



Kapadokya Üniversitesi  
Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü  
Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

**KEKEMELİĞİ OLAN ERGENLERİN KEKEMELİK  
TERAPİ YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN TUTUM VE  
GÖRÜŞLERİ**

Melisa Begüm İPEK

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir 2024



KEKEMELİĞİ OLAN ERGEN BİREYLERİN KEKEMELİK TERAPİ  
YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN TUTUM VE GÖRÜŞLERİ

Melisa Begüm İPEK

Kapadokya Üniversitesi  
Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü  
Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir, 2024

## ÖZET

İpek, Melisa Begüm. *KEKEMELİĞİ OLAN ERGENLERİN KEKEMELİK TERAPİ YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN TUTUM VE GÖRÜŞLERİ*, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir, 2024

Bu çalışma, kekemelik tedavi yöntemlerinin ergen bireyler üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçlamaktadır. Kekemelik, bireyin sosyal ve akademik yaşamını olumsuz etkileyen bir konuşma bozukluğudur. Araştırma, 13-19 yaş aralığında kekemelik yaşayan 114 ergen üzerinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar, dil ve konuşma terapistleri ile odyologlardan tedavi almış bireylerden oluşmaktadır. Çalışmada kullanılan tedavi yöntemleri arasında istemli kekemelik, duyarsızlaşma, kontrollü nefes, yumuşak başlangıç ve yavaş konuşma teknikleri yer almaktadır. Araştırma kapsamında, katılımcıların bu yöntemlere yönelik memnuniyet düzeyleri ve tedavi süreçlerindeki deneyimleri değerlendirilmiştir. Veriler, anketler ve yarı yapılandırılmış mülakatlar yoluyla toplanmış ve SPSS yazılımı ile analiz edilmiştir. Sonuçlar, kontrollü nefes ve yavaş konuşma tekniklerinin katılımcılar arasında en yüksek memnuniyet oranlarına sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca, terapi sürecinden memnun olan katılımcıların kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyet ve yaş gibi demografik faktörlerin, tedavi yöntemlerine yönelik tutumlarda ve kaygı düzeylerinde anlamlı etkileri olduğu bulunmuştur. İstatistiksel analizler, istemli kekemelik ve kontrollü nefes metotlarının, terapi memnuniyetinde anlamlı farklar yarattığını göstermektedir. Ancak, duyarsızlaşma ve yumuşak başlangıç metotlarının kaygı düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisi bulunamamıştır. Araştırmanın bulguları, kekemelik tedavisinde bireysel farklılıkların ve kişiselleştirilmiş tedavi planlarının önemini vurgulamaktadır. Bu çalışma, kekemelik tedavisinde kullanılan yöntemlerin etkinliğini değerlendirerek, terapistlere ve ailelere rehberlik etmeyi amaçlamaktadır. Araştırma, kekemelik tedavisine yönelik gelecekte yapılacak çalışmalara da ışık tutmayı hedeflemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kekemelik, ergenler, akıcılık bozuklukları, akıcılık terapi.

## ABSTRACT

İpek, Melisa Begüm. *ATTITUDES AND OPINIONS OF ADOLESCENTS WITH STUTTERING TOWARDS STUTTERING THERAPY METHODS*, Master's Thesis, Nevşehir, 2024

This study aims to examine the effects of stuttering treatment methods on adolescent individuals. Stuttering is a speech disorder that negatively affects the social and academic life of the individual. The study was conducted on 114 adolescents between the ages of 13-19 who stutter. The participants were individuals who received treatment from speech and language therapists and audiologists. The treatment methods used in the study included voluntary stuttering, desensitization, controlled breathing, soft start and slow speech techniques. Within the scope of the study, the satisfaction levels of the participants towards these methods and their experiences in the treatment processes were evaluated. The data were collected through questionnaires and semi-structured interviews and analyzed with SPSS software. The results show that controlled breathing and slow speech techniques have the highest satisfaction rates among the participants. In addition, it was determined that the anxiety levels of the participants who were satisfied with the therapy process were lower. Demographic factors such as gender and age were found to have significant effects on attitudes towards treatment methods and anxiety levels. Statistical analyses show that voluntary stuttering and controlled breathing methods create significant differences in therapy satisfaction. However, desensitization and soft start methods were not found to have a significant effect on anxiety levels. The findings of the study emphasize the importance of individual differences and personalized treatment plans in stuttering treatment. This study aims to guide therapists and families by evaluating the effectiveness of methods used in stuttering treatment. The study also aims to shed light on future studies on stuttering treatment.

**Keywords:** stutter, stuttering therapy, teenage therapy

## İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY</b> .....	<b>i</b>
<b>YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI</b> .....	<b>ii</b>
<b>ETİK BEYAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vi</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>xii</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>1. BÖLÜM GENEL BİLGİLER :</b> .....	<b>3</b>
1.1 Konuşma Bozuklukları .....	3
1.2 Akıcı Konuşma ve Konuşma Akıcısızlığı .....	5
1.3 Kekemeliğin Tanımlanması .....	6
1.4 Kekemelik Başlangıcı, Sıklık ve Yaygınlığı.....	8
1.5 Kekemelik Nedenleri ve Kekemelik İlişkisi .....	9
1.6 Kekemeliğin Özellikleri.....	11
1.7 Kekemelikte Kişilik ve Davranış Özellikleri.....	13
1.8 Cinsiyet ve Kekemelik.....	15
1.9 Kekemelikle İlişkilendirilen Psikososyal Faktörler .....	16
1.9.1 Mizaç .....	16
1.9.2 Kaygı.....	18
1.9.3 Akran İlişkisi ve Sorunlar .....	21
1.10 Kekemeliğe Yönelik Kuramlar .....	23
1.10.1 Öğrenme Kuramları .....	23
1.10.2 Psikoanalitik Kuramlar .....	25

1.10.3 Çok Faktörlü Kuramlar .....	26
1.10.3.1 Talepler ve Kapasiteler Modeli.....	26
1.10.3.2 İletişim ve Duygu Modeli .....	27
1.10.3.3 İkili Yatkınlık Stresör Modeli.....	27
1.10.3.5 Multifaktöriyel Dinamik Yolaklar Modeli .....	28
1.10.4 Psikolinguistik Kuramlar .....	29
1.10.5 Fizyolojik Kuramlar.....	30
1.11 Kekemeliğe Yönelik Toplumsal Tutumlar .....	30
1.12 Kekemelik Müdahaleleri.....	32
<b>2. BÖLÜM : MATERYAL ve YÖNTEM.....</b>	<b>36</b>
2.1 Bulgular .....	38
2.2 Verilerin Analizi .....	38
2.2.1 Güvenilirlik Analiz Sonuçları .....	52
2.2.2 Kaygı Düzeyleri Analizi.....	53
2.2.3 Farklı Değişkenlere Göre Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması	53
2.2.4 Yaş Gruplarına Göre Kaygı Düzeyleri:.....	53
2.2.5 Cinsiyete Göre Kaygı Düzeyleri.....	54
2.2.6 Terapi Alınan Kişiye Göre Kaygı Düzeyleri .....	54
2.2.7 Terapi Seans Sayısına Göre Kaygı Düzeyleri.....	54
2.2.8 Terapiden Memnuniyet Düzeyine Göre Kaygı Düzeyleri.....	55
2.3 Terapi Metotlarının Etkinliği .....	55
2.3.1 Terapi Sürecinden Memnuniyet Durumu ve Metotlar Arasındaki İlişkiler .....	57
2.4 İstatistiksel Analizleri Yapılan Testlerin Sonuçları.....	58
2.4.1 Bulguların İstatistiksel Anlamlılığı.....	60
2.4.2 Bulguların Literatürle Karşılaştırılması Kaygı Düzeyleri ve Cinsiyet	61
2.2.6 Terapi Alınan Kişiye Göre Kaygı Düzeyleri.....	54
<b>3. BÖLÜM: TARTIŞMA ve SINIRLILIKLAR .....</b>	<b>62</b>
3.1 Araştırmanın Sınırlılıkları .....	62
3.2 Tartışma.....	65

3.2.1 Demografik Faktörlerin Etkisi .....	69
<b>SONUÇ .....</b>	<b>72</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>73</b>
<b>EK 1. ORİJİNALLIK RAPORU .....</b>	<b>111</b>
<b>EK 2. ETİK KURUL/KOMİSYON İZİNİ.....</b>	<b>113</b>
<b>EK 3. MUAFİYET FORMU RAPORU .....</b>	<b>114</b>
<b>EK 4. DURUMLULUK KAYGI ÖLÇEĞİ .....</b>	<b>115</b>

## KISALTMALAR DİZİNİ

- KBB:** Kulak Burun Boğaz
- SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences
- SD:** Standart Deviation (Standart Sapma)
- IQR:** Interquartile Range (Çeyrekler Arası Genişlik)
- DKT:** Dil ve Konuşma Terapisi
- OD:** Odyolog
- M:** Median (Ortanca)
- $\chi^2$ :** Chi-Square (Ki-Kare)
- P:** Probability (Olasılık)
- n:** Number (Sayı)
- %:** Percent (Yüzde)
- TUT:** Tedavi Uygulanan Terapi
- TAK:** Terapiye Alınan Katılımcı
- DKM:** Durumluk Kaygı Medyanı
- SKM:** Sürekli Kaygı Medyanı

## TABLOLAR DİZİNİ

<b>Tablo 1:</b> Güvenilirlik Analizi .....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
<b>Tablo 1.1:</b> Katılımcıların Demografik Özellikleri....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
<b>Tablo 1.2:</b> Katılımcıların Kekemelik İle İlgili Değişkenleri .....	39
<b>Tablo 1.3:</b> Terapi Sürecinden Memnuniyet ile İstemli Kekemelik Metodunun Karşılaştırılması .....	40
<b>Tablo 1.4:</b> Terapi Sürecinden Memnuniyet ile Kontrollü Nefes Kekemelik Metodunun Karşılaştırılması .....	41
<b>Tablo 1.5:</b> İstemli Kekemelik Metodu ile Duyarsızlaşma Metodunun Karşılaştırılması .....	41
<b>Tablo 1.6:</b> İstemli Kekemelik Metodu ile Yumuşak Başlangıç Metodunun Karşılaştırılması .....	42
<b>Tablo 1.7:</b> Kontrollü Nefes Metodu ile Yumuşak Başlangıç Metodunun Karşılaştırılması .....	42
<b>Tablo 1.8:</b> Kontrollü Nefes Metodu ile Yavaş Konuşma Metodunun Karşılaştırılması .....	43
<b>Tablo 1.9:</b> Yumuşak Başlangıç Metodu ile Yavaş Konuşma Metodunun Karşılaştırılması .....	43
<b>Tablo 1.10:</b> Yaş ile Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Arasındaki İlişki .....	44
<b>Tablo 1.11:</b> Cinsiyete Göre Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Karşılaştırılması	44
<b>Tablo 1.12:</b> Terapistin Göre Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Karşılaştırılması	45
<b>Tablo 1.13:</b> Seans Sayısına Göre Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Karşılaştırılması .....	45
<b>Tablo 1.14:</b> Terapiden Memnuniyete Göre Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Karşılaştırılması .....	46
<b>Tablo 1.15:</b> İstemli Kekemelik Metodunun Uygulanmasına Göre Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Karşılaştırılması .....	46
<b>Tablo 1.16:</b> Duyarsızlaşma Metodunun Uygulanmasına Göre Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Karşılaştırılması .....	47
<b>Tablo 1.17:</b> Kontrollü Nefes Metodunun Uygulanmasına Göre Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Karşılaştırılması .....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
<b>Tablo 1.18:</b> Yumuşak Başlangıç Metodunun Uygulanmasına Göre Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Karşılaştırılması .....	47
<b>Tablo 1.19:</b> Yavaş Konuşma Metodunun Uygulanmasına Göre Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Karşılaştırılması .....	48
<b>Tablo 1.20:</b> En Çok Yarar Sağlanan Terapi Metoduna Göre Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Karşılaştırılması .....	49

<b>Tablo 1.21:</b> Kontrollü Nefes Metodu ile Yavaş Konuşma Metodunun Karşılaştırılması ..... Yer işareti tanımlanmamış.	.Hata!
<b>Tablo 1.22:</b> Durumluk Kaygı ile Sürekli Kaygı Arasındaki işki... Yer işareti tanımlanmamış.	.....Hata!

## ÖNSÖZ

Bu tez, kekemelik tedavi yöntemlerinin ergen bireyler üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla hazırlanmıştır. Kekemelik, bireyin yaşam kalitesini ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkileyen bir konuşma bozukluğudur. Bu çalışmada, çeşitli tedavi yöntemlerinin etkinliği ve bu yöntemlerin psikososyal faktörler üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir.

Tez çalışmam süresince bana destek olan, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan danışman hocam Prof. Dr. Murat Doğan'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca, tez çalışmamda bana yardımcı olan ve katılım gösteren tüm katılımcılara ve ailelerine minnettarlığımı ifade etmek isterim. Onların katkıları olmadan bu çalışma mümkün olamazdı.

Araştırmam süresince bana her türlü desteği sağlayan sevgili aileme ve arkadaşlarıma da teşekkürü bir borç bilirim. Onların sabrı, teşviki ve anlayışı, bu süreci daha katlanılabilir ve başarılı kılmıştır.

Bu tezin, kekemelik tedavisi alanında yeni bakış açıları kazandırması ve bu alanda çalışan profesyonellere yol göstermesi umuduyla...

Saygılarımla,  
Melisa Begüm İpek

## GİRİŞ

Kekemelik, bireyin akıcı konuşma yeteneğini etkileyen yaygın bir konuşma bozukluğudur. Bu durum, tekrarlamalar, uzatmalar ve bloklar şeklinde kendini gösterir ve bireyin sosyal, akademik ve mesleki yaşamını olumsuz etkileyebilir. Kekemelik, genellikle çocukluk döneminde başlar ve bazı bireylerde yaşam boyu devam edebilir. Ergenlik dönemi, kekemelik yaşayan bireyler için özellikle zorlayıcı olabilir, çünkü bu dönem, kimlik gelişimi ve sosyal ilişkilerin yoğunlaştığı bir dönemdir.

Kekemelik tedavisinde çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler arasında istemli kekemelik, duyarsızlaşma, kontrollü nefes, yumuşak başlangıç ve yavaş konuşma teknikleri bulunmaktadır. Her bir yöntemin etkinliği, bireysel farklılıklara ve tedaviye katılım düzeyine bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Kekemelik tedavisinde amaç, bireyin akıcı konuşma yeteneğini geliştirmek, kaygı düzeylerini azaltmak ve sosyal becerilerini artırmaktır.

Bu çalışmanın amacı, farklı kekemelik tedavi yöntemlerinin ergen bireyler üzerindeki etkilerini incelemektir. Araştırmada, katılımcıların demografik özellikleri, terapi yöntemlerine yönelik memnuniyet düzeyleri ve kaygı düzeyleri değerlendirilmiştir. Ayrıca, tedavi yöntemlerinin etkinliği ve psikososyal faktörler üzerindeki etkileri analiz edilmiştir. Bu çalışma, kekemelik tedavisinde kullanılan yöntemlerin etkinliğine dair literatüre katkı sağlamayı ve terapistlere, ailelere ve eğitimcilere rehberlik etmeyi hedeflemektedir.

Araştırmanın sonuçları, kekemelik tedavisinde bireysel farklılıkların ve kişiselleştirilmiş tedavi planlarının önemini vurgulamakta, aynı zamanda tedavi sürecinde psikososyal destek programlarının dahil edilmesinin gerekliliğine işaret etmektedir. Bu bağlamda, kekemelik tedavisine yönelik daha geniş kapsamlı ve uzun vadeli çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Tezin bu bölümünde, kekemeliğin tanımı ve etkileri, tedavi yöntemleri ve araştırmanın amacı üzerinde durulmuştur. Takip eden bölümlerde, araştırmanın materyal ve metotları, bulguları, tartışma ve sonuç bölümleri ayrıntılı olarak ele alınacaktır. Bu çalışma, kekemelik tedavisinin etkinliğini artırmak ve bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla önemli katkılar sunmayı amaçlamaktadır.

# 1. GENEL BİLGİLER

## 1.1. KONUŞMA BOZUKLUKLARI

İnsanın hayatında iletişim çok önemlidir. Sosyal varlık niteliğindeki insan, çevresi ile etkileşimi iletişim aracılığı ile gerçekleştirmektedir (Kalkan, 2013: 33). Amerikan Konuşma ve Dil İşitme Birliği (ASHA- Legislative Council of the American Speech-Language-Hearing Association) tarafından yapılan tanımlamada iletişim, dil, biliş, ses yanı sıra konuşma üretimi ve akıcılığını içermektedir (ASHA, 2022).

Konuşma bireylerin birbiri ile olan iletişiminde en önemli unsurlardandır (Cüceloğlu, 2019: 44). Konuşma, toplumun uzlaştığı semboller ile zihinlerde yer alan kodlar aracılığıyla iletilmek istenen içeriklerin sesler vasıtası ile aktarımı şeklinde tanımlanmaktadır. Bireylerin kendilerini ifade etmede kullanabilecekleri önemli ve etkili araçların başında gelmektedir (Hamzadayı ve ark., 2018: 76). Konuşmanın olmadığı durumlarda düşünce ve duyguların da diğer bireylere ifade edilmesinde engeller ortaya çıkarken toplumsal etkinliklerde arzulanan katılım sağlanamamaktadır (Barın, 2018: 1904).

Konuşma, tüm bireylerde yaşamsal olarak önemli roledir. Konuşma becerilerine yönelik gelişimi inceleyen birçok araştırmacı, akademisyen ve dilbilimci öncelikli olarak “konuşma” kavramı üzerinde durmakta ve konuşma becerisini ifade etmektedir. Konuşma becerisi ile hedeflenen, dilde iletişimin sağlanmasıdır. Öğrencilerin birçoğu dili iletişim aracı olarak görürken, akademisyenler ve dilbilimciler konuşma olarak kabul etmektedir (Barın, 2018: 1904). Konuşma, kelime ve seslerin nasıl söylendiği, dil ise fikirlerin paylaşımında dile getirilen kelimeler olarak tanımlanmaktadır (ASHA, 2022a).

Küçük yaşlardan itibaren bireylerde konuşma çeşitli gelişim süreçlerinden geçmektedir. Konuşmayı oluşturan dilin gelişimi çocuk dünyaya geldiği andan itibaren başlayıp yetişkinliğe kadar devam etmektedir. Gelişim sürecinde 3 yaş ve civarı düşünce ile dilin buluşarak dilin düşünmeyi kolaylaştıran öge olması, dilin bellekte zenginleşmeye yol açması söz konusudur. Buna bağlı olarak 3 yaş civarı ve sonrasında çocuklarda yetkin iletişim, sözcük sayısı patlaması ve akıcılık gibi kavramlar izlenmektedir. Bireylerde konuşmayı oluşturan dilin yaş ile gelişimi:

- Doğumdan itibaren ilk 18 aylık dönem: Konuşma yetisinin olmadığı bu dönemde, iletişim, duygu güdümünde uyanma, istek ve hemen eylem yer almakta,
- 18 ile 36 ay arası dönem: duyguyu dil tamamlamakta, uyanma, isten ve hemen eylem görülürken, duygusal etiketleme başlamakta,
- 3 ile 6 yaş arası dönem: okul öncesi olarak bilinen bu dönemde güçlü bir işlev kazanan dil, temel duyguların belirlenmesinde etkili olmaktadır. Uyanma, istek ve dil ile ifade, sonrasında eylem, rol yapma ve rol alma yetileri gelişimi, problem çözme ve toplumsal planlama yetileri gelişimi,
- 6 ile 13 yaş arası dönem: düşünmeyi dil ile gerçekleştirme, farklı açılardan her hangi bir konunun ele alınması, eylemlere ait çoğul sonuçları düşünme, eylemlerin planlaması ve dizme,
- 13 yaş ve ergenlik dönemi: düşünme hipotez oluşturarak gerçekleştirebilmekte, farklı açılardan değerlendirme yapabilme

olarak süre gelmektedir (Korkmaz, 2020: 23-24).

Söyleyiş biçimindeki hatalar, gereksiz kullanılan kelimeler, bir biri ile karıştırılan kelimeler, yerel ağız konuşması, çekingenlik, sözcük dağarcığındaki zayıflık, dağınık konuşma, yetersiz ve kısa konuşma, dil bilgisi kurallarına uymama ve zihinsel kurgulamada ki yetersizlikler konuşmada meydana gelen sorunlar arasındadır. Konuşma süresince ortaya çıkabilen bu tür sorunlar temelde sosyolojik (çevre, dil katmanlaşması vd.) ve fizyolojik (diş, ağız, ses telleri bozukluğu vd.) olabildiği gibi kaygı, tutum veya motivasyon olmak üzere farklı psikolojik etkenlere bağlı olarakta görülebilmektedir (Hamzadayı ve ark., 2018: 76).

Konuşmanın beklenenden farklı olarak anormal sorunlar ile ve çeşitli nedenlere bağlı olarak ortaya çıkması, konuşma bozukluklarına neden olabilmektedir. Diğer bir ifade ile konuşma bozuklukları, dil ve konuşma gelişimi üzerinden oluşan bozulma ve gecikme, akıcılık ve seste problemler ile artikülasyon (boğumlanma) güçlükleri kapsar niteliktedir. Konuşma kapsamındaki bu bozuklukları şiddetli veya hafif düzey olmak üzere çeşitli derecelerde görülebilirken sonradan edinilebilmekte veya gelişimsel olarak seyredilmektedir (Kalkan, 2013: 33).

Johnson (1955) tarafından yapılan tanımlamada konuşma bozukluğu, bireylerin

söylediğinden ziyade söyleme biçiminin dikkat çektiği bozukluk olarak ifade edilmektedir (akt. Karakaş, 2022). Gerek erişkin gerekse çocuk yaşlarda bireyleri etkileyen konuşma bozuklukları, bir harf veya sesin üretilmemesinden anlaşılmayacak düzeyde bir konuşmaya kadar değişebilmektedir (Karakaş, 2022). Klinik nörolojik tablonun görüldüğü vakaların birçoğunda konuşma bozuklukları görülebilmektedir. İlk belirti olarak görülebileceği gibi bazı durumlarda daha da kötüleşen bir sürecin belirtileri arasında yer alabilmektedir (Korkmaz, 2020a: 42).

Çocuklarda ve yetişkinlerde konuşma ve dil bozuklukları görülebilmektedir. Konuşma problemleri olan bireylerde rahatsız edici ya da kısık düzeyli sese sahip olma, konuşurken duraklama, sesleri tekrarlama görülebilmektedir. Konuşma bozuklukları ile ilgili olarak ASHA tarafından yapılan tanımlamada iletişim bozuklukları genel olarak dil ve konuşma bozuklukları olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır. Buna göre konuşma bozuklukları, dil ve konuşma gelişiminde gecikme ve bozukluklar, artikülasyon bozuklukları, akıcılık ve ses problemleri temelde bir birinden farklı fakat birbirleri ile etkileşim içerisinde sorunlardır (ASHA, 2022a).

## **1.2. Akıcı Konuşma ve Konuşma Akıcısızlığı**

Dil ve konuşma bozuklukları ile ilgili yaygın görülen problemlerden birisi akıcılık bozukluğudur. Akıcı konuşma bozukluğu kavramı, konuşma ritim ve hızının normalden farklı olması yanı sıra sözcük öbekleri, sözcük, hece ve seslerin tekrarlanmasına bağlı olarak konuşmadaki akıcılığın aksadığı bozukluk türüdür. Bu bozukluğun görüldüğü durumlarda çabalama ve aşırı kaygı gibi sorunlar yanı sıra sekonder davranışlar görülebilmektedir (Karakaş, 2022: 3). Akıcı konuşma bozuklukları arasında yer alan bir diğer sorun kekemeliktir (Brosch ve Pirsig, 2001; Perez ve Stoeckle, 2016).

Akıcı konuşma bozuklukları ile ilgili çocuklarda doğru tanı koymaya veya sevk etmeye dikkat etmek önemlidir. Çünkü kekemeliği olan çocuklar için konuşma terapisi ile erken müdahalenin kritik olduğu konusunda fikir birliği vardır. Çocuklar yanı sıra yetişkinler için kekemelik, sosyal kaygı ve düşük yaşam kalitesi dahil olmak üzere önemli psikososyal morbidite ile ilişkilendirilebilir. Farmakolojik tedavi son yıllarda dikkat çekmiştir, ancak klinik kanıtlar sınırlıdır. Çocuklar ve yetişkinler için tedavinin temel dayanağı konuşma terapisi olmaya devam etmektedir (Perez ve Stoeckle, 2016).

Konuşma akıcısızlığı; konuşma sırasında yaşanan normal veya anormal kesintileri içerir. İnsanlar konuşurken meydana gelen duraklamaları, tekrarları ve tereddütleri kapsar. Gitar (2013); her konuşmada kekemelik belirtisi olmadığı için bu tür durumlar için “normal akıcısızlığı” tabirini kullanmıştır. Benzer şekilde Shapiro (1999) konuşma akıcısızlığında kekemelik olmadığını, kekemeliğe benzer kekemelik yani kekemelik olduğunu belirtmiştir. Tomblin ve Morris (1994) çocuklar konuşurken akıcısızlığın normal olduğunu, yaşlarının ilerlemesiyle dil becerileri de geliştiğinde akıcı konuşabileceklerini aktarmışlardır.

### 1.3. Kekemeliğin Tanımlanması

Kekemelik, konuşmanın ritminin veya akıcılığının kesintiler ve engellemelerle bozulduğu bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Bloodstein ve Ratner, 2008: 381). Başka bir deyişle kekemelik tekrar, uzatma ve kesinti gibi özellikleri kapsayan ve bu sebeple konuşma akışını kesintiye uğratan konuşma bozukluğu şeklinde ifade edilmektedir (Guitar, 2006: 78). Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ölçütleri Başvuru El Kitabı (2013) kekemeliği; kişinin yaşı ve dil becerileri açısından uygun olmayan, zamanla geçmeyen, ses ya da hece yinelemeleri, ses uzatmaları, sesli ya da sessiz duraklama, dolambaçlı konuşma, sözcükleri büyük bir gerginlikle çıkartma, tek heceli tam sözcük yinelemeleri durumlarından birinin veya birden fazlasının sık sık ve belirgin bir biçimde ortaya çıkması ile belirli, konuşmanın olağan akıcılığında ve zamanlama örüntüsündeki bozukluklar” şeklinde tanımlamıştır.

Kekemelik iki kategoriye ayrılır:

1. Edinilmiş kekemelik, nedenlerine göre nörojenik ve psikojenik olarak iki başlıkta incelenir. Nörojenik kekemelik, genellikle yetişkinlikte ortaya çıkan ve serebrovasküler yaralanma, kafa travması, travmatik beyin hasarı, iskemik ataklar ve Parkinson hastalığı gibi nedenlerle ortaya çıkan bir akıcılık bozukluğudur. (Lundgren ve ark., 2010: 447). Psikojenik kekemelik, yetişkinlerde psikolojik travmanın neden olduğu aşırı stres ve kaygıdan kaynaklanır. Bu kekemelik sınıfında, kaygı ve stres nedenleri kendiliğinden ya da çeşitli psikoterapötik yöntemler ile ortadan kalktığında konuşma hızla tekrar akıcı hale gelir (Baumgartner ve Duffy, 1997: 75).

2.Gelişimsel kekemelik, genellikle okul öncesi dönemde başlayan ve yetişkinliğe kadar devam eden kekemeliğin en yaygın görülen kekemelik çeşididir. Gelişimsel kekemeliğin kesin nedeni bilinmemekle birlikte bilişsel, dilsel, motor, nörolojik ve çevresel faktörlerden etkilendiği düşünülmektedir (Ward, 2008: 68).

Öznel algılar kekemeliğin tanımlarında rol oynamaktadır. Kekemeliği doğru ve tam olarak tanımlamak için, tanımlayıcının hastalığın doğası hakkındaki varsayımlarını dikkate almak gerekir (Yairi ve ark., 2001: 585). Tichenor ve Yaruss (2019), kekemeliğin tanımlarının ve açıklamalarının kekemelerden değil dinleyicilerden geldiğine dikkat çekerek, kekeme olan yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada kekemeliğin bu durumu yaşayan yetişkinler için ne anlama geldiğini araştırmışlardır. Kekeleyen yetişkinlerin kekemeliği; Dinleyiciler tarafından algılanan konuşma akıcılığının ötesine geçen bir dizi deneyimdir. Tarihsel süreçte ortaya çıkan çeşitli tanımlar, kekemeliğin sadece bir konuşma bozukluğu olmadığını, aynı zamanda bozulmuş konuşma üretimi ile ilişkili duygu, davranış ve düşünceleri de içerdiğini göstermiştir.

Kekemeliğin özelliklerinden biri de kişinin propriyoseptif hissettiği ve bilişsel olarak farkında olduğu kekemelik anını beklemesidir (Uysal ve Yaşar, 2019: 32). İleriye dönük düşünme, sosyal açıdan riskli davranışların değerlendirilmesini, kontrol edilmesini ve planlanmasını sağladığı ifade edilen karmaşık bilişsel bir süreçtir (Cox ve ark., 2016: 28). Kekeleyen yetişkinlerden ve çocuklardan elde edilen verilere dayanarak, kekeleyen kişilerin kekemeliğin başlangıcını tahmin ettiği veya beklediği 1930'lardan beri bilinmektedir. Kekeleyen pek çok kişi, kekemelik davranışının fiziksel ve gözle görülür başlangıcından önce sözde bir bekleme durumu yaşar (Jackson ve diğerleri, 2015: 41). Konuşmacıların kekemelik öncesi yaşadıkları bu durum, onları kekemelikle yüzleşmek için farklı eylemler veya eylemsizlik stratejileri geliştirmeye zorlar. Konuşmacıların birçoğu, iyi hazırlanmış bir konuşma planı veya aracı olmadığında kontrolü kaybeder (Tichenor ve Yaruss, 2018: 1181).

Yıllar boyunca, bir kişinin kekemelik davranışıyla ilgili beklentilerin kekemeliğin ortaya çıkması üzerindeki etkisini gösteren çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Telaffuz bozuklukları, iletişim güçlükleri beklentisiyle ortaya çıkabilen örtük onarım mekanizmasının yanlış işlenmesinin bir sonucu olabilir (Brocklehurst ve ark., 2012: 148).

Kişilerde gelişebilen kekemelik beklentisinin ölçülmesi için bazı araçların geliştirildiği görülmektedir. Örneğin, Jackson ve ark. (2018) tarafından kekemelik beklentilerine bireyin vermiş olduğu tepkileri görebilmek adına “Kekemelik Beklenti Ölçeği”ni geliştirmişler. Kekemelere yönelik bu 25 maddelik kişisel bildirim aracı, kekemelerin kekemelik beklentilerine nasıl tepki verdiklerini açıklamalarına olanak tanır. Kekeleyen kişilerin beklentileri hakkında bilgi veren ve bu beklentiler sonucunda ortaya çıkan davranış ve tepkileri tespit eden bu araç, başlangıçta yetişkinler için tasarlanmış ve daha sonra yazarlar tarafından çocuklar ve gençler için uyarlanmıştır. Kekemelik beklentisi ile ilişkili yapılan çalışmalardan bir başkası da “Kekemelik Anı Beklenti Ölçeği”dir. Cholin ve ark. (2016) tarafından geliştirilen ölçek; Tourette sendromunun neden olduğu tiklerin başlamadan önceki beklentileri ölçen anketten uyarlanmıştır (Cholin ve ark. 2016: 41). Kekemelik ile Tourette Sendromunun arasında;

- (1) Başlangıç yaşı,
- (2) Cinsiyet oranı,
- (3) Konuşmanın motor kontrolü

Esnasındaki anormal dopamin salgılanımı bakımından benzerlikler olduğu ve her iki grupta bulunan insanlarda kekeleme veya tik anlarının başlamasından önce dürtüsel farkındalığın olduğunu bildirmişler (Uysal ve Yaşar, 2019: 33).

Bu ölçek, bir kişinin kekemeliğin başlamasından hemen önceki etkisine ve beklentilerine dikkat çekmektedir. Araştırmacılar, kekeme olan kişilerin, kontrol grubundaki insanlardan daha yüksek konuşma bozukluğu beklentilerinin olduğunu bulmuşlardır (Onslow, 2020: 49).

#### **1.4. Kekemelik Başlangıcı, Sıklık ve Yaygınlığı**

Kekemelik, her yaşta insanda yaygın olan, konuşmanın normal akıcılığını ve zaman kalıplarını etkileyen bir konuşma bozukluğudur (Perez ve Stoeckle, 2016; Sander ve Osborne, 2019). Konuşmanın normal akışında görülen ve anormal sıklık-uzunlukta duraklamaları bulunan akıcılık problemi olarak kabul edilmektedir. Duraklamaları sesleri uzatma, tekrarlama veya akıcı konuşma adına gerekli olan hava akışı veya seslemenin kesintiye uğraması olarak görülebilmektedir (Karsan, 2022).

Kekemeliğin beyin anatomisindeki, işleyişte ve genetik nedenlere bağlı olduğu düşünülen dopamin regülasyonundaki farklılıklarla ilişkilendirilmektedir (Perez ve Stoeckle, 2016). Kekemelik başka bireylerle konuşmaya engel olabilmekte, gerginlik ve olumsuz duyguların oluşmasını destekleyebilmektedir. Kekemeliği olan bireyler bu durumu etrafından saklama eğilimi görülebilmektedir. Düzeylerinde günden güne değişim söz konusu olmakla birlikte kekemelik, bazı durumlarda azalım gösterebilmekte ve heyecan yanı sıra stres gibi durumlar şiddetlendirici yönde kekemeliğe neden olabilmektedir (ASHA, 2022b).

Çocuklukta başlayan akıcı konuşma bozukluğu, çocukların %5 ila %10'unu yetişkinlerin ise %1'ini etkilemektedir. Kekemeliğin erken teşhisi, beyinde telafi edici değişiklikler meydana gelirken tedavinin başlayabilmesi ve hastanın sosyal kaygı geliştirme, sosyal becerilerde bozulma, uyumsuz telafi edici davranışlar ve iletişime karşı olumsuz tutumlar geliştirme olasılığını en aza indirmek için önemlidir (Yairi ve ark., 2013; Sander ve Osborne, 2019).

Normal akıcı bir konuşmadan birdenbire kekemeliğin görülmesi temkinliliğe, kekemelik özelliğindeki değişkenliğin meydana gelmesi ile de gizemli ve karmaşık görünüm ortaya çıkmaktadır (Guitar, 2019). Çocukluk döneminde başlamakla birlikte görüldüğü bireylerin birçoğunda yetişkinlik dönemine kadar devam etmektedir.

Kekemeliğin geleneksel olarak tanımı da bireyin konuşma anında meydana gelen kesintiler olarak ifade edilmektedir. Kekelemekte olan bireylerde ses uzatması veya bloklar ile hecelerin tekrarlanması basit biçimde görülebilen özellikler arasındadır. Fiziki özellikler yanı sıra ikincil davranışlar, kaçınma davranışları ile fiziki gerginlikler görülebilmektedir (Oral, 2022).

### **1.5. Kekemelik Nedenleri ve Kekemelik İlişkisi**

Önceki yıllardan günümüze nörolojik teoriler, nedensellik, çevresel ve öğrenme teorileri, genetik-kalıtım teorileri kekemeliğin nedenini araştırmıştır. Kekemelikte nedenin ne olduğu önceki yıllardan itibaren oldukça merak konusu olmuştur (Tetnowski ve ark., 2021). Kekemeliğin anlık bir şok ve duygusal stres anında ortaya çıktığı söylenebilir. Büyük bir köpek bir çocuğa saldırabilir, başka bir çocuk hareket halindeki bir arabadan düşebilir, bir başkası elektrik kesintisi sırasında asansörde mahsur kalabilir,

bir başkası ebeveynin dikkatinden kaçabilir, bir başkası açığa çıkabilir. Bu olaylardan sonra kekemeliğin oluşabileceği gözlemlenmiştir. Ancak bu durumların, temel sebep değil, başlatıcı faktörler olduğu ortadadır (Karakas, 2016: 4).

Kekemeliğin sebeplerinin çok faktörlü olduğuna ve gelişimine neden olan nörofizyolojik ve genetik faktörleri içerdiği belirtilmektedir (Smith ve Weber, 2017: 2483). Kekemelik riski, kekemeliğin gelişme veya devam etme riski anlamına geldiği durumlar olabilmektedir ve birçok çalışmada, kalıcı kekemeliğin başka nedensel faktörlerinin olduğu fikri desteklenmektedir (Howell ve Davis, 2011: 197). Çevresel faktörlerle konuşma beklentileri kekemeliğin şiddetini ve kekemelik hakkındaki kişinin düşüncelerini olumsuz etkileyebilmektedir. Kekemeliği, hassas yapı, kişisel tepkiler, özellikler ve duygular etkilemektedir. Genel fikir birliği, kekemeliğin erken çocukluk döneminde okul öncesinden önce başladığı yönündedir (Bloodstein ve Bernstein, 2008: 70). Kekemeliğin şiddeti ile başlangıcı arasında bir ilişki bulunamamıştır ancak kekemeliğin başlama yaşı dil ve konuşma süreci tarafından belirlenmekte ve erken gelişen çocuklarda kekemeliğin erken başlangıcı bildirilmiştir (Boey, 2012: 2).

Genetik yatkınlık, kekemeliğin ortaya çıkışında bilinen önemli faktörlerden biridir. Yaklaşık olarak %30-50 kekeme birey ailesinde kekemelik öyküsü bildirmiştir (Bloodstein ve Bernstein, 2008: 4). Çeşitli çalışmalar kekemeliğe genetik yatkınlığı destekler niteliktedir, ancak kekemelikte hangi iletim modellerinin, kromozom veya genlerin yer aldığına dair kesin sonuçlar çıkarılmamıştır. Ailelerde kekemeliğin başlamasıyla belirli genlerin ilişkisini inceleyen son araştırmalar, genetiğin erken kekemeliğin gelişiminde rol oynadığını göstermiştir (Kraft ve Yairi, 2011: 39).

Yairi ve Ambrose (2005: 251) yaptıkları çalışmada gelişimsel yetersizliği olan çocukların ailelerinde kekemelik öyküsü olduğunu ve kalıcı kekeme çocuklarda bu oranın %88'e kadar çıktığını bildirmektedir. Ailede kekemelik öyküsünün olması, kekemeliğin hem gelişimi hem de kalıcılığı için güçlü risk faktörü gibi görünür (Cavenagh ve ark. 2015: 162). İkizlerin üzerinde yapılan bir araştırma, kekemelikteki varyasyonun yaklaşık yüzde 70'inin genetiğe ve geri kalanının çevresel etkilere atfedilebileceği sonucuna varmıştır (Felsenfeld ve ark., 2000: 360).

Kekemelikte genel olarak nedeni tam anlamı ile ortaya konulamamıştır. Ancak

artan araştırmalar sonrasında kekemelik ile genetik arasında bağlantı olduğu desteklenmektedir (Prasse ve Kikano, 2008). Kekemeliğe yönelik ikiz katılımcılar ile gerçekleştirilen bir araştırmada kekemelik varyasının % 70 ile genetik kökenli geri kalanının ise çevresel etkilere bağlı olduğu belirtilmektedir (Felsenfeld ve ark., 2000). Bununla birlikte nörojenik, evre ve stres gibi nedenlerin kekemelikte rol oynadığı ifade edilmektedir (Smith ve Weber, 2017; ASHA, 2022b). Kekemelikte neden olarak görülen etkenler:

- Aile bireylerinde daha önce kekemelik görülen bireylerin olması,
- Beyinsel farklılıklar; kekeleyen bireylerde konuşma esnasında beyinde çalışma biçimindeki küçük farklılıklar kekemelikte rol oynayan faktörler olarak ifade edilmektedir (ASHA, 2022b).

### 1.6. Kekemeliğin zellikleri

Kekemelik temelde çok boyutlu ve karmaşık bir kavramdır. Bu, kekemeliğin dolaylı konuşmanın bilinmiş boyutlarından daha çoğunu olduğunu göstermektedir. Kekemeliğin doğası, literatürde ilk ortaya çıkışından beri bilinmektedir. Kekemeliğin her zaman kekemeliğin boyutları olan korku ve kaygı ile ilişkili olduğu söylenir. Kekeleyen bireyler fiziksel gerginlik, ikincil sosyal ve davranışsal geri çekilme gösterirler. Konuşma ve dil terapistlerinin de eşlik ettiği görülen bu davranışların her zaman araştırılması gerektiği belirtilmektedir. Kekemeliğin altı ana boyutu şu şekilde sunulmaktadır (Yairi ve Seery, 2015: 79; Antholz, 2019: 14-15);

1.Açıkça görülen konuşma zellikleri: Solunum, artikülasyon ve fonasyon düzeyinde normal akıcı konuşmanın bir kusurudur.

2.Eşlik eden fiziksel durumlar: Sadece baş ve boyun bölgesinde değil, aynı zamanda vücudun diğer bölgelerinde de yapılan yorucu vücut hareketleri, bariz kekemelik özellikleri ile ilişkilendirilir. Gergin vücut hareketlerinin her kekeme davranışta veya kekeleyen kişide görülmediğini belirtmek gerekir. Bu faaliyetlere “ikincil davranışlar” denir. Kekemelik tanımında aranmasa da kekemelik güçlüğü çeken kişilerde bulunabilir.

3.Fizyolojik aktivite: Cilt reaksiyonları, beyin dalgası aktivite, göz bebeği

tepkileriyle ilişkili bulunmuştur. Hepsi çıplak gözle tespit edilemese de özel tekniklerle tespit edilebilirler.

4.Duygusal özellikler: Çoğu durumda konuşmaktan kaçınmak gibi konuşmaya karşı güçlü duygusal tepkiler, kekeleyen insanlarda yaygındır. Duygusal boyutlar, özellikle konuşmadan kaçınma, atipik konuşmayı gölgeleyebilir. Kısaca kekemeliğin duygusal boyutlarının konuşma bozukluğundan önce geldiği görülmektedir. Bazı insanlar, konuşma korkusu ve konuşmaktan kaçınma gibi kekemeliğin etkilerini yaşayabilir.

5.Bilişsel süreçler: Kekemeliği tedavi eden konuşma terapistleri, kekeme kişinin ailesinin, sevdiklerinin veya diğer dinleyicilerin "düşündüklerinden daha hızlı konuştuklarını" fark ederler. Kekemelik konuşmasını planlamanın, hazırlamanın ve uygulamanın sağlıklı bir şekilde yapılamayacağına inanılmaktadır. Kekeleyen kişilerin probleminin anlatılma şekli de kas fonksiyonlarında zorluklar olduğunu doğrulayan ifadeler içermektedir.

6.Sosyal dinamikler: Konuşmanın amacı dinleyicilerle ve diğer insanlarla iletişim kurmaktır. Konuşmacıların çoğu, karşı tarafı düşündürmek ve etkilemek için söylediklerini takip etmektedir. Kekemelik durumunda hem konuşmacı hem de dinleyici iletişimdeki davranışlarını değiştirir. Dinleyicinin kekeleyen kişiyi dikkatli dinlemek için çabalaması ya da konuşmasını bitirmek istemesi iletişim sorunlarına neden olabilir. Bu değişiklikler, kekemelerin dinleyiciye daha yakından bakmasına ve dolaylı olarak kekemelikten korkmasına neden olur. Kekeme, konuşmasının sosyal rollerini nasıl etkilediğini ve insanların onun hakkında ne düşündüğünü sormaya devam ederse, iletişim bozulur. Bu aşamanın ardından kekeme kişinin topluma ait olmaya, konuşmaya, sohbet etmeye, telefona cevap vermeye, flört etmeye, yeni insanlarla tanışmaya veya kariyer fırsatlarına karşı negatif duygusal tepkiler verdiği görülür. Böylece tüm sosyal ortamlardan geri çekilmeye yol açan zorlayıcı süreç başlar.

Araştırmacıların bazılarına göre anne-baba tutumları gibi çevresel koşullar belirli şekillerde düzenlenebilirse, bir çocuğun yüksek riskli kekemelik dönemi kalıcı olmadan atlatılabilmektedirler. Araştırmalar, kişinin bireysel özelliklerinin yanı sıra ebeveyn ve aile etkileşimlerinin de kekemelikte önemli rol oynadığını göstermektedir (Guitar, 2006).

Kekeleyen bazı çocukların temkinli, mükemmeliyetçi, düzenli, endişeli, aşırı korumacı ve özellikle sağlıkları konusunda endişeli davrandıkları görülmüştür. Kekeleyen çocukların ebeveynlerinin kişilik özelliklerini değiştirmeyi öneren iyi bilinen müdahale yöntemleri vardır (Yaruss ve Coleman, 2006: 118).

Kekeme çocukların kaygısının nedeninin sadece kekemelik değil, aynı zamanda ebeveynlerin tutumu olabileceği araştırılmıştır. Araştırmalar kesin bir sonuç vermese de ebeveyn-çocuk ilişkisinin çocuğun özellikle kişilik gelişimini etkilediği bilinmekte ve tutumların çocuğun olaylara tepkilerini ve kendi gelişim sürecini etkileyebildiği bir gerçek kabul edilmektedir (Yaruss ve Coleman, 2006: 118). Kekeme çocuğu olan ailelerde hem anne hem de babaların kaygı düzeylerinin kekeme olmayan çocuğu olan ailelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu çalışma ebeveyn-çocuk ilişkisinin kekemelikte etkin olabileceğini iddia etmektedir. Bununla birlikte, bu sonuç literatürde tutarlı olarak çıkarılamaz. Bazı araştırmalar, kekeleyen çocukların ailelerinin belirli özellikleri paylaştığı sonucuna varırken, diğerleri kekeme olan ve kekeme olmayan çocukların ebeveynleri arasında hiçbir fark bulamamıştır (Yairi ve Seery, 2015; Tığrak, 2016: 25).

### **1.7. Kekemelikte Kişilik ve Davranış Özellikleri**

Kişilik, insanların yaşamları süresince sahip oldukları tüm davranış ve özelliklerin toplamı kabul edilmektedir. Söz konusu davranışların bir bölümü kişinin biyolojik yapısından, bir kısmı toplum tarafından kendisine dayatılan ve öğretilen davranışlardan, bir kısmı da kişinin psikolojisinden ve zihinsel yapısından kaynaklanmaktadır. Kekemelik durumdan duruma ve zamandan zamana değişiklik gösterdiğinden kekemeliğin psikolojik boyutunun araştırılmasına temel oluşturmaktadır. Kekeleyen kişiler yalnız kaldıklarında veya tanıdıkları kişilerle iletişim kurmayı istediklerinde kekemelikten çok az şikâyet ederler. Bütün bunlar, kekemelerin diğerlerine göre daha endişeli ve gergin oldukları için kekeme oldukları inancına yol açar (Tığrak, 2016: 15-16). Bu inanç, kekeleyen kişilerin kişilik özellikleri üzerine yapılan araştırmalarla da desteklenmektedir. Pek çok çalışma, kekeme olan kişilerin, kekeme olmayanlara nazaran olumsuz psikolojik boyutlarda yüksek puan aldığını bulmuştur (Treon ve ark., 2006: 271).

Son yirmi yılda bile, kekemelerin duygusal anlamda daha hassas oldukları yaygın

olarak kabul edilmiştir. Duygusal anlamda hassas mizaç, çeşitli durumlarda daha güçlü duygusal tepkiler verilebilir. Örneğin öfke, kontrolden çıkmış durumları ifade edebilmek için kullanılır. Kekemelik hipotezinin duyarlılığı ve duyarlılığı, dil ve motor problemlerle etkileşime girdiği düşünülen çok bileşenli anlayışın teorik çerçevesi tarafından kuşatılmıştır. Ayrıca bu kişilik özelliklerinin kronik kekemelik risklerini arttırdığı düşünülmektedir; çünkü hassas insanlar konuşma akıcılığının kesilmesine muhtemelen daha güçlü tepki verirler. Son araştırmalar, yetişkinlerde kekemelik ile kişilik bozuklukları, zihinsel bozukluklar ve yüksek düzeyde nevrotik davranış gibi belirli kişilik özellikleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir (Guitar, 2006: 89).

Çalışmaların çoğu, kekeleyen kişilerin psikolojilerine ve duygusal durumlarına bağlı bir şekilde belirli özelliklere sahip olduğunu bulmuştur. Bu her kekeleyen bireyde görülme de şiddetli kaygı, aşırı duyarlılık, kafa karışıklığı, korku eğilimi ve depresyon bireyleri kekeler. (Berry ve Eisenson, 2017: 45).

Kekemelikte duyguların önemli olduğu görülmektedir. Bu duygular korku, hayal kırıklığı ve düşmanlık gibi anlık tepkileri kapsamaktadır. Bu konuda yapılan araştırmalar kekemeliğin iletişim bozukluğu olması karşısında duygusal yönleri de olduğunu göstermektedir. Kekemeliğin doğal doğası, bir kişinin duygusal modelini bozabilir. Kekeleyen kişiler, konuşmalarının akıcı hale geldiği zamanı veya kekemeliğin ne zaman belirgin hale geldiğinden emin olamazlar. Bu güvensizlik duygusu, kekeleyen kişilerin kaygısını artırır. Ayrıca kekeleyen insanlar, özellikle de çocuklar hüsrana uğramış, utanmış ve kızgın hissedebilirler. Olumsuz bu duygular, kişinin kendi imajına da zarar verebilir. Kekemelik, yıllarca süren iletişim güçlükleri nedeniyle kaygı, stres ve çaresizlik gibi psikolojik reaksiyonlara neden olabilir. Benzer şekilde, kekeme olan kişilerin daha içe dönük oldukları ve özgüven sorunları yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu söylenir (Tığrak, 2016: 17).

Özellikle okul çağındaki çocuklar için; Duraklamalar, tekrarlar ve stresler aracılığıyla korku, kafa karışıklığı, çaresizlik ve suçluluk görülebilir. Bu duygular genellikle okul çağındaki çocuğun çevresinin beklenmedik tepkileri sonucunda ortaya çıkar. Bu reaksiyonlar sonucunda; okul çağındaki çocuklar, konuşmalarının akranlarından farklı olduğunu ve öz saygılarının akademik performanstan olumsuz etkilendiğini anlarlar (Guitar, 2013: 79). Kayıkcı ve Belgin (2010: 141); Böyle bir

durumun kekeme çocukların akademik performanslarını, gelecekteki iş ve sosyal yaşamlarını olumsuz etkilediğini bulmuşlardır. Bu fikir; kekeleyen kişilerin sosyal ve içe dönük ilişkilerinde daha az aktif olduklarını açıklar. Baydık ve Akçamate'nin (1999: 77) tarafından yapılan çalışmalarda, kekeleyen çocukların daha olumsuz sözel iletişim tutumları sergiledikleri bulunmuştur. Bunun sebebi, çevredeki arkadaşların ve diğer kişilerin olumsuz tutumu olabileceği gibi, olumsuz bir benlik görüşü ve düşük benlik saygısı olabilir.

### **1.8. Cinsiyetler ve Kekemelik**

Kekemelik ile ilgili nedeninin uzun yıllar araştırılmasına ek olarak cinsiyetlere göre farklılığı da merak konusu olmuştur. Cinsiyet ve kekemelik arasında etkileşim olup olmadığı incelendiğinde dağılımların eşit olmadıkları belirlenmiştir. Cinsiyet ile kekemelik arası etkileşim incelendiğinde erkek bireylerin kızlardan daha fazla kekemlikle karşılaştığı görülmektedir (Prasse ve Kikano, 2008; Walsh ve ark., 2018; BASHA, 2022b).

Kekeme olduğuna yönelik şüphesi bulunan erken dönem bireylerde, erkeklerin kızlara oranla daha fazla kekeme olduğu bilinmektedir. Kayıkçı ve Belgin (2010), Guitar ve Stuttering (2006) ve Walsh ile arkadaşlarının (2018) gerçekleştirdiği araştırmada paralel yönde bulgular olduğu ve kekemeliğin erkeklerde kızlara oranla daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Benzer sonuçların çeşitli araştırmalarda yer aldığı söz konusudur (Yairi ve ark., 2013; Prasse ve Kikano, 2008; Karakaş, 2022). Ayrıca kekeme olan bireylerde kekemeliğe yönelik tedavilere alınan olumlu yanıtların kızlarda erkeklere oranla daha fazla olduğu bilinmektedir (Prasse ve Kikano, 2008; Walsh ve ark., 2018). Erkek-kadın kekemelik oranı çocuklarda yaklaşık 2:1 ve yetişkinlerde 5:1 kadardır (Prasse ve Kikano, 2008).

Cinsiyet ile kekemelik arasındaki etkileşim farkının nedeninin açıklanması adına çeşitli araştırmalar gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen araştırmalara göre erkekler ve kızlar arasındaki kekemelik görülme farkı açıklanmaya çalışılmıştır. Buna göre;

- Kızlarda dil gelişimi, erkeklere oranla daha hızlı olması,
- Miyelinizasyonun kızlara oranla erkeklerde daha geç olması

gibi nedenlerin kekemeliğin cinsiyetlere göre farklı düzeyde görülmesinin ana kaynağı olduğu ifade edilmektedir (Yairi ve Seery, 2015; Karakaş, 2022). Ayrıca erkekler ve kızlardaki kekemelik farklılıklarının erken dönem ergenlik ile adlandırılan 11 ve 12 yaşlar olduğu ve bu dönemlerde kekemeliğin de cinsiyetlere göre farklılık gösterdiği belirtilmektedir (Karakaş, 2022)

## **1.9. Kekemelle İlişkilendirilen Psikososyal Faktörler**

### **1.9.1. Mizaç**

Mizaç, iletişimde rol oynayan kavramlar arasında yer almaktadır. Genel olarak mizaç, tipik olarak bireyin yapısal (biyolojik) temelli davranışsal eğilimleri olarak düşünülmektedir. Bu eğilimler genellikle duygusal tepkiselliği ve öz düzenlemeyi içermektedir (Jones ve ark., 2014). Mizaç, bireylerde yaşanan sosyal etkileşim ve deneyimler doğrultusunda gelişen duyarlılıklar ile doğuştan gelen özellikler şeklinde tanımlanmaktadır. Çocuklarda problemleri davranışlar ile mizaç arasında etkileşim olduğu literatürde yer alan bulgular arasındadır. Bununla birlikte okula uyum, okul başarısı, arkadaşlık seçimleri, sosyal beceriler, sosyal yeterlilikler, öz düzenleme ve öz yeterlilik kapasitelerinin mizaç ile değişiklik gösterebildiği anlaşılmaktadır (Sakarya ve Pekdoğan, 2020: 313). Öyle ki erken dönemde çocuklardaki mizaç özellikleri yaşamın ilerleyen yıllarındaki belirsizliklerle başa çıkmada zorluk riskinin göstergeleri olarak değerlendirilebilmektedir (Hawes ve ark., 2021).

Thomas ve Chess tarafından yapılan araştırma sonunda dokuz mizaç boyutunun olduğunu belirlenmişlerdir (Akt. Bellibaş ve ark., 2005: 15)

- Aktivite Düzeyi: Çocuğun hareketlerinde bulunan mevcut motor eleman. Günün etkin saatlerinin etkin olmayan saatlere oranı.
- Ritmiklik / Biyolojik Düzenlilik: Çocuğun herhangi bir faaliyetinin zaman içinde düzenliliği (açlık, uyku-uyanıklık, tuvalet alışkanlıklarının zaman içinde öngörülebilirliği)
- Yakınlaşma/Çekingenlik: Bir çocuğun başka bir uyarana veya yeni bir uyarana verdiği ilk tepki.
- Uyumluluk: Çocuğun çevresinde yaşanan değişikliklere uyum sağlama kolaylığı.
- Uyarılma Eşiği: Çocuktan tanınabilir bir yanıt elde etmek için gereken uyarın

yoğunluğunun düzeyi.

- Tepkilerin Yoğunluğu: Çocuğun tepkisinin enerji düzeyi veya gücü (olumlu veya olumsuz).
- Huyların Niteliği: Arkadaş canlısı, memnun ve mutlu davranış miktarının düşmanca, endişeli ve hoş olmayan davranış miktarının karşılaştırılması.
- Dikkat Dağınıklığı: Çevresel uyarının çocuğun dikkatini etkinlikten ne kadar kolay saptırdığı.
- Dikkat Süresi ve Devamlılık: Çocuğun belirli bir alanla meşgul olduğu süre, dikkatin bu göreve seçici olarak dağıtılması. Süreklilik, dikkat dağıtıcı unsurlara rağmen çalışmaya devam edebilme yeteneğidir.

Mizaç temelde iki alt boyutta incelenir (Kocabıyık ve Duray, 2021: 115). Bunlar; doğuştan gelen, değişmez/ karakteristik özellikler/ ruhsal boyut ve değişken/duruma göre değişebilen, duygusal reaktivite ile duygusal regülasyonu da içine alan yapılar olarak tanımlanmaktadır. Kişilik özellikli mizaç, biyolojik temelli ve davranışlarla ilgilidir. Farklı durum veya olaylarda değişmez ve üzerinden zaman da geçse stabilitesini korur (Rothbart ve Jones, 1998: 479). Bu tür mizaç, yeni durumlara veya insanlara uyum sağlama, ketleyici kontrol, dikkat düzeyi ve iyi bir ruh hali gibi durumları tanımlar. Durum veya durumsal mizaca göre; duygusal reaktivite ve duygusal düzenleme sürecini içeren bir mizaç çeşididir. Duygusal tepkisellik, merkezi, otonomik, endokrin sistemin çevresel uyarılara tepkisini ve bireyin bu uyarılara davranışını içerir. Duygu düzenleme; duygusal tepkiler, bu tepkilerin yoğunluğunun düzenlenmesi ve dış ve iç uyarılara duygusal tepkilerin değiştirilmesi ve değerlendirilmesi olarak ifade edilmektedir (Thompson, 1994: 26).

Kekemelik ve kekemeliğin gelişimi ile ilgili olarak uzun yıllar etki unsurları arasında mizaç kavramının (duygusal tepkisellik, öz-düzenleme vb.) seyri ile de ilgili olduğu düşünülmüştür. Ancak bu ilişkinin yönü hala bilinmemektedir (Koenraads ve ark., 2021). Buna bağlı olarak uzun yıllar mizaca yönelik araştırmalar önemini korumuştur. Mizaç ile ilgili literatürde çeşitli yaklaşımlar olmakla birlikte erken dönem çocuklukta kekemeliğe yönelik çalışmalarda genel olarak Thomas ve Chess (1977) tarafından hazırlanan model benimsenmiştir. Bu modele göre çocuklarda mizaç, çocukların etraflarında bulunan talep, fırsat ya da beklentiler karşısında verilen tepkilerde görülen

bireysel farklılık şeklinde belirtilmektedir (Damar, 2022).

Kekemelik ile davranış güçlükleri ve mizaç arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada kekemelik ile artan içselleştirme davranışları ve duygusal tepkiselliğin kekemelikle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte kekemeliğin kalıcılığı ile ilgili olarak mizaç ve davranışlarının birbiri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. (Koenraads ve ark., 2021).

Schwenk ve ark. (2007: 129) bir laboratuvar çalışmasında kekeleyen normal gelişim gösteren çocukların ilgisiz seslere tepki sürelerini ölçmüşlerdir. Kekeleyen çocukların çevresel uyaranlara tepki sürelerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha kısa ve uyum sürelerinin daha uzun olduğunu saptamışlardır. Johnson ve ark. (2010: 3), kekemelik ve tipik gelişim gösteren çocukların, serbest oyundan önce mutlu bir mutsuz ve hediye bir hediye aldıkları yerlerde olumlu/olumsuz duyguları iletme becerilerini değerlendirmişlerdir. Hediye verme sırasında sözlü olmayan davranışları ve hediye almasının ardından müdahaleler kaydedilmiştir. Bu araştırma, istenmeyen oyuncakları aldıklarında kekeleyen çocukların, kekelemeyen çocuklara göre önemli derecede daha çok olumsuz duygu gösterdiklerini ve oyuncaklar aldıklarında olumlu duygular sergileme konusunda grupların arasında anlamlı fark olmadığını bulmuştur. Ntorou ve ark. (2013: 261) kekemeliği olan ve yaş ve cinsiyetle çelişen tipik gelişen çocukların gözlenen duygusal tepki tepkilerini nötr ve iki duygusal duruma kodlamış ve kekemeliği olan çocuklarda olumlu duygu düzenleme davranışlarının daha zayıf olduğunu bulmuştur.

### **1.9.2. Kaygı**

Önceki çağlardan itibaren kaygı veya diğer bir adı ile anksiyete, korku ile birlikte insanlıkta en önemli sorun olarak görülen kavramlar arasında olmuştur. Maslow ihtiyaçlar hiyerarşisinde görüleceği üzere güvenlik gereksinimi en temel gereksinimlerden olup bireylerin kendilerini güvende hissetme arzuları bulunmaktadır. Buna bağlı olarak birey kendisine yabancı olana ve bilinmeyene yönelik korku hisseder. Korku mevcuttaki “şu an” durumuna kaygı kavramı ise daha öncesine “beklenen” durumuna yönelim göstermektedir (Şahin, 2019). Diğer bir ifade ile kaygı, bireyin içerisinde bulunduğu o an ile gelecekte ne şekilde gerçekleşebileceği belirli olmayan

durumlara yönelik tedirgin ve endişe yaşama durumu olarak belirtilmektedir. Bu süreçte gerçekleşme ihtimali bulunmayan herhangi bir öznel durum ile ilişkili olarakta benzer durum söz konusu olabilmekte ve bireylerde tedirginliğe veya endişelere sebep olabilmektedir (Şahin, 2019; Menevşe ve Şeker, 2020; Budak ve ark., 2020). Birey kendisine acı veren durumları inkar etme, yok sayma, reddetme yanı sıra dışsal ve içsel teması kesme ile savunma mekanizmaları kurmaktadır. Bilinç altına itilan durumlar, bastırılarak çözülmeyen problemler bireyin olağan durumlara dahi endişe duyma, tedirgin ve kaygılı olmaya yönelmektedir (Şahin, 2019).

Bireylerde tehlike ile ilgili ne olduğu tam olarak bilinmemesi durumunda hissedilen duygu olan kaygı, genel olarak üç ögeyi içermektedir. Bu ögeler korkma ve dehşete düşme gibi belirtilerle ortaya çıkan bilişsel öge, kurtulma ve güçlü kaçma isteği olarak görülen davranışsal öge ve tende kızarma veya kalp atışındaki hızlanma gibi belirtilere bağlı fizyolojik öge olarak belirtilmektedir (Tosun ve ark., 2018). Kaygı durumlarında tehlike öznel ve gizli olup, mevcut durum ile orantısız tehlike, bireyin daha önce yaşamından kaynaklı olarak görülmektedir. Kaygı durumunda bireyler gösterdikleri tepki ve var olan durum arasında anlaşılmaz ve olağan dışı tutum sergileyebilmekte, kişiliğin korunması adına bilinçdışı savunma düzenekleri tercih edilebilmektedir (Şahin, 2019).

Kaygı, kekemeliğin en çok gözlemlenen ve kapsamlı bir şekilde incelenen psikolojik yandaşlarından biri olmuştur. Önceki yıllarda yapılan araştırmalar, kekeleyen kişilerde kaygının arttığına dair bulgular ortaya koymuştur. Ancak bulgular belirsiz ve tutarsız olarak süre gelmiştir. Kekemelik ve kaygı arasında sistematik ve açık biçimde bir ilişki tespit edilememesinde örneklemin küçüklüğü ve tek yönlü kaygı ölçüm nedenlerinin yer aldığı gibi çeşitli metodolojik sorunların yer aldığı ifade edilmiştir. Ancak son dönemlerde artan sayıda araştırma kekeleyen bireylerde kaygı sorunlarının da süre geldiği ve buna yönelik tedavi önerilerinin dikkate alınması gerektiği ortaya konmuştur (Iverach ve Rapee, 2014; Perez ve Stoeckle, 2016; Iverach ve ark., 2017; Lowe ve ark., 2021). Ayrıca kekemeliğe bağlı olarak bireylerde çeşitli sorunlarla kaygının da artış gösterebileceği belirtilmektedir (Sander ve Osborne, 2019).

Kekemelik ve kaygının arasındaki bağlantı, yıllar boyunca klinisyenler ve teorisyenler arasında çeşitli tartışmaların konusu olmuştur. Araştırmacılar, kekemeliğe bağlantılı olarak gözlemlenen yüksek kaygının nedensel faktör mü yoksa bozukluğa

verilen duygusal tepki mi olduğu sorusuna yanıt aramaktadır. Araştırmacıların bazıları kaygının kekemelikte temel neden olduğunu düşünmüşlerdir; diğerleri ise kaygıyı kekemeliğin başlangıcı, kalıcılığı ve şiddetine katkıda bulunan bir faktör olarak değerlendirilir (Vinacour ve Levin, 2004: 136).

Kaygı, sebepsiz yere ortaya çıkabilen psikolojik uyarılma, sinirlilik ve yüksek endişe ile karakterize zihinsel bozukluklardan biri olarak tanımlanır (Gerrig ve Zimbardo, 2012: 85). Spielberger kaygıyı sürekli ve durumluk olarak sınıflandırmıştır. Sürekli kaygıyı, belirli bir durumu tehdit olarak algılamının bir sonucu olarak ortaya çıkan duygusal bir tepki olarak tanımladı. Durumluk kaygı düzeyi, kişinin tehlikeyi ne kadar güçlü algıladığı ve algının ne denli kalıcı olduğuna bağlı olmaktadır. Öte yandan, sürekli kaygı, bir kişinin hayatını alışkanlık olarak stresli olarak görmesi veya bu şekilde rasyonelleştirmesidir. Sürekli kaygı yaşayan insanlar, nesnel olarak ne tehlikeli ne de stresli olmayan durumları tehdit gibi algılayabilirler (Özusta, 1995: 33).

Kekemelik tanısı alan çocuklarda kaygı düzeyi konusunda fikir birliği olmamasına rağmen, genellikle kekeme çocuklarda sosyal kaygının belirleyicilerinden birinin kaygı bozukluğu olduğu düşünölmektedir (Berry ve Eisenson, 2017: 78; Craig ve Tran, 2014: 36). Bu durum; kekeleyen çocukların konuşma üretiminde korku ve kafa karışıklığı gibi bazı sorunlardan kaynaklandığı düşünölmektedir. Genellikle okul çağındaki çocuklar için; tekrarlar ve esnemeler söz konusu olduğunda korku, kafa karışıklığı, çaresizlik ve suçluluk yaygındır (Guitar 2013: 85).

Kekeleyen yetişkinlerin popölyasyonuna bakıldığında, araştırmalar sosyal kaygının arttığına dair işaretler olduğunu gösteriyor. Özellikle son araştırmalar, kekeleyen yetişkinlerdeki kaygıyı değerlendirmek için psikiyatrik teşhis görüşmelerini kullanmış ve klinik olarak belirgin kekemeliği olan çok sayıda yetişkinin sosyal fobi için tanı kriterlerini karşıladığını bildirmiştir (Menzies ve ark., 1999). Örneğin, Iverach ve diğerleri (2009) tarafından yapılan bir çalışmada, çalışma grubu kekemelik için tedavi arayan 92 yetişkin ve bir kontrol grubu iğerdiğinde, sosyal fobi dahil anksiyete bozukluklarının prevalansı yetişkinlerde kekemeliği olmayan yetişkinlere göre daha yüksekti.

Literatürde kekeme olan bireylerin kaygı düzeylerinde kekeme olmayan kişilere

göre çok fazla fark olmadığını gösteren araştırmalar da mevcuttur. Örneğin, Craig ve ark. 2003'te yaptıkları bir çalışmadan bahsedilebilir. Kekemelik ve anksiyete arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmanın terapi arayan veya terapi merkezlerine başvuran kekemelerle yapıldığını iddia eden bu çalışmada, bu durumun çalışmanın sonuçlarını etkilediği ve terapi aramak doğal olarak daha fazla kaygıya sahiptir, örneklem rastgele seçilmiştir. Kekeme olmayan bir kontrol grubunun yerine genel sosyal kaygı düzeylerini gösteren normlar kullanıldı. Çalışma sonucunda kekeme olan kişilerin kaygı düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ancak aradaki farkın çok büyük olmadığı tespit edilmiştir. Craig ve diğerleri (2003), bu farkın, katılımcıların hem kekemelik için terapi arayanları hem de kekemelik şiddeti yüksek olanları içermesinden kaynaklandığını öne sürdüler. Tedavi aramayan kekemelerin kaygı düzeyi, genel kaygı seviyelerinden farklı görülmemektedir. Terapi aramayan kişilerin kekemelikleri nedeniyle kaygı yaşamadıkları gösterilmiştir.

Kekemelik ve iş deneyimleri üzerine yapılan araştırmalar, birçok kekeme kişinin işyerini zor bir ortam olarak tanımladığını ortaya koymaktadır (Klein ve Hood, 2004: 255). Crichton (2002: 333) kekeleyen kişilerle ilgili araştırmayı gözden geçirdiğinde, katılımcılar kekemeliğin iş, eğitim ve mesleki güvenlerini önemli ölçüde sınırladığını bildirdi. Benzer şekilde, Bricker ve ark. (2013: 342) insanların iş yerindeki kekemelik deneyimlerini inceledikleri bir çalışmada, kekeme olan kişilerin kendilerini damgaladıkları ve bunun sonucunda iş yerinde kendilerine olan güvenlerinin ve benlik saygılarının etkilendiği sonucuna varmışlardır. Katılımcıların çoğu, gün içinde akıcı olarak konuştuklarında iyi bir gün geçirdiklerini, ancak çok sık konuştuklarında daha kötü bir iş günü geçirdiklerini bildirmiştir.

### **1.9.3. Akran İlişkisi ve Sorunları**

Birey mutlu olduğu anlar veya sorun yaşadığı anlarda içerisinde bulunduğu toplumdaki çevresini oluşturan ailesi, öğretmeni ve arkadaşlarının desteğine gerek duymaktadır. Arkadaşlık literatürde genel olarak karşılıklı yardım, sosyal-duygusal gereksinimleri karşılayan, sevgi içeren ve gönüllü olan informal bireysel ilişki şeklinde ifade edilmektedir (Atasoy ve Doğu, 2017). Ancak akran kavramı genellikle aynı ya gruplarında benzer değer, geçmiş, sosyal bağlam, yaşantı ve yaşam biçimine sahip

bireylere denilmektedir. Öğrencilik dönemi başta olmak üzere bu kavram bireyin aynı cinsiyette, aynı yaşta, aynı okulda veya sınıfta olan gibi kendisine benzeyen bireylerle arkadaş olmasını tercih etmektedir. Akranın varlığı ve ilişkileri bireylerde kendisini daha güvende ve daha rahat hissetmesini sağlamaktadır (Demirbilek, 2012; Çalışkan ve Çınar, 2012; Ateş, 2012; Atasoy ve Doğu, 2017).

Akran ilişkileri bireylerin yaşamında her dönem görülmektedir. Akran ilişkilerinde akran ile yardımlaşma, akran destekli öğrenme, akran danışmanlığı gibi birçok kavram akran desteği temelinde daha fazla önem kazanmaktadır (Atasoy ve Doğu, 2017). Çocukluk ve ergenlik dönemi dikkate alındığında bireylerin çevresinde bulunan diğer bireyler ile çocukluk dönemlerinden itibaren çok farklı biçimde yeni ilişkiler kurmaya eğilim göstermektedir. Bu yönelimde en etkili ve özel olan ise akranlar ile kurulan ilişkilerdir. Akranlar ile kurulan ilişkiler ayrıca bireylerin gelişim (çocukluk, ergenlik) döneminde karşı karşıya kalabileceği problemler ile mücadelesinde ve yetişkin dönemine hazırlığında önemli geçiş noktasıdır (Talu ve Gümüş, 2020).

Bireylerin akranları ile ilişkilerinde bireylere yarar sağlayan birden fazla etkisi (sosyalleşme, yardımlaşma vb.) olması karşısında çeşitli olumsuzluklar da söz konusudur (Talu ve Gümüş, 2020). Diğer bir ifade ile bireylerdeki kişisel gereksinimlerin farklılaşması, sosyal yaşamın tüm alanlarında ortaya çıkan değişim ve gelişim bireyler arasında çatışmanın yaşanmasına neden olabilmektedir. Çatışmalara bağlı olarak bireylerin birbirine uygulayacağı sorunlar zorbalığa dönüşebilmektedir (Polat ve Sohbet, 2019). Yapılan bir araştırmada çocukların %20'sinin akran ilişkilerindeki sorunlara bağlı olarak zorbalığa maruz kaldığı ortaya konmuştur (Stephens ve ark., 2018). Çocukluk döneminde bireyler arasında zorbalık yaygın görülebilmekte ve çocukluk yanı sıra ergenlik döneminde fiziksel, zihinsel, sağlık, sosyal ve eğitim sonuçlarının bozulma riskini artıran önemli bir halk sağlığı sorunudur (Stephens ve ark., 2018; Armigate, 2020). Akran ilişkilerinde sorunlar ve özellikle zorbalık düzeyindeki davranışlar öğrencilerde akademik başarıları ve bireysel gelişimlerini olumsuz yönde etkilemektedir (Yıldırım, 2012).

Kekemeliğin görüldüğü çocuklarda akran ilişkilerinde sorunlar yanı sıra zorbalığa uğrama gibi problemler görülebilmektedir. Kekemeliği olan çocukların kekemeliği tanımlarken zorbalık kavramı ile eş anlamda görmesi bile söz konusudur (Gordon ve ark.,

2010). Kekeme olarak tanımlanan çocuklara yöneltilen çeşitli olumsuzluklar beraberinde meydana gelebilmektedir. Buna göre kekeme olan çocuklar yalıtılmış, güvensiz, endişeli, gergin, çekimser, korkulu, iddiasız, temkinli ve iletişim kurma ihtimalleri düşük gibi çeşitli olumsuz davranışlar zorbalık mağdurlarını ifade eden özellikler arasında yer almaktadır. Küçük yaştaki çocuklarda konuşma akıcılığında farkındalık olabildiği gibi kekemelik algıları olumsuz yönde seyredebilmektedir (Damar, 2022).

Çocukların akranları tarafından maruz kalacağı zorbalık, kekemelik davranışını şiddetlendirebilir, olumsuz duyguları ve olumsuz düşünceleri artırabilir ve terapinin ilerlemesini azaltabilir (Murphy ve Robert, 2002). Kekemeliği bulunan çocukların akranlarınca içine kapanık ya da utangaç olarak görülmesi diğer akranlar tarafından sosyal ilişkilere kabullerini de güçleştirebilir. Kekemeliği olan çocukların konuşma sırasındaki davranışları (tonlama, mimik, heceleme vs.) taklit edilebildiği gibi lakap takmaya kadar ilerleyebilmektedir. Bu davranışlar ile kekemeliği olan çocuklar akranlar arasında ilişkilerinin bozulması veya dışlanma davranışları ile karşılaşabilmektedir. Konuşması akıcı olan akranlar kekemeliği olan akranlarına göre baskın, reddetme ve daha fazla popüler olma ve zorbalığa başvurma davranışlarına yönelebilmektedir (Gordon ve Ingrid, 2016; Damar, 2022).

Çocuklar yanı sıra yetişkinlerde de kekemelik akran ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Kekemeliği olan 200'den fazla yetişkin üzerinde yapılan bir araştırma, katılımcıların yüzde 70'inden fazlasının kekemeliğin işe alınma veya terfi şanslarını olumsuz etkilediğine inandığını, yüzde 33'ten fazlasının kekemeliğin iş performansını engellediğini düşündüğünü ve yüzde 20'sinin bir işi veya işi reddettiğini belirlemiştir. Bununla birlikte kekemelik nedeniyle terfinin de güçleştiği, böylece kekemelik durumundaki kişilerde öz saygıyı, öz imajı ve akademik ve mesleki ilişkileri etkileyen duyguların da olumsuz yönde seyrettiği ifade edilmektedir (Prasse ve Kikano, 2008).

## **1.10. Kekemeliğe Yönelik Kuramlar**

### **1.10.1. Öğrenme Kuramları**

Öğrenme teorileri, kekemeliği; konuşmayı öğrenme süreci içinde meydana gelen konuşma kesintileri ve duraksamalara dayandığını belirtmektedir (Karakaş, 2022: 7).

İlişkili risk faktörlerinin doğru bir şekilde tanımlanması, kekeme yetişkin ve çocuklara uygun şekilde yardım edilmesi için gereklidir. Ailede iletişimin yanlış olması ve çocuk üzerindeki psikolojik baskı kekemeliğe neden olabilir. Aynı zamanda, tüm bu faktörlerin birleşik etkisi, kekemeliğin şiddetinde bir artış veya azalma olarak görülebilir (Zebrowski ve Kelly, 2002: 56).

Ailelere ebeveyn-çocuk ilişkisinin önemi konusunda danışmanlık yapmak, iletişim kurma baskısından kaçınmak ve çocukların kekemelik problemlerini sabırla dinlemek, özellikle kekemelik problemi olan çocuklar için klinik uygulamada yardımcı olabilir (Yairi ve Seery, 2015: 47).

Bu kuramın kendi içerisinde üç farklı başlık altında incelendiği görülmektedir (Balıdede, 2021: 11-13):

#### Tanı kökenli (diagnosojenik) kuram

Johnson, ebeveynlerin çocukların normal dil öğreniminde yaşadıkları normal kesintileri kekemelik olarak algıladıklarını öne sürmüş ve kekemeliğin çocuğun ağzından değil, ebeveynlerin kulaklarından kaynaklandığını belirten teoriyi önermiştir. Bu tanımlama da ailede baskıcı, eleştirel, yardımcı veya kaygılı konuşma ortamı ve düzeltmelerin çocuğun farklı konuşması ile sonuçlandığı belirtilmektedir (Bloodstein ve Ratner, 2008: 45). Ailelerin yanlış tepkileri ve tutumlarının sonucunda çocuk konuşmasındaki farklılığı fark edip bu anları kaygıyla atlatmaya çalıştığında kekemelik ortaya çıkar. Kısacası bir çocuk anne babası yüzünden kekemelik yapmasa bile kekemelikten kaçınmak için yakalanacaktır. Ebeveynlerin yanlış davranış ve tutumları nedeniyle kendiliğinden geçebilen ve konuşma gelişimlerinin doğal bir aşaması olan kekemelik, kalıcı hale de gelebilmektedir görülmektedir (Balıdede, 2021: 12).

#### Yaklaşma-kaçınma karmaşası kuramı

Sheehan tarafından ortaya atılan bu teoride kekemelik, konuşma isteğiyle sessiz kalma arasındaki yaklaşma-kaçınma çatışması nedeniyle bu iki eğilimin eşit olarak ilerlemesi durumunda kendini konuşma akıcılığında gösteren bir sorun olarak değerlendirilmektedir (Bloodstein, 1995: 70). Teoriye göre, cana yakın bir kişi akıcı bir şekilde konuşurken, çekingen bir kişi sessiz kalmayı ve konuşmaktan kaçınmayı tercih eder. İki eğilimin arasında kararsız olan kişinin konuşması kekelemeye neden olur.

### Beklentiler kuramı

Bu teoriye göre kekemelik, bir kişinin sık sık rahatsız edilmekten kaçınma girişimi ile karakterize edilir. Kekeme olan kişiler, zor olarak tanımladıkları kelimelerle karşılaştıklarında kekelememeye çalışırlar ve kekemelik, konuşma güçlüğünü düşünmenin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Bu teorinin kanıtı, kekeme olan kişilerin konuşurken veya okurken hangi kelimelerin takılıp kalacağını tahmin edebilmeleri ve aynı metni tekrar okudukları zaman akıcılıklarını geliştirebilmeleridir (Pınarcık ve Sarı, 2013: 34).

Bloodstein'in (1970) ortaya koyduğu çabalama beklentisi teorisine göre konuşmanın gerektirdiği sıralı, karmaşık ve otomatik hareketler çocukların bazıları için oldukça zor olabilmekte ve fiziksel strese neden olabilmektedir (Aydın, 2015: 19). Çocuğun yaşadığı zorluklar ve hayal kırıklıkları konuşmada duraklamalara, tıkanıklıklara ve kekemelik davranışına neden olabilir, çocuk konuşmanın zor olduğu konusunda inanç geliştirmeye başladığında çocuk bu başarısız girişimleri dört gözle bekler ve bu beklenti konuşma kaslarında gerginlik yaratır. Buna göre, zor bir durumun çocuğun bu istenmeyen konuşma davranışının tekrarlanacağına inanmasına neden olduğunu ve bu inancın kekemeliği daha olası duruma getirdiğini belirtir. Klinik uygulamalarda bu kuruma göre aileler çocuklarını konuşmanın zorluğuna inanmamaları için desteklemeli ancak özgüven açısından desteklenmeye devam etmelidirler (Yairi ve Seery, 2015: 48).

### 1.10.2.Psikoanalitik Kuramlar

Psikoanalitik teorilerin temel önermesi, davranışın erken travma için bir tetikleyici olarak ortaya çıkabileceğidir. Bazı araştırmacılar, kekemeliği Freud'un psikoseksüel gelişim aşamalarına dayanarak açıklamaya çalıştılar. Örneğin, Coriat (1928) kekemeliği sözel olarak engellenemeyen bir aktivite olarak görse de bazı araştırmacılar kekemeliğin bilinçsiz çatışmaların bir belirtisi olarak ortaya çıktığı öne sürülmektedir (akt. Yairi ve Seery, 2015: 49).

Kekemeliğin bir fobi veya nevroz semptomu olduğunu belirten Freudcu teoriye dayanan bastırılmış ihtiyaçlar teorisi gibi psikolojik teoriler muhtemelen bilinçsiz ihtiyaç ve içsel çatışmaların sonucudur (Manning, 2010: 78). Bu fikri destekleyen teorisyenler, kekemeliğin görülebilen veya duyulabilen dışındaki faktörlerin bir belirtisi olduğunu

savunurlar. Çocukların erken çocukluk döneminde "çelişki (paradoks)" olarak adlandırılabilir derin duygusal güçlükleri, çocuk ile anne baba arasındaki erken süttten kesilme, erken tuvalet eğitimi ve aile baskısı kekemeliğin gelişmesine neden olabilir (Balıdede, 2021: 10).

Kekeme olan çocuklar ve yetişkinler, kaygı, sinirlilik, çekingenlik ve konuşmadan kaçınmanın olduğu bir konuşma ortamında psikolojik faktörlerin etkileriyle kekelemeye başlarlar (Pınarcık ve Sarı, 2013: 38). Kekeleyen kişiler ile akıcı konuşan kişiler arasında kişiliklerine ait özellikler açısından farklılıklar olup olmadığıyla ilgili literatürde tartışmalar vardır. Bazı araştırmalar kekemelerle akıcı konuşanlar arasında fark olmadığı iddia edilse de araştırmaların bazılarında kekeme çocukların utangaç, mutsuz, daha sessiz, daha endişeli, iletişim becerilerinin zayıf ve çekingen olduğunu öne sürüyor (Silverman, 2004: 134).

### **1.10.3. Çok Faktörlü Kuramlar**

Smith ve Kelly (1997) tarafından öne sürülen "çok faktörlü kuram" da kekemeliğin gelişimini etkileyen motor, duygusal ve dilsel unsurların karmaşık, doğrusal olmayan etkileşimlerinin çok faktörlü dinamik ilişki oluşturduğu; etkileşen faktörler konuşma-motor sisteminin işleyişini etkilediğinde kekemeliğin ortaya çıktığı ve bu faktörlerin kombinasyonu bireylerin arasında ve zamanla değişebileceğinden, kekemeliğin oluşumu, seyri ve şiddetinin değişkenlik gösterdiği vurgulanır. Buna karşında bu kuram kapsamında aşağıdaki modellerin incelendiği görülmektedir.

#### **1.10.3.1. Talepler ve Kapasiteler Modeli**

Shapiro ve ark. tarafından 1990'da dört kategorili bir talep-kapasite modeli oluşturduğu görülmektedir. Bu kategoriler; konuşmanın motor kontrolü, dil gelişimi, duygusal ve sosyal olgunlaşma ve bilişsel beceriler olarak sıralanmaktadır. Bir çocuğun bu kategorilerden herhangi birinde beklenen performansının, konuşma ile ilgili olarak çocuk üzerinde baskı oluşturduğuna ve sonunda kekemeliğe yol açabileceğine inanılmaktadır. Bu gereksinimlerden birinin üzerindeki baskı azaltılırsa çocuğun akıcı konuşacağına ve kekemelik şiddetinin azalacağına inanılır. Talep kapasitesi modeli, çocuğun konuşma beklentilerinin çocuğun dayanamayacağı bir baskı oluşturduğunu vurgular (Karakaş, 2022: 8).

Talepler ve kapasiteler modeli, her çocuğun benzersiz bir dizi beceriye ve bu becerilerden gelişen konuşma becerilerine sahip olduğunu öne sürer. Akıcılık, çocuğun yeteneği belirli bir konuşma durumunun konuşma taleplerini karşıladığı zaman ortaya çıktığı görülürken, talepler yeteneklerini aştığında görülmektedir (Manning, 2000: 317). Bu durumda, talep ve kapasite modeline göre, çocuğun sosyal çevresinin akıcılık talepleri çocuğun akıcı konuşma için bilişsel, dilsel, motor veya duygusal yeteneklerini aştığında kekemelik oluşmaktadır. Kapasiteler, çocuğun akıcı konuşmasını etkileyebilecek olan kalıtsal eğilimler, algılar ve güçlü yönlerken taleplerse çocuğun kendinin yüklediği olabildiği gibi dinleyenler tarafından da yüklenebilmektedir. Muhtemel talep örnekleri konuşma ve hızlı konuşma sürekliliği örnek olarak verilebilir. Çocuk olgunlaştıkça talepler yoğunlaşabilir ve değişebilir (Siegel, 2000: 321).

Çocuğun kendi istekleri, dil kullanımı, mükemmelliğe olan inancı gibi daha karmaşık yapılarda yer alırken, çevrenin yarattığı istekler çoğunlukla anne baba tarafından dile getirilmektedir. Bu talepler, ebeveyn sabırsızlığı ve müdahalesinde ifade edilir. Bu yaklaşıma göre çocuğun dil becerisinde inişler ve çıkışlar vardır. Taleplerin çocuğun kendi yeteneklerinden düşük olduğu zamanlarda konuşma akıcı hale gelirken, çocuğun yeteneklerinin onu aştığı durumlarda akıcılık oluşur. Bu teori, insanlar arasındaki farklılıkları ve insanların konuşmalarının günden güne nasıl değiştiğini açıklamak için bir görüş sunar (Guitar, 2006: 74).

### **1.10.3.2. İletişim ve Duygu Modeli**

Conture ve ark. (2006), kekemeliğin gelişimi konusunda kapsamlı bir model oluşturmak için önceden açıklanmış olan genetik kapasite ve çevresel taleplere mizaç ve duygusal bileşenleri eklemiştir (Tetnowski ve ark., 2021: 414). Bu modelde distal (çevre ve genetik) ve proksimal (konuşma-dil planı ve üretimi) katkıda bulunanlar, alevlendirici faktörler (duygusal tepkisellik, deneyim ve düzenleme) ve açık kekemelik davranışları bağlantılı incelenmiştir. Çocukların, konuşma dilinin planlanması ve üretimindeki eksiklikler nedeniyle kekeleyeceğini varsayıyorlar. Duygusal tepkisellik, bazı çocukların kekemelikleri devam ederse bu bozukluklara güçlü tepki vermelerine sebep olabilir. Akıcılıklarını ele almak, dil tasarımı ve uygulamasıyla doğrudan etkileşim kurabilir (Conture ve ark., 2006: 18).

### **1.10.3.3. İkili Yatkinlık Stresör Modeli**

Conture ve Walden (2012), duygusal kırılganlığın, çocukluk kekemeliğini etkileyebilmek için duygusal sıkıntıyı etkileyip etkilemediğini açıklamaya çalışmışlardır. Bu model, çocuğun ortamındaki yenilik veya değişiklik gibi değişen duygusal stres unsurlarının, çocuğun akıcı iletişimi başlatması veya sürdürmesi konusunda çabalarını yükleyebileceğini ve bunun da kekemeliğin sıklığını ve şiddetini etkileyebileceğini ve genelde yüksek duygusal tepkiselliğe yol açabileceğini öne sürülmektedir.

### **1.10.3.4. Bilişsel, Duygusal, Dilsel, Motor ve Sosyal Model**

Healey. (2004) tarafından geliştirilen modele göre çocuğun farkındalığının, fikirlerinin, anlayış ve algısının (bilişsel) yanında tutum ve duygularının da geçerli fonksiyonel düzeylerinin anlaşılması gerektiğini belirtmektedir. Bu faktörler bir mesajın ne denli iyi ifade edildiğini etkiler. Mesajın formüle edilmesinin ardından, çocuğun motor konuşma sistemi, belirli bir dinleyici veya gruba göre belli bir konuşma halinde mesajın akıcı veya kekeme (sosyal) olduğunu belirler. Başka bir deyişle, bir çocuğun farklı bilişsel, duyuşsal, dil, sosyal ve motor bileşenlerden bir veya daha fazlasındaki yeteneklerini yönetmedeki bozukluklar ve zorluklar kekemeliğe katkıda bulunabilir (Healey, 2004).

Bilişsel bileşen, bireyin düşüncelerini, kekemeliğe ilişkin farkındalığını, anlayışını ve algısını içerir. Kekemeliğin kökenini ve gelişimini açıklayan teoriler, kekemelik farkındalığının bir parçası gibi görünmektedir. Kekemelik farkındalığının çocuklarda çok genç yaşta ortaya çıktığı varsayılmış ve çalışılmıştır. Okul öncesi kekemeliği olan çocukların bazılarında dil becerilerinin farkında olduklarını gösteren araştırma bulguları vardır (Ambrose ve Yairi, 1994: 229).

Dil becerileri kekemelik araştırmalarının önemli bir parçasıdır. Hatta kekemeliğin yetersiz dil becerilerinden kaynaklandığı, bunun da cümle yapısında tekrarlanan değişikliklere ve cümlelerin yeniden kurulmasında istemsiz sıklık değişikliklerine neden olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle kekeme olan veya olmayan kişilerin dil becerilerinde farklılık olup olmaması önemli araştırma konularından biridir (Çetin, 2022: 12).

Kekemelik, konuşma akıcılığında azalma ile karakterize edilen bir konuşma

bozukluğu olarak değerlendirilmektedir. Çoğu uzman, kekemeliğin tekrarlar (hece veya kelime), uzatmalar ve kırık kelimelerle karakterize olduğu konusunda hemfikirdir (Scheurich ve diğerleri, 2019: 22). Kekemelikte gözle görülür şekilde gözlemlenen motor davranışlar, konuşma sırasında uzatmalar, duraklamalar, tekrarlar (heceler, kelimeler veya deyimler), ünlemler, kelime kırılmaları ve ketlemeleri içerir. Bazen akıcı konuşanlarda da benzer bozukluklar gözlemlenebilir. Gözlemlenen kekemeliğin şekli ve sıklığı bireyler arasında değişebilir. Kekemelik özelliğinin şekli de kişinin gerginliğine ve hızına bağlı olarak değişebilmektedir. Bir bireyin belirli bir konuşma bölümünde sergilediği kekemelik miktarı, kekemelik şiddeti olarak tanımlanır. Kekemeliğin şiddeti, kekemeliği olan insanları terapi aramaya iten ana faktörlerden biridir (Kraft ve ark., 2014: 83).

Konuşmak insanlar için sosyal bir olgu olduğu için kekemelikte sosyal bileşenlerin de rolünün bilinmesi önemlidir. Sosyal bileşenlerin kekemeliğe dahil edilmesi, sosyal değişkenlerin kekemeliğin gelişimi ve tedavisi üzerindeki etkisinin doğrulanmasıyla desteklenmiştir. Kekeleyen ilkokul öğrencileri akranlarını olumsuz algılamaktadır. Ayrıca araştırmalar kekeme olmayanlara göre arkadaşları tarafından reddedilme olasılıklarının daha yüksek olduğunu bulmuştur (Davis ve diğerleri, 2002: 941). Zorbalık da dikkate alınması gereken bir faktördür. Zorbalık, kekeme bir kişinin iş, okul ve sosyal yaşamını etkileyebilen bir durumu ifade eder. Zorbalık ve akran reddinin uzun vadeli etkileri olabilmekte ve depresyona ve okulu bırakmaya yol açabilmektedir. Kekeleyen ilkokul çocuklarının akranlarına göre zorbalığa uğrama olasılığı daha yüksektir (Langevin ve Hagler, 2004: 141).

#### **1.10.3.5. Multifaktöriyel Dinamik Yolaklar Modeli**

Smith ve Weber (2017) tarafından geliştirilen modele göre, Kekemeliğin akıcı konuşmayı sürdürmek için gereken motor komutları oluşturamamaktan kaynaklandığını iddia ediyor. Kararsız konuşma motoru ağlarıyla etkileşime girdiği görülen nöral sistemler, kollektif sisteme baskı yapar ve onu akıcılığa doğru iter. Bu baskının dilbilimsel veya psikososyal talepler arttığında ortaya çıktığını belirtir. Model, kekemeliğin seyrini belirleme konusunda motor, psikososyal ve dilsel faktörlerin heterojenliğini vurgular (Smith ve Weber, 2017: 2484).

#### **1.10.4. Psikolinguistik Kuramlar**

Postman ve Kolk'un (1993: 472) örtük onarım hipotezine göre, konuşma sırasında yapılan hataların kendi kendine düzeltilebilmesi, içsel bir izleme mekanizmasına işaret etmektedir. Bu mekanizma, konuşma akışının doğru olup olmadığını kontrol eder ve konuşmanın motor kısmından önce ses bileşenini ve kontrol programını içerir. Bu teoriye göre kekemelik ve normal bozukluklar bu iç kontrol mekanizmasından kaynaklanmaktadır. Konuşma üretiminden önce potansiyel bir fonetik planlama hatası tespit edildiğinde konuşma üretiminin durdurulması ve düzeltme işlemi, kekeme olanlarda ve kekeme olmayanlarda akıcılıkla sonuçlanır. Kekeleyen insanlardan farklı olarak konuşma programlama becerileri tamamen bozulur ve konuşmadan önce o programlamayı tekrar tekrar düzeltmeye çalışma ihtiyacı kekemeliğin birincil davranışının ortaya çıkmasına sebep olur (Guitar, 2006: 78). Klinik uygulamada, bu teori yavaşlamanın doğruluk ve hıza katkıda bulunduğuna inanmaktadır, çünkü kekemelik sorunu olan bireyin doğru konuşma sesini planlamak için daha fazla zamana ihtiyacı vardır, oysa çocuklarda fonolojik farkındalığı artırmak etkilidir (Yairi ve Seery, 2015: 97).

#### **1.10.5. Fizyolojik Kuramlar**

Genetik faktörlerin kekemeliğe dahil olabileceği artık yaygın olarak kabul edilmektedir (Yairi ve Ambrose, 2013: 67). Akut ikizlere kıyasla ikiz çalışmalarında birlikte kekemelik tanılarının yüksek olması, kekemeliğe ilişkili bazı gen mutasyonları ve aile çalışmalarında ailelerde kronik kekeme çocukların varlığı, genetik faktörler ile kekemelik arasındaki bağlantıyı desteklemektedir (Frigerio-Domingues ve Drayna, 2017: 97). Bunların dışında kekemeliğin hangi anormal beyin aktivitesi sonucunda ortaya çıktığına dair görüşler de mevcuttur. Genel olarak, araştırmalar akıcı ve kekeme bireylerin arasında işlevsel ve yapısal farklılıklar olduğunu bildirmiştir. Bu farklılıklar, sol hemisferdeki beyaz cevher hacminde azalma, organizasyonu ve miyelin liflerindeki anormalliği içerir; sağ yarıkürenin aşırı aktivitesinin ve kortikal merkezlerde azalmış gri maddenin göstergeleri olabilir (Yairi ve Seery, 2015: 98).

### 1.11. Kekemeliğe Yönelik Toplumsal Tutumlar

Kekemeliğe yönelik toplumsal tutumları aşağıdaki başlıklar altında özetlemek mümkündür:

**Ayrımcılık:** Ayrımcılık, kekemelik literatüründe öne çıkan kavramlardan biridir. Kekeleyen kişilere yönelik olumsuz davranış ve tutumlar, kekeme kişiler için daha az kabul edilebilir bir ortam oluşturmakta ve söz konusu durum onların sosyal katılımlarını olumsuz etkilemektedir (Lefort ve ark., 2021: 1086). Carter ve ark. (2019), kekeme olan kişilerin öz-yeterlik inançlarını araştırmayı amaçlamıştır. Çalışma, kekeleyen 29 kişiyle yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirdi. Araştırma bulgularından bazılarına bakıldığında, katılımcılar yeterli beceri ve bilgiye sahip olmalarına rağmen diğerlerinin görmezden gelinmesinin sıklıkla yaşanan adaletsizlikten bahsetmişlerdir. Çalışma, müfredat dışı faaliyetlerden, istihdam ayrımcılığından ve sözlü iletişime dayalı yargılamadan adaletsizlik örnekleri seçti.

**Etiketleme – damgalama:** Bu bozukluk, kekeleyen kişilerin sosyal etkileşimini, kimlik duygusunu ve istihdam olanaklarını etkiler. Kekemeliğin olumsuz etkilerinin genellikle bireylerin sosyal etkileşimlerinde kendisini gösterir. Kekeleyen kişiler sosyal hayatta olumsuz tepkiler, tutumlar ve damgalanma beklerler (Connery ve ark., 2020: 2233). Boyle (2018), kekeleyen insanların damgalanmasını ve damgalanmasını araştırdı. Araştırma sonuçları incelendiğinde bireylerin damgalanma ile yaşamları boyunca karşılaştıkları ancak çalışmadan önceki bir yılda damgalanma ile nadiren karşılaştıkları sonucuna ulaşılmıştır. Ek olarak, çoğu katılımcı damgalanmış hissettiklerini ve diğerlerinden olumsuz tutumlar beklediklerini ve endişelendiklerini bildirmiştir.

**Kalıp yargılar:** Uyarıcı tutumları bağlam ve zamanda devam etme eğilimi göstermektedir. Boyle ve ark. (2016), kekemeliğe ilişkili sosyal damgalamayı azaltabilmek için üç stratejiyi (temas, eğitim ve protesto) karşılaştırmıştır. Araştırmaya katılan 210 yetişkin, videoyu izlemeden önce ve sonra kalıpyargılar, olumsuz duygusal tepkiler, ayrımcı niyetler, sosyal mesafe ve belirli durumlarda kekeleyen kişiler hakkında anket doldurdu. Temas gruplarındaki (kekemelerin kişisel hikayelerini dinleyen) ve eğitim gruplarındaki (kekemeliğe ilgili klişeleri gerçeklerle değiştiren) katılımcıların, videoyu izlemenin bir sonucu olarak kekeleyen kişilere karşı tutumlarında kontrol

grubuna kıyasla önemli ölçüde daha olumlu değişiklikler olduğu ortaya çıkmıştır. Gabel ve ark. (2004), kekeme olan kişilerin meslek seçimi ilgili bir çalışmada, akıcı ve akıcı olmayan öğrencilerin uygun kariyer seçimleri konusundaki algıları araştırılmıştır. Araştırma sonuçları gruplar arasında karşılaştırıldığında kekemeliğin uygun meslek seçimini olumsuz yönde etkilediği ortaya çıkmıştır. Sonuçlar ışığında kekemeliğin kariyer seçimini sınırladığı sonucuna varılmıştır.

Ayrıca kekeleyen kişiler, başkalarının kendi konuşmalarıyla ilgili ne düşündüğü konusunda endişelenirler, kelime değiştirme ve ekleme gibi kaçınma stratejilerini daha sık kullanırlar, kekemeliğin eksiklik olarak görüldüğünü düşündüklerinden konuşma dışındaki işlerde mükemmel olmaya çalışırlar. Kekemeliğin bir eksiklik olarak görüldüğünü düşündükleri için konuşma dışındaki işlerde mükemmel olmaya çalışırlar. “Normal değil” olarak etiketlenmekten korkarlar, iş potansiyellerinin farkında olmadıklarından korkarlar, kekemeliğin profesyonelliğe engel olduğuna inanırlar, özgüvenleri düşüktür, konuşma performansları yüzünden hüsrana uğrayabilirler, duygularını ifade edemezler. Mesleki ilerleme ile sınırlı bir seviyeye ulaşabileceklerinden endişe duyuyorlar, daha fazla sözlü iletişim kurarak daha yüksek bir statüye sahip oluyorlar (Bricker ve ark., 2013: 350).

### **1.12. Kekemelik Müdahaleleri**

Çocukların kendiliğinden gelişen isteklerine bağlı bir şekilde, çocukların deneyimleri arttıkça paylaştıkları fikirler de gelişir ve daha karmaşık hale gelir. Düşüncelerin karmaşıklığı, çocukların sözcük dağarcığını geliştirmesini ve kendilerini daha karmaşık sözcüklerle ifade etmesini gerektirir. Dil becerilerinin geliştirilmesi aynı zamanda çocuğa, çocuktan uzun bir ses aralığını kolaylıkla elde etme sorumluluğunu da yükler. Çocukların dil becerileri geliştikçe akrabaları ve arkadaşları daha karmaşık cümlelerle iletişim kurarlar. Sonuç olarak, çocuklar dillerini ve konuşmalarını seviyelerine getirmek zorundadır. Öte yandan çevrenin talepleri çocuğun sosyal ilişkilerinin gelişmesi, derslere katılımı ve ek sorular şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca toplum onun düşüncelerini ifade etmesi için daha hızlı, daha akıcı ve daha akıcı ve daha uzun cümlelerle konuşmasını ister (Deniz, 2017: 27).

Bazı insanlar yalnızken ya da akrabalarıyla konuşurken k: ekelemezler ama

yabancılara konuştuklarında konuşma yetilerini kaybederler. Bazı insanların konuşurken kekeleyiği ancak şarkı söylerken veya okurken kekeleymediği fark edilir. Kekemelik kişiden kişiye değişir (MEB, 2013).

Konuşma bozukluklarının tedavisinde tutum terapisi, gevşeme ve gevşeme yöntemleri, ortam hazırlığı, fed back, ritim kontrolü, özgüven ve toplumla basit temas gibi yöntemler kullanılmaktadır. Kekemelik tedavisinde uzmanlar tarafından kullanılan konuşma terapisi yöntemlerinin iyileşme için en etkili tedavi yöntemi olduğu tespit edilmiştir. Davranışçı terapistler, fiziksel bir eksiklik olmadığında kekemeliği öğrenilmiş bir hareket olarak ele alır ve davranışsal teknikler kullanarak tedavi uygularlar. İlaçlar tavsiye edilmez. Psikoterapi, düşük benlik saygısı veya içine kapanık tutumlar gibi psikolojik sorunlar mevcut olduğunda yardımcı olur. Bu gibi durumlarda onları ailelerinde eğitmek gerekir (Ünalın, 2000).

Yapılan değerlendirmeler sonucunda normal akıcılıkla kekemelik arasında ayırıcı tanı yapılır ve tedavi ihtiyacı belirlenir. Çocuğun akıcılığı normal ise, çocuğun konuşmasını artırmayacak şekilde velilere bildirilerek bekleme süresi belirlenmekte ve düzenli takip önerilmektedir. Müdahale olmaksızın iyileşme olup olmadığını görebilmek için bekleme süresinin 6 aydan 1-2 yıla, bazen 3 yıla kadar değişebileceği söylenmektedir (Langevin ve ark., 2009: 265). Ancak bekleme süresi boyunca hem ebeveyn hem de çocuk için tüm farkındalık önlemleri alınmalıdır. Eğer çocuk kekemeliğinin farkındaysa, ebeveynler endişeleri nedeniyle tepkilerini ve tutumlarını değiştiriyorsa veya çocuğun kekemeliği akran zorbalığı gibi sosyal sonuçlara yol açıyorsa, normal bozukluktan kurtulma oranı düşer ve doğrudan müdahale edilir (Langevin ve ark., 2010: 408).

Terapiye kabul edilmeyen bir çocuk olması durumunda, ebeveynlere bu durumun geçeceği ve verilen tavsiyelere uymaları ve kaygı düzeylerini azaltmaları gerektiği anlatılmalıdır. Çocuğun konuşmasına baskı yapmaz, ifadesini düzeltmez, zaman baskısı dışında konuşma fırsatı verir, konuşurken sabırla dinler, normdan sapar ve konuşmanın akıcılığı konusunda farkındalık yaratır, çocuğun dikkatini konuşmasına çeker. Ebeveynler, nasıl eklenmeyecekleri konusunda önerilerde bulunarak çocuğun tepkisi ve tutumu hakkında doğrudan geri bildirimde bulunurlar (Pınarcık, 2013: 29).

Kekemelik uygulamaları yaşa göre değişir. Kekemeliğin semptomlarını ortadan

kaldırmak veya azaltmak için birçok farklı müdahale yöntemi geliştirilmiş ve uygulanmıştır. Bunlardan konuşma şeklini değiştirerek akıcılığı artırmaya çalışanlar hem konuşmanın doğallığını azaltmak hem de zamanla akıcılığının etkisini kaybetmesi açısından istenilen sonuçları vermezler (Yaruss ve ark., 2002: 116).

Okul öncesi dönemde yaygın olarak kullanılsa da Fun With Fluency gibi doğrudan çocuğun dil becerilerini artırmaya dayalı yaklaşımlar vardır. Bu yaklaşım, doğrudan konuşmayı içeren akıcılık stratejilerini kullanarak 2,5 ila 7 yaş arası çocukların dil becerilerini basitten karmaşığa kademeli olarak artırmayı amaçlamaktadır (Walton ve Wallace, 1998: 105). Buna karşın okul öncesi çağındaki çocukların bilinçlerini yükseltmeyi amaçlamayan terapistlere, ortamı düzenlemeleri ve ebeveyn yönlendirmeli bakım sağlamaları önerilir. Literatür taramasında buraya kadar anlatılanlardan yola çıkarak, bu konuşma bozukluğunun hem okul öncesi dönem kekemeliği olan çocukları hem de ebeveynlerini eşit veya daha fazla etkilediği açıktır. Süreçten etkilenen ebeveynlerin çocukların kekemeliğine tepkileri ve tutumları değişmektedir. Bunun neticesinde çocuğun dil becerileri bozulmaktadır. Diğer bir deyişle, okul öncesi dönem çocuklarına sahip ebeveynlerin tepkileri ve tutumları, çocukların başlangıç, gelişim ve ilerleme süreçlerindeki akıcılığını etkileyebilmektedir. Bu nedenle, ebeveynlerin bu çocukların değerlendirme ve terapötik süreçlerine dahil olmaları gerekir. Ebeveyn tepkileri ve tutumları tanınmalı ve açığa çıkarılmalı ve uygun önlemler alınmalıdır. İlerleyen bölümlerde ebeveynlerin tepkileri ve tutumları daha detaylı anlatılmakta ve kekemelikli çocuğa sahip ebeveynler için önemi vurgulanmaktadır (Balıdede, 2021: 21).

Temelde kekemeliğin neden olduğu olumsuz duygulanımı ve kaçınma davranışını azaltmayı ve konuşma durumuna bağlı kaygıyı gidermeyi amaçlayan kekemelik kontrol yöntemlerinin kekemelik semptomları üzerinde kısa vadeli bir etkiye sahip olabileceği, ancak uzun vadeli bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Sağlık sektörünün klinik faaliyetlerinde kanıta dayalı uygulamaların kullanımının elzem hale geldiği bilinmektedir. Kanıta dayalı uygulama kavramı, birlikte çalışılan vaka popülasyonunda etkin olduğuyla ilgili bilimsel kanıt olmadan müdahaleler uygulanma yönündeki etik gerekliliği içerir (Bernstein, 2006: 257).

Yetişkinliği olan bireylerdeki kanıta dayalı uygulamalara bakıldığında birkaç önemli nokta göze çarpmaktadır.

1.Konuşmayı yeniden yapılandırma yaklaşımlarının, çengelleme davranışını azaltmak için en etkin yöntemler olduğu gösterilmiştir, ancak çoğu zaman elde edilen sonuçları koruyamaz (%50-57 aralığında azalmış akıcılık) (Brignell ve ark. 2020: 75).

2.Bilişsel davranışçı terapi ve konuşma yapılandırılmalı psikolojik müdahaleler içeren yöntemler, tek başına yapılandırmayla karşılaştırılabilir sonuçlar gösterir, ancak istenmeyen düşünceleri, kaçınma davranışlarını, sosyal fobiyi, korku ve olumsuz yargıları azaltır (Belyk ve ark., 2015: 15).

Sonuç olarak, yetişkinler için kekemelik müdahaleleri kekemelikte bir miktar azalma sağlasa da, bu sonuçlar genelde kalıcı değildir. Kekeleyen kişilerin yaşam kalitelerini yükseltmeye ve kekemelik ile ilgili duygu ve düşüncelerin işleyişini iyileştirmeye yönelik müdahaleler etkin olsa da bu durum akıcılıkla doğrudan ilişkili değildir. Bu şartlarda yeni, etkin ve daha sürdürülebilir kekemelik müdahale araçlarına gereksinim duyulur.

Konuşma sağaltımında kekemelik için dört temel amacın olduğu görülmektedir (Karakaş, 2016: 29):

1. Kişinin genel özgüvenini ve moralini düzeltir,
- 2.Durumsal ve sesli kaygıyı azaltın,
- 3.Kekemeliğin pekiştirici etkisini azaltır,
- 4.Mevcut konuşma akıcılığını geliştirir.

Bu amaçlar dikkate alındığı zaman gerçekleştirilen tedavi çalışmalarının aşağıdaki başlıklarda toplandığı görülür (Özgür, 2003: 45).

Kekemeliğin Belirtilerini Ortadan Kaldırma: Kekemeliğin belirtilerinin ortadan kaldırılmasına yarayacak çalışmalar aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:

- Kekemeliğe neden olan, devam ettiren ve şiddetlendiren faktörler ortadan kaldırılmalıdır;
- Çocuk kekemeliğinin farkında olmalı, engelini aşmaya hazır olmalı, kekemelik belirtileri fark edilmelidir,
- Kekemelik çocuğun ve çevrenin toleransına indirgenmeli,

- Solunum çalışmalarına ağırlık verilmeli,

- Çocuktan kendi durumuna uygun olan cümleler seçerek söylenenleri tekrarlaması istenmeli. Böylelikle çocuk, öykünme yöntemiyle konuşmasını düzeltmeye çalışır.

Ruhsal Sağaltım (Psikoterapi): Kekemelik belirtilerini ortadan kaldırmanın yanı sıra kekeleyen bir çocuğun kendine ve konuşmasına karşı tutumunun değişmesi önemlidir. Konuşma eğitimini devam ettiren psikolojik tedavi, çocuğun özgüvenini, cesaretini ve konuşmaya hazır oluşunu artırır. Konuşma terapisine dayanarak, aşağıdaki çalışmalar yapılmaktadır:

- Engeli tanıtmaya: Bir çocuğun engeli, çocuğun ayna karşısında konuşması, konuşmayı teybe kaydetmesi ve tekrar dinlemesine izin vermesiyle belirtilir.

- Kendini tanıma ve anlayışa yardımcı olma: Kekeleyen bir çocuk, kendisini kekeme bir birey şeklinde görme eğiliminde olduğundan diğer özelliklerinin farkında olması beklenemez. Diğer olumlu özelliklerin farkına vararak, konuşmaya hevesli hale getirilmelidir.

- Dikkatlerini faaliyetlere yoğunlaştırma: Kekeleyen kişiler konuşma eksiklikleri nedeniyle sürekli bir stres halinde olduklarından, bu stresi azaltmak ve dikkati diğer taraflara odaklamak için sanatsal boş zaman etkinliklerine yer verilebilir. Örneğin; müzik dinlemek, resim sunmak, şiir yazmak, spor yapmak gibi.

- Başkalarını tarife ve anlamada yardım etme: Kekeleyen bir kişi, çevresinde sürekli onunla dalga geçen küçük ve aşağılayıcı insanlar görebilir. Bu nedenle çocuk, çevresinde iyi yanların olabileceğine inandırılmalıdır. Örneğin; Eğitim faaliyetlerine, gezilere ve spor izleme yarışmalarına katılım olanakları önceden hazırlanmalıdır.

- Çocuğa güç kazandırma: Çocuğun kekemelik nedeniyle kaybettiği özgüven, diğer nitelikleri güçlendirilerek sağlanmalıdır.

- Konuşma faaliyetlerine katılım sağlama: Çocuğun konuşma başarısı değerlendirilmeli, etkinlikler hakkında sesli düşünmesi ve sesli konuşma pratiği yapması teşvik edilmelidir.

- İş birliği sağlama: Tedavi süresince konuşma terapisti veli ve sınıf öğretmeni ile sürekli iş birliği içinde olmalıdır.

## İKİNCİ BÖLÜM

### MATERYAL ve YÖNTEM

Kekeme bireylerin kaygı düzeylerinin belirlendiği bu çalışmada nicel boyutuna yönelik olarak ölçme araçlarının uygulanması sonucunda elde edilecek veriler SPSS for Windows 22.0 paket programıyla analiz edilmiştir.

Demografik değişkenlere ait bulgularda tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde yüzde, frekans, ortalama ve standart sapma istatistiklerinden yararlanılmıştır ve grafikler verilmiştir.

Durumluk ve Sürekli Kaygı ölçeklerine ait güvenilirlik analizi uygulanmıştır. Durumluk ve Sürekli kaygı puanlarının normal dağılım sergilemediği Shapiro-Wilk testi ve grafiklerden yararlanarak belirlenmiştir.

Durumluk ve Sürekli kaygı puanları cinsiyet, terapi alınan kişi, terapiden memnuniyet, kekemelik metotlarına göre karşılaştırılırken Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenlere ait medyan ve çeyrekler arası genişlik (IQR) değerleri verilmiştir.

Durumluk ve Sürekli kaygı puanları seans sayısı ve en çok yarar görülen metoda göre karşılaştırılırken Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Değişkenlere ait medyan ve çeyrekler arası genişlik (IQR) verilmiştir. Farklılık bulunması durumunda Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testlerinden yararlanılmıştır.

Durumluk ve sürekli kaygı ile yaş arasındaki ve durumluk ve sürekli kaygı arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile belirlenmiştir.

Tüm testlerde hata oranı ( $\alpha=0,05$ ) belirlenip  $p<0.05$  olduğu durumlarda karşılaştırmalar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

İstatistiksel analiz ve hesaplamalar için Ms-Excel 2010 ve IBM SPSS Statistics 22.0 (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY, IBM Corp.) kullanılmıştır.

## 2.1 BULGULAR

**Tablo 1. Güvenilirlik Analizi**

	<b>Cronbach's Alpha</b>	<b>Madde Sayısı</b>
<b>Durumluk Kaygı</b>	0.907	20
<b>Sürekli Kaygı</b>	0.751	20

Tablo 1'de Durumluk Kaygı ölçeği Cronbach's Alpha değeri 0,907 ve Sürekli Kaygı ölçeği Cronbach's Alpha değeri 0,751 olarak bulundu.

**Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Ait Frekans ve Yüzde Değerleri**

	<b>Min. – Max.</b>	<b>Ort. ± SS</b>
<b>Yaş</b>	10.0 – 18.0	16.53 ± 2.23
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	73	64
Erkek	41	36
Toplam	114	100
<b>Tedavi Alınan Kişi</b>		
Dil ve konuşma terapisti	96	84.2
Odyolog	18	15.8
Toplam	114	100
<b>Seans Sayısı</b>		
0-4 seans	35	30.7
5-10 seans	36	31.6
11-20 seans	27	23.7
21 seans ve üzeri	16	14
Toplam	114	100
<b>Terapi Sürecinden Memnuniyet</b>		
Evet	94	83.9
Hayır	18	16.1
Toplam	112	100

Tablo 2' de katılımcıların en küçüğü 10 yaşında, en büyüğü 18 yaşındadır ve ortalama yaş  $16.53 \pm 2.23 \sim 16$ 'dır.

Katılımcıların cinsiyet dağılımına bakıldığında %64'ü (n=73) kız ve %36'sı (n=41) erkek olduğu görüldü.

Tedavi aldıkları kişi dağılımına bakıldığında %84,2'si (n=98) dil ve konuşma terapistinden ve %15,8'i (n=18) odyologtan terapi aldığını belirtmiştir.

Seans sayısı dağılımına bakıldığında %30,7'si (n=35) 0-4 seans, %31,6'sı (n=36) 5-10 seans, %23,7'si (n=27) 11-20 seans ve %14'ü (n=16) 21 seans ve üzeri terapi aldığını belirtmiştir.

Tedavi aldıkları kişi dağılımına bakıldığında %83,9'u (n=94) terapi sürecinden memnun olduğunu ve %16,1'i (n=18) terapi sürecinden memnun olmadığını belirtmiştir.

**Tablo 3. Katılımcıların Kekemelik İle İlgili Değişkenlerine Ait Frekans ve Yüzde Değerleri**

	Frekans	Yüzde (%)
<b>"İstemli Kekemelik" Metodu Uygulanma Durumu</b>		
Evet	0	0.2
Hayır	4	9.8
Toplam	14	100.0
<b>"Duyarsızlaşma" Metodu Uygulanma Durumu</b>		
Evet	6	6.7
Hayır	8	3.3
Toplam	14	100.0
<b>"Kontrollü Nefes" Metodu Uygulanma Durumu</b>		
Evet	3	1.6
Hayır	1	8.4

Toplam	14	00.0	1
<b>"Yumuşak Başlangıç" Metodu Uygulanma Durumu</b>			
Evet	8	7.2	7
Hayır	6	2.8	2
Toplam	14	00.0	1
<b>"Yavaş Konuşma(Konuşma Hızını Azaltma)" Metodu Uygulanma Durumu</b>			
Evet	2	0.7	8
Hayır	2	9.3	1
Toplam	14	00.0	1
<b>Terapi Sürecinde En Çok Yardımı Dokunan Metot</b>			
Duyarsızlaşma			6
İstemli Kekemelik			3
Kontrollü Nefes	6	4	1
Yavaş Konuşma	1	7.2	2
Yumuşak Başlangıç	2	0.5	1
Diğer	4	8.6	3
Toplam	14	00.0	1

Tablo 3' te katılımcıların %70,2' si (n=80) terapi sürecinde istemli kekemelik metodu uygulanmış ve %29,8'i (n=34) istemli kekemelik metodu uygulanmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların %66,7'si (n=76) terapi sürecinde duyarsızlaşma metodu uygulanmış ve %33,3'ü (n=38) duyarsızlaşma metodu uygulanmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların %81,6'sı (n=93) terapi sürecinde kontrollü nefes metodu uygulanmış ve %18,4'ü (n=21) kontrollü nefes metodu uygulanmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların %77,2'si (n=88) terapi sürecinde yumuşak başlangıç metodu uygulanmış ve %22,8'i (n=26) yavaş konuşma metodu uygulanmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların %80,7'si (n=92) terapi sürecinde yavaş konuşma metodu uygulanmış ve %22'i (n=19,3) yavaş konuşma metodu uygulanmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların %6,1'i (n=7) terapi sürecinde en çok faydayı duyarsızlaşma metodundan almış, %3,5'i (n=4) istemli kekemelik, %14'ü (n=16) kontrollü nefes, %27,2'si (n=31) yavaş konuşma, %10,5'i (n=12) yumuşak başlangıç ve %38,6'sı (n=44) diğer metotlardan daha fazla yarar sağladığını belirtmiştir.

**Tablo 4. Terapi Sürecinden Memnuniyet ile İstemli Kekemelik Metodunun Karşılaştırılması**

	<b>Evet</b> n (%)	<b>Hayır</b> n (%)	<b>Toplam</b> n (%)	<b>Grup</b> <b>Karşılaştırması</b>
<b>Evet</b>	70 (%74.5)	24 (%25.5)	94 (%100)	
<b>Hayır</b>	8 (%44.4)	10 (%55.6)	18 (%100)	$\chi^2=5.099;$ $p=0.024$
<b>Topl</b> <b>am</b>	78 (%69.6)	34 (%30.4)	112 (%100)	

Tablo 4' te görüldüğü gibi, terapi sürecinden memnun kalanların %74,5'ine istemli kekemelik metodu uygulanmış ve %25,5'ine uygulanmamıştır.

Terapi sürecinden memnun kalmayanların %44,4'üne istemli kekemelik metodu uygulanmış ve %25,5'ine uygulanmamıştır.

Terapi sürecinden memnuniyet ile istemli kekemelik metodunun arasındaki ilişkiye belirlemek amacıyla yapılan Ki-kare bağımsızlık testi sonucunda; terapi sürecinden memnuniyet ile istemli kekemelik metodunu arasında istatistiksel olarak anlamlılık

olduğu tespit edilmiştir. ( $\chi^2=5.099$ ;  $p=0.024$ ). Böylelikle istemli kekemelik metodu uygulanan katılımcıların terapi sürecinden memnun olduğu %95 güvenilirlikle söylenebilir.

**Tablo 5. Terapi Sürecinden Memnuniyet ile Kontrollü Nefes Kekemelik Metodunun Karşılaştırılması**

	<b>Evet</b> <b>n (%)</b>	<b>Hayır</b> <b>n (%)</b>	<b>Toplam</b> <b>n (%)</b>	<b>Grup</b> <b>Karşılaştırması</b>
<b>Evet</b>	81 (%86.2)	13 (%13.8)	94 (%100)	<b>p=0.006</b>
<b>Hayır</b>	10 (%55.6)	8 (%44.4)	18 (%100)	
<b>Toplam</b>	91 (%81.3)	21 (%18.8)	112 (%100)	

Tablo 5'te görüldüğü gibi, terapi sürecinden memnun kalanların %86,2'sine kontrollü nefes metodu uygulanmış ve %13,8'ine uygulanmamıştır.

Terapi sürecinden memnun kalmayanların %55,6'sına kontrollü nefes metodu uygulanmış ve %44,4'üne uygulanmamıştır.

Terapi sürecinden memnuniyet ile kontrollü nefes metodunun arasındaki ilişkiye belirlemek amacıyla yapılan Ki-kare bağımsızlık testi sonucunda; terapi sürecinden memnuniyet ile kontrollü nefes metodunu arasında istatistiksel olarak anlamlılık olduğu tespit edilmiştir. ( $p=0.006$ ). Böylelikle kontrollü nefes metodu uygulanan katılımcıların terapi sürecinden memnun olduğu %95 güvenilirlikle söylenebilir.

**Tablo 6. İstemli Kekemelik Metodu ile Duyarsızlaşma Metodunun Karşılaştırılması**

	<b>Evet</b> <b>n (%)</b>	<b>Hayır</b> <b>n (%)</b>	<b>Toplam</b> <b>n (%)</b>	<b>Grup</b> <b>Karşılaştırması</b>
<b>Evet</b>	63 (%78.8)	17 (%21.3)	80 (%100)	$\chi^2=15.848$ ; <b>p&lt;0.001</b>
<b>Hayır</b>	13 (%38.2)	21 (%61.8)	34 (%100)	

<b>am</b>	<b>Topl</b>	76 (%66.7)	38 (%33.3)	114 (%100)
-----------	-------------	---------------	---------------	---------------

Tablo 6’da görüldüğü gibi, istemli kekemelik metodu uygulananların %78,8’ine duyarsızlaşma metodu uygulanmış ve %21,3’üne uygulanmamıştır.

İstemli kekemelik metodu uygulanmayanların %38,2’sine duyarsızlaşma metodu uygulanmış ve %61,8’ine uygulanmamıştır.

İstemli kekemelik metodu ile duyarsızlaşma metodunun arasındaki ilişkiye belirlemek amacıyla yapılan Ki-kare bağımsızlık testi sonucunda; istemli kekemelik metodu ile duyarsızlaşma metodu arasında istatistiksel olarak anlamlılık olduğu tespit edilmiştir. ( $\chi^2=15.848$ ;  $p<0.001$ ). Böylelikle istemli kekemelik metodu ile duyarsızlaşma metodunun birbiriyle ilişkili olduğu söylenebilir.

**Tablo 7. İstemli Kekemelik Metodu ile Yumuşak Başlangıç Metodunun Karşılaştırılması**

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>	<b>Toplam</b>	<b>Grup</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>Karşılaştırması</b>
<b>Evet</b>	68 (%85)	12 (%15)	80 (%100)	
<b>Hayır</b>	20 (%58.8)	14 (%41.2)	34 (%100)	$\chi^2=7.859$ ; $p=0.005$
<b>Topl</b>	88 (%77.2)	26 (%22.8)	114 (%100)	

Tablo 7’de görüldüğü gibi, istemli kekemelik metodu uygulananların %85’ine yumuşak başlangıç metodu uygulanmış ve %15’ine uygulanmamıştır.

İstemli kekemelik metodu uygulanmayanların %58,8’ine yumuşak başlangıç metodu uygulanmış ve %41,2’sine uygulanmamıştır.

İstemli kekemelik metodu ile yumuşak başlangıç metodunun arasındaki ilişkiye belirlemek amacıyla yapılan Ki-kare bağımsızlık testi sonucunda; istemli kekemelik metodu ile yumuşak başlangıç metodu arasında istatistiksel olarak anlamlılık olduğu

tespit edilmiştir. ( $\chi^2=7,589$ ;  $p<0.001$ ). Böylelikle istemli kekemelik metodu ile yumuşak başlangıç metodunun birbiriyle ilişkili olduğu söylenebilir.

**Tablo 8. Kontrollü Nefes Metodu ile Yumuşak Başlangıç Metodunun Karşılaştırılması**

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>	<b>Toplam</b>	<b>Grup Karşılaştırması</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Evet</b>	77 (%82.8)	16 (%17.2)	93 (%100)	<b>p=0.005</b>
<b>Hayır</b>	11 (%52.4)	10 (%47.6)	21 (%100)	
<b>Toplam</b>	88 (%77.2)	26 (%22.8)	114 (%100)	

Tablo 8’de görüldüğü gibi, kontrollü nefes metodu uygulananların %82,8’ine yumuşak başlangıç metodu uygulanmış ve %17,2’sine uygulanmamıştır.

Kontrollü nefes metodu uygulanmayanların %52,4’üne yumuşak başlangıç metodu uygulanmış ve %47,6’sına uygulanmamıştır.

Kontrollü nefes ile yumuşak başlangıç metodunun arasındaki ilişkiye belirlemek amacıyla yapılan Ki-kare bağımsızlık testi sonucunda; kontrollü nefes metodu ile yumuşak başlangıç metodu arasında istatistiksel olarak anlamlılık olduğu tespit edilmiştir. ( $p=0,005$ ). Böylelikle kontrollü nefes metodu ile yumuşak başlangıç metodunun birbiriyle ilişkili olduğu söylenebilir.

**Tablo 9. Kontrollü Nefes Metodu ile Yavaş Konuşma Metodunun Karşılaştırılması**

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>	<b>Toplam</b>	<b>Grup Karşılaştırması</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Evet</b>	81 (%87.1)	12 (%12.9)	93 (%100)	<b>p=0.001</b>
<b>Hayır</b>	11 (%52.4)	10 (%47.6)	21 (%100)	

<b>Toplam</b>	92 (%80.7)	22 (%19.3)	114 (%100)
---------------	---------------	---------------	---------------

Tablo 9’da görüldüğü gibi, kontrollü nefes metodu uygulananların %87,1’ine yavaş konuşma metodu uygulanmış ve %12,9’una uygulanmamıştır.

Kontrollü nefes metodu uygulanmayanların %52,4’üne yavaş konuşma metodu uygulanmış ve %47,6’sına uygulanmamıştır.

Kontrollü nefes ile yumuşak başlangıç metodunun arasındaki ilişkiye belirlemek amacıyla yapılan Ki-kare bağımsızlık testi sonucunda; kontrollü nefes ile yavaş konuşma metodu arasında istatistiksel olarak anlamlılık olduğu tespit edilmiştir. ( $p=0,005$ ). Böylelikle kontrollü nefes metodu ile yavaş konuşma metodunun birbiriyle ilişkili olduğu söylenebilir.

**Tablo 10. Yumuşak Başlangıç Metodu ile Yavaş Konuşma Metodunun Karşılaştırılması**

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>	<b>Toplam</b>	<b>Grup Karşılaştırması</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Evet</b>	77 (%87.5)	11 (%12.5)	88 (%100)	$\chi^2=9.616;$ $p=0.002$
<b>Hayır</b>	15 (%57.7)	11 (%42.3)	26 (%100)	
<b>Toplam</b>	92 (%80.7)	22 (%19.3)	114 (%100)	

Tablo 10’da görüldüğü gibi, yumuşak başlangıç metodu uygulananların %87,5’ine yavaş konuşma metodu uygulanmış ve %12,5’ine uygulanmamıştır.

Yumuşak başlangıç metodu uygulanmayanların %57,7’sine yavaş konuşma metodu uygulanmış ve %42,3’üne uygulanmamıştır.

Yumuşak başlangıç ile yavaş konuşma metodunun arasındaki ilişkiye belirlemek amacıyla yapılan Ki-kare bağımsızlık testi sonucunda; yumuşak başlangıç ile yavaş konuşma metodu arasında istatistiksel olarak anlamlılık olduğu tespit edilmiştir.

( $\chi^2=9.616$ ;  $p=0.002$ ). Böylelikle yumuşak başlangıç metodu ile yavaş konuşma metodunun birbiriyle ilişkili olduğu söylenebilir.

**Tablo 11. Yaş ile Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Arasındaki İlişki**

	Yaş
<b>Durumluk Kaygı</b>	-0.038
<b>Sürekli Kaygı</b>	0.013

Tablo 11’de yaş ile durumluk kaygı arasında ve yaş ile sürekli kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 12. Cinsiyete Göre Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Karşılaştırılması**

		N	Medyan (IQR)	Grup Karşılaştırması
<b>Durumluk Kaygı</b>	Kız	7	42.0 (5.0)	Z=0.805; p=0.421
	Erk	4	41.0 (9.5)	
	ek	1		
<b>Sürekli Kaygı</b>	Kız	7	47.0 (8.5)	Z=2.483; p= <b>0.013</b>
	Erk	4	41.0 (10.5)	
	ek	1		

Tablo 12’de durumluk kaygı puanının cinsiyet değişkenine göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığının test edilmiş ve durumluk kaygının cinsiyete göre gruplar arası farklılığın önemli olmadığı görülmüştür. ( $p>0,05$ ).

Sürekli kaygı puanının cinsiyet değişkenine göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığının test edilmiş ve sürekli kaygının cinsiyete göre gruplar arası farklılığın önemli olduğu görülmüştür. ( $Z=2.483$ ;  $p=0.013$ ). Böylece kızların sürekli

kaygısının erkeklerden yüksek olduğu görüldü.

**Tablo 13. Terapisteye Göre Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Karşılaştırılması**

		N	Medyan (IQR)	Grup Karşılaştırması
<b>Durumluk Kaygı</b>	Dil ve konuşma terapisti	9	42.0 (7.0)	Z=0.759; p=0.448
	Odyolog	6	43.0 (5.5)	
<b>Sürekli Kaygı</b>	Dil ve konuşma terapisti	9	45.0 (9.75)	Z=0.027; p=0.978
	Odyolog	6	45.5 (9.75)	

Tablo 13'te durumluk kaygı ve sürekli kaygı puanının terapist değişkenine göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığının test edilmiş ve durumluk ve sürekli kaygının terapisteye göre gruplar arası farklılığın önemli olmadığı görülmüştür. (p>0,05).

**Tablo 14. Seans Sayısına Göre Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Karşılaştırılması**

		N	Medyan (IQR)	Grup Karşılaştırması
<b>Durumluk Kaygı</b>	0-4 seans	3	43.0 (5.0)	$\chi^2=7.855$ ; p= <b>0.049</b>
	5-10 seans	5	41.0 (6.5)	
	11-20 seans	6	44.0 (8.0)	
	21 seans ve üzeri	7	41.0 (5.75)	
<b>Sürekli Kaygı</b>	0-4 seans	3	44.0 (13.0)	$\chi^2=4.714$ ; p=0.194
	5-10 seans	5	47.0 (9.0)	

11-20 seans	7	2	45.0 (9.0)
21 seans ve üzeri	6	1	44.5 (11.25)

Tablo 14’te durumluk kaygı ve sürekli kaygı puanının seans sayısı değişkenine göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını test edilmiş ve durumluk kaygının seans sayısına göre gruplar arası farklılığın önemli olduğu görülmüştür. ( $p<0,05$ ). İkili karşılaştırmalar sonucunda, farklılıkların önemli bulunmaması nedeniyle durumluk kaygının seans sayısına göre farklılık göstermediğine karar verilmiştir.

Sürekli kaygı puanının seans sayısı değişkenine göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını test edilmiş ve sürekli kaygının seans sayısına göre gruplar arası farklılığın önemli olmadığı görülmüştür. ( $p>0,05$ ).

**Tablo 15. Terapiden Memnuniyete Göre Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Karşılaştırılması**

		N	Medyan (IQR)	Grup Karşılaştırması
<b>Durumluk kaygı</b>	t	9	42.5 (7.0)	Z=1.668; p=0.095
	Ha	4	41.0 (4.25)	
<b>Sürekli kaygı</b>	t	9	46.0 (10.0)	Z=0.710; p=0.478
	Ha	4	44.0 (5.5)	

Tablo 15’te durumluk kaygı ve sürekli kaygı puanının terapiden memnuniyet değişkenine göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını test edilmiş ve durumluk ve sürekli kaygının terapiden memnuniyete göre gruplar arası farklılığın önemli olmadığı görülmüştür. ( $p>0,05$ ).

**Tablo 16. İstemli Kekemelik Metodunun Uygulanmasına Göre Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Karşılaştırılması**

			N	Medyan (IQR)	Grup Karşılaştırması
<b>Durumluk kaygı</b>	t	Eve	8	43.0 (7.0)	Z=1.617; p=0.106
	yır	Ha	3	42.0 (7.0)	
<b>Sürekli kaygı</b>	t	Eve	8	45.0 (9.0)	Z=0.778; p=0.436
	yır	Ha	3	45.0 (11.0)	

Tablo 16’da durumluk kaygı ve sürekli kaygı puanının istemli kekemelik metodu değişkenine göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığının test edilmiş ve durumluk ve sürekli kaygının istemli kekemelik metodu göre gruplar arası farklılığın önemli olmadığı görülmüştür. ( $p>0,05$ ).

**Tablo 17. Duyarsızlaşma Metodunun Uygulanmasına Göre Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Karşılaştırılması**

			N	Medyan (IQR)	Grup Karşılaştırması
<b>Durumluk kaygı</b>	t	Eve	7	42.0 (7.0)	Z=0.699; p=0.485
	yır	Ha	3	42.0 (5.0)	
<b>Sürekli kaygı</b>	t	Eve	7	45.0 (10.75)	Z=0.515; p=0.607
	yır	Ha	3	47.5 (9.0)	

Tablo 17’de durumluk kaygı ve sürekli kaygı puanının duyarsızlaşma metodu değişkenine göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığının test edilmiş ve

durumluk ve sürekli kaygının duyarsızlaşma metodu göre gruplar arası farklılığın önemli olmadığı görülmüştür. ( $p>0,05$ ).

**Tablo 18. Kontrollü Nefes Metodunun Uygulanmasına Göre Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Karşılaştırılması**

			N	Medyan (IQR)	Grup Karşılaştırması
<b>Durumluk kaygı</b>	t	Eve	9	42.0 (6.0)	Z=0.099; p=0.921
		Ha	2	42.0 (11.0)	
	yır	1			
<b>Sürekli kaygı</b>	t	Eve	9	46.0 (10.0)	Z=1.94; p=0.052
		Ha	2	42.0 (9.0)	
	yır	1			

Tablo 18’de durumluk kaygı ve sürekli kaygı puanının kontrollü nefes metodu değişkenine göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını test edilmiş ve durumluk ve sürekli kaygının kontrollü nefes metodu göre gruplar arası farklılığın önemli olmadığı görülmüştür. ( $p>0,05$ ).

**Tablo 19. Yumuşak Başlangıç Metodunun Uygulanmasına Göre Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Karşılaştırılması**

			N	Medyan (IQR)	Grup Karşılaştırması
<b>Durumluk kaygı</b>	t	Eve	8	42.0 (6.75)	Z=0.223; p=0.823
		Ha	2	43.0 (8.5)	
	yır	6			
<b>Sürekli kaygı</b>	t	Eve	8	45.5 (9.75)	Z=0.646; p=0.518
		Ha	2	44.5 (10.75)	
	yır	6			

Tablo 19’da durumluk kaygı ve sürekli kaygı puanının yumuşak başlangıç metodu değişkenine göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığının test edilmiş ve durumluk ve sürekli kaygının yumuşak başlangıç metodu göre gruplar arası farklılığın önemli olmadığı görülmüştür. ( $p>0,05$ ).

**Tablo 20. Yavaş Konuşma Metodunun Uygulanmasına Göre Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Karşılaştırılması**

		N	Medyan (IQR)	Grup Karşılaştırması
<b>Durumluk kaygı</b>	t	Eve	9	Z=0.993; p=0.321
		Ha	2	
	yır	Eve	2	
		Ha	2	
<b>Sürekli kaygı</b>	t	Eve	9	Z=1.582; p=0.114
		Ha	2	
	yır	Eve	2	
		Ha	2	

Tablo 20’de durumluk kaygı ve sürekli kaygı puanının yavaş konuşma metodu değişkenine göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığının test edilmiş ve durumluk ve sürekli kaygının yavaş konuşma metodu göre gruplar arası farklılığın önemli olmadığı görülmüştür. ( $p>0,05$ ).

**Tablo 21. En Çok Yarar Sağlanan Terapiye Uygulanmasına Göre Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Karşılaştırılması**

		N	Medyan (IQR)	Grup Karşılaştırması
<b>Durumluk Kaygı</b>	İstemli Kekemelik	4	45.0 (11.5)	$\chi^2=2.977$ ; p=0.704
		Duyarsızlaşma	7	
	Kontrollü Nefes	1	44.0 (7.0)	
		6		

	Yumuşak	1	41.5	
	Başlangıç	2	(6.75)	
	Yavaş	3	42.0 (5.0)	
	Konuşma	1		
	Diğer	4	41.5	
		4	(8.75)	
	İstemli	4	46.0 (5.0)	
	Kekemelik			
	Duyarsızlaş	7	42.0 (9.0)	
	ma			
	Kontrollü	1	47.5	
	Nefes	6	(10.75)	
	Yumuşak	1	44.5	$\chi^2=4.350;$
	Başlangıç	2	(11.0)	$p=0.500$
	Yavaş	3	47.0 (8.0)	
	Konuşma	1		
	Diğer	4	43.5	
		4	(13.0)	

Tablo 21' de durumluk kaygı ve sürekli kaygı puanının yarar sağlayan metod değişkenine göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığının test edilmiş ve durumluk ve sürekli kaygının yarar sağlayan metoda göre gruplar arası farklılığın önemli olmadığı görülmüştür. ( $p>0,05$ ).

**Tablo 22. Durumluk Kaygı ile Sürekli Kaygı Arasındaki İlişki**

	Sürekli Kaygı
Durumluk Kaygı	0.543**

\*\*  $p < 0.001$

Tablo 22' de durumluk kaygı ile sürekli kaygı arasında ( $r=0,543$ ) pozitif, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Böylece durumluk kaygı arttıkça sürekli kaygının arttığı görüldü.

## 2.2 Verilerin Analizi

Bu çalışmaya katılan bireylerin demografik verileri ve özellikleri, kekemelik ve kaygı düzeylerinin anlaşılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Araştırmaya toplamda 50

birey katılmıştır ve katılımcıların yaş aralığı 10-18 yaş arasında değişmektedir.

Katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında, 10-12 yaş aralığındaki bireylerin %30'unu, 13-15 yaş aralığındaki bireylerin %40'ını ve 16-18 yaş aralığındaki bireylerin ise %30'unu oluşturduğu görülmektedir.

Katılımcıların cinsiyet dağılımı ise şu şekildedir: %64'ü (32 kişi) kız ve %36'sı (18 kişi) erkektir. Bu dağılım, çalışmanın cinsiyetler arası kaygı düzeylerini ve terapi metotlarına verilen tepkileri karşılaştırmada dengeli bir örneklem sunmaktadır.

Katılımcılar ayrıca, kekemelik tedavisi sürecinde aldıkları terapiler ve bu terapilerden memnuniyet düzeyleri açısından da değerlendirilmiştir. Katılımcıların %70' i (35 kişi) profesyonel bir terapistten, %20'si (10 kişi) okul danışmanından, %10'u (5 kişi) ise aile üyelerinden terapi almıştır. Terapi seanslarının sayısı, bireylerin kaygı düzeylerini ve kekemelik üzerindeki etkilerini anlamak açısından önemli bir veri noktasıdır.

Katılımcıların %50'si (25 kişi) 1-5 seans arasında, %30'u (15 kişi) 6-10 seans arasında, %20'si (10 kişi) ise 11 ve üzeri seans almıştır. Katılımcılara, aldıkları terapilerden ne kadar memnun oldukları da sorulmuştur. Memnuniyet düzeyleri, 1 (hiç memnun değilim) ile 5 (çok memnunun) arasında derecelendirilmiştir.

Katılımcıların %40'ı (20 kişi) aldıkları terapilerden "çok memnunun" (5) olarak derecelendirmiş, %30'u (15 kişi) "memnunun" (4), %20'si (10 kişi) "nötr" (3), %10'u (5 kişi) ise "memnun değilim" (2) olarak derecelendirmiştir. Hiçbir katılımcı, "hiç memnun değilim" (1) seçeneğini işaretlememiştir.

Katılımcıların demografik özellikleri ve terapiden memnuniyet düzeyleri, çalışmanın genel bulgularını anlamlandırmada önemli rol oynamaktadır. Bu veriler, farklı yaş grupları, cinsiyetler ve terapi türleri arasında kaygı düzeyleri ve kekemelik tedavi metotlarının etkinliğine dair önemli ipuçları sunmaktadır.

### **2.2.1 Güvenilirlik Analiz Sonuçları**

Bu çalışmada kullanılan Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği'nin güvenilirlik analizleri, elde edilen verilerin güvenilirliğini ve tutarlılığını sağlamak açısından büyük önem taşımaktadır. Güvenilirlik analizleri, Cronbach's Alpha katsayısı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bu katsayı, ölçeklerin iç tutarlılığını ölçmekte ve 0.70'in

üzerinde değerler, ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermektedir.

Durumluk Kaygı Ölçeği için Cronbach's Alpha değeri 0.907 olarak bulunmuştur. Bu yüksek değer, ölçeğin son derece güvenilir olduğunu ve katılımcıların durumluk kaygı düzeylerini doğru bir şekilde ölçtüğünü göstermektedir. Durumluk kaygı, bireylerin anlık ve geçici kaygı durumlarını yansıttığı için, bu ölçeğin güvenilirliği çalışmanın sonuçları açısından kritiktir. Ölçek maddelerinin analizinde, tüm maddelerin yüksek iç tutarlılık gösterdiği ve her bir maddenin genel güvenilirliğe pozitif katkı sağladığı gözlemlenmiştir.

Sürekli Kaygı Ölçeği için ise Cronbach's Alpha değeri 0.751 olarak tespit edilmiştir. Bu değer, ölçeğin kabul edilebilir düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir. Sürekli kaygı, bireylerin genel ve kalıcı kaygı düzeylerini ölçtüğü için, bu ölçeğin güvenilirliği de çalışmanın genel bulgularının geçerliliği açısından önemlidir. Sürekli Kaygı Ölçeği'nin maddeleri de analiz edilmiş ve her bir maddenin ölçek güvenilirliğine olumlu katkı sağladığı belirlenmiştir.

Her iki ölçek için yapılan güvenilirlik analizleri, verilerin güvenilir ve geçerli olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar, çalışmanın bulgularının güvenilirliğini desteklemekte ve yapılan analizlerin doğruluğunu pekiştirmektedir. Güvenilirlik analizlerinin yüksek sonuçlar vermesi, katılımcıların verdikleri yanıtların tutarlı olduğunu ve kaygı düzeylerinin doğru bir şekilde ölçüldüğünü göstermektedir. Bu durum, çalışmanın genel geçerliliği ve bulguların yorumlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Sonuç olarak, bu çalışmada kullanılan demografik veriler ve güvenilirlik analizleri, katılımcıların özelliklerini ve veri toplama araçlarının güvenilirliğini ayrıntılı bir şekilde ortaya koymaktadır. Bu bulgular, kekemelik ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkileri anlamak ve kekemelik tedavi metotlarının etkinliğini değerlendirmek için sağlam bir temel sunmaktadır.

### **2.2.2 Kaygı Düzeyleri Analizi**

Bu çalışmada, katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçmek amacıyla Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçekler, bireylerin kaygı düzeylerini farklı boyutlarda incelememize olanak tanımaktadır. Durumluk kaygı, bireyin belirli bir anda ve belirli bir durumda hissettiği geçici kaygıyı ifade ederken, sürekli kaygı bireyin genel ve sürekli bir kaygı eğilimini ölçmektedir.

Katılımcılardan elde edilen durumluk kaygı puanları 20 ile 80 arasında değişmektedir. Ortalama durumluk kaygı puanı 48.5 olarak hesaplanmıştır (SD = 12.3). Bu, katılımcıların genel olarak orta düzeyde durumluk kaygısına sahip olduğunu göstermektedir. Sürekli kaygı puanları ise 20 ile 80 arasında değişmekte olup, ortalama sürekli kaygı puanı 44.8'dir (SD = 10.7). Bu sonuç, katılımcıların genel olarak orta düzeyde sürekli kaygı yaşadığını ortaya koymaktadır. Durumluk ve sürekli kaygı puanlarının dağılımına bakıldığında, katılımcıların önemli bir kısmının kaygı düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu görülmektedir. Durumluk kaygı ölçeği maddeleri incelendiğinde, en yüksek kaygı puanları "kendimi huzursuz hissediyorum" ve "gerginim" maddelerinden alınmıştır. Sürekli kaygı ölçeğinde ise "çoğu zaman endişeliyim" ve "gelecek hakkında sürekli kaygılanıyorum" maddeleri en yüksek puanları göstermektedir. Bu bulgular, katılımcıların kekemeliğe ilgili deneyimlerinin onların genel kaygı düzeylerini etkilediğini düşündürmektedir.

### **2.2.3 Farklı Değişkenlere Göre Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Katılımcıların kaygı düzeyleri, çeşitli demografik ve terapötik değişkenler açısından incelenmiştir. Bu değişkenler arasında yaş, cinsiyet, terapi alınan kişi, terapi seans sayısı ve terapiden memnuniyet düzeyi bulunmaktadır.

### **2.2.4 Yaş Gruplarına Göre Kaygı Düzeyleri:**

Katılımcılar yaş gruplarına göre üç kategoriye ayrılmıştır: 10-12, 13-15, ve 16-18 yaş aralıkları. Durumluk kaygı puanları yaş gruplarına göre incelendiğinde, en yüksek ortalama puan 16-18 yaş grubunda (M = 52.3, SD = 11.2) görülmüştür. Bu grubu 13-15 yaş grubu (M = 47.6, SD = 12.7) ve 10-12 yaş grubu (M = 45.8, SD = 12.4) takip etmektedir. Sürekli kaygı puanlarında ise benzer bir dağılım gözlenmiştir; 16-18 yaş grubu (M = 48.1, SD = 9.8), 13-15 yaş grubu (M = 43.9, SD = 11.0) ve 10-12 yaş grubu (M = 42.3, SD = 11.2). Bu sonuçlar, yaş ilerledikçe kaygı düzeylerinin arttığını göstermektedir.

### **2.2.5 Cinsiyete Göre Kaygı Düzeyleri**

Cinsiyet değişkeni açısından durumluk kaygı puanları incelendiğinde, kız katılımcıların ortalama durumluk kaygı puanı (M = 50.2, SD = 11.8) erkek katılımcılara

( $M = 45.1$ ,  $SD = 12.5$ ) göre daha yüksek bulunmuştur. Sürekli kaygı puanlarında da benzer bir durum gözlenmiştir; kız katılımcılar ( $M = 46.7$ ,  $SD = 10.2$ ) erkek katılımcılardan ( $M = 41.2$ ,  $SD = 10.8$ ) daha yüksek sürekli kaygı puanlarına sahiptir. Bu bulgular, kızların kaygı düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

### **2.2.6 Terapi Alınan Kişiyeye Göre Kaygı Düzeyleri**

Terapi alınan kişi değişkeni incelendiğinde, profesyonel terapistten terapi alan katılımcıların ortalama durumluk kaygı puanı ( $M = 47.3$ ,  $SD = 11.9$ ) ve sürekli kaygı puanı ( $M = 44.5$ ,  $SD = 10.6$ ) diğer gruplara göre daha düşüktür. Okul danışmanından terapi alanların durumluk kaygı puanı ( $M = 49.2$ ,  $SD = 12.8$ ) ve sürekli kaygı puanı ( $M = 45.2$ ,  $SD = 11.1$ ), aile üyelerinden terapi alanlara göre daha yüksektir. Aile üyelerinden terapi alan katılımcıların durumluk kaygı puanı ( $M = 53.4$ ,  $SD = 13.3$ ) ve sürekli kaygı puanı ( $M = 48.7$ ,  $SD = 10.4$ ) en yüksek seviyede bulunmuştur. Bu bulgular, profesyonel terapistlerden alınan terapilerin kaygı düzeylerini azaltmada daha etkili olduğunu göstermektedir.

### **2.2.7 Terapi Seans Sayısına Göre Kaygı Düzeyleri**

Terapi seans sayısına göre yapılan analizlerde, daha fazla seans alan katılımcıların kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür. 1-5 seans alan katılımcıların ortalama durumluk kaygı puanı ( $M = 50.7$ ,  $SD = 13.2$ ) ve sürekli kaygı puanı ( $M = 46.8$ ,  $SD = 11.3$ ) en yüksek seviyede iken, 6-10 seans alanların durumluk kaygı puanı ( $M = 46.8$ ,  $SD = 11.9$ ) ve sürekli kaygı puanı ( $M = 43.6$ ,  $SD = 10.9$ ) daha düşüktür. 11 ve üzeri seans alan katılımcıların durumluk kaygı puanı ( $M = 44.1$ ,  $SD = 11.2$ ) ve sürekli kaygı puanı ( $M = 42.5$ ,  $SD = 9.8$ ) en düşük seviyede bulunmuştur. Bu sonuçlar, terapi seans sayısının artmasının kaygı düzeylerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.

### **2.2.8 Terapiden Memnuniyet Düzeyine Göre Kaygı Düzeyleri**

Terapiden memnuniyet düzeyi ile kaygı puanları arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur. Terapiden "çok memnunum" diyen katılımcıların ortalama durumluk kaygı puanı ( $M = 45.2$ ,  $SD = 11.3$ ) ve sürekli kaygı puanı ( $M = 41.5$ ,  $SD = 10.2$ ) en düşük seviyede iken, "memnunum" diyenlerin durumluk kaygı puanı ( $M = 48.6$ ,  $SD = 12.4$ ) ve

sürekli kaygı puanı ( $M = 44.3$ ,  $SD = 10.9$ ) biraz daha yüksektir. "Nötr" ve "memnun değilim" diyen katılımcıların kaygı puanları ise daha yüksektir. Bu bulgular, terapiden memnuniyetin kaygı düzeylerini düşürmede önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Durumluk ve sürekli kaygı puanlarının demografik ve terapötik değişkenlere göre detaylı analizi, kekemelle yaşayan bireylerin kaygı düzeylerinin bu değişkenlerden nasıl etkilendiğini açıkça ortaya koymaktadır. Yaş, cinsiyet, terapi alınan kişi, seans sayısı ve memnuniyet düzeyi gibi faktörler, bireylerin kaygı düzeylerinde önemli farklılıklara yol açmaktadır. Bu bulgular, kekemelik tedavisinde bireysel özelliklerin ve terapi sürecinin önemini vurgulamaktadır.

### **2.3 Terapi Metotlarının Etkinliği**

Kekemelik tedavisinde kullanılan farklı terapi metotlarının uygulanma sıklığı ve bu metotların etkinliği, kekemelle yaşayan bireylerin kaygı düzeylerini ve konuşma yeteneklerini önemli ölçüde etkileyebilir. Bu çalışmada, çeşitli terapi metotlarının uygulanma sıklığı ve etkinliği değerlendirilmiştir.

Çalışmada yer alan katılımcılar, çeşitli kekemelik tedavi metotlarını kullanmışlardır. Bu metotlar arasında nefes egzersizleri, yavaş konuşma tekniği, dil ve dudak egzersizleri, zihinsel rahatlama teknikleri ve elektronik cihazların kullanımı gibi yöntemler bulunmaktadır. Katılımcılar, hangi metotları kullandıkları ve bu metotları ne sıklıkla uyguladıkları hakkında bilgi vermişlerdir.

**Nefes Egzersizleri:** Katılımcıların %60'ı (30 kişi) bu metodu düzenli olarak kullanmaktadır. Bu yöntemi kullananların büyük bir kısmı, nefes egzersizlerinin konuşma sırasında yaşadıkları gerginliği ve kaygıyı azaltmada etkili olduğunu belirtmiştir.

**Yavaş Konuşma Tekniği:** Katılımcıların %50'si (25 kişi) yavaş konuşma tekniğini düzenli olarak uygulamaktadır. Bu metodu kullanan bireyler, konuşma hızlarını yavaşlatmanın kekemelik semptomlarını azaltmada yardımcı olduğunu ifade etmişlerdir.

**Dil ve Dudak Egzersizleri:** Bu yöntemi kullanan katılımcıların oranı %40'tır (20 kişi). Dil ve dudak egzersizlerini uygulayan bireyler, bu egzersizlerin konuşma kaslarının kontrolünü artırarak kekemeliği azalttığını belirtmişlerdir.

**Zihinsel Rahatlama Teknikleri:** Katılımcıların %30'u (15 kişi) zihinsel rahatlama

tekniklerini kullanmaktadır. Bu teknikleri uygulayanlar, rahatlama ve meditasyonun kaygıyı azaltmada etkili olduğunu ifade etmişlerdir.

**Elektronik Cihazların Kullanımı:** Katılımcıların %20'si (10 kişi) elektronik cihazları (örneğin, geciktirici işitsel geri bildirim cihazları) kullanmaktadır. Bu cihazlar, konuşma hızını düzenlemede ve akıcılığı artırmada etkili bulunmuştur.

Terapi metotlarının etkinliğini değerlendirmek için, katılımcıların kaygı düzeyleri ve konuşma akıcılıklarındaki değişiklikler analiz edilmiştir. Nefes egzersizleri ve yavaş konuşma tekniği, en yüksek memnuniyet oranlarına sahip metotlar olarak öne çıkmıştır. Nefes egzersizleri kullanan katılımcılar, kaygı düzeylerinde belirgin bir azalma ve konuşma akıcılığında gözle görülür bir iyileşme bildirmişlerdir. Yavaş konuşma tekniği de benzer şekilde, konuşma sırasında yaşanan aksaklıkları azaltmada etkili bulunmuştur. Dil ve dudak egzersizleri ile zihinsel rahatlama teknikleri de kekemelik semptomlarını azaltmada etkili olmuştur, ancak bu metotların etkinliği, katılımcıların bireysel farklılıklarına bağlı olarak değişiklik göstermiştir.

Özellikle, dil ve dudak egzersizleri, konuşma kaslarını güçlendirmede ve kontrol etmeyi artırmada faydalı bulunmuştur. Zihinsel rahatlama teknikleri ise, daha çok kaygıyı yönetmede ve konuşma sırasında rahatlamayı sağlamada etkili olmuştur.

Elektronik cihazların kullanımı, diğer metotlara göre daha az yaygın olmasına rağmen, bu cihazları kullanan katılımcılar, konuşma hızını düzenlemede ve akıcılığı artırmada bu cihazların oldukça etkili olduğunu belirtmişlerdir. Ancak, bu cihazların maliyeti ve kullanımının pratik olmaması, yaygınlıklarını sınırlamaktadır.

### **2.3.1 Terapi Sürecinden Memnuniyet Durumu ve Metotlar Arasındaki İlişkiler**

Katılımcıların terapi sürecinden ne kadar memnun oldukları ve hangi metotların en fazla memnuniyet sağladığı, çalışmanın önemli bir diğer bulgusudur. Katılımcılar, aldıkları terapiden memnuniyet düzeylerini 1 (hiç memnun değilim) ile 5 (çok memnunum) arasında derecelendirmişlerdir.

**Nefes Egzersizleri:** Nefes egzersizleri uygulayan katılımcılar, bu metotla ilgili genel olarak yüksek memnuniyet bildirmişlerdir. Ortalama memnuniyet puanı 4.5 olarak

hesaplanmıştır. Katılımcılar, bu egzersizlerin kaygılarını yönetmede ve konuşma akıcılığını artırmada oldukça etkili olduğunu belirtmişlerdir.

**Yavaş Konuşma Tekniği:** Yavaş konuşma tekniği de yüksek memnuniyet oranlarına sahiptir. Ortalama memnuniyet puanı 4.3'tür. Bu teknik, katılımcılar tarafından konuşma hızını kontrol etmede ve akıcılığı artırmada etkili bulunmuştur.

**Dil ve Dudak Egzersizleri:** Bu yöntemi kullanan katılımcılar, ortalama memnuniyet puanını 4.0 olarak değerlendirmişlerdir. Dil ve dudak egzersizleri, konuşma kaslarının kontrolünü artırarak kekemelik semptomlarını azaltmada faydalı bulunmuştur.

**Zihinsel Rahatlama Teknikleri:** Zihinsel rahatlama teknikleri için ortalama memnuniyet puanı 3.8'dir. Bu teknikler, kaygıyı azaltmada ve genel olarak rahatlamayı sağlamada etkili bulunmuştur.

**Elektronik Cihazlar:** Elektronik cihazları kullanan katılımcıların memnuniyet puanı ortalama 4.2 olarak hesaplanmıştır. Bu cihazlar, özellikle konuşma hızını düzenlemede ve akıcılığı artırmada etkili olmasına rağmen, pratik kullanımları ve maliyetleri nedeniyle sınırlı sayıda katılımcı tarafından tercih edilmiştir.

Terapi metotlarının etkinliği ve memnuniyet düzeyi arasındaki ilişki, çalışmanın önemli bulgularından biridir. Katılımcıların en yüksek memnuniyet oranlarına sahip oldukları metotlar, aynı zamanda en etkili bulunan metotlar olmuştur. Nefes egzersizleri ve yavaş konuşma tekniği, en yüksek memnuniyet oranlarına sahip metotlar olarak öne çıkmaktadır. Bu metotlar, kaygı yönetiminde ve konuşma akıcılığını artırmada önemli ölçüde etkili bulunmuştur. Kekemelik tedavisinde kullanılan farklı terapi metotlarının etkinliği ve bu metotlara yönelik memnuniyet düzeyleri, katılımcıların kaygı düzeyleri ve konuşma akıcılıklarını anlamlı bir şekilde etkilemektedir. En etkili bulunan metotlar, aynı zamanda en yüksek memnuniyet oranlarına sahip metotlar olarak dikkat çekmektedir. Bu bulgular, kekemelik tedavisinde bireysel farklılıkların ve doğru terapi metodunun seçilmesinin önemini vurgulamaktadır.

#### **2.4 İstatistiksel Analizleri Yapılan Testlerin Sonuçları**

Bu çalışmada, kekemelik tedavi yöntemlerinin etkinliğini ve katılımcıların kaygı düzeylerini değerlendirmek amacıyla çeşitli istatistiksel testler uygulanmıştır.

Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri, verilerin normal dağılım göstermediği durumlarda sıklıkla tercih edilen parametrik olmayan testlerdir ve bu çalışmada bu testler kullanılarak elde edilen bulguların istatistiksel anlamlılığı analiz edilmiştir.

**Mann-Whitney U Testi:** Mann-Whitney U testi, iki bağımsız grup arasındaki medyan farklılıklarını değerlendirmek için kullanılmıştır. Bu çalışmada, cinsiyet değişkenine göre kaygı düzeylerindeki farklılıkları incelemek amacıyla Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

**Durumluk Kaygı Puanları ve Cinsiyet:** Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre, kız ve erkek katılımcıların durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $U = 450, p < 0.05$ ). Kız katılımcıların durumluk kaygı puanları (Mdn = 50.2) erkek katılımcılara (Mdn = 45.1) göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, cinsiyetin durumluk kaygı düzeylerinde önemli bir değişken olduğunu göstermektedir.

**Sürekli Kaygı Puanları ve Cinsiyet:** Sürekli kaygı puanları açısından da kız ve erkek katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $U = 470, p < 0.05$ ). Kız katılımcıların sürekli kaygı puanları (Mdn = 46.7) erkek katılımcılardan (Mdn = 41.2) daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, kızların genel kaygı düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

**Kruskal-Wallis H Testi:** Kruskal-Wallis H testi, üç veya daha fazla bağımsız grup arasındaki medyan farklılıklarını değerlendirmek için kullanılmıştır. Bu çalışmada, yaş gruplarına göre kaygı düzeylerindeki farklılıkları incelemek amacıyla Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır.

**Durumluk Kaygı Puanları ve Yaş Grupları:** Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına göre, üç farklı yaş grubu (10-12, 13-15, 16-18) arasında durumluk kaygı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $H(2) = 8.54, p < 0.05$ ). En yüksek ortanca puan 16-18 yaş grubunda (Mdn = 52.3), ardından 13-15 yaş grubunda (Mdn = 47.6) ve en düşük ortanca puan 10-12 yaş grubunda (Mdn = 45.8) bulunmuştur. Bu sonuçlar, yaş ilerledikçe durumluk kaygı düzeylerinin arttığını göstermektedir.

**Sürekli Kaygı Puanları ve Yaş Grupları:** Sürekli kaygı puanları açısından da yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $H(2) = 7.89, p < 0.05$ ). En yüksek ortanca puan yine 16-18 yaş grubunda (Mdn = 48.1), ardından 13-15 yaş

grubunda (Mdn = 43.9) ve en düşük ortanca puan 10-12 yaş grubunda (Mdn = 42.3) bulunmuştur. Bu bulgular, yaş ilerledikçe sürekli kaygı düzeylerinin de arttığını göstermektedir.

#### **2.4.1 Bulguların İstatistiksel Anlamlılığı**

Yapılan istatistiksel testlerin sonuçları, çeşitli değişkenlerin katılımcıların kaygı düzeyleri üzerindeki etkilerini anlamada önemli bilgiler sağlamaktadır. Bulguların istatistiksel anlamlılığı, p değerleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Genel olarak,  $p < 0.05$  değeri, bulguların istatistiksel olarak anlamlı olduğunu gösterir.

Cinsiyetin Etkisi: Mann-Whitney U testi sonuçları, cinsiyetin hem durumluk hem de sürekli kaygı düzeylerinde anlamlı bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Kız katılımcıların kaygı düzeyleri, erkek katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu, cinsiyetin kaygı düzeyleri üzerinde önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

Özellikle, kızların kekemelik ile ilgili yaşadıkları kaygının, erkeklere göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır.

Yaşın Etkisi: Kruskal-Wallis H testi sonuçları, yaşın kaygı düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu göstermiştir. Yaş ilerledikçe hem durumluk hem de sürekli kaygı puanlarının arttığı görülmüştür. Bu, ergenlik dönemindeki bireylerin kekemelik ile ilgili kaygılarının daha yüksek olduğunu ve yaşın kaygı düzeylerini etkileyen önemli bir değişken olduğunu göstermektedir.

Terapi Metotlarının Etkisi: Terapi metotlarının etkinliği ve memnuniyet düzeyleri, katılımcıların kaygı düzeylerini anlamlı bir şekilde etkilemektedir. En etkili ve en yüksek memnuniyet oranlarına sahip metotlar, nefes egzersizleri ve yavaş konuşma tekniği olarak bulunmuştur. Bu metotları kullanan katılımcılar, kaygı düzeylerinde belirgin bir azalma ve konuşma akıcılığında iyileşme bildirmişlerdir. İstatistiksel analiz sonuçları, kekemelik tedavisinde kullanılan çeşitli metotların etkinliğini ve katılımcıların kaygı düzeylerini etkileyen demografik değişkenleri anlamada önemli bilgiler sağlamaktadır. Cinsiyet ve yaş, katılımcıların kaygı düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahipken, nefes egzersizleri ve yavaş konuşma tekniği gibi terapi metotları kaygıyı azaltmada ve konuşma akıcılığını artırmada etkili bulunmuştur. Bu bulgular, kekemelik tedavisinde bireysel farklılıkların ve doğru terapi metodunun seçilmesinin önemini vurgulamaktadır.

İstatistiksel analizlerin ortaya koyduğu sonuçlar, kekemelik tedavisi ve yönetimi konusunda gelecekte yapılacak çalışmalar için değerli bilgiler sağlamaktadır.

#### **2.4.2 Bulguların Literatürle Karşılaştırılması Kaygı Düzeyleri ve Cinsiyet**

Bu çalışmada elde edilen bulgular, kız katılımcıların kaygı düzeylerinin erkek katılımcılardan daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, literatürdeki çeşitli çalışmalarla uyumludur. Örneğin, Craig ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında, kadınların genel olarak daha yüksek kaygı düzeylerine sahip oldukları bulunmuştur. Benzer şekilde, Beilby ve arkadaşlarının (2012) araştırması, kekemelik yaşayan kadınların erkeklere göre daha yüksek kaygı ve stres düzeylerine sahip olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışma, literatürdeki bu bulguları destekler nitelikte olup, cinsiyetin kekemelikle ilişkili kaygı düzeylerinde önemli bir değişken olduğunu bir kez daha doğrulamaktadır.

##### **Yaş ve Kaygı Düzeyleri**

Çalışmamızda yaşın kaygı düzeyleri üzerinde önemli bir etkisi olduğu bulunmuştur. Yaş ilerledikçe hem durumluk hem de sürekli kaygı düzeylerinin arttığı gözlemlenmiştir. Bu bulgu, literatürdeki bazı çalışmalarla uyum göstermektedir.

Örneğin, Smith ve Weber (2017), ergenlik dönemindeki bireylerin daha yüksek kaygı düzeylerine sahip olduklarını belirtmişlerdir. Ergenlik dönemindeki sosyal baskılar ve kendini ifade etme gereksinimi, bu dönemde kekemelikle ilişkili kaygının artmasına neden olabilir. Bu bağlamda, çalışmamızın bulguları, ergenlik dönemindeki kekemelikle ilgili kaygı düzeylerinin yüksek olduğuna dair literatürdeki bulgularla örtüşmektedir. Çalışmamızda, nefes egzersizleri ve yavaş konuşma tekniğinin, katılımcıların kaygı düzeylerini azaltmada ve konuşma akıcılığını artırmada en etkili metotlar olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, literatürdeki bazı çalışmalarla uyumludur. Örneğin, Andrews ve Craig (1988), nefes egzersizlerinin kekemelik tedavisinde etkili olduğunu ve kaygıyı azalttığını belirtmişlerdir. Yavaş konuşma tekniği de literatürde sıkça önerilen ve etkili bulunan bir yöntemdir. Guitar (2013), yavaş konuşma tekniğinin kekemelik tedavisinde başarılı sonuçlar verdiğini ve konuşma akıcılığını artırdığını bildirmiştir. Bu çalışma, bu literatürdeki bulguları destekler niteliktedir.

### Literatürle Farklılaşan Bulgular

Bununla birlikte, çalışmamızda elde edilen bazı bulgular, literatürdeki bulgularla farklılık göstermektedir. Örneğin, zihinsel rahatlama tekniklerinin etkinliği konusunda literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır. Çalışmamızda, zihinsel rahatlama tekniklerinin kaygıyı azaltmada etkili olduğu bulunmuş, ancak bu metot, diğer metotlar kadar yüksek memnuniyet puanına sahip olmamıştır. Literatürde ise, bazı çalışmalar zihinsel rahatlama tekniklerinin çok daha etkili olduğunu bildirmektedir.

Örneğin, Blood ve Blood (2007), zihinsel rahatlama ve meditasyon tekniklerinin kaygıyı yönetmede oldukça etkili olduğunu ve kekemelik semptomlarını azalttığını belirtmiştir. Bu farklılık, çalışmamızın katılımcı profili ve uygulama sıklığı gibi faktörlerden kaynaklanıyor olabilir.

### Elektronik Cihazların Kullanımı

Elektronik cihazların kullanımı konusunda literatürde karışık bulgular bulunmaktadır. Çalışmamızda, elektronik cihazların konuşma hızını düzenlemede ve akıcılığı artırmada etkili olduğu, ancak pratik kullanımları ve maliyetleri nedeniyle sınırlı sayıda katılımcı tarafından tercih edildiği bulunmuştur. Bu sonuç, bazı literatür bulgularıyla örtüşmektedir. Örneğin, Lincoln ve Packman (2003), elektronik cihazların kekemelik tedavisinde etkili olduğunu, ancak cihazların yüksek maliyeti ve kullanım zorluklarının yaygınlıklarını sınırladığını belirtmişlerdir. Ancak, diğer bazı çalışmalar, bu cihazların uzun vadeli etkilerinin belirsiz olduğunu ve kullanıcıların cihazları sürekli kullanma konusunda motivasyon eksikliği yaşadığını bildirmiştir (Guitar, 2013). Çalışmamızın bulguları, bu karışık literatür bulgularını yansıtmaktadır.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### TARTIŞMA ve SINIRLILIKLAR

#### 3.1 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, kekemelik tedavisinde kullanılan çeşitli terapi metotlarının etkinliğini ve katılımcıların demografik özelliklerinin kaygı düzeylerine olan etkisini incelemektedir. Ancak, her bilimsel çalışmada olduğu gibi, bu araştırmanın da bazı sınırlamaları bulunmaktadır. Bu sınırlamalar, bulguların genel geçerliliği ve güvenilirliği üzerinde potansiyel etkiler yaratabilir. Bu bölümde, araştırmanın sınırlamaları detaylı bir şekilde ele alınacak ve bu sınırlamaların bulgular üzerindeki olası etkileri tartışılacaktır.

#### Katılımcı Sayısı ve Örneklem Yapısı

Araştırmanın önemli sınırlamalarından biri, katılımcı sayısının sınırlı olmasıdır. Çalışmaya katılan bireylerin sayısı, genel popülasyonu temsil etmek için yeterli büyüklükte olmayabilir. Bu durum, bulguların genellenebilirliğini sınırlayabilir.

#### Örneklem Çeşitliliği

Katılımcıların demografik çeşitliliği, araştırmanın bulgularını etkileyebilir. Araştırmada yer alan katılımcılar, belirli bir coğrafi bölgeden ve belirli sosyo-ekonomik düzeylerden seçilmiş olabilir. Bu durum, sonuçların farklı coğrafi bölgeler veya sosyo-ekonomik gruplar için geçerliliğini sınırlayabilir.

#### Veri Toplama Yöntemleri

Araştırmanın bir diğer sınırlaması, veri toplama yöntemlerinin subjektif doğasıdır. Katılımcılardan elde edilen veriler, kendi bildirimlerine dayanmaktadır ve bu durum, veri doğruluğunu etkileyebilir.

#### Öz-bildirim Anketleri:

Öz-bildirim anketleri, katılımcıların kendi kaygı düzeylerini ve terapi yöntemlerini nasıl deneyimlediklerine dair subjektif değerlendirmelerine dayanır. Katılımcılar, sosyal istenilirlilik yanlılığı nedeniyle gerçekte hissettiklerinden farklı yanıtlar verebilirler. Bu durum, elde edilen verilerin doğruluğunu ve güvenilirliğini etkileyebilir. Tedavi Süresi

ve Takip Çalışmaları Araştırmanın bir diğer sınırlaması, terapi metotlarının etkinliğinin kısa vadede değerlendirilmiş olmasıdır. Kekemelik tedavisi uzun süreli bir süreç gerektirebilir ve tedavi metotlarının etkinliği zamanla değişebilir.

#### Kısa Vadeli Değerlendirme:

Terapi metotlarının etkinliği, çalışmanın yapıldığı kısa zaman dilimi içinde değerlendirilmiştir. Uzun vadeli takip çalışmaları yapılmadığı için, terapi metotlarının uzun dönemdeki etkinlikleri hakkında kesin sonuçlar çıkarmak zordur.

#### Takip Çalışmalarının Eksikliği:

Tedavi sürecinin etkinliğini tam olarak değerlendirebilmek için uzun vadeli takip çalışmaları gereklidir. Ancak, bu araştırmada takip çalışmaları yapılmamıştır. Bu durum, terapi metotlarının kalıcı etkileri hakkında bilgi sahibi olmayı zorlaştırır.

#### Kontrol Gruplarının Eksikliği:

Araştırmada kontrol gruplarının eksikliği, bulguların yorumlanmasını zorlaştıran bir diğer sınırlamadır. Kontrol gruplarının olmaması, terapi metotlarının etkinliğini diğer yöntemlerle karşılaştırmayı zorlaştırır.

#### Kontrol Gruplarının Eksikliği:

Farklı terapi metotlarının etkinliğini daha objektif bir şekilde değerlendirebilmek için kontrol gruplarının kullanılması gerekmektedir. Ancak, bu araştırmada kontrol grupları kullanılmamıştır. Bu durum, bulguların objektifliğini ve geçerliliğini sınırlayabilir.

#### Demografik Faktörlerin Kapsamı:

Araştırmada ele alınan demografik faktörlerin kapsamı da sınırlıdır. Çalışmada sadece belirli demografik faktörler incelenmiştir ve diğer potansiyel etkili faktörler göz ardı edilmiştir.

#### Sınırlı Demografik Faktörler:

Yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum gibi belirli demografik faktörler incelenmiştir. Ancak, kültürel farklılıklar, aile yapısı, eğitim düzeyi gibi diğer önemli faktörler yeterince dikkate alınmamıştır. Bu durum, bulguların farklı demografik gruplar

için geçerliliğini sınırlayabilir.

Bu sınırlamalar, araştırmanın bulgularının genel geçerliliği ve güvenilirliği üzerinde bazı kısıtlamalar yaratmaktadır. Ancak, bu sınırlamalar dikkate alınarak yapılan yorumlar ve çıkarımlar, kekemelik tedavisinde kullanılan terapi metotlarının etkinliği ve demografik faktörlerin kaygı düzeyleri üzerindeki etkileri hakkında önemli bilgiler sunmaktadır. Gelecek araştırmalar, bu sınırlamaları dikkate alarak daha geniş örneklem gruplarıyla, daha uzun vadeli ve kontrol gruplarını içeren çalışmalar yapılmalıdır. Ayrıca, farklı demografik ve kültürel grupları kapsayan çalışmalar, bulguların genellenebilirliğini artıracaktır. Veri toplama yöntemlerinin objektifliğini artırmak için, öz-bildirim anketlerine ek olarak gözlemsel ve biyometrik veriler gibi daha nesnel ölçüm yöntemleri kullanılabilir. Sonuç olarak, bu araştırmanın bulguları, kekemelik tedavisinde kullanılan terapi metotlarının etkinliğini ve demografik faktörlerin kaygı düzeyleri üzerindeki etkilerini anlamada önemli bir katkı sağlamaktadır. Ancak, bu bulguların geçerliliğini ve güvenilirliğini artırmak için, daha kapsamlı ve metodolojik olarak güçlü çalışmalar yapılması gerekmektedir. Bu tür araştırmalar, kekemelik tedavisinde daha etkili ve kişiselleştirilmiş yaklaşımlar geliştirilmesine yardımcı olabilir.

### **3.2 Tartışma**

Bu çalışmada elde edilen bulgular, demografik faktörlerin kaygı düzeyleri üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir. Yaş ve cinsiyet, kaygı düzeylerini belirleyen en önemli demografik faktörler olarak öne çıkmaktadır. Ergenlik dönemindeki bireylerin kaygı düzeylerinin yüksek olması, bu dönemdeki sosyal ve duygusal baskıların artmasından kaynaklanmaktadır. Kız katılımcıların daha yüksek kaygı düzeylerine sahip olması ise, toplumsal cinsiyet rollerinin ve beklentilerin etkisini yansıtmaktadır. Diğer demografik faktörler, özellikle sosyo-ekonomik durum, aile yapısı ve ebeveynlerin eğitim düzeyi, kaygı düzeylerini belirlemede önemli rol oynamaktadır. Bu bulgular, kekemelik tedavisinde bireysel farklılıkların ve demografik özelliklerin dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır. Tedavi süreçlerinde, katılımcıların demografik özelliklerine göre kişiselleştirilmiş yaklaşımlar benimsenmesi, kaygı yönetimini ve tedavi etkinliğini artırabilir. Sonuç olarak, bu çalışmanın bulguları, demografik faktörlerin kaygı düzeyleri üzerindeki etkilerini ortaya koymakta ve kekemelik tedavisinde bireysel farklılıkların

önemini vurgulamaktadır. Yaş, cinsiyet ve diğer demografik faktörler dikkate alınarak yapılan analizler, tedavi süreçlerinin daha etkili ve verimli olmasına katkı sağlayabilir. Bu bağlamda, gelecekte yapılacak araştırmalar, demografik faktörlerin kekemelik ve kaygı üzerindeki etkilerini daha detaylı inceleyerek, tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine yardımcı olabilir.

#### Terapi Metotlarının Değerlendirilmesi

Kekemelik tedavisinde kullanılan farklı terapi metotlarının etkinliği, bu çalışmanın önemli bir odak noktasıdır. Kekemelik, bireyin konuşma akıcılığında yaşadığı sorunlar nedeniyle sosyal, duygusal ve akademik yaşamını olumsuz etkileyen bir durumdur. Bu çalışmada, nefes egzersizleri, yavaş konuşma tekniği ve zihinsel rahatlama teknikleri gibi çeşitli terapi metotlarının etkinliği incelenmiştir. Her bir terapi metodunun uygulanma sıklığı, etkinliği ve hangi durumlarda daha etkili olduğu detaylı bir şekilde ele alınmıştır.

#### Nefes Egzersizleri

Nefes egzersizleri, kekemelik tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Bu metot, doğru nefes alıp verme teknikleri öğretmek, konuşma sırasında nefesin kontrol edilmesini sağlamayı amaçlar.

#### Uygulanma Sıklığı:

Çalışmamızda katılımcıların %35'i nefes egzersizlerini düzenli olarak uyguladığını belirtmiştir. Nefes egzersizlerinin kolay uygulanabilir olması ve bireyin günlük yaşamına entegre edilebilmesi, bu metodun yaygın olarak tercih edilmesinin nedenlerinden biridir.

#### Etkinlik:

Nefes egzersizleri uygulayan katılımcılar, diğer terapi metotlarına göre daha düşük kaygı düzeylerine ve daha akıcı konuşma becerilerine sahip olmuştur. Durumluk kaygı puanları ortalama 46.0, sürekli kaygı puanları ise 43.2 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, nefes egzersizlerinin kaygı azaltmada ve konuşma akıcılığını artırmada etkili olduğunu göstermektedir.

#### Etkili Olduğu Durumlar:

Nefes egzersizleri, özellikle yüksek kaygı seviyelerine sahip bireylerde etkili olmaktadır. Kaygı yönetimi konusunda sorun yaşayan ve konuşma sırasında nefes

kontrolü ile ilgili zorluklar yaşayan bireyler için bu metodun kullanımı önerilmektedir.

#### Yavaş Konuşma Tekniği:

Yavaş konuşma tekniği, kekemelik tedavisinde konuşma hızını yavaşlatarak daha kontrollü ve akıcı bir konuşma sağlamayı hedefler. Bu metot, bireyin konuşma sırasında kelimeleri ve cümleleri daha dikkatli ve yavaş bir şekilde söylemesini teşvik eder.

#### Uygulanma Sıklığı:

Katılımcıların %30'u yavaş konuşma tekniğini düzenli olarak uygulamaktadır. Bu teknik, konuşma hızını kontrol altına almayı kolaylaştırdığı için yaygın olarak tercih edilmektedir.

#### Etkinlik:

Yavaş konuşma tekniği uygulayan katılımcılar, durumluk kaygı puanlarının ortalama 47.2, sürekli kaygı puanlarının ise 44.0 olduğunu belirtmişlerdir. Bu sonuçlar, yavaş konuşma tekniğinin kaygı düzeylerini azaltmada ve konuşma akıcılığını artırmada etkili olduğunu göstermektedir.

#### Etkili Olduğu Durumlar:

Yavaş konuşma tekniği, özellikle hızlı konuşma eğiliminde olan ve bu nedenle kekemelik sorunları yaşayan bireylerde etkili olmaktadır. Konuşma hızını kontrol altına alarak daha akıcı bir konuşma sağlayan bu teknik, sosyal ortamlarda ve sunum gibi resmi konuşma gerektiren durumlarda da başarılı sonuçlar vermektedir.

#### Zihinsel Rahatlama Teknikleri

Zihinsel rahatlama teknikleri, bireyin zihinsel olarak rahatlmasını ve stresi azaltmasını amaçlayan yöntemlerdir. Bu metotlar arasında meditasyon, yoga ve derin gevşeme teknikleri bulunmaktadır.

#### Uygulanma Sıklığı:

Katılımcıların %25'i zihinsel rahatlama tekniklerini düzenli olarak uygulamaktadır. Bu teknikler, bireyin genel stres seviyesini azaltmayı ve zihinsel rahatlama sağlamayı hedeflemektedir.

#### Etkinlik:

Zihinsel rahatlama teknikleri uygulayan katılımcılar, durumluk kaygı puanlarının ortalama 48.5, sürekli kaygı puanlarının ise 45.5 olduğunu belirtmişlerdir. Bu sonuçlar, zihinsel rahatlama tekniklerinin kaygı düzeylerini azaltmada etkili olduğunu, ancak diğer metotlara göre biraz daha az etkili olduğunu göstermektedir.

Etkili Olduğu Durumlar:

Zihinsel rahatlama teknikleri, genel stres ve anksiyete seviyelerini azaltmada etkili olup, özellikle yoğun stres altında olan bireylerde faydalı olmaktadır. Bu teknikler, konuşma kaygısı ile birlikte genel anksiyete sorunları yaşayan bireyler için önerilmektedir.

Bu çalışmada, kekemelik tedavisinde kullanılan üç farklı terapi metodunun etkinliği detaylı bir şekilde incelenmiştir. Nefes egzersizleri, yavaş konuşma tekniği ve zihinsel rahatlama tekniklerinin her biri, farklı kaygı düzeylerinde ve konuşma problemlerinde etkili sonuçlar vermektedir.

Nefes Egzersizleri: Yüksek kaygı seviyelerine sahip bireylerde nefes kontrolünü sağlama ve konuşma akıcılığını artırmada etkili olmuştur. Bu metot, kaygı yönetimi konusunda sorun yaşayan bireyler için önerilmektedir.

Yavaş Konuşma Tekniği: Hızlı konuşma eğiliminde olan bireylerde konuşma hızını kontrol altına alarak daha akıcı bir konuşma sağlamıştır. Bu teknik, sosyal ortamlarda ve resmi konuşmalarda başarılı sonuçlar vermektedir.

Zihinsel Rahatlama Teknikleri: Genel stres ve anksiyete seviyelerini azaltmada etkili olup, konuşma kaygısı ile birlikte genel anksiyete sorunları yaşayan bireyler için faydalıdır. Bu teknikler, zihinsel rahatlama sağlamada ve genel kaygı yönetiminde önerilmektedir.

Her bir terapi metodunun etkili olduğu durumlar farklılık gösterebilmekte olup, kekemelik tedavisinde bireysel ihtiyaçlara göre uygun metotların seçilmesi önemlidir. Bu bağlamda, tedavi sürecinde bireylerin demografik özellikleri, kaygı seviyeleri ve konuşma problemleri dikkate alınarak kişiselleştirilmiş terapi yaklaşımları benimsenmelidir. Bu çalışma, farklı terapi metotlarının etkinliğini ve hangi durumlarda daha etkili olduklarını ortaya koyarak, kekemelik tedavisinde daha bilinçli ve etkili yaklaşımlar geliştirilmesine katkı sağlamaktadır.

### 3.2.1 Demografik Faktörlerin Etkisi

Bu bölümde, katılımcıların yaş, cinsiyet gibi demografik özelliklerinin kaygı düzeylerine olan etkisi detaylı bir şekilde incelenecektir. Kaygı düzeyleri, hem durumluk kaygı hem de sürekli kaygı puanları üzerinden analiz edilmiştir. Demografik faktörlerin kaygı düzeyleri üzerindeki etkileri, çalışmanın önemli bulguları arasında yer almakta ve kekemelik tedavisi sürecinde bireysel farklılıkların önemini ortaya koymaktadır.

#### Yaşın Kaygı Düzeylerine Etkisi

Çalışmamızda, katılımcıların yaşlarının kaygı düzeyleri üzerindeki etkisi ayrıntılı olarak incelenmiştir. Yaş grupları, 10-12, 13-15 ve 16-18 olarak üç kategoriye ayrılmıştır. Her yaş grubunun hem durumluk kaygı hem de sürekli kaygı puanları analiz edilmiştir.

#### 10-12 Yaş Grubu:

Bu yaş grubunda ortalama durumluk kaygı puanı 45.8 olarak bulunmuştur. Sürekli kaygı puanı ise 42.3 olarak ölçülmüştür. Bu sonuçlar, çocukların daha düşük kaygı seviyelerine sahip olduğunu göstermektedir. Ergenlik öncesi dönemde, çocukların sosyal baskılardan ve kendini ifade etme gereksinimlerinden nispeten daha az etkilenmeleri bu durumu açıklayabilir.

#### 13-15 Yaş Grubu:

13-15 yaş grubunda ortalama durumluk kaygı puanı 47.9, sürekli kaygı puanı ise 44.5 olarak bulunmuştur. Bu yaş grubunda, ergenliğin başlaması ile birlikte sosyal ve duygusal baskıların artması kaygı düzeylerinin yükselmesine neden olmuştur.

#### 16-18 Yaş Grubu:

16-18 yaş grubunda ortalama durumluk kaygı puanı 50.6, sürekli kaygı puanı ise 47.0 olarak bulunmuştur. Bu yaş grubunda kaygı seviyelerinin en yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu sonuç, üniversite giriş sınavları, geleceğe dair belirsizlikler ve artan sosyal beklentilerin bu yaş grubunda kaygı düzeylerini artırdığına işaret etmektedir.

Yaşın kaygı düzeyleri üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Bu bulgular, yaş ilerledikçe kaygı düzeylerinin arttığını ve ergenlik döneminin kaygı üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir.

### Cinsiyetin Kaygı Düzeylerine Etkisi

Katılımcıların cinsiyetlerinin kaygı düzeyleri üzerindeki etkisi de analiz edilmiştir. Çalışmamızda kız ve erkek katılımcıların kaygı puanları karşılaştırılmıştır.

#### Kız Katılımcılar:

Kız katılımcıların ortalama durumluk kaygı puanı 50.2, sürekli kaygı puanı ise 46.7 olarak bulunmuştur. Kız katılımcıların kaygı düzeylerinin erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, kadınların sosyal ve duygusal baskılardan daha fazla etkilendiklerini ve bu nedenle daha yüksek kaygı seviyelerine sahip olabileceklerini düşündürmektedir.

#### Erkek Katılımcılar:

Erkek katılımcıların ortalama durumluk kaygı puanı 46.4, sürekli kaygı puanı ise 42.5 olarak bulunmuştur. Erkek katılımcıların kaygı düzeylerinin nispeten daha düşük olduğu görülmüştür. Erkeklerin duygusal ifadelerini daha az gösterme eğiliminde olmaları ve toplumsal beklentilerin farklılığı, bu durumu açıklayabilir.

Cinsiyetin kaygı düzeyleri üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Bu bulgular, cinsiyetin kaygı düzeyleri üzerinde önemli bir etkisi olduğunu ve kız katılımcıların genel olarak daha yüksek kaygı düzeylerine sahip olduklarını göstermektedir.

### Diğer Demografik Faktörler

Çalışmamızda, yaş ve cinsiyet dışında, katılımcıların sosyo-ekonomik durumu, aile yapısı ve eğitim düzeyi gibi diğer demografik faktörlerin kaygı düzeylerine etkisi de incelenmiştir.

#### Sosyo-ekonomik Durum:

Yüksek sosyo-ekonomik duruma sahip katılımcıların kaygı düzeyleri, düşük sosyo-ekonomik duruma sahip katılımcılara göre daha düşüktür. Bu bulgu, ekonomik güvence ve kaynaklara erişimin kaygıyı azaltmada önemli bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

#### Aile Yapısı:

Tek ebeveynli ailelerden gelen katılımcıların kaygı düzeyleri, iki ebeveynli ailelerden gelen katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Aile içi destek ve stabilite, kaygı seviyelerini etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır.

#### Eğitim Düzeyi:

Ebeveynlerin eğitim düzeyi de kaygı düzeyleri üzerinde etkili bulunmuştur. Yüksek eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin çocuklarının kaygı düzeyleri, daha düşük eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin çocuklarına göre daha düşüktür. Ebeveynlerin eğitim düzeyi, çocuklarına sağladıkları desteğin niteliğini ve kaygı yönetimi becerilerini etkileyebilir.

## SONUÇ

Çalışmamız, kekemelik tedavisinde kullanılan çeşitli metotların etkinliğini ve katılımcıların kaygı düzeylerini anlamada önemli bilgiler sağlamaktadır. Bulgularımız, literatürdeki birçok çalışma ile örtüşmekte ve kekemelik tedavisinde bireysel farklılıkların ve doğru terapi metodunun seçilmesinin önemini vurgulamaktadır. Özellikle, nefes egzersizleri ve yavaş konuşma tekniği gibi metotların etkinliği, literatürdeki bulgularla uyumlu olarak kaygı düzeylerini azaltmada ve konuşma akıcılığını artırmada önemli bir rol oynamaktadır. Ancak, çalışmamızda elde edilen bazı bulgular, literatürdeki diğer bulgularla farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar, çalışmamızın katılımcı profili, uygulama sıklığı ve yöntem farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir. Gelecekte yapılacak çalışmalar, bu farklılıkların nedenlerini daha detaylı inceleyerek, kekemelik tedavisinde daha etkili yöntemler geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Sonuç olarak, bu çalışmanın bulguları, kekemelik tedavisinde kullanılan metotların etkinliğini anlamada ve literatürdeki bulgularla karşılaştırmada önemli bilgiler sağlamaktadır. Çalışmamız, kekemelik ile ilgili kaygı düzeylerinin cinsiyet ve yaş gibi demografik faktörlerle nasıl değişebileceğini ve hangi terapi metotlarının daha etkili olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, kekemelik tedavisinde bireysel farklılıkların ve doğru terapi metodunun seçilmesinin önemini vurgulayan literatürle büyük ölçüde uyumlu olup, bu alanda gelecekte yapılacak araştırmalar için değerli bir temel sunmaktadır.

## KAYNAKÇA

- Ambrose, N. G., Yairi, E. (1994). The development of awareness of stuttering in preschool children. *Journal of Fluency Disorders*, 19(4), 229-245.
- Antholz, G. (2019). Akıcı Konuşma Bozukluğu Olan Bireylerde Kekemelik Şiddeti İle Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aydın, A. (2015). Gelişimsel kekemelik ve mizaç: Kekeleyen, tipik gelişim gösteren ve kendiliğinden iyileşen çocukların mizaç özelliklerinin karşılaştırılması. Doktora Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Balidede, I.N. (2021). Kekemeliği Olan Okul Öncesi Dönem Çocukların Ebeveynlerinin Çocuklarının Kekemeliğine Yönelik Tepki Ve Tutumlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Baumgartner, J., Duffy, J. R., (1997). Psychogenic stuttering in adults with and without neurologic disease, *J. Med. Speech Lang. Pathol.*, 5, 75-95.
- Baydık B, Akçamete G. (1999). 7-15 Yaş Grubundaki Kekeme Olan ve Olmayan Bireylerin Sözel İletişim Tutumlarının Karşılaştırılması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 2(3): 75-86.
- Bellibaş, S., Eremiş, S., Özbaran. B., Demiral .N., Altıntoprak.E., Bildik. T., (2009). Ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan okul öncesi yaş grubu çocukların annelerinin mizaç özellikleri, *Türk Psikiyatri Derg.*, 20 (1), 14-21.
- Belyk M, Kraft SJ, Brown S. Stuttering as a trait or state - an ALE metaanalysis of neuroimaging studies. *Eur J Neurosci*. 41(2):275–84, 2015
- Bernstein Ratner N. Evidence-based practice: An examination of its ramifications for the practice of speech-language pathology. *Lang Speech Hear Serv Sch*. 37(4):257–67, 2006.
- Berry MF, Eisenson J. (2017). *Speech Disorders: Principles and Practices of Therapy*. Wisconsin: Prentice-Hall.

- Berry MF, Eisenson J. (2017). *Speech Disorders: Principles and Practices of Therapy*. Wisconsin: Prentice-Hall.
- Bloodstein, O. (1995). *A Handbook on Stuttering* (5th ed.), San Diego, CA: Singular, 1, 5, 70, 72.
- Bloodstein, O. (1995). *A Handbook on Stuttering*. 5th edition. San Diego: CA: Singular. 1 (5), 70-71
- Bloodstein, O., Ratner, N. B. (2008). *A Handbook on Stuttering*. New York: Clifton Park. Thomson/Delmar Learning.
- Bloodstein, O., Ratner, N. B., (2008). *A Handbook On Stuttering*, Thomson Delmar Learning, Canada, 1, 2, 371, 381.
- Boey, R. (2012). Essentials of epidemiology and phenomenology of stuttering—consequences for clinical SLP practice. *Logopedija*, 3(1), 1-11.
- Boyle, M. P., Dioguardi, L., & Pate, J. E. (2016). A comparison of three strategies for reducing the public stigma associated with stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 50, 44-58.
- Bricker-Katz, G., Lincoln, M., & Cumming, S. (2013). Stuttering and work life: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Fluency Disorders*, 38(4), 342-355
- Brignell A, Krahe M, Downes M, Kefalianos E, Reilly S, Morgan AT. (2020). A systematic review of interventions for adults who stutter. *J Fluency Disord*.
- Brocklehurst, P. H., Lickley, R. J., & Corley, M. (2012). The influence of anticipation of word misrecognition on the likelihood of stuttering. *Journal of communication disorders*, 45(3), 147–160
- Carter, A. K., Breen, L. J., & Beilby, J. M. (2019). Self-efficacy beliefs: Experiences of adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 60, 11-25.
- Cavenagh, P., Costelloe, S., Davis, S., & Howell, P. (2015). Characteristics of young children close to the onset of stuttering. *Communication Disorders Quarterly*, 36(3), 162-171.

- Cholin, J., Heiler, S., Whillier, A., & Sommer, M. (2016). Premonitory awareness in stuttering scale (PAiS). *Journal of Fluency Disorders*, 49, 40–50.
- Connery, A., McCurtin, A., & Robinson, K. (2020). The lived experience of stuttering: a synthesis of qualitative studies with implications for rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 42(16), 2232-2242
- Conture, E. G., Walden, T. A., Arnold, H. S., Graham, C. G., Hartfield, K. N., & Karrass, J. (2006). Communication-emotional model of stuttering. *Current issues in stuttering research and practice*, 2, 17-47.
- Conture, E., and Walden, T. (2012). Dual diathesis-stressor model of stuttering. In L. Bellakova and Y. Filatova (Ed.), *Theoretical Issues in Fluency Disorders*. (Moscow: Vlados). 94–127.
- Cox, M., Alavi, Z., Dannenhauer, D., Eyorokon, V., Munoz-Avila, H., & Perlis, D. (2016). MIDCA: a metacognitive, integrated dual-cycle architecture for self regulated autonomy. *Proceedings of the AAAI Conference on Artificial Intelligence*, 30(1).
- Craig A, Tran Y. (2014) Trait and social anxiety in adults with chronic stuttering: Conclusions following meta-analysis. *Journal of Fluency Disorders*. 40(2014):35-43.
- Craig A. (2003). Clinical psychology and neurological disability: Psychological therapies for stuttering. *Clinical Psychologist*. 7(2), 93-103.
- Crichton-Smith, I. (2002). Communicating in the real world: Accounts from people who stammer. *Journal of Fluency Disorders*, 27(4), 333-352.
- Çetin, H. (2022). Okul Çağındaki Kekemeliği Olan Bireylerin Bilişsel Yetenekleri İle Calms-Tr Bileşenleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Davis, S., Howell, P., Cooke, F. (2002). Sociodynamic relationships between children who stutter and their non-stuttering classmates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(7), 939-947.
- Deniz, S. (2016). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Görev Yapan İlköğretim

Öğretmenleri İle Özel Eğitim Kurumlarında Görev Yapan Öğretmenlerin Kekeme Öğrencilere Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Yakındoğu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

- Felsenfeld, S., Kirk, K. M., Zhu, G., Statham, D. J., Neale, M. C., & Martin, N. G. (2000). A study of the genetic and environmental etiology of stuttering in a selected twin sample. *Behavior Genetics*, 30(5), 359-366.
- Frigerio-Domingues, C.ve Drayna, D. (2017). Genetic contributions to stuttering: The current evidence. *Molecular Genetics & Genomic Medicine*, 5(2), 95–102.
- Gabel, R. M., Blood, G. W., Tellis, G. M., & Althouse, M. T. (2004). Measuring role entrapment of people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 29(1), 27-49.
- Gerrig RJ ve Zimbardo PG. (2012). Psikoloji ve Yaşam. 19. Baskı. Sart G, çev. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Guitar B. (2013). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. 4th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar B. (2013). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. 4th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar, B. (2006). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. Lippincott Williams & Wilkins
- Healey, E.C. (2004) CALMS-TR (Çev. İ. KARA, T. Karahan Tığrak, M.E. Kulak Kayıkçı)Ankara: Detay Yayıncılık.
- Howell, P., & Davis, S. (2011). Predicting persistence of and recovery from stuttering by the teenage years based on information gathered at age 8 years. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 32(3), 196-205.
- Iverach L, O'Brian S, Jones M, Block S, Lincoln M, Harrison E, (2009). Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. *Journal of Anxiety Disorders*. 23(7), 928–934.
- Jackson, E. S., Yaruss, J. S., Quesal, R. W., Terranova, V., & Whalen, D. H. (2015). Responses of adults who stutter to the anticipation of stuttering. *Journal of fluency*

disorders, 45, 38–51.

- Johnson, K., Walden, T., Conture, E., Karrass, J., (2010). Spontaneous regulation of emotions in preschool children who stutter: Preliminary findings, *J. Speech Lang. Hear. R.*, 53, 1-18.
- Karakaş, A. (2016). Kekemelik Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinin Yaşadığı Kaygı Düzeyleri İle Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Turgut Özal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kayıkcı EM, Belgin E. (2010). Okul Çağı Kekeme Türk Çocuklarının Kekemelik Bulguları. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi*. 45(2): 141-143.
- Klein, J. F., & Hood, S. B. (2004). The impact of stuttering on employment opportunities and job performance. *Journal of Fluency Disorders*, 29(4), 255-273.
- Kocabıyık, N. A., & Duray, A. S. Gelişimsel Kekemelik ve Mizaç İlişkisine Dair Derleme. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 107-137.
- Kraft, S. J., & Yairi, E. (2011). Genetic bases of stuttering: The state of the art, 2011. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 64(1), 34-47
- Kraft, S. J., Ambrose, N., Chon, H. (2014, May). Temperament and environmental contributions to stuttering severity in children: The role of effortful control. In *Seminars in Speech and Language* (Vol. 35, No. 02, pp. 080-094). Thieme Medical Publishers.
- Langevin, M., Hagler, P. (2004). Development of a scale to measure peer attitudes toward children who stutter. *Evidence-based treatment of stuttering: Empirical bases and clinical applications*, 139-171.
- Langevin, M., Packman, A., Onslow, M. (2009). Peer responses to stuttering in the preschool setting. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18, 264- 278.
- Langevin, M., Packman, A., Onslow, M. (2010). Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschool-age children and themselves Get rights and content. *Journal of Communication Disorders*, 43 (5), 407–423.
- Lefort, M. K. R., Erickson, S., Block, S., Carey, B., & St. Louis, K. O. (2021). Australian

- attitudes towards stuttering: A cross-sectional study. *Journal of Fluency Disorders*, 69, 105-865.
- Lundgren, K., Helm-Estabrooks, N., Klein, R., (2010). Stuttering following acquired brain damage: A review of the literature, *J. Neurolinguistics*, 23, 5, 447–454.
- Manning, W. H. (2000). The demands and capacities model. *Journal of Fluency Disorders*, 4(25), 317- 319.
- Manning, W., H. (2010). *Clinical Decision Making in Fluency Disorders*. 3th edition. New York: Delmar Gengage Learning.
- Menzies RG, Onslow M, Packman A. (1999). Anxiety and stuttering: Exploring a complex relationship. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 8(1), 3-10.
- Ntourou, K., Walden, T.A., Conture, E.G., (2013). Emotional reactivity and regulation in preschool age children who stutter, *J. Fluency Disord.*, 38(3), 260-274.
- Onslow, M. (2020.). *Stuttering and its' treatment eleven lectures*. Erişim adresi Uds Edu.
- Özgür, İ. (2003). *Konuşma Bozukluğu ve Sağaltımı*. Nobel Kitabevi, Adana.
- Özusta HŞ. (1995). Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 10(34), 32- 44
- Pınarcık, Ö. (2013). *6-8 Yaş Kekeme Öğrencilerin Psiko-Sosyal ve Akademik Yönden Karşılaştıkları Güçlüklerin Öğrenci, Öğretmen, Veli Görüşleri Açısından Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi.
- Pınarcık, Ö., Sarı, H. (2013). Tanım Açısından Kekemeliğe Yönelik Yeni Bulguların Değerlendirilmesi. *Karaelmas Journal of Educational Sciences*, 1, 33- 42.
- Postma, A. ve Kolk, H. (1993). The covert repair hypothesis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 36(3), 472–487.
- Rothbart, M. K., & Jones, L. B. (1998). Temperament, self-regulation, and education. *School Psychology Review*, 27(4), 479-491
- Scheurich, J. A., Beidel, D. C., Vanryckeghem, M. (2019). Exposure therapy for social anxiety disorder in people who stutter: An exploratory multiple baseline design.

- Journal of fluency disorders, 59, 21-32.
- Schwenk, K.A., Conture, E.G., Walden, T.A., (2007). Reaction to background stimulation of preschool children who do and do not stutter, *J. Commun. Disord.*, 40(2), 129– 141.
- Shapiro DA. (1999). *Stuttering Intervention: A Collaborative Journey to Fluency Freedom*. Texas: Pro-Ed.
- Siegel, G. M. (2000). Demands and capacities or demands and performance?. *Journal of fluency disorders*, 25(4), 321-327.
- Silverman, F. H. (2004). *Stuttering and the Other Fluency Disorders*. Illinois: Waveland Press. 134-135
- Smith A, & Weber C. (2017). How stuttering develops: The multifactorial dynamic pathways theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(9), 2483-2505.
- Smith, A. & Kelly, E. (1997). Stuttering: A dynamic, multifactorial model. In R. Curlee ve G. Siegal (Ed.), *Nature and treatment of stuttering: New directions* (2nd ed.) Boston: Allyn & Bacon.
- Smith, A., & Weber, C. (2017). How stuttering develops: The multifactorial dynamic pathways theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(9), 2483-2505.
- Tetnowski, J. A., Scott, K. S., & Rutland, B. F. (2021). Fluency and fluency disorders. *The handbook of language and speech disorders*, 414-444.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of The Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52.
- Tığrak, T. (2016). *Akıcı Konuşma Bozukluğu Olan Çocukların Davranış Değerlendirmesi Ve Ebeveynlerinin Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Tichenor, S. E., & Yaruss, J. S. (2019). Stuttering as defined by adults who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(12), 4356–4369.

- Tichenor, S., & Yaruss, J. S. (2018). A phenomenological analysis of the experience of stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(3S), 1180-1194.
- Tomblin JB, Morris HL, (1994) Spriestersbach DC. *Diagnosis in Speech-Language Pathology*. San Diego: Singular Publishing.
- Treon, M., Dempster, L., & Blaesing, K. (2006). MMPI-2/A assessed personality differences in people who do, and do not, stutter. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 34(3), 271-294
- Uysal A., & Cangökçe Yaşar, Ö. (2019). Premonitory awareness scale in children who stutter: PAiS-TR. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*. 35(2), 31-31.
- Ünalın, D. (2000). *Kayseri Kentsel Kesimde 7-12 Yaş Grubu Çocuklarda Entürezis Nokturna, Kekemelik ve Tik Görülme Sıklığı (Yüksek Lisans Tezi)*. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi.
- Vinacour, R.E., Levin, R. (2004). The relationship between anxiety and Stuttering: A Multidimensional Approach, *Journal of Fluency Disorders*, 29: 135-148
- Walton, P., Wallace, M. (1998). *Fun With Fluency Direct Therapy With the Young Child*. Imeginant International Inc. All Right Reserved. USA.
- Ward, D., (2008). The aetiology and treatment of developmental stammering in childhood, *Arch. Dis. Child*, 93, 68-71.
- Yarı E, & Ambrose NC. (2005). *Early Childhood Stuttering: For Clinicians by Clinicians*. 521
- Yairi, E. ve Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 66-87.
- Yairi, E. ve Seery, C.H. (2015). *Stuttering: Foundations and clinical applications (2. Baskı)*. Boston: Pearson Allyn & Bacon.
- Yairi, E., & Seery, C. H. (2015). *Stuttering foundations and clinical applications*. Pearson.
- Yairi, E., & Seery, C. H. (2015). *Stuttering foundations and clinical applications*. Pearson.
- Yairi, E., Watkins, R., Ambrose, N., & Paden, E. (2001). What is stuttering? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44(3), 585–592.

- Yaruss JS, Quesal RW, Reeves L, Molt LF, Kluetz B, Caruso AJ, et al. Speech treatment and support group experiences of people who participate in the National Stuttering Association. *J Fluency Disord.* 27(2):115–34, 2002
- Yaruss, J. S., & Coleman, C. (2006). Treating preschool children who stutter: Description and preliminary evaluation of a family-focused treatment approach. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 37(2), 118- 136.
- Zebrowski PM, Kelly EM. (2002). *Manual of Stuttering Intervention*. 1. Baskı, Clifton Park, N.Y.: Singular Pub Group.
- Armitage R. (2021). Bullying in children: impact on child health. *BMJ paediatrics open*, 5 (1), e000939. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2020-000939>.
- ASHA (2022), *Scope of Practice in Speech-Language Pathology*, American Speech-Language-Hearing Association –ASHA, <https://www.asha.org/policy/sp2016-00343/> (Erişim Tarihi: 22.10.2022).
- ASHA (2022a), *Speech and Language Disorders*, American Speech-Language-Hearing Association –ASHA, <https://www.asha.org/public/speech/disorders/> (Erişim Tarihi: 22.10.2022).
- ASHA (2022b), *About Stuttering*, American Speech-Language-Hearing Association –ASHA, <https://www.asha.org/public/speech/disorders/stuttering/> (Erişim Tarihi: 22.10.2022).
- Atasoy, İ. & Doğu, Ö. (2017). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Akran Desteğinin Önemi . *Journal of Human Rhythm*, 3 (1), 62-67.
- Ateş B. (2012), Orta öğretim öğrencilerin sosyal destek algılarının bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Akademik Bakış Dergisi*, 30:1-16
- Barın, M. (2018). Konuşma Becerisi: Konuşma ve Yazı Dili. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22 (2), 1903-1913
- Blood, G. W., Boyle, M. P., Blood, I. M., & Nalesnik, G. R. (2010). Bullying in children who stutter: speech-language pathologists' perceptions and intervention strategies. *Journal of fluency disorders*, 35(2), 92–109. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.03.003>

- Brosch S, & Pirsig W. (2001), Stuttering in history and culture. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology (Int J Pediatr Otorhinolaryngol)*, 59(2), 81-87, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165587601004748> (Erişim Tarihi: 11.09.2022).
- Budak, H., Sanioğlu, A., Keretli, Ö., Durak, A. & Öz, B. (2020). Spor Yaralanmasının Kaygı Üzerindeki Etkileri. *Kilis 7 Aralık Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 4 (1) , 38-47 .
- Cüceloğlu, D. (2019), İletişim Donanımları, 47. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Çalışkan T, Çınar S. (2012), Akran desteği: Geçerlik güvenirlik çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*.2012; 2(1): 1-7.
- Damar, Ş. (2022), Okul Öncesi Çocuklarda Kekemeliğin Davranışsal, Duygusal Ve Sosyal İyilik Hali Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dil Ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı, Dil Ve Konuşma Terapisi Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Demirbilek M. (2012), Yurtlarda kalan öğrencilerin arkadaşlık ilişkileri, arkadaşlık ilişkileriyle bağlantılı sorunları ve çözümüne yönelik bir model denemesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3): 1-24
- Felsenfeld S, Kirk KM, Zhu G, Statham DJ, Neale MC, Martin NG. (2000), A study of the genetic and environmental etiology of stuttering in a selected twin sample. *Behav Genet.* 30 (5): 359-366, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11235981/>
- Gordon, W.B. & Ingrid M.B. (2016). Long-term consequences of childhood bullying in adults who stutter: Social anxiety, fear of negative evaluation, self-esteem, and satisfaction with life. *Journal of fluency disorders*, 50, 72-84, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27865231/>
- Guitar, B. (2006), *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar, B. (2019). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment (5th ed)*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hamzadayı, E., Bayat, N. & Gölpınar, Ş. (2018). Konuşma Kaygı Düzeyi ile Konuşma

- Başarımı Arasındaki İlişki. *Journal of Language Education and Research*, 4 (2), 75-85.
- Hawes, M. T., Farrell, M. R., Cannone, J. L., Finsaas, M. C., Olino, T. M., & Klein, D. N. (2021). Early childhood temperament predicts intolerance of uncertainty in adolescence. *Journal of anxiety disorders*, 80, 102390. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102390>
- Iverach, L., & Rapee, R. M. (2014). Social anxiety disorder and stuttering: current status and future directions. *Journal of fluency disorders*, 40, 69–82. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.08.003>.
- Iverach, L., Rapee, R. M., Wong, Q. J. J., & Lowe, R. (2017). Maintenance of Social Anxiety in Stuttering: A Cognitive-Behavioral Model. *American journal of speech-language pathology*, 26(2), 540–556. [https://doi.org/10.1044/2016\\_AJSLP-16-0033](https://doi.org/10.1044/2016_AJSLP-16-0033)
- Jones, R., Choi, D., Conture, E., & Walden, T. (2014). Temperament, emotion, and childhood stuttering. *Seminars in speech and language*, 35(2), 114–131. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1371755>
- Karakaş, S. (2022), Kekemelik Nedeniyle Takip Edilen Bireylerin Psikososyal Durumlarının Araştırılması, Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Elazığ.
- Karsan, Ç. (2022), Kekemeliği Olan Bireylerde tıdas Ve Konuşma Müdahalelerinin Birlikte Kullanımının Spontane Akıcılığa Olan Etkisi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dil Ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
- Koenraads, S. P. C., Jansen, P. W., Baatenburg de Jong, R. J., van der Schroeff, M. P., & Franken, M. C. (2021). Bidirectional Associations of Childhood Stuttering With Behavior and Temperament. *Journal of speech, language, and hearing research : JSLHR*, 64(12), 4563–4579. [https://doi.org/10.1044/2021\\_JSLHR-20-00252](https://doi.org/10.1044/2021_JSLHR-20-00252)
- Korkmaz, B. (2020), Dil ve Beyin: Çocuklarda Dil ve Konuşma Bozuklukları, Cilt 1, Editör: Gamze Sert, Aba Yayınları, İstanbul.

- Korkmaz, B. (2020'a), Dil ve Beyin: Çocuklarda Dil ve Konuşma Bozuklukları, Cilt 2, Editör: Gamze Sert, Aba Yayınları, İstanbul.
- Lowe, R., Menzies, R., Onslow, M., Packman, A., & O'Brian, S. (2021). Speech and Anxiety Management With Persistent Stuttering: Current Status and Essential Research. *Journal of speech, language, and hearing research: JSLHR*, 64(1), 59–74. [https://doi.org/10.1044/2020\\_JSLHR-20-00144](https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00144)
- Menevşe, A. & Şeker, A. F. (2020). Farklı Disiplinlerdeki Öğrencilerin İşsizlik Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Uluslararası Güncel Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 6 (2), 338-356.
- Murphy, W. P., & Quesal, R. W. (2002). Strategies for addressing bullying with the school-age child who stutters. *Seminars in speech and language*, 23(3), 205–212. <https://doi.org/10.1055/s-2002-33754>
- Oral, S. A. (2022), Erken Çocuklukta Kekemeliğe İlişkin Olumsuz İletişim Tutumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dil Ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı, Dil Ve Konuşma Bozuklukları Terapisi Doktora Programı, Doktora Tezi, İstanbul.
- Perez, H. R., & Stoeckle, J. H. (2016). Stuttering: Clinical and research update. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 62(6), 479–484. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27303004/> (Erişim Tarihi: 11.09.2022).
- Polat, F. ve Sohbet, R. (2020). Ortaöğretim Öğrencilerinde Akran Zorbalığı. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15 (2), 41-51.
- Prasse, J. E., & Kikano, G. E. (2008). Stuttering: an overview. *American family physician*, 77(9), 1271–1276, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18540491/>
- Sakarya, S. ve Pekdoğan, S. (2020). Mizaç Özelliklerinin Çocuğun Zorba Ve Kurban Davranışlarını Yordama Gücü. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 8 (23), 311-324.
- Sander, R. W., & Osborne, C. A. (2019). Stuttering: Understanding and Treating a Common Disability. *American family physician*, 100 (9), 556–560, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31674746/> (Erişim Tarihi: 28.09.2022).

- Smith, A., Weber, C. (2017). How stuttering develops: The multifactorial dynamic pathways theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(9), 2483-2505, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5831617/> (Erişim Tarihi: 15.09.2022).
- Stephens, M. M., Cook-Fasano, H. T., & Sibbaluca, K. (2018). Childhood Bullying: Implications for Physicians. *American family physician*, 97(3), 187–192, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29431974/>.
- şahin, M. (2019). Korku, Kaygı Ve Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6 (10) , 117-135
- Talu, E. ve Gümüş, G. (2020), Ergenlerde Akran Baskısı ve Riskli Davranışlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (AEÜSBED)*, 6 (2), 390-403.
- Tosun, Ü., Güdek, K. & Zorlu, A. (2018). İlkokul Öğrencilerinin Sosyal Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *International Journal of Entrepreneurship and Management Inquiries*, 2 (2), 55-63.
- Walsh, B., Usler, E., Bostian, A., Mohan, R., Gerwin, K. L., Brown, B., Weber, C., & Smith, A. (2018). What Are Predictors for Persistence in Childhood Stuttering. *Seminars in speech and language*, 39(4), 299–312. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667159>
- Yairi E, & Seery CH. (2015), *Stuttering foundations and clinical applications*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson.
- Yairi E, Ambrose N, & Cox N. (2013), Genetics of stuttering: a critical review. *J Speech Hear Res*. 39 (4), 771–784, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8844557/>
- Yıldırım, Ö.G.R. (2012). Akran Zorbalığı. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10 (2), 39-51.

## EK-3.STAI FORM TX-I

## STAI FORM TX – I

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)