



T.C.

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**KEKEMELİK TANISI OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE SOSYAL KAYGI VE
DEPRESYON DÜZEYLERİNİN, AİLELERİN ÇOCUK YETİŞTİRME
TUTUMLARININ VE ANNE BABALARINDAKİ PSİKİYATRİK BELİRTİLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Abdullah KARATAŞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Hatice ALTUN

KAHRAMANMARAŞ-2018



T.C.

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**KEKEMELİK TANISI OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE SOSYAL KAYGI VE
DEPRESYON DÜZEYLERİNİN, AİLELERİN ÇOCUK YETİŞTİRME
TUTUMLARININ VE ANNE BABALARINDAKİ PSİKİYATRİK BELİRTİLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

HAZIRLAYAN

Dr. Abdullah KARATAŞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Hatice ALTUN

KAHRAMANMARAŞ-2018

T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na

Arş. Gör. Dr. Dr. Abdullah KARATAŞ tarafından hazırlanan “Kekemelik tanısı olan Çocuk ve Ergenlerde Sosyal Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin, Ailelerin Çocuk Yetiştirme Tutumlarının ve Anne Babalarındaki Psikiyatrik Belirtilerin Değerlendirilmesi” adlı bu tezin Tıpta Uzmanlık tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Dr. Öğr. Üyesi Hatice ALTUN

Danışman

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile Tıp Fakültesi Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında Tıpta Uzmanlık tezi olarak 24./12./2018 tarihinde kabul edilmiştir.

Tez Değerlendirme Jüri Tutanağı:			İmza:
Başkan	Dr. Öğr. Üy. Hatice ALTUN	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
Üye	Doç. Dr. Cem GÖKÇEN	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
Üye	Doç. Dr. Ebru FINDIKLI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tarih : 24 / 12 / 2018

Dekan



Bu tez, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi tez yazım ve basım yönergesine uygundur.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresi boyunca ilgili, Şefkatli tutumuyla gerek bilimsel bilgi, klinik deneyim gerekse insani ve ahlaki değerler konusunda çok Şey öğrendiğim, bu tezin planlanmasından baskıya verilmesine kadar her aŐamada yardımını esirgemeyen anabilim dalı başkanımız ve tez danışmanım olan Dr.Ögr.Üyesi Hatice ALTUN'a,

Rotasyonlarım sırasında birlikte çalışma fırsatı bulduğum, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakóltesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve Çocuk Nörolojisi Ana Bilim Dalı Öğretim Üyeleri hocalarıma,

Uzmanlık eğitimim süresince daima yakın destek ve dostluklarını gördüğüm asistan arkadaşlarıma,

Benim için her türlü maddi ve manevi fedakarlığı yapan ve her zaman yanımda olan aileme,

Tezimin her aşamasında anlayıŐı, sonsuz desteği ve sabırı ile hep yanımda olan, hayatı onunla paylaşmaktan gurur ve sonsuz mutluluk duyduğum sevgili Őafak KARATAŞ'a ve dünyaya geliŐiyle hayatıma ayrı bir anlam katan canım oğlum Kaan'a,

Sonsuz teşekkür ve minnettarlıklarımı sunarım.

Dr. Abdullah KARATAŞ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar LİSTESİ.....	ii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	iv
KISALTMALAR	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kekemelik.....	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.1.1. Sözlük Tanımı.....	3
2.1.1.2. İçsel Tanım.....	4
2.1.1.3. Gözlemsel Tanım	4
2.1.2. Kekemelik Epidemiyoloji.....	4
2.1.3. Tanı Kriterleri.....	5
2.1.4. Kekemelik Sınıflandırma.....	6
2.1.5. Kekemelik Etyoloji.....	7
2.1.5.1. Kekemelik ve Patofizyoloji.....	8
2.1.5.2. Kekemelik ve Genetik.....	9
2.1.5.3. Kekemelik ve Motor Süreçler	10
2.1.5.4. Kekemelik ve Psikolojik Kuramlar.....	10
2.1.6. Kekemelik ve Psikososyal Morbidite	13
2.1.6.1. Kekemelik ve Sosyal Anksiyete	13
2.1.7. Ayırıcı Tanı	16
2.1.8. Tedavi	17
2.1.8.1. Farmakolojik Tedavi	17
2.1.8.2. Farmakolojik Olmayan Tedaviler	18
2.2. Aile Tutumları	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Türü ve Etik Yönü	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.4. Verilerin Toplanması.....	24
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	24
3.4.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY).....	25
3.4.3. Çocuklar için Depresyon Envanteri (CDI).....	25
3.4.4. Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği-Yenilenmiş Biçim (ÇSAÖ-Y) (Social Anxiety Scale for Children-Revised).....	26
3.4.5. Güçler ve Güçlükler Anketi ebeveyn formu (GGA).....	26
3.4.6. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (Parental Attitude Research Instrument-PARI).	27
3.4.7. Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) (Symptom Checklist-90-Revised).....	27
3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	28
4. BULGULAR.....	30
4.1. Sosyodemografik veriler ile ilgili bulgular.....	30
4.2. Sosyal Kaygı ve Depresyon Ölçeği ile İlgili Bulgular	36
4.3. GGA, PARI ve SCL-90-R ölçekleri ile ilgili bulgular.....	37
4.4. Klinik değişkenler arasındaki korelasyonlar	40
5. TARTIŞMA	50
5.1. Araştırmanın sınırlılıkları	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	56
7. KAYNAKLAR.....	58
8. EKLER	69
9. ÖZGEÇMİŞ	84

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Hasta ve kontrol grubunun yaşı, ebeveyn yaşı, kardeş sayısı ve kaçınıcı çocuk olduğu ile ilgili bulgular	30
Tablo 2: Hasta ve kontrol grubunun cinsiyet, ikamet edilen yer, anne ve baba eđitimi, akrabalık, ailenin gelir dűzeyi ve aile tipi ile ilgili bulgular	31
Tablo 3: Hasta ve kontrol grubunun anne ve babasındaki ruhsal hastalık ۆykűsű	33
Tablo 4: Hasta ve kontrol grubunun annelerinin gebeliği sırasında yaşıadığı tıbbi ve psikososyal sorunlar	32
Tablo 5: Hasta ve kontrol grubunda; annenin gebelikteki sigara, alkol ilaç kullanımı ve çocuđun dođum Őekli, prematűr dođum ۆykűsű, ilaç kullanımı ile ilgili bulgular.....	34
Tablo 6: Kekemelik tanısı olan hasta gruptaki komorbid psikiyatrik hastalık tanıları	35
Tablo 7: Hasta ve kontrol grubundaki çocukların toplam sosyal kayđı puanları ile ilgili bulgular.....	36
Tablo 8: Hasta ve kontrol grubundaki çocukların toplam depresyon puanları ile ilgili bulgular	36
Tablo 9: Hasta grubundaki ocuk ve ergenlerin yaşı ve toplam sosyal kayđı puanı ile ilgili bulguları	37
Tablo 10: Hasta ve kontrol grubunun GGA alt boyut ۆlek puanlarıyla ilgili bulgular	37
Tablo 11: Hasta ve kontrol grubunda; Aile Hayatı ve ocuk Yetiştirme Tutumu ۆleđi (Parental Attitude Research Instrument-PARI) alt boyut puanlarıyla ilgili bulgular.....	38
Tablo 12: Hasta ve kontrol grubunun SCL-90R alt boyut ۆlek puanlarıyla ilgili bulgular....	39
Tablo 13: Hasta grubundaki çocukların komorbid hastalık varlığı ile GGA alt boyut puanları ile ilgili bulguları	40
Tablo 14: GGA alt boyut puanları ile toplam depresyon puanı ve toplam sosyal kayđı puanları arasındaki korelasyon.....	40
Tablo 15: PARI alt boyut puanları ile toplam depresyon ve sosyal kayđı puanları arasındaki korelasyon	42
Tablo 16: SCL-90-R alt boyut puanları ile toplam depresyon puanı ve toplam sosyal kayđı puanları arasındaki korelasyon.....	43
Tablo 17: PARI alt boyut puanları ile GGA alt boyut puanları arasındaki korelasyon	46
Tablo 18: SCL-90-R alt boyut puanları ile GGA alt boyut puanları arasındaki korelasyon...47	

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Kekemelik tanısı olan çocuk ve ergenlerde komorbid psikiyatrik hastalık tanılarının oranları 35



KISALTMALAR

WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
APA	: American Psychiatric Association
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GGA	: Güçler ve Güçlükler Anketi
GGA -EB	: Güçler ve Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu
SDQ	: Strength and Difficulties Questionnaire
AHÇYTÖ	: Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği
PARI	: Parental Attitude Research Instrument
SCL-90-R	: Semptom Tarama Listesi
ICD	: International Classification of Diseases
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
6-FDOPA	: Fluorinli Dopamin Prekürsörü
fMRI	: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Grafisi
NO	: Nitrik Oksit
MDA	: Malondialdehit
MZ	: Monozigot
DZ	: Dizigot
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
ÇDŞG-ŞY-T	: Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-türkçe uyarlaması
KSADS-PL	: Schedule for affective disorders and schizophrenia for school aged children, present and lifetime version
CDI	: Çocuklar için Depresyon Envanteri
ÇSAÖ-Y	: Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği-Yenilenmiş Biçim

**KEKEMELİK TANISI OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE SOSYAL KAYGI VE
DEPRESYON DÜZEYLERİNİN, AİLELERİN ÇOCUK YETİŞTİRME
TUTUMLARININ VE ANNE BABALARINDAKİ PSİKİYATRİK BELİRTİLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Tıpta Uzmanlık Tezi)

Dr. Abdullah KARATAŞ

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ARALIK 2018

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, kekemelik tanısı olan çocuk ve ergenlerin sosyal kaygı ve depresyon düzeyleri ile ailelerin çocuk yetiştirme tutumları ve anne babalarındaki psikiyatrik belirtilerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Metod: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran ve yapılan psikiyatrik muayenede Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı- 5. Baskına (DSM-5) göre kekemelik tanısı alan 8-18 yaş arası 48 erkek, 17 kız olmak üzere 65 çocuk ve ergen hasta ile yaş ve cinsiyet eşleştirilmiş 46 erkek, 19 kız olmak üzere 65 sağlıklı çocuk ve ergen çalışmaya alındı. Hasta grubunun komorbid psikiyatrik tanıları DSM-5'e göre belirlendi. Tüm hasta ve kontrol grubundaki çocuk ve ergenlere Sosyal Kaygı Ölçeği ve Kovaks Depresyon Ölçeği doldurtuldu. Tüm katılımcıların ebeveynlerinden, Sosyodemografik Veri Formu, Güçler ve Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu (GGA:EB), Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (AHÇYTÖ), Semptom Tarama Listesi (SCL-90-R) doldurması istendi.

Bulgular: Kekemelik tanısı olan çocuk ve ergenlerin yaş ortalaması 10.89 ± 2.54 , kontrol grubunun yaş ortalaması 11.13 ± 2.32 idi. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık yoktu ($p > 0.05$). Kekemelik tanılı çocuk ve ergenlerde başta anksiyete bozuklukları olmak üzere diğer psikiyatrik hastalıkların eşlik etme oranı yüksekti. Çalışmamızın hasta grubundaki çocukların toplam sosyal kaygı puanı, kontrol grubundaki sağlıklı çocuklara göre anlamlı şekilde daha yüksek bulundu ($p = 0,000$). Her iki grubun depresyon ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p > 0.05$). Hasta grubunda GGA'nın emosyonel, akran sorunu, prososyal alt ölçeklerinin puanı ve toplam sorun puanı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu (tümü için $p < 0.05$).

Hasta grubunun annelerinde AHÇYTÖ alt boyutlarından aşırı annelik-aşırı koruyuculuk, geçimsizlik-aile içi çatışma, sıkı disiplin-artık boyut puanları kontrol grubundaki annelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi (tümü için $p<0.05$). Araştırmaya katılan ebeveynlerin psikiyatrik belirtilerinin SCL-90-R ile değerlendirilmesinde hasta gruptaki annelerin somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, psikotizm, ek skalalar ve toplam belirti alt alanlarında kontrol grubu annelerinden anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahip oldukları bulundu (tümü için $p<0.05$). 11 yaş üstü kekemelik grubu olgularında toplam sosyal kaygı puanının yaşça daha küçük olgulara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p=0.024$).

Sonuç: Çalışma sonuçlarımız kekemeliğin kişideki konuşma semptomlarının çok ötesinde diğer ruhsal bozukluk ya da sıkıntılarla iç içe girebildiğini göstermiştir. Çalışmamızda kekemeliği olan çocuk ve ergenlerde, sosyal kaygı seviyesinin yüksek ancak depresyon seviyelerinin benzer olduğu, emosyonel ve davranışsal sorunlarının yüksek olduğu, olumsuz ebeveyn tutumlarının ve annelerindeki ruhsal semptomların yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırma sonuçlarımız ebeveyn tutumları, ebeveyndeki psikopatolojiler, çocuktaki kekemeliğin varlığı ve ek ruhsal problemlerin hepsinin birbirini çok yönlü olarak etkileyebileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Kekemelik, Sosyal Kaygı, Depresyon, Aile Tutumları

**EVALUATING OF SOCIAL ANXIETY AND DEPRESSION LEVELS IN CHILDREN
AND ADOLESCENTS WITH STUTTERING, PARENTING ATTITUDES AND
PSYCHIATRIC SYMPTOMS OF THEIR PARENTS**
(Thesis for Specialty in Medicine)

KAHRAMANMARAS SUTCU IMAM UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
DECEMBER 2018

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was evaluating of social anxiety and depression levels in children and adolescents with stuttering, parenting attitudes and psychiatric symptoms of their parents.

Method: The study included 65 (48 male, 17 female) patients of ages 8-18 who visited the Children and Adolescents' Mental Health and Diseases clinic at Kahramanmaras the Sütcü Imam University Faculty of Medicine Hospital and were diagnosed with Stuttering in their psychiatric examination based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th Edition (DSM-5), and 65 healthy individuals (46 male, 19 female) who were age- and sex-matched. The patient group's psychiatric comorbidity diagnosis defined in accordance with DSM-5. Social Anxiety Scale for Children-Revised and Children's Depression Inventory (CDI) was filled out for all children and adolescents in two groups. All applicants parents were requested to fill out a Sociodemographic Data Form, Strength and Difficulties Questionnaire-Parent Version (SDQ-PV), Parental Attitude Research Instrument-(PARI), and Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R),

Findings: The mean age of the patient group was 10.89 ± 2.54 , while the mean age of the control group was 11.13 ± 2.32 . There was no significant difference between the groups in terms of age or gender ($p > 0.05$). The rate of comorbidity of other psychiatric disorders, especially anxiety disorders, was high in children and adolescents with stuttering.

In our study, the total social anxiety score of the children in the patient group was significantly higher than in the control group ($p=0.000$). There was no statistically significant difference between the depression scale scores of both groups ($p> 0.05$). SDQ's emotional, peer problem, prosocial subscale scores and total problem score were significantly higher in the patient group than the control group ($p <0.05$ for all). In the mothers of the patient group, the PARI sub-dimensions were found to be significantly higher than the mothers in the control group of excessive maternity-overprotection, incompatibility-family conflict, and strict discipline-residual dimension scores (for all $p<0.05$). In the evaluation of the psychiatric symptoms of the parents participating in the study with SCL-90-R, somatization, obsessive-compulsive symptoms, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, anger-hostility, psychotism, additional scales and total symptom sub-areas of the mothers in the patient group were significantly higher than the control group mothers. found to have ($p <0.05$ for all). It was determined that the total social anxiety score was significantly higher for participants who are 11 age and older than the younger in the stuttering group ($p = 0.024$)

Conclusion: Our research results showed that stuttering can cause far more than known speaking symptoms, by interlocking other mental disorders or distresses. In our study, it was found that in children and adolescents with stuttering, the level of social anxiety and emotional-behavioral problems is high but depression levels are similar. Negative parental attitudes and mental symptoms are high in their mothers Parenting attitude, psychopathological diagnosis in parents, existence stuttering and additional psychiatric disorders in children or adolescents; all these factors interact each of them, all-round, this was what we interpreted.

Key Words: Stuttering, Social Anxiety, Depression, Parenting Attitude

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kekemelik, konuşmanın akıcılık ve ritminin istemsiz kesintiler ve bloklarla zarar gördüğü, etkili bir şekilde iletişim kurmayı engelleyen bir bozukluktur(1). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5. Baskısı (*The Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders*) (DSM-5), kekemeliği kişinin, yaşı ve dil becerileri açısından uygun olmayan, ses ya da seslem (hece) yinelemeleri, ünsüz ve ünlü ses uzatmaları, kırık sözcükler kullanma, sesli ya da sessiz duraklama, dolambaçlı konuşma, sözcükleri büyük bir gerginlikle çıkartma, tek seslemliler (heceli) tam sözcük yinelemeleri durumlarından birinin veya birden fazlasının sık ortaya çıkması ve bu belirtilerin zamanla bozukluklar olması biçiminde tanımlamaktadır(2).

Kekemeliğin genellikle 2-7 yaşları arasında, ender olarak da yaşamın daha sonraki yıllarında başladığı belirtilmektedir. Toplumda yaşam boyu görülme oranının %5, süreğenleşme oranının ise %0.5-1 arasında olduğu bildirilmektedir(3). Erkeklerdeki kekemeliğin kadınlarla karşılaştırıldığında 4 kat daha fazla olduğu ve erkeklerdeki kekemeliğin kadınlardakine göre daha fazla kalıcı ve dirençli olma eğiliminde olduğu belirtilmektedir(4).

Kekemelik etyolojisinde genetik, gelişimsel (sosyal-duygusal, fiziksel, bilişsel, dil-konuşma) ve çevresel faktörlerin etkili olduğu öne sürülmektedir. Bununla birlikte, kekemenin patofizyolojisi hakkında kesin bir fikir birliği yoktur (5). Kekemeliğin ortaya çıkışıyla ilgili kabul görmüş ortak bir neden bulunmadığından bu konuda araştırmacılar tarafından bir çok kuram ortaya atılmıştır.

Kekemelik, kişinin sosyal hayatında bir çok güçlük ve olumsuzluğa neden olur, bu olumsuzlukların kişinin psikolojisi üzerinde etkilerinin olacağı aşikardır. Kekemeliğin sosyal olarak olumsuz etkisinin sonucu olarak ortaya çıktığı düşünülen sosyal ve yaygın anksiyete, kekemelik ile güçlü bir pozitif birliktelik gösterir(6,7). Kekemeliği olan bireylerin değerlendirilmesinde, konuşma semptomlarına eşlik eden psikolojik durum, kişilik özellikleri ve tutumlar da göz önünde bulundurulmalıdır. Anlatmak istediği şeyleri söylemekte zorlanan, toplum tarafından konuşma standartlarına uymadığı için kendisine farklı gözle bakıldığını hisseden kekeme bireylerde saldırganlık, isyan etme, özsaygıda düşme, kendine güvenmeme, aşağılık duygusu, suçluluk, düşmanlık, kaygı gibi olumsuz duygular oluşabilmektedir. Özellikle kekemeliği olan kişilerde hayal kırıklığı yaşama, utangaçlık ve sinirlilik en sık görülen semptomlardır(8). Kekemeliğe sosyal anksiyete bozukluğu başta olmak üzere tüm anksiyete bozuklukları, depresyon, tik bozukluğu, sekonder enürezis gibi

birçok psikiyatrik bozukluk ve hastalık boyutunda olmasa da eşik altı bir çok psikiyatrik belirti eşlik edebilir(9).

Ailelerin çocuk yetiştirme tutumları çocukların kişilik özelliklerine ve davranış örüntülerine yansır. Anne babaların benimsedikleri çocuk yetiştirme tutumları, çocuğun kişiliği üzerinde olumlu ya da olumsuz etkilere neden olabilir. Ailenin çocuğa karşı tutumu, çocuğun psikolojik gelişimini etkileyen en önemli etkenlerden biridir. Bundan dolayı çocuk yetiştirmede ailenin uyguladığı tutumlar çocuğun ruhsal durumunu önemli ölçüde etkileyebilir(10).

Kekemeliği olan hastalarda görülen psikiyatrik belirtilerle ilgili daha önce bir çok çalışma yapılmasına rağmen, bizim bilgilerimize göre kekemeliği olan çocuk ve ergenlerin ruhsal sıkıntıları ile aile tutumları ve ailelerindeki ruhsal sıkıntılar arasındaki ilişkileri değerlendiren çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda kekemeliği olan çocuk ve ergenlerin eşlik eden ruhsal hastalıklarının, depresyon ve sosyal kaygı düzeylerinin, emosyonel (duygusal) ve davranışsal sorunlarının, ailelerinin çocuk yetiştirme tutumlarının ve annelerinin yaşadığı ruhsal sıkıntılarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca ebeveyn tutumları ve annelerin ruhsal sorunları ile çocukların ruhsal sıkıntıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmayla kekemelik tanısı olan çocuk ve ergenlerde ortaya çıkması muhtemel depresyon, anksiyete bozukluğu veya sosyal kaygı durumlarının erken teşhis edilip müdahale edilebilmesi, ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarının belirlenip bu tutumlara yönelik aileye önerilerde bulunulması sonrası çocuk ve ailenin yaşam kalitesinin arttırılması, ailenin yaşadığı psikolojik sorunların belirlenip ilgili tedavi süreçlerine yönlendirilmesi sağlanabilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kekemelik

2.1.1. Tanım

1943'te Coriat, kekemeliği Freud'un erken pregenital döneminin özellikleri olan oral sadistik ve anal sadistik bileşenlere daha sonraki yaşamda saplantılı kalmanın neden olduğu bir psikonevroz olarak açıklamıştır(11). Günümüzde bu açıklama geçerliliğini yitirmiş ve çok çeşitli kekemelik tanımları yapılmıştır. 1980'lerin başından itibaren uygulanabilir ve genel olarak kabul edilmiş kekemelik tanımı için güçlü tartışmalar yaşanmış ancak ortak bir tanım yapılamamıştır. Bu tartışmalar sonucu kekemeliği tanımlamak için üç tür tanımlama yaklaşımı öne çıkmıştır:

1. Sözlük Tanımı
2. İçsel Tanım
3. Gözlemsel Tanım

Burada önemli bir nokta, üç tanımın hiçbirinin tamamen tatmin edici olarak kabul edilemeyeceğidir(12). Hepsinin sınırlamaları vardır, aynı zamanda bazı profesyonel bağlamlarda onları yararlı kılan bazı güçlü yanları vardır. Her biri farklı şekillerde yararlıdır.

2.1.1.1. Sözlük Tanımı

Kekemeliğin en yaygın kullanılan tanımları sözlük tanımları olarak bilinir. Ayrıca semptomatik tanımlar ve objektif tanımlar olarak da bilinir.

Dünya Sağlık Örgütü, bozukluğu bir engel olarak sınıflar ve 1977'de şu ana kadarki en popüler tanımı yapmıştır. Bu tanıma göre; kekemelik, kişinin tam olarak ne söylemek istediğini bildiği, ancak zaman zaman istemsiz, tekrar eden bir uzama veya bir sesin kesilmesi nedeniyle bunu söyleyemediği, konuşmanın ritmindeki bozukluklarla karakterize bir konuşma bozukluğudur(13).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2015'te yaptığı ve şimdiye kadar daha az dikkat çeken tanımına göre ise; kekemelik, seslerin, heceler veya kelimelerin sık sık uzatılması ya da tekrarlanması veya konuşmanın ritmik akışını bozan sık sık takılmalar ya da duraksamalarla karakterize bir konuşma bozukluğudur. Sadece bu semptomların şiddetinin konuşmanın akıcılığını önemli ölçüde bozmaya neden olması durumunda bir bozukluk olarak sınıflandırılmalıdır(14).

Kekemeliğin bir başka eski ve yaygın olarak atıfta bulunulan sözlük tanımı Wingate'in tanımıdır(15). Bu tanımda kekemelik için aşağıdaki kriterler belirlenmiştir:

1. (a) Sözlü anlatımın akıcılığındaki bozulma. (b) Ses, hece gibi kısa konuşma öğelerinin söylenişindeki istemsiz tekrarlama ya da uzamayla karakterize edilir. (c) Bu bozulmalar genellikle sık görülür. (d) Kolayca kontrol edilemez.
2. (e) Bazen aksamalar konuşma ile ilgili veya ilgisiz vücut yapılarında çeşitli hareketler ile birlikte olur, bu hareketler, konuşmanın bir mücadele ve çaba harcama halinde ortaya çıkmasına neden olur.
3. (f) Ayrıca, “heyecan” ya da “gerginlik” gibi genel bir durumdan korku, utanç, sinirlilik gibi spesifik duygulara kadar değişen bir duygusal durumun varlığına ilişkin belirtiler nadiren yoktur.

2.1.1.2. İçsel Tanım

Perkins'in tanımı, "dilsel olarak hazırlanılmış konuşmanın yürütülmesinde akıcı bir şekilde ileriye doğru hareket etme yeteneğinin geçici olarak açık veya gizli bir şekilde kontrolünün kaybedilmesi" şeklindedir(16). Bu içsel bir tanım olarak kabul edilir, çünkü "kontrol kaybı", bir konuşmacının deneyimini ifade eder. Bu tanım, sözlük tanımlarının gözlenebilir özellikleriyle çelişir.

2.1.1.3. Gözlemsel Tanım

Bloodstein'e göre 'kekemelik, sosyal ve performansa dayalı durumlarda etkili iletişimi engelleyebilen konuşmada istem dışı kesintilerle karakterize bir konuşma bozukluğudur. Ayrıca başkaları ile iyi bir iletişim kurma yeteneğine sahip olan güvenilir bir gözlemci tarafından kekemelik olarak algılanan şey 'olarak da tanımlamıştır(17).

Başka bir deyişle, deneyimli bir konuşma-dil patolojisi gözlemcisi topluluğu ile fikir birliğine sahip olan bir klinisyen, kekemeliğin mevcut olup olmadığını veya bulunup bulunmadığını belirler.

2.1.2. Kekemelik Epidemiyoloji

Kekemelik insidansı, yaş grubuna ve kullanılan kekemelik tanımına göre değişir. Toplumdaki genel prevalansı % 1, yaşam boyu insidansı ise yaklaşık % 4-5 olarak belirtilmektedir. 1893'ten 2006'ya kadar okul çocuklarıyla yapılan 46 uluslararası kesitsel çalışmanın ele alındığı bir derlemede kekemelik için nokta prevalans değeri % 1.6 olarak belirlenmiştir. En düşük rapor edilen yaygınlık oranı % 0.3 ve en yüksek değer % 5.2'dir(17). Bu durum, ya kekemeliğin yaygınlığının ülkeden ülkeye değiştiğini ya da çalışmalarda kullanılan değişkenlerin yaygınlığı tahmin etmede hatalı olduğunu göstermektedir.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) vatandaşları hakkındaki sağlık bilgisi için temel kaynak olan ABD Ulusal Sağlık Görüşme Anketleri (USA Health Interview Surveys), 3-17 yaş grubundaki 119,367 kişinin anketlerinin analizinden kekemelik de dahil olmak üzere gelişimsel bozukluklarla ilgili büyük bir veri tabanı oluşturulmuştur. Bu çalışmada kekemelik için daha önceki çalışmalarda bulunan % 1.2'lik tahminden daha yüksek olarak % 1.6'lık bir nokta prevalansı bulunmuştur(18). Son zamanlardaki veriler, kekemeliğin çocuklarda %10'a yakın bir yaşam boyu insidansa sahip olduğunu bildirmektedir(4).

Kekemeliği olan çocukların yaklaşık % 90'ı çocukluk döneminde doğal olarak iyileşir. Çocukluk çağına iyileşmeyen, dirençli ve kalıcı kekemeliğe sahip yetişkinlerin, toplumun % 1'inden daha az oranda olduğu belirtilmektedir(4). Duygusal travma ya da beyin hasarına bağlı olarak oluştuğu düşünülen edinilmiş kekemeliklerin, daha nadir olduğu ancak tam oranının bilinmediği bildirilmektedir(19). Kekemeliğin erkeklerde kadınlara göre 4 kat daha fazla olduğu ve erkeklerde kadınlara göre daha fazla kalıcı ve dirençli olma eğiliminde olduğu belirtilmektedir(4).

2.1.3. Tanı Kriterleri

Kekemelik, DSM-5'te, nörogelişimsel bozukluklardan iletişim bozuklukları alt kategorisi altında, 'çocukluk çağına başlayan akıcılık bozukluğu (kekemelik)' olarak sınıflandırılmıştır. Tanı kriterleri şu şekildedir (2):

Çocukta Başlayan Akıcılık Bozukluğu (Kekeleme)

A. Kişinin yaşı ve dil becerileri açısından uygun olmayan, zamanla geçmeyen ve aşağıdakilerden birinin ortaya çıkması ile belirli, konuşmanın olağan akıcılığında ve zamanlama örüntüsünde bozukluklar:

1. Ses ya da hece yinelemeleri
2. Ünsüz ve ünlü ses uzatmaları
3. Sözcüğün içinde ara verme (kırık sözcükler)
4. Duraklama
5. Dolambaçlı konuşma
6. Gerginlikle sözcük çıkarma

7. Tek seslemlı tam sözcük yinelemeleri

B. Konuşma ile ilgili kaygıya veya işlevsel kısıtlılığa neden olur.

C. Belirtiler erken gelişim evresinde başlamıştır (daha sonra başlarsa erişkinlikte başlayan akıcılık bozukluğu tanısı konulur).

D. Başka bir hastalığa veya nörolojik bozukluğa bağlı değildir.

Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması-10'na (International Classification of Diseases-10, ICD-10) göre kekemelik "söylemek istediğini bilmesine karşın, bir sesin istem dışı tekrarlanması veya kesilmesi sonucu, kişinin söylemek istediğini söyleyememesine neden olan konuşma ritmindeki bozukluklar" olarak tanımlanmaktadır (20). ICD'nin tanı kriterleri DSM-5 ile benzerlik gösterir ancak iki tanımlamada bazı farklılıklar bulunmaktadır. ICD, kekemeliği konuşma ve dil bozukluklarından ayrı tutar. "Sıklıkla Çocukluk ve Ergenlikte Başlayan, Diğer Davranışsal ve Duygusal Bozukluklar" içinde sınıflandırır. DSM ise kekemeliği 'Konuşma Bozuklukları (İletişim Bozuklukları)' içinde sınıflandırır. ICD, tanı için, konuşma akıcılığında belirgin bozukluğa neden olacak kadar ağır olması ve bozukluğun bireyin yaşından beklenenden daha fazla olması şartını ararken, DSM'de akademik veya mesleki başarıyı ya da sosyal iletişimi bozması şartı gereklidir. ICD'de en az 3 aylık zaman şartı aranırken DSM'de zaman ölçütü yoktur(2, 20).

2.1.4. Kekemelik Sınıflandırma

Kekelemeliğin temel olarak gelişimsel ve edinilmiş olmak üzere iki türü vardır(21). Gelişimsel kekemelik, en yaygın kekemelik tipidir. Bazen idiyopatik kekemelik olarak da adlandırılan bu tür, genellikle okul öncesi yıllarda ve multifaktöriyel nedenlerle çocukluk döneminde ortaya çıkan kekemeliğe işaret eder. Genellikle "kekemelik" terimi gelişimsel olan bu türe işaret etmek için kullanılır.

Gelişimsel kekemeliği olan çocuklar, kekemeliğin şiddetine göre kategorilere ayrılabilirler. 18 ay ila 7 yaş arasında başlayan ve hafif kekemeliği olan çocuklarda, normal akıcısız konuşması olan çocuklara göre, konuşmada daha sık tekrarlama görülür. Tekrarlara ek olarak, çocuklar bazen sesleri uzatabilirler (örn; "Aaaaaaaa-nne"). Bununla birlikte, normal akıcısız konuşması olan çocuklarda konuşma mekaniğini, hafif kekemeliği olan olgulardan ayırt etmek çoğu zaman zordur, ikincil davranışların varlığı bu ayırmda yararlı olabilir. Hafif

kekemeliği olan çocuklar, kekemelik dönemlerinde gözlerini kapatma veya yüz kaslarını gerdirmeye gibi ikincil davranış gösterebilir. Hafif kekemeliği olan çocuklar bazen hayal kırıklığına uğramış hissedebilirlerse de çoğu zaman aşırı bir kaygı içinde olmazlar(22).

Geç çocukluk döneminde daha yaygın görülen şiddetli kekemeliği olan çocuklarda, konuşma durumlarının büyük bir çoğunluğunda çok sayıda konuşmada akıcısızlık mevcuttur. Bunlar 1 saniye veya daha uzun süren sessiz konuşma bloklarını içerebilir. Şiddetli kekemeliği olan çocuklarda, göz kırpmaları ve uzaklara bakmalar da dahil olmak üzere daha fazla edinilmiş ikincil davranışlar görülebilir. Şiddetli kekemeliği olan çocuklar her an olabilecek potansiyel bir konuşmanın korkusu ile hayal kırıklığı, utanç ve kaygı hissederler. Bu durum sosyal kaygı gibi psikososyal bozulmalara yol açabilir. Bununla birlikte, şiddetli kekemeliğin öğrenme güçlüğü veya diğer davranış problemleri ile ilişkili olduğuna dair bir kanıt yoktur. Şiddetli kekemeliğin yetişkinlikte devam etme olasılığı daha yüksektir(22).

Edinilmiş kekemelik ise iki çeşit başlangıcı olan kekemelik için ortak bir terimdir: Nörojenik kekemelik nörolojik bir travmayı takiben oluşur (örneğin, felç, kafa travması, tümör, ilaç kullanımı gibi); ve psikojenik kekemelik ise rahatsız edici bir olayla ilgili olarak ortaya çıkar (örneğin, kölelik, boşanma). Van Riper (1982) ayrıca üçüncü bir tip kekemelikten bahsetmiş ve bunu gizli kekemelik olarak adlandırmıştır. Bu tip, yetişkinlikte kekemeliğin görünüşte nörolojik veya psikolojik başlangıcı olmadan ortaya çıkmasına işaret eder ve erken yaşamda ortaya çıkmış olabilecek gelişimsel bir kekemeliğin remisyonunun ardından yeniden ortaya çıkması şeklinde olduğunu ileri sürer(23).

Kekemellekle ilgili başka bir sınıflama kekemeliği dört tür olarak incelemiştir:

1. Klonik Kekemelik; Harf veya hecenin spasmodik olarak tekrarlanmasıdır.
2. Tonik Kekemelik; Sesin aniden kesilmesi durumudur.
3. Diğer (Palialik) Kekemelikler; Söylenmek istenen sözcükle ilgisiz harf tekrarlanmasıdır.
4. Atonik Kekemelik; Konuşma sırasında ses çıkarmanın aniden kesilmesidir(24).

2.1.5. Kekemelik Etiyolojisi

Kekemeliğin etiyolojisiyle ilgili çok sayıda teori vardır ancak kekemeliğin ortaya çıkış nedeni kesin olarak bilinmemektedir. Kekemelik etiyolojisinde genetik, gelişimsel (sosyal-duygusal, fiziksel, bilişsel, dil-konuşma) ve çevresel faktörlerin etkili olduğu öne sürülmesine rağmen henüz patofizyolojisi hakkında fikir birliği yoktur. Duyusal, motor ve bilişsel nedenleri araştıran çalışmalar çoğunlukla tutarsız ya da denetlenemez, tekrarlanamaz

sonuçlara sahiptir(25). Bununla birlikte çalışmalarda, kekelemesi olan kişilerde tutarlı bir bulgu olarak, anormal işitsel geri bildirim sistemlerinin olduğu bulgusu öne çıkmaktadır(26).

Kekemeliğin ortaya çıkmasında motor konuşma, dil-bilişsel, psikolojik, çevresel, nörolojik gibi birçok faktörün etkili olduğu, aynı zamanda tüm bu alanlar arasındaki etkileşimin de önemli olduğu bildirilmektedir(27).

Kekemelik, aşikar konuşma semptomlarının çok ötesinde derinlik ve büyüklükte, çok boyutlu bir bozukluk olarak kabul edilir. Bu perspektif, Sheehan tarafından buzdağı benzetmesi (1958) olarak on yıllar önce resmedilmiştir ve hala teorik ve klinik olarak kabul edilmektedir(3).

Yıllardır yapılan çalışmalarda kekemeliğin tanımlanması ve etyolojisi konusunda ortak bir karara varılamadığından kekemeliğin nedenlerine dair birçok hipotez geliştirilmiştir(27). Smith ve Kelly, kekemeliğin başlangıç ve gelişiminin motor, dilsel ve duygusal faktörlerin karmaşık etkileşimleriyle multifaktöriyel, dinamik bir süreci içerdiğini öne sürmüşlerdir(28, 29).

2.1.5.1. Kekemelik ve Patofizyoloji

Kekemeliğin nöral süreçler ve beyin zamanlama ağlarındaki eksikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir(30). Nörogörüntüleme çalışmaları, akıcı konuşan kontrollerle karşılaştırıldığında, kekelemeliği olan çocuklarda özellikle işitsel ve motor bölgelerde ve bazal gangliyonlarda olmak üzere beynin anatomisinde ve işlevinde farklılıklar olduğunu göstermiştir(31). Bu anormallikler zaman içinde kekemeliği geçmeyen kalıcı, dirençli hale gelen bireylerde artabilir. Kekemeliği olan yetişkinlerde sağ hemisferik bölgelerde hiperaktivite ve konuşmayı planlayan, uygulayan beyin bölgeleri arasında anormal koordinasyon bulunmuştur(32-34). Anatomik ve fonksiyonel farklılıkların, yetişkin beyninde kekemeliğe veya kekemeliğe sekonder adaptif mekanizmalara neden olup olmadığı belirsizdir.

Kekemeliğin oluşmasında dopamin düzensizliğinin de rolü olduğuna dair yayınlar vardır. Levodopa uygulaması ile konuşmanın akıcılığı azalırken, dopamin antagonistlerinin uygulanması ile akıcılığın arttığı gösterilmiştir(35, 36). Pozitron emisyon tomografisi kullanılarak yapılan bir çalışmada, florinli dopamin prekürsörü 6-FDOPA'nın beyin hücrelerince içeri alınımının kontrollerle karşılaştırıldığında kekelemeliği olan çocuklarda artmış olduğu, kekemeliği olan çocuklarda merkezi sinir sisteminde dopaminergic sistemlerin hiperaktivite gösterdiği ileri sürülmüştür(37). Fonksiyonel Manyetik Rezonans Grafi kullanılarak yapılan yakın tarihli bir çalışmada kekemeliği olan çocuklarda, kekemelemeyen

çocuklara kıyasla, istemli eylem seçimi sırasında rostral singulat bölgede aktivasyon azalması olduğu bildirilmiştir(38).

Kekemelikte oksidatif stresin değerlendirildiği yeni bir çalışmada, oksidatif ve nitrozatif stres moleküllerinin kekemeliği olan çocuklarda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve bu moleküllerin seviyesi ile kekemelik şiddeti arasında anlamlı bir korelasyon olduğu belirlenmiştir(39).

2.1.5.2. Kekemelik ve Genetik

Kekemeliğin genetik bir alt yapıya sahip olduğu bilinmektedir(40). Kekemelikte genetik ve epigenetik faktörlerle ilgili en güçlü kanıtlar, klasik ikiz çalışmalarıyla gösterilmiştir. Bu çalışmalarda monozigot (MZ) ve dizigot (DZ) ikizler için uyum oranları karşılaştırılmıştır. Kekemelik için, yüzdeler DZ ikizleri için yaklaşık % 18 ve MZ ikizleri için % 55'tir(41-43). Belirli bir dil bozukluğu için yapılan karşılaştırmada ise uyum oranları DZ için yaklaşık % 45 ve MZ için % 85 dir(43).

İkiz çalışmaların sonuçları, bir kişinin DNA'sının kronik kekemelik olup olmayacağını belirleyen önemli bir faktör olduğunu açıkça ortaya koysa da, spesifik dil bozukluğunun daha fazla kalıtsal faktöre sahip olduğu da açıktır. Kekemelikte spesifik epigenetik süreçlerin rolü bilinmemekle birlikte, MZ ikiz uyumsuzluk oranları, kekemeliğin ortaya çıkması, kronikleşmesi ya da iyileşmesinin, gen ekspresyonunun zamanlaması ve yoğunluğuna (yani, epigeneze) bağlı olduğuna işaret etmektedir. Çocukluk çağında beynin gelişimini şekillendirmede epigenetik ve çevresel deneyimin öneminin anlaşılması ile okul öncesi yıllarda kekemeliğin iyileşmesini sağlayan spesifik faktörlerin araştırılması konusuna daha fazla önem verilmektedir(44).

Aile çalışmaları, kekemeliği olan çocuklarda, kontrollere göre daha çok sayıda kekemelik öyküsü olan aile bireyinin mevcut olduğunu göstermiştir. Yakın tarihli bir derlemede, 28 çalışmanın 4'ünde, kekemeliği olan çocuklarda pozitif aile öyküsü oranının % 30 ile % 60 arasında olduğu, kontrol grubunda ise bu oranın % 10'dan daha az olduğu bildirilmiştir. Yapılan ikiz çalışmaları da bu bulguları destekler niteliktedir(45-47). Buna ek olarak, erkek akrabalar, kadın akrabalardan önemli ölçüde daha yüksek risk taşımaktadır(48). Genetiğin kekemeliğin iyileşme veya kalıcı, dirençli olmasını belirleyen en önemli faktör olduğu düşünülmektedir(49).

Kekemelik 9, 10, 12, 13 ve 18 numaralı kromozomlarındaki değişikliklerle ilişkilendirilmiştir(40, 50-53). Beyindeki yaygın bir dopamin reseptörü olan DRD2 geninin genetik analizinden elde edilen bulgulara göre AWS35'te spesifik bir alel sıklığının

kekemelikte arttığı gösterilmiştir(54). Bununla birlikte bu durum bir sonraki analizde tekrar gözlenmemiştir(55). Büyük ilişkilendirme çalışmalarında, kekemelik ile ilişkili 9 gen tespit edilmiş, bu genlerden bazılarının daha önce kekemelik ile ilişkili olduğu belirtilen kromozomların üzerinde olduğu tespit edilmiştir(56). Tanımlanan bu genlerin öngörülen işlevleri, nörometabolizma, hücre-hücre etkileşimi, embriyonik transkripsiyon düzenlemesi ve davranış modifikasyonunu içerir. Bu umut verici sonuçlara rağmen, net gelişim mekanizmaları henüz belirlenmemiştir(57).

2.1.5.3. Kekemelik ve Motor Süreçler

Kekemelikte, konuşmanın motor planlanması ve süreçlerindeki problemlerin varlığı uzun süredir kabul gören bir durumdur. Kaslara giden motor emirlerde bozukluk olması durumunda ve akıcı konuşma için gerekli olan kas aktivitesinin normal paternleri oluşturulamadığında, akıcısız konuşma ortaya çıkar(58). Her ne kadar kekemelik ile ilgili çok sayıda çalışmada kas aktivitesinin fazla olduğu ileri sürülse de, kekemeliği olan yetişkinlerde yapılan pek çok elektromiyografik çalışmada, her bir birey için kekemelikteki bozulmaların altında kas aktivasyon paternlerinde heterojenitenin varlığı ortaya koyulmuştur. Bu çalışmalardan, aşırı kas aktivasyonunun kekemeliğin sebebi olmadığı sonucuna varılmıştır. Kekeme bireylerde gözlenen tek nörolojik anormal kas aktivasyon paterni, 5-6-Hz aralığında bir frekansa sahip istemsiz ritmik kas kasılmaları içeren tremordur(58, 59). Kekemeliği olan kişilerde temel konuşma motor sistemlerindeki dengesizlikler nedeniyle, algılanabilir akıcı konuşma sırasında bile konuşmada atipik patern belirtileri görülür(60).

2.1.5.4. Kekemelik ve Psikolojik Kuramlar

Bilimsel ilgiden ziyade tarihsel olarak önemi olan birçok kekemelik teorisi vardır ve bunlar çeşitli çalışmalarda incelenmiştir(3, 17, 61). Örnek olarak Pyknolepsy teorisi, perseveratif teori, yaklaşma kaçınma teorisi, Orton-Travis Teorisi, iki faktörlü teori, birincil ve ikincil kekemelik teorisi ve psikanalitik teori bu tarihsel kuramlardandır. Johnson'ın Diagnosojenik Teorisi, bu tarihsel kuramlardan en ilgi görenlerindedir..

Diagnosojenik Teori: 1942'de Johnson'un ortaya attığı teoriye göre: Ebeveynler, çocuklarının gerçekte normal akıcı konuşmaya sahip olmalarına rağmen yanlışlıkla kekelemeye başladığına inanarak kekemeliğin gelişmeye başlamasına neden olurlar. Teoriye göre, daha sonra, ebeveynler bu normal akıcısız konuşma konusunda endişeli hale geldiklerinde ve çocuklarının bunları yapmayı bıraktırmaya çalıştıklarında, tam olarak

kekemelik gelişir. Johnson'ın sözleriyle, kekemelik çocuğun ağzında değil, ebeveynin kulağında başlar(62).

Çok Faktörlü Modeller:

Kısaca, çok faktörlü modeller, kekemeliğin erken çocukluk ortamlarında ve çocukların kendi içlerinde bulunan pek çok faktörün etkileşmesinden kaynaklandığını belirtmektedir. İlgili faktörlerin mutlaka patolojik olması gerekli değildir. Bu faktörlerin her çocukta farklı biçimde etkileşime girmesiyle kekemelik meydana gelir. Bu modellere, göre kekemeliğin gelişimi için tek başına gerekli veya yeterli birşey yoktur(12).

Talepler ve Kapasiteler Modeli: En iyi bilinen çok faktörlü model, isminden de anlaşılacağı gibi, çocuğun konuşmasının akıcılığında beklenen talepler, çocuğun üretim kapasitesini aştığında kekemeliğin gerçekleştiğini belirten talepler ve kapasiteler modelidir. Çocuklara yönelik talepler yaşam ortamından gelmekte olup, aşırı ana dil beklentileri, sürekli yaşam baskıları ve gelişmiş bilişsel performans için aşırı ebeveyn talepleri içermektedir. Çocuklarda dört tür kapasitenin varlığı önerilmektedir: konuşma motor kontrolü, dil gelişimi, sosyal ve duygusal işlevsellik ve bilişsel gelişim(63).

Interhemisferik Bağlantı Bozukluğu Modeli: Bu model ilk olarak 1987'de, tamamlayıcı motor alanı (supplementary motor area) kapsayacak şekilde ortaya atılmıştır(64). Bu model iki bölümden oluşmaktadır. Birincisi, beynin tamamlayıcı motor alanının verimsiz olması, ikincisi ise hemisferik aktivasyon sisteminin aşırı reaktif olmasıdır. Bu iki faktör, kekemeliğin gelişimi için gerekli ve yeterlidir; başka bir faktöre ihtiyaç yoktur. Modelin en son verisyonuna göre "interhemisferik ilişkilerde bir anormallik ve konuşma-motor kontrol mekanizmalarındaki bir açıklığın her biri, kekemelik için gerekli ama yeterli bir koşul değildir"(65).

Gizli Onarım Hipotezi: Bu teori, Levelt'in iyi bilinen konuşma üretim modeli ve başka bir fonolojik kodlama modelini baz alır. Levelt'in modeli kısaca üç doğrusal süreçten oluşur. Birincisi konuşulacak bir sözcük kavramının seçilmesidir. İkincisi, soyut formda ve gramer kodlamasında bir sözcüğün seçilmesidir. Son olarak, bir "zihinsel heceleme" ye ulaşılır ve sözcük artikülasyon için hazır bir dizi heceye dönüşür(66). Gizli onarım hipotezi'nin önerisi, kekemeliği olanların, artikülasyon için hazırlık sürecinde fonolojik kodlama hatalarına sahip olduğu ve kekemelik anlarının, konuşmacının hatalı planlanmış bu konuşmasını gerçekleştirmeden önce bu hataları düzeltmek için yaptığı gizli girişimler olduğu yönündedir(67). Kekemeliği olanların olmayanlardan daha fazla hata yaptıkları ve sonuç olarak bu hataları daha fazla düzeltmeleri gerektiği, bu düzeltmelerin heceleme dizisi oluşmadan önce gerçekleştiği ve bunun konuşma sırasında tekrarlanan hareketlere ve sabit

duruşlara yol açtığı belirtilmektedir. Hipotez, aslında kekemeliği olanlar ve olmayanlar arasında niteliksel olarak farklı bir şey olmadığını, sadece kekemeliği olanların fonolojik olarak daha yavaş kodlama yaptıklarını ve fonetik planda daha fazla hataya sahip olduklarını ve dolayısıyla daha fazla düzeltmeye ihtiyaç duyduklarını belirtir.

EXPLAN teori: Bu teori, Levelt'in konuşma üretim modelini, kekemelik sorununun nedenini açıklamada ele alan gizli onarım hipotezi ile ortaktır. Bu teori, konuşmanın motor planının yanlış olmasından ziyade ertelendiğini, geciktiğini önermesi yönüyle gizli onarım hipotezinden farklıdır. Teori, 1990'ların sonlarından itibaren literatürde yer alır(68). Teori en kapsamlı halini 2004 yılında almıştır. Buna göre kekemelik, konuşma için hazırlık yapılması sürecinde konuşmanın motor planının gecikmesi durumunda ortaya çıkar.

P&A Modeli: Packman ve Attanasio, tarafından geliştirilmiştir(69). Bu model çok faktörlüdür, ancak iki nedenden ötürü, daha önce tartışılan çok faktörlü modele benzemez. İlk olarak, daha önce tartışılan modeller, kekemelik için gerekli ve yeterli faktörleri belirtmez, ancak P & A modeli, kekemelik için gerekli ve yeterli olan faktörleri belirler. İkincisi, P & A modeli, bozukluğun gelişimini değil, bireysel kekemelik anlarının nasıl ortaya çıktığını açıklamayı amaçlamaktadır. P & A modelinin geliştirilmesinin temelini oluşturan mantık "tüm nedensel faktörlerin kekemeliğin her anında etki olduğu" dur(69).

P & A modelinde üç faktör vardır. Birincisi 'konuşulan dil için bozulmuş sinirsel işleme süreci'dir. Buna göre; model, bazı çocuklarda doğal olarak kararsız bir konuşma motor sistemine neden olan bir tür merkezi sinir sistemi problemi bulunduğunu varsayar. Bu problem konuşulan dilin sinirsel işleme sürecinde bir eksiklik olarak ortaya çıkar. Modelde, nöral konuşma işleme problemi, kekemeliğin gerçekleşmesi için gerekli bir koşuldur fakat yeterli bir koşul değildir. Diğer bir deyişle, kekemeleyen herkesin bu faktöre sahip olması gerekir, ama buna sahip olmak kekemelik olacağı anlamına gelmez. Modeldeki ikinci faktör kekemelik anları için tetikleyiciler'dir. Altta yatan sinirsel konuşma işleme problemi ve kekemelik anları için tetikleyicilerin birlikte bulunması kekemelik oluşması için gerekli ve yeterlidir. Kekemelik anlarını tetikleyen şeylerden biri konuşulan dilin belirli özellikleridir. Bunlar zaten kararsız dengesiz olan konuşma sistemindeki motor görev taleplerini arttıran ve bu kararsızlığı arttıran dilsel değişkenlerdir. Bu, kararsız konuşma sistemlerinin başa çıkabileceği şeylerin ötesindeki tetikleyiciler kekemeliği başlatıcı faktörlerdir. Kekemelik anlarının ilk tetiklenmesinin ardından, çocukların sorunla mücadele etmedeki uyumsuz tepkileri ise kekemeliğin gelişmesine ve sürmesine neden olur. Modeldeki üçüncü faktör ise 'modüle edici faktörler'dir. P & A modeline göre, kekemelik anlarının tetiklendiği eşik, zaman içinde fiziksel uyarılma seviyesine göre, her bir birey için farklı

şekilde modüle edilir. Anksiyete, fizyolojik uyarılmanın önde gelen bir sebebidir ve kekemelik anlarının meydana gelmesi için ortaya çıkan eşiğin düşmesine neden olabilir. Bilişsel faktörler de kekemelik anlarının oluşması için eşiği azaltabilen faktörlerdendir. Model, kekemelikte seyirci sayısının artması ile ilişkili fizyolojik uyarılmanın arttığına dair kanıtlardan yararlanmaktadır(70).

2.1.6. Kekemelik ve Psikososyal Morbidite

Kekemeliğin sosyal olarak birçok olumsuz etkisinin sonucu olarak ortaya çıktığı düşünülen sosyal ve yaygın anksiyete, kekemelik ile güçlü bir pozitif birliktelik gösterir(6, 7). Kekemelik ile anksiyete arasındaki ilişki için kanıtlar çocuklarda yeterli düzeyde olmasa da, ergenlerde, genç erişkinlerde ve yaşlı erişkinlerde bu ilişkiyi destekleyen iyi kanıtlar bulunmaktadır (71). Bu kanıtlar, çoğu kekemeliği olan çocuğun ergenlik dönemine kadar patolojik düzeyde artan bir kaygı göstermediğini düşündürmektedir, ancak bu alandaki çalışmaların heterojen olması bu bilginin doğruluğunu sınırlandıran bir faktördür(72, 73). Bir teoriye göre, kekemeliği bulunan çocukların erken çocukluk döneminde başlayan sosyalleşmeyle ilgili olumsuz deneyimleri de içeren olumsuz çevresel risk faktörleri yaşadığını, ergenlik döneminde ise sosyal ve fiziksel değişimlerin bu risk faktörleriyle biraraya gelerek anksiyete bozukluğuna neden olduğu öne sürülmektedir(74). Kekemeliğe sosyal anksiyete bozukluğu başta olmak üzere tüm anksiyete bozuklukları, depresyon, tik bozukluğu, sekonder enürezis gibi birçok psikiyatrik bozukluk ve hastalık boyutunda olmasa da eşik altı bir çok psikiyatrik belirti eşlik edebilir(9). 12-17 yaş arası kekemeliği olan ergenlerle yapılan bir çalışmada, ergenlerin %38'inde, DSM-4 kriterlerine göre en yaygın olarak anksiyete bozukluğu olmak üzere en az 1 komorbid ruhsal bozukluğa sahip olduğu, 15-17 yaşlarındaki daha büyük ergenlerde, 12 ile 14 yaş arasındaki ergenlere göre anlamlı derecede daha fazla anksiyete ve duygusal ve davranışsal problemler olduğu bildirilmiştir.(75). Kekemeliği olan erişkinlerde yapılan bir çalışmada, kontrollere göre herhangi bir duygudurum bozukluğunun 2 kat, kişilik bozukluklarının ise 3 kat artmış oranda olduğu bulunmuştur(76). Yakın zamanda Türkiye'de yapılan bir çalışmada kekemeliği olan çocukların yaşam kalitesi puanlarının akıcı konuşan çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bildirilmiştir(77).

2.1.6.1. Kekemelik ve Sosyal Anksiyete

İletişim ve sosyal etkileşim, kişiler arası ilişkiler, eğitim, iş ve yaşam kalitesi için temel esastır. Kekemeliği olan birçok çocuk zaman içinde kendiliğinden iyileşir.

Kendiliğinden iyileşmeyen olgular için zaman geçtikçe bu bozukluk daha dirençli hale gelir, tedaviye daha az yanıt verir, yaşam boyu bir problem haline gelir. Kronik kekemeliğe yönelik konuşma tedavisi, tipik olarak, kekemeliği kontrol edebilen veya azaltan yeni bir konuşma tekniğini, hastalara öğretmeyi içeren, konuşmanın yeniden yapılandırılmasını sağlayan bir terapidir. Bununla birlikte, tedaviden sonra konuşma kazanımlarının kalıcı olacağını bir garantisi yoktur, bu durum kısmen kaygı ve diğer ruhsal bozuklukların varlığıyla açıklanabilir(78).

Geçtiğimiz yirmi yıl içinde, kanıtlar, kekemeliğin sosyal anksiyete bozukluğuna (SAB) eşlik ettiğini ve kekelemeliği olan yetişkinlerin yaklaşık %22-60'ının SAB'un tanı kriterlerini karşıladığını göstermiştir(79-82). Ayrıca, kekemeliği olan ergenlerde SAB dışında diğer anksiyete bozukluklarının da yüksek oranda görüldüğünü gösteren kanıtlar da bulunmaktadır(83). Yine son zamanlarda yapılan bir çalışmada kekemelik için tedavi gören okul çağındaki çocukların %24'ünün SAB tanı kriterlerini karşıladığı bulunmuştur. Bu durum, kontrol grubundaki çocukların % 4'üne karşılık gelmektedir(84). Bunlara ek olarak kekemelik, olumsuz değerlendirilme korkusu, önyargı odağı olma, olumsuz bilişler ve güvenli davranışların kullanımı gibi kekemeliği olmayan SAB'lı bireylerin sıklıkla yaşadığı durumlarla da yakından ilişkilidir(85).

SAB yaygın, kronik ve morbidite oluşturan bir anksiyete bozukluğudur(86-88). Ortalama başlangıç yaşı 8 ve 15 yaşları arasında, ortanca yaşı ise 11 olup, yaşam boyu prevalansı yaklaşık % 8 ile % 13 arasındadır(89). Bozukluk, kişide sosyal, performansa dayalı veya başkaları tarafından incelenme potansiyeli olan durumların yoğun korku oluşturmasıyla karakterizedir. DSM-5'e göre, SAB, başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceği korkusuyla kişinin yüzünde kızarma, titreme, terleme, konuşmada güçlük gibi fiziksel motor belirtiler ile ilişkilidir(90). Bu bozukluğa sahip kişiler, sıklıkla, utanç ve aşağılanma korkusu, toplu ortamlarda konuşma, yeni insanlarla tanışma, otorite makamlarıyla konuşma, işyerinde sunum yapma gibi çeşitli durumlarda meydana gelen kaygı ve diğer insanlar tarafından olumsuz değerlendirilme korkusu şeklinde çeşitli belirtiler gösterirler. SAB'ı olan bireyler, bu gibi durumlardan kaçınmaya eğilimlidirler, kaçınma davranışı kaygılarının geçici olarak azalmasına neden olsa da bu davranış şekli sosyal korkularının devam etmesine katkıda bulunabilir(91, 92).

SAB, kişilerarası ilişkiler, aile, çalışma ve sosyal işlevsellik dahil olmak üzere birçok yaşam alanında önemli bozulmalar ile ilişkilidir(87). Sıklıkla iç sıkıntısı, düşük benlik saygısı, eğitimsizlik, işsizlik, maddi açıdan başkalarına bağımlılık, düşük sosyoekonomik durum ve intihar düşüncesi bozukluğa eşlik eder(93). SAB'ı olan bireylerde semptom şiddetini ve

sıkıntılarını arttıran major depresyon, madde kullanım bozuklukları ve diğer anksiyete bozuklukları gibi diğer ruhsal bozukluklar da sıklıkla komorbid olarak bildirilmiştir(94).

Sosyal anksiyete bozukluğu etyolojisi: gelişimsel faktörler ve modeller

SAB'in ortaya çıkmasında bir çok faktör vardır(95, 96). Çeşitli etiyolojik modeller, SAB'in gelişiminde yer alan biyolojik, psikolojik ve sosyal risk faktörlerini anlamak için bir çerçeve sunmaktadır. Bu modellerin çoğunda ortak olan etiyolojik faktörler arasında genetik değerlendirmeler, mizaç, erken bilişsel önyargı, olumsuz yaşam olayları ve/veya travmatik sosyal olaylar, akranlar ve ebeveynler ile ilişkiler bulunmaktadır. Daha az kanıtı sahip ek etiyolojik faktörler arasında genel öğrenme mekanizmaları, performans eksiklikleri, biyolojik etkiler ve kültürel faktörler bulunmaktadır. Bahsedilen bu risk faktörlerinin kombinasyonunu içeren zamanlama ve koşullar, çocukluk ve ergenlik döneminde sosyal korkuların gelişme olasılığını en ciddi şekilde etkileyebilir. Daha fazla sayıda risk faktörüne maruz kalmak, kişide sosyal-değerlendirilme korkusunu artırabilir(97).

Mizaç, özellikle, genetik ve çevresel etkileri yansıtır ve anksiyetenin gelişimi için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilir. Çağdaş öğrenme teorisine dayanan Mineka ve Zinbarg (2006), mizaç kırılgenliklerinin stresli olayların sonuçlarını etkilediğini ve bunun da kaygı bozukluklarının gelişimini ve seyrini etkileyebileceğini ileri sürmüştür(98). Daha spesifik olarak, davranışsal engellenme gibi belirli mizaç özelliklerinin, çocuğun sosyal değerlendirme tehdidinin algılanması ve bu durumdan kaçınma davranışını arttırma potansiyelini oluşturduğu düşünülmektedir. Araştırmalar, erken dönemde davranışsal engellenme mizaç özelliklerine sahip olmanın ergenlik döneminde yaşam boyu SAB için yaklaşık dört katlık bir artışı öngördüğünü göstermiştir(99).

SAB için etiyolojik ve sürdürücü faktörleri kapsamlı bir şekilde değerlendiren ilk entegre model, Wong ve Rapee tarafından yakın zamanda geliştirilmiştir(97). Sosyal kaygının nasıl devamlılık gösterdiğini anlamak için SAB'in kronik seyri ve zayıflatıcı etkisi göz önüne alınarak zaman içinde çeşitli modeller geliştirilmiştir Bu modeller sosyal kaygı literatüründe öne çıkmış ve birçok kilit sürdürüm faktörünün tanımlanmasında büyük ölçüde önemli olmuştur. Bu kilit faktörler, olay öncesi ve sonrası işleme, çekinme-kaçınma davranışları, güvenlik arayıcı davranışlar, performans eksiklikleri, önyargılı dikkat, olumsuz kendilik işleme, hem kendine hem dış tehditlere odaklanmayı içerir. Wong ve Rapee (2016) bu modellerin çoğunda güçlü ortak noktalara işaret etmiş ve bu faktörler ile sosyal kaygı arasındaki ilişki için ampirik destek olduğu sonucuna varmışlardır(97).

Kekemelikte sosyal kaygının sürdürülmesinde; özgül bilişsel süreçler ve davranışsal cevapların, özellikle konuşma gibi sosyal-değerlendirilme durumları sırasında, bu durumların öncesinde ve sonrasında ortaya çıkması, bunun da sosyal korkuların gelişmesini ve devamlılığını artırması şeklinde bir model ileri sürülmüştür(100). Bu modelde kekemelikte sosyal anksiyetenin sürdürülmesinde rol oynayabilecek beş temel varsayım tanımlanmıştır:

- 1- Sosyal anksiyeteli kişi, başkaları tarafından olumsuz olarak değerlendirileceğini varsayar ve bu olumsuz değerlendirmenin sonuçlarını gözünde aşırı büyütür.
- 2- Sosyal anksiyeteli kişi, aklında dışardan izlenen benliğinin olumsuz bir zihinsel temsilini kurar.
- 3- Sosyal anksiyeteli kişi kendine karşı olumsuz, sosyal tehditlere karşı önyargılı, bir dikkat içindedir.
- 4- Sosyal anksiyeteli kişi anksiyeteyi geçici olarak azaltmak için bilişsel ve davranışsal stratejilerle meşgul olur.
- 5- Sosyal anksiyeteli kişi olay öncesi ve sonrası işleme yapar.

Kekemelikte sosyal kaygının devamlılığı, negatif değerlendirilme korkusu, olumsuz sosyal değerlendirilme bilişleri, önyargı odağı olma korkusu, kendine odaklanmış dikkat, güvenlik arayıcı davranışlar, beklenti kaygısı, gibi bir dizi birbiriyle ilişkili faktörden etkilenebilir(100).

2.1.7. Ayrırcı Tanı

Kekemelik bazen çeşitli konuşma bozuklukları veya akıcılık sorunlarıyla karışabilir. Kekemelik tanısı koymadan önce ayrırcı tanısı yapılması gereken durumlar aşağıda verilmiştir.

Normal Akıcısızlıklar:

18 ay ile 7 yaş arasındaki normal dil gelişiminin bir parçası olarak ortaya çıkabilen normal akıcısızlık, seslerin, hecelerin veya kelimelerin tekrarlanmasıyla giden ve patolojik olmayan bir durumdur. Genel olarak, yaklaşık 3 yaşından sonra, normal akıcısızlık tüm kelime veya deyimlerin tekrarlanmasıyla kendini gösterebilir. (örn; “İstiyorum... İstiyorum... Gitmek istiyorum”). Çocukların yorulduğu, üzülmediği ya da acele ettiği zamanlarda bu tür davranışlar artabilir, ancak genellikle aylar içinde artıp azalarak ortadan kaybolur. Normal akıcısız konuşması olan çocukları özellikle hafif düzeyde kekemeliği olan çocuklardan ayırt

etmek zor olabilir bu durumlarda bu ayırım için ikincil davranışların varlığına bakılabilir. Hafif kekemeliği olan çocuklar, kekemelik dönemlerinde gözlerini kapatma veya yüz kaslarını gerdirme gibi ikincil davranış gösterebilir bu davranışlar normal akıcılızlıkta görülmez(22).

Takifemi (Dağınık konuşma- Cluttering)

Nörolojik kökenli akıcılık bozukluğu "dağınık konuşma" (cluttering) olarak tanımlanmaktadır. Bu bozuklukta kelime ve hece atlanması ve konuşanın bir sözcük bitmeden diğerine başladığı, ritimsiz konuşma görülür. Kekemelikten farklı olarak bu bozuklukta kişi, konuşmasındaki bozukluğun farkında değildir. Bu bozukluğa sahip bireyler konuşmalarını yavaşlatmaları durumunda konuşmaları normal ve anlaşılabilir hale gelebilir(101).

Spastik-Spasmodik Disfoni

Spazmodik (spastik) disfoni, konuşma esnasında ortaya çıkan, kord vokallerin aralıklı veya sürekli spazmının yarattığı ses duraklamaları ve gergin ve boğuk ses kalitesinin izlendiği, nörojenik, santral kaynaklı fokal larengeal bir distoni türüdür. Spastik disfonide de kekemelik benzeri konuşma biçimi görülür, nefes alıp verme şekline göre kekemelikten ayırımı yapılır(102).

Afazi

Afazi söz yitimi anlamına gelir. Daha çok beyinde sol hemisferi etkileyen lezyonlarla birliktelik gösterir. Konuşma ve iletişime ait öğelerde belirgin bellek yitimi ile ortaya çıkar. Afazi, anlama ve adlandırma bozukluklarının ön planda olduğu bir tablodur. Dil sembollerini kullanmada yetersizlikler görülür ve bu yönüyle bir konuşma bozukluğu olmaktan daha çok bir dil sorunu olarak kabul edilmektedir(103).

2.1.8. Tedavi

2.1.8.1. Farmakolojik Tedavi

Kekemelik patofizyolojisi hakkında bilgi birikimi arttıkça, kekemeliğin farmakolojik yönetimi için yapılan çalışmalar da dikkat çekmiştir(104, 105). Klinik deneylerde öncelikle antidepresanlar, anksiyolitikler ve antipsikotikler üzerinde çalışılmıştır. Bu ajanların kullanımını destekleyen kanıtlar sınırlıdır(106). Antidepresanların açık bir yarar sağladığına dair kanıt bulunamamıştır. Seçici serotonin geri alım inhibitörü olan paroksetinin, akıcılızlıkta önemli bir değişiklik ile ilişkisi gösterilememiştir, bununla birlikte trisiklik antidepresanlar klomipramin ve desipramin, 16 katılımcıdan oluşan bir klinik çalışmada plaseboya kıyasla, akıcılık ve konuşmadan kaçınmada azalmaya ilişkin özbildirimli ölçeklerde kısa süreli küçük

iyileşmeler göstermiştir(107, 108). Diğer bir çalışma da, klomipraminin, akıcılık üzerine özbildirimli ölçeklerde desipraminden üstün olduğunu göstermiştir(108). Ancak, uzun vadeli veriler bu durumu desteklememiştir.

Anksiyete ve kekemelik arasındaki bilinen ilişkiye rağmen, sadece birkaç çalışmada anksiyolitiklerin etkisi araştırılmıştır. Özellikle benzodiazepinlerin etkinliği ile ilgili veriler sınırlıdır. Antidepresan ve alprazolam kombinasyonu alan 3 katılımcıyla yapılan kontrolsüz bir klinik çalışmada, kekemelik şiddeti skorlarında belirgin bir iyileşme gözlenmiştir(109). Daha yakın zamanda, yeni bir γ -aminobütirik asit modülatörü olan pagoklon, kekemeliğin en büyük randomize kontrollü çalışmasında test edilmiştir. Faz IIA çalışmalarında kekemelikte 4 kat azalmayla umut verici olmasına rağmen, Faz IIB çalışmalarının sonuçları yayınlanmamış ve şirket gelecekteki araştırmaları sonlandırmıştır(110, 111).

Beyindeki dopamin reseptörlerini bloke eden antipsikotikler ümit verici sonuçlar vermiştir, ancak bu bulguların çoğu kolayca tekrarlanamaz, eski veya küçük ölçekli çalışmalarla sınırlıdır. Haloperidol ilk olarak 1971 yılında randomize bir çalışmada 36 katılımcıda test edilmiş ve dikkate değer sonuçlar vermiştir: Akıcısız konuşmada % 50.8'den 8 hafta sonunda % 9.7'ye düşme gözlenmiştir(110). Sonraki çalışmalarda bu bulgular tutarsız bir şekilde tekrar edilmiş ve tedavi önemli yan etkilerle ilişkilendirilmiştir. Sıkı kriterlere dayalı, son sistematik bir gözden geçirme, haloperidolün kekeleme semptomları üzerindeki olumlu etkisinin literatür tarafından desteklenmediği sonucuna varmıştır(112). Atipik bir antipsikotik olan risperidon, 6 haftada hem plasebo hem de tedavi öncesi durumla karşılaştırıldığında kekemelikte önemli gelişmeler göstermiştir(36). Başka bir atipik antipsikotik olan zaponin, 24 katılımcısı olan randomize bir çalışmada plaseboya göre kekemelik semptomları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etki göstermiş olup, birincil yan etkisi kilo alımı olarak bulunmuştur(35). Bu çalışmaların hiçbirinin uzun vadeli etkileri değerlendirilmemiştir. Vaka-kontrol çalışmaları, daha yeni bir atipik antipsikotik olan asenapin kullanarak kekemelik tedavisinde başarı sağlandığını bildirmekle birlikte, henüz bu konuda kontrollü bir çalışma yoktur(113).

2.1.8.2. Farmakolojik Olmayan Tedaviler

Kekemeliğin farmakolojik olmayan tedavisinin etkinliğini test eden az sayıda güçlü kanıt vardır. Akupunktur, dudak kaslarındaki aktivitenin elektromiyografi ile geri uyarımı ve gecikmiş işitsel geri bildirimler, şeklindeki uygulamalar küçük çalışmalarda test edilmiş ve değişken başarı oranları bildirilmiştir(114-116). Son zamanlarda yapılan bir derlemede, spesifik farmakolojik olmayan tedaviler için kesin önerilerde bulunulamamıştır(104).

Konuşma terapisi bu iş için özel olarak eğitim almış uzman bir konuşma terapisti tarafından yapılmaktadır. Bu tedavi çocuk ve yetişkinler için büyük ölçüde farklı müdahaleleri içerir. Çocukların tedavisinde, son 20 ila 30 yıl arasında, pasif tutumlardan daha aktif müdahalelere geçilmiştir(117). Tercih edilen yaklaşım hakkında tartışmalar olmasına rağmen, çocuklara erken müdahalenin kilit nokta olduğu, ortak kabul görmüş bir görüştür(118). Çok yönlü tedavi stratejileri, Kuzey Amerika'daki baskın yaklaşımdır. Bu yaklaşımda çocuğun ek hastalıklarının tedavi edilmesi, stres oluşturunularının tanımlanması ve okul öncesi dönemden başlayarak çevresel streslerin değiştirilmesi ön planda yer alan müdahalelerdir. Buna karşın, Lidcombe Programı, ebeveynlere çocuklarının konuşmasına olumlu veya olumsuz yanıtlarını nasıl sözelleştirebileceklerini öğretmek için çeşitli işlevsel koşullandırma teknikleri kullanmaktadır. Yetişkinlerin tedavisinde kekemelik yönetimine ve konuşma yeniden yapılandırılmasına odaklanılmıştır. Kekemelik yönetimi denilen müdahale programında özellikle konuşma ve kekemelik ile ilgili endişeleri gidermek için kekemelik ile ilişkili bilişsel ve davranışsal sorunlar ele alınmaktadır. Randomize kontrollü bir çalışmada konuşma terapistleri tarafından yapılan bilişsel davranış terapi uygulaması sonrası, kekemeliği olan kişilerde sosyal kaygı ve psikolojik sıkıntının azaldığı gösterilmiştir(119). 2015 yılında 5-14 yaş arasında kekemeliği olan çocuklarla yapılan bir çalışmada bilişsel davranışçı terapinin kekemelikte etkin bir yöntem olduğu bildirilmiştir(120). Konuşmanın yeniden yapılandırması tekniğinde ise konuşma hızını kontrol eden ve yavaşlatan yeni konuşma kalıpları öğretilmektedir. Virginia'daki Hollins Communications Research Institute'de olduğu gibi, bazı yeni yoğun programlar, her iki yaklaşımı da bir araya getirmektedir. Bu yeni yoğun programlardaki etkinlik verileri henüz sınırlıdır(104). Yakın tarihli 10 kekemeliği olan çocuğun alındığı Cup Bubble/Lax Vox (CB/LV) Ses Terapi tekniği kullanılarak yapılan bir çalışmada 8 haftalık terapi süresi sonrasında 5 çocukta tamamen iyileşme görüldüğü bildirilmiş, bu tekniğin diğer kekemelik terapilerine ek olarak veya tek başına kullanılabileceği önerilmiştir(121).

Anterior kapsülotomi, derin beyin stimülasyonu gibi invaziv tedavi yöntemlerinin de dirençli kekemeliği olan çok az sayıda vakada denendiği, sonuçların çok sınırlı olduğu bildirilmektedir(122).

2.2. Aile Tutumları

Anne-baba-çocuk iletişimi eğer olumlu duygular ve alışkanlıklar içeriyorsa, her iki taraf içinde birlikte geçirilen zaman eğlence ve mutluluk kaynağı olabilir. Çocukta kendine güven ve öz saygısının gelişimi için en önemli kaynaklardan biri çocukla kurulan iletişimin

kalitesidir. Ailelerin çocuk yetiştirme tutumları doğal olarak çocukların kişilik özelliklerine ve davranış örüntülerine yansır. Anne babaların benimsedikleri çocuk yetiştirme tutumları, çocuğun kişiliği üzerinde olumlu ya da olumsuz etkilere neden olabilir(10).

Anne baba tutumlarının özellikleri duygusal ilişki boyutu ve denetim boyutu olmak üzere iki boyutta incelenebilir. Duygusal ilişki boyutu çocuğu merkeze alan kabul edici tutumdan, reddedici tutuma kadar uzanırken, denetim boyutu da kısıtlayıcı tutumdan hoşgörülü tutuma kadar geniş bir alanı kapsar(123-126).

Aile Tutumlarının Sınıflandırılması

Demokratik Anne Baba Tutumları

Demokratik aile tutumu karşılıksız sevgi ve bağımsızlık temelleri üzerine kurulmuş olan aile tutumudur. Aile içinde alınan kararlarda anne-baba çocuğa söz hakkı tanıyarak, çocuğun kararlarına saygı duyarak, çocuk ile işbirliğine girerek çocukların daha bağımsız, dışa dönük olmasını teşvik ederler. Çocukla sözlü iletişime önem verirler, istekleri arkasında yatan nedenleri tartışır. Çocuğa uyguladığı kuralların nedenlerini açıklarlar. Bu tutumda, çocukların ilgi ve ihtiyaçları karşılanırken aynı zamanda da denetlenirler. Demokratik ailelerde yetişen çocuklar yapıcı, yaratıcı, kendine ve çevresine karşı hoşgörülü, kendine güveni yüksek, sorumluluklarının bilincinde olan bir kişilik geliştirirler(123-126).

Aşırı Hoşgörülü Tutum

Çocuğun kendi kendine ve istediği gibi davranabildiği; her türlü istek ve ihtiyacın aile tarafından sorgusuz sualsiz karşılandığı, çocuğun davranışlarına sınırlama konulmadığı aile tutumudur. Çoğunlukla orta yaşın üzerinde çocuk sahibi olan ailelerde çocuk merkezci tutuma rastlanmaktadır. Ebeveyn ile çocuk arasında sağlıklı bir iletişimin olmaması, çocuğun abartılan bir sevgi ortamında büyümesi ve şımartılması nedeniyle bu aile tutumu çocukta doyumsuz bir kişilik oluşmasına neden olmaktadır. Çünkü aile ortamında tek söz sahibi kişi çocuk konumuna gelmiştir. Böyle çocuklar hayatları boyunca her isteklerinin karşılanacağını zannederler. Aile bireylerinin rollerine uygun davranmamaları çocuğun aile içinde tüm egemenliği eline almasına, anne babasına hükmetmesine ve çok az saygı göstermesine sebep olmaktadır. Bu tutumla yetişen çocuklar itaatkâr değildir, sorumsuz, bencil, şımarık olurlar ve diğerlerinin dikkatini çekmeye çalışırlar(123-126) .

Aşırı Koruyucu Tutum

Ailelerin çocuk üzerine gereğinden fazla kontrol ve özen gösterdiği bu tutumda anne-baba, çocuklarını düşman çevreye karşı korur gibidirler ya da çocuklarının kendi başına birşey beceremeyeceklerinden endişe ederler ve bundan dolayı da çocuklarına karşı aşırı düşkünlük gösterirler. Çocuğun sosyal gelişiminde büyük rolü olan anne ve babanın aşırı koruyucu

tutumuyla çocuk kendine güvenini sağlayamamakta, bir birey olarak girişimci ve sosyal bir kişi olmasına olanak tanınmamaktadır. Bunun sonucunda çocuk kurallara uyan, diğer kişilere bağımlı, kendine güveni olamayan, kaygılı, içine kapanık, güvensiz biri olabilir. Ailelerin sergiledikleri bu tutum çocukların bazen hassas ve bağımlı olmasına, bazen de şımarık, bencil, dik başlı olmasına neden olabilir(123-126).

Aşırı Denetleyici Tutum

Çocuğun kişisel özellikleri dikkate alınmaksızın en küçük yanlışları ve yaramazlıkları gözden kaçmaz, hemen üzerinde durulur ve düzeltme davranışına geçilir. Bu tutumda çocuk sürekli anne baba tarafından denetim altındadır. Anne babanın kendi istekleri çerçevesinde şekillendirilmeye çalışılır. Çocuktan ailenin kurallarına sıkı sıkıya bağlı kalması beklenir. Bu tutumu benimsemiş ailelerde yetişen çocuklar genellik yanlış yapma korkusu yaşarlar. Anne-babalarının kendilerini eleştirmesinden çekinirler. Aileler çocuktan yaşının üstünde bir olgunluk göstermesini beklerler. Ailelerin sergiledikleri bu tutum çocukların pasif, sosyal ve girişimsel yönden zayıf, engellenmiş, rekabet duygusu körelmiş, aşırı uysal ya da isyankar, saldırgan olmalarına neden olabilir(123-126).

Aşırı Otoriter Tutum

Ailelerin katı kurallar koyarak çocuklarından uymalarını beklediği aile tutumudur. Bu tutumun görüldüğü ailelerde sık sık öfke, bağırma, fiziksel şiddet gibi cezalar görülebilir. Aileler çocuklarından kurallara koşulsuz itaat etmesini beklerler. Çocuğa fiziksel cezanın yanında sözlü (duygularını incitecek) cezalarda verilir. Eleştiriler çocuğun kişiliğine yöneltilir. Çocuklar aileleri tarafından çoğunlukla duygusal destek ve sevgiden mahrum bırakılır. Ailelerin sergiledikleri bu tutum çocukların duygu ve düşüncelerini ifade etmekte zorlanan, özgüveni düşük, içe kapanık, kendini cezaya yatkın olarak algılayan, başkalarına karşı düşmanca duygular besleyen, otorite varlığında sinen fakat otoritenin yokluğunda ise kurallara aykırı davranan, öfkeli ve onay bekleyen bireyler olarak yetişebilirler(123-126).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü ve Etik Yönü

Bu araştırma, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yürütülmüştür. Araştırmanın türü kesitsel, vaka-kontrol çalışmasıdır. Çalışma öncesinde Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 16.05.2018 tarihli 2018/10 nolu oturumun 01 nolu kararı ile etik kurul onayı alındı. Çalışma protokolü Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütüldü. Çalışma hakkında hasta ve gönüllü

sağlıklı çocuklara ve anne-babalarına bilgilendirme yapıldı. Çocuk ve ebeveynin rızası alınarak 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu' imzalatıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nda yapılmıştır. Çalışma Mayıs 2018-Ağustos 2018 tarihleri arasında 3 ay boyunca yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran ve yapılan psikiyatrik muayenede DSM-5'e göre kekemelik tanısı alan 8-18 yaş arası 48 erkek, 17 kız olmak üzere toplam 65 çocuk ve ergen hasta çalışmaya dahil edildi. Aynı zamanda, kliniğimizin arşiv taramasında daha önceden kekemelik tanısı aldığı belirlenen hastalar aranarak çalışmaya davet edildi. Çalışmaya katılmak istemeyen çocuklar ve aileler çalışmaya alınmadı. Kontrol grubu için Kahramanmaraş ilinde ikamet eden herhangi bir psikiyatrik, nörolojik, genetik, metabolik, endokrin hastalığı olmayan, madde kullanımı ve herhangi bir ilaç kullanımı olmayan, 8-18 yaş arası 46 erkek, 19 kız olmak üzere toplam 65 sağlıklı çocuk ve ergen çalışmaya alındı. Çalışmanın örneklem boyutu power analizi ile belirlendi. Buna göre $\alpha:0,05$ önem düzeyi ve $\beta:0,20$ düzeyinde 0.80 testin gücü ile çalışmaya her grup için 65 birey olmak üzere toplam 130 birey alınması planlandı ve 65 hasta, 65 kontrol olmak üzere toplam 130 çocuk ve ergen ile çalışma tamamlandı.

Çalışmadan dışlanma kriterleri;

1. Zihinsel yetersizlik tanısının olması
2. Otistik spektrum bozukluğu tanısının olması
3. Bilinen nörolojik, metabolik, genetik, endokrin bir hastalığının olması
4. Ebeveynin izninin olmaması
5. Madde kötüye kullanımının olması

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

1. 8-18 yaş arasında olmak
2. Kekemelik tanısı almış olmak
3. Çalışmayı kabul etmek
4. Verilen formları eksiksiz doldurulmuş olmak

5. Çocuğun yapılacak ölçüm ve muayenelere uyumlu ve istekli olması
6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunun Hasta ve Ebeveyni Tarafından İmzalanmış Olması

3.4. Verilerin Toplanması

Tüm katılımcıların psikiyatrik muayeneleri sırasında, psikiyatrik komorbid tanıları belirlemek amacıyla kullanılan ve yarı yapılandırılmış bir görüşme formu olan "okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) (schedule for affective disorders and schizophrenia for school aged children, present and lifetime version, KSADS-PL)" uygulandı. Tüm hasta ve kontrol grubundaki çocuk ve ergenlere Sosyal Kaygı Ölçeği ve Kovaks Depresyon Ölçeği doldurtuldu. Tüm katılımcıların ebeveynlerinden, araştırmacılar tarafından hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu, Güçler ve Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu (GGA-EF), Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (AHÇYTÖ)(Parental Attitude Research Instrument-PARI), Semptom Tarama Listesi (SCL-90-R) doldurması istendi.

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup katılımcılar ve aile bireylerinin sosyodemografik verilerini toplama amacı ile tasarlanmış ve uygulanmıştır. Veri formunda katılımcının adı-soyadı, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, yaşadığı yer, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, anne-babanın yaşları, eğitim durumları, meslekleri, psikiyatrik hastalıklarının olup olmadığı, anne-baba arasında akrabalık olup olmadığı, ailenin aylık gelir düzeyi, annenin gebeliği esnasında yaşadığı psikiyatrik ve diğer tıbbi sorunlar, aldığı tedaviler, doğum şekli, çocuktaki prematürite öyküsü, aile tipi, katılımcıdaki ek hastalık öyküsü, kullanmakta olduğu ilaçlar değerlendirilmiştir.

3.4.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY)

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) (Schedule for affective disorders and schizophrenia for school aged children, present and lifetime version, KSADS-PL) Kaufman ve arkadaşları tarafından okul çağı çocuklarındaki psikiyatrik belirtilerin taranması amacıyla geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir ölçektir(127). Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, ve Türk çocuklardaki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında Gökler ve ark. tarafından yapılmıştır(128).

ÇDŞG-ŞY, 20 farklı psikiyatrik tanı için tarama değerlendirme yapabilmektedir. Ölçekte her bir belirtiyi değerlendirmek için belli tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütleri mevcuttur. Ölçeğin tarama kısmında pozitif belirtiler tespit edilirse ilgili tanıyı doğrulamak için sorun olan tanı kategorisine ait ekteki sorulara geçilir. Görüşmede belirti şiddeti için ‘yok’, ‘eşik altı’ ve ‘eşik’ şeklinde derecelendirilme yapılır.

3.4.3. Çocuklar için Depresyon Envanteri (CDI).

Öz bildirimli olarak doldurulan 27 maddelik CDI, 7-17 yaş arasındaki çocuklarda depresyonun bilişsel, duygusal ve davranışsal belirtilerinin ölçülmesini sağlar. Kendi içinde 5 ayrı alt ölçek içerir.

1. Olumsuz Duygudurum
2. Kişilerarası Problemler,
3. Etkin Olamama,
4. İlgi Kaybı (Anhedoni; yani, normalde zevkli olacak aktiviteler sırasında haz duymama)
5. Düşük Benlik Saygısı

Ankete katılanlardan her bir maddede önceki iki hafta boyunca her bir depresif belirtiyi ne kadar yaşadıklarına göre, 3 ayrı cümleden kendilerine uygun olanı seçmeleri istenir. Her madde için belirtinin şiddetine göre 0,1,2 şeklinde puanlandırma yapılır. Verilen cevaplara göre 0'dan 54'e kadar toplam bir puanlama yapılır. Depresyon riski altındaki çocuklar ve depresyonu olmayan çocukların ayrımı için kesim noktası 19 puan olarak kabul edilir(129). Türk çocuklar için geçerlilik ve güvenirlik çalışması Oy tarafından 1991 yılında yapılmıştır(130). CDI klinik ve araştırma ortamlarında yaygın olarak kullanılmaktadır ve iyi psikometrik özelliklere sahiptir(129).

3.4.4. Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği-Yenilenmiş Biçim (ÇSAÖ-Y) (Social Anxiety Scale for Children-Revised)

Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği (Social Anxiety Scale for Children-Revised) La Greca ve arkadaşları tarafından 1988'de çocuklarda sosyal kaygı düzeyinin şiddetinin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiştir(131). Ölçek bir öz bildirim ölçeğidir. İlk versiyonu 10 sorudan oluşan bu ölçek 1993'de gözden geçirilmiş ve yeni hali 18 soru içerecek şekilde yeniden düzenlenmiştir. Ölçekteki soruların hazırlanmasında ‘negatif değerlendirilme korkusu’ ve ‘sosyal ortamlarda duyulan sıkıntı-rahatsızlık’ şeklinde sosyal anksiyetenin iki belirtisi göz önünde tutulmuştur. 10 sorudan oluşan ilk ölçekteki tüm sorular yeniden

düzenlenen 18 soruluk ölçekte de mevcuttur. Ölçeğin ilk versiyonunda hiç, orta, her zaman şeklinde üçlü tipte likert kullanılırken sonraki ikinci ölçekte beşli tip likert kullanılmıştır(132). Ölçekteki sorular 1: hiç 2: çok az, 3: bazen, 4: çoğu zaman, 5: her zaman olacak şekilde işaretlenir ve puanlanır. Tüm sorulara verilen puanlar toplanarak elde edilen toplam sosyal kaygı puanı en az 18 en çok 90 olabilir.

Türkçe'ye uyarlaması ve Türk çocuklarda geçerlik ve güvenilirlik çalışması Demir ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yapılmıştır. Psikometrik özellikler bakımından çocuklarda sosyal kaygının ölçülmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu gösterilmiştir(133).

3.4.5. Güçler ve Güçlükler Anketi ebeveyn formu (GGA)

Güçler Güçlükler Anketi (GGA) ("Strength and Difficulties Questionnaire – SDQ"), İngiliz psikiyatrist Robert Goodman tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir(134). Bu anket çocuk ve ergenlerdeki psikolojik ve psikiyatrik araştırmalarda kullanmak ve klinik izlem sırasında davranışsal ve duygusal sorunları ve ailelerin çocuklarıyla ilgili yaşadıkları güçlükleri taramak için kullanılır(134, 135). Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güvenir ve ark. tarafından yapılmıştır(136). Anket bazıları olumlu, bazıları ise olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 adet soru içerir. Bu sorular hem uygun tanısal ölçütler, hemde faktör analizi sonuçlarına göre her biri beş soru içeren beş ayrı alt başlıkta toplanmıştır. Bu başlıklar; Emosyonel (Duygusal) Sorunlar, Davranış Sorunları, Hiperaktivite ve Dikkat eksikliği, Akran Sorunları ve Prososyal Davranışlar'dır (137). Her alt başlık kendi içinde değerlendirilip her biri için ayrı ayrı puan hesaplanır. Ayrıca ilk dört başlığın toplamı ile "Toplam Güçlük Puanı" hesaplanabilmektedir. Ölçeğe göre toplam duygusal-davranışsal sorunlardan 0-13 arası puan alan çocuklar duygusal-davranışsal sorunlar bakımından "normal", 14-16 puan arasında alan çocuklar "sınırdan" kabul edilmekte, 17-40 arası puan alanlar ise duygusal-davranışsal sorunlar bakımından "normal dışı" kabul edilmektedir. GGA'nin her bir maddesi 0 = doğru değil, 1 = biraz doğru ve 2 = kesinlikle doğru olmak üzere 3 puanlı bir skorla puanlanır. Daha yüksek puanların daha olumlu davranış gösterdiği "prososyal davranışlar" alt başlığı dışında, yüksek puanlar daha ciddi problemleri göstermektedir. Emosyonel (Duygusal) Sorunlar, Davranış Sorunları, Hiperaktivite ve Dikkat eksikliği, Akran Sorunları için toplam puan, toplam zorluk skoru 0 ila 40 arasında değişmek üzere toplanabilir; prososyal puan toplam zorluk puanından çıkarılmaz, çünkü prososyal davranışların yokluğu ile psikolojik güçlüklerin varlığı birbirinden kavramsal açıdan ayrıdır. Bu anketin, 4-16 arası yaşlar için ebeveyn ve öğretmenin doldurduğu ve 11-16 arası yaşlar

için ergen tarafında özbildirimli doldurulan versiyonları mevcuttur. Anket yaklaşık beş dakika içinde doldurulabilmektedir(134, 136).

3.4.6. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ)(Parental Attitude Research Instrument-PARI)

Ölçek ilk olarak ABD’de Schaffer ve Bell tarafından ailelerin çocuk yetiştirmede kullandıkları yöntemleri kategorize etmek için geliştirilmiştir. Toplam 115 maddeden oluşan ölçek kendi içinde 23 alt ölçeğe sahiptir. Bu ölçek anne baba tarafından doldurulan ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarının belirlenmesi amacıyla kullanılan likert tipinde bir ölçektir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, Le Compte ve Özer tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.91’dir. AHÇYTÖ aşırı annelik, demokratik tutum ve eşitlik tanıma, ev kadınlığını reddetme, karı-koca geçimsizliği, otoriter tutum gibi 5 farklı boyutu değerlendirir. 1- 4 arasında puanlanan AHÇYTÖ’nin değerlendirilmesi sırasında 2, 29, 44. maddeler dışında tüm maddeler doğrudan işaretlenen dereceye göre puanlanır. Ölçekten toplam puan elde edilmemekte faktör puanları değerlendirilmektedir. Faktör puanları ayrı ayrı toplanıp 5 ayrı boyutu yansıtan 5 ayrı puan hesaplanır. “Demokratik tutum ve eşitlik tanıma” boyutu dışındaki boyutlarda puan artışı olumsuz anne-baba tutumlarını gösterir. AHÇYTÖ’nin alt ölçeklerinden alınabilecek en yüksek puan aşırı annelik için 64, demokratik tutum ve eşitlik tanıma için 36, ev kadınlığını reddetme için 52, karı-koca geçimsizliği için 24, baskı ve disiplin alt ölçeği için 64’tür (138).

3.4.7. Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) (Symptom Checklist-90-Revised)

Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) (Symptom Checklist-90-Revised) 1977 yılında Derogatis ve Cleary tarafından psikiyatrik belirtileri olan kişileri ayırt etmek için geliştirilmiş bir tarama testidir(139). Test bireylerdeki ruhsal belirtilerin şiddeti ve bu belirtilerin hangi psikiyatrik alanlarla ilgili olduğu hakkında bilgi veren bir araçtır. SCL-90R’nin Türkçe’ye uyarlama geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1991 yılında Dağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(140). Ölçek beşli tipte Likert puanlaması ile derecelendirilen 90 sorudan oluşur. Her madde için 0-4 arasında puanlandırma yapılır. Ölçekte Toplam 10 psikiyatrik alan değerlendirilmektedir. Her bir alanın puanı o alana ait sorulara verilen puanların ortalaması bulunarak hesaplanır. Bu alanlar ve bu alanları ölçen maddeler aşağıda verilmiştir:

1. Somatizasyon belirtileri alt boyutu; bedensel belirtilere ilişkin; 1,4,12,27,40,42,48,52,53,56,58 nolu maddelerle,

2. Obsesif kompulsif belirtiler alt boyutu; kişinin düşünmekten ya da yapmaktan vazgeçemediği istenmeyen düşünce ve davranışlarına ilişkin; 3,9,10,28,38,45,46,51,55,65 nolu maddelerle,
3. Kişiler arası duyarlılık alt boyutu; bireyin kendini aşağılama veya yetersizlik duygularına ilişkin; 6,21,34,36,37,41,61,69,73 nolu maddelerle,
4. Depresyon alt boyutu; genel karamsarlık, güdülenme eksikliği, intihar düşünceleri ve yaşam ilgilerinin azalmasına ilişkin; 5,14,15,20,22,26,29,30,31,32,54,71,79 nolu maddelerle,
5. Anksiyete alt boyutu; aşırı düzeydeki endişeye ilişkin; 2,17,23,33,39,57,72,78,80,86 nolu maddelerle,
6. Öfke-düşmanlık alt boyutu; saldırganlık ve sinirlilik duygularını içeren; 11,24,63,67,74,81 nolu maddelerle,
7. Fobik Anksiyete alt boyutu; kişinin belli bir nesne ya da duruma karşı sürekli korku kaygı tepkisine ilişkin, 13,25,47,50,70,75,82 nolu maddelerle,
8. Paranoid düşünce alt boyutu; şüpheli ve düşmanca düşüncelere ilişkin; 8,18,43,68,76,83 nolu maddelerle,
9. Psikotik belirtiler alt boyutu; içe kapanma, sosyal hayattan uzaklaşma, şizoid yaşam biçimine ilişkin; 7,16,35,62,77,84,85,87,88,90 nolu maddelerle,
10. Ek maddeler alt boyutu ise uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk ile ilişkili 19 44 59 60 64 66 89 nolu maddelerle değerlendirilir.

Doksan maddeye verilen puanların toplanmasıyla ‘genel toplam’, on alanın ortalamasının alınması ile ‘genel semptom ortalaması’ hesaplanır. Ölçeğin genel toplam puanı aynı zamanda “Global Şiddet İndeksi” şeklinde de adlandırılmaktadır(141).

3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım değişkenlerin iki grup için karşılaştırılmasında Student t testi, normal dağılıma uymayan değişkenlerin iki grup için karşılaştırılmasında ise MannWhitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki Ki kare testi ile test edilmiştir. Normal dağılıma uymayan sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamında belirlenen ölçeklerin katılımcılara uygulanması ile elde edilen verilerin analizi, istatistik yazılımı olan SPSS 22.0 kullanılarak gerçekleştirilmiştir. $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Bu çalışmaya Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran kekemelik tanısı olan 65 olgu ve 65 kontrol grubu olmak üzere toplam 130 birey alındı.

4.1. Sosyodemografik veriler ile ilgili bulgular

Kekemelik tanısı olan çocuk ve ergenlerin yaş ortalaması 10.89 ± 2.54 , kontrol grubunun yaş ortalaması 11.13 ± 2.32 idi. Hasta grubunda ortalama anne yaşı $37,34 \pm 6,02$ iken, bu değer kontrol grubunda $37,51 \pm 5.72$ idi. Baba yaşına bakıldığında hasta grup için yaş ortalaması 41.34 ± 6.49 , kontrol grubunda ise 40.55 ± 5.89 olarak bulundu. Hasta ve kontrol grupları arasında yaş, anne yaşı, baba yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Toplam kardeş sayısı, hasta grupta ortalama 2.55 ± 1.21 , kontrol grubunda 3.52 ± 1.22 olarak bulundu. Kontrol grubunda kardeş sayısı daha fazlaydı ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p=0.000$). Ailenin kaçınıcı çocuğu olduğuyula ilgili verilere bakıldığında hasta grupta bu değer ortalama $1.71 \pm 0,84$, kontrol grubunda ise 2.34 ± 1.09 idi. İki grup arasında ailenin kaçınıcı çocuğu olduğuyula ilgili istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptandı ($p=0.000$)(Tablo 1).

Tablo 1: Hasta ve kontrol grubunun yaşı, ebeveyn yaşı, kardeş sayısı ve kaçınıcı çocuık olduğuyula ilgili bulgular

Değişkenler	Hasta grubu (n=65) mean±sd	Kontrol grubu (n=65) mean±sd	P
Yaş	$10.89 \pm 2,54$	11.13 ± 2.32	0.566
Anne yaşı	$37,34 \pm 6,02$	$37,51 \pm 5.72$	0.472
Baba yaşı	41.34 ± 6.49	40.55 ± 5.89	0.870
Kaç kardeş	2.55 ± 1.21	3.52 ± 1.22	0.000*
Kaçınıcı çocuık	$1.71 \pm 0,84$	2.34 ± 1.09	0.000*

Hasta grubundaki olguların 48'i (%73,8) erkek, 17'si (%26,2) kız ve kontrol grubundaki olguların ise 46'sı (%73,8) erkek, 19'u (%29,2) kız cinsiyette idi. Hasta grubunda 21(%32,3) kişi köy, 10(%15,4) kişi ilçe, 34(%52,3) kişi şehirde ikamet ediyordu. Kontrol grubunda ise 17(%26,2) kişi köy, 6(%9,2) kişi ilçe, 42(%64,6) kişi şehirde ikamet ediyordu. Hasta ve kontrol grubu arasında ikamet edilen yer, annenin eğitim durumu, ailenin gelir

düzeyi ve aile tipi açısından anlamlı farklılık yoktu ($p>0.05$). Hasta ve kontrol grubu arasında babanın eğitim durumu ($p=0.043$) ve anne baba arası akrabalık ($p=0.008$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (**Tablo 2**).

Tablo 2: Hasta ve kontrol grubunun cinsiyet, ikamet edilen yer, anne ve baba eğitimi, akrabalık, ailenin gelir düzeyi ve aile tipi ile ilgili bulgular

		vaka-kontrol grup				p
		hasta grubu		kontrol grubu		
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Erkek	48	73,8%	46	73,8%	0.698
	Kız	17	26,2%	19	29,2%	
İkamet edilen yer	Köy	21	32,3%	17	26,2%	0.240
	İlçe	10	15,4%	6	9,2%	
	Şehir	34	52,3%	42	64,6%	
Annenin eğitim durumu	Okur- yazar değil	2	3,1%	3	4,6%	0.321
	Okur-yazar	2	3,1%	6	9,2%	
	İlkokul	30	46,2%	30	46,2%	
	Ortaokul	9	13,8%	9	13,8%	
	Lise	13	20,0%	7	10,8%	
	Üniversite	9	13,8%	10	15,4%	
Babanın eğitim durumu	Okur- yazar değil	1	1,5%	2	3,1%	0.043*
	Okur-yazar	0	0,0%	0	0,0%	
	İlkokul	17	26,2%	28	43,1%	
	Ortaokul	11	16,9%	14	21,5%	
	Lise	25	38,5%	8	12,3%	
	Üniversite	11	16,9%	13	20,0%	
Akrabalık	Var	11	16,9%	28	43,1%	0.008*
	Yok	54	83,1%	37	56,9%	
Gelir durumu	500 tl veya daha az	2	3,1%	1	1,5%	0.128
	500-1000 t arası	20	30,8%	12	18,5%	
	1000-1500 tl arası	27	41,5%	32	49,2%	
	1500-2500 tl arası	12	18,5%	14	21,5%	

	2500-5000 tl arası	4	6,2%	6	9,2%	
	5000 tl üzeri	0	0,0%	0	7,3%	
Aile tipi	Çekirdek aile	59	90,8%	54	83,1%	0.071
	Geniş aile	6	9,2%	7	10,8%	
	Boşanmış aile	0	0,0%	3	4,6%	
	Anne kaybı	0	0,0%	0	0,0%	
	Baba kaybı	0	0,0%	1	0,0%	

Hasta grubunda 8 (12,3%) olgunun annesinde, 8 (12,3%) olgunun babasında ruhsal hastalık öyküsü vardı. Kontrol grubunda 8 (12,3%) olgunun annesinde, 7(10.8%) olgunun babasında ruhsal hastalık öyküsü vardı. Gruplar arasında anne ve babada ruhsal hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (**sırasıyla p=0.820, p=0.712**) (Tablo 3).

Tablo 3: Hasta ve kontrol grubunun anne ve babasındaki ruhsal hastalık öyküsü

		vaka-kontrol grup				p
		hasta grubu		kontrol grubu		
		n	%	n	%	
Anne psikiyatrik hastalık geçirmiş mi?	Evet	8	12,3%	8	12,3%	0.820
	Hayır	57	87,7%	57	87,7%	
Baba psikiyatrik hastalık geçirmiş mi?	Evet	8	12,3%	7	10,8%	0.712
	Hayır	57	87,7%	58	89,2%	

İki grup annenin gebeliği sırasında yaşadığı tıbbi sorunlar ve annenin gebeliği sırasında yaşadığı psikososyal sorunlar açısından değerlendirildi. Hasta grupta toplam 15 (%23,1), kontrol grubunda toplam 25 (%38,5) anne gebeliği sırasında tıbbi sorun yaşamışken, gebelik sırasında psikososyal stres yaşayan anne sayısı hasta grubunda 16 (%24,6) kontrol grubunda ise 27 (%41,5) idi. Annenin gebeliği sırasında yaşadığı tıbbi sorunlar ve annenin gebeliği sırasında yaşadığı psikososyal sorunlar kontrol grubunda daha yüksekti ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıydı (**sırasıyla: p=0.021; p=0.032**) (Tablo 4).

Tablo 4: Hasta ve kontrol grubunun annelerinin gebeliği sırasında yaşadığı tıbbi ve psikososyal sorunlar

		vaka-kontrol grup				P
		hasta grubu		kontrol grubu		
		Sayı	%	Sayı	%	
Anne gebeliği sırasında tıbbi sorun yaşadı mı?	Kanama	3	4,6%	3	4,6%	0.021*
	Enfeksiyon	1	1,5%	1	1,5%	
	Yüksek tansiyon	3	4,6%	7	10,8%	
	Şeker	0	0,0%	2	3,1%	
	Nöbet	0	0,0%	0	0,0%	
	Aşırı kilo alma	0	0,0%	10	15,4%	
	Yaralanma	0	0,0%	0	0,0%	
	Ameliyatlar	0	0,0%	0	0,0%	
	Diğer	8	12,3%	2	3,1%	
	Tıbbi bir hastalık geçirmedi	50	76,9%	40	61,5%	
Anne gebeliği sırasında psikososyal stresör yaşadı mı?	Ayrılık	1	1,5%	1	1,5%	0.032*
	Maddi sıkıntı	11	16,9%	21	32,3%	
	İş sorunları	1	1,5%	3	4,6%	
	kötü yaşam koşulları	2	3,1%	1	1,5%	
	Ölüm	1	1,5%	1	1,5%	
	Strese maruz kalmadı	49	75,4%	38	58,5%	

Annenin gebelikte sigara ve alkol kullanım öyküsünün değerlendirilmesinde; hasta grupta 2(%3,1), kontrol grubunda 2(%3,1) annenin gebeliği sırasında sigara kullanma öyküsü olduğu, her iki grupta gebeliği sırasında alkol kullanım öyküsü olan anne bulunmadığı belirlendi. Hasta grupta gebeliği sırasında ilaç kullanım öyküsü olan anne sayısı 9(%13,8) iken, kontrol grubunda 5(%7,7) olarak saptandı. Çocuğun doğum şekli ile ilgili verilerin değerlendirilmesinde sezeryanla doğan çocuk sayısı hasta grubunda 27(%41,5) kontrol grubunda ise 21(%32,3) olarak bulundu. Prematür doğum öyküsü olan çocuk sayısı hasta grubunda 4(%6,2) kontrol grubunda ise 7(%10,8) idi. İlaç kullanımı olan çocuk sayısı hasta grupta 3(%4,6) iken bu değer kontrol grubunda 1(%1,5) idi.

Hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasında annenin gebeliği sırasında sigara kullanım öyküsü, annenin gebeliği sırasında alkol kullanım öyküsü, annenin gebeliği sırasında ilaç kullanım öyküsü, çocuğun doğum şekli, prematür doğum öyküsü ve çocuğun ilaç kullanımı açısından iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı (**tümü için, p>0.05**) (Tablo 5)

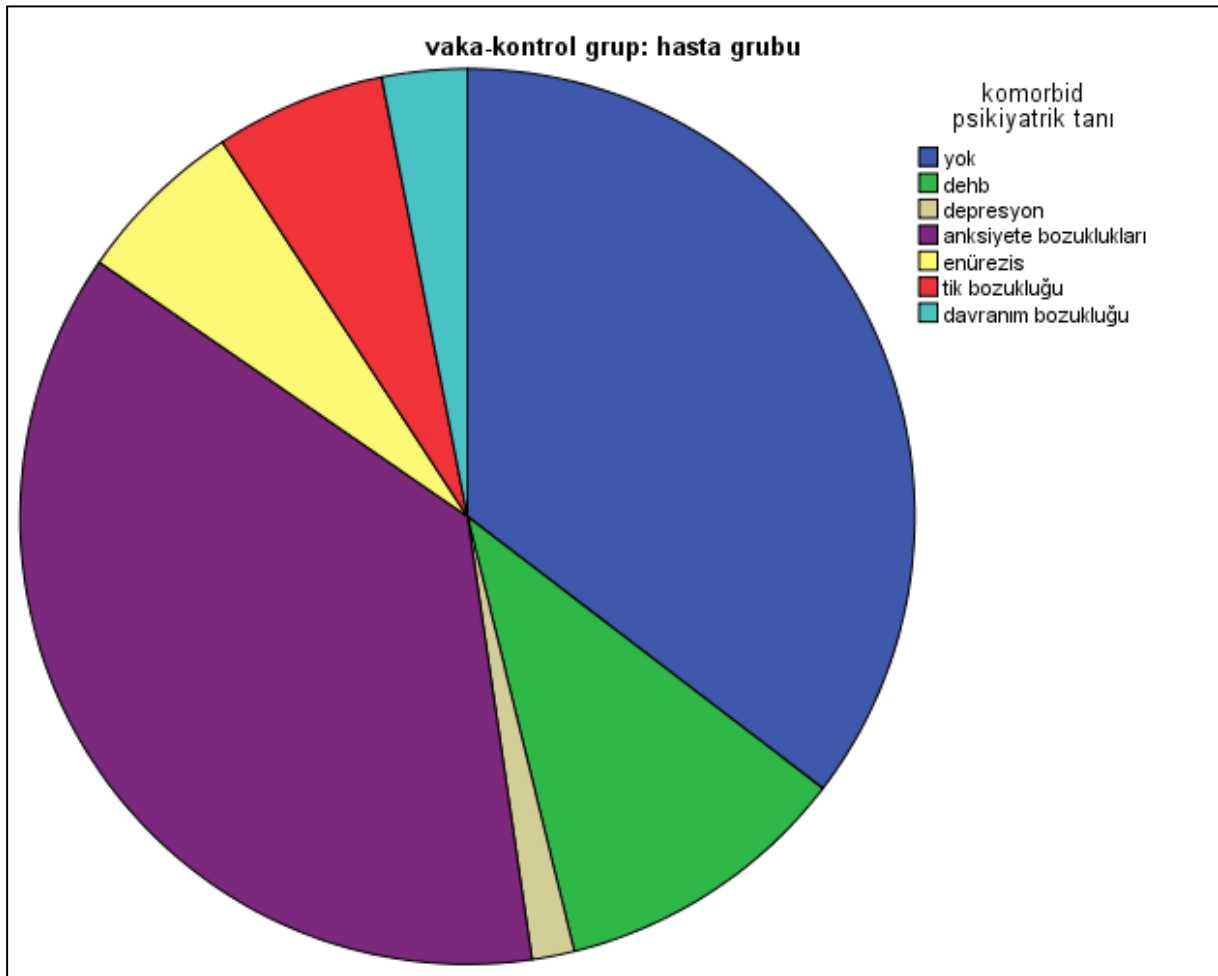
Tablo 5: Hasta ve kontrol grubunda; annenin gebelikteki sigara, alkol ilaç kullanımı ve çocuğun doğum şekli, prematür doğum öyküsü, ilaç kullanımı ile ilgili bulgular

		vaka-kontrol grup				P
		hasta grubu		kontrol grubu		
		Sayı	%	Sayı	%	
Hamillik döneminde sigara kullanımı	Evet	2	3,1%	2	3,1%	0.375
	Hayır	63	96,9%	63	96,9%	
Hamilelik döneminde alkol kullanımı	Evet	0	0,0%	0	0,0%	-
	Hayır	65	100,0%	65	100,0%	
Hamilelik döneminde ilaç kullanımı	Evet	9	13,8%	5	7,7%	0.261
	Hayır	56	86,2%	60	92,3%	
Doğum şekli	NVY	38	58,5%	44	67,7%	0.279
	Sezeryan	27	41,5%	21	32,3%	
Prematür öyküsü	Var	4	6,2%	7	10,8%	0.348
	Yok	61	93,8%	58	89,2%	
Çocuk ilaç kullanıyor mu	Var	3	4,6%	1	1,5%	0.313
	Yok	62	95,4%	64	98,5%	

Kekemeliği olan hasta gruptaki olgular komorbid psikiyatrik hastalıklar açısından değerlendirildiğinde; 23 (%35,4) hastada komorbid psikiyatrik hastalık saptanmazken 42 (%64,6) hastada komorbid psikiyatrik hastalık saptandı. En fazla komorbid hastalık olarak 24 (%36,9) hastada anksiyete bozukluğu görülürken, 7 (%10,8) hastada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, 4 (%6,2) hastada enürezis nokturna, 4 (%6,2) hastada tik bozukluğu, 2 (%3,1) hastada davranım bozukluğu ve 1 (%1,5) hastada depresyon tanısı saptandı (**Tablo 6, Şekil 1**).

Tablo 6: Kekemelik tanısı olan hasta gruptaki komorbid psikiyatrik hastalık tanıları

		Sayı(n)	%
komorbid psikiyatrik tanı	yok	23	35,4%
	dehb	7	10,8%
	depresyon	1	1,5%
	anksiyete bozuklukları	24	36,9%
	enürezis	4	6,2%
	tik bozukluğu	4	6,2%
	davranım bozukluğu	2	3,1%



Şekil 1: Kekemelik tanısı olan çocuk ve ergenlerde komorbid psikiyatrik hastalık tanılarının oranları

4.2 Sosyal Kaygı ve Depresyon Ölçeği ile İlgili Bulgular

Hasta ve kontrol grubundaki çocuklara Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği - Yenilenmiş Biçim (ÇSAÖ-Y) (Social Anxiety Scale for Children-Revised) doldurtularak her iki gruptaki çocukların gösterdikleri sosyal kaygı belirtileri değerlendirildi ve karşılaştırıldı. Buna göre hasta gruptaki çocukların toplam sosyal kaygı puanı kontrol grubundaki çocuklara göre daha yüksekti ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p=0.000$) (Tablo 7).

Tablo 7: Hasta ve kontrol grubundaki çocukların toplam sosyal kaygı puanları ile ilgili bulgular

	vaka-kontrol grup						p
	hasta grubu			kontrol grubu			
	Median	Minimum	Maximum	Median	Minimum	Maximum	
Sosyal kaygı ölçeği toplam puanı	43,00	19,00	77,00	33,00	18,00	74,00	0.000*

Mann-Whitney U test; $\alpha:0,05$; *gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Hasta ve kontrol grubundaki çocuklara Çocuklar için Depresyon Envanteri (CDI) doldurtularak her iki gruptaki çocuklardaki depresyon belirtileri değerlendirildi ve karşılaştırıldı. Buna göre toplam depresyon puanı açısından hasta grubundaki çocuk ve ergenlerin puanları ile kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8: Hasta ve kontrol grubundaki çocukların toplam depresyon puanları ile ilgili bulgular

	vaka-kontrol grup						p
	hasta grubu			kontrol grubu			
	Median	Minimum	Maximum	Median	Minimum	Maximum	
Depresyon ölçeği toplam puanı	13,00	4,00	29,00	11,00	4,00	29,00	0.841

Mann-Whitney U test

Hasta grubundaki çocuklar yaşlarına göre iki gruba ayrıldı. 11 yaş ve altı olgular ile 11 yaş üstü olgular toplam sosyal kaygı puanı ve depresyon puanı, GGA, PARI, SCL-90-R puanları için ayrı ayrı karşılaştırıldı. Buna göre 11 yaş ve altı kekemeliği olan çocukların 11 yaş üstü kekemeliği olan çocuklara göre daha fazla toplam sosyal kaygı puanına sahip olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($p=0.024$) (Tablo 9).

Hasta grupta yaş ile bakılan diğer parametreler (toplam depresyon puanı, GGA, PARI, SCL-90-R puanları) arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 9: Hasta grubundaki çocuk ve ergenlerin yaş ve toplam sosyal kaygı puanı ile ilgili bulguları

		Sosyal kaygı ölçeği toplam puanı			
		Median	Minimum	Maximum	p
Yaş	11 yaş ve altı (n=42)	45,50	22,00	77,00	0.024**
	11 yaş üstü (n=23)	32,00	19,00	69,00	

4.3. GGA, PARI ve SCL-90-R ölçekleri ile ilgili bulgular

Hasta ve kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin annelerine GGA doldurtularak, çocuklarındaki emosyonel (duygusal) ve davranışsal sorunlar değerlendirildi. Hasta grubundaki çocuk ve ergenlerde emosyonel puanı, prososyal puanı, akran sorunları puanı ve toplam puanı, kontrol grubundaki çocuk ve ergenlere göre daha yüksekti ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıydı (**Sırasıyla: $p=0.000$; $p=0.000$; $p=0.018$; $p=0.002$**). Hiperaktivite ve dikkat eksikliği sorun puanı ve davranışsal sorun puanı açısından iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 10**).

Tablo 10 : Hasta ve kontrol grubunun GGA alt boyut ölçek puanlarıyla ilgili bulgular

	vaka-kontrol grup						p
	hasta grubu			kontrol grubu			
	Median	Minimum	Maximum	Median	Minimum	Maximum	
Emosyonel sorunlar	5,00	1,00	10,00	3,00	,00	7,00	0.000*
Hiperaktivite ve dikkat eksikliği	5,00	,00	10,00	5,00	,00	9,00	0.454
Prososyal davranışlar	8,00	3,00	10,00	6,00	1,00	10,00	0.000*
Akran sorunları	4,00	,00	7,00	3,00	,00	8,00	0.018*
Davranışsal sorunlar	3,00	,00	8,00	3,00	,00	10,00	0.773
Toplam puan	18,00	1,00	28,00	14,00	,00	26,00	0.002*

Mann-Whitney U test; a:0,05; *gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Hasta ve kontrol grubundaki çocukların annelerine Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ) (Parental Attitude Research Instrument-PARI) doldurtularak bu annelerin aile hayatı çocuk yetiştirme tutumları değerlendirildi. Hasta ve kontrol grupları PARI ölçeği alt boyutları açısından her alt boyut için ayrı ayrı karşılaştırıldı. Buna göre, hasta gruptaki annelerde sırasıyla aşırı annelik-aşırı koruyuculuk puanı, geçimsizlik-aile içi çatışma puanı, sıkı disiplin-artık boyut puanı, kontrol grubundaki annelere göre daha yüksekti ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıydı (**sırasıyla, p=0.000, p=0.012, p=0.000**). Hasta ve kontrol gruplarının demokratik tutum ve ev kadınlığını rolünü reddetme puanları açısından karşılaştırılmasında iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı (**p>0.05**). **(Tablo 11)**

Tablo 11: Hasta ve kontrol grubunda; AHÇYTÖ (PARI) alt boyut puanlarıyla ilgili bulgular

	vaka-kontrol grup						p
	hasta grubu			kontrol grubu			
	Median	Minimum	Maximum	Median	Minimum	Maximum	
Aşırı Annelik Aşırı Koruyuculuk	49,00	23,00	62,00	39,00	25,00	59,00	0.000*
Demokratik Tutum	27,00	18,00	33,00	27,00	14,00	32,00	0.953
Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme	32,00	15,00	50,00	32,00	19,00	49,00	0.304
Geçimsizlik Aile İçi Çatışma	16,00	7,00	24,00	14,00	7,00	24,00	0.012*
Sıkı Disiplin Artık Boyut	45,00	23,00	64,00	35,00	21,00	55,00	0.000*

Mann-Whitney U test; a:0.05; *gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Hasta ve kontrol grubundaki çocukların annelerine SCL-90R doldurtularak, annelerin psikiyatrik belirtileri değerlendirildi. Hasta ve kontrol grupları SCL-90-R alt boyutları açısından her alt boyut için ayrı ayrı karşılaştırıldı. Buna göre hasta grubunun annelerinde Somatizasyon, Obsessif kompulsif belirtiler, Kişiler arası duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Öfke_düşmanlık, Psikotizm, Ek Skalalar puanları ve Toplam puanı, kontrol grubunun

annelerine göre daha yüksekti ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıydı (**Sırasıyla: p=0.006; p=0.019; p=0.006; p=0.006; p=0.000; p=0.005; p=0.0047; p=0.000; p=0.002**). İki grup arasında annelerin SCL-Fobik anksiyete puanı ve SCL-Paranoid düşünceler puanı açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı (**p>0.05**) (**Tablo 12**).

Tablo 12 : Hasta ve kontrol grubunun SCL-90-R alt boyut ölçek puanlarıyla ilgili bulgular

	vaka-kontrol grup						p
	hasta grubu			kontrol grubu			
	Median	Minimum	Maximum	Median	Minimum	Maximum	
Somatizasyon	1,27	,00	3,00	,82	,00	2,09	0.006*
Obsessif Kompulsif Belirtiler	1,50	,10	2,70	1,10	,00	2,20	0.019*
Kişilerarası duyarlılık	1,44	,00	3,44	1,11	,00	2,78	0.006*
Depresyon	1,46	,00	3,15	,85	,00	2,92	0.006*
Anksiyete	1,10	,00	2,80	,70	,00	2,30	0.000*
Öfke Düşmanlık	1,17	,00	3,00	,83	,00	2,67	0.005*
Fobik Anksiyete	,71	,00	3,00	,57	,00	2,57	0.216
Paranoid Düşünceler	1,17	,00	3,17	1,00	,00	2,83	0.061
Psikotizm	,70	,00	2,90	,70	,00	2,00	0.047*
Ek Skalalar	1,29	,00	3,00	1,00	,00	2,86	0.000*
Toplam puan	1,26	,04	2,77	,83	,10	1,96	0.002*

Mann-Whitney U test; a:0,05; *gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Hasta grubundaki çocuklar cinsiyetlerine göre erkek ve kız olmak üzere iki gruba ayrıldı. 2 gruptaki hastalar toplam sosyal kaygı puanı ve depresyon puanı, GGA, PARI, SCL-90-R puanları için ayrı ayrı karşılaştırıldı. Hasta grupta cinsiyet ile bakılan parametreler (toplam sosyal kaygı ve depresyon puanı, GGA, PARI, SCL-90-R puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (**p>0.05**)).

Hasta grubundaki çocuk ve ergenler komorbid psikiyatrik tanıları olup olmasına göre iki gruba ayrıldı. Komorbid hastalık tanısı olan ve olmayan çocukların anneleri GGA alt boyutları açısından her alt boyut için ayrı ayrı karşılaştırıldı. Buna göre komorbid hastalık tanısı olan çocukların hiperaktivite ve dikkat eksikliği, akran sorunları ve toplam sorun puanı komorbid hastalığı olmayan çocuklara göre daha yüksekti ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıydı (**sırasıyla p:0.033, p:0.034, p:0.005**). İki grubun emosyonel sorunlar, prososyal davranışlar ve davranışsal sorun puanı açısından karşılaştırılmasında iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı (**p>0.05**) (**Tablo 13**).

Tablo 13: Hasta grubundaki çocukların komorbid hastalık varlığı ile GGA alt boyut puanları ile ilgili bulguları

	Komorbid psikiyatrik hastalık						p
	Yok (n:23)			Var(42)			
	Median	Minimum	Maximum	Median	Minimum	Maximum	
Emosyonel sorunlar	4,00	1,00	10,00	5,00	1,00	9,00	0.074
Hiperaktivite ve dikkat eksikliği	4,00	,00	8,00	5,00	,00	10,00	0.033*
Prososyal davranışlar	8,00	6,00	10,00	8,00	3,00	10,00	0.722
Akran sorunları	3,00	,00	7,00	5,00	,00	7,00	0.034*
Davranışsal sorunlar	2,00	,00	6,00	3,00	,00	8,00	0.278
Toplam puan	13,00	1,00	28,00	19,00	6,00	28,00	0.005*

4.4. Klinik değişkenler arasındaki korelasyonlar

GGA alt boyut puanları ile toplam sosyal kaygı ve depresyon puanının karşılaştırması Spearman korelasyon analizine göre yapılmıştır. Buna göre hasta grubunda emosyonel sorun puanı ile toplam sosyal kaygı puanı arasında zayıf şiddette pozitif bir korelasyon bulunmuştur.

Kontrol grubunda prososyal puanı ile toplam depresyon puanı arasında zayıf şiddette negatif bir korelasyon bulunmuştur. Yine kontrol grubunda akran sorunları ve davranışsal sorun puanları ile toplam depresyon puanı arasında zayıf şiddette pozitif bir korelasyon bulunmuştur (**Tablo 14**).

Tablo 14: GGA alt boyut puanları ile toplam depresyon puanı ve toplam sosyal kaygı puanları arasındaki korelasyon

vaka-kontrol grup		depresyon ölçeği toplam puan	sosyal kaygı ölçeği toplam puanı
hasta grubu	Emosyonel sorunlar	r	,025
		p	,377**
		n	65
	Hiperaktivite ve dikkat eksikliği	r	-,048
		p	,005
		n	,968
Prososyal davranışlar	r	,134	

		p	,417	,286
		n	65	65
		r	,014	,111
	Akran sorunları	p	,911	,380
		n	65	65
		r	,036	-,045
	Davranışsal sorunlar	p	,777	,720
		n	65	65
		r	,009	,161
	Toplam puan	p	,945	,200
		n	65	65
		r	,225	-,035
kontrol grubu	Emosyonel sorunlar	p	,072	,780
		n	65	65
		r	,214	-,012
	Hiperaktivite ve dikkat eksikliği	p	,087	,921
		n	65	65
		r	-,345**	-,158
	Prososyal davranışlar	p	,005	,209
		n	65	65
		r	,288*	-,015
	Akran sorunları	p	,020	,908
		n	65	65
		r	,301*	,057
	Davranışsal sorunlar	p	,015	,653
		n	65	65
		r	,335**	,004
	Toplam puan	p	,006	,976
		n	65	65
		r		

PARI alt boyut puanları ile toplam sosyal kaygı ve depresyon puanı arasındaki ilişkinin karşılaştırması Spearman korelasyon analizine göre yapılmıştır. Buna göre hasta grubunda aşırı annelik-aşırı koruyuculuk puanı ile toplam depresyon puanı arasında zayıf şiddette pozitif bir korelasyon bulundu ($r=0.283$, $p=0.022$). Yine hasta grubunda geçimsizlik-aile içi çatışma puanı ile toplam depresyon puanı arasında zayıf şiddette pozitif korelasyon saptandı ($r=0.414$, $p:0.001$). Kontrol grubunda ise demokratik tutum puanı ile toplam depresyon puanı arasında zayıf şiddette negatif bir korelasyon bulundu ($r= -0.283$, $p:0.022$). Hasta ve kontrol grubunda PARI alt boyut puanları ile toplam sosyal kaygı puanı arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı (**Tablo 15**).

Tablo 15: PARI alt boyut puanları ile toplam depresyon ve sosyal kaygı puanları arasındaki korelasyon

vaka-kontrol grup			depresyon ölçeği toplam puan	sosyal kaygı ölçeği toplam puanı
hasta grubu	Aşırı Annelik Aşırı Koruyuculuk	r	,283*	,048
		P	,022	,705
		n	65	65
	Demokratik Tutum	r	,136	-,161
		P	,281	,200
		n	65	65
	Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme	r	,236	,091
		P	,058	,469
		n	65	65
	Geçimsizlik Aile İçi Çatışma	r	,414**	,091
		P	,001	,472
		n	65	65
Sıkı Disiplin Artık Boyut	r	,208	,053	
	P	,096	,672	
	n	65	65	
kontrol grubu	Aşırı Annelik Aşırı Koruyuculuk	r	-,050	,094
		P	,694	,458
		n	65	65
	Demokratik Tutum	r	-,283*	-,043
		P	,022	,734
		n	65	65
	Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme	r	,116	,042
		P	,355	,739
		n	65	65
	Geçimsizlik Aile İçi Çatışma	r	,051	-,071
		P	,689	,572
		n	65	65
Sıkı Disiplin Artık Boyut	r	,116	,180	
	P	,358	,151	
	n	65	65	

SCL-90-R alt boyut puanları ile toplam sosyal kaygı ve depresyon puanlarının karşılaştırması spearman korelasyon analizine göre yapılmıştır. Buna göre hasta ve kontrol grubunda somatizasyon, depresyon, anksiyete ve öfke-düşmanlık puanları ile hem toplam sosyal kaygı puanı hem de toplam depresyon puanı arasında zayıf şiddette pozitif bir

korelasyon bulunmuştur. Hasta grubunda kişilerarası duyarlılık, psikotizm ve toplam puanı ile toplam sosyal kaygı puanı arasında zayıf şiddette pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Ayrıca kontrol grubunda kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünceler ve öfke-düşmanlık, ek skalalar ve toplam puanı ile hem toplam sosyal kaygı puanı hem de toplam depresyon puanı arasında zayıf şiddette pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Yine olgu grubunda fobik anksiyete ve psikotizm puanları ile toplam sosyal kaygı puanı arasında zayıf şiddette pozitif bir korelasyon bulunmuştur (**Tablo 16**).

Tablo 16: SCL-90-R alt boyut puanları ile toplam depresyon puanı ve toplam sosyal kaygı puanları arasındaki korelasyon

vaka-kontrol grup			depresyon ölçeği toplam puan	sosyal kaygı ölçeği toplam puanı
hasta grubu	Somatizasyon	r	,323**	,298*
		p	,009	,016
		n	65	65
	Obsessif Kompulsif Belirtiler	r	,168	,218
		p	,180	,081
		n	65	65
	Kişiler Arası Duyarlılık	r	,201	,300*
		p	,108	,015
		n	65	65
	Depresyon	r	,297*	,264*
		p	,016	,033
		n	65	65
	Anksiyete	r	,245*	,323**
		p	,049	,009
		n	65	65
	Öfke Düşmanlık	r	,287*	,404**
		p	,021	,001
		n	65	65
	Fobik Anksiyete	r	-,035	,215
		p	,780	,085
		n	65	65
	Paranoid Düşünceler	r	,104	,219
		p	,408	,079
		n	65	65
Psikotizm	r	-,011	,362**	
	p	,931	,003	
	n	65	65	

	Ek Skalalar	r	,113	,111
		p	,368	,377
		n	65	65
	Toplam puan	r	,223	,316*
		p	,074	,010
		n	65	65
kontrol grubu	Somatizasyon	r	,311*	,314*
		p	,012	,011
		n	65	65
	Obsessif Kompulsif Belirtiler	r	,240	,089
		p	,054	,481
		n	65	65
	Kişiler Arası Duyarlılık	r	,316*	,253*
		p	,010	,042
		n	65	65
	Depresyon	r	,291*	,265*
		p	,019	,033
		n	65	65
	Anksiyete	r	,365**	,317*
		p	,003	,010
		n	65	65
	Öfke Düşmanlık	r	,352**	,255*
		p	,004	,041
		n	65	65
	Fobik Anksiyete	r	,443**	,179
		p	,000	,154
		n	65	65
	Paranoid Düşünceler	r	,267*	,266*
		p	,031	,032
		n	65	65
	Psikotizm	r	,359**	,212
		p	,003	,090
		n	65	65
	Ek Skalalar	r	,264*	,364**
		p	,034	,003
		n	65	65
	Toplam puan	r	,374**	,316*
		p	,002	,010
		n	65	65

PARI alt boyut puanları ile GGA alt boyut puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizine göre yapılmıştır. Buna göre hasta grubunda PARI'nin aşırı annelik-aşırı

koruyuculuk puanı ile GGA'nın prososyal puan arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Yine hasta grubunda PARI-Demokratik tutum puanı ile GGA-Akran sorun puanı arasında negatif bir korelasyon saptanmıştır. Hasta grubunda PARI-Ev kadınlığını rolünü reddetme puanı ile GGA-Emosyonel ve GGA-Toplam sorun puanı arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Hasta grubunda PARI-Geçimsizlik-Aile içi çatışma puanı ile GGA-Emosyonel, GGA-Akran ve GGA-Toplam Sorun puanı arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Hasta grubunda PARI-Sıkı disiplin-Artık boyut puanı ile GGA-Emosyonel sorun puanı arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur.

Kontrol grubunda ise PARI-Aşırı annelik-Aşırı koruyuculuk puanı ve PARI-Ev kadınlığını rolünü reddetme puanı ile GGA-Hiperaktivite sorun puanı arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Kontrol grubunda PARI-Demokratik tutum puanı ile GGA-Emosyonel, GGA-Akran, GGA-Davranışsal ve GGA-Toplam Sorun puanı arasında negatif bir korelasyon saptanmıştır. Kontrol grubunda PARI-Geçimsizlik-Aile içi çatışma puanı ile GGA-Hiperaktivite ve GGA-Toplam sorun puanı arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Kontrol grubunda PARI-Sıkı disiplin-Artık boyut puanı ile GGA-Emosyonel, GGA-Hiperaktivite ve GGA-Toplam sorun puanı arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur.

(Tablo 17)

Tablo 17: PARI alt boyut puanları ile GGA alt boyut puanları arasındaki korelasyon

vaka-kontrol grup		Emosyonel sorunlar	Hiperaktivite ve dikkat eksikliği	Prososyal davranışlar	Akran sorunları	Davranışsal sorunlar	Toplam puan	
hasta grubu	Aşırı Annelik Aşırı Koruyuculuk puanı	r	,195	,044	,318*	,140	,010	,145
		p	,119	,726	,010	,267	,939	,250
		n	65	65	65	65	65	65
	Demokratik tutum puanı	r	-,026	,191	,218	-,266*	,003	-,057
		p	,839	,128	,080	,032	,979	,653
		n	65	65	65	65	65	65
	Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme puanı	r	,366**	,188	,078	,225	,183	,398**
		p	,003	,134	,538	,071	,145	,001
		n	65	65	65	65	65	65
	Geçimsizlik Aile İçi Çatışma puanı	r	,247*	,041	,075	,292*	,205	,300*
		p	,048	,743	,553	,018	,102	,015
		n	65	65	65	65	65	65
Sıkı Disiplin Artık Boyut puanı	r	,269*	,042	,228	,198	,095	,242	
	p	,031	,741	,068	,113	,452	,052	
	n	65	65	65	65	65	65	
kontrol grubu	Aşırı Annelik Aşırı Koruyuculuk puanı	r	,190	,290*	-,077	-,015	-,130	,150
		p	,130	,019	,540	,909	,300	,234
		n	65	65	65	65	65	65
	Demokratik tutum puanı	r	-,369**	-,096	,110	-,396**	-,358**	-,365**
		p	,003	,448	,384	,001	,003	,003
		n	65	65	65	65	65	65
	Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme puanı	r	,061	,261*	-,161	,027	,026	,180
		p	,630	,035	,201	,832	,838	,151
		n	65	65	65	65	65	65
	Geçimsizlik Aile İçi Çatışma puanı	r	,168	,401**	-,211	,028	,089	,292*
		p	,180	,001	,091	,822	,480	,018
		n	65	65	65	65	65	65
Sıkı Disiplin Artık Boyut puanı	r	,266*	,339*	-,129	,057	-,030	,255*	
	p	,032	,006	,306	,654	,813	,040	
	n	65	65	65	65	65	65	

SCL-90-R alt boyut puanları ile GGA alt boyut puanları arasındaki ilişki spearman korelasyon analizine göre yapılmıştır. Buna göre hasta grubunda şu gruplar arasında pozitif korelasyonlar saptanmıştır: SCL-somatizasyon puanı ile GGA-emosyonel, GGA-davranışsal

ve GGA-toplam sorun puanı arasında, SCL-obsesif-Kompulsif belirtiler, SCL-kişiler arası duyarlılık, SCL-depresyon, SCL-anksiyete ve SCL-toplam puanı ile GGA-emosyonel, GGA-hiperaktivite, GGA-davranışsal ve GGA toplam sorun puanı arasında, SCL-öfke düşmanlık puanı ile GGA-emosyonel, GGA-davranışsal ve GGA toplam sorun puanı arasında, SCL-fobik anksiyete, SCL-psikotizm ve SCL-ek skalalar puanı ile GGA-emosyonel, GGA-hiperaktivite, ve GGA toplam sorun puanı arasında, SCL-paranoid düşünceler puanı ile GGA-emosyonel sorun puanı arasında, pozitif korelasyon saptanmıştır.

Konrol grubunda ise; SCL-somatizasyon, SCL-depresyon ve SCL-toplam puanı ile tüm GGA alt boyut puanlarının hepsi arasında, SCL-obsesif-kompulsif belirtiler ve SCL-kişiler arası duyarlılık puanı ile GGA-prososyal puan hariç tüm GGA alt boyut puanlarının hepsi arasında, SCL-anksiyete ve SCL-fobik anksiyete puanı ile GGA-hiperaktivite puanı hariç tüm GGA alt boyut puanlarının hepsi arasında, SCL-öfke düşmanlık puanı ile GGA-emosyonel, GGA-akran, GGA-davranışsal ve GGA toplam sorun puanı arasında, SCL-paranoid düşünceler puanı ile GGA-hiperaktivite, GGA-davranışsal ve GGA toplam sorun puanı arasında, SCL-psikotizm puanı ile GGA-emosyonel, GGA-prososyal GGA-davranışsal ve GGA toplam sorun puanı arasında, SCL-ek skalalar puanı ile GGA-emosyonel, GGA-davranışsal ve GGA toplam puanı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (**Tablo 18**).

Tablo 18: SCL-90-R alt boyut puanları ile GGA alt boyut puanları arasındaki korelasyon

Vaka-kontrol grup		Emosyonel sorunlar	Hiperaktivite ve dikkat eksikliği	Prososyal davranışlar	Akran sorunları	Davranışsal sorunlar	Toplam puan	
Hasta grubu	Somatizasyon	r	,402**	,129	-,031	,065	,311*	,328**
		p	,001	,307	,808	,606	,012	,008
		n	65	65	65	65	65	65
	Obsesif Kompulsif Belirtiler	r	,423**	,333**	-,075	,196	,296*	,462**
		p	,000	,007	,552	,118	,017	,000
		n	65	65	65	65	65	65
	Kişiler Arası Duyarlılık	r	,444**	,328**	-,144	,182	,335**	,467**
		p	,000	,008	,254	,147	,006	,000
		n	65	65	65	65	65	65
	Depresyon	r	,415**	,328**	-,100	,186	,377**	,472**
		p	,001	,008	,429	,138	,002	,000
		n	65	65	65	65	65	65
Anksiyete	r	,486**	,321**	-,178	,255*	,394**	,531**	

		p	,000	,009	,157	,040	,001	,000
		n	65	65	65	65	65	65
	Öfke Düşmanlık	r	,394**	,215	-,155	,084	,273*	,327**
		p	,001	,085	,216	,503	,028	,008
		n	65	65	65	65	65	65
	Fobik Anksiyete	r	,457**	,347**	-,227	,094	,236	,411**
		p	,000	,005	,069	,454	,059	,001
		n	65	65	65	65	65	65
	Paranoid Düşünceler	r	,318*	,215	-,046	,027	,114	,225
		p	,010	,085	,717	,830	,366	,071
		n	65	65	65	65	65	65
	Psikotizm	r	,462**	,418**	-,104	,041	,189	,381**
		p	,000	,001	,411	,744	,131	,002
		n	65	65	65	65	65	65
	Ek Skalalar	r	,300*	,387**	-,028	,028	,191	,328**
		p	,015	,001	,826	,826	,128	,008
		n	65	65	65	65	65	65
	Toplam Puan	r	,485**	,349**	-,114	,174	,349**	,490**
		p	,000	,004	,365	,166	,004	,000
		n	65	65	65	65	65	65
Kontrol grubu	Somatizasyon	r	,371**	,269*	-,317*	,285*	,398**	,460**
		p	,002	,030	,010	,021	,001	,000
		n	65	65	65	65	65	65
	Obsessif Kompulsif Belirtiler	r	,492**	,282*	-,189	,449**	,300*	,509**
		p	,000	,023	,131	,000	,015	,000
		n	65	65	65	65	65	65
	Kişiler Arası Duyarlılık	r	,378**	,279*	-,180	,299*	,337**	,449**
		p	,002	,024	,151	,016	,006	,000
		n	65	65	65	65	65	65
	Depresyon	r	,351**	,338**	-,302*	,330**	,470**	,522**
		p	,004	,006	,015	,007	,000	,000
		n	65	65	65	65	65	65
	Anksiyete	r	,499**	,225	-,324**	,513**	,450**	,569**
		p	,000	,072	,009	,000	,000	,000
		n	65	65	65	65	65	65
	Öfke Düşmanlık	r	,366**	,238	-,221	,419**	,332**	,442**
		p	,003	,056	,077	,001	,007	,000
		n	65	65	65	65	65	65
	Fobik Anksiyete	r	,531**	,044	-,289*	,490**	,413**	,504**
		p	,000	,727	,020	,000	,001	,000
		n	65	65	65	65	65	65

Paranoid Düşünceler	r	,123	,389**	-,239	-,040	,412**	,328**
	p	,329	,001	,055	,753	,001	,008
	n	65	65	65	65	65	65
Psikotizm	r	,261*	,233	-,286*	,204	,368**	,365**
	p	,036	,062	,021	,103	,003	,003
	n	65	65	65	65	65	65
Ek Skalalar	r	,264*	,078	-,219	,211	,299*	,277*
	p	,034	,536	,080	,091	,016	,025
	n	65	65	65	65	65	65
Toplam Puan	r	,439**	,259*	-,278*	,373**	,425**	,515**
	p	,000	,038	,025	,002	,000	,000
	n	65	65	65	65	65	65



5.TARTIŞMA

Bu çalışma bizim bilgilerimize göre kekemeliği olan çocuk ve ergenlerin sosyal kaygı, depresyon düzeyleri ve duygusal ve davranışsal sorunları ile ebeveyn tutumları ve annelerindeki ruhsal sorunları birlikte değerlendiren ilk çalışmadır. Araştırmanın hipotezi ailelerin çocuk yetiştirme tutumlarının kekemeliği olan çocuklarda sosyal anksiyete ve depresyon düzeylerini etkileyebileceği ayrıca kekemeliği olan çocuk ve ergenler ile ailelerinin ruhsal problemlere daha açık olacağı şeklindeydi.

Araştırmaya 65 kekemelik tanısı olan hasta grubu ile 65 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplam 130 çocuk ve ergen ile aileleri dahil edildi. Hasta ve kontrol grubu katılımcıları sayı, yaş ve cinsiyet bakımından karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktu. Yairi ve Ambrose tarafından 2013 yılında yapılan bir araştırmaya göre kekemeliğin erkeklerde görülme oranının kadınlara göre 4 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (4). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak hasta grubundaki erkek sayısı kızlardan yaklaşık 4 kat fazla olarak bulundu.

Çalışmaya dahil edilen kekemelik tanısı olan çocuk ve ergenlerin yaş ortalaması 10.89 ± 2.54 , idi. Andrews ve arkadaşlarının çalışmalarında, olguların %95'inde kekemeliğin başlangıç yaşının 7'den önce olduğunu, Morley ise %85'inde başlangıç yaşının 8'den önce olduğunu bildirmişlerdir(142, 143). Bizim çalışmamıza alınan kekemelik tanılı hastaların hastalıklarının başlangıç yaşlarıyla ilgili veri yoktu. Çalışmamıza alınan 11 yaş ve altı hasta sayısı 42 iken, 11 yaş üstü hasta sayısı 23 olarak belirlendi. Çalışma grubumuzdaki 11 yaş ve altı hasta sayısının çoğunlukta olması, literatürde yer alan kekemeliğin erken yaşta başladığı bilgilerini destekler nitelikte olabileceğini düşündürmüştür(144).

Anne babaların eğitim düzeyi değerlendirildiğinde anne eğitimi ile ilgili iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmazken, hasta grupta babaların eğitim düzeyinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı. Literatür incelendiğinde kekemelik tanısı olan çocuk ve ergenlerin, ebeveylelerinin eğitim durumlarının değerlendirildiği bir araştırmada sağlıklı kontrol grubu anne ve babaların eğitim düzeyinin, kekeme grubu anne babalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir(8). Bununla birlikte kekemelik tanısı olan çocukların ebeveynlerin normal sağlıklı çocuk ebeveynlerine göre daha yüksek eğitim seviyesine sahip olduğunu bildiren çalışmalar da vardır(145). Bizim çalışmamızda ki babalardaki eğitim seviyesinin yüksek olması bulgusu şu şekilde açıklanabilir: Bizim araştırmamızda kontrol grubu rastgele sağlıklı çocuklardan seçilirken, hasta grubunun ise polikliniğe tedavi amaçlı

başvuran kekemelik hastalarından seçilmiştir, eğitim düzeyi yüksek olan ailelerin kekemelikle ilgili özellikle tıbbi-psikiyatrik bir tedavi arayışı ve hastane-doktor başvurusunun eğitim düzeyi düşük olan ailelere göre daha fazla olabileceğinden kaynaklanabileceği düşünüldü.

Kekemeliği olan çocukların ebeveynlerinin arasındaki akrabalık durumunda bakıldığında kontrol grubundaki anne babalardaki akrabalık oranının kekemeliği olan gruptaki anne babalara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla olduğu bulundu. Literatürde kekemeliği olan kişilerin ebeveynlerindeki akrabalık durumuyla ilgili net bir bilgiye rastlanmamasına karşın bizim çalışmamızdaki bu bulgunun kontrol grubundaki babaların eğitim seviyesinin yüksek olmasından hareketle eğitim düzeyi yükseldikçe akraba evliliğinin azalacağı bundan dolayı çalışmamızda kontrol grubundaki anne babalarda akrabalığın yüksek olduğu şeklinde yorumlandı. Yine annenin gebeliği sırasında karşılaştığı tıbbi ve psikososyal sorunlar değerlendirildiğinde kontrol grubundaki annelerin gebeliklerinde tıbbi ve psikososyal sorunlara hasta grubtaki annelere göre istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde daha fazla maruz kaldıkları bulundu. Bizim çalışmamızdaki bu bulgunun yine kontrol grubunun rastgele seçilmesi hasta grubunun hastaneye başvuran kekemelik hastalarından seçilmesinden dolayı çocuklarındaki kekemelik için hastaneye başvuran annelerin gebelikleri sırasında da daha fazla sağlık hizmetine ulaşabildikleri bundan dolayı gebeliklerinde de daha az sorun yaşayabilecekleri şeklinde yorumlandı.

Araştırmada bulunan bir diğer bulgu kekemeliğe eşlik eden komorbid psikiyatrik hastalığı olan çocuk ve ergen sayısı toplam 42(%64,6) olup, yaklaşık her 3 kekemeliği olan çocuğun 2'sinde komorbid psikiyatrik hastalık saptandı. Bu hastalıkların tanıları sırasıyla 24(%36,9) hastada anksiyete bozukluğu, 7(%10,8) hastada DEHB, 4(%6,2) hastada enürezis nokturna, 4(%6,2) hastada tik bozukluğu, 2(%3,1) hastada davranım bozukluğu ve 1(%1,5) hastada depresyon şeklindeydi. Alan yazınında kekemelikle anksiyete arasında yakın bir ilişki olduğu çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir. Kekemelik tanısı olan ergenlerde tüm anksiyete bozukluklarının yüksek oranda görüldüğünü gösteren bir çok yayın bulunmaktadır (83). Vinacour ve Levin 2004 yılında yayınladıkları bir çalışmada kekemelik tanısı olan ve akıcı konuşan katılımcıların sürekli kaygı düzeylerini karşılaştırmış, kekemeliği olan kişilerin sürekli kaygı düzeyinin akıcı konuşan gruba göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir(146). Bizim çalışmamızda da anksiyete bozukluklarının yüksek oranda kekemeliğe eşlik ettiği görülmüştür. Kekemelikte diğer ek psikiyatrik hastalıklarla ilgili literatür araştırması yapıldığında; kekemeliği olan çocuklarda enürezis, tik, uyum sorunu gibi ek hastalıklar görülebildiğini bildiren çalışmalar vardır(9). Bunun yanı sıra enürezis nokturnanın gelişimsel bir sorun olduğu için kekemelik ile benzer etiyolojiden

kaynaklanabileceğini bildiren yayınlar mevcuttur(24). Bizim çalışmamızda da eş hastalıklar içerisinde tik bozuklukları, enürezis, DEHB gibi gelişimsel hastalıklar anksiyeteden sonra en yüksek oranda saptanmıştır. Araştırmamızdaki bir diğer sonuç 11 yaş üstü kekemelik grubu olgularda toplam sosyal kaygı puanının yaşça daha küçük olgulara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında kekemelik sıklıkla, dil gelişiminin yoğun olduğu 2-5 yaşları arasında başlamakta ve %75'i iki yıl içinde kendiliğinden iyileşmektedir(147). Kekemeliğin başlangıç yaşının 8'den önce olduğunu bildiren çalışmalar da vardır. Yaş ilerledikçe kendiliğinden iyileşmeyen olgularda hastalıklı geçirilen sürenin artmasına bağlı psikiyatrik komorbiditelerin artması beklenebilecek bir sonuçtur. Çalışmamızdaki 11 yaş üstü bireylerdeki daha fazla sosyal kaygı belirtisinin olmasının hastalık süresinin uzamasına bağlı olarak ortaya çıkan bir sonuç olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Araştırmamızda kekemeliği olan bireylerdeki sosyal kaygı bulgularının değerlendirilmesinde kekemelik tanısı olan hasta gruptaki çocukların toplam sosyal kaygı puanı, kontrol grubundaki sağlıklı çocuklara göre daha yüksek ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı şekilde bulunmuştur. Buna göre araştırmamızdaki kekemeliği olan çocuk ve ergenlerin normal sağlıklı çocuklara göre daha fazla sosyal kaygı belirtileri gösterdikleri söylenebilir. Literatürde, kekemelikle sosyal kaygı arasında yakın bir ilişki bulunduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir. Kekemeliği olan bireyler, olumsuz değerlendirilme korkusu, önyargı odağı olma ve güvenli davranışların kullanımı gibi kekemeliği olmayan SAB tanılı bireylerin de sıklıkla yaşadığı durumları sıklıkla deneyimlerler. Son yıllarda yapılan çalışmalar kekemeliğin SAB'a eşlik ettiğini ve kekelemeliği olan yetişkinlerin yaklaşık % 22-60'ının SAB tanı kriterlerini karşıladığını göstermiştir(79-82, 85). Mahr ve Torosian 1999'da yaptıkları bir araştırmada kekemelik tanısı olan kişilerde, kontrol grubuna göre daha fazla sosyal kaygı ve kaçınma görüldüğü saptanmıştır(148). Sosyal iletişimle ilişkili kaygı düzeyinin araştırıldığı başka bir çalışmada sosyal iletişimle ilişkili kaygı düzeyinin şiddetli kekemeliği olanlarda hafif kekemeliği olanlara göre daha fazla olduğu, durumsal kaygının da kekelemelik derecesine bağlı olduğu bulunmuştur. Sosyal kaygının da sosyal ortamlarda olumsuz değerlendirilme korkusu ve başkalarının yanında küçük düşme endişesi nedeniyle olduğu düşünülmekte bir durumsal kaygı olduğu varsayılmaktadır(146). Kekemelik tanısı olan çocuklarda sosyal fobi belirtilerini ve sosyal fobi oranını araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan otuz kekemeliği olan çocuğun on tanesinin sosyal fobi tanısı aldığı görülmüştür(149). Yine son zamanlarda yapılan bir çalışmada kekemelik için tedavi gören okul çağındaki çocukların % 24'ünün SAB tanı kriterlerini karşıladığı bulunmuştur(84).

Bizim araştırmamızda kekemeliğe eşlik eden en sık komorbid psikiyatrik hastalığın anksiyete bozuklukları olduğu, anksiyete bozuklukları içerisinde de en sık SAB tanısının saptandığı belirlenmiştir. Çalışmamızdaki kekemeliği olan ocuk ve ergenlerdeki sosyal kaygı belirtileriyle ilgili bu bulgular literatürde yer alan bilgileri desteklemektedir.

Araştırmamızın diğer bir sonucu da, toplam depresyon puanında hasta ve kontrol grubu için anlamlı bir farklılığın olmadığı yönündedir. Depresyon ve kekemelik arasında net bir ilişkinin tanımlanmadığı görölmektedir. Kekemelik ve depresyonla ilgili literatürde, depresyon ve kekemelik arasındaki ilişkiye işaret eden çalışmalar olduğu gibi tam aksi yönde bulgular ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur(150, 151). Kekemeliği olan kişilerin kaygı ve depresyon düzeylerini belirlemek için yapılan bir araştırmada kaygı düzeylerinin normal akıcı konuşmaya sahip gruptan daha yüksek olduğu ancak depresyon açısından kekemeliği olan kişilerle normal grubun arasında fark olmadığı bulunmuştur(151). Bizim araştırmamızda da bu bulgular ile uyumluydu.

Araştırmamızda kekemelik tanısı olan ocuk ve ergenlerde emosyonel ve davranışsal sorunlar ile ilgili sonuçlarımız; hasta grubundaki ocuk ve ergenlerde GGA'nin emosyonel sorunlar puanı, akran sorunları puanı, prososyal puan alt puanları ile toplam puanın kontrol grubundaki ocuk ve ergenlere göre anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunduğu yönündeydi. Kekemelik tanılı çocukların ebeveynlerinin akıcı konuşan çocukların ebeveynlerinden çocuklarının kekemelik davranışları dışında genel davranışlarıyla da ilgili daha çok güçlük çektikleri bildirilmektedir(152). Konuşma bozukluğu tek başına önemli bir zorlukken, kekemelikte bir de diğer psikososyal, duygusal ve çevresel davranışların zorluğu i içe geçmektedir(153). Anlatmak istediği şeyleri söylemekte zorlanan, toplum tarafından konuşma standartlarına uymadığı için kendisine farklı gözle bakıldığını hisseden kekeme bireyde saldırganlık, isyan etme, özsaygıda düşme, kendine güvenmeme, aşağılık duygusu, suçluluk, düşmanlık, kaygı gibi olumsuz duygular oluşabilmektedir. Özellikle kekemeliği olan kişilerde hayal kırıklığı yaşama, utangaçlık ve sinirlilik en sık görölen semptomlardır(8). Kekemeliği olan bireylerin akranlarından daha çok sosyal kaygılara sahip olduğu ve daha güvensiz oldukları bildirilmiştir(154). Lau ve ark.'nın 2012 yılında kekemeliği olan çocukların davranışlarının hem kendi hem de aileleri tarafından rapor edildiği ve davranışsal güçlüklerinin GGA kullanılarak belirlendiği bir çalışmada kekemeliği olan çocukların kontrol grubuna göre tüm alanlarda daha fazla güçlük yaşadıkları bildirilmiştir(155). Bizim alışmamızda ise kekemeliği olan ocuk ve ergenlerin GGA'nın hiperaktivite ve dikkat eksikliği ile davranış sorunları dışındaki alt ölçek alanlarında sorunlarının olduğu belirlenmiştir. Bu konudaki literatür bilgileri çalışmamızla uyumludur.

Araştırmamızda hasta grubunun annelerinde PARI'nın aşırı annelik-aşırı koruyuculuk puanı, geçimsizlik-aile içi çatışma puanı ve sıkı disiplin-artık boyut puanı kontrol grubundaki annelere göre anlamlı bir şekilde daha yüksekti. Buna göre araştırmamıza dahil olan kekemeliği olan çocukların annelerinin kontrol grubundaki annelere göre çocuklarına aşırı korumacı ve sıkı disiplin tutumlarını daha fazla tercih ettikleri, aile içi çatışma ve tartışmaların kekemelik grubu çocukların ailelerinde daha fazla yaşandığı söylenebilir. Kekemelikte aile tutumlarıyla ilgili literatüre bakıldığında kekemeliği olan çocukların annelerinin, kekemeliği olmayanların annelerine oranla daha sert disiplin uyguladıkları, daha baskın, daha talepkar ve daha az tatminkar ve aşırı koruyucu oldukları bir çok çalışmada bildirilmiştir(156). Ayrıca Sakman 1993'te yaptığı bir çalışmada kekemeliği olan çocuklarda görülen davranış bozuklukları ve annelerin tutumları ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmiş ve kekemelik tanısı olan çocukların annelerinde "aşırı baskı ve disiplin" ve "eş geçimsizliği" tutumlarının kontrol grubundaki çocuk annelerine oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirmiştir(157). Bu bilgiler göz önüne alındığında kekemeliği olan çocuklarda aile tutumları ile ilgili ulaştığımız bu sonuçların literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda kekemelik grubundaki annelerin SCL-90-R ile değerlendirilen psikiyatrik belirtilerinin kontrol grubundaki annelere göre anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur. Hasta gruptaki anneler somatizasyon, obsessif kompulsif belirtiler, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke_düşmanlık, psikotizm, ek skalalar alt alanlarında kontrol grubu annelerinden daha yüksek puanlar almışlardır. Ayrıca psikiyatrik belirtilerin toplam olarak değerlendirilmesinde de hasta gruptaki annelerin puanları daha yüksektir. Kekemeliği olan çocukların anne babaların çocuklarının konuşma bozukluğuna karşı farklı psikolojik reaksiyonlar gösterebildiği, ani başlayan bu durum karşısında çoğunlukla kaygılı oldukları bildirilmektedir(158). Kekemelik tanısı olan çocuk ve ergenlerin anne babalarındaki psikiyatrik semptomları araştırmak amaçlı yapılan bir çalışmada kekemelik tanısı bulunan ebeveynlerin kontrol grubuna göre daha fazla sayıda ve daha şiddetli psikiyatrik semptomlar gösterdiği belirlenmiştir(155, 159). Ayrıca kekemeliği olan çocukların ebeveynlerinde kişilik özellikleri olarak obsesif-kompulsif kişilik özelliklerine, hatta nevroza sık rastlandığı bildirilmektedir(149). Çalışmamızdaki bulgularımız ebeveyn psikopatolojisi açısından literatürle uyum göstermektedir.

Çalışmamızda ailelerin PARI alt boyut ölçeklerinden aldıkları puanlar ile çocukların toplam sosyal kaygı puanı arasında hasta ve kontrol grubunun her ikisi için de anlamlı farklılık bulunamamıştır. Literatür incelendiğinde geçmişte anne baba tutumları ve çocuklarda

anksiyete ilişkisi araştırıldığı görülmüştür. Yapılan çalışmalara bakıldığında olumsuz anne baba tutumlarının çocuklarda anksiyete gelişiminde etkisi olduğunu belirten araştırmalar olduğu gibi bu ilişkinin saptanmadığı çalışmalar da mevcuttur(160, 161). Yapılan bir çalışmada olumsuz anne baba tutumlarının çocukta anksiyete gelişiminde etkisi olduğu ve demokratik anne baba tutumunun çocuğun anksiyete puanlarını azalttığı, otoriter tutumun ise anksiyete puanlarını arttırdığı bulunmuştur(161). Yapılan farklı bir çalışmada ise anne baba tutumu ile anksiyete gelişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(160). Bizim çalışmamızda da aile tutumları ile sosyal anksiyete arasında net bir ilişki bulunamamıştır. Bu konuda literatürdeki bu farklılık çalışmalarda kullanılan ölçüm yöntemlerinin ya da örneklemedeki kişilerin sayıları, yaşları ve diğer sosyodemografik özelliklerinin farklılığından kaynaklanabilir. Daha yüksek sayıda homojen gruplarla yapılan objektif ölçüm yöntemlerinin kullanıldığı büyük ölçekli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Araştırmamızda toplam depresyon puanı ile; hasta grubunda PARI'nin aşırı annelik-aşırı koruyuculuk ve geçimsizlik-aile içi çatışma puanı ile pozitif, kontrol grubunda ise demokratik tutum puanı ile negatif anlamlı korelasyon bulunmuştur. Bu bulgular literatür tarafından da desteklenmektedir. Yapılan birçok araştırmada, çocukluk çağı depresyonlarının etyolojisinde genetik etkenler, psiko-sosyal ve çevresel etkenlerin yanı sıra anne baba tutumlarının da depresyonu tetikleyen etkenlerden olduğu bildirilmiştir(162). Ebeveynlerin aşırı otoriter, aşırı hoşgörülü, aşırı korumacı, veya ihmalkâr tutum gibi olumsuz ebeveynlik tutumları sergilemesinin çocukların duygusal gelişimini olumsuz olarak etkilediği vurgulanmaktadır(160).

5.1. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmamızın seçilen örneklem ve yöntemden kaynaklanan bazı sınırlılıkları mevcuttur. Araştırmamız 65 hasta 65 sağlıklı toplam 130 bireyin katıldığı kesitsel bir çalışmadır. Araştırmaya alınan bireyler anlık durumlarıyla değerlendirilmiş daha sonraki izlem sürecinde gözlenebilecek değişiklikler saptanmamıştır. Araştırmada, öz bildirimle doldurulan anket ve ölçeklerin kullanıldığı çalışmaların genel bir kısıtlılığı olarak, araştırmaya katılan gerek çocuk ve ergenlerin gerekse onların ebeveynlerinin yanıtlarına güvenilmiştir. Çalışma, hastanemize başvuran küçük bir örnek gruba uygulandığı için kekemelik tanı hastaların tümünü kapsayacak şekilde genelleştirilemez. Hastaların mental kapasitesinin değerlendirilmesi için zeka testi yapılmamış, klinik olarak mental retardasyon düşünülmeyen hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Ayrıca annelerin ruhsal sağlığı ile ilgili yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış bir ölçek kullanılmaması ve psikiyatrik muayenelerinin yapılmaması diğer bir kısıtlılık olarak düşünülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız kekemeliği olan çocuk ve ergenlerde sosyal kaygı ve depresyon düzeyleri ile emosyonel ve davranışsal sorunları ve bu bireylerin ebeveyn tutumları ve annelerindeki ruhsal belirtileri belirlemek amacıyla yapılmış bir çalışmadır.

1. Hasta grubundaki çocuk ve ergenlerin toplam sosyal kaygı puanı, kontrol grubundaki sağlıklı çocuklara göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunurken, toplam depresyon puanları benzerdi.
2. Çalışmamızda GGA'nın alt boyutları olan emosyonel sorun puanı, prososyal puan, akran sorun puanı ve toplam sorun puanı hasta grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu.
3. Araştırmamızda hasta grubunun annelerinde PARI alt boyutlarından aşırı annelik-aşırı koruyuculuk, geçimsizlik-aile içi çatışma, sıkı disiplin-artık boyut puanları kontrol grubundaki annelere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu.
4. Araştırmaya katılan ebeveynlerin psikiyatrik belirtilerinin SCL-90-R ile değerlendirilmesinde hasta grubunun annelerinde somatizasyon, obsessif kompulsif belirtiler, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, psikotizm, ek skalalar ve toplam belirti alt alanlarında kontrol grubu annelerinden daha yüksek puanlar aldıkları belirlendi.
5. Her iki grupta ebeveyn tutumları ile sosyal kaygı puanı arasında ilişki saptanmadı.
6. Hasta grubunda PARI'nin aşırı annelik-aşırı koruyuculuk ve geçimsizlik-aile içi çatışma puanı ile toplam depresyon puanı arasında pozitif, kontrol grubunda ise demokratik tutum puanı ile toplam depresyon puanı arasında negatif anlamlı korelasyon bulundu.
7. Hasta grubunda daha belirgin olmak üzere her iki grupta demokratik tutum hariç PARI alt boyut tutum puanları ile GGA sorun alt boyut puanları arasında pozitif korelasyon bulundu. Kontrol grubunda PARI demokratik tutum puanıyla GGA alt boyut puanları arasında negatif korelasyon bulundu.
8. Annelerdeki SCL-90-R alt boyut puanları ile sosyal kaygı, depresyon ve GGA alt boyut puanları arasında, birçok alt boyutta hem hasta hem kontrol grubunda anlamlı pozitif korelasyonlar bulundu.
9. Araştırmada kekemelik tanılı çocuk ve ergenlerde başta anksiyete bozuklukları olmak üzere diğer psikiyatrik hastalıkların eşlik etme oranının yüksek olduğu bulundu.

10. Komorbid hastalık tanısı olan kekemeliği olan çocukların annelerinde, GGA'nın hiperaktivite ve dikkat eksikliği, akran sorunları ve toplam sorun puanı komorbid hastalığı olmayan kekeme çocukların annelerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

11. 11 yaş üstü kekemelik grubu olgularda toplam sosyal kaygı puanının yaşça daha küçük olgulara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi.

Çalışma sonuçlarımız kekemeliğin kişideki konuşma semptomlarının çok ötesinde birçok ruhsal bozukluk ya da sıkıntıyla iç içe girebildiğini göstermiştir. Bundan dolayı kekemelik tanısı olan çocuk ve ergenlerle çalışan klinisyenlerin kekemelik tanısı olan bireylerde sadece konuşma semptomlarını değil başta sosyal kaygı olmak üzere diğer bozukluk ve ruhsal sıkıntıları da ele almaları, bu ek belirtilerle de ilgili çalışmalarını uygun olacaktır. Ayrıca kekemelik tanısı olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinin özellikle aile tutumları konusunda bilgilendirilmesi ve onlara uygun tutumlar konusunda öneriler verilmesi gerekir. Kekemelik tanılı çocukların ebeveynlerinin çeşitli psikopatolojiler açık olabileceğinin farkında olunması ve gerektiğinde danışmanlık edilerek gerekli psikiyatrik takip ve tedaviyi alabilmeleri için uygun birimlere yönlendirilmesi önemlidir. Ailelerin ruhsal açıdan durumunun kekemeliği olan çocukların ruhsal açıdan durumunu her iki yönlü olarak birbirini etkileyebileceğinin bilinmesi bundan dolayı kekemelik tedavisinin sadece çocuk üzerinden değil ailenin de dahil edilerek ortak yürütülmesi uygun olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Brownlie E, Bao L, Beitchman J. Childhood language disorder and social anxiety in early adulthood. *Journal of abnormal child psychology*. 2016;44(6):1061-70.
2. Association AP. APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2013;5.
3. Yairi E, Seery CH. *Stuttering: Foundations and clinical applications*: Pearson Boston; 2015.
4. Yairi E, Ambrose N. Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of fluency disorders*. 2013;38(2):66-87.
5. Guitar B. *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
6. Iverach L, Rapee RM. Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *Journal of fluency disorders*. 2014;40:69-82.
7. Craig A, Tran Y. Trait and social anxiety in adults with chronic stuttering: Conclusions following meta-analysis. *Journal of fluency disorders*. 2014;40:35-43.
8. Sadock B, Sadock V. Pedro Ruiz. *Comprehensive text book of psychiatry*. 9th. New York, Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
9. Lask J, Lask B. *Child Psychiatry and Social Work*: Routledge; 1981.
10. Sarı E. Anasınıfına devam eden 5-6 yaş grubu çocukların, annelerinin çocuk yetiştirme tutumlarının, çocuğun sosyal uyum ve becerilerine etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi Gazi Üniversitesi Ankara. 2007.
11. Coriat IH. The psychoanalytic conception of stuttering. *Nervous Child*. 1943.
12. Onslow M. *Stuttering and its treatment: Eleven lectures*. Sydney: Australian Stuttering Research Centre. 2018.
13. Organization WH. *International classification of diseases; manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death*. Based on the recommendations of the 9th revision conference, 1975 and adopted by the 29th World Health Assembly. 9. rev.(1975)-v. 1: Introduction, list of three-digit categories, tabular list of inclusions and four digit subcategories, medical certification and rules for classification, special lists for tabulation...-v. 2: Alphabetical index. 1977.
14. Organization WH. *The Selection and Use of Essential Medicines: Report of the WHO Expert Committee, 2015 (including the 19th WHO Model List of Essential Medicines and the 5th WHO Model List of Essential Medicines for Children)*: World Health Organization; 2015.
15. Wingate ME. A standard definition of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 1964;29:484-9.
16. Perkins WH. Stuttering as a categorical event: Barking up the wrong tree—Reply to Wingate. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 1984;49(4):431-4.

17. Bloodstein O, Bernstein Ratner N. A handbook on stuttering New York: Thomson Delmar Learning. 2008.
18. 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;ped. 2010-989.
19. Theys C, Van Wieringen A, Sunaert S, Thijs V, De Nil L. A one year prospective study of neurogenic stuttering following stroke: incidence and co-occurring disorders. *Journal of communication disorders*. 2011;44(6):678-87.
20. Santé Omdl, Organization WH, Staff W, WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines: World Health Organization; 1992.
21. Ward D. Stuttering and cluttering: frameworks for understanding and treatment: Psychology Press; 2018. 5-6 p.
22. Guitar B, Conture EG. The child who stutters: to the pediatrician: Stuttering Foundation of America; 2007.
23. Van Riper C. The nature of stuttering: Prentice Hall; 1982.
24. İbiloğlu AO. Kekemelik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(4).
25. Andrews G, Hoddinott S, Craig A, Howie P, Feyer A-M, Neilson M. Stuttering: A review of research findings and theories circa 1982. *Journal of speech and hearing disorders*. 1983;48(3):226-46.
26. Max L, Guenther FH, Gracco VL, Ghosh SS, Wallace ME. Unstable or insufficiently activated internal models and feedback-biased motor control as sources of dysfluency: A theoretical model of stuttering. *Contemporary issues in communication science and disorders*. 2004;31(31):105-22.
27. Shipley K, McAfee J. Assessment of fluency. assessment in speech language pathology. Thomson Delmar Learning, United States Of America. 2004.
28. Smith A, Kelly E, Curlee R, Siegel G. Stuttering: A dynamic, multifactorial model. Nature and treatment of stuttering: New directions. 1997;2:204-17.
29. Smith A, Kelly E, Curlee R, Siegel G. Stuttering: A dynamic, multifactorial model. Nature and treatment of stuttering: New directions. 1997;2:204-17.
30. Etchell AC, Johnson BW, Sowman PF. Behavioral and multimodal neuroimaging evidence for a deficit in brain timing networks in stuttering: a hypothesis and theory. *Frontiers in human neuroscience*. 2014;8:467.
31. Chang S-E, editor Research updates in neuroimaging studies of children who stutter. *Seminars in speech and language*; 2014: NIH Public Access.
32. Kell CA, Neumann K, von Kriegstein K, Posenenske C, von Gudenberg AW, Euler H, et al. How the brain repairs stuttering. *Brain*. 2009;132(10):2747-60.

33. Brown S, Ingham RJ, Ingham JC, Laird AR, Fox PT. Stuttered and fluent speech production: an ALE meta-analysis of functional neuroimaging studies. *Human brain mapping*. 2005;25(1):105-17.
34. Salmelin R, Schnitzler A, Schmitz F, Freund H-J. Single word reading in developmental stutterers and fluent speakers. *Brain*. 2000;123(6):1184-202.
35. Maguire GA, Yu BP, Franklin DL, Riley GD. Alleviating stuttering with pharmacological interventions. *Expert opinion on pharmacotherapy*. 2004;5(7):1565-71.
36. Maguire GA, Riley GD, Franklin DL, Gottschalk LA. Risperidone for the treatment of stuttering. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2000;20(4):479-82.
37. Wu JC, Maguire G, Riley G, Lee A, Keator D, Tang C, et al. Increased dopamine activity associated with stuttering. *Neuroreport*. 1997;8(3):767-70.
38. Harrewijn A, Schel M, Boelens H, Nater C, Haggard P, Crone E. Children who stutter show reduced action-related activity in the rostral cingulate zone. *Neuropsychologia*. 2017;96:213-21.
39. Bilal N, Sarica S, Kurutas EB, Findikli E, Orhan İ, Oner E, et al. An evaluation of oxidative and nitrosative stress in children-who-stutter and its relationship to severity. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2017;99:17-23.
40. Domingues C, Olivera C, Oliveira B, Juste F, Andrade C, Giacheti CM, et al. A genetic linkage study in Brazil identifies a new locus for persistent developmental stuttering on chromosome 10. *Genetics and Molecular Research*. 2014:2094-101.
41. Felsenfeld S, Kirk KM, Zhu G, Statham DJ, Neale MC, Martin NG. A study of the genetic and environmental etiology of stuttering in a selected twin sample. *Behavior Genetics*. 2000;30(5):359-66.
42. Howie PM. Intrapair similarity in frequency of disfluency in monozygotic and dizygotic twin pairs containing stutterers. *behavior Genetics*. 1981;11(3):227-38.
43. Leonard LB. *Children with specific language impairment*: MIT press; 2014.
44. Smith A, Weber C. How stuttering develops: The multifactorial dynamic pathways theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2017;60(9):2483-505.
45. Ooki S. Genetic and environmental influences on stuttering and tics in Japanese twin children. *Twin Research and Human Genetics*. 2005;8(1):69-75.
46. Dworzynski K, Remington A, Rijdsdijk Fh, Howell P, Plomin R. Genetic etiology in cases of recovered and persistent stuttering in an unselected, longitudinal sample of young twins. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2007;16(2):169-78.
47. van Beijsterveldt CEM, Felsenfeld S, Boomsma DI. Bivariate genetic analyses of stuttering and nonfluency in a large sample of 5-year-old twins. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2010;53(3):609-19.
48. Kidd K, Curlee R, Perkins W. Stuttering as a genetic disorder. *Nature and treatment of stuttering: New directions*. 1984:149-69.

49. Ambrose NG, Yairi E, Cox N. Genetic aspects of early childhood stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1993;36(4):701-6.
50. Shugart YY, Mundorff J, Kilshaw J, Doheny K, Doan B, Wanyee J, et al. Results of a genome-wide linkage scan for stuttering. *American Journal of Medical Genetics Part A*. 2004;124(2):133-5.
51. Riaz N, Steinberg S, Ahmad J, Pluzhnikov A, Riazuddin S, Cox NJ, et al. Genomewide significant linkage to stuttering on chromosome 12. *The American Journal of Human Genetics*. 2005;76(4):647-51.
52. Suresh R, Ambrose N, Roe C, Pluzhnikov A, Wittke-Thompson JK, Ng MC-Y, et al. New complexities in the genetics of stuttering: significant sex-specific linkage signals. *The American Journal of Human Genetics*. 2006;78(4):554-63.
53. Wittke-Thompson JK, Ambrose N, Yairi E, Roe C, Cook EH, Ober C, et al. Genetic studies of stuttering in a founder population. *Journal of fluency disorders*. 2007;32(1):33-50.
54. Lan J, Song M, Pan C, Zhuang G, Wang Y, Ma W, et al. Association between dopaminergic genes (SLC6A3 and DRD2) and stuttering among Han Chinese. *Journal of human genetics*. 2009;54(8):457.
55. Kang C, Domingues BS, Sainz E, Domingues CEF, Drayna D, Moretti-Ferreira D. Evaluation of the association between polymorphisms at the DRD2 locus and stuttering. *Journal of human genetics*. 2011;56(6):472.
56. Kraft SJ. Genome-wide association study of persistent developmental stuttering: University of Illinois at Urbana-Champaign; 2010.
57. Perez HR, Stoeckle JH. Stuttering: clinical and research update. *Canadian family physician*. 2016;62(6):479-84.
58. Smith A. Neural drive to muscles in stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1989;32(2):252-64.
59. McClean M, Goldsmith H, Cerf A. Lower-lip EMG and displacement during bilabial disfluencies in adult stutterers. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1984;27(3):342-9.
60. Kleinow J, Smith A. Influences of length and syntactic complexity on the speech motor stability of the fluent speech of adults who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2000;43(2):548-59.
61. Packman A, Attanasio JS. *Theoretical issues in stuttering*: Routledge; 2017.
62. Johnson W. A study of the onset and development of stuttering. *Journal of Speech Disorders*. 1942;7(3):251-7.
63. Starkweather CW, Givens-Ackerman J. *Stuttering: Pro-ed studies in communicative disorders*. Shoal Creek Boulevard, TX: Austin; 1997.
64. Webster WG. Neuropsychological models of stuttering—II. Interhemispheric interference. *Neuropsychologia*. 1986;24(5):737-41.

65. Forster DC, Webster WG. Speech-motor control and interhemispheric relations in recovered and persistent stuttering. *Developmental neuropsychology*. 2001;19(2):125-45.
66. Levelt WJ, Wheeldon L. Do speakers have access to a mental syllabary? *Cognition*. 1994;50(1-3):239-69.
67. Postma A, Kolk H. The covert repair hypothesis: Prearticulatory repair processes in normal and stuttered disfluencies. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1993;36(3):472-87.
68. Au-Yeung J, Howell P, Pilgrim L. Phonological words and stuttering on function words. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1998;41(5):1019-30.
69. Packman A. Theory and therapy in stuttering: A complex relationship. *Journal of fluency disorders*. 2012;37(4):225-33.
70. Packman A, Attanasio J, editors. A model of the mechanisms underpinning early interventions for stuttering. Seminar presentation at the annual convention of the American Speech-Language and Hearing Association Philadelphia, USA; 2010.
71. Smith KA, Iverach L, O'Brian S, Kefalianos E, Reilly S. Anxiety of children and adolescents who stutter: A review. *Journal of fluency disorders*. 2014;40:22-34.
72. Craig A, Hancock K. Anxiety in children and young adolescents who stutter. *Australian Journal of Human Communication Disorders*. 1996;24(1):28-38.
73. Davis S, Shisca D, Howell P. Anxiety in speakers who persist and recover from stuttering. *Journal of communication disorders*. 2007;40(5):398-417.
74. Craig A, Hancock K. Anxiety in children and young adolescents who stutter. *Australian Journal of Human Communication Disorders*. 1996;24(1):28-38.
75. Gunn A, Menzies RG, O'Brian S, Onslow M, Packman A, Lowe R, et al. Axis I anxiety and mental health disorders among stuttering adolescents. *Journal of Fluency Disorders*. 2014;40:58-68.
76. Iverach L, Jones M, O'Brian S, Block S, Lincoln M, Harrison E, et al. Mood and substance use disorders among adults seeking speech treatment for stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2010;53(5):1178-90.
77. Doğan M, Nemli N, Bayram A, Kaya A, Yaşar M. Kekeme çocukların yaşam kalitesi bulguları. *KBB Uygulamaları*. 2016;4(2):64-9.
78. Iverach L, Jones M, O'Brian S, Block S, Lincoln M, Harrison E, et al. The relationship between mental health disorders and treatment outcomes among adults who stutter. *Journal of fluency disorders*. 2009;34(1):29-43.
79. Blumgart E, Tran Y, Craig A. Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety*. 2010;27(7):687-92.
80. Iverach L, O'Brian S, Jones M, Block S, Lincoln M, Harrison E, et al. Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. *Journal of anxiety disorders*. 2009;23(7):928-34.

81. Menzies RG, O'Brian S, Onslow M, Packman A, St Clare T, Block S. An experimental clinical trial of a cognitive-behavior therapy package for chronic stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2008;51(6):1451-64.
82. Stein MB, Baird A, Walker JR. Social phobia in adults with stuttering. *The American journal of psychiatry*. 1996;153(2):278.
83. Gunn A, Menzies RG, O'Brian S, Onslow M, Packman A, Lowe R, et al. Axis I anxiety and mental health disorders among stuttering adolescents. *Journal of Fluency Disorders*. 2014;40:58-68.
84. Iverach L, Jones M, McLellan LF, Lyneham HJ, Menzies RG, Onslow M, et al. Prevalence of anxiety disorders among children who stutter. *Journal of fluency disorders*. 2016;49:13-28.
85. Iverach L, Rapee RM. Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *Journal of fluency disorders*. 2014;40:69-82.
86. Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*. 2008;38(1):15-28.
87. Slade J, Teesson W, Burgess P. The mental health of Australians 2: report on the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. 2009.
88. Stein MB, Kean YM. Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(10):1606-13.
89. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
90. Association AP. APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2013;5.
91. Wells A, Clark DM, Salkovskis P, Ludgate J, Hackmann A, Gelder M. Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*. 1995;26(1):153-61.
92. Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour research and therapy*. 1997;35(8):741-56.
93. Stein MB, Kean YM. Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(10):1606-13.
94. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Bobes J, Beidel DC, et al. Consensus statement on social anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *The Journal of clinical psychiatry*. 1998.
95. Kearney C. *Social anxiety and social phobia in youth: Characteristics, assessment, and psychological treatment*: Springer Science & Business Media; 2006.
96. Kimbrel NA. A model of the development and maintenance of generalized social phobia. *Clinical Psychology Review*. 2008;28(4):592-612.

97. Wong QJ, Rapee RM. The aetiology and maintenance of social anxiety disorder: A synthesis of complimentary theoretical models and formulation of a new integrated model. *Journal of Affective Disorders*. 2016;203:84-100.
98. Mineka S, Zinbarg R. A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: it's not what you thought it was. *American psychologist*. 2006;61(1):10.
99. Chronis-Tuscano A, Degnan KA, Pine DS, Perez-Edgar K, Henderson HA, Diaz Y, et al. Stable early maternal report of behavioral inhibition predicts lifetime social anxiety disorder in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2009;48(9):928-35.
100. Iverach L, Rapee RM, Wong QJ, Lowe R. Maintenance of social anxiety in stuttering: a cognitive-behavioral model. *American journal of speech-language pathology*. 2017;26(2):540-56.
101. Boey RA, Wuyts FL, Van de Heyning PH, De Bodt MS, Heylen L. Characteristics of stuttering-like disfluencies in Dutch-speaking children. *Journal of fluency disorders*. 2007;32(4):310-29.
102. Hicks PL. *Opportunities in speech-language pathology careers*: McGraw-Hill; 2007.
103. Pedersen PM, Stig Jørgensen H, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS. Aphasia in acute stroke: incidence, determinants, and recovery. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*. 1995;38(4):659-66.
104. Bothe AK, Davidow JH, Bramlett RE, Ingham RJ. Stuttering treatment research 1970–2005: I. Systematic review incorporating trial quality assessment of behavioral, cognitive, and related approaches. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2006;15(4):321-41.
105. Maguire G, Franklin D, Vatakis NG, Morgenshtern E, Denko T, Yaruss JS, et al. Exploratory randomized clinical study of pagoclone in persistent developmental stuttering: the EXamining Pagoclone for peRsistent dEvelopmental Stuttering Study. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2010;30(1):48-56.
106. Bothe AK, Davidow JH, Bramlett RE, Franic DM, Ingham RJ. Stuttering treatment research 1970–2005: II. Systematic review incorporating trial quality assessment of pharmacological approaches. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2006;15(4):342-52.
107. Stager SV, Ludlow CL, Gordon CT, Cotelingam M, Rapoport JL. Fluency changes in persons who stutter following a double blind trial of clomipramine and desipramine. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1995;38(3):516-25.
108. Gordon CT, Cotelingam GM, Stager S, Ludlow CL, Hamburger SD, Rapoport JL. A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of developmental stuttering. *The Journal of clinical psychiatry*. 1995.
109. Brady JP, Ali Z. Alprazolam, citalopram, and clomipramine for stuttering. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2000;20(2):287.
110. Maguire G, Franklin D, Vatakis NG, Morgenshtern E, Denko T, Yaruss JS, et al. Exploratory randomized clinical study of pagoclone in persistent developmental stuttering: the EXamining Pagoclone for peRsistent dEvelopmental Stuttering Study. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2010;30(1):48-56.
111. Pagoclone [drug profile]. *Adis Insight*. Springer International Publishing. 2015.

112. Bothe AK, Davidow JH, Bramlett RE, Franic DM, Ingham RJ. Stuttering treatment research 1970–2005: II. Systematic review incorporating trial quality assessment of pharmacological approaches. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2006;15(4):342-52.
113. Maguire GA, Franklin DL, Kirsten J. Asenapine for the treatment of stuttering: an analysis of three cases. *American Journal of Psychiatry*. 2011;168(6):651-2.
114. Craig AR, Kearns M. Results of a traditional acupuncture intervention for stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1995;38(3):572-8.
115. Craig A, Hancock K, Chang E, McCready C, Shepley A, McCaul A, et al. A controlled clinical trial for stuttering in persons aged 9 to 14 years. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1996;39(4):808-26.
116. Stidham KR, Olson L, Hillbratt M, Sinopoli T. A new antistuttering device: treatment of stuttering using bone conduction stimulation with delayed temporal feedback. *The Laryngoscope*. 2006;116(11):1951-5.
117. Blomgren M. Behavioral treatments for children and adults who stutter: a review. *Psychology research and behavior management*. 2013;6:9.
118. Weir E, Bianchet S. Developmental dysfluency: early intervention is key. *Canadian medical association Journal*. 2004;170(12):1790-1.
119. Menzies RG, O'Brian S, Onslow M, Packman A, St Clare T, Block S. An experimental clinical trial of a cognitive-behavior therapy package for chronic stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2008;51(6):1451-64.
120. Kelman E, Wheeler S. Cognitive Behaviour Therapy with children who stutter. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015;193:165-74.
121. Bal F, Ünal S. Kekeme Çocuklarda Laxvox Tekniğinin Değerlendirilmesi. *The Journal of Academic Social Science*. 2018;6(77):142-51.
122. Durand E, Weil AG, Lévêque M. Psychosurgery for stuttering. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2015;11:963.
123. Yılmaz A. Çocuk yetiştirme tutumları: Kuramsal yaklaşımlar ve görgül çalışmalar. *Türk Psikoloji Yazıları*. 1999;1(3):99-118.
124. Özyürek A. Kırsal bölge ve şehir merkezinde yaşayan 5-6 yaş grubu çocuğa sahip anne-babaların çocuk yetiştirme tutumlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. 2004.
125. Atav N. Şahsiyetin Gelişmesinde Aile Çevresinin Ve Ailedeki Gerginliklerin Etkileri. *Aile Yazıları*. 1991;3:1-14.
126. Kaya İ. Evlilik Uyumu İle Çocuklardaki Davranış Problemleri Arasındaki İlişkide Çocuk Yetiştirme Tutumlarının Rolü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2003.
127. Kaufman J, Schweder AE. The schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children: present and lifetime version. *Comprehensive handbook of psychological assessment Personality Assessment*. 2004;2:247.

128. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2004.
129. Kovacs M, Staff M. Children's Depression Inventory (CDI): technical manual update: Multi-Health Systems North Tonawanda, NY; 2003.
130. Oy B. Çocuklar için Depresyon Ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Turk. Psikiyatri Dergisi. 1991;2:137-40.
131. La Greca AM, Dandes SK, Wick P, Shaw K, Stone WL. Development of the Social Anxiety Scale for Children: Reliability and concurrent validity. Journal of Clinical Child Psychology. 1988;17(1):84-91.
132. La Greca AM, Stone WL. Social anxiety scale for children-revised: Factor structure and concurrent validity. Journal of Clinical Child Psychology. 1993;22(1):17-27.
133. Demir T, Eralp-Demir D, Türksoy N, Özmen E, Uysal Ö. Çocuklar için sosyal anksiyete ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. Düşünen Adam. 2000;13(1):42-8.
134. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. Journal of child psychology and psychiatry. 1997;38(5):581-6.
135. Warnick EM, Bracken MB, Kasl S. Screening efficiency of the Child Behavior Checklist and Strengths and Difficulties Questionnaire: A systematic review. Child and Adolescent Mental Health. 2008;13(3):140-7.
136. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Güçler ve güçlükler anketi'nin (gga) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health. 2008;15:65-74.
137. Kaptein S, Jansen D, Vogels A, Reijneveld S. Mental health problems in children with intellectual disability: use of the Strengths and Difficulties Questionnaire. Journal of Intellectual Disability Research. 2008;52(2):125-31.
138. LeCompte G, LeCompte A, Özer S. Üç sosyoekonomik düzeyde Ankaralı annelerin çocuk yetiştirme tutumları: Bir ölçek uyarlaması. Psikoloji Dergisi. 1978;1(1):5-9.
139. Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. Journal of clinical psychology. 1977;33(4):981-9.
140. Dağ I. Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 1991.
141. Sereda Y, Dembitskyi S. Validity assessment of the symptom checklist SCL-90-R and shortened versions for the general population in Ukraine. BMC psychiatry. 2016;16(1):300.
142. Morley ME. The development and disorders of speech in childhood: Churchill Livingstone; 1972.
143. Andrews G, Hoddinott S, Craig A, Howie P, Feyer A-M, Neilson M. Stuttering: A review of research findings and theories circa 1982. Journal of speech and hearing disorders. 1983;48(3):226-46.

144. Van Borsel J, Moeyaert J, Mostaert C, Rosseel R, Van Loo E, Van Renterghem T. Prevalence of stuttering in regular and special school populations in Belgium based on teacher perceptions. *Folia Phoniatica et Logopaedica*. 2006;58(4):289-302.
145. Johnson W. *The onset of stuttering: Research findings and implications*: U of Minnesota Press; 1959.
146. Ezrati-Vinacour R, Levin I. The relationship between anxiety and stuttering: A multidimensional approach. *Journal of fluency disorders*. 2004;29(2):135-48.
147. Packman A, Code C, Onslow M. On the cause of stuttering: Integrating theory with brain and behavioral research. *Journal of Neurolinguistics*. 2007;20(5):353-62.
148. Mahr GC, Torosian T. Anxiety and social phobia in stuttering. *Journal of Fluency Disorders*. 1999;24(2):119-26.
149. Öztürk M, Tüzün Ü. Social Phobia in Children with Stuttering. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*. 2000;7(1):12-6.
150. Dumanoğlu A. Kekemelerde Yaygın Kekemelik Tutumlarının Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Açısından İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir. 2006.
151. İnceer B, Kocadere M. Kekemelik ve Kekelemek Üzerine. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir. 1999:53.
152. Yairi E. Subtyping stuttering I: A review. *Journal of Fluency Disorders*. 2007;32(3):165-96.
153. Karrass J, Walden TA, Conture EG, Graham CG, Arnold HS, Hartfield KN, et al. Relation of emotional reactivity and regulation to childhood stuttering. *Journal of communication disorders*. 2006;39(6):402-23.
154. Mulcahy K, Hennessey N, Beilby J, Byrnes M. Social anxiety and the severity and typography of stuttering in adolescents. *Journal of Fluency Disorders*. 2008;33(4):306-19.
155. Lau SR, Beilby JM, Byrnes ML, Hennessey NW. Parenting styles and attachment in school-aged children who stutter. *Journal of communication disorders*. 2012;45(2):98-110.
156. Moncur JP. Environmental factors differentiating stuttering children from non-stuttering children. *Communications Monographs*. 1951;18(4):312-25.
157. Sakman Z. Kekeme Çocuklarda Görülen Davranış Bozuklukları ve Annelerin Tutumları ile Anksiyete Düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. I. Ü Sağlık Bil Ens. 1993.
158. Ratner NB, Silverman S. Parental perceptions of children's communicative development at stuttering onset. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2000;43(5):1252-63.
159. Abalı O BH, Kınalı G, Tüzün ÜD. Kekeme çocuk ve ergenlerin anne babalarının psikiyatrik semptomlarının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2003;16:144-6.
160. N O. Genç yetişkinlerde anne baba tutumu anksiyete ve benlik saygısı ilişkisi Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı İstanbul. 2016.

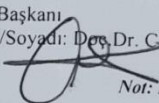
161. Kozacıoğlu G. Çocukların anksiyete düzeyleri ile annelerin tutumları arasındaki ilişki. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları. 1986.
162. Mutallimova S. Lise öğrencilerinde depresyon düzeyi ve anne baba tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesi: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2014.



8.EKLER

Ek-1.Etik Kurul Karar Formu

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU				
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kekemeliği Olan Çocuk Ve Ergenlerde Sosyal Kaygı Ve Depresyon Düzeylerinin Aile Çocuk Yetiştirme Tutumlarının Ve Aile Psikopatilerinin Değerlendirilmesi			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	179			
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
	AÇIK ADRESİ:	KSÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı Adres: Kayseri/Kahramanmaraş Yolu Üzeri Aşkar Yerleşkesi 46000/ K.MARAŞ		
	TELEFON	(0344)3003424		
	FAKS	(0344)3003409		
	E-POSTA	tipkaek@ksu.edu.tr		
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Hatice ALTUN		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ	Yok		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>		
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	- Anket çalışması - Rutin muayene, tetkik, tahlil ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyaller ile yapılacak araştırma - Metodolojik Yöntemsel			
	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr. Can ACIPAYAM
İmza: 

Not: Etik kurul başkanı, imzasının vermediği her sayfaya imza atmalıdır.

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili					
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	yok		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.03.2017	02	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
	OLGU RAPOR FORMU	yok		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	yok		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama							
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>							
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>							
	İLAN	<input type="checkbox"/>							
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>							
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>							
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>							
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	Başvuru Dilekçesi, Başvuru Formu, Özgeçmişler, BGOF, Anketler							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 01	Tarih: 16.05.2018	Oturum: 2018/10						
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Kok Hücre, doku nakli, organ nakli ve yeni bir cerrahi yöntem ile ilgili çalışmalar ve geleneksel tıp uygulamaları ve tıbbi ürünler ile ilgili çalışmalar için ayrıca Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden izin alınması gerekmektedir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.								
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKAN UNVANI / ADI / SOYADI:		Doç. Dr. Can ACIPAYAM							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
BASKAN Doç. Dr. Can ACIPAYAM	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doc. Ahmet Çağrı AYKAN Başkan Yardımcısı Üye	Kardiyoloji	KSU Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Doç. Dr. Sezen KOCARSLAN Üye	Tıbbi Patoloji	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mete GÜLER Üye	Göz Hastalıkları	KSU Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr. Üyesi Gözen ÖKSÜZ Üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr. Üyesi Aysegül ERDOĞAN Üye	Halk Sağlığı	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr. Üyesi Selma YAMAN Üye	Biyofizik	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr. Üyesi Nadire ESER Üye	Farmakoloji	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr. Üyesi Adem DOĞANER Üye	Biyoistatistik	KSU Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nagihan BİLAL Üye	Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Ecz. Dilara Algül DOKUMACI Üye	Eczacı	Dilara Eczanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğt.Gör. Ahmet KARATUT Üye	Hukukçu	KSU Pazarcık MYO	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Hakan ŞEBETÇİOĞLU Üye	Mühendis	Mavi-Yeşil Yazılım	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMADI
Hacı Ömer DOKUMACI Üye	Mühendis	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
ŞERH(VARSA)									

*: Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Can ACIPAYAM
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek-2: Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

1. Çocuğun adı soyadı:.....

2. Çocuğun yaşı:.....

3. Çocuğun cinsiyeti (a) Erkek (b) Kız

4. Çocuğun eğitimi (yıl-kaçıncı sınıf):.....

5. Kaç kardeşi var?..... Kaçıncı çocuk:

6. Yaşadığı yer (köy, ilçe, şehir):.....

7. Annenin yaşı: Babanın yaşı:

8. Annenin eğitim durumu

(a) Okur–Yazar değil (b) Okur–Yazar (c) İlkokul mezunu
(d) Ortaokul Mezunu (e) Lise mezunu (f) Üniversite mezunu

9. Anne mesleği

(a)Ev hanımı (b) İşçi (c) Memur (d) Emekli (e) Esnaf (f) Serbest (g) Diğer

10. Babanın eğitim durumu

(a) Okur–Yazar değil (b)Okur–Yazar (c)İlkokul mezunu
(d) Ortaokul mezunu (e)Lise mezunu (f)Üniversite mezunu

11. Babanın mesleği

(a) İşçi (b) Memur (c) Emekli (d) Esnaf (e) Serbest (f) İşsiz (g) Diğer

12. Anne baba arası akrabalık (a) Var (b) Yok

13. Ailenizin aylık gelir düzeyi nedir?

(a) 600 TL veya daha az (c)1500–2500 TL arası e) 5000 TL üzeri
(b) 600–1500 TL arası (d) 2500-5000 TL arası

14. Aile tipiniz nedir?

(a) Çekirdek aile (b) Geniş aile (c) Boşanmış aile
(d) Anne kaybı (e) Baba kaybı

15. Annede psikiyatrik hastalık var mı?

(a) Hayır (b) Evet (belirtiniz).....

16. Babada psikiyatrik hastalık var mı?

a) Hayır (b) Evet (belirtiniz).....

17. Anne bu çocuğa gebeliği sırasında aşağıdaki tıbbi sorunlardan birisini yaşadı mı?

(a) Kanama (b) Enfeksiyon (c) Yüksek tansiyon
(d) Şeker (e) Nöbet (f) Aşırı kilo alma
(g) Yaralanma (h) Ameliyatlar (i) Diğer (belirtiniz.....)
(j) Tıbbi bir hastalık geçirmedi

18. Anne bu çocuğa gebeliği sırasında aşağıdaki psikososyal stresörlerden birisini yaşadımı?

- (a) Ayrılık (b) Maddi Sıkıntı (c) İş sorunları
(d) Kötü yaşam koşulları (e) Ölüm (f) Stresöre maruz kalmadı

19. Hamilelik döneminde anne sigara kullanıyor muydu?

- (a) Evet (b) Hayır

20. Hamilelik döneminde anne alkol kullanıyor muydu?

- (a) Evet (b) Hayır

21. Hamilelik döneminde anne ilaç kullanıyor muydu?

- (a) Evet (.....) (b) Hayır

22. Çocuğun doğum şekli

- (a) Normal doğum (b) Sezeryan (Neden?

23. Çocuğun prematür (erken) doğum öyküsü

- (a) Var (b) Yok

24. Çocuğun başka hastalık öyküsü

- (a) Var (.....) (b) Yok

Ek-3:Sosyal Kaygı Ölçeği

T.C KAHRAMANMARAŞ
SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN PSİKIYATRİSİ POLİKLİNİĞİ

SOSYAL KAYGI ÖLÇEĞİ

İsim:

Sınıf:

Yaş:

Tarih:

Açıklama: Aşağıda sizin davranış ve duygularınız ile ilgili bazı cümleler verilmiştir. Her cümleyi okuduktan sonra, son bir ayı göz önüne alarak, cümlede belirtilen şeylerin sızda var olup olmadığını ve varsa ne kadar sıklıkta bulunduğunu değerlendirin. Sonra işaretleyin.

	Hiç yok	Biraz	Orta sıklıkta	Çoğu zaman	Her zaman
1. Başka çocukların önünde yeni bir şey yapmaktan rahatsız olurum.					
2. Bana şaka yapılmasından rahatsız olurum.					
3. Tanımadığım çocukların yanında utanırım.					
4. Diğer çocuklar arkamdan konuşuyorlar diye düşünürüm.					
5. Yalnızca iyi tanıdığım çocuklarla konuşurum.					
6. Diğer çocuklar benim hakkımda ne düşünüyorlar diye endişelenirim.					
7. Diğer çocukların benden hoşlanmayacağından korkarım.					
8. İyi tanımadığım çocuklarla konuşurken rahatsız olurum.					
9. Diğer çocuklar benim hakkımda ne diyecekler diye endişelenirim.					
10. Yeni tanıştığım çocuklarla konuşurken rahatsız olurum.					
11. Diğer çocuklar benden hoşlanmıyorlar diye üzülürüm.					
12. Grup halindeki çocuklarla birlikteyken sessiz kalırım.					
13. Diğer çocuklar benimle alay ediyorlar diye düşünürüm.					
14. Bir çocukla tartışırsam, onun benden hoşlanmayacağından korkarım.					
15. Başkalarını evime çağırmaktan çekinirim, çünkü hayır diyebilirler.					
16. Bazı çocukların yanındayken rahatsız olurum.					
17. İyi tanıdığım çocukların yanındayken bile utanırım.					
18. Başka çocuklara birlikte oynamayı teklif etmek bana zor gelir.					

Ek-4:Depresyon Ölçeği



DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Doküman Kodu	PSSR.008
Yayın Tarihi	11.12.2015
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1/2

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılmıştır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup içinden, bu gün de cahil olmak üzere, son iki haftadır yaşadıklarınızı en iyi şekilde tanımlayan cümleyi seçip, yanındaki numarayı daire içine alınız.

A 0. Kendimi arada sırada üzgün hissederim

1. Kendimi sık sık üzgün hissederim.
2. Kendimi her zaman üzgün hissederim.

B 0. İşlerin hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.

1. İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
2. İşlerim yolunda gidecek.

C 0. İşlerimin çoğunu doğru yaparım.

1. İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
2. Herşeyi yanlış yaparım.

D 0. Bir çok şeyden hoşlanırım.

1. Bazı şeylerden hoşlanırım.
2. Hiçbir şeyden hoşlanmam.

E 0. Her zaman kötü bir çocuğum.

1. Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
2. Arada sırada kötü bir çocuğum.

F 0. Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.

1. Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
2. Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.

G 0. Kendimden nefret ederim.

1. Kendimi beğenmem.
2. Kendimi beğenirim.

H 0. Bütün kötü şeyler benim hatam

1. Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
2. Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

I 0. Kendimi öldürmeyi düşünmem.

1. Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapamam.
2. Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

İ 0. Her gün içimden ağlamak gelir.

1. Bir çok günler içimden ağlamak gelir.
2. Arada sırada içimden ağlamak gelir.

J 0. Her şey her zaman beni sikar.

1. Her şey sık sık beni sikar.
2. Her şey arada sırada beni sikar.

K 0. İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.

1. Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
2. Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.

L 0. Her hangi bir şey hakkında karar veremem.

1. Her hangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
2. Her hangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.

M 0. Güzel / yakışıklı sayılırım.

1. Güzel / yakışıklı olmayan yanlarım var.
2. Çirkinim.



DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Doküman Kodu	PS.FR.008
Yayın Tarihi	11.12.2015
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1/2

- N** 0. Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
1. Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
2. Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.

- O** 0. Her gece uyumakta zorluk çekerim.
1. Bir çok gece uyumakta zorluk çekerim.
2. Oldukça iyi uyurum.

- Ö** 0. Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
1. Bir çok gün kendimi yorgun hissederim.
2. Her zaman kendimi yorgun hissederim.

- P** 0. Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
1. Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
2. Oldukça iyi yemek yerim.

- R** 0. Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
1. Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
2. Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

- S** 0. Kendimi yalnız hissetmem.
1. Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
2. Her zaman kendimi yalnız hissederim.

- Ş** 0. Okuldan hiç hoşlanmam.
1. Arada sırada okuldan hoşlanırım.
2. Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

- T** 0. Birçok arkadaşım var.
1. Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
2. Hiç arkadaşım yok.

- U** 0. Okul başarım iyi.
1. Okul başarım eskisi kadar iyi değil.
2. Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım.

- Ü** 0. Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
1. Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
2. Diğer çocuklar gibi iyiyim.

- V** 0. Kimse beni sevmez.
1. Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
2. Beni seven insanların olduğundan eminim.

- Y** 0. Bana söyleneni genellikle yaparım.
1. Bana söy eneni çoğu zaman yaparım.
2. Bana söy eneni hiçbir zaman yapmam.

- Z** 0. İnsanlarla iyi geçinirim.
1. İnsanlarla sık sık kavga ederim.
2. İnsanlarla her zaman kavga ederim.

Ek-5: Güçler ve Güçlükler Anketi

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

AB 4-16

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınıır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşı vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendinden küçükler iyi davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul yada başka yerlerden çalar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Ek-6: Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (PARI)

AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ

Aşağıda verilen ifadeleri okuyup, şu şekilde değerlendiriniz:

4	3	2	1
Çok Uygun Buluyorum	Oldukça Uygun Buluyorum	Biraz Uygun Buluyorum	Hiç Uygun Buluyorum

Görüşünüzü bu sayılardan birini daire içine alarak bildiriniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış yoktur, sadece kendi görüşünüzü işaretlemeniz gerekiyor. Araştırma için, bütün sorunların cevaplandırılması çok önemli bir noktadır. Onun için, bazı ifadeler birbirine benzer dahi olsa, gene de cevaplandırmanızı rica ederiz.

AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUM ANKETİ

1. Çocuk, yorucu veya zor işlerden korunmalıdır.
2. Anne ve babalar çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.
3. Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur.
4. Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.
5. Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse, o kadar iyi terbiye edilebilir.
6. Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir.
7. Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken çok şey vardır. Zamanını boşa geçirmesi affedilemez.
8. Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler.
9. Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de, anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeterince özgür olmamasıdır.
10. Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.
11. Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.
12. Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir insan olacaktır.
13. Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha iyi, daha ahenkli olur.
14. Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.
15. Anne-babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler.

16. Bütün genç anneler, bebek bakımında beceriksiz olduklarından korkarlar.
17. Hangi anne olursa olsun eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa sonunda çocuklar sinirine dokunur.
18. Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır.
19. Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babalarının daha anlayışlı olmalarını isterlerdi.
20. Bir çocuğa, ne olursa olsun, dövüşmekten açınması gerektiği öğretilmelidir.
21. Çocuklar bencil olduklarında, hep bir şeyler istediklerinde, annenin tepesinin atması çok normaldir.
22. Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorsa, bunu anne-babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.
23. Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.
24. Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.
25. Küçük bir çocuk, cinsiyet konusundan sakınmalıdır.
26. Bir annenin, çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çocuğu onun önemli parçasıdır.
27. Uyanık bir anne-baba, çocuğun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.
28. Çocuklar, anne-babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.
29. Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verirlerse büsbütün şikayetçi olurlar.
30. Sıkı terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir.
31. Genç bir kadın, henüz geçen yapmak istediğini pek çok şey olduğu için, anne oluca kendisini tutuklanmış duygusuna kaptırır.
32. Anneler, çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.
33. Babalar, daha az bencil olsalar, kendilerine düşen görevi yaparlardı.
34. İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.
35. Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.
36. Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.
37. Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne-babaya uymalarını istemek doğru değildir.
38. Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.
39. Bir çocuğa başı derde girdiğinde, dövüşmek yerine büyüklere başvurması öğretilmelidir.
40. Anne-baba arasındaki bazı konular küçük bir tartışma ile çözümlenemez.

41. Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendini evinde tutuklamış gibi hissetmesidir.
42. Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.
43. Oğlan ve kız çocukları soyunurken birbirini görmemelidir.
44. Çocukların sorunlarına eğilirsenez sizi oyalamak için çeşitli masallar uydururlar.
45. Eğer anne-babalar çocukları ile şakalaşp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha istekli olurlar.
46. Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.
47. Bir çocuk eninde sonunda anne-babasından daha akıllı olmayacağını öğrenirler.
48. Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştiremiyorsa belki de bu, babanın kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.
49. Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz.
50. Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörüle karşılanamaz..
51. Anne-babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmeleri gerektiğini öğretmelidirler.
52. Akıllı bir kadın, yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.
53. Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması gerekir.
54. Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir.
55. Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek, bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusu verir.
56. Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder.
- 57- Anne-babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecekleri bütün güç işlerden sakınmalıdırlar.
- 58- Çocuklar, aslında, sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.
- 59- Çocuklarının arkadaşlıkları ve sosyal hayatlarıyla yakından ilgilenen anne-babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.
- 60- Anne ve babaya sadakat her şeyden önce gelir.

Ek-7:Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

SCL-90-R (psikolojik belirti tarama listesi)

ADI, SOYADI:..... YAŞ: CİNSİYETİ(E/K): MESLEĞİ:

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi lır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç : 0 Örnek: 1. (2) Baş ağrısı
Çok az : 1
Orta derecede : 2
Oldukça fazla : 3
İleri derecede : 4

1. () Baş ağrısı
2. () Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. () Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. () Baygınlık ya da baş dönmesi
5. () Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. () Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. () Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. () Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. () Olayları anımsamada güçlük
10. () Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. () Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. () Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. () Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. () Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. () Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. () Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. () Titreme
18. () Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. () İştah azalması
20. () Kolayca ağlama
21. () Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. () Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. () Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. () Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. () Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. () Olanlar için kendisini suçlama
27. () Belin alt kısmında ağrılar
28. () İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. () Yalnızlık hissi
30. () Karamsarlık hissi
31. () Her şey için çok fazla endişe duyma
32. () Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. () Korku hissi
34. () Duyularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. () Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. () Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. () Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. () İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak

39. () Kalbin çok hızlı çarpması
40. () Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. () Kendini başkalarından aşağı görme
42. () Adale (kas) ağrıları
43. () Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. () Uykuya dalmada güçlük
45. () Yaptığımız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. () Karar vermede güçlük
47. () Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. () Nefes almada güçlük
49. () Soğuk veya sıcak basması
50. () Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. () Hiç bir şey düşünmeme hali
52. () Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. () Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. () Gelecek konusunda ümitsizlik
55. () Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. () Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. () Gerginlik veya coşku hissi
58. () Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. () Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. () Aşırı yemek yeme
61. () İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. () Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. () Bir başkasına vurmaya, zarar vermek, yaralamaya dürtülerinin olması
64. () Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. () Yılanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. () Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. () Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. () Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. () Başkalarının yanında kendini çok sıkılğan hissetme
70. () Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. () Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. () Dehşet ve panik nöbetleri
73. () Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. () Sık sık tartışmaya girme
75. () Yalnız bırakıldığımızda sinirlilik hali
76. () Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. () Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. () Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. () Değersizlik duygusu
80. () Size kötü bir şey olacaktıymış hissi
81. () Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. () Topluluk içinde bayılacağımız korkusu
83. () Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. () Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. () Günahlarımızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. () Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. () Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. () Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. () Suçluluk duygusu
90. () Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

Ek-8: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ÇOCUK GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. **Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız**

1-ARAŞTIRMANIN ADI:

Kekemelik Tanısı Olan Çocuk ve Ergenlerde Sosyal Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin, Ailelerin Çocuk Yetiştirme Tutumlarının ve Anne Babalarındaki Psikiyatrik Belirtilerin Değerlendirilmesi

2-ÇOCUĞA UYGULANACAK İŞLEM NEDİR VE NE AMAÇLA YAPILIR?

Çalışmamızda kekemeliği olan çocuklarla ve aileleriyle görüşülerek psikiyatrik muayene yapılacaktır. Çocuk ve ailelere çeşitli formlar doldurtulacaktır. Bu çalışmada amaç kekemeliği olan çocuklarda sosyal kaygı ve depresyon belirtilerinin değerlendirilmesi ve ailelerin aile hayatı çocuk yetiştirme tutumları ile ebeveynin yaşadığı psikolojik sıkıntıların incelenmesidir.

3-İŞLEM HAKKINDA ÇOCUK VE AİLESİNİ BİLGİLENDİRİCİ AÇIKLAMA

Çalışma sırasında aile ve çocukla psikiyatrik görüşme yapılacaktır. Çocuğa kovasck depresyon ölçeği ve sosyal kaygı ölçeği doldurtulacaktır. Ayrıca aileye sosyodemografik veri formu, güçler güçlükler anketi ebeveyn formu, aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutum ölçeği ve SCL 90 R anketi doldurtulacaktır.

4- ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

(gözlenebilecek istenmeyen etkiler, karşılaşılabilecek sorunlar (allerji, enfeksiyon, başağrısı, bayılma, morarma vb.)

Çalışmaya katılımla çocuk ve aile için öngörülen herhangi bir risk yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

5-İŞLEM SONRASI NELERE DİKKAT EDİLMELİ

6-ÇOCUK GÖNÜLLÜ KATILMA KOŞULLARI VE SORUMLULUKLARI (örn. uygulama süresi boyunca hiçbir ilaç kullanmama, uygulanan tedavi şemasına özen gösterme,

a Bu çalışmada çocuk ve aileden beklenen verilen formları doğru ve özenli olarak eksiksiz doldurmak ve görüşme sırasında gerçek bilgiler vermektir.

Bu koşullara uymadığınız takdirde araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir
KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı130..... ‘dir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre3 ay.....dir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

(örn, çalışma ilaçlarıyla uygulanan tedavi ile hastalığın kontrol altına alınabilme olasılığı, sonuçların başka insanların yararına kullanılabilir olması, yalnızca araştırma amaçlı olduğu ve doğrudan yarar görmesi ya da tedavinin seyrinin değiştirilmesinin beklenmeyeceği vb.)

1-Çocuktaki ortaya çıkması muhtemel anksiyete bozukluğu veya sosyal kaygı durumlarının erken teşhis edilip müdahale edilebilmesi

2- Aile hayatı çocuk yetiştirme tutumlarının belirlenip bu tutumlara yönelik aileye önerilerde bulunulması sonrası çocuk ve ailenin yaşam kalitesinin artırılması

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, Çalışma programını aksatmanız, Çalışma ilacı ile ilgili bir yan etkiye maruz kalmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle doktorunuz sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR? (şimdilik uygulanmayacak olup ileride uygulanabilecek tedavi yada işlemler ve bunların riskleri)

İLGİ MEVZUAT GEREĞİNCE GEREKİYORSA, ÇOCUK GÖNÜLLÜYE VERİLECEK TAZMİNAT VE/VEYA SAĞLANACAK TEDAVİLER, YAPILACAK ULAŞIM, YEMEK GİBİ MASRAFLARA İLİŞKİN ÖDEMELERİN MİKTARI, YÖNTEMLERİ VE ÖDEME PLANI HAKKINDAKİ BİLGİLER

(Uygulama sırasında gelişebilecek herhangi bir hasara karşı (ölüm/sakatlanma dahil) güvence altına alınmaktasınız, oluşabilecek hasar size tarafımızdan yapılan sigorta ile tazmin edilecektir (Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınması gerekli olmayan araştırmalar için zorunlu değildir. Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir)

ARAşTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırıcıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için sorumlu araştırmacıya başvurabilirsiniz.

İSTEDİğİM ZAMAN ARAşTIRMADAN AYRILABİLİRMIYİM

Araştırmaya katılımınızın isteğe bağlı olduğu ve istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz.

KATILMAMA İLİşKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAğLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

ÇALIşMAYA KATILMA ONAYI:

Aşağıda isimleri yazılı doktor ve ekibi tarafından hastalığım/ çocuğumun hastalığı hakkında bilgilendirildim ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Hastalığın tanısı ve etkin tedavisinin sağlanabilmesi için araştırmanın önemi anlatıldı. İşlemin nasıl uygulanacağı, işlem sırasında yapılacak müdahaleler, işleme bağlı olarak oluşabilecek riskler ve bu riskler gelişmesi durumunda yapılabilecek ekstra müdahaleler konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirildim. Yapılacak girişimlerle ilgili soru sormak ve doktorumla sorularımı tartışmak için gerekli zaman ve fırsatım oldu ve sorularıma tatmin edici yanıtlar aldım. Hiçbir baskı altında kalmadan ve bilincim açık olarak, araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilmeğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi

biliyorum. Formda bulunan bütün bilgileri anlayarak okudum ve bu formu imzaladım. Formda bulunan tüm boşluklar imzamdaki önce doldurulmuştur.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

Sadece yukarıda bahsi geçen çalışmada kullanılmasına izin veriyorum.

İleride yapılması planlanan tüm çalışmalarda kullanılmasına izin veriyorum.

Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.”

TARİH

Hasta Adı ve Soyadı:

İmza:

Vasi Adı ve Soyadı:

İmza:

9. ÖZGEÇMİŞ

1988 yılında Gaziantep’de dünyaya geldim. İlköğretim ve lise eğitimimi Gaziantep’de tamamladım. 2006 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde tıp eğitimime başladım ve 2013 yılında mezun oldum. İlk görev yerim olan Gaziantep Ersin Arslan Devlet Hastanesi Acil biriminde pratisyen hekim olarak 5 ay görev yaptıktan sonra 2014 yılında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD’de uzmanlık eğitimime başladım burada yaklaşık 1.5 yıl görev yaptıktan sonra Haziran 2015’de Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD’nde uzmanlık eğitimi almaya başladım. Yabancı dilim İngilizce’ dir.

Abdullah KARATAŞ