



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

KEKEME BİREYLERDE KEKEMELİK ŞİDDETİ İLE ÇABALAMA DAVRANIŞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşe ÇAKAL

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir, 2023

KEKEME BİREYLERDE KEKEMELİK ŞİDDETİ İLE ÇABALAMA
DAVRANIŞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşe ÇAKAL

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

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir, 2023

ÖZET

ÇAKAL Ayşe. Kekeme bireylerde kekemelik şiddeti ile çabalama davranışının değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir, 2023.

Bu çalışmanın amacı kekeme bireylerde kekemelik şiddeti ile çabalama davranışının değerlendirilmesidir. Araştırmanın evrenini Türkiye'deki kekeme bireyler oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini ise Afyon ili ve ilçelerindeki kekeme bireyler oluşturmaktadır. Çalışmaya 100 kekeme birey dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen kekeme bireylerin yaşları 19-45 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 32.88 ± 6.28 idi. Çalışmaya dahil edilen kekemelerin 54'ü (%54) erkek, 46'sı (%46) kadın, %33'ü önlisans, %29'u lise, %23'ü otaokul, %8'i ilkokul, %7'si lisans/lisansüstü mezunu idi. Katılımcıların %61'inin gelir düzeyi orta, %24'ünün düşük, %15'inin ise yüksekti. Kekemeliğin şiddetini belirlemek için Kekemelik Kendini Değerlendirme Profili Türkçe Versiyonu Ölçeği (WASSP-TR), çabalama davranışının belirlenmesi için de Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği kullanıldı. Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 21.0 paket programı ile analiz edildi. İki parametrelili değişkenler için bağımsız değişkenler t testi, ikiden fazla parametrelili değişkenlere yönelik karşılaştırmalar için tek yönlü varyans analizi, sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesi için ise Pearson's korelasyon analizi uygulanmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistik olarak anlamlı kabul edilmiştir. Çalışma sonucunda katılımcıların yaşı ile kekemelik şiddeti arasında ilişki saptanmadı ($p > 0.05$). Kadın kekemelerin erkek kekemelere kıyasla kaçınma davranışı sergileme düzeylerinin anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü ($p < 0.05$). Eğitim düzeyine bağlı olarak kekemelik şiddetine ilişkin algılarda farklılaşma olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Eğitim düzeyi arttıkça kekemeliliğe ilişkin algıların daha olumlu hale geldiği saptanmıştır. Gelir düzeyi ile kekemelik şiddetine ilişkin düşünceler altboyutu arasında negatif yönde ve düşük düzeyde ($r = -.251$; $p < 0.05$); duygular altboyutu arasında negatif yönde ve orta düzeyde ($r = -.440$; $p < 0.001$); dezavantaj altboyutu arasında negatif yönde ve düşük düzeyde ($r = -.357$; $p < 0.05$); ölçeğin tamamından elde edilen toplam puan ile negatif yönde ve orta düzeyde ($r = -.463$; $p < 0.001$) ilişki saptandı. Kekeleyen bireylerin kekemeliğe başa çıkmada en fazla sosyal destek arama davranışını sergiledikleri görülmüştür. Yaş ile kekemeliğe başa çıkma stratejileri arasında ilişki saptanmamıştır. Kadın kekemelerin erkek kekemelere göre kaçınma davranışını anlamlı şekilde daha fazla kullandıkları görülmüştür. Eğitim düzeyinin başa çıkma stratejilerinde anlamlı bir farklılığa neden olmadığı görülmüştür. Kekeme bireylerin gelir düzeyi ile sosyal destek arama ve kaçınma düzeyleri arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ilişki saptandı. Kekemelik şiddetine ilişkin olumsuz algılar arttıkça problem çözme, sosyal destek arama ve kaçınma tarzındaki başa çıkma stratejilerini kullanma düzeylerinin anlamlı şekilde arttığı söylenebilir.

Anahtar Sözcükler

Kekemelik, Çabalama, Kekemelik Şiddeti

ABSTRACT

ÇAKAL Ayşe, *Evaluation of stuttering severity and striving behavior in stutterers*, Master's Thesis, Nevsehir, 2023.

The aim of this study is to evaluate the severity of stuttering and effort behavior in stuttering individuals. The population of the study consists of stuttering individuals in Turkey. The sample of the study consists of stuttering individuals in Afyon province and its districts. The study included 100 stuttering individuals. The ages of the stutterers included in the study ranged between 19-45 years and the mean age was 32.88 ± 6.28 . Of the stutterers included in the study, 54 (54%) were male, 46 (46%) were female, 33% had associate degree, 29% had high school, 23% had junior high school, 8% had primary school, and 7% had undergraduate/graduate degree. The income level of 61% of the participants was medium, 24% low, and 15% high. The Stuttering Self-Assessment Profile Turkish Version Scale (WASSP-TR) was used to determine the severity of stuttering, and the Coping Strategies Scale was used to determine struggling behavior. The data obtained from the study were analyzed with SPSS 21.0 package program. Independent variables t test was used for variables with two parameters, one-way analysis of variance was used for comparisons of variables with more than two parameters, and Pearson's correlation analysis was used to determine the relationship between continuous variables. $p < 0.05$ was considered statistically significant. As a result of the study, no relationship was found between the age of the participants and the severity of stuttering ($p > 0.05$). Female stutterers had significantly higher levels of avoidance behavior compared to male stutterers ($p < 0.05$). It was seen that there was a difference in the perceptions about the severity of stuttering depending on the level of education ($p < 0.05$). It was determined that perceptions about stuttering became more positive as the level of education increased. There was a negative and low level correlation ($r = -.251$; $p < 0.05$) between income level and the subdimension of thoughts about the severity of stuttering; a negative and moderate level correlation ($r = -.440$; $p < 0.001$) between the subdimension of emotions; a negative and low level correlation ($r = -.357$; $p < 0.05$) between the subdimension of disadvantage; and a negative and moderate level correlation ($r = -.463$; $p < 0.001$) with the total score obtained from the whole scale. It was observed that individuals who stutter exhibited the most social support seeking behavior in coping with stuttering. There was no relationship between age and coping strategies with stuttering. It was observed that female stutterers used avoidance behavior significantly more than male stutterers. Education level did not cause a significant difference in coping strategies. There was a positive and low level relationship between the income level of stutterers and their social support seeking and avoidance levels. It can be said that as the negative perceptions about the severity of stuttering increase, the levels of using coping strategies such as problem solving, seeking social support and avoidance increase significantly.

Keywords

Stuttering, Struggle, Stuttering Severity

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ETİK BEYAN	iv
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
GİRİŞ	1

1. BÖLÜM KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. İLETİŞİM, DİL, KONUŞMA	3
1.1.1. İletişim	3
1.1.2. Dil	3
1.1.3. Konuşma	4
1.2. DİL VE KONUŞMA BOZUKLUKLARI	6
1.3. AKICILIK BOZUKLUKLARI	6
1.3.1. Hızlı-Bozuk Konuşma (Cluttering/Takıfemi)	7
1.3.2. Kekemelik	7
1.3.2.1. Kekemeliğin Tanımı	7
1.3.2.2. Kekemeliğin Etimolojisi ve İnsidansı	8
1.3.2.3. Kekemeliğin Nedenleri	10
1.3.2.4. Kekemelik Semptomları	11
1.3.2.5. Kekemeliğin Tanı ve Değerlendirmesi	12
1.3.2.6. Kekemelik Şiddet Ölçekleri	14
1.3.2.7. Kekemelik Teorileri	15
1.3.2.8. Kekemeliğin Evreleri	18

2. BÖLÜM GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. KATILIMCILAR	20
2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	20
2.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	22

3. BÖLÜM BULGULAR

3.1. Demografik Özelliklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	23
3.2. Kekemelik Şiddetine İlişkin Bulgular	23
3.3. Çabalama Davranışlarına İlişkin Bulgular	28
3.4. Kekemelik Şiddeti ile Çabalama Davranışları Arasındaki İlişki	31

4. BÖLÜM.....	33
TARTIŞMA VE SONUÇ.....	33
KAYNAKÇA	38
EK-1. ORJİNALLİK RAPORU.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK-2. ETİK KURUL İZİN FORMU	47

KISALTMALAR DİZİNİ

ASHA	: Amerikan Dil Konuşma İşitme Birliği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
Maks	: Maksimum
Min	: Minimum

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Katılımcıların Cinsiyetine Göre WASSP TR Ölçeği'nden Elde Ettikleri Ortalama Puanlar.....	25
Şekil 2. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre WASSP TR Ölçeği'nden Elde Ettikleri Ortalama Puanlar	27
Şekil 3. Katılımcıların cinsiyetine göre başa çıkma stratejileri	29
Şekil 4. Katılımcıların eğitim durumuna göre başa çıkma stratejileri	30

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri.....	23
Tablo 2. Katılımcıların WASSP TR Ölçeği'nden Elde Ettikleri Ortalama Puanlar	23
Tablo 3. Katılımcıların yaşı ile WASSP TR Ölçeği'nden Elde Ettikleri Ortalama Puanlar arasındaki ilişki	24
Tablo 4. Katılımcıların Cinsiyetine Göre WASSP TR Ölçeği'nden Elde Ettikleri Ortalama Puanların Karşılaştırılması	24
Tablo 5. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre WASSP TR Ölçeği'nden Elde Ettikleri Ortalama Puanların Karşılaştırılması	26
Tablo 6. Katılımcıların Gelir Düzeyi ile WASSP TR Ölçeği'nden Elde Ettikleri Ortalama Puanları Arasındaki İlişki	28
Tablo 7. Katılımcıların başa çıkma ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar ..	28
Tablo 8. Katılımcıların yaşı ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki	29
Tablo 9. Katılımcıların cinsiyetine göre başa çıkma stratejilerinin karşılaştırılması.....	29
Tablo 10. Katılımcıların eğitim durumuna göre başa çıkma stratejilerinin karşılaştırılması.....	30
Tablo 11. Katılımcıların gelir düzeyi ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki.	31
Tablo 12. Kekemelik şiddeti ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki	31

GİRİŞ

İletişim, hayatın başlangıcından bu yana var olan, insanlığın evrimi ile dinamikleşen bir süreçtir. Bu süreçte insanı diğer varlıklardan üstün hale getiren ise dil ve konuşmadır (Topbaş, 2011). Dil, iletişimi sağlayan bir araç olarak düşünüldüğünde, konuşma da bu aracı iletmenin yolu olarak ifade edilebilir (Shames ve ark., 1998).

Konuşma, sözel dilde yer alan sesleri çıkarmak için gereken motor işlemlerle tanımlanır ve genel bir ifadeyle, fonasyon, rezonasyon ve artikülasyonu içeren sürecin bir ürünüdür. Bu motor işlemlerde meydana gelen aksaklıklar ise konuşma bozukluklarına sebep olmaktadır (Silverman, 2004). Amerikan Konuşma-Dil-İşitme Birliği (ASHA), konuşma bozukluğunu, konuşma seslerinin artikülasyonuna, akıcılığına ve/veya konuşma sesine ilişkin bir aksaklığa sahip olma (Topbaş, 2011) biçiminde tanımlamaktadır.

Akıcı konuşma bozukluğu; konuşma davranışında meydana gelen değişiklikler, duygu ve inançlarla ilişkisi, benlik kavramındaki ve sosyal etkileşimlerdeki rolü gibi farklı boyutları içeren bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (İbilioğlu, 2011). ASHA, akıcılık bozukluğunu (*stuttering*), konuşmanın akışını, ritmini, tizliğini, vurgularını, ses birimlerinin çıkarılmasını ve anlaşılmasını bozan bir durum olarak tanımlamaktadır (1993). Bazı ikincil davranışlar (belirtilerden kaçma/ kaçınma) bu duruma eşlik edebilir. Konuşma bozukluğu olanlarda, iletişim sorunlarının yanı sıra diğer psikolojik sorunlarla da karşılaşıldığı sıklıkla belirtilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004).

Kekemelik, konuşmanın akıcılığında görülen bir bozukluktur. Kekemeliğin başlamasının ardından yaşanan engellenmişliğin ve buna eşlik eden kaygı ve utanç gibi olumsuz duyguların bireyin sosyal yaşamı, meslek yaşamı ve kişiliğinde önemli sorunlara yol açabileceği düşünülmektedir. Çoğunlukla bir psikopatolojiyle doğrudan ilişkili olmasa da kekemelik tanısı almış bireylerin daha büyük olasılıkla içe dönük davranışlar sergileme ve sosyal ortamlarda yer

almaktan kaçınma eğiliminde olduklarına işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (Silverman, 2004).

Kekemeliğin, bireyin toplumsal yaşamındaki olumsuz etkileri nedeniyle psikolojik durumunda da olumsuz sonuçlar doğurabileceği düşünülmektedir. Literatürde yer alan birçok çalışmada kekemelik, anksiyete ve depresyonla ilişkilendirilmektedir. Kekeme bireylerin değerlendirilmesinde, konuşma kesintileriyle birlikte ortaya çıkan psikolojik belirtilerin yanı sıra bireylerin ilişkili kişilik özelliklerinin ve tutumlarının da göz önüne alınması gerektiği düşünülmektedir. Kendini ifade etmek amacıyla iletişim kurmak isteyen, fakat kendini ifade etmekte güçlük çeken, ya da kendini doğru biçimde ifade edemeyen, toplumun konuşma standartlarına uymakta güçlük çeken kekeme bireylerde isyana eşlik eden saldırgan davranışların, düşmanca niyet algısı ve kendine güvensizliğin yanı sıra düşmanca utanç, suçluluk ve kaygı gibi olumsuz duyguların da ortaya çıkabildiği bildirilmektedir. Kekemelik tanısı almış bireylerde en sık rastlanan olumsuz duyguların hayal kırıklığı, utanma ve kızgınlık olduğu bildirilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004).

Kekeme bireylerle yapılan araştırmalarda kekemeliğin şiddetindeki artışın, kaygı düzeyinde de aynı oranda artışa yol açtığına ilişkin sonuçlar bulunmaktadır (Atkins, 1988). Ayrıca, akranlarıyla karşılaştırıldığında kekemelik tanısı almış ergen bireylerin sosyal fobi belirtilerini değerlendiren ölçeklerden daha yüksek puanlar aldığı görülmektedir (Vinacour ve Levin, 2004; Öztürk ve Tüzün, 2002).

Yukarıdaki açıklamalardan hareketle kekeme bireylerde kekemelik şiddetiyle çabalama davranışları arasında ilişki olduğu söylenebilir. Kekeme bireylerin yaşadığı sorunların ortadan kaldırılması veya minimize edilebilmesi için hangi çabalama davranışlarını kullandıklarının belirlenmesi rehabilitasyon açısından önemlidir. Bu çalışmanın amacı kekeme bireylerde kekemelik şiddeti ile çabalama davranışının değerlendirilmesidir.

1. BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. İLETİŞİM, DİL, KONUŞMA

1.1.1. İletişim

İletişim bizleri diğer canlılardan farklı kılan bir kavramdır. İletişim, genellikle konuşma ve dil kavramlarıyla birlikte kullanılır. Fakat aslında birbirinden ayrı anlamlar taşıyan kavramlardır (Konrot, 1988). İletişim, aktarılan bir bildirinin verici ile alıcı arasında gerçekleşen karşılıklı eylemine dayalı süreç olarak tanımlanmaktadır (Günay, 2004). İletişim ve dil kavramlarının doğru şekilde açıklanması için içeriklerinin iyi bilinmesi gerekmektedir (Kılıç, 2002). İletişim kavramı dil ile sınırlı değildir ancak iletişimi bu denli geliştirmiş kılan öge dildir. Dil ve konuşma işlevlerini kapsar ama onlar olmadan da meydana gelebilen bir olgudur (James, 1991).

İletişim genel bir tanım olarak bilgi ve fikir alışverişinin aktif sürecidir. Anlatılanı ve anlamayı içerir. Sözlü ifadelerden seslendirmelere, jest ve mimiklerden sembollere kadar tüm gelen çıktıları içerebilir (Beukelman ve Mirenda, 2013). Bireyler iletişim sayesinde duygu ve düşüncelerini paylaşarak dış dünyayla etkileşimde olabilirler. Sağlıklı bir iletişim için mesajların doğru bir şekilde aktarılıp alındığına dikkat etmek gereklidir (Bernstein ve Tiegerman, 2008).

1.1.2. Dil

Dil insanın doğumundan itibaren iletişim kurmak için kullandığı en önemli araçlardan biridir (Topbaş, 1998). Dilin tanımını ASHA; düşünce ve iletişim için birbirinden farklı biçimlerde kullanılan geleneksel sembollerin dinamik ve karmaşık bir sistemi şeklinde yapmaktadır. Dil bozukluğu olan bir kişi, anlamada, konuşmada, okuma ve yazmada ve bunlarla birlikte sosyal yaşantısında ve yaşam kalitesinde sorunlar yaşayabilir. Dil bilgi aktarımın

sağlanmasını sağlayan araçlardan biridir (Shames ve ark., 1986). Dil öğrenimi ve sonrasındaki kullanımı; bireyin bilişsel, biyolojik, çevresel ve psikososyal faktörlerinden etkilenir. Sözel olmayan ipuçları ve sosyokültürel roller gibi ilişkili faktörler de dilin doğru bir biçimde kullanılmasını etkiler (ASHA, 2014).

1.1.3. Konuşma

Konuşma ASHA'ya (2014) göre sesleri, birimleri ve kelimeleri nasıl söylediğimizdir. Konuşan diğer bireyler ile anlaşma sağlayabilmek için ses ve dil kalıplarını kullanarak ve bu birimleri üretmek amacı ile gerekli oral nöromusküler hareketlerin hassas bir biçimde koordinasyonunu içererek gerçekleşen haberleşme yöntemidir. Bir başka deyişle sözel dilin kalıplarını ve seslerini çıkarmak için gereken dil, dudak ya da ses teli gibi konuşma organlarının hareketleriyle meydana gelen fonetik olaylar sonucunda ortaya çıkan bir sinyaldir (Quene, 2007). Konuşmanın temel bileşenleri aşağıda sıralanmıştır:

Respirasyon: Solunum sistemi, sesin gürlüğü ve şiddeti için konuşma üretimi esnasında subgolattal hava basıncı ile birlikte vokal kordların titreşimini sağlamaktadır (Oğuz, 2020). Solunumda inspiratuar-ekspiratuar döngünün kontrolü, konuşmada oldukça önemlidir. Konuşma amaçlı solunumda vital solunumun ekspirasyon esnasında kesintiye uğramasını gerekir. Ekspiratuar fazın uzunluğu konuşma esnasındaki kısıtlamalara bağlıdır. Bu durumda sıklıkla konuşma akışındaki kelime ve cümlelerin uzunluğunu sınırlanır. Konuşmacılar bu nedenle uzun bir sözcük öbeği öncesinde daha fazla miktarda havayı ciğerlerine alarak konuşma akışına yönelik plan yaparlar (Yuan ve Liberman, 2010).

Fonasyon: Fonasyon, vokal kordların titreşimi sonucunda ses üretilmesidir. Farengeal kasların gerginliği fonasyonun meydana gelmesinde etkilidir (Yuan ve Liberman, 2010). Fonasyonun oluşumunda görev alan bir diğer durum ise vokal kordların titreşimidir (Gerçeker ve ark., 2000). Bunlarla birlikte fonasyon için alveolar hava basıncının belirli oranda ayarlanması gerekmektedir (Yuan ve Liberman, 2010).

Rezonans: Larenks tarafından meydana getirilen ham sesin artikulator yapıların koordinasyonlu hareketi sayesinde modifiye edilmesine rezonans denilmektedir. Bir başka deyişle rezonans; vokal kordlarda üretilen ham sesin, ses yolu boyunca (yutak, ağız boşluğu, burun boşluğu) aktarılması ile meydana gelen ses kalitesi olarak betimlenmektedir (Boutsen, 2003). Ağız, akustik bir rezonatör görevindedir ve konuşma organlarının hareketine, hacmine ve şekline göre farklı pozisyonlar almaktadır (Oğuz, 2020). Seslerin üretimi esnasında velofarengeal kapanmanın tam sağlanması normal rezonansın gerçekleşmesi için önemlidir (Kummer ve Lee, 1996).

Artikülasyon: Üretilen ham sesin artikulator organlar sayesinde biçimlendirilerek konuşma sesi öğelerine dönüştürülmesidir. Larenksin üstünde bulunan dil, dişler, dudak, çene, damaklar ve uvulayı içeren ses yolunda, üretilen ses enerjisine yön vermek amacıyla gerçekleştirilen fiziksel hareketlerdir (Kent ve Read, 1992).

Prozodi: Sesin vurgu, şiddet, perde ve hız kavramları ile ilgilenen akustik bir terimdir. Bu genel kavramlara ek olarak sesin perdesi, yüksekliği, ses üretim süresindeki yumuşak ya da ani değişiklikler de prozodinın alanı içerisindedir. Konuşmanın ezgisi olarak da nitelendirilen prozodi, konuşmadaki tonlama ve ritimsel değişiklikleri bizlere göstermektedir (Boutsen, 2003). Prozodik özellikler yaşa, cinsiyete, bireyin duygusal durumuna, bulunduğu kültüre ve sahip olduğu dilbilgisel bilgiye bağlı olarak da değişiklik gösterebilmektedir (Oğuz, 2020).

Konuşma, bireylerin birbirleri ile iletişim kurması konusunda en etkili iletişim yöntemidir. Konuşma sesleri, motor süreçlerin son ürünüdür (Bauman-Waengler (2012). Konuşma doğuştan değil sonradan ve genellikle taklit becerisi ile gerçekleştirilen bir eylemdir. Sıklıkla bu taklit becerisini geliştiren kişi annedir (Eripek ve ark., 1992). Konuşma için öncelikli olarak motor planlama gerekmektedir. Daha sonra ise konuşma seslerinin üretimi için süreç başlamaktadır. Konuşma birçok yönden bireyin yaşantısını etkilemektedir. Hem bilişsel gelişimi açısından hem kendini ifade noktasında hem de sosyal çevresinde büyük önem arz etmektedir.

1.2. DİL VE KONUŞMA BOZUKLUKLARI

Dil ve konuşma bozuklukları, iletişimde ve oral motor alanlardaki problemleri ifade eder. Bu bozukluklar dili anlama, kullanma, sesleri çıkarmada zorluk ile oral-motor mekanizmayı kullanma eksikliklerine kadar genişleyebilir. Konuşma ve dil bozuklukları, sıklıkla çocukluk çağında görülmektedir. Konuşma ve dildeki bu yetersizlikler bireyin sözel iletişimde birbirinden farklı biçimlerde ve düzeyde meydana gelen düzensizlik ve aksaklıklara neden olabilir. Bu durumlar bireyin konuşmayı öğrenme, dili kullanma durumlarını olumsuz etkilediği gibi iletişimde meydana gelen bu problemler, bireyin eğitim performansını ve sosyal uyumunu da olumsuz yönde etkilemektedir (Çiyiltepe, 2005). Amerikan Konuşma-Dil-İşitme Derneği'ne (ASHA) göre iletişim bozuklukları sözlü, sözsüz ve sembol birimlerini ya da kavramları alma, işleme, gönderme ya da anlama yeteneğindeki problemlerin genel adıdır. İletişim bozukluğu bireyin işitme, dil ya da konuşma sürecinin bir veya birkaçında birden görülebilir. Biçimi gelişimsel ya da edinilmiş olabilir. ASHA'nın verilerine göre çocuklarda yüzde %8-9 aralığında konuşma sesi bozukluğu olduğu belirtilmektedir. ASHA'ya göre dil ve konuşma bozuklukları, konuşma bozuklukları, dil bozuklukları, sosyal iletişim bozuklukları, bilişsel-iletişim bozuklukları ve yutma bozuklukları olarak sınıflandırılır (ASHA 1993). Konuşma, sözel iletişimin aracıdır. Bu nedenle konuşma seslerinin doğruluğunu, ses üretimi için ses telleri ve solunumun doğru kullanımını ve konuşmanın akıcılığını içerir. Konuşma problemleri sıklıkla bireyin dil, dudak ya da ağzının yanlış konum veya hareketleri nedeni ile ses çıkarmada zorluk yaşamasını kapsar. Artikülasyon ve fonolojik bozulmalar, apraksi, dizatri, orofasiyal miyofonksiyonel bozukluklar, ses bozuklukları ve akıcılık bozuklukları bu alana dahildir (ASHA, 1999).

1.3. AKICILIK BOZUKLUKLARI

Konuşma bozuklukları içerisinde yer alan akıcılık bozuklukları; sesler, heceler, kelime ve cümlelerde anormal hız, ritim ve tekrarlarla kendini gösteren, ayrıca bu duruma ikincil davranış, gerilim ve mücadele davranışlarının da eşlik edebileceği konuşmanın akışında meydana gelen kesintilerdir (ASHA,1993).

Akıcılık bozukluğunda; konuşma üretim mekanizmalarında görevli fonasyon, respirasyon ve artikülasyon sistemlerinin motor koordinasyonunda bozulma olduğu bilinmektedir (Conture, Colton ve Gleason, 1988; Hall ve Yairi, 1992; Max ve Gracco, 2005). Akıcılık bozukluğuna sahip olan bireyler duygusal, sosyal, işlevsel ve psikolojik sorunlar yaşayabilmektedir (Tichenor ve Yaruss, 2019). Akıcılık bozuklukları hızlı-bozuk konuşma (cluttering) ve kekemelik olarak ikiye ayrılmaktadır.

1.3.1. Hızlı-Bozuk Konuşma (Cluttering)

Hızlı-bozuk konuşmada dinleyici, çok ani ya da hızlı konuşmalar, düzensiz akışta ilerleyen bir konuşma duyabilir. Bununla birlikte konuşan kişi ne söylemek istediğinden emin olamama durumu yaşayabileceği için konuşma esnasında atipik duraklamalar gerçekleştirebilir. Hızlı-düzensiz konuşma hızı, anormal duraklar, pragmatik problemler ve/veya hecelerin kaybolması, atlanması gibi durumlar hızlı-bozuk konuşma ile karakterize durumlardır. Bu durumlar da konuşmanın akıcılığında ve/veya anlaşılabilirliğinde bozulmalara neden olmaktadır (van Zaalen-Opt Hof ve Reichel, 2014, St. Louis ve Schulte, 2011).

1.3.2. Kekemelik

1.3.2.1. Kekemeliğin Tanımı

En yaygın akıcılık bozukluğu olan kekemelik; duraklar, tekrarlar, uzatmalar ve tüm bunlara eşlik eden jest ve mimikler sebebi ile akıcı konuşmanın engellenmesidir (Özsoy, 1982). Kekemelik konuşma üretimindeki doğal akıcılığının bozulması ile karakterize olan bir durumdur (Conture, 2001). Semptomları sıklıkla konuşmada yaşanan akıcısızlıklar ile ortaya çıkar. Sesi ya da heceyi uzun süre uzatabilirler (uzatabilirler), kelimeleri çıkarmakta zorluk çekebilirler (bloklar), bir kelimenin bir bölümünü ya da tamamını tekrar edebilirler (tekrarlar), eksik ifadeler ve/veya bozuk kelimeler kullanabilirler (Bloodstein ve Bernstein Ratner, 2008). Kekemelik sadece bir uyumsuzluk değildir. Kekemelik, olumsuz gerginlik ve konuşma duygularını da içerebilir.

Bazı durumlarda, göz kırpması, seğirme, baş hareketi ve nefes alma davranışı gibi yüz ve vücut hareketleri görülebilir. Bu durumların özellikle çocuklar için kekemeliğin kronikleşmesine neden olabileceği ve konuşma sisteminde fiziksel gerginliğe neden olabileceği düşünülmektedir (Kubikova ve ark., 2014).

Kekemeliğin patofizyolojik mekanizması henüz tam olarak anlaşılmamakla birlikte, bu konuda bazal gangliyonların önemli bir rolde olduğu noktasında ortak bir anlayış vardır (Kubikova ve ark., 2014; Alm, 2004). Dünya Sağlık Örgütü'nün kekemelik tanımını yaparken oldukça genel ifadeler kullanmaktadır. Bunu sebebi kekemeliğin nedeninin henüz net bir biçimde bilinmiyor oluşu olabilir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kekemelik: "Kişinin tam olarak ne söylemek istediğini bildiği, fakat o esnada sesin/seslerin istem dışı tekrarlanması, uzaması ya da kesilmesi nedeniyle söyleyemediği konuşma ritmindeki bozukluklardır." şeklindedir (WHO, 1977). Kekeme bireylerin aynı zamanda psikolojik ve sosyal durumları da bu durumdan etkilenebilmektedir (Kalinowski ve Saltuklaroglu, 2003). Bu nedenle kekemeliğin, kekeleyen bir bireyin yaşam kalitesine yönelik ciddi bir biçimde kayda değer bir olumsuz etkisi oluşmaktadır (Craig ve ark., 2009). Dış tutumlar ve içsel duygular da kekemeliği etkileyebilir. Örneğin, depresyon veya gerginlik daha fazla uyumsuzluğa neden olabilir. Heyecan veya dürtüsellik de uyumsuzlukları artırabilir. Kekeleyen insanlar, öfkeli olduklarında veya dikkatlerini çekerse daha fazla kekeleyebilir. Kekemelik, insanların konuşurken utanmasına ve endişelenmesine neden olabilir. Sıklıkla 2-7 yaş arasında başlar. Pek çok çocuk 6 aydan kısa süren normal akıcısızlık dönemlerinden geçer (Bernstein Ratner ve Bloodstein, 2008).

1.3.2.2. Kekemeliğin Etimolojisi ve İnsidansı

Kekemelik; ırktan, coğrafyadan, ekonomik düzeyden ve eğitimden bağımsız olarak dünya üzerindeki tüm popülasyonlarda görülebilmektedir. Ailesinde kekemelik öyküsü bulunan çocukların kekeme olma olasılığının 1,89 kat daha fazla olduğu düşünülmektedir (Singer ve ark., 2020). Ebeveyn ya da kardeş gibi birinci dereceden akrabaları kekeme olan bireylerin kekemelik insidansı daha yüksek olarak kaydedilmiştir. Benzer biçimde akrabanın tek yumurta ikizi olması durumunda bu olasılık daha da fazladır (Kraft ve Yairi,

2011). Yapılan araştırmalarda çocuklarda kekemeliğin insidansı %5 ila %8 arasında görülmektedir (Yairi ve Ambrose, 2013). Okul  ncesi dönemdeki çocuklarda ise bu oran %11,2 olarak daha yüksek bulunmuştur (Reilly ve ark., 2013). Gelişimsel kekemelik genellikle 2 ile 7 yaşları arasında başlamakla birlikte okul öncesi çocukların yaklaşık %5'lik bir kesiminde görülmektedir (Mansson 2000; Yairi ve Ambrose, 1999).

Kekemelik belirtileri çocukların birçoğunda erken yaşlarda kaybolmaktadır (Bernstein Ratner ve Bloodstein, 2008). Bu çocukların genellikle %88-91'i müdahaleli ya da müdahalesiz biçimde kendiliğinden geçebilmektedir (Yairi ve Ambrose, 2013). Fakat kekemelik semptomları, popülasyonun yaklaşık olarak %1'lik bir kısmında yetişkinliğe kadar devam etmektedir. Bir araştırmaya göre kekemeliğin yaşam boyu yaygınlığının ise %0,72 civarında olduğu tahmin edilmektedir (Craig ve ark., 2002). Erkek ve kadın bireyler arasındaki oranın 2 ila 10 yaş aralığı için 1'e 3 olduğu tahmin edilmektedir. Fakat bu oran yaşla sabit kalmamakta ve değişkenlik göstermektedir. Bulgular bu oranları şu şekilde sıralamaktadır: 11 ila 20 yaş aralığı için 1'e 4, 21 ila 49 yaş aralığı için 1'e 2 ve 50 yaş üstü için 1'e 1.4 şeklinde (Bloodstein ve Bernstein Ratner, 2008; Craig ve Tran, 2005). Erkek bireylerin kekemeliğinin devam etme olasılığı kadınlara kıyasla 1,48 kat daha fazla olduğu düşünülmektedir (Singer ve ark., 2020). Bir  alışma çocukluk sonrası "iyileşme" oranını yaklaşık olarak %88-%91 aralığında yer aldığını tahmin etmektedir (Yairi ve Ambrose, 2013).

Kekemeliğin  ğrenme g  l klerinde (Wiig ve Semel, 1984), işitsel işleme bozukluklarında (Molt, 1996), otizmde (St. Louis ve Schulte, 2011) ve dikkat eksikliğinde (Alm, 2011) gözlemlenebileceği yapılan çalışmalarda elde edilen bulgular arasındadır. Otizm spektrum bozukluğu, zihinsel engel, öğrenme güçlüğü veya dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu olan bireylerde kekemelik olasılığı daha yüksektir. Örneğin işitme problemi bulunan okul çağındaki çocukların %1.5'inin kekemelik problemi yaşadığı gözlemlenmiştir (Arenas ve ark., 2017).

1.3.2.3. Kekemeliğin Nedenleri

Kekemeliğin tek bir nedeni yoktur. Kekemeliğin nedenlerine dair birden çok kuram olmasına rağmen henüz kesin olarak kaynağı bilinmemektedir. Yalnız kekemelik kuramlarının ortak noktası, bu problemin tek bir boyutta değerlendirilemeyeceği noktasındadır. Kekemelik nedenlerinin fiziksel, dilsel, bilişsel, sosyal ve duygusal etmenler arasındaki etkileşim baz alınarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Zebrowski ve Conture, 1998; Riley ve Riley, 2000; Conture ve Kelly, 2012). Kekemeliğin çok faktörlü nedenlerinin olduğu ve meydana gelmesine katkıda bulunan nörofizyolojik ve genetik faktörleri içerdiği düşünülmektedir (Smith ve Weber, 2017). Yapılan çalışmalar kekemelik yaşayan çocuklarda hem nörolojik hem de yapısal farklılıklar olduğunu göstermiştir (Chang ve ark., 2019).

Kekemelik için yapılan çalışmaların çoğu genetik yatkınlığı desteklemektedir. Bununla beraber kekemeliğin tanımında hangi kromozomların, genlerin, cinsiyet faktörlerinin ya da hangi aktarım modelinin rol üstlendiği noktasında kesin bir kanı yoktur (Kraft ve Yairi, 2011). Yine de yapılan bazı çalışmalar birkaç gen mutasyonu ile kekemeliği bağdaştırmaktadır (Frigerio-Domingues ve Drayna, 2017). Yapılan bir çalışma bazı genlerdeki mutasyonların, işlevsel enzimleri hücrenin lizozomunda bulunan hedef noktalarına yönlendiren sinyali etkilediğini ya da bozduğunu bulmuştur. Ve yine aynı çalışma ailesinde kekemelik öyküsü bulunan kekemelik vakalarının %10'unda bu belirtilen gen mutasyonlarının olduğunu belirtmektedir (Drayna ve Kang, 2011). Kekemeliğin genetik faktörlerinin bulunması durumunda, iyileşme ve tedavi sonuçlarını tahmin etmede fayda sağlanabilir (Han ve ark., 2014). Kekemeliğe katkıda bulunduğu düşünülen nörofizyolojik faktörler; gri ve beyaz cevher farklılıkları (Chang ve ark., 2015), sinir ağı bağlantı farklılıkları (Chang ve Zhu, 2013), hemisferik fonksiyonların atipik lateralizasyonu (Weber-Fox, 2013), beyaz madde bağlantıları (Watkins ve ark., 2008), azaltılmış kan akışı (Desai ve ark., 2016) olarak listelenebilir.

Yapılan bu çalışmalar kekemeliğin nörofizyolojik faktörlerden etkilendiğine yönelik tahminlerde bulunmaktadır. Yine de bu çalışmalardaki bulgular, denek

sayısının azlığı ve metodolojilerin heterojenliği sebebi ile dikkatle yorumlanmalıdır. Gelişimsel kekemeliğin yanı sıra; nörojenik kekemelik, yaşamın ilerleyen zamanlarında nörolojik bir hastalığın sonucu ya da kafa travması ile olarak ortaya çıkabilir. Nörojenik kekemelik, gelişimsel kekemelik ile farklılıklar taşıdığı gibi benzer özelliklere de sahiptir. Bu nedenle kimi zaman gelişimsel kekemelikten ayırt etmesi zordur (Alm, 2004). Çevresel faktörler ve farklı ortam ya da durumlar da kekemeliği şiddetlendirebilir. Bu durumlar bireyin kekemeliğe karşı olumsuz tepkilerini arttırabilir. Bu çevresel faktörler değişen aile dinamikleri, stres, kaygı ya da değişen hayat koşulları olabilir (Anderson ve ark., 2003). Bu faktörlere ek olarak bireysel özellikler ve bireyin duygu durumu, özellikle küçük çocuklarda kekemelikle bağlantılı olarak görülmektedir. Davranışsal kısıtlama, farklı duygusal tepkiler gibi örneklerin verilebileceği bu durumlar çocuğun kekemelikle mücadele sürecini etkileyebilir (Choi ve ark., 2013).

1.3.2.4. Kekemelik Semptomları

Kekeme bireylerde rastlanılan ses ve hece tekrarlamaları, kısa sözcük tekrarları, seslerin uzatılması ve bloklar en sık karşılaşılan kekemelik bulgularıdır. Kekeleyen çocuklar, kekelemeyen yaşlılarına oranla daha kötü ifade edici dil becerileri gösterebilirler (Silverman ve Ratner, 2002). Bir araştırma, kekeleyen ve kekelemeyen çocuklar arasında alıcı ve ifade edici dil dağarcığı ile ortalama sözcük uzunluklarında farklılık gözlemlemiştir. Araştırmada belirtilen alanlarda kekeme çocuklar daha zayıf performans gösterdiği aktarılmıştır (Ntourou ve ark., 2011). Kekemelik şiddetindeki artış, ikincil davranışlara sebep olabilir (göz kırpma, istemsiz vücut hareketleri gibi). Bazı durumlarda bireylerde kaçınma davranışları kullanılarak kekemelik geçici olarak gizlenebilir (Douglass ve ark., 2019; Tichenor ve Yaruss, 2018). Kekemelik şiddetinin fazla olması bireylerde potansiyel bir konuşma korusuna neden olabilir, çünkü kaygı ve utanç bu durumu arttırabilir. Kontrol edilmemesi durumunda sosyal kaygı gibi psikososyal problemlere neden olabilir.

Bir anket çalışmasında, yetişkin kekeme bireylerin %70'ten fazlasının kekemeliğin işe alınma şansını azalttığını belirtmiştir. Aynı çalışmada kekeme

yetişkinlerin %68'i kekemeliğin iş performanslarını etkilediğini bildirmiştir (Klein ve Hood, 2004). Şiddetli kekemelik vakalarının yetişkinlik dönemine kadar süregelmesi daha olası görülmüştür. Bu vakalarda ikincil davranışların daha belirgin olabileceği öne sürülmektedir. Zorlayıcı sözcüklerden kaçınmak için yerine koyma davranışı gelişebilir. Aynı zamanda, kekeme yetişkinlerin konuşmaya yönelik hayal kırıklıkları çocuklara göre daha baskın olabilmektedir (Corcoran ve Stewart, 1998).

1.3.2.5. Kekemeliğin Tanı ve Değerlendirmesi

Akıcılık bozukluğunun varlığından şüphe duyulduğunda bir konuşma ve dil terapisti tarafından yapılan taramanın amacı, bu noktada dil ve konuşma terapisi ihtiyacı duyan bireyleri belirlemektir. Akıcılık bozuklukları dünya genelinde oldukça yaygın görülen bir durumdur ve sıklıkla sosyal iletişimi etkilemektedir. Bir insanın kekeleyişini fark etmek genellikle zor bir olgu değildir. Ancak bu durum görüldüğünden daha fazlasına işaret ediyor olabilir. Bu sebeple, kekemeliğin tanısı dil ve konuşma terapistlerinin üstleneceği bir görevdir (ASHA, 2014). Kekeme bireylerden bazıları tedaviden kaçmaya ve durumu kabullenip yaşamaya meyilli olabilirler. Tam tersi tedaviye açık olan bireyler ise tedavinin kendilerine olan güveni ve öz yeterliliği arttırdığı konusunda görüş bildirmişlerdir (Plexico ve ark., 2005; Tichenor ve Yaruss, 2019).

Kekeme bireyler için seçilecek tedavi yöntemleri, yaşı, gelişimi ve kişisel ihtiyaçları dikkate alarak birden fazla hedefi içermeli ve bireysel tedavi odaklı olmalıdır. Bu hedefler; kekemelik varlığının kabulünü sağlayıp bu noktada özgüveni arttırmak, etkili iletişimi kuvvetlendirmek, sosyal iletişimi geliştirmek, kaçınma davranışlarını ve ikincil davranışları azaltmak, dış problemlere (zorbalık gibi) durumlara yönetim becerisi ve kekemeliğin birey üzerindeki tahmini olumsuz yansımalarını azaltmak olmalıdır (Yaruss ve ark., 2012). Akıcılık bozukluklarının şiddeti ve belirtileri dış faktörler ile değişiklik gösterebilir (Davidow ve Scott, 2017). Mesela ilk kez girilen ve yabancı olunan bir ortamda kekemelik şiddetlenebilecekken, daha rahat ve bireyin daha tanınır olduğu ortamlarda bu durum azalabilmektedir. Bununla birlikte akıcılık problemi

yaşayan bireylerden kimisi özellikle bu stres ortamlarında kendi kekemeliklerini gizlemek için yerine konulan kelimelere başvurabilirler ya da kelimeleri atlayıp kullanabilirler, anlatılan konuyu farklı kelimeler ile daha dolaylı biçimde betimleyebilirler (Murphy ve ark., 2007). Bu sebeple, akıcılık bozuklukları değerlendirilirken bu faktörler de esas alınmalı ve buna yönelik değerlendirme kriterleri uygulanmalıdır. Ayrıca akıcısızlığın bilişsel, davranışsal ve duyuşsal özellikleri, değerlendirmenin önemli faktörleri arasındadır (Vanryckeghem ve Kawai, 2015).

Değerlendirme noktasında risk faktörlerinin de belirlenmesi için gözlem ve testler önemli bir yer tutmaktadır. Bu noktada dikkat edilmesi gereken unsurlar şöyle özetlenebilir; ailede akıcılık bozukluğu hikayesi olup olmadığı, kekemeliğin ne kadar süredir devam ettiği (bu noktada 6 ay ve üzeri olması önemli bir zaman dilimidir), ebeveynlerin/bireyin kaygı durumu, akıcılığa karşı verilen davranışsal, duygusal veya bilişsel tepkiler, bireyin sosyal ortamlarında aldığı olumsuz tepkiler olup olmadığı, ikincil davranışların varlığı, ifade edici dil bilgisi değerlendirmesi (verilmesi gereken mesaj ya da bilgiyi karşıya doğru iletebilme yeteneği) ve başka bir dil konuşma problemine sahip olup olmadığına dikkat edilmelidir (Guitar, 2019). Ayrıca bunlarla birlikte dikkat edilmesi gereken ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) ICF kapsamında kekemelik değerlendirmesi için sunduğu kapsamlı faktörler şunları içerir: Akıcılık bozukluğunun şiddeti, sıklığı, fiziksel olarak etki gösteren ikincil davranışların ve edinilen kaçınma davranışlarının olup olmadığı, iletişim esnasında çaba, gerginlik, akıcılık bozukluklarına eşlik eden başka bir dil konuşma probleminin ya da başka bir sağlık durumu olup olmaması, bireyin evinde ve sosyal ortamlarda bireyler arası iletişim performansı, dahil olduğu sosyal ortamlardaki korku ve sınırlamaları ile yaşanan iletişim problemlerinin kişinin hayat kalitesine etkisi (ASHA, 2016; Coleman ve Yaruss, 2014; Yaruss ve Quesal, 2006).

Okul öncesi ve okul çağındaki çocuklar ile ergenlerin akıcılık bozuklukları noktasında değerlendirilmelerinin amacı, akıcılık bozukluğunun varlığını ve şiddeti ile tedavinin faydalarını belirlemektir. Kekeme çocukların yaşları ilerledikçe, kaçınma davranışlarında daha iyi performans gösterebilirler. Fakat

bunun bir sonucu olarak telafi edici etkenler artar bu durum kekemeliğin artmasına neden olabilir. Ayrıca yaş arttıkça kekemeliğin kalıcılığı noktasına özellikle dikkat edilmelidir. Bu çocukları değerlendirirken farkındalık eksikliklerinden kaynaklı, yaşanan deneyimleri doğru aktarıp aktarmadıklarına dikkat edilmelidir (Erickson ve Block, 2013).

1.3.2.6. Kekemelik Şiddet Ölçekleri

Dil konuşma terapistlerinin kekeme bireyleri değerlendirmelerindeki ilk tutum bireyin konuşma esnasında gösterdiği akıcısızlıkları dikkatli biçimde analiz etmeleridir. Bu hem kekemeliğin şiddetinin gözlemlenmesi hem de tanılama için önem arz etmektedir. Bununla birlikte kekemelik şiddetinin değerlendirilmesinde birçok yöntem mevcut olup bu araçlar aynı zamanda bireyin başka konuşma sorunu olup olmadığına da terapistlere yardımcı olmaktadır.

KEŞİDA-4-Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı (SSI – 4)

KEŞİDA-4, kekemeliğin değerlendirmesinde, araştırılmasında ve terapi sürecinin gözlemlenmesinde kullanılan, norm referanslı geçerliliğini ve güvenilirliği kanıtlanmış bir kekemelik değerlendirme aracıdır. Stuttering Severity Instrument (SSI) ismiyle 1972 yılında Riley tarafından geliştirilip, 1994 yılında revize edilip düzenlenmiştir. 2009 yılında Riley, SSI-4 adı ile tekrar revize etmiş, geçerlilik ve güvenirlik araştırmalarını yapmıştır. SSI-4'ün Türkçe uyarlaması, yüksek lisans tezi olarak 2014 yılında yapılmıştır. Çeviri 48 denek üzerinde denenerek çalışmanın standardizasyonu sağlanmıştır. SSI-4 Türkçe ismiyle KEŞİDA-4, okuma yazma bilen 6-16 yaş arası kişilere uygulanmaktadır. Bununla birlikte bireylerin kekeme olması, fiziksel ve zihinsel olarak kendi yaşlarıyla uyumlu olması, orofasial alanda organik bir probleminin olmaması ve işitme problemlerinin olmaması gerekmektedir. KEŞİDA-4 kekemeliği 4 farklı boyutta inceler, bunlar; kekemelik sıklığı, kekemelik süresi, konuşmanın doğallığı ve kekemeliğe eşlik eden diğer davranışlardır.

1.3.2.7. Kekemelik Teorileri

Kekemeliğin sebebine ilişkin bir fikir birliği yoktur. Multifaktöriyel olduğu düşünülmektedir. Kekemelik nedenine ilişkin teoriler genel olarak yapısal teoriler, psikolojik teoriler, öğrenme teorileri, şartlanma teorileri ve talep kapasite modeli gibi teorilerdir (Yairi ve Seery, 2021).

Kekemeliğe yol açtığı düşünülen nedenlere bakıldığında tek bir bakış açısı ile tanımlamak mümkün gözükmemektedir. Biyolojik, psikolojik, çevresel ve genetik etmenlerin birlikte olarak ve birbirleriyle etkileşim halinde kekemeliğe yol açtığı düşünülmektedir. Tüm bu nedenler sonucu ortaya çıkan kekemeliğe eşlik eden engellenme duygusu, utanç ve kaygı bireyin yaşamında problemlere yol açabilir (Craig ve ark., 2002).

Yapısal Nedenlere Yönelik Teoriler

Kekemelik çocukluk çağına başladığından kekemeliğin kökeninde genetik etmenlerin olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Vakaların % 85'inde genetik gelişimsel dil problemleri vardır (Mansson, 2000).

Literatürdeki bazı çalışmalar kekemeliğin psikolojik, davranışsal ve fizyolojik sebeplerden dolayı ortaya çıktığını düşündürür (Mansson, 2000; McClean ve Runyan, 2000). Son yıllardaki bazı çalışmalarda kekemeliğin nörofizyolojik mekanizması üzerinde durulmasına rağmen net bir fikir birliğine varılamamıştır. Bu teorilerin temeli serebral baskınlık teorisiyle ilgilidir. Konuşmadan sorumlu tek bir serebral hemisferin varlığı fikrinden son yıllarda uzaklaşmış, nöromotor organizasyonda ve konuşma zamanlamasında hata olduğuna dair bulgular bildirilmiştir (Peters ve Guitar, 1991).

Rosenbek ve arkadaşlarına (1978) göre kekemelerin gırtlak yapılarında, biyokimyasal süreçlerinde, beyin dalgalarında, solunum sisteminde problemler olduğuna dair hipotezler ortaya atılmış ve hipotezlerle yönelik araştırmalar yapılmıştır. Ancak yakın zamanlı çalışmalar kekemeliğin nedenlerine ilişkin kesin bulgulara ulaşamamışlar ve konuşmayı sağlayan merkezi süreçlere odaklanmışlardır (Yairi ve Seery, 2015).

Kekeme bireyler başka insanların davranış ve tutumlarından fazlasıyla etkilenirler. Yeni başlayan kekemeliğin aile üyelerinin yaklaşımları sonucu kronikleşebileceğini öne süren teoriler mevcuttur (Yairi ve Seery, 2015). Ailedeki bu tutuma ek olarak kekemeliğin bireyin akademik hayatını, ilgi alanlarını, hislerini olumsuz şekilde etkileyebileceği bilinmektedir (Yairi ve Ambrose, 2005).

Psikolojik Teoriler

Literatürde başından beri kekemeliğin psikolojik sebepleri olduğu düşünülmüştür. Psikanalitik teori, çocukların ebeveynleri ile olan sorunlarının ve psikoseksüel saplantıların kekemeliğin oluşumunda etkili olduğunu savunur (Bloodstein, 1995). Psikolojik teoriler, kekemeliğin bir fobi belirtisi olduğunu ve bilinç dışında oluşan ihtiyaçlar ve içsel çatışmalar sonucu oluştuğunu savunur (Owens ve ark., 2003).

Yirminci yüzyılın ilk yarılarında kekemeliğin psikolojik bir kökene dayandığı görüşü hakimdi. Varsayılan bu nevrotik problemlerin çözümüne yönelik psikanalitik yöntemler ve bilişse davranışçı terapiler uygulanmıştır. Bununla beraber kişilik yapılarını ve çocuğun ebeveyni ile olan etkileşimlerini araştıran sonraki çalışmalarda kekemeliğe özgü psikolojik örüntülerle karşılaşılmamıştır (Yairi ve Seery, 2015). Kekemeliğin tek başına psikolojik etmenlerden kaynaklanmadığı anlaşıldığından sonra bile kekeme bireylerin kekemeliğe gösterdikleri davranış ve algılarının incelendiği görülmüştür. Kekemelik bireylerin iletişimini etkilediğinden kekemelerin psikolojik durumları inceleme konusu olmuştur. Kekemelerin kişilik yapıları araştırılmış, kekemeliğe müdahale çalışmalarında bu sonuçlardan yararlanılmıştır (Peters ve Guitar, 1991; Bloodstein, 1995; Anderson ve ark., 2003).

Kekemelerin konuşmaktan kaçınmalarının, kaygı düzeylerinin veya iletişime dair negatif düşüncelerinin kekemeliğe yol açtığı düşünülmüştür. Kekemeliğin çatışmalardan dolayı başladığını öne süren düşünce “Baskılanmış İhtiyaçlar Teorisi” ismiyle bilinmektedir (Yairi ve Seery, 2011).

Öğrenme ve Şartlanma Teorileri

Diagnosojenik-Semantojenik Teori ve Yaklaşma Kaçınma Teorisi, Öğrenme Şartlanma Teorileri başlığında bulunmaktadır (Bloodstein, 1995). Öğrenme teorileri, kekemeliğin temelinde konuşmayı öğrenme sürecinde rastlanılan konuşmada duraklama, kesinti ve tereddütlerin bulunduğunu savunur (Van Riper, 1971). Bu görüşe göre, ailenin kekemelik ile ilgili tutum ve davranışları, kekemeliğin kronik bir hale gelmesine yol açabilir. Diagnosojenik kuramını, Wendell Johnson geliştirmiştir. Bu kurama göre, aile anormal olmayan akıcısızlığı kekemelik olarak değerlendirir. Bu durumdan çocuğun etkilenmesi sonucu kekemelik gelişir. Ebeveynlerin kekemeliğe ilgili yanlış tutum ve davranışları sonucu kekemelik ilerleyebilir. Johnson ve arkadaşlarına göre kekemelik öğrenilen bir davranıştır (Bloodstein, 1995).

Kekeme erişkin ve çocuklara doğru şekilde yardım edebilmek için ilişkili risk etmenlerinin doğru olarak tanımlanmasına ihtiyaç vardır. Aile içi yanlış iletişim ve çocuğa uygulanan psikolojik baskının kekemeliğe yol açabileceği sanılmaktadır. Aynı zamanda tüm bu etmenlerin birbirleriyle olan etkileşimleri kekemelik şiddetinde artış ya da hafifleme şeklinde yansıyabilir (Zebrowski ve Kelly, 2002).

Diğer bir öğrenme şartlanma teorisi ise yaklaşma-kaçınma çatışması teorisi. Bu teoriye göre konuşma arzusu ile sessiz kalma arzusu çatışır ve kekemelik ortaya çıkar. Bu teoriyi öne süren Sheeman'a göre (1970) ailenin çocuğun kekemeliğine olan olumsuz müdahaleleri kekemeliğin şiddetini arttırabilecektir. Buz Dağı Teorisi'ni öne süren Sheeman kekemeliğin, korku, kaçınma, utanma, suçluluk ve nefret gibi duygulara yol açarak sonuç itibarıyla kısır bir döngü meydana getirebileceğini savunur (Sheeman ve Martyn, 1970).

Talep-Kapasite Modeli

Shapiro, 1990 yılında Starkweather, Gottwald ve Halfond'ın dört kategoriden meydana gelen Talep-Kapasite modelini oluşturduklarını aktarmıştır. Bu kategoriler şunlardır; konuşmanın motor kontrolü, dil oluşturma,

sosyal ve duygusal olgunlaşma ve bilişsel beceriler. Bu kategorilerden birisiyle ilgili çocuktan beklenen performansın çocukta konuşmayla alakalı baskı oluşturacağı ve sonuçta kekemeliğe yol açabileceği düşünülmektedir. Bu taleplerden birisindeki baskının azalması durumunda ise çocuğun daha akıcı konuşacağı ve kekemelik şiddetinin azalacağı düşünülmektedir. Talep-kapasite modelinde çocuğun konuşmasıyla ilgili oluşan beklentinin çocukta baş edemeyeceği bir baskı oluşturacağı üzerinde durulmaktadır (Shapiro, 1999).

Çocukların dil öğrenme aşamalarında konuşma başlarında bazı duraklamalar yapabildikleri, çocuğun dil gelişim hızının ve konuşma kapasitelerinin ailelerin beklentileriyle uyumsuz olması durumunda kekemelik gelişebileceği ileri sürülmüştür (Bloodstein, 2002). Bu modele göre çocuktan beklenen performans ile çocuğun dil kapasitesi uyumlu olduğunda akıcı konuşma gelişecektir. Fakat bazı çocuklarda konuşma kapasitesi çocuğun çevresi tarafından beklenen konuşma performansının altında kalmaktadır (Yairi ve Ambrose, 1999).

Ergenlik döneminde ise fizyolojik gelişim veya çevresel etmenlerden kaynaklanan bir baskı meydana gelmektedir. Bu dönemdeki baskılar talep-kapasite modeliyle ilişkilendirilmiştir (Rustin ve ark., 1995; Bloodstein, 2006).

1.3.2.8. Kekemeliğin Evreleri

Bloodstein (1960), kekemeliğin gelişimi için dört aşamadan bahsetmiştir. İlk aşamada çocuğun takılmaları düzensizdir. Genellikle heceler ve kelime başındaki kelime tekrarları ile karakterizedir. İkinci aşamada çocuk kendini kekeme olarak görür ve konuşmasında yaşadığı zorluklardan endişe duyar. Bu aşama genellikle ilkokul çağındaki çocukları içerir. Üçüncü aşama, kekemeliğin belirli durumlarda değişiklik gösterdiği aşamadır. Kekeleyen çocuk, bazı sesleri ve kelimeleri seslendirmenin diğerlerinden daha zor olduğunu düşünür. Belirli kelimeleri söylemekten ve belirli koşulları konuşmaktan kaçınır. Bu akıcı olmayan duruma karşı öfke gösterebilir. Son aşamada kişi kekeleyeceğini düşündüğü için kelimelerden, seslerden ve durumlardan korkar, kendini utangaç ve çaresiz hisseder. Bu evrede genellikle geç ergenlik ve yetişkinlik döneminde

görülür. Van Riper (1975) üç gelişim süreci önerdi. Birincil kekemelik, Johnson'ın normal akıcılık olarak adlandırdığı, konuşmanın zahmetsizce tekrarlanması ve uzatılmasıdır. Geçişli kekemelik, hızlı, uzun ve düzensiz tekrarlar ve uzatmalarla ifade edilir. İkinci kekemelikte ise çabalama tepkileri, korku ve kaçınma görülür. Cooper (1993) kekemeliğin gelişimini şu üç başlık altında toplamıştır: gelişimsel kekemelik, tedavi edilebilir kekemelik ve kronik kekemelik.

Gelişimsel kekemelik: Bu tür kekemelik, ilkokul çağına gelmemiş yani 7 yaşından küçük ve kekeme olan çocukların beşte ikisinde bulunur. Bu yaş grubundaki çocuklar terapi sürecinden geçmeden gelişim gösterebilmektedir.

Tekrarlayan kronik kekemelik: Normal gelişimsel kekemelik ile birlikte akıcı konuşma sorunu olan kekemeler olarak tanımlanan her beş kişiden birinde tekrarlayan kronik kekemeliğe rastlanmaktadır. Bu kişiler için kesintisiz konuşmayı kabul edilebilir düzeyde gerçekleştirmek, ömür boyu sürececek bir mücadele anlamına gelir. Değerlendirme ve terapi sürecinde kekemeliğin şiddeti de çok önemlidir.

Amerikan Kekemelik Derneği tarafından kabul edilen üç akıcılık bozukluğu aşaması vardır:

- Normal akıcılık, 18 ay ile 3 yaş arasında, genellikle cümle başında görülen seslerin, hecelerin ve kelimelerin tekrarıdır.
- Hafif kekemelik, konuşmada benzer tekrarların ve ikincil davranışların da görüldüğü 3-5 yaş arası konuşma özellikleridir.
- Şiddetli kekemelik ise 1 ile 7 yaşları arasında her kümede ve cümlede ortaya çıkan, kaçınma ve ikincil davranışlara konuşma korkusu ve utangaçlığın eşlik ettiğini gösteren aşamadır.

Guitar (2006) kekemeliğin gelişimini ayrıntılı bir şekilde derecelendirmiştir. Bu bağlamda kekemeliği normal kekemelik, sınırda kekemelik, başlangıç kekemeliği, orta kekemelik ve ileri kekemelik şeklinde gruplandırmıştır.

2. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. KATILIMCILAR

Bu araştırma tanımlayıcı kesitsel araştırma olup kekeme bireylerde kekemelik şiddeti ve çabalama davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini Türkiye'deki kekeme bireyler oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini ise Afyon ili ve ilçelerindeki kekeme bireyler oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklem büyüklüğü power analiz ile belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için Gpower 3.1 programı kullanılmış olup, 0,80 etki büyüklüğünde 0,05 yanılma düzeyinde 0,95 güven aralığında 0,90 evreni temsil gücüyle örneklem sayısı en az 100 olarak belirlenmiştir. Katılımcılar çalışmaya olasılıksız örnekleme yöntemlerinde gönüllülük esasına dayalı örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Çalışmaya 100 kekeme birey dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen kekeme bireylerin yaşları 19-45 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 32.88 ± 6.28 idi. Çalışmaya dahil edilen kekemelerin 54'ü (%54) erkek, 46'sı (%46) kadın, %33'ü önlisans, %29'u lise, %23'ü ortaokul, %8'i ilkokul, %7'si lisans/lisansüstü mezunu idi. Katılımcıların %61'inin gelir düzeyi orta, %24'ünün düşük, %15'inin ise yüksekti.

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Kişisel Bilgi Formu: Katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Kekemelik Şiddetinin Belirlenmesi: Kekemeliğin şiddetini belirlemek için Wright ve Ayre Kekemelik Kendini Değerlendirme Profili Türkçe Versiyonu Ölçeği (WASSP-TR) kullanıldı. Kekemeliğin değerlendirilmesi, kekemeliğin şiddeti, sıklığı, süresi, türü, konuşmanın doğallığı ve ikincil davranışların değerlendirilmesi gibi farklı bileşenleri içerir (Guitar, 2014). Akıcılığın yanı sıra

sosyal durumların kekemelik üzerindeki etkisinin incelenmesinin kekemeliğin sosyal-duygusal yönü hakkında bize bilgi vermesi açısından önemi belirtilmektedir. Zamanla artan olumsuz duygu ve düşünceler kişinin inanç ve tutumları haline gelmeye başlayabilir (Guitar, 2014; Blood ve ark. 2001). Bu nedenle kekemeliğin yanı sıra düşünce, duygu ve tutumları değerlendiren birçok ölçek geliştirilmiştir (Yaruss, 2006; Johnson ve ark. 1952; Wright ve Ayre, 2000). Bu ölçeklerden biri Wright ve Ayre Kekemelik Kendini Değerlendirme Profili'dir (WASSP). Yetişkinlerde kekemeliğin düşünce, duygu, davranış ve katılım boyutlarının değerlendirilmesini sağlayarak kapsamlı bir değerlendirme sağlar (Wright ve Ayre, 2000). 24 maddeden (10) oluşan 7'li Likert tipi (1=Yok, 7=Çok şiddetli) kendini değerlendirme ölçeğidir. Davranışı ölçen 8 madde, düşünceleri ölçen 3 madde, duyguları ölçen 5 madde, kaçınmayı ölçen 4 madde ve dezavantajı ölçen 5 madde bulunmaktadır. WASSP, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Uluslararası İşlevsellik, Sakatlık ve Sağlık Sınıflandırması (ICF) sınıflandırmasına dayalı olarak kekemeliği tüm boyutlarıyla inceleyen ilk ölçektir (Wright ve Ayre, 2009). OASES (Konuşmacının kekemelik deneyiminin genel değerlendirmesi) ölçeğine benzer, ancak kekemelik ile ilgili özellikler açısından daha kapsamlıdır (Wright ve Ayre, 2009; Manning ve DiLollo, 2017). Ölçek başlangıçta terapinin etkinliğini görmek için geliştirilmiş olsa da daha sonra bilimsel çalışmalarda ve klinikte bir değerlendirme aracı olarak kullanılmaya başlanmıştır (Wright ve Ayre, 2009).

Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Uysal (2020) tarafından yapılmıştır. Cronbach Alpha katsayısı her bir alt boyut ve tüm ölçekler için kontrol edilmiştir. Bu oranın birinci uygulamada .85-.94, ikinci uygulamada .89-.96 arasında değiştiği görülmüştür. Sekiz uzman maddelerin ölçekteki yapıyı ne kadar temsil ettiğini nicel olarak belirlemiştir. Bu amaçla İçerik Geçerlilik İndeksi (CGI) ve İçerik Geçerlilik Oranı (CVR) (Lawshe, 1975) hesaplanmıştır. CGI (.94) > CVR (0.75) olduğundan maddelerin kolayca anlaşılabilirliği ve ölçülmek istenen özelliğin ölçülebileceği sonucuna varılmıştır. Yapı geçerliğini hesaplamak için faktör yükleri hesaplanmış ve 0.46-0.94 arasında değiştiği görülmüştür. Bu, çalışmalarda kabul edilen 0.40

değerinden büyüktür. Ayrıca madde-toplam korelasyonunun 0,352 ile 0,825 arasında değiştiği görülmektedir.

Çabalama Davranışlarının Belirlenmesi: Kekemelikle ilgili başa çıkma davranışlarını belirlemek için Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği (BSÖ) kullanıldı. Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği (BSÖ), Amirkhan (1990) tarafından geliştirilmiş, Aysan (1994) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Problem Çözme, Sosyal Destek Arama ve Kaçınma olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt ölçeklerin her birinde toplam 11 madde bulunmaktadır ve toplam alt ölçek puanları 11 ile 33 arasında değişebilmektedir. Ölçek 1-hiç, 2-biraz, 3-a şeklinde 3'lü Likert tipi bir değerlendirmeye sahiptir. Yüksek alt ölçek toplam puanları, tanımlanan kalitede bir artışa işaret etmektedir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur.

2.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmamız sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SPSS 21.0 programı kullanılmış olup ortalama değerler, standart sapma, yüzdelik oranlar tanımlayıcı istatistikler olarak verilmiştir. Kolmogorov-Smirnov testi ile verilerin parametrik olup olmadığına karar verilmiştir. İki parametrelili değişkenler için bağımsız değişkenler t testi, ikiden fazla parametrelili değişkenlere yönelik karşılaştırmalar için tek yönlü varyans analizi, sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesi için ise Pearson's korelasyon analizi uygulanmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistiki olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3. BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Demografik Özelliklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri

Değişkenler		
Yaş (Ortalama±ss)	32.88±6.28	
Cinsiyet (n/%)		
Kadın	46	46.0
Erkek	54	54.0
Eğitim Durumu		
İlkokul	8	8.0
Ortaokul	23	23.0
Lise	29	29.0
Önlisans	33	33.0
Lisans/Lisansüstü	7	7.0
Gelir Düzeyi (n/%)		
Düşük	24	24.0
Orta	61	61.0
Yüksek	15	15.0

Çalışmaya 100 kekeme birey dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen kekeme bireylerin yaşları 19-45 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 32.88±6.28 idi. Çalışmaya dahil edilen kekemelerin 54'ü (%54) erkek, 46'sı (%46) kadın, %33'ü önlisans, %29'u lise, %23'ü ortaokul, %8'i ilkokul, %7'si lisans/lisansüstü mezunu idi. Katılımcıların %61'inin gelir düzeyi orta, %24'ünün düşük, %15'inin ise yüksekti (Tablo 1).

3.2. Kekemelik Şiddetine İlişkin Bulgular

Tablo 2. Katılımcıların WASSP TR Ölçeği'nden Elde Ettikleri Ortalama Puanlar

	N	Min.	Maks.	Ort.	Ss (±)
Davranışlar	100	26,00	33,00	29,58	1,75
Düşünceler	100	6,00	26,00	12,80	2,84
Duygular	100	12,00	36,00	22,74	4,92
Kaçınma	100	12,00	30,00	19,34	2,87
Dezavantaj	100	12,00	26,00	19,86	2,74
Toplam	100	90,00	132,00	104,32	9,35

Katılımcıların kekemelik şiddetini belirlemek için kullanılan WASSP-TR ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar Tablo 2’de görülmektedir. Tablodan da görüleceği üzere davranışlar altboyutu ortalama puanı diğerlerinden daha yüksek, düşünceler altboyutu ortalama puanı ise diğerlerinden daha düşüktür.

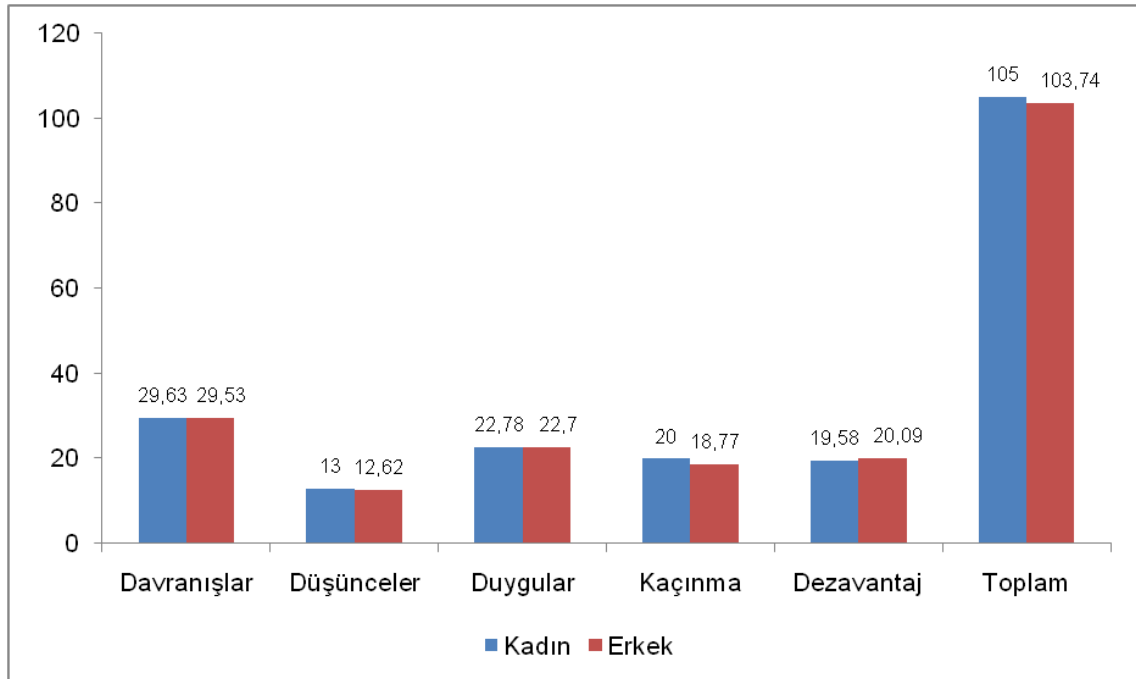
Tablo 3. Katılımcıların yaşı ile WASSP TR Ölçeği’nden Elde Ettikleri Ortalama Puanlar arasındaki ilişki

		Yaş	Davranışlar	Düşünceler	Duygular	Kaçınma	Dezavantaj	Toplam
Yaş	r	1	-,092	-,137	,021	-,025	,046	-,042
	p		,364	,174	,834	,804	,651	,679
	N	100	100	100	100	100	100	100

Çalışmaya dahil edilen kekemelerin yaşı ile WASSP-TR ölçeğinden elde ettikleri skorlar arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Pearson’s korelasyon analizi neticesinde yaş ile WASSP-TR skorları arasında ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 4. Katılımcıların Cinsiyetine Göre WASSP TR Ölçeği’nden Elde Ettikleri Ortalama Puanların Karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ort.	Ss ($\pm$)	t	p
Davranışlar	Kadın	46	29,63	1,86	.264	.792
	Erkek	54	29,53	1,66		
Düşünceler	Kadın	46	13,00	3,61	.647	.519
	Erkek	54	12,62	1,98		
Duygular	Kadın	46	22,78	5,04	.079	.937
	Erkek	54	22,70	4,86		
Kaçınma	Kadın	46	20,00	3,24	2.157	.033
	Erkek	54	18,77	2,40		
Dezavantaj	Kadın	46	19,58	2,89	-.917	.361
	Erkek	54	20,09	2,61		
Toplam	Kadın	46	105,00	10,19	.669	.505
	Erkek	54	103,74	8,62		

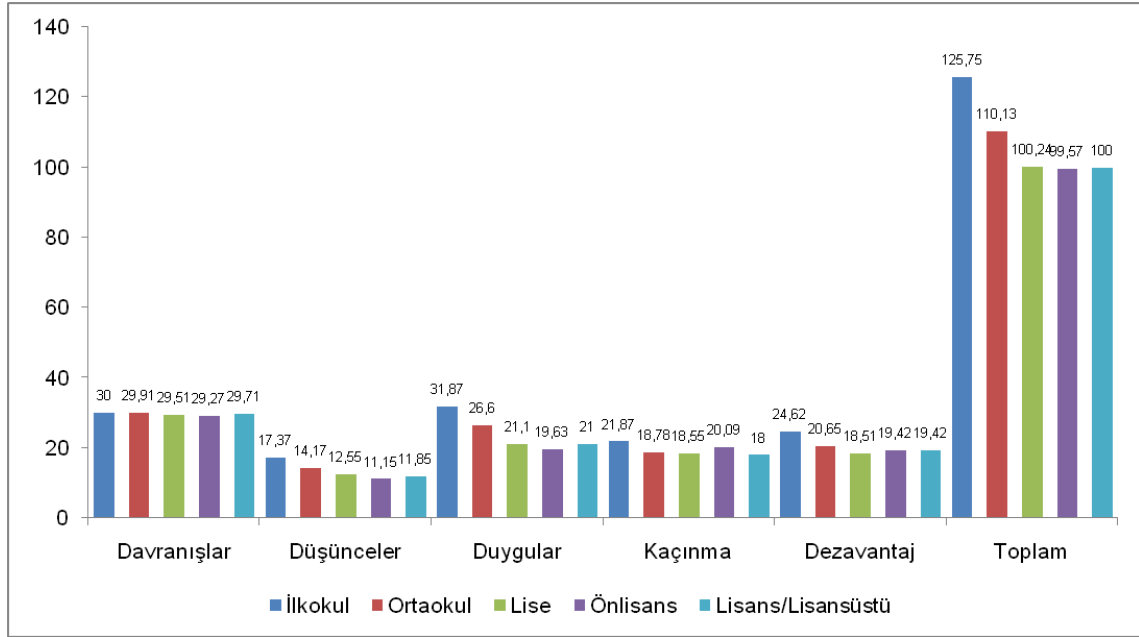


Şekil 1. Katılımcıların Cinsiyetine Göre WASSP TR Ölçeği'nden Elde Ettikleri Ortalama Puanlar

Çalışmaya dahil edilen kekeme bireylerin WASSP-TR ölçeğinden elde ettikleri puanların cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan t testi neticesinde kadın kekemelerin erkek kekemelere kıyasla kaçınma davranışı sergileme düzeylerinin anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$) (Tablo 4).

Tablo 5. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre WASSP TR Ölçeği'nden Elde Ettikleri Ortalama Puanların Karşılaştırılması

		N	Ort.	Ss (±)	F	p	Farklılık
Davranışlar	İlkokul	8	30,00	1,85	.585	.674	
	Ortaokul	23	29,91	1,95			
	Lise	29	29,51	1,74			
	Önlisans	33	29,27	1,62			
	Lisans/Lisansüstü	7	29,71	1,79			
Düşünceler	İlkokul	8	17,37	2,82	14.911	.000	1-2; 1-3; 1-4; 1-5; 2-3; 2-4; 2-5; 3-4
	Ortaokul	23	14,17	3,51			
	Lise	29	12,55	1,05			
	Önlisans	33	11,15	1,95			
	Lisans/Lisansüstü	7	11,85	1,34			
Duygular	İlkokul	8	31,87	2,69	34.881	.000	1-2; 1-3; 1-4; 1-5; 2-3; 2-4; 2-5
	Ortaokul	23	26,60	2,65			
	Lise	29	21,10	3,93			
	Önlisans	33	19,63	3,13			
	Lisans/Lisansüstü	7	21,00	1,82			
Kaçınma	İlkokul	8	21,87	3,09	3.601	.009	1-2; 1-3; 1-5
	Ortaokul	23	18,78	1,73			
	Lise	29	18,55	3,12			
	Önlisans	33	20,09	3,03			
	Lisans/Lisansüstü	7	18,00	1,29			
Dezavantaj	İlkokul	8	24,62	1,06	12.402	.000	1-2; 1-3; 1-4; 1-5; 2-3
	Ortaokul	23	20,65	2,12			
	Lise	29	18,51	2,72			
	Önlisans	33	19,42	2,29			
	Lisans/Lisansüstü	7	19,42	1,13			
Toplam	İlkokul	8	125,75	6,75	48.293	.000	1-2; 1-3; 1-4; 1-5; 2-3; 2-4; 2-5
	Ortaokul	23	110,13	5,80			
	Lise	29	100,24	5,13			
	Önlisans	33	99,57	5,43			
	Lisans/Lisansüstü	7	100,00	4,32			



Şekil 2. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre WASSP TR Ölçeği'nden Elde Ettikleri Ortalama Puanlar

Çalışmaya dahil edilen kekeme bireylerin WASSP-TR ölçeğinden elde ettikleri skorların eğitim düzeyine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) neticesinde davranışlar altboyutu dışındaki diğer tüm altboyutlarda eğitim düzeyine göre anlamlı şekilde farklılaşma olduğu görülmüştür. Farklılığın hangi eğitim düzeyleri arasında olduğunu belirlemek için yapılan Mann Whitney U test neticesinde düşünceler altboyutundaki farklılığın ilkökul mezunları ile ortaokul, lise, önlisans, lisans/lisansüstü mezunları arasında; ortaokul mezunları ile lise, önlisans, lisans/lisansüstü mezunları arasında; lise mezunları ile önlisans ve lisans/lisansüstü mezunları arasında olduğu görülmüş olup eğitim düzeyi arttıkça ilgili altboyutlara ilişkin ortalama puanlar azalmakta, başka bir ifadeyle eğitim düzeyi yüksek olanların kekemeliğe yönelik olumsuz tutumları anlamlı şekilde düşmektedir. Duygular altboyutundaki farklılığın da benzer şekilde ilkökul mezunları ile ortaokul, lise, önlisans, lisans/lisansüstü mezunları arasında; ortaokul mezunları ile lise, önlisans, lisans/lisansüstü mezunları arasında olduğu görülmüştür. Kaçınma altboyutundaki farklılığın ilkökul mezunları ile ortaokul, lise ve lisans/lisansüstü mezunları arasında, dezavantajlar altboyutundaki farklılığın ilkökul mezunları ile

ortaokul, lise, önlisans, lisans/lisansüstü mezunları arasında ve ortaokul mezunları ile lise mezunları arasında olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Tablo 6. Katılımcıların Gelir Düzeyi ile WASSP TR Ölçeği'nden Elde Ettikleri Ortalama Puanları Arasındaki İlişki

		Davranışlar	Düşünceler	Duygular	Kaçınma	Dezavantaj	Toplam
Gelir Düzeyi	r	-,017	-,251*	-,440**	-,152	-,357**	-,463**
	p	,870	,012	,000	,130	,000	,000
	N	100	100	100	100	100	100

Çalışmaya dahil edilen kekeme bireylerin gelir düzeyi ile WASSP-TR ölçeğinden elde ettikleri puanlar arasında ilişki olup olmadığını tespit etmek için yapılan korelasyon analizi sonucunda gelir düzeyi ile düşünceler altboyutu arasında negatif yönde ve düşük düzeyde ($r = -.251$; $p < 0.05$); duygular altboyutu arasında negatif yönde ve orta düzeyde ($r = -.440$; $p < 0.001$); dezavantaj altboyutu arasında negatif yönde ve düşük düzeyde ($r = -.357$; $p < 0.05$); ölçeğin tamamından elde edilen toplam puan ile negatif yönde ve orta düzeyde ($r = -.463$; $p < 0.001$) ilişki saptandı (Tablo 6). Başka bir ifadeyle gelir düzeyi arttıkça kekemeliğe yönelik olumsuz algılar anlamlı şekilde azalmaktadır.

3.3. Çabalama Davranışlarına İlişkin Bulgular

Çalışmaya dahil edilen kekeme bireylerin kekemeliğe başa çıkma stratejilerini belirlemek için kullanılan ölçekten elde edilen bulgulara ilişkin analizler aşağıda sunulmuştur.

Tablo 7. Katılımcıların başa çıkma ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar

	N	Minimum	Maximum	Ort.	Ss (±)
Problem Çözme	100	10,00	32,00	20,27	4,71
Sosyal Destek Arama	100	11,00	33,00	23,44	5,82
Kaçınma	100	11,00	33,00	22,59	5,06

Çalışmaya dahil edilen kekeme bireylerin başa çıkma ölçeğinden elde ettikleri puanlar Tablo 7'de görülmektedir. Buna göre katılımcılar en yüksek puanı 23.44 ± 5.82 ile sosyal destek arama altboyutundan, en düşük puanı ise 20.27 ± 4.71 puan ile problem çözme boyutundan elde etmiştir. Bu da

katılımcıların kekemelik ile başa çıkmada en fazla sosyal destek arama davranışı sergiledikleri anlamına gelmektedir.

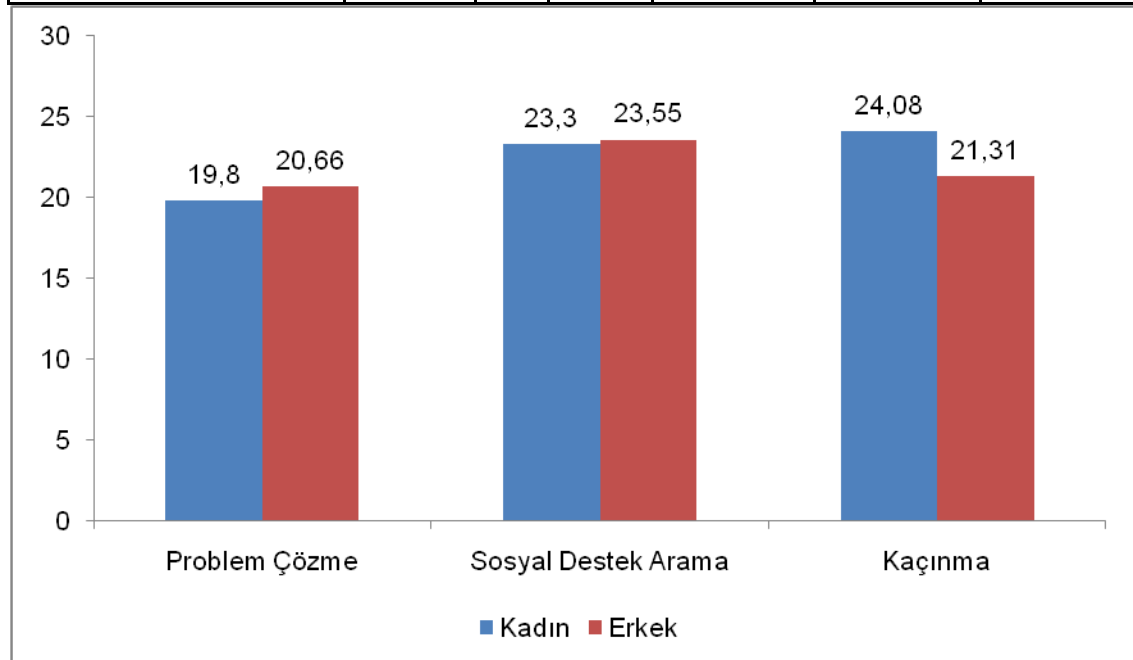
Tablo 8. Katılımcıların yaşı ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki

		Problem Çözme	Sosyal Destek Arama	Kaçınma
Yaş	r	,121	,160	,062
	p	,229	,113	,543
	N	100	100	100

Kekeme bireylerin yaşları ile kekemelik ile başa çıkma stratejileri arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Pearson's korelasyon analizi neticesinde gruplar arasında ilişki olmadığı görüldü ($p > 0.05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Katılımcıların cinsiyetine göre başa çıkma stratejilerinin karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ort.	Ss ($\pm$)	t	p
Problem Çözme	Kadın	46	19,80	4,82	-.911	.365
	Erkek	54	20,66	4,62		
Sosyal Destek Arama	Kadın	46	23,30	6,40	-.214	.831
	Erkek	54	23,55	5,35		
Kaçınma	Kadın	46	24,08	5,81	2.824	.006
	Erkek	54	21,31	3,93		



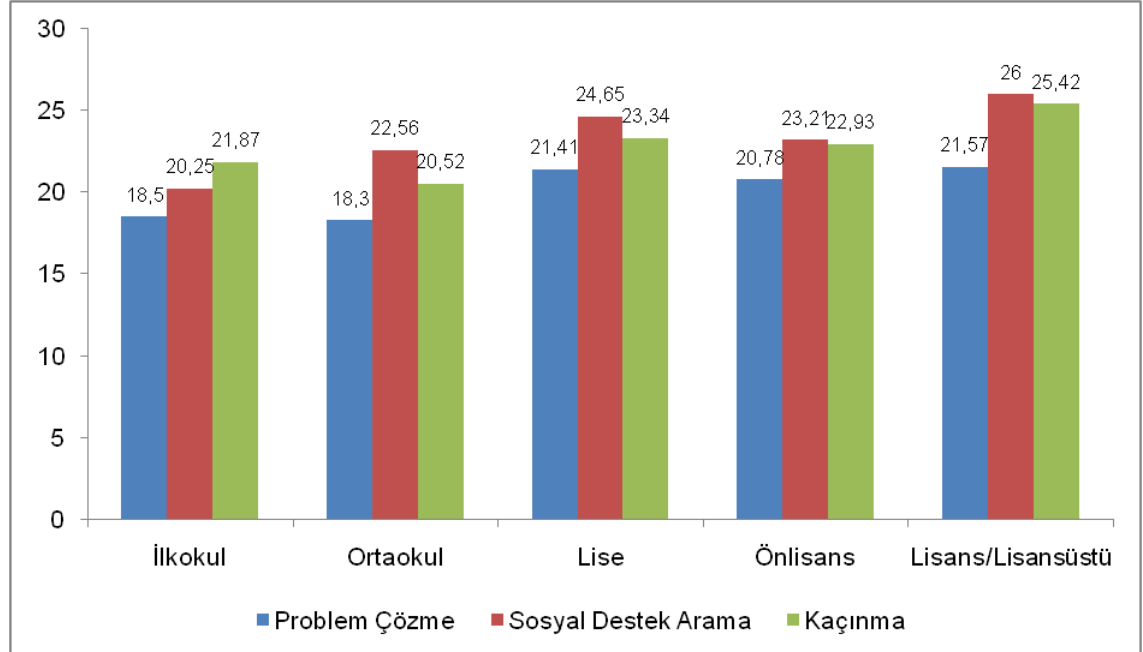
Şekil 3. Katılımcıların cinsiyetine göre başa çıkma stratejileri

Çalışmaya dahil edilen kekeme bireylerin kekemelik ile başa çıkma stratejilerinin cinsiyetlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için

yapılan t testi neticesinde kadınların kaçınma düzeylerinin erkeklerden anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 9; Şekil 3).

Tablo 10. Katılımcıların eğitim durumuna göre başa çıkma stratejilerinin karşılaştırılması

		N	Ort.	Ss (±)	F	p
Problem Çözme	İlkokul	8	18,50	3,81	2.020	.098
	Ortaokul	23	18,30	4,05		
	Lise	29	21,41	5,04		
	Önlisans	33	20,78	4,97		
	Lisans/Lisansüstü	7	21,57	3,20		
Sosyal Destek Arama	İlkokul	8	20,25	6,29	1.417	.234
	Ortaokul	23	22,56	5,50		
	Lise	29	24,65	5,92		
	Önlisans	33	23,21	5,89		
	Lisans/Lisansüstü	7	26,00	4,76		
Kaçınma	İlkokul	8	21,87	6,53	1.808	.134
	Ortaokul	23	20,52	3,94		
	Lise	29	23,34	5,10		
	Önlisans	33	22,93	5,47		
	Lisans/Lisansüstü	7	25,42	2,22		



Şekil 4. Katılımcıların eğitim durumuna göre başa çıkma stratejileri

Çalışmaya dahil edilen kekeme bireylerin eğitim düzeyine göre kekemelikle başa çıkma stratejilerinde farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yaptığımız tek yönlü varyans analizi neticesinde eğitim düzeyinin başa

Kekeme bireylerin kekemelik şiddeti algıları ile kekemelikle başa çıkma stratejileri arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Pearson's korelasyon analizi neticesinde kekemelik şiddeti altboyutlarından davranışlar altboyutu ile başa çıkma stratejileri altboyutlarından sosyal destek arama altboyutu arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ($r = .247$); kekemelik şiddeti altboyutlarından düşünceler altboyutu ile başa çıkma stratejileri altboyutlarından problem çözme, sosyal destek arama ve kaçınma altboyutları arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde; kekemelik şiddeti altboyutlarından duygular altboyutu ile başa çıkma stratejileri altboyutlarından problem çözme arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .428$; $p < 0.001$), sosyal destek arama ve kaçınma arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde; kekemelik şiddeti altboyutlarından dezavantaj altboyutu ile başa çıkma stratejileri altboyutlarından problem çözme, sosyal destek arama ve kaçınma arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ilişki saptandı (Tablo 12). Bu sonuçlardan hareketle kekemelik şiddetine ilişkin olumsuz algılar arttıkça problem çözme, sosyal destek arama ve kaçınma tarzındaki başa çıkma stratejilerini kullanma düzeylerinin anlamlı şekilde arttığı söylenebilir.

4. BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ

Kekemeliği olan yetişkinler için terapötik değişimi açıklayan literatür, kronik kekemeliğin ortadan kaldırılmasının muhtemel olmadığını, bunun yerine değişen derecelerde yönetildiğini veya üstesinden gelindiğini göstermektedir. Bazı konuşmacılar, kekemeliklerinin sunduğu sorunu hem resmi terapötik deneyimler olsun hem de olmasın son derece iyi yönetirler (Anderson ve Felsenfeld, 2003, Finn, 1996, Plexico ve ark., 2005). Bazı konuşmacılar ana akım ve bazı durumlarda istisnai düzeyde akıcılık ve iletişim kolaylığı elde edebilirler (Chmela ve ark., 1998; Daly ve ark., 1996; Hillis ve Manning, 1996; Hood, 1998; St. Louis, 2001) Diğer bireyler durumlarıyla başa çıkma konusunda daha az beceriklidir ve bariz ve genellikle çaba gerektiren kekemelik ile çaresizlik, umutsuzluk, utanç, korku ve kaçınma kalıpları sergilemeye devam ederler (Corcoran ve Stewart, 1998; Daniels ve ark., 2006; Plexico ve ark., 2005).

Çok sayıda araştırmacı, tedavinin başlangıcında veya öncesinde kekemeliğin kişinin yaşamı üzerindeki son derece olumsuz ve kısıtlayıcı etkisini tanımlamıştır (Crichton-Smith, 2002; Corcoran ve Stewart, 1998). Kekemeliğin ortaya koyduğu pek çok zararlı sonuca rağmen, nispeten az sayıda kekeme ergen ve yetişkin tedavi görmekte ve tedaviye başlayanların çoğu bırakmaktadır (Hearne ve ark., 2008; Manning, 2006). Terapiye devam edenler için, tedavi protokolüne bakılmaksızın bazıları diğerlerinden daha iyi yanıt verir (Franken ve ark., 1992; Huinck ve Peters, 2004). İnsanların başa çıkma modelleriyle ilgili literatür, konuşmacıların kekemeliğin sunduğu stresli durumlara tepki vermedeki değişkenliği hakkında fikir verebilir.

Kekeleyen bir kişi olmanın stresiyle başa çıkmayı ele alan ve soruna verilen davranışsal tepkiye odaklanan bir çalışma yapılmıştır. Vanryckeghem, Brutten, Uddin ve Van Borsel (2004), kekemeliği olan 42 yetişkin ve 76 akıcı yetişkin tarafından bir akıcısızlık varlığında veya beklentisinde kullanılan

konuşmayla ilişkili başa çıkma (ikincil) davranışlarının türlerini değerlendirmek için davranışsal bir kontrol listesi kullanmışlardır. Katılımcıların yaşları 17 ile 50 arasındaydı ve kekemeliği olan yetişkinler çalışma sırasında tedavi görüyordu. Vanryckeghem ve diğerleri, başa çıkmayı, kekemeliğin bir bileşeninden ziyade kekemeliğin öngörülmesine veya ortaya çıkmasına ikincil olarak ortaya çıkan öğrenilmiş, davranışsal tepkiler olarak yorumlamıştır. Davranış Kontrol Listesini kullanarak (Brutten ve Vanryckeghem, 2003) Vanryckeghem ve arkadaşları (2004), kekeme olan bireylerin kekeme olmayan akranlarına göre önemli ölçüde daha fazla başa çıkma tepkisi gösterdiklerini bulmuşlardır. İki grubu farklılaştıran davranışsal tepkiler, öncelikle genel vücut hareketleri (örn. parmak vurma ve bacak hareketleri) ve konuşma tarzıyla ilgiliydi.

İnsanın başa çıkma tepkisini (yalnızca) bir davranışsal alan içinde yorumlamak, başa çıkma sürecini anlamamızı sınırılıyor gibi görünüyor. Başa çıkma davranışları bireyler arasında değişken olduğundan, aynı stres etkeninin varlığında bile belirli davranışları belirlemek yararlı olmayabilir. Carpenter (1992), yalnızca belirli başa çıkma davranışlarını vurgulamanın, başa çıkma davranışlarının işlevi hakkında anlamlı herhangi bir içgörüyü önleyerek, başa çıkmanın yalnızca kendine özgü doğasını vurgulama riskini taşıdığını savunur. Ek olarak, Carpenter, belirli bir başa çıkma davranışının birden fazla işlevi olabileceğini öne sürüyor. Örneğin, kekemelikten kaçmak ve/veya utanma olasılığını ortadan kaldırmak için kaçınma davranışları kullanılabilir.

Kekemelik deneyiminde bariz yüzeysel davranışlardan çok daha fazla derinlik olduğu belgelenmiştir (Manning, 2001; Sheehan ve Martyn, 1970; Smith, 1999; Smith ve Kelly, 1997; Starkweather ve Givens-Ackerman, 1997). Bu nedenle, bireyin başa çıkma tepkisinin doğası değerlendirilirken, başa çıkma stratejisinin sürecine ve kalitesine de vurgu yapılmalıdır. Bir başa çıkma stratejisinin etkinliği, başa çıkma stratejisinin belirli bir durumun taleplerini karşılamaya uygun olup olmadığı dikkate alınarak belirlenir. Şu anda, kekemelik literatüründe kabul edilen kendinden türetilen baş etme tepkileri, genellikle kekemelik deneyimine uyumsuz öğrenilmiş tepkiler olarak tasvir edilmektedir. Kekeleyen insanların başa çıkma tepkileri (her zaman istenmese de),

kekemeliğin sunduğu birçok stres biçimine karşı doğal ve normal tepkiler olabilir (Manning, 2001; Manning ve Dilollo, 2007).

Literatür, başarılı başa çıkma ve uyumun, bireyin hayatını şekillendirmede aktif rol alma, kişisel başarılarını kabul etme, olumsuz yaşam deneyimlerini başarılı bir şekilde yönetme, sınırlamaları azaltmak için çevreyi değiştirme ve katılımda yer alma yeteneği ile karakterize edildiğini göstermektedir (Dembo, Leviton ve Wright, 1956, Akt. Livneh ve Antonak, 1997). DeLoach ve Greer (1981), uyumun kendini kabul etmeye, sorumlu davranışa, uygun sosyal tekniklere ve başarılı başa çıkma stratejilerinin kullanımına bağlı olduğunu eklemiştir. Daha az başarılı uyum, kişinin yaşamdaki sorunlarına uyum sağlamak için işlevsel veya verimli yollar bulamama veya çözememe ile karakterize edilir (Roessler ve Bolton, 1978).

Bu çalışmanın amacı kekeme bireylerde kekemelik şiddeti ile çabalama davranışının değerlendirilmesidir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir.

Çalışma sonucunda katılımcıların yaşı ile kekemelik şiddeti arasında ilişki saptanmadı. Hulit ve Wirtz (1994) tarafından yapılan çalışmada yaş ile kekemelik arasında anlamlı ilişki bildirilmemiştir. Prasse ve Kikano (2008) yapmış oldukları derleme çalışmasında genel itibariyle yaştaki artışla birlikte kekemelik şiddetinde azalma olduğunu bildirmişlerdir.

Kadın kekemelerin erkek kekemelere kıyasla kaçınma davranışı sergileme düzeylerinin anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü. Jumper (2008) tarafından yapılan çalışmada kadın kekemelerde kaçınma davranışının erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Haley (2009) kekeme bireylerin kaçınma davranışı sergileme düzeylerinin yüksek olduğunu, kadın kekemelerde bu davranışın daha yaygın olduğunu belirtmiştir.

Eğitim düzeyine bağlı olarak kekemelik şiddetine ilişkin algılarda farklılaşma olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi arttıkça kekemeliğe ilişkin algıların daha olumlu hale geldiği saptanmıştır. Diğer bir ifadeyle eğitim düzeyi

düşük olanların kekemeliklerine ilişkin algıları daha olumsuzdur. Kasbi ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan kekemelerde kekemeliğe ilişkin algıların eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha olumlu olduğu bildirilmiştir. Klein ve Hood (2004) tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyinin kekemeliğe ilişkin inançlar üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir.

Gelir düzeyi ile kekemelik şiddetine ilişkin düşünceler altboyutu arasında negatif yönde ve düşük düzeyde; duygular altboyutu arasında negatif yönde ve orta düzeyde; dezavantaj altboyutu arasında negatif yönde ve düşük düzeyde; ölçeğin tamamından elde edilen toplam puan ile negatif yönde ve orta düzeyde ilişki saptandı. Çalışmamızın aksine De Nardo (2011) tarafından yapılan çalışmada gelir düzeyi ile kekemeliğe yönelik algı arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir.

Kekeleyen bireylerin kekemelikle başa çıkmada en fazla sosyal destek arama davranışını sergiledikleri görülmüştür. Craig ve Hancock (1995) yapmış oldukları çalışmada kekeme bireylerin kendilerini toplumdan soyutlama davranışını yaygın olarak sergilediklerini, en önemli gereksinimlerinden birisinin de sosyal destek arayışı olduğunu bildirmişlerdir. Günaydın (2020) tarafından 6-12 yaş arası kekemelik tanısı almış çocuğa sahip ebeveynler üzerinde gerçekleştirilen çalışmada ebeveynlerin sosyal destek arama davranışı sergileme düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir.

Yaş ile kekemelikle başa çıkma stratejileri arasında ilişki saptanmamıştır. Swartz ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada yaştaki artışa bağlı olarak başa çıkma stratejilerinden problem çözme arasında pozitif yönde ilişki bildirilmiştir.

Kadın kekemelerin erkek kekemelere göre kaçınma davranışını anlamlı şekilde daha fazla kullandıkları görülmüştür. Blood ve arkadaşları (2011) kadın kekemelerin kekemelikle başa çıkmada kaçınma davranışını erkek kekemelere göre daha fazla kullandıklarını bildirmişlerdir.

Eğitim düzeyinin baŗa çıkma stratejilerinde anlamlı bir farklılığa neden olmadığı g r lm ŗt r. Plexico ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan  alıŗmada eğitim düzeyi arttı a kekemelikle baŗa çıkmanın daha etkin hale geldiği, özellikle de problem çözme davranıŗı sergileme düzeyinin eğitim düzeyiyle pozitif yönde iliŗkili olduğu bildirilmiŗtir.

Kekeme bireylerin gelir düzeyi ile sosyal destek arama ve kaçınma düzeyleri arasında pozitif yönde ve d ŗ k düzeyde iliŗki saptandı. Weidner ve arkadaşları (2018) tarafından kekeme olan okul öncesi çocuklar üzerinde ger ekleŗtirilen  alıŗmada ailelerinin gelir düzeyi yüksek olan kekeme çocukların problem çözme davranıŗı sergileme düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiŗtir.

Kekemelik ŗiddetine iliŗkin olumsuz algılar arttı a problem çözme, sosyal destek arama ve kaçınma tarzındaki baŗa çıkma stratejilerini kullanma düzeylerinin anlamlı ŗekilde arttığı söylenebilir.

KAYNAKÇA

- Alm P. A. (2004). Stuttering And The Basal Ganglia Circuits: A Critical Review Of Possible Relations. *Journal Of Communication Disorders*, 37(4), 325–369
- Alm, P. A. (2011). *Cluttering: a neurological perspective* (pp. 3-28). Hove: Psychology Press.
- American Speech-Language-Hearing Association. (1993). *Definitions of communication disorders and variations* [Relevant Paper]. Available from www.asha.org/policy
- American Speech-Language-Hearing Association. (2014). Quick: Talk Fast & Don't Stutter. The Perils Of Oral-Reading Fluency Assessments For Children Who Stutter Led A Group Of Slps To Investigate The Issue And Call On Colleagues To Change Their School Districts' Policies. *The ASHA Leader*, 19(7), 44–48.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2016). Code Of Ethics [Ethics]. www.asha.org/Policy
- Anderson JD, Pellowski MW, Conture EG, Kelly EM. (2003). Temperamental characteristics of young children who stutter. *J Speech, Lang Hear Res*, 46(5):1221–1233
- Arenas, R. M., Walker, E. A., & Oleson, J. J. (2017). Developmental Stuttering In Children Who Are Hard Of Hearing. *Language, Speech, And Hearing Services In Schools*, 48(4), 234–248
- Atkins CP. (1988). Perceptions of speakers with minimal eye contact: Implications for stutterers. *J Fluency Disord*, 13:429-436
- Ayre, A., & Wright, L. (2009). WASSP: an international review of its clinical application. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(1), 83-90.
- Bauman-Wängler, J. A. (2008). *Articulatory and phonological impairments: A clinical focus*. Pearson/Allyn and Bacon.
- Bernstein, D.K. and Tiegerman-Farber, E., (2008). *Language and Communication Disorders in Children*, Pearson, New York.
- Beukelman DR, Mirenda P. (2013). *Augmentative And Alternative Communication: Supporting Children And Adults With Complex Communication Needs*. 4th Ed. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.

- Blood, G. W., Blood, I. M., Dorward, S., Boyle, M. P., & Tramontana, G. M. (2011). Coping strategies and adolescents: Learning to take care of self and stuttering during treatment. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 21(3), 68-77.
- Blood, G. W., Blood, I. M., Tellis, G., & Gabel, R. (2001). Communication apprehension and self- perceived communication competence in adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 26(3), 161-178.
- Bloodstein O. (2002). Early stuttering as a type of language difficulty. *J Fluency Disord*, 27(2):163-167
- Bloodstein O. (2006). Some empirical observations about early stuttering: A possible link to language development. *J Commun Disord*, 39(3):185–191
- Bloodstein OA.(1995). *Handbook on Stuttering*. 5th edition, San Diego, CA: Singular.
- Bloodstein, O. And Ratner, NB. (2008). *A Handbook On Stuttering*. New York, Delmar
- Boutsen F. (2003). Prosody: The Music Of Language And Speech. *The ASHA Leader*. 5(4):7-9.
- Chang, S. E., & Zhu, D. C. (2013). Neural Network Connectivity Differences In Children Who Stutter. *Brain: A Journal Of Neurology*, 136(Pt 12), 3709–3726
- Chang, S. E., Garnett, E. O., Etchell, A., & Chow, H. M. (2019). Functional And Neuroanatomical Bases Of Developmental Stuttering: Current Insights. *The Neuroscientist : A Review Journal Bringing Neurobiology, Neurology And Psychiatry*, 25(6), 566–582.
- Chang, S., Zhu, D., Choo, A., & Angstadt, M. (2015). White Matter Neuroanatomical Differences In Young Children Who Stutter. *Brain*, 138(3), 694-711
- Choi, D., Conture, E. G., Walden, T. A., Lambert, W. E., & Tumanova, V. (2013). Behavioral Inhibition And Childhood Stuttering. *Journal Of Fluency Disorders*, 38(2), 171–183
- Coleman, C.E., & Yaruss, J.S. (2014). A Comprehensive View Of Stuttering: Implications For Assessment And Treatment. *Perspectives On School-Based Issues*, 15, 75-80.
- Conture E. (2001). *Stuttering: Its Nature Diagnosis And Treatment*. Boston: Allyn & Bacon

- Couture, E.G., Kelly, (2012). E.M., Walden, T.A., Temperament, Speech, And Language: An Overview, *J. Commun. Disord.*, 46(2), 125-142
- Corcoran, J.A., & Stewart, M. (1998). Stories Of Stuttering: A Qualitative Analysis Of Interview Narratives. *Journal Of Fluency Disorders*, 23, 247-264
- Craig A, Hancock K, Tran Y, Craig M, Peters K. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *J Speech Lang Hear Res*, 45(6):1097–1105.
- Craig, A. R., & Hancock, K. (1995). Self-reported factors related to relapse following treatment for stuttering. *Australian Journal of Human Communication Disorders*, 23(1), 48-60.
- Craig, A., & Tran, Y. (2005). The Epidemiology Of Stuttering: The Need For Reliable Estimates Of Prevalence And Anxiety Levels Over The Lifespan. *Advances In Speech Language Pathology*, 7(1), 41–46.
- Craig, A., Blumgart, E., & Tran, Y. (2009). The Impact Of Stuttering On The Quality Of Life In Adults Who Stutter. *Journal Of Fluency Disorders*, 34(2), 61–71
- Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M., & Peters, K. (2002). Epidemiology Of Stuttering In The Community Across The Entire Life Span. *Journal Of Speech, Language, And Hearing Research: JSLHR*, 45(6), 1097–1105
- Çiyiltepe, M. (2005). Dil ve kavram gelişimi. SS Topbaş. *Dil ve konuşma gelişiminde sorunlara yol açan nedenler*, 158-188.
- Davidow, J. H., & Scott, K. A. (2017). Intrajudge And Interjudge Reliability Of The Stuttering Severity Instrument-Fourth Edition. *American Journal Of Speech-Language Pathology*, 26(4), 1105–1119.
- De Nardo, T. (2011). *Acceptance of Stuttering and its Correlates* (Doctoral dissertation, Bowling Green State University).
- Desai, J., Huo, Y., Wang, Z., Bansal, R., Williams, S., & Lythgoe, D. Et Al. (2016). Reduced Perfusion In Broca's Area In Developmental Stuttering. *Human Brain Mapping*, 38(4), 1865-1874
- Douglass, J., Constantino, C., Alvarado, J., Verrastro, K., & Smith, K. (2019). Qualitative Investigation Of The Speech-Language Therapy Experiences Of Individuals Who Covertly Stutter. *Journal Of Fluency Disorders*, 61, 105713
- Drayna, D., & Kang, C. (2011). Genetic Approaches To Understanding The Causes Of Stuttering. *Journal Of Neurodevelopmental Disorders*, 3(4), 374–380

- Erickson, S., & Block, S. (2013). The Social And Communication Impact Of Stuttering On Adolescents And Their Families. *Journal Of Fluency Disorders*, 38(4), 311–324.
- Frigerio-Domingues, C., & Drayna, D. (2017). Genetic Contributions To Stuttering: The Current Evidence. *Molecular Genetics & Genomic Medicine*, 5(2), 95–102.
- Gerçek M, Yorulmaz İ., Ural, A. (2000). Ses ve Konuşma. *K.B.B. Ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi*, 8(1), 71-78
- Guitar B, Conture EG. (2013), *The Child Who Stutters: To The Pediatrician*. Memphis, TN: Stuttering Foundation.
- Guitar, B. (1998). *Stuttering: An Integrated Approach To Its Nature And Treatment* (2nd Ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar, B. (2014). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (4rd ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins
- Günay, D. (2004). *Dil ve İletişim*. İstanbul: Multilingual Yayınları
- Günaydın, E. (2020). *6-12 yaş arası kekemelik tanısı almış çocukların ebeveynlerinin dil ve konuşma terapisi öncesi ve sonrasında kaygı düzeylerinin karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Haley, J. T. (2009). *Stuttering, emotional expression, and masculinity: fighting out words, fighting back tears*. The University of Iowa.
- Han, T., Park, J., Domingues, C., Moretti-Ferreira, D., Paris, E., & Sainz, E. Et Al. (2014). A Study Of The Role Of The FOXP2 And CNTNAP2 Genes In Persistent Developmental Stuttering. *Neurobiology Of Disease*, 69, 23-31.
- Hulit, L. M., & Wirtz, L. (1994). The association of attitudes toward stuttering with selected variables. *Journal of fluency disorders*, 19(4), 247-267
- İbiloğlu AO. (2011). Kekemelik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3(4):704-727
- James, S.L., (1991). Normal Language Acquisition, *Journal of Child Language*, 18(02), 469-471
- Johnson W. A study of the onset and development of stuttering. *Journal of Speech Disorders*. 1942;7(3):251-7
- Jumper, A. (2018). *The Influence of Anticipation, Anxiety, and Avoidance on the Stuttering Experience* (Doctoral dissertation, Southern Illinois University at Edwardsville).

- Kalinowski, J., & Saltuklaroglu, T. (2003). Speaking With A Mirror: Engagement Of Mirror Neurons Via Choral Speech And Its Derivatives Induces Stuttering Inhibition. *Medical Hypotheses*, 60(4), 538–543
- Kaplan, H.I. Sadock, B.J. (2004) Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri, İntihar, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, sayfa: 361–366.
- Kasbi, F., Mokhlesin, M., Maddah, M., Noruzi, R., Monshizadeh, L., & Khani, M. M. (2015). Effects of stuttering on quality of life in adults who stutter. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health*, 2(1).
- Kent, R. D., & Read, C. (2002). *The Acoustic Analysis Of Speech*. Albany, NY: Thomson Learning
- Kılıç, V. (2002). *Dilin İşlevleri ve İletişim*. İstanbul: Papatya Yayınları
- 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.
- 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
- Konrot A. (1998). *Sözel dil ve konuşma sorunları*; Eskişehir, Anadolu Üniversitesi.
- Kraft, S. J., & Yairi, E. (2012). Genetic Bases Of Stuttering: The State Of The Art, 2011. *Folia Phoniatica Et Logopaedica: Official Organ Of The International Association Of Logopedics And Phoniatrics (IALP)*, 64(1), 34–47
- Kubikova, L., Bosikova, E., Cvikova, M., Lukacova, K., Scharff, C., & Jarvis, E. D. (2014). Basal Ganglia Function, Stuttering, Sequencing, And Repair In Adult Songbirds. *Scientific Reports*, 4, 6590
- Kummer, A. W. (2014). Speech and resonance disorders related to cleft palate and velopharyngeal dysfunction: a guide to evaluation and treatment. *Perspectives on School-Based Issues*, 15(2), 57-74.
- Mansson H. (2000). Childhood stuttering: incidence and development, *J Fluency Disord*, 25:47-57.
- McClean MD, Runyan CM. (2000). Variations in the relative speeds of orofacial structures with stuttering severity. *J Speech Lang Hear Res*, 43(6):1524-1531.
- Molt, L.F. (1996). An Examination Of Various Aspects Of Auditory Processing In Clutterers. *Journal Of Fluency Disorders*, 21, 215-225.

- Murphy, Bill & Quesal, Robert & Gulker, Hope. (2007). Covert Stuttering. Perspectives on Fluency and Fluency Disorders. 17. 4-9.
- Ntourou, K., Conture, E., & Lipsey, M. (2011). Language Abilities Of Children Who Stutter: A Meta-Analytical Review. American Journal Of Speech-Language Pathology, 20(3), 163-179
- Oğuz Ö. (2020). Konuşma Sesi Bozuklukları. İçinde: Nörobilim ve Dil-Konuşma Bozuklukları. Ed: Tanrıdağ, O. Nobel Tıp Kitapevleri
- Owens RE, Metz DE, Haas A. (2003). Introduction to Communication Disorders: A Life Span Perspective. Boston: Allyn and Bacon
- Özsoy,Y. (1982) Konuşma Özürlü Çocuklar Ve Eğitimleri, İ.T.İ.A. İletişim Bilimleri Fakültesi Yayını, Eskişehir
- Öztürk M, Tüzün Ü. (2002). Kekeme çocuklarda sosyal fobi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 7:12-16.
- Peters, T. J., & Guitar, B. (1991). Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins
- Plexico, L. W., Erath, S., Shores, H., & Burrus, E. (2019). Self-acceptance, resilience, coping and satisfaction of life in people who stutter. *Journal of fluency disorders*, 59, 52-63.
- Plexico, L., Manning, W. H., & Dilollo, A. (2005). A Phenomenological Understanding Of Successful Stuttering Management. Journal Of Fluency Disorders, 30(1), 1–22.
- Prasse, J. E., & Kikano, G. E. (2008). Stuttering: an overview. *American family physician*, 77(9), 1271-1276.
- Quené, H. (2007). On the just noticeable difference for tempo in speech. *Journal of Phonetics*, 35(3), 353-362.
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Cini, E., Conway, L., Ukoumunne, O. C., Bavin, E. L., Prior, M., Eadie, P., Block, S., & Wake, M. (2013). Natural History Of Stuttering To 4 Years Of Age: A Prospective Community-Based Study. *Pediatrics*, 132(3), 460–467.
- Riley, G., Riley (2000). J., A Revised Component Model For Diagnosing And Treating Children Who Stutter, *Contemp. Issues Commun. Sci. Disord.*, 27, 188-199
- Rosenbek J, Messert B, Collins M, Wertz RT. (1978). Stuttering following brain damage. *Brain Lang*, 6(1):82-96.

- Rustin L, Cook F, Spence R. (1995). The Management of Stuttering in Adolescence: A Communication Skills Approach. San Diego: Singular Pub. Group
- Shames GH, Wiig EH, Secord WA. (1998). Human Communication Disorders: An Introduction. Boston, Allyn & Bacon.
- Shames, G. H., Wiig, E. H., & Secord, W. (1986). Human communication disorders: An introduction. (*No Title*).
- Shapiro DA. (1999). Stuttering Intervention: A Collaborative. Journey to Fluency Freedom. Texas: PRO-ED, 12, 81.
- Sheehan JG, Martyn MM. (1970). Stuttering and its disappearance. J Speech, Lang Hear Res, 13(2):279-289
- Silverman FH. (2004). Stuttering and Other Fluency Disorders. Illinois, Waveland Press.
- Singer, C., Hessling, A., Kelly, E., Singer, L., & Jones, R. (2020). Clinical Characteristics Associated With Stuttering Persistence: A Meta-Analysis. Journal Of Speech, Language, And Hearing Research, 63(9), 2995-3018.
- Smith, A., & Weber, C. (2017). How Stuttering Develops: The Multifactorial Dynamic Pathways Theory. Journal Of Speech, Language, And Hearing Research, 60(9), 2483-2505
- St. Louis, K. O., & Schulte, K. (2011). Defining Cluttering: The Lowest Common Denominator. In D. Ward & K. Scaler Scott (Eds.), Cluttering: Research, Intervention And Education (Pp. 233–253). Psychology Press
- Swartz, E., Irani, F., & Gabel, R. (2014). Coping with stuttering. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 24(2), 58-68.
- Tichenor, S., & Yaruss, J. (2019). Stuttering As Defined By Adults Who Stutter. Journal Of Speech, Language, And Hearing Research, 62(12), 4356-4369
- Tichenor, S., & Yaruss, J. (2019). Stuttering As Defined By Adults Who Stutter. Journal Of Speech, Language, And Hearing Research, 62(12), 4356-4369.
- Topbaş, S. (2011). Dil ve Kavram Gelişimi. Ankara: Kök Yayıncılık
- Uysal, H. T. (2020). Kekemeliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin (The Wright and Ayre Stuttering Self-Rating Profile-WASSP) Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliğinin Araştırılması
- Van Riper C. (1971). The Nature of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall

- Van Zaalen, Y., & Reichel, I. (2017). Prevalence Of Cluttering In Two European Countries: A Pilot Study. *SIG 17 Perspectives On Global Issues In Communication Sciences And Related Disorders*, 2(17), 42–49
- Vanryckeghem, M., & Kawai, N. (2015). Evaluation of speech-related attitude by means of the KiddyCAT, CAT, and BigCAT, within a larger behavior assessment battery framework for children and adults who stutter. *The Bulletin of the Center for Special Needs Education Research and Practice*, 13, 1-9.
- Vinacour RE, Levin R. (2004). The relationship between anxiety and Stuttering: A multidimensional approach. *J Fluency Disord*, 29:135-148
- Watkins, K. E., Smith, S. M., Davis, S., & Howell, P. (2008). Structural And Functional Abnormalities Of The Motor System In Developmental Stuttering. *Brain: A Journal Of Neurology*, 131(Pt 1), 50–59
- Weidner, M. E., St. Louis, K. O., & Glover, H. L. (2018). Changing nonstuttering preschool children's stuttering attitudes. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(4), 1445-1457.
- Wiig, E. H., & Semel, E. M. (1984). *Language Assessment And Intervention For The Learning Disabled*. Columbus, Ohio: C.E. Merrill Pub. Co.
- World Health Organization (1977). *International Classification of Diseases*. 1977:202.
- Yairi E, Ambrose GN. (2005). *Early childhood stuttering*. Texas: Pro Ed an international Publisher.
- Yairi E, Ambrose NG. (1999). Early Childhood Stuttering I: Persistency and Recovery Rates. *J Speech Lang Hear Res*, 42(5):1097-1112.
- Yairi E, Seery CH. (2011). *Stuttering: Foundations and clinical applications*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology Of Stuttering: 21st Century Advances. *Journal Of Fluency Disorders*, 38(2), 66–87
- Yairi, E., & Ambrose, N. G. (1999). Early Childhood Stuttering I: Persistency And Recovery Rates. *Journal Of Speech, Language, And Hearing Research*, 42(5), 1097–1112.
- Yairi, E., & Seery, C. H. (2021). *Stuttering: Foundations and clinical applications*. Plural publishing.
- Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2006). Overall Assessment of the Speakr's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of fluency disorders*, 31(2), 90-115

- Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2006). Overall Assessment Of The Speaker's Experience Of Stuttering (OASES): Documenting Multiple Outcomes In Stuttering Treatment. *Journal Of Fluency Disorders*, 31(2), 90–115
- Yaruss, J. S., Coleman, C. E., & Quesal, R. W. (2012). Stuttering In School-Age Children: A Comprehensive Approach To Treatment. *Language, Speech, And Hearing Services in Schools*, 43(4), 536–548
- Yuan, J., Liberman, M. (2010). Robust Speaking Rate Estimation Using Broad Phonetic Class Recognition. In 2010 IEEE International Conference On Acoustics, Speech And Signal Processing, 4222-4225
- Zebrowski PM, Kelly EM. (2002). *Manual of Stuttering Intervention*. 1. Baski, Clifton Park, N.Y.: Singular Pub Group
- Zebrowski, P.M., Conture, E.G. (1998) Influence Of Nontreatment Variables On Treatment Effectiveness For School-Age Children Who Stutter, In: *Treatment Efficacy For Stuttering: A Search For Empirical Bases*, A.K.Cordes, R.J. Ingham (Eds.), Singular Publishing Group, Inc., San Diego, 293-310