gelişimsel alanlarda, alıcı ve ifade edici kelime becerilerinde ve ebeveynlerinin tutumlarında farklılıklara sahip olduğu tespit edilmiştir. Ancak bu farklılıklar, çalışmamızdaki iki farklı kekeme yaş grubu

arasında anlamlı değildir. Bulgularımız, kekemeliğin çok faktörlü bir bozukluk olduğu (9) ve bir gelişim alanında mevcut olan bir geriliğin diğer alanları da etkileyebileceği fikrini desteklemektedir (70). Sonuçlarımız dil ve diğer gelişimsel alanlardaki değerlendirmelerin kekeme çocukların çok boyutlu tedavi hedeflerinin bir parçası olması ve çocuğun benzersiz ihtiyaçlarına göre uyarlanmasının oldukça önemli olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Çalışmamıza katılan ve DENVER II gelişimsel tarama testi uygulanan yaşları 4;00-4;11 arasında olan kekeme çocukların %30'u normal, %40'ı şüpheli, %30'u anormal sonuç almıştır.

- Çalışmamıza katılan ve DENVER II gelişimsel tarama testi uygulanan yaşları 5;00-5;11 arasında olan kekeme çocukların %50'si normal, %30'u şüpheli, %10'u anormal sonuç almıştır.

- Yaşları 4;00-4;11 arasında olan ve 5;00-5;11 arasında olan kekeme çocukların DENVER II gelişimsel tarama testi sonuçları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.430).

- Çalışmamıza katılan ve TİFALDİ uygulanan yaşları 4;00-4,11 arasında olan kekeme çocukların 6'sının TİFALDİ alıcı dil puanlarının kronolojik yaşlarının gerisinde olduğu saptanırken, 14'ünün kronolojik yaşlarıyla uyumlu ya da üstünde olduğu tespit edilmiştir. Bu gruptaki kekeme çocukların 10'unun TİFALDİ ifade edici dil puanlarının kronolojik yaşlarının gerisinde olduğu saptanırken, 10'unun kronolojik yaşlarıyla uyumlu ya da üstünde olduğu tespit edilmiştir.

- Çalışmamıza katılan ve TİFALDİ uygulanan yaşları 5;00-5,11 arasında olan kekeme çocukların 8'inin TİFALDİ alıcı dil puanlarının kronolojik yaşlarının gerisinde olduğu saptanırken, 12'sinin kronolojik yaşlarıyla uyumlu ya da üstünde olduğu tespit edilmiştir. Bu gruptaki kekeme çocukların 15'inin TİFALDİ ifade edici dil puanlarının kronolojik yaşlarının gerisinde olduğu saptanırken, 5'inin kronolojik yaşlarıyla uyumlu ya da üstünde olduğu tespit edilmiştir.

- Yaşları 4;00-4;11 arasında olan ve 5;00-5;11 arasında olan kekeme çocukların TİFALDİ testi alıcı dil ham puanı, eşdeğer yaş ve TİFALDİ testi ifade edici dil ham puanı, eşdeğer yaş puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla; p=0.000, p=0.000, p=0.000, p=0.000).

- Yaşları 4;00-4;11 arasında olan ve 5;00-5;11 arasında olan kekeme çocukların TİFALDİ testi alıcı ve ifade edici dil standart puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla; p=0.774, p=0.638).

- Yaşları 4;00-4;11 arasında olan ve 5;00-5;11 arasında olan kekeme çocuklar ile yaşları eşleştirilen kekeme olmayan çocukların TİFALDİ testi alıcı ve ifade edici dil puanları arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Kekeme çocukların oluşturduğu her iki grupta kekeme olmayan akranlarından daha düşük TİFALDİ testi alıcı ve ifade edici dil puanları almışlardır.

- Çalışmamıza katılan kekeme çocukların ebeveynlerinin ve kekeme olmayan çocukların ebeveynlerinin ETÖ sonuçlarında demokrat, otoriter ve koruyucu tutum alt boyut puanlarında fark bulunurken (sırasıyla; p=0.012, p=0.050, p=0.015), izin verici tutum alt boyut puanlarında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.112). Kekeme olmayan çocukların ebeveynleriyle kıyaslandığında kekeme çocukların ebeveynleri demokratik tutum alt boyutunda daha düşük puanlar alırken, otoriter ve koruyucu tutum alt boyutunda daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır.

- Kekeme çocukların TİFALDİ alıcı dil ham puan ve ifade edici standart puanları ile ebeveynlerinin ETÖ koruyucu tutum alt boyutu puanları arasında negatif ilişki gözlenmiştir ($p<0.05$).

- Kekeme çocukların kekemelik şiddetleri ve DENVER II gelişimsel tarama testi, TİFALDİ testi, ETÖ sonuçları arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

- Çalışmamızda kullandığımız TİFALDİ testi, çocukların sadece kelime dağarcıkları hakkında bir bilgi sunmaktadır. Kekemelik ile dil ilişkisi, TİFALDİ testinin yanı sıra diğer dil değerlendirme araçları kullanarak daha detaylı incelenmesi önerilmektedir.

- Burada bildirilen bulguları çoğaltmak ve genişletmek için daha büyük örneklerde, farklı gelişim ve dil testleri kullanarak yapılacak uzunlamasına çalışmalar, hem teorik hem de klinik düzeyde kekeme çocukların gelişim alanlarındaki ve dil becerilerindeki profili daha iyi geliştirmemize yardımcı olacaktır.

- Bu çalışmada elde edilen ön veriler ışığında, dil ve diğer gelişimsel alanlardaki değerlendirmelerin kekeme çocukların çok boyutlu tedavi hedeflerinin bir parçası olması ve çocuğun benzersiz ihtiyaçlarına göre uyarlanması önerilmektedir.

- Terapi ve ebeveyn danışmanlığında yararlı prosedürler sağlamak için kekeme popülasyonunda ebeveyn-çocuk ilişkisinin dinamikleri daha detaylı araştırmalı, okul dönemindeki kekeme çocuk popülasyonunu kapsayacak şekilde genişletilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Buchel C, Sommer M. What causes stuttering?, *PLoS biology*, 2004, 2(2): 46.

2. Peters H, Starkwether CW. Development of stuttering throughout life, *Journal of fluency disorders*, 1989, 14(5): 303-321.

3. Yairi E, Ambrose GN. *Early childhood stuttering*, Pro-ed. Texas, International Publisher, 2005: 2-97.

4. Golovei LA, Vasilenko VE, Savenysheva SS. Parent-Child Relationship in Stable and Crisis Periods of Childhood, *Psychological Magazine*, 2015: 32-43.

5. Yavuzer H. *Çocuk Psikolojisi*, 24. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2012: 27-184.

6. Bloodstein O. *A handbook on stuttering*, Rev. ed. Chicago, National Easter Seal Society for Crippled Children and Adults, 1975: 1- 404.

7. Van Riper C. *The Treatment of Stuttering*, 1 nd ed. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1973.

8. Smith A. Stuttering: A unified approach to a multifactorial, dynamic disorder. In: Ratner NB, Healey EC (eds). *Stuttering research and practice: Bridging the gap*, 1 st ed. Hove, United Kingdom, Psychology Press, 1999: 27-44.

9. Smith A, Kelly E. Stuttering: A dynamic, multifactorial model. In: Curlee R, Siegel G (eds). *Nature and treatment of stuttering: New directions.* 2 st ed. Boston, Allyn & Bacon, 1997: 204-217.

10. Topbaş S. Konuşma Dilinin Evrim Sürecinde İletişim-Dil-Konuşma Bağıntısı. İçinde: Topbaş S. (editör). *Dil ve Kavram Gelişim,*. 1. Baskı. Ankara, Kök Yayıncılık, 2005: 7.

11. Topbas S. Çocukluk çağı dil sorunlarının doğal olmayan ortamlarda işlevsel-iletişimsel yaklaşım ile değerlendirilmesi, *Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,* 1998, 7(2): 124-137.

12. Sallabaş ME. Türkçeyi Yabancı Dil Olarak Öğrenenlerin Konuşma Kaygılarının Değerlendirilmesi, *International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 2012, 7(3): 2199-2218.

13. Acarlar F. İletişim, dil ve konuşma bozuklukları olan çocuklar ve eğitimleri. İçinde: Baykoç N (editör). *İletişim, dil ve konuşma bozuklukları olan çocuklar ve eğitimleri*, 1. Baskı. Ankara, Gündüz Eğitim Yayıncılık, 2010: 259.

14. Lanier W. *Speech Disorders (Diseases & Disorders)*,1 st ed. Farmington Hills, Lucent Books, 2010: 6-65.

15. James SL. *Normal Language Acquisition*, Pro-ed. Boston, A College-Hill Publication, 1990: 12-212.

16. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Speech and Language Disorders in Children: Implications for the Social Security Administration's Supplemental Security Income Program*, 1 st ed. Washington, DC, The National Academies Press, 2016: 47.

17. ASHA (American Speech-Language-Hearing Association). Preferred practice patterns for the profession of speech-language pathology. https://www.asha.org/policy/PP2004-00191/;. 29 Ocak 2018.

18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition (DSM*-5). Washington, DC, American Psychiatric Association, 2013: 109-110.

19. ASHA (American Speech-Language-Hearing Association). Definitions of Communication Disorders and Variations. https://www.asha.org/policy/rp-1993-00208/. 21 Mart 2019.

20. Konrot A. İletişim, Dil ve Konuşma Bozuklukları. İçinde: Topbaş S (editor). *Dil ve Kavram Gelişimi*. Ankara, Kök Yayıncılık, 2005: 190-211.

21. Maguire G, Yeh C, Ito B. Overview of the Diagnosis and Treatment of Stuttering, *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 2012, 4(2): 92-97.

22. Prasse JE, Kikano GE. Stuttering: an overview, *American family physician*, 2008, 77(9): 1271-1276.

23. Weis R. *Introduction to abnormal child and adolescent psychology*, 2 nd ed. United States, Sage Publications, 2013: 199-228.

24. Onslow M. Stuttering and Its Traitment: Eleven Lectures. http://sydney.edu.au/health-sciences/asrc/docs/eleven_lectures.pdf;. 01.01.2018.

25. Smith A, Weber C. How Stuttering Develops: The Multifactorial Dynamic Pathways Theory, *Journal of speech, language, and hearing research*, 2017, 60(9): 2483-2505.

26. Guitar B, Conture E. *The Children who stutterers: to the pediatrician*. 4nd ed. Memphis, Tennessee, Stuttering Foundation of America Publication, 2006: 3-12.

27. Alpermann A. Redeflusstorung: Stottern – einepsychische Störung?, *Sprache Stimme Gehör*, 2010, 34(2): 56.

28. Ghiselli N, Davis G. Stuttering: Fact or fiction?, *PsycCRITIQUES*, 2011, 56(13).

29. Ambrose N. Theoretical Perspectives on the Causes of Stuttering, *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 2004, 31: 80-91.

30. Shames GH, Wiig EH, Secord WA. Human Communication Disorders: An introduction. 5nd ed. Boston, Allyn and Bacon Company, 1998: 369-400.

31. Howell P. The effects of gated speech on the fluency of speakers who stutter, *Folia Phoniatr Logop*, 2007, 59(5): 250-255.

32. Dworzynski K, Remington A, Rijsdijk F, Howell P, Plomin R. Genetic etiology in cases of recovered and persistent stuttering in an unselected, longitudinal sample of young twins, *Am J Speech Lang Pathol*, 2007, 16(2): 169-178.

33. Kraft SJ, Yairi E. Genetic bases of stuttering: the state of the art, 2011, *Folia Phoniatr Logop*, 2012, 64(1): 34-47.

34. Chang SE. Research updates in neuroimaging studies of children who stutter, *Seminars in speech and language*, 2014, 35(2): 67-79.

35. Chang SE, Erickson KI, Ambrose NG, Hasegawa-Johnson MA, Ludlow CL. Brain anatomy differences in childhood stuttering, *NeuroImage*, 2008, 39(3): 1333-1344.

36. Chang SE, Zhu DC. Neural network connectivity differences in children who stutter, *Brain: a journal of neurology*, 2013, 136(12): 3709-3726.

37. Weber-Fox C, Hampton Wray A, Arnold H. Early childhood stuttering and electrophysiological indices of language processing, *Journal of fluency disorders*, 2013, 38(2): 206-221.

38. Watkins KE, Smith SM, Davis S, Howell P. Structural and functional abnormalities of the motor system in developmental stuttering, *Brain: a journal of neurology*, 2008, 131(1): 50-9.

39. Watkins KE. Differences in the Brains of People Who Stutter. https://www.stutteringhelp.org/differences-brains-people-who-stutter;. 08.05.2019.

40. Owens RE, Metz DE, Haas A. *Introduction to Communication Disorders: A Life Span Perspective*, 2 nd ed. Boston, Allyn and Bacon, 2002: 263-266.

41. Gillam RB, Marquardt TP, Martin FN. *Communication Sciences and Disorders: From Science to Clinical Practice*, 2nd ed. Canada, Jones and Bartlett, 2011: 178.

42. Packman A. Theory and therapy in stuttering: a complex relationship, *Journal of fluency disorders*, 2012, 37(4): 225-233.

43. Shapiro DA. *Stuttering Intervention: A Collaborative Journey to Fluency Freedom*, 2nd ed. Austin, Texas, Pro-ed, 1999: 81.

44. Yairi E. Subtyping child stutterers for research purposes, *ASHA Reports*, 1990, 18: 50-57.

45. Bloodstein O, Ratner NB. *A handbook on stuttering*, 6nd ed. Clifton Park, New York, Thomson/Delmar Learning, 2008: 25-45.

46. Reilly S, Onslow M, Packman A, Wake M, Bavin EL, Prior M, et al. Predicting stuttering onset by the age of 3 years: a prospective, community cohort study, *Pediatrics*, 2009, 123(1): 270-277.

47. Reilly S, Onslow M, Packman A, Cini E, Conway L, Ukoumunne OC, et al. Natural history of stuttering to 4 years of age: a prospective community-based study, *Pediatrics*, 2013, 132(3): 460-467.

48. Yairi E, Ambrose NG. Early childhood stuttering I: persistency and recovery rates, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 1999, 42(5): 1097-1112.

49. Craig A, Hancock K, Tran Y, Craig M, Peters K. Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span, *J Speech Lang Hear Re*s, 2002, 45(6): 1097-1105.

50. Boyle CA, Boulet S, Schieve LA, Cohen RA, Blumberg SJ, Yeargin-Allsopp M, et al. Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997-2008, *Pediatrics*, 2011, 127(6): 1034-1042.

51. Cooper EB, Cooper CS. Multicultural considerations in the assessment and treatment of stuttering. In: Battle DE (eds). *Communication disorders in multicultural populations,* 2nd ed. Boston, ButterworthHeinemann, 1998: 247-274.

52. Bloodstein O. The development of stuttering: I. Changes in nine basic features, *J Speech Hear Disord,* 1960, 25: 219-237.

53. Au-Yeung J, Gomez IV, Howell P. Exchange of disfluency with age from function words to content words in spanish speakers who stutter, *J Speech Lang Hear Res*, 2003, 46(3): 754-765.

54. Throneburg RN, Yairi E. Durational, proportionate, and absolute frequency characteristic of disfluencies: a longitudinal study regarding persistence and recovery, *Journal of speech, language, and hearing research*, 2001, 44(1): 38-51.

55. Van Riper C. *The Nature of Stuttering,* 2nd ed. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1982: 1-11.

56. Yairi E, Ambrose NG, Paden EP, Throneburg RN. Predictive factors of persistence and recovery: pathways of childhood stuttering, *Journal of speech and hearing research*, 1996, 29(1): 51-77.

57. Packman A, Code C, Onslow M. On the cause of stuttering: Integrating theory with brain and behavioral research, *Journal of Neurolinguistics*, 2007, 20(5): 4.

58. Coleman C. How Can You Tell if Childhood Stuttering is the Real Deal?. https://blog.asha.org/2013/09/26/how-can-you-tell-if-childhood-stuttering-is-the-real-deal/;. 25.10.2018.

59. Zebrowski PM, Kelly E, M. *Manual of Stuttering Intervention,* 1nd ed. Clifton Park, New York, Singular, 2002: 12-52.

60. Stuttering Foundation of America. Physician's checklist for referral. https://www.stutteringhelp.org/checklist-referral;. 19.04.2018.

61. Bloodstein O. Some empirical observations about early stuttering: a possible link to language development, *Journal of communication disorders*, 2006, 39(3): 185-191.

62. Kulak-Kayıkçı EM. Kekeme Çocuklarda Larengeal Fonksiyonların Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2007.

63. Gordon PA, Luper HL. Speech disfluencies in nonstutterers: syntactic complexity and production task effects, *Journal of fluency disorders*, 1989, 14: 429-445.

64. Bloodstein O. *A handbook on stuttering*, 5nd ed. San Diego, California, Singular Pub. Group, 1995: 1-89.

65. Peters TJ, Guitar B. *Stuttering, an integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991: 8-59.

66. O'Brian S, Packman A, Onslow M, O'Brian N. Measurement of stuttering in adults: comparison of stuttering-rate and severity-scaling methods, *J Speech Lang Hear Res*, 2004, 47(5): 1081-1087.

67. Riley G. Stuttering severity instrument for children and adults: (revised), *Journal of fluency disorders*, 1991, 16(5-6): 309-311.

68. B ajwa R. Childhood Development Stages: Learning and Development. https://blog.cognifit.com/childhood-development-stages/;. 10.08.2018.

69. Arı R. *Eğitim Psikolojisi*. 1. Baskı. Ankara, Nobel Yayıncılık, 2008: 20-362.

70. Martin G, Klusek J, Estigarribia B, Roberts J. Language characteristics of individuals with Down syndrome, *Topics in language disorders*, 2009, 29(2): 112-132.

71. Dreyfus EA. *Adolescence: Theory and Experience*. Ohio, Merril Pub. Co., 1976: 6-157.

72. Rydz D, Shevell MI, Majnemer A, Oskoui M. Developmental screening, *Journal of child neurology*, 2005, 20(1): 4-21.

73. Çapri B, Çelikkaleli Ö. İlköğretim birinci kademedeki (7-11 yaş grubu) çocukların korunum gelişim düzeylerinin cinsiyet ve sınıf değişkeni açısından incelenmesi, *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2005, 1(1): 48-65.

74. Flavell J. Perspectives on perspective taking. In: Beilin H, Pufall P (eds). *Piaget's theory: Prospects and possibilities*, 1nd ed. Hillsdale, NJ., Lawrence Erlbaum Associates, 1992: 107-139.

75. Yazgan İnanç B, Bilgin M, Kılıç Atıcı M. *Gelişim Psikolojisi, Çocuk ve Ergen Gelişimi*, 2. Baskı. Ankara, Pegema Yayıncılık, 2007: 121.

76. Yavuzer H. *Çocuk Psikolojisi I, Duygusal ve Toplumsal Gelişim*. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, 1996: 18-202.

77. Aydın B, Can G, Ersanlı K, Kılıç M, Külahoğlu Ş, Öztürk B, Bilge F, Küçükkaragöz H, Kısaç İ, Korkmaz İ, Bilgin M, Uçar E. *Eğitim Psikolojisi*, 16. Baskı. Ankara, Pegem Akademi Yayıncılık, 2011: 98-102.

78. Yalaz K. Normal Konuşma ve Dil Gelişimi. İçinde: Yalaz K (editör). *Temel Gelişimsel Çocuk Nörolojisi,* 1. Baskı. Ankara, Pelikan Yayıncılık, 2015: 43-52.

79. Gohla S. Die bedeutung von sport und bewegung in der entwicklung des kindes.daten2.verwaltungsportal.de/.../leichtathletik_link_facharbeit.doc;.15.02.2018.

80. Orhan R. Çocuk Gelişiminde Fiziksel Aktivite ve Sporun Önemi, *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi (KÜSBD)*, 2019, 9(1): 157-176.

81. Corsaro WA. *The Sociology of Childhood*, 1nd ed. California, Pine Forge Press, 1997: 8.

82. Yates T, Ostrosky M, Cheatham G, Fettig A, Shaffer L, Santos R. Research Synthesis on Screening and Assessing Social-Emotional Competence. http://vanderbilt.edu/csefel2008. 12.06.2018.

83. Denham SA. Social–emotional competence as support for school readiness: What is it and how do we assess it?, *Early Education & Development*, 2006, 17(1): 57-89.

84. Deutsch M. The Role of Social Class in Language Development and Cognition, *The American journal of orthopsychiatry*, 1965, 35: 78-88.

85. Moll H, Tomasello M. Infant cognition. *Current biology: CB,* 2010, 20(20): 872-875.

86. Brooks P, Kempe V. *Language development*, 1nd ed. Chichester, West Sussex, Wiley-Blackwell, 2012: 3-17.

87. Dockrell JE, Marshall CR. Measurement Issues: Assessing language skills in young children, *Child and Adolescent Mental Health*, 2014, 20(2): 116-125.

88. Singleton CN. Language assessment and intervention: A developmental approach. In: Shulman BB, Singleton NC (eds). *Language development: Foundations, processes and clinic applications,* 2nd ed. Sudbury, U.K, Jones and Bartlett Learning, 2013: 4-57.

89. Uyanık Ö. Ankara örnekleminde Kaufman erken akademik ve dil becerileri araştırma testinin 61-72 aylık Türk çocuklarına uyarlanması, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2010.

90. Edwards S, Letts C, Sinka I. *The New Reynell Developmental Language Scales*, 4nd ed. London, UK, GL Assessment Limited, 2011.

91. Aral N, Kandır A, Yaşar MC. *Çocukları Tanıma Teknikleri, Okul öncesi Eğitim II*. İstanbul, Ya-Pa Yayınları, 2000: 93-99.

92. Irwin C. Research on the speech sounds for the first six months of life, *Psychological Bulletin*, 1941, 38: 277-285.

93. McCarthy D. Language development in children. In: Carmichael L (eds). *Manual of Child Psychology*, 2nd ed. New York, John Wiley and Sons, 1954: 492-630.

94. Sander EK. When are speech sounds learned?, *J Speech Hear Disord*, 1972, 37(1): 55-63.

95. Koçak N. *Selçuk Üniversitesi Anaokulu Anasınıfı Öğretmen El Kitabı*. İstanbul, Ya-Pa Yayınevi, 2000: 105.

96. Bayhan P, Artan İ. *Çocuk Gelişimi Ve Eğitimi*. İstanbul, Morpha, 2004: 137.

97. Leonard L. Language disorders in preschool children. In: Shames GH, Wiig EH, (eds). *Human communication disorders-An introduction*, 3nd ed. Columbus, Merrill Publishing Company, 1990: 159-192.

98. Johnston JR. Definition and diagnosis of language development disorders. In: Blanken G, Dittmann J, Grimm H, Marshall J, Wallesch C (eds). *Linguistic disorders and pathologies: An international handbook*, 1nd ed. Berlin, De Gruyter, 1993: 574-585.

99. Dunn L. *PPVT-III: Peabody picture vocabulary test*, Circle Pines, 3nd ed. American Guidance Service, 1997.

100. Güven S, Topbaş S. Adaptation of the test of early language development third edition (TELD-3) into Turkish: Reliability and validity study, *International Journal of Early Childhood Special Education*, 2014, 6(2): 151-176.

101. Berument SK, Güven AG. Türkçe ifade edici ve Alıcı dil (TİFALDİ) testi: I. Alıcı dil kelime alt testi standardizasyonu ve güvenirlik-geçerlik çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2013, 24: 192-201.

102. Limbos MM, Joyce DP. Comparison of the ASQ and PEDS in screening for developmental delay in children presenting for primary care, *J Dev Behav Pediatr*, 2011, 32(7): 499-511.

103. Glascoe FP, Martin ED, Humphrey S. A comparative review of developmental screening tests, *Pediatrics*, 1990, 86(4): 547-554.

104. Cole S, Ball A. Developmental assessment in children, *Osteopathic Family Physicia,*. 2013, 5: 225-229.

105. Temel F, Ersoy Ö, Avcı N, Turla A. *Gazi Erken Çocukluk Değerlendirme Aracı.* Ankara, Rekmay Limited Şirket, 2004.

106. Savaşır I, Sezgin N, Erol N. *Ankara gelişim tarama envanteri el kitabı*. Ankara, Türk Psikologlar Birliği, 1994.

107. Doğan DG. Gelişimi izleme ve destekleme rehberi 0-2 yaş standardizasyon çalışması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2006.

108. Yalaz K, Anlar B, Bayoğlu B. *Denver II Gelimsel Tarama Testi "Türkiye Standardizasyonu"*, 2. Baskı. Ankara, Gelişimsel Çocuk Nörolojisi Derneği Yayınları, 2016: 11-26.

109. American Academy of Pediatrics Committee on Children with Disabilities Pediatrics. Screening infants and young children with developmental disabilities, *Pediatrics*, 1994, 93(5): 863-865.

110. Hızel S, Tanyer G, Serdaroğlu A, Dallar Y, Genç D. Kan Değişimi Uygulanmış Hiperbilirübinemili Bebeklerin Uzun Dönem Risk Faktörleri Yönünden izlenmesi, *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi*, 1989, 7(4): 159-165.

111. Acunaş B, Çelik C, Garpardıç M, Karasalhoğlu S. Perinatal Asfiksili Yenidoğanların Etyoloji Klinik ve Prognoz Açısından Değerlendirilmesi, *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi*, 1999, 8(1): 21-26.

112. Turner PH, Harris MB. Parental Attitudes and Preschool Children's Social Competence, *The Journal of Genetic Psychology*, 1984, 144(1): 105-113.

113. Holden GW, Edwards LA. Parental Attitudes Toward Child Rearing: Instruments, Issues, and Implications, *Psychological Bulletin,* 1989, 106(1): 29-58.

114. Gadsden VL, Ford M, Breiner H. *Parenting Matters: Supporting Parents of Children Ages 0-8.* 1nd ed. Washington, DC, The National Academies, 2016: 45-100.

115. Levy DM. Maternal over-protection and rejection, *Journal of Nervous and Mental Diseases,* 1931, 73: 65-77.

116. Baumrind D. Effects of authoritative parental control on child behavior, *Child Development*, 1966, 37(4): 887-907.

117. Karabulut Demir E, Şendil G. Ebeveyn tutum ölçeği (ETÖ), *Türk Psikoloji Yazıları,* 2008, 11(21): 15-25.

118. Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the context of the family: Parent–child interaction. In: Mussen PH (eds). *Handbook of Child Psychology, Socialization, Personality and Social Development*, 4nd ed. New York, Wiley, 1983.

119. Altınkaynak ŞÖ. Investigation of the Relationship between Parental Attitudes and Children's Receptive and Expressive Language Skills, *Universal Journal of Educational Research*, 2019, 7(3): 892-903.

120. Thompson A, Hollis C, Richards D. Authoitarian parenting attitudes as a risk for conduct problems, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2003, 12: 84-91.

121. Altun DA. *Çocuk ve Aile Ruhsal Hayat Rehberi: Gelişim*, 2. Baskı. Ankara, Sezgin Mattbası, 2007: 114.

122. Güven AG, Berument SK. *Türkçe Alıcı Dil Kelime Alt Testi Kullanma Kılavuzu.* Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2010: 7-31.

123. Güven AG, Berument SK. *Türkçe İfade Edici Dil Kelime Alt Testi Kullanma Kılavuzu.* Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2010: 7-31.

124. Watkins RV, Yairi E. Language production abilities of children whose stuttering persisted or recovered, *J Speech Lang Hear Res*, 1997, 40(2): 385-399.

125. Westby CE. Language performance of stuttering and nonstuttering children, *Journal of communication disorders*, 1979, 12(2): 133-145.

126. Anderson JD, Conture EG. Language abilities of children who stutter: A preliminary study, *Journal of fluency disorders*, 2000, 25: 283-304.

127. Anderson JD, Pellowski M, Conture EG. Linguistic variables in childhood stuttering: Speech-language dissociations, *Journal of fluency disorders*, 2005, 30: 125-148.

128. Coulter CE, Anderson JD, Conture EG. Childhood stuttering and dissociations across linguistic domains: a replication and extension, *Journal of fluency disorders*, 2009, 34(4): 257-278.

129. Millager RA, Conture EG, Walden TA, Kelly EM. Expressive Language Intratest Scatter of Preschool-Age Children Who Stutter, *Contemp Issues Commun Sci Disord*, 2014, 41: 110-119.

130. Silverman S, Ratner NB. Measuring lexical diversity in children who stutter: application of vocd, *Journal of fluency disorders*, 2002, 27(4): 289- 303.

131. Kloth S, Janssen P, Kraaimaat F, Brutten GJ. Child and mother variables in the development of stuttering among high-risk children: A longitudinal study, *Journal of fluency disorders*, 1988, 23: 217-230.

132. Moncur JP. Environmental factors differentiating stuttering children from non-stuttering children, *Speech Monographs*, 1951, 18(4): 312-325.

133. Darley FL. The relationship of parental attitudes and adjustment to the development of stuttering. In: Johnson W (eds). *Stuttering in Children and Adults*. Minnesota, University of Minnesota Press, 1955, 74-153.

134. Wendell J, Boehmler RM. *The onset of stuttering; research findings and implications*. Minneapolis, Minnesota Press Üniversitesi, 1956, 3-243.

135. Despert JL. Psychosomatic study of fifty stuttering children; social, physical and psychiatric findings, *The American journal of orthopsychiatry*, 1946, 16: 100-113.

136. Glasner PJ. Personality characteristics and emotional problems in stutterers under the age of 5, *J Speech Disord*, 1949, 14(2): 135-138.

137. Eshghizadeh M, Basiri MM, Baloochi BT, Banafshe E, Najafi S, Kiyani A. Comparison of parenting style in mothers of children with and without stuttering: a case control study, *J Research Health*, 2014, 4(1): 623-629.

138. Abali O, Besikçi H, Kinali G, Tüzün ÜD. Kekemelik başlangıcında ebeveyn tutumlarının değerlendirilmesi, *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg*, 2005, 15(1): 21.

139. Nippold MA. Concomitant speech and language disorders in stuttering children: a critique of the literatüre, *J Speech Hear Disord*, 1990, 55(1): 51-60.

140. Schwartz HD, Conture EG. Subgrouping young stutterers: preliminary behavioral observations, *J Speech Hear Res*, 1988, 31(1): 62-71.

141. Ludlow CL, Loucks T. Stuttering: a dynamic motor control disorder, *Journal of fluency disorders*, 2003, 28(4): 273-295.

142. Martinez AJ. An examination of motor skills in children who stutter, Department of Educational Psychology, School Psychology, Doctoral thesis, Texas: Texas A&M University, 2012.

143. Westphal G. An experimental study of certain motor abilities of stutterers, *Child Development*, 1933, 4: 214-221.

144. Bilto EW. A comparative study of certain physical abilities of children with speech defects and children with normal speech, *Journal of Speech Disorders*, 1941, 6: 187-203.

145. Kopp H. Ozeretzky tests, *Am J Orthopsychiatry*, 1946, 16: 114-119.

146. Schilling A, Krueger W. Studies on the motoricity of children with speech disorders. According to the motometric scale of Oseretzky-Goellnitz with special regard to brain damage in early childhood, *HNO*, 1960, 8: 205-209.

147. Finkelstein P, Weisberger SE. The motor proficiency of stutterers, *J Speech Hear Disord*, 1954, 19(1): 52-58.

148. Ardila A, Rosselli M, Bateman JR, Guzman M. Neuropsychological profile of stuttering children, *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 2000, 12: 121-130.

149. Blackburn B. Voluntary movements of the organs of speech in stutterers and nonstutterers, *Psychology Monographs*, 1931, 41: 1-13.

150. Forster DC, Webster WG. Speech-motor control and interhemispheric relations in recovered and persistent stuttering, *Developmental neuropsychology*, 2001, 19(2): 125-145.

151. Max L, Caruso AJ, Gracco VL. Kinematic analyses of speech, orofacial nonspeech, and finger movements in stuttering and nonstuttering adults, *J Speech Lang Hear Res*, 2003, 46(1): 215-232.

152. Seth G. Psychomotor control in stammering and normal subjects: an experimental study, *British journal of psychology*, 1958, 49(2): 139-143.

153. Smits-Bandstra S, De Nil LF, Saint-Cyr JA. Speech and nonspeech sequence skill learning in adults who stutter, *Journal of fluency disorders*, 2006, 31(2): 116-136.

154. Vaughn CL, Webster WG. Bimanual handedness in adults who stutter, *Perceptual and motor skills*, 1989, 68(2): 375-382.

155. Webster WG. Evidence in bimanual finger-tapping of an attentional component to stuttering, *Behavioural brain research*, 1990, 37(2): 93-100.

156. Choo AL, Burnham E, Hicks K, Chang SE. Dissociations among linguistic, cognitive, and auditory-motor neuroanatomical domains in children who stutter, *Journal of communication disorders*, 2016, 61: 29-47.

157. Greiner JR, Fitzgerald HE, Cooke PA. Speech and bimanual hand organization in adults stutterers and nonstutterers, *Journal of fluency disorders*, 1984, 9: 51-65.

158. Snyder MA. Stuttering and coordination: An investigation of the relationship between the stutterer's coordination and his speech difficulty, *Logos*, 1958, 1: 36-44.

159. Rotter JB. A study of the motor integration of stutterers and nonstutterers. In: Johnson W, Leutenegger RR (eds). *Stuttering in children and adults*. Minneapolis, University of Minnesota Press, 1955, 367-376.

160. Kazanoğlu D. Türkçe Konuşan 3-7,5 Yaş Aralığındaki Kekeme Çocukların Kullandıkları Eylemlerin Dilbilimsel Özellikleri İle Akıcısızlık Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dil ve Konuşma Terapistliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 2008.

161. Vatan M. Türkçe Konuşan 2,5-9 Yaş Aralığındaki Kekeme Çocukların Kullandıkları İsimler, Sıfatlar, Zarflar, Edatlar, Bağlaçlar ve Zamirlerdeki Takılmalarının Biçim ve Cümledeki Konum Açısından İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dil ve Konuşma Terapistliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 2009.

162. Uysal AA, Fidan ST. Türkçe Konuşan Tek Dilli Kekemeliği Olan Çocukların Dil Yetileri, *Osmangazi Journal of Medicine*, 2017, 39: 31-36.

163. Spaulding TJ, Plante E, Vance R. Sustained selective attention skills of preschool children with specific language impairment: evidence for separate attentional capacities, *J Speech Lang Hear Res*, 2008, 51(1): 16-34.

164. Gathercole SE. Nonword repetition and word learning: The nature of the relationship, *Applied Psycholinguistics*, 2006, 27: 513-543.

165. Ntourou K, Conture EG, Lipsey MW. Language abilities of children who stutter: a meta-analytical review, *Am J Speech Lang Pathol*, 2011, 20(3): 163-179.

166. Byrd K, Cooper EB. Expressive and receptive language skills in stuttering children, *Journal of fluency disorders*, 1989, 14: 121-126.

167. Pujol J, Soriano-Mas C, Ortiz H, Sebastian-Galles N, Losilla JM, Deus J. Myelination of language-related areas in the developing brain, *Neurology*, 2006, 66(3): 339-43.

168. Chang SE, Zhu DC, Choo AL, Angstadt M. White matter neuroanatomical differences in young children who stutter, *Brain: a journal of neurology*, 2015, 138(3): 694-711.

169. Nippold MA. Stuttering and language ability in children: questioning the connection, *Am J Speech Lang Pathol*, 2012, 21(3): 183-196.

170. Nippold MA. Language development in children who stutter: A review of recent research, *Int J Speech Lang Pathol*, 2018: 1-9.

171. Watkins RV, Yairi E, Ambrose NG. Early childhood stuttering III: initial status of expressive language abilities, *J Speech Lang Hear Res*, 1999, 42(5): 1125-1135.

172. Darling N, Steinberg L. Parenting Style as Context: An Integrative Model, *Psychological Bulletin*, 1993, 13(3): 487-496.

173. Nanthamongkolchai S, Ngaosusit C, Munsawaengsub C. Influence of parenting styles on development of children aged three to six years old, *J Med Assoc Thai*, 2007, 90(5): 971-976.

174. Goldman R, Shames GH. Comparisons of the Goals That Parents of Stutterers and Parents of Nonstutterers Set for Their Children, *J Speech Hear Disord*, 1964, 29: 381-389.

175. Yairi E, Williams DE. Reports of parental attitudes by stuttering and by nonstuttering children, *Journal of speech and hearing research*, 1971, 14(3): 596-604.

8. EKLER

EK-1. Etik Kurul Onay Formu

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
ETİK KURULU
PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları bölümü öğrencilerinden Gizem Nur TOPSAKAL'ın "Kekemeliği Olan Okul Öncesi Çocuklarda Denver II Gelişimsel Tarama Testi, TİFALDİ Testi Bulgularının ve Ebeveyn Tutumunun Değerlendirilmesi " adlı araştırması değerlendirilmiştir.*(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)*

Proje etik açısından uygun bulunmuştur. — TİFALDİ ve DENVER testlerini uygulamak için eğitim ve sertifika sahibi olunması

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir. — TCK 134-139 gereği TC, ad soyad gibi bilgilerin katılımcılardan alınmama kaydıyla

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

AYBÜ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	2017/12
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	19.12.2017
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	17.01.2018/26
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	**Başkan**	
Prof. Dr. Tekin AKDEMİR	**Üye**	
Prof. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	**Üye**	
Prof. Dr. Seldağ GÜNEŞ PESCHKE	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Özge GÖKBULUT ÖZDEMİR	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Fatma DOĞAN GÜZEL	**Üye**	F.D.
Yrd. Doç. Dr. Behlül TOKUR	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Şule ÇEKİÇ KAYA	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN	**Üye**	

EK-2. Ön Bilgi Formu

Adı-Soyadı: **Değerlendirme Tarihi:**

Cinsiyet: **Kayıt No:**

Doğum Tarihi:

İletişim Numarası:

Annenin eğitim düzeyi:

Okuryazar Değil ( ) İlköğretim ( ) Lise( ) Üniversite ( ) Yüksek Lisans ( ) Doktora ( )

Babanın eğitim düzeyi:

Okuryazar Değil ( ) İlköğretim ( ) Lise( ) Üniversite ( ) Yüksek Lisans ( ) Doktora ( )

Anne ; **Baba;**

Çalışıyor( ) Çalışmıyor( ) Çalışıyor( ) Çalışmıyor( )

Çocuğunuz zamanının çoğunu kiminle ve nerede geçiriyor?

Anne/Baba ( ) Aile Büyükleri ( ) Bakıcı ( )

Ev( ) Kreş ( )

Ailenin yapısı; ……..…...…….Çekirdek Aile ( ) Geniş Aile ( )

Kardeş Sayısı ; 2 den az ( ) 2-4 ( ) 4-6 ( ) 6+ ( )

Anne ve baba arasında akrabalık var mı?……....Evet( ) Hayır( )

Anne ve babada kan uyuşmazlığı var mı? ……..…… Evet( ) Hayır( )

Ailede konuşulan başka dil var mı? …….Evet( ) Hayır( )

Ailede aşağıda belirtilen sorunları olan bireyler var mı? Varsa çocukla yakınlık derecesi ve sorunu?

Dil ve veya konuşma problemi…… ……...……...Evet( ) Hayır( )

İşitme problemi…….. Evet( ) Hayır( )

Zihinsel özür…….…. Evet( ) Hayır( )

Öğrenme güçlüğü……..……. Evet( ) Hayır( )

Fiziksel özür…….…….. Evet( ) Hayır( )

Hamilelik boyunca annenin sağlık durumu nasıldı?

Normal( ) Problemli ( ) Kızamıkçık ( ) Röntgen ( ) Kaza ( ) Travma ( )

Hamilelik boyunca anne ilaç kullandı mı? ……...……..Evet( ) Hayır( )

Cevap evet ise: Niçin? …… …
Neler?.....

Çocuğunuzun doğumu nasıl gerçekleşti?

Normal doğum ( ) Erken doğum ( ) Geç doğum ( ) Sezaryen ( ) Diğer (vakum, forseps) ( )

Doğumda herhangi bir sorunla karşılaşıldı mı?(Sarılık kordon dolanması solunum zorluğu kuvöz v.b)

Evet( ) Hayır( )

Cevap evet ise: Neler?.....

Çocuğunuzun geçirdiği hastalıklar veya kazalar ve tedavileri : (yüksek ateş, havale; düşme veya çarpmaya bağlı bir travma; sarılık,
vb.)……...…….

Çocuğunuzun başka herhangi bir problemi var mı (psikolojik, nörolojik, zihinsel gelişim)?

Evet( ) Hayır( )

Çocuğunuzun davranış ya da alışkanlık bozuklukları var mı?(Altını ıslatma parmak emme saldırganlık içe kapanıklık v.b) ……..Evet( ) Hayır( )

Cevap evet ise: Neler?.....

Çocuğunuzda konuşma akıcılığı problemi olduğunu düşünüyor musunuz?.....Evet( ) Hayır( )

Cevap evet ise:

Problemin başlangıç yaşı nedir?.....

Çocuğunuz bu problemin farkında mı? ……..……...…...Evet( ) Hayır( )

Sizce bu probleme ne sebep olmuş olabilir?

Korku( ) Taklit( ) Bilinmiyor( ) Diğer( )……..

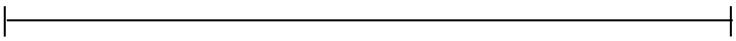
Problemin başlama şeklini nasıl tanımlarsınız?

Ani( ) Yavaş yavaş( )

Başlangıçtan itibaren problemin değişimini nasıl tanımlarsınız?

Azalan şiddette( ) Aynı şiddette( ) Artan şiddette( )

Problemin şiddetini aşağıdaki ölçek (Görsel Analog Ölçek /VAS) üzerinde işaretleyiniz.



0 **10**

Kekemelik olmaması — çok yoğun kekemelik olması

Problem ne kadar zamandır devam etmekte?

6 aydan az( ) 6 ay( ) 12 ay( ) 24 ay( ) 24 aydan fazla( )

Problemin sıklığını nasıl tanımlarsınız?

Ara ara ( ) Sürekli( )

Çocuğunuz aşağıdaki konuşma davranışlarından hangisi ya da hangilerini sergilemektedir?

Konuşma sırasında heceleri tekrar eder(Örn: ya-ya-yarın) …...……....Evet( ) Hayır( )

Konuşma sırasında kelimeleri tekrar eder(Örn:yarın-yarın-yarın) …...…..……... Evet( ) Hayır( )

Konuşma sırasında kelimeleri uzatır (Örn: yaaaa-rın) ……..…Evet( ) Hayır( )

Konuşma sırasında sessizlik veya bloklar oluşturur (Örn:_____yarın) ……..…..Evet( ) Hayır( )

Hızlı konuşur……..……...……Evet( ) Hayır( )

Konuşma durumlarından kaçınır……Evet( ) Hayır( )

Konuşurken göz kontağı kurmaktan kaçınır…….……..…...….Evet( ) Hayır( )

Konuşmaya fiziksel davranışlar eşlik eder…….....…...Evet( ) Hayır( )

EK-3. Konuşma Değerlendirme Formu

Toplam Hece Sayısı		Kekelenen Hece Sayısı		Kekelenen Hece Yüzdesi KH%	

A. Konuşmada Gözlenen Birincil Davranışlar

Tekrarlama

Ses		**Ses**		**Ses**	
Hece		**Hece**		**Hece**	
Sözcük		**Sözcük**		**Sözcük**	

Uzatma

Ses		**Ses**		**Ses**	
Hece		**Hece**		**Hece**	
Sözcük		**Sözcük**		**Sözcük**	

Ekleme

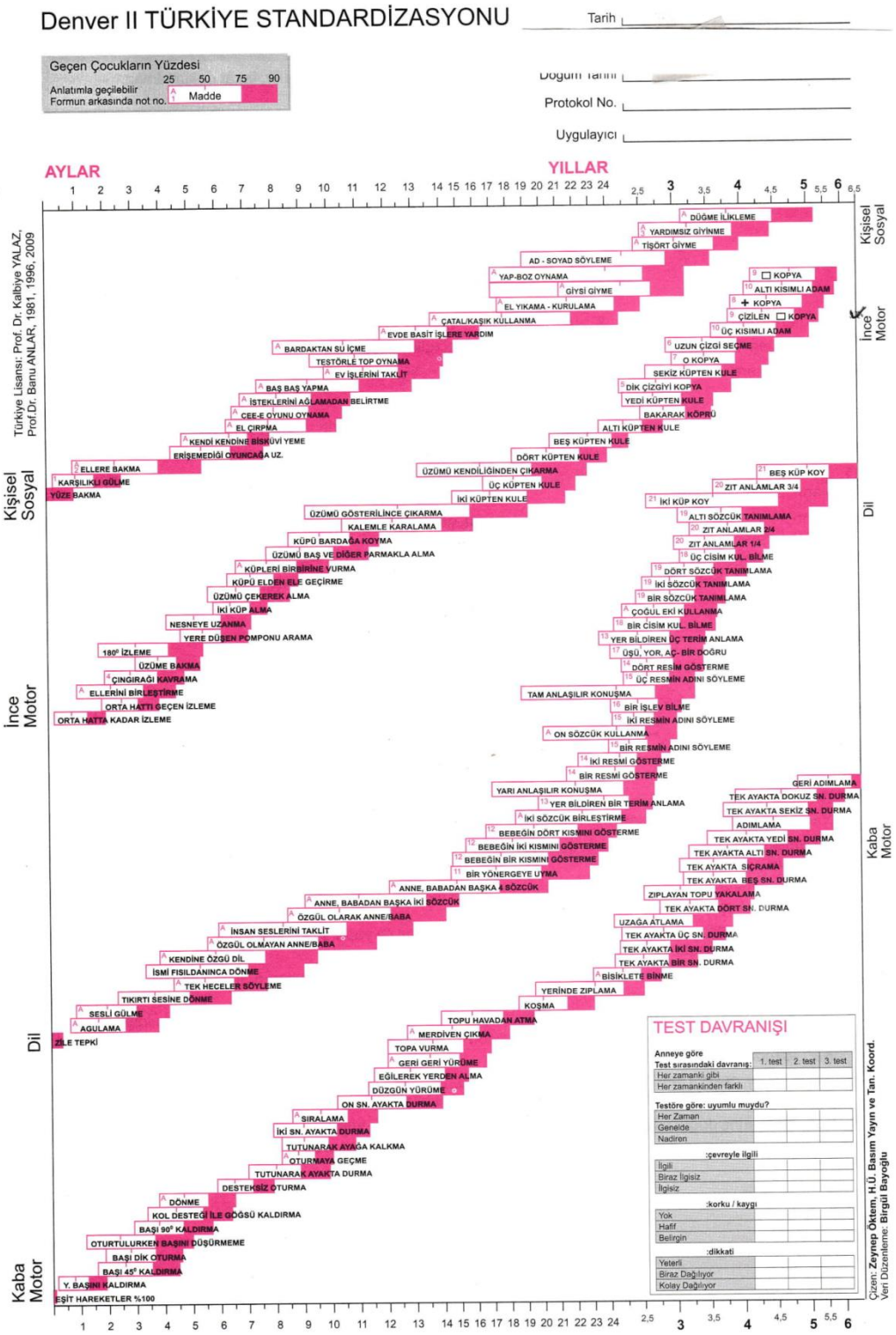
Ses		**Ses**		**Ses**	
Hece		**Hece**		**Hece**	
Sözcük		**Sözcük**		**Sözcük**	

Bloklaşma

Ünlü sesler		**Sözcük başı**		**Sözcük ortası**		**Cümle başı**		**Cümle ortası**	
Ünsüz sesler		**Sözcük başı**		**Sözcük ortası**		**Cümle başı**		**Cümle ortası**	

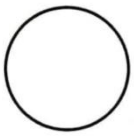
A. Konuşmada Gözlenen İkincil Davranışlar

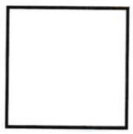
EK-4. Denver II Uygulama Formu



Test verilişi için yönergeler

1. Gülümseyerek, konuşarak ya da el sallayarak çocuk gülümsetilmeye çalışılır, fakat dokunulmaz.
2. Çocuk kendi eline birkaç saniye bakmalıdır.
3. Çocuk ayakkabılarını bağlayamayabilir veya arkasındaki düğmeyi, fermuarı kapatamayabilir.
4. Parmakların arkasına ya da ucuna dokunulduğunda çıngırağı yakalarsa geçer.
5. Çizgi, uygulayıcının çizdiğinden 30 derece ya da daha az eğimde olursa geçer.



7. Herhangi bir kapalı şekil geçer. Devamlı yuvarlak hareketler kalır.

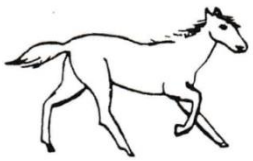
6. Hangi çizgi daha uzun? Kağıdı çevirip bir kez daha sorun.

8. Çaprazlaşan çizgiler geçer.

9. Önce şekilleri göstererek çocuğa kopya ettirin; yapamazsa çizerek gösterin.

7., 8. ve 9. maddeleri verirken adını söylemeyin. 7 ve 8'de şekillerin yapılışını göstermeyin.

10. İnsan çizme skorlamasında çift organlar (2 kol, 2 bacak, vb.) tek parça olarak sayılır.
11. Çocuğa küp vererek "bunu anneye ver", "bunu yere koy", "bunu masaya koy" yönergelerini sırayla verin. En az birini yapabilirse geçer.
12. Bebeği kullanarak çocuğa deyin ki: Bana burnunu, gözünü, kulağını, ağzını, elini, ayağını, karnını, saçını göster. Kaç kısım gösterdiğini kaydedin.
13. Çocuğu ayağa kaldırın. Eline küp vererek" bunu masanın altına koy", "bunu masanın üstüne koy", "bunu annenin arkasına koy", "bunu annenin önüne koy" yönergelerini sırayla verin. Üçünü bilen, "yer bildiren bir terim anlama" maddesinde de geçer.




14. Önce "resmin adını söyleme" maddesini verin (Bk. 15) Üç taneden az isim söylerse resimler çocuğun önünde iken "bana kuşu, kediyi,... göster" deyin. Kaçını bildiğini kaydedin.
15. Resimleri gösterin ve adını söylemesini isteyin (sadece ses çıkarırsa puan verilmez). Kaçını bildiğini kaydedin.
16. Resimleri kullanarak çocuğa şunları sorun: "Hangisi uçar?,... miyav der?,... konuşur?,... havlar?, ... dört nala koşar?" Bir tanesini bilirse geçer.
17. "Üşüdüğün zaman ..., yorulduğun zaman ..., acıktığın zaman ne yaparsın?" diye sorun. Bir tanesini bildiğinde ilgili maddeden geçer.
18. "Bardakla ne yapılır?, Sandalye ile ne yapılır?, Kalemle ne yapılır?" diye sorun. İşlev tanımlayan sözler doğru yanıt olarak kabul edilmelidir.
19. "Top, deniz, masa, ev, elma, perde, merdiven, tavan nedir?" diye sorun. Kullanım, şekil, yapıldığı madde, genel sınıflama (örneğin, "elma meyvadır" gibi,"kırmızı" değil) açısından tanımlayıcı sözler geçer. Kaç sözcük bildiğini kaydedin.
20. "At büyüktür, peki ya fare?", "Ateş sıcaktır, peki ya buz?", "Anne bir kadındır, peki ya baba?", "Güneş gündüz çıkar, peki ya ay?", diye sorun. Kaçını bildiğini kaydedin.
21. Kağıdın üzerine doğru sayıda küp koyar ve "kağıdın üzerinde kaç küp var? sorusunu doğru yanıtlarsa geçer.

■ Gözlemler :

EK-5. TİFALDİ Alıcı Dil Testi Puanlama Formu

TİFALDİ ALICI DİL KELİME ALT TESTİ PUANLAMA FORMU

Adı: **Uygulama Tarihi:**
Soyadı: **Doğum Tarihi:**
Cinsiyeti: **Yaş:**
Uygulayan:

Başlangıç Noktası	Sıra	Kelime	Hedef	Cevap	Başlangıç Noktası	Sıra	Kelime	Hedef	Cevap
DENEME 1		Kedi	4			39	Paten	4	
DENEME 2		Yatak	3			40	Vazo	3	
2 yaş başlangıcı	1	Televizyon	2			41	Cetvel	2	
	2	Yılan	4			42	Fincan	3	
	3	Kapı	1			43	Çatı	3	
	4	Pasta	3			44	Ceza	4	
	5	Parmak	4		7 yaş başlangıcı	45	Yunus	3	
	6	Salıncak	3			46	Bakmak	1	
	7	Mandal	1			47	Keçi	3	
	8	Çanta	2			48	Kask	2	
	9	Kurbağa	3			49	Ok	2	
	10	Simit	1			50	Zarf	4	
3 yaş başlangıcı	11	Yastık	3			51	Düdük	4	
	12	Öpmek	3			52	Roket	1	
	13	Tabak	4			53	Orman	4	
	14	Soğan	1			54	Teleskop	1	
	15	Tavuk	4			55	Pervane	3	
	16	Armut	3			56	Şelale	2	
	17	Maymun	3		7 yaş başlangıcı	57	Dalmak	2	
	18	Asmak	4			58	Küvet	3	
	19	Sabun	4			59	Doktor	4	
	20	Hortum	2			60	Dalgıç	2	
4 yaş başlangıcı	21	Bilezik	3			61	Öğretmen	1	
	22	Yalnız	4			62	Palet	1	
	23	Lastik	2			63	Utangaçlık	3	
	24	Kravat	2			64	Sirk	3	
	25	Güç	2			65	Ceviz	3	
	26	Koyun	3			66	Elips	4	
	27	Koşmak	2			67	Fidan	1	
	28	Sinek	1			68	Vedalaşmak	4	
	29	Ayakkabı	3						
	30	Kemer	4						
	31	Mutluluk	2						
	32	Kilit	2						
5 yaş başlangıcı	33	Zincir	3						
	34	Postacı	2						
	35	Yazmak	1						
	36	Papatya	2						
	37	Kafes	1						
	38	Tehlike	4						

Başlangıç Noktası	Sıra	Kelime	Hedef	Cevap
8 yaş başlangıcı	69	Silindir	1	
	70	Felaket	3	
	71	Galibiyet	4	
	72	Fabrika	1	
	73	Dikdörtgen	3	
	74	Devirmek	2	
	75	Gitar	3	
	76	Halat	3	
	77	Heyecan	2	
	78	Yelken	3	
	79	Yarım	4	
	80	Verimlilik	2	
9-10 yaş başlangıcı	81	Raket	4	
	82	Piramit	4	
	83	Göl	2	
	84	Tır	2	
	85	Ada	1	
	86	Fıçı	3	
	87	Sedye	4	
	88	Vagon	4	
	89	Horon	2	
	90	Sehpa	3	
11-12 yaş başlangıcı	91	Baraj	2	
	92	Ekmek	2	
	93	Hamal	1	
	94	Pul	2	
	95	Onarmak	4	
	96	Mezura	2	
	97	Bere	3	
	98	Sal	3	
	99	Zıt	2	
	100	Viyadük	1	
	101	Faraş	4	
	102	Lamba	2	
	103	Pulluk	1	
	104	Radyatör	2	

Kronolojik Yaş	Ham Puan	Standart Puan	Eşdeğer Yaş

EK-6. TİFALDİ İfade Edici Dil Testi Puanlama Formu

TİFALDİ İFADE EDİCİ DİL KELİME ALT TESTİ PUANLAMA FORMU

Adı: **Uygulama Tarihi:**
Soyadı: **Doğum Tarihi:**
Cinsiyeti: **Yaş:**
Uygulayan:

	Sıra	Kelime	Doğru	Hedef kelime dışı söylemler
2 yaş	**1**	Köpek		
	2	Anahtar		
	3	Çatal		
	4	Makas		
	5	Dondurma		
	6	Sandalye		
3 yaş	**7**	Kelebek		
	8	Şemsiye		
	9	Ağaç		
	10	Yıldız		
	11	Bayrak		
	12	Pantolon		
	13	Üzüm		
	14	Tren		
4 yaş	**15**	Masa		
	16	Merdiven		
	17	Gemi		
	18	Fil		
	19	Süpürge		
	20	Havuç		
	21	Kaplumbağa		
	22	Yaprak		
	23	Yumurta		
	24	İnek		
	25	Sepet		
	26	Mısır		
5 yaş	**27**	Otobüs		
	28	Güneş		
	29	Uçurtma		
	30	Eldiven		
	31	Kamyon		
	32	Tavşan		
	33	Bulut		
	34	Mum		
	35	Askı		
	36	Çadır		
	37	Zürafa		
	38	Helikopter		

	Sıra	Kelime	Doğru	Hedef kelime dışı söylemler
6 yaş	**39**	Gül		
	40	Limon		
	41	Burun		
	42	Kulak		
	43	Atkı		
	44	Mantar		
	45	Dünya		
	46	Dağ		
7 yaş	**47**	Hemşire		
	48	Timsah		
	49	Çekiç		
	50	Örümcek		
	51	Düğme		
	52	Geyik		
	53	Dürbün		
	54	Köprü		
8-9 yaş	**55**	Traktör		
	56	Terazi		
	57	Tornavida		
	58	Fermuar		
	59	Piyano		
	60	Yarasa		
10-12 yaş	**61**	Olta		
	62	Testere		
	63	Paraşüt		
	64	Taç		
	65	Yelpaze		
	66	Kale		
	67	Tank		
	68	Rende		
	69	Astronot		
	70	Değirmen		
	71	Balerin		
	72	Sapan		
	73	Tünel		
	74	Petek		
	75	Makara		
	76	Hamak		
	77	Vantilatör		
	78	Merdane		
	79	Fırça		
	80	Havan		

Kronolojik Yaş	Ham Puan	Standart Puan	Eşdeğer Yaş

EK-7. Ebeveyn Tutum Ölçeği

EBEVEYN TUTUM ÖLÇEĞİ (ETÖ)

Cümleleri okuduktan sonra o ifadenin size ne kadar uyduğunu aşağıdaki 5 seçenekten birinin altındaki kutucuğa işaret koyarak belirtiniz. Örneğin, okuduğunuz ifade size tamamiyle uyuyorsa **"her zaman böyledir"** seçeneğini, size çoğunlukla uyuyorsa **"çoğu zaman böyledir"** seçeneğini, bazen uyuyorsa **"bazen böyledir"** seçeneğini, size çok az uyuyorsa **"nadiren böyledir"** seçeneğini ya da size hiç uymuyorsa, **"hiçbir zaman böyle değildir"** seçeneğini işaretleyebilirsiniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış yoktur, sadece size uyan seçeneği işaretlemeniz gerekiyor. Araştırma için, bütün soruların cevaplandırılması çok önemlidir. Bu nedenle, bazı ifadeler size benzer gelse de lütfen hepsini mutlaka cevaplandırınız. 2-6 yaş arasında birden fazla çocuğunuz varsa, lütfen soruları çocuklardan **sadece birisi** için cevaplandırınız.

	Her zaman böyledir	Çoğu zaman böyledir	Bazen böyledir	Nadiren böyledir	Hiçbir zaman böyle değildir
Cümleler……		X			

		5	4	3	2	1
	CÜMLELER	Her zaman böyledir	Çoğu zaman böyledir	Bazen böyledir	Nadiren böyledir	Hiçbir zaman böyle değildir
1	Ben bir başkasıyla konuşurken çocuğumun araya girmesine izin veririm.					
2	Çocuğumun kendine özgü bir bakış açısı olduğunu kabul ederim.					
3	Çocuğumla aynı fikirde olmadığımız zaman, benim fikirlerimi kabul etmesi için onu zorlarım.					
4	Çocuğumu, hayatın ufak tefek güçlüklerinden korurum.					
5	Çocuğuma bağımsız olmayı öğrenmesi konusunda yardımcı olurum.					
6	Çocuğuma, kurallara neden uyması gerektiğini açıklarım.					
7	Çocuğuma yaptığı şeyin önemli olduğunu hissettiririm.					
8	Çocuğumu, kendisi için yorucu olabilecek işlerden korurum.					
9	Çocuğum söz dinlemediğinde ona vururum.					
10	Çocuğumun iyi ve kötü davranışı karşısında neler hissettiğimi ona açıklarım.					
11	Çocuğumu yola getirmek için onu azarlarım.					
12	Çocuğuma karşı koruyucu davranırım.					
13	Çocuğum iyi davrandığında onu överim.					
14	Çocuğumun kişisel görüşlerine saygı gösteririm.					
15	Çocuğumu bir şeyleri kendi başına yapması konusunda cesaretlendiririm.					
16	Arkadaşları çocuğuma sataştığı zaman onu korurum.					
17	Çocuğumun başkaları konuşurken araya girmesine izin veririm.					
18	Çocuğumun cinsel konularda sorduğu soruları anlayacağı bir dilde doğru olarak cevaplarım.					
19	Çocuğum yanlış bir şekilde davrandığında ona bağırırım.					
20	Ebeveynlik konusunda bir yanlış yaptığımda çocuğumdan özür dilerim.					
21	Çocuğumu, kendisi için zor olabilecek işlerden korurum.					
22	Çocuğumun hastalanmasından endişe ederim.					

	CÜMLELER	Her zaman böyledir	Çoğu zaman böyledir	Bazen böyledir	Nadiren böyledir	Hiçbir zaman böyle değildir
23	Çocuğumun duygularını serbestçe ifade etmesine izin veririm.					
24	Çocuğumun istediği saatte uyumasına izin veririm.					
25	Çocuğum yanlış davrandığında, bunun neden yanlış olduğunu ona açıklarım.					
26	Çocuğuma kızdığımda çocuğumu cezalandırırım.					
27	Fiziksel cezayı, çocuğumu disipline sokmanın bir yolu olarak kullanırım.					
28	Çocuğumun hayal kırıklığına uğramaması için elimden geleni yaparım.					
29	Çocuğumun büyüdükçe yeni şeyler denemeyi göze alması gerektiğine inanırım.					
30	Çocuğumun her şeyi yapmasına izin veririm.					
31	Çocuğumun yanlış davranışını görmezden gelirim.					
32	Çocuğumu başka çocuklarla kıyaslarım.					
33	Çocuğumun şımarıklıklarına göz yumarım.					
34	Çocuğumu şımartırım.					
35	Çocuğuma karşı çabuk öfkelenirim.					
36	Çocuğum bana bir şey anlatırken sözünü kesmeden dinlerim.					
37	Çocuğuma bir şey alırken onun da fikrini alırım.					
38	Çocuğumla her konuyu konuşabilirim.					
39	Çocuğuma karşı sabırsızım.					
40	En ufak bir hatasında, çocuğumu cezalandırırım.					
41	Çocuğum için hemen hemen bütün eğlencelerimden fedakarlık ederim.					
42	Çocuğumun kendi başına becerebileceği şeyleri denemesi için ona fırsat tanırım.					
43	Çocuğuma bana sormaksızın şahsi eşyalarımdan herhangi birini alıp kullanmasına izin veririm.					
44	Evimizde hangi televizyon programının izleneceği, çocuğumun isteğine göre belirlenir.					
45	Çocuğumu yapabileceğinden fazlasını yapması için zorlarım.					
46	Çocuğumu, onun cesaretini kırabilecek zor işlerden uzak tutarım.					

EK-8. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Gizem Nur TOPSAKAL
Doğum tarihi	: 24.09.1990
Doğum yeri	: Ankara
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Programı, Ankara
Tel	: 0 506 935 76 24
Faks	: -
E-mail	: gizemnuriplikci@hotmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Yunus Emre Lisesi / Ankara
Lisans	: Karadeniz Teknik Üniversitesi/Biyoloji Bölümü : Ahmet Yesevi Üniversitesi/Endüstri Mühendisliği
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: -
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
-	