



Kapadokya Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

**18-24 YAŞ ARALIĞINDA KEKEMELİĞİ OLAN
BİREYLERİN KENDİ KEKEMELİKLERİNE KARŞI ÖZ
TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

Fatma Sena ERDOĞAN

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir, 2024

18-24 YAŞ ARALIĞINDA KEKEMELİĞİ OLAN BİREYLERİN KENDİ
KEKEMELİKLERİNE KARŞI ÖZ TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Fatma Sena ERDOĞAN

Kapadokya Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir, 2024

TEŞEKKÜR

Bu çalışmaya başladığım günden bitirdiğim ana kadar tüm heyecanımı ve kaygımı paylaşan, bilgisiyle desteğini eksik etmeyen, bu süreci bana güzelleştiren kıymetli tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Meral BAŞARAN'a

Eğitim yaşamımın ilk gününden beri maddi-manevi desteklerini benden esirgemeyen, varlıklarıyla hayatıma anlam katan, ilk öğretmenlerim canım annem Nazlı ERDOĞAN'a ve değerli babam Mehmet ERDOĞAN'a

Her koşulda yanımda olduklarını ve yanımda olmaya devam edeceklerini bildiğim kardeşlerim Ayşenaz ERDOĞAN'a ve Hasan ERDOĞAN'a

Araştırmama destek olan kekemeliği bulunan tüm bireylere

Fatma Sena ERDOĞAN

ÖZET

ERDOĞAN, Fatma Sena. *18-24 Yaş Aralığında Kekemeliği Olan Bireylerin Kendi Kekemeliklerine Karşı Öz Tutumlarının İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir, 2024.

Kekemelik; konuşma akıcılığını bozan, toplum içinde çeşitli damgalamalara sebep olan, özel, sosyal, akademik, iş hayatlarında çeşitli zorluklarla karşılaşmasına neden olan yaygın bir konuşma bozukluğudur. Bu çalışmada kekemeliği olan 18-24 yaş aralığındaki bireylerin kendi kekemeliklerine karşı öz tutumlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya kekemeliği bulunan 200 kişi dahil edilmiştir. Katılımcılara demografik bilgi formu ve WASSP-TR (Kekemeliği Öz Değerlendirme Ölçeği) Ölçeği uygulanmıştır. Kekemeliği olan ergen ve yetişkinlerde kekemelik ile ilgili eğitim/terapi alanların kekemelik ile ilgili eğitim/terapi almayanlara oranla daha olumlu tutum sergilediği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Eğitim düzeyi arttıkça düşünceler ve kaçınma boyutunda anlamlı farklılık tespit edildiği bulunmuştur ($p<0,05$). Kekemeliği olan ergen ve yetişkinlerin kendi kekemeliklerine karşı öz tutumlarının olumsuz olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kekemeliği olan bireylerin kekemeliklerine karşı öz tutumlarının olumlu hale getirilebilmesi amacıyla zamanında terapi alması ve gerek dil ve konuşma terapistleri gerekse farklı kişiler ve kaynaklardan toplumun bilinçlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kekemelik, Öz tutum, WASSP-TR Ölçeği.

ABSTRACT

ERDOĞAN, Fatma Sena. *Examination of the Self-Attitudes of Individuals Aged 18-24 with Stuttering towards Their Own Stuttering*, Master's Thesis, Nevşehir, 2024.

Stuttering is a common speech disorder that disrupts the fluency of speech, causes various stigmatizations in society, and causes difficulties in private, social, academic and business life. The aim of this study was to examine the self-attitudes of individuals who stutter, aged between 18 and 24, towards their own stuttering. 200 people with stuttering were included in the study. A demographic information form and the WASSP-TR (Stuttering Self- Assessment Scale) were applied to the participants. It was found that adolescents and adults who stuttered had more positive attitudes towards stuttering than those who did not receive stuttering education/therapy ($p<0,05$). It was found that as the level of education increased, a significant difference was found in the thoughts and avoidance dimensions ($p<0,05$). It was found that adolescents and adults who stutter had negative attitudes towards their own stuttering ($p<0,05$). It is recommended that individuals who stutter receive timely therapy in order to make their attitudes towards their stuttering positive and that society be made aware of this through speech and language therapists and other people and sources.

Keywords: Stuttering, Self-attitude, WASSP-TR Scale.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	iv
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	v
ETİK BEYAN.....	vi
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
GİRİŞ	1
1. GENEL BİLGİLER.....	4
1.1. DİL VE KONUŞMA BOZUKLUKLARI	4
1.2. AKICILIK VE AKICILIK BOZUKLUKLARI.....	4
1.3. KEKEMELİK.....	5
1.4. KEKEMELİĞİN BELİRGİN ÖZELLİKLERİ	5
1.4.1. Çekirdek Davranışlar	5
1.4.2. İkincil Davranışlar	6
1.5. KEKEMELİĞİN BAŞLANGICI VE GELİŞİMİ	6
1.6. KEKEMELİĞİN SEYRİ	8
1.7. KEKEMELİĞİN ETİYOLOJİSİ	9
1.8. YAPISAL KURAMLAR.....	9
1.8.1. Organik ve Genetik Kuram	9
1.8.2. Biyo-Kimyasal ve Fizyolojik Kuramlar.....	10
1.8.3. Nörolojik Kuramlar.....	10
1.8.4. Psikolojik Kuramlar	11
1.8.5. Öğrenme ve Şartlanma Kuramları	12
1.8.6. Diagnosojenik (Tanı Kökenli) Kuram	12
1.8.7. Süreklilik (Süreklilik) Kuramı	13
1.8.8. Yaklaşma-Kaçınma Çatışması Kuramı	13
1.8.9. Beklenti Kuramı	14

1.8.10. Talepler ve Kapasiteler Kuramı	14
1.8.11. Nöro-Psiko-Linguistik Kuram	14
1.9. KEKEMELİK SEMPTOMLARI	14
1.10. KEKEMELİĞİN SINIFLANDIRILMASI VE EVRELERİ.....	15
1.11. DUYGUSAL VE DAVRANIŞSAL PROBLEMLER.....	15
1.11.1. Kekemelik ve Dışa Yönelim Davranışsal Problemler	16
1.11.2. Kekemelik ve İç Yönelim Davranış Problemleri	17
1.12. KEKEMELİĞİ OLAN BİREYLERİN KEKEMELİKLERİNE KARŞI ÖZ TUTUMU.....	18
2. MATERYAL VE METOT	20
2.1. ARAŞTIRMA MODELİ.....	20
2.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	20
2.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	20
2.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	21
2.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	21
2.4.2. WASSP-TR (Kekemeliği Öz Değerlendirme Ölçeği) Ölçeği	21
2.5. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	22
2.6. VERİLERİN ANALİZİ	22
3. BULGULAR	23
3.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI	23
3.2. KEKEMELİK İLE İLGİLİ OLGUSAL SORULARA VERİLEN YANITLAR.....	23
3.3. ARAŞTIRMADA KULLANILAN WASSP-TR ÖLÇEĞİNİN GÜVENİLİRLİK VE İÇ TUTARLILIK ANALİZİ	24
3.4. DEMOGRAFİK VE KATEGORİK DEĞİŞKENLERE GÖRE WASSP- TR ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRMASI	25
4. TARTIŞMA	31
SONUÇ.....	35
KAYNAKÇA	37
EK 1. ORJİNALLİK RAPORU	44

EK 2. ETİK KURUL İZİN FORMU	45
EK 3. KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU	46
EK 4. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	47
ÖZGEÇMİŞ.....	48



KISALTMALAR DİZİNİ

ASHA	: American Speech-Language-Hearing Association (Amerikan Konuşma-Dil-İşitme Derneği)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1.	Kekemeliği Olan Bireylerin Demografik Özellikleri	23
Tablo 2.	Katılımcıların Kekemelik ile İlgili Eğitim/Terapi Alma Durumuna Göre Dağılımı	23
Tablo 3.	Ailede Kekemelik Öyküsü	24
Tablo 4.	WASSP-TR Ölçeği ve Güvenilirlik-İç Tutarlılık Değerleri	24
Tablo 5.	Normal Dağılıma Uygunluk İçin WASSP-TR Ölçeğinin Basıklık ve Yaygınlık Değerleri	25
Tablo 6.	Kekemeliği Olan Bireylerin WASSP-TR Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları	25
Tablo 7.	Cinsiyete Göre WASSP-TR Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları	26
Tablo 8.	Yaş Gruplarına Göre WASSP-TR Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	26
Tablo 9.	Eğitim Durumuna Göre WASSP-TR Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları	27
Tablo 10.	Ailede Kekemeliği Olan Birey Varlığına Göre WASSP-TR Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	28
Tablo 11.	Kekemeliği Olan Birey İle Karşılaşma Durumuna Göre WASSP-TR Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	29
Tablo 12.	Kekemelik ile İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre WASSP-TR Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	29
Tablo 13.	Şu An Kekemelik ile İlgili Eğitim/Terapi Alma Durumuna Göre WASSP-TR Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	30

GİRİŞ

İnsanlar arasındaki her türlü bilgi, duygu ve düşünce alışverişine iletişim adı verilmektedir. İletişim, insanların herhangi bir yolla bilgi, duygu veya düşüncelerini aktardıkları süreçlerin genel adıdır. Bu süreçte sözlü, yazılı, işitsel veya görsel iletişim araçları kullanılabilir. İletişim, bir kişinin mesaj ilettiği, diğer kişinin ise bu mesajı anladığı ve karşılık olarak cevap verdiği bir etkileşim şeklidir (Işık, 2016). İnsanoğlu, 70.000 yıldan daha fazla zamandır birbirleriyle iletişim kurabilmek için konuşma yolunu benimsemiştir. İlk insanlar, konuşma yeteneğini geliştirerek duygularını, düşüncelerini ve deneyimlerini paylaşabilmek için dillerini kullanmaya başlamışlardır. Konuşma, insanların birbirleriyle iletişim kurmasının temel yoludur ve bu iletişim biçimi, insanların toplumlar kurmasına, bilgi ve tecrübeleri gelecek nesillere aktarmasına ve ortak bir kültür oluşturmaya olanak sağlamıştır. Konuşma; bireyin öğrenme, kendini geliştirme ve çevresindeki dünyayı tanıma aracıdır. Konuşma ile yeni bilgi ve beceriler öğrenilmektedir. Konuşma, insanların kendini ifade etme ve anlama özelliklerini geliştirir. Konuşma bireyin öğrenme sürecinde önemli bir rol oynamakla birlikte, ayrıca sosyal etkileşim ve ilişkiler için de önemlidir (Güneş, 2020). İletişim ve konuşma; insanın sosyal, akademik ve mesleki pek çok işlevinde büyük bir öneme sahiptir. İnsan hayatında bu kadar önemli yeri olan iletişim sürecinde meydana gelen bozukluklar bireyi de aynı derecede olumsuz etkilemektedir. Kekemelik; iletişim bozuklukları içerisinde yer alan akıcılık bozuklukları kapsamında değerlendirilen, konuşmanın doğal akıcılığına etkide bulunan bir konuşma bozukluğudur (Işık, 2016). Kekemelik; tekrarlar, uzatmalar, bloklar, uygun olmayan yerde duraksamalar ve eklemelerle karakterize bir bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır (İbiloğlu, 2011). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre kekemelik, bireyin ne söylemek istediğini kesin olarak bildiği ancak istem dışı akıcısızlıklar nedeniyle ortaya çıkan bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (İbiloğlu, 2011; Manning, 2010). Kekemeliğin başlangıcı genellikle yavaş seyirlidir (Van Riper, 1982). Kekemelik başlangıcı 18 ay ile ergenlik arası bir döneme denk gelmek ile birlikte, genellikle 2-5 yaşları arasındaki dönemde başlamaktadır. Kekemeliği olan çocukların yaklaşık %75'i herhangi profesyonel bir yardım almadan kendiliğinden iyileşme göstermektedir (Guitar, 2006).

Kekemelik yalnızca bireylerin konuşma süreçlerini etkileyen bir bozukluk değildir. Kekemelik aynı zamanda çocukluk çağından itibaren bireyin hayatını; duygusal, bilişsel, sosyal, motor, dilsel, davranışsal yönleriyle de olumsuz etkileyebilmekte ve iletişimi de bozabilmektedir. Özgüven eksikliği, utangaçlık, kaygı (anksiyete) ve depresyon kekemeliğin olumsuz duygusal sonuçları, kaçma ve kaçınma gibi durumlar kekemeliğin olumsuz davranışsal sonuçları, dikkat eksikliği, yoğun düşünce ve olumsuz otomatik düşünceler de kekemeliğin olumsuz bilişsel sonuçları olarak ortaya çıkmaktadır. Ortaya çıkan olumsuz duygusal sonuçlar, davranışsal sonuçlar ve bilişsel sonuçlar göz önüne alındığında kekemelik bireyin yaşam kalitesini düşürmektedir. Kekemeliği olan bireyin sosyal çevresinin büyük bir kısmını oluşturan aile ve yakın çevrenin kekemelik ile ilgili algı ve tutumları, kekemeliği olan bireyin kekemelik profilini, bireysel gelişimini, günlük yaşantısını, sosyal yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir (McAllister, 2016).

Kekemelik genellikle çocukluk döneminde ortaya çıkmaktadır, özellikle dil gelişiminin hızlı olduğu 2-4 yaşları arasında sıklıkla kekemeliğe rastlanmakla birlikte nadiren de olsa ergenlik döneminde de ortaya çıkabilmektedir (İbiloğlu, 2011). Okul öncesi, özellikle de 2-3 yaş civarında normal konuşma özellikleri gösteren bazı çocukların, erken dil gelişimi sırasındaki konuşmalarında akıcısızlıklar/takılmalar gözlenmektedir (İbiloğlu, 2011). Kekemeliğin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte çeşitli faktörlerin bir araya gelmesi ile birlikte ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu faktörler arasında; genetik faktörler, dil becerileri, zihinsel ve duygusal faktörler, aile ve çevresel faktörler gibi pek çok sebep sayılabilir fakat genetiğin kekemelik üzerinde büyük bir etkisi olduğu bilinmektedir (Starkweather, 2002). Kekemeliğin ortaya çıkmasında etkili olabilen dışsal ve içsel faktörlerin içerisinde yer alan, kekemelik ile ilişkili olabilecek bir psikolojik faktör ise mükemmeliyetçiliktir. Mükemmeliyetçiliğin, kekemeliğin kendiliğinden iyileşme ihtimalini azaltabileceğine dair görüşler bulunmaktadır (Bennett & Ellen, 2006). Kekemeliği olan bireylerin, kekemeliğin neden olduğu iletişim zorluklarıyla mücadele etmek zorunda kalmaları ve kekemeliklerine karşı olumsuz sosyal algılarla karşılaşmaları bireylerin kendi kekemeliklerine karşı genel anlamda negatif tutum sergilemelerine sebep olmaktadır. Kekemelik, bazı durumlarda iletişimi etkileyebilecek bir konuşma bozukluğu olduğundan kekemeliği olan bireylerin iletişimde hataya veya başarısızlığa daha az tahammülleri olmaktadır. Bu durum, mükemmeliyetçilik eğilimlerini arttırılmaktadır. Kekemeliği olan bireylerin, kekemeliğin

neden olduğu stres ve endişe ile baş etmek için daha fazla çaba sarf etmeleri gerekmektedir. Sosyal gelişimin, iletişimin en yoğun yaşandığı bu yıllarda çocuğun kekemeliğine karşı yapılan olumsuz yorumlar, gösterilen olumsuz davranış ve tutumlar, damgalamalar çocukların ileriki yaşamlarında kalıcı bir hasar bırakabilmektedir. Ailelerin, öğretmenlerin, iş verenlerin, arkadaşların ve daha sayılamayacak pek çok iş, akademik, sosyal, özel hayattan kişinin kekemeliği olan bireye olumlu/olumsuz bir yorumu genellikle bulunmakta ve genellikle olumsuz tutum ve davranışları da beraberinde getirmektedir (Toğram ve Maviş, 2009).

Kekemelik toplumda %1-5 oranında görülmektedir (Howell ve ark., 2008). Yapılan pek çok çalışmada kekeleyen çocukların dinleyicilerden gelebilecek tepkiler hakkında kaygı duydukları ve bu kaygılarının iletişimden ödün vermeye sebep olabileceği aktarılmıştır. Bu durumun sonucunda ise, iletişim kaygısının sosyal geri çekilmeye sebep olabileceği gözlenmiştir (Beilby, 2014; Karahan Tığrak, 2016).

Yapılan bir çalışmada kekemeliği olan yetişkin bireylerin %70'ten fazlasının kekemeliğinden dolayı işe alınma şansını azalttığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada kekemeliği olan yetişkinlerin %68'i kekemeliklerinin iş performanslarını etkilediğini belirtmiştir (Klein ve Hood, 2004). Şiddetli kekemelik vakalarının yetişkinlik dönemine kadar gelmesi daha olası olarak bildirilmiştir. Kekemeliği olan yetişkinlerin, kekemeliği olan çocuklara göre hayal kırıklığı gibi olumsuz duygular yaşama oranları daha yüksektir. Bu veriler, kekemeliğin yetişkinler üzerindeki işlevsellik ve sosyal etkilerini açıkça göstermektedir. İşe alım şanslarının azalması ve iş performansının etkilenmesi gibi sonuçlar, kekemeliğin bireylerin yaşamlarını nasıl etkileyebileceğini göstermektedir. Şiddetli kekemelik vakalarının yetişkinlik dönemine kadar devam etme eğilimi, kekemelikte başa çıkma stratejilerinin oluşması ve ikincil davranışların gelişmesiyle ilişkilendirilebilmektedir (Corcoran ve Stewart, 1998).

Kekemeliği olan bireylerin kekemeliklerine karşı aile, öğretmen, işveren tutumları gibi pek çok konu incelenmiştir fakat kekemeliği olan bireylerin kendi kekemeliklerine karşı öz tutumlarının incelenmesine literatür taramasında kısıtlı sayıda çalışmalara rastlanmıştır. Bu çalışmanın literatüre katkısı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı, kekemeliği olan bireylerin kekemelik hakkındaki öz tutumlarını ortaya koymaktır.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. DİL VE KONUŞMA BOZUKLUKLARI

Dil ve konuşma bozuklukları, iletişim alanındaki sorunları ifade eder. 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 sorunların genel adıdır. İletişim bozukluğu bireyin işitme, dil ya da konuşma sürecinin bir ya da birkaçında birden görülebilmektedir. ASHA'ya göre dil ve konuşma bozuklukları, konuşma bozuklukları, dil bozuklukları, sosyal iletişim bozuklukları, bilişsel-iletişim bozuklukları ve yutma bozuklukları olarak sınıflandırılır (ASHA, 1993). Bu bozukluklar dili anlama, kullanma, sesleri çıkarmada zorluk gibi pek çok bozukluğu kapsar. Dil ve konuşma bozuklukları, genellikle çocukluk çağında görülmektedir. Dil ve konuşmadaki bu bozukluklar bireyin sözel olarak ifadesinde birbirinden farklı düzeylerde meydana gelen aksaklıklara sebep olabilir. Bu bozukluklar; bireyin konuşmayı öğrenme, dili kullanma gibi durumlarını olumsuz etkilediği gibi iletişimde meydana gelen bu bozukluklar, bireyin eğitimdeki performansını ve sosyal uyumunu da olumsuz yönde etkilemektedir (Durmuş ve ark., 2020).

1.2. AKICILIK VE AKICILIK BOZUKLUKLARI

Akıcılık, bireyin belirli bir kurala göre sözcük üretme yeteneğidir. Akıcı bir dil, düşüncelerin kusursuz bir düzende ve anlaşılır bir biçimde ifade edilmesini sağlamaktadır (Gül ve ark., 2009). Akıcılık konuşma üretiminin sürekliliğine, yumuşaklığına, hızına ve çabasına işaret eden yönüdür (ASHA, 1993). Akıcılık seviyesi kişiden kişiye göre farklılık göstermekte ve kişiler zaman zaman tamamen akıcı olamayabilmektedir (Ward, 2017). Bir konuşma örneğinin akıcı bir konuşma olabilmesi için belirli bir zamanda, belirli bir miktar sesi ya da heceyi olağanüstü bir çaba harcamadan üretmek ve bu esnada olağandışı duraksamaların olmaması gerekmektedir (Karabudak, 2020). ASHA'nın sınıflandırmasına göre, kekemelik akıcılık bozuklukları kategorisine girer. ASHA'ya göre kekemelik, gelişimsel ve edinilmiş olmak üzere iki ana başlık altında incelenmektedir (İbiloğlu, 2011).

1.3. KEKEMELİK

Kekemelik, konuşmanın akışında oluşan bir tutukluk, bir sözcük ya da sesi tekrarlayarak duraklama, sesi uzatma gibi durumlarla karakterize edilmiş psikolojik, fizyolojik, nörolojik bir ritim bozukluğudur (Tamam ve ark., 1998). Bir diğer tanıma göre kekemelik, nörogelişimsel bir motor kontrol bozukluğudur (Ludlow ve Loucks, 2003). Kekemeliği olan bireyler konuşurken kekemelik yaşadıklarında stres ya da utanç gibi duygularla başa çıkmak için çeşitli kaçınma davranışları geliştirebilmektedir. Bu davranışlar genellikle kekemelik belirtilerini gizlemeye veya azaltmaya yöneliktir ancak uzun vadede kekemelikle başa çıkmayı daha da zorlaştırabilmektedir. Bazı yaygın kaçınma davranışları; göz açıp kapama, baş sallama, konuşma sırasında duraklama, kelimeleri değiştirme ya da yeniden düşünme, konuşmaktan kaçınma şeklindedir. Bu kaçınma davranışları, bireyin kendine güvenini ve iletişim becerilerini olumsuz etkileyebilmektedir (Guitar, 2013).

1.4. KEKEMELİĞİN BELİRGİN ÖZELLİKLERİ

1.4.1. Çekirdek Davranışlar

Çekirdek davranışlar, bir bireyin kekemelik ile ilişkilendirilen temel konuşma özelliklerini ifade eder. Bu davranışlar, kekemeliğin altında yatan nedenlere ve semptomlara dayanır. Kekemelik genellikle tekrarlar, uzatmalar ve bloklar gibi konuşma engelleri ile karakterizedir ve bireylerin kontrolü dışında istemsizce meydana gelmektedir (Nouri ve ark., 2012).

Tipik olarak gelişen ilk çekirdek davranış tekrarlardır. Bunlar, birkaç kez tekrarlanan ses, hece veya tek heceli kelimelerdir. Kekemeliği olan birey bir sese takılmış görünür ve bir sonraki ses üretilinceye kadar takılmaya, tekrarlamaya devam eder. Uzatmalar, tekrarlardan biraz daha sonra gelişebilmektedir. Uzatmada ses ve hava akımı devam eder ancak bir ya da daha fazla artikülatör organın hareketi durur. Uzatmalarda, ses veya sesli bir harf bir artikülatörün hareketi durduğunda devam ederken, tekrarlarda ise sesin tekrarlanması veya kesilmesi söz konusudur. Bloklar, çoğunlukla kekemelik seyrinde gözlemlenecek en son çekirdek davranıştır. Bloklar, ses ve hava akışını ve çoğu zaman artikülatörlerin hareketlerini uygun olmayan şekilde durduran ve konuşma üretim

mekanizmasının herhangi bir seviyesini ilgilendiren çekirdek davranıştır (İbiloğlu,2011; Guitar, 2014).

1.4.2. İkincil Davranışlar

Kekemeliği olan bireyler genellikle kekelemekten hoşlanmazlar ve bu durum onlar için rahatsız edici olabilmektedir. İkincil davranışlar, bu rahatsızlığı azaltmaya veya kekemelik belirtilerini gizlemeye yönelik çabaların bir sonucudur. Ancak, kekemelik semptomlarını daha da kötüleştirmektedir. Genel anlamda iletişimdeki zorlukları arttırmaktadır. Özellikle okul çağı ve yetişkinlik yıllarında kekelemeye devam eden bireyler, göz kırpmaya, çene titretme, boyun hareketleri, el vurma, ayak vurma, azalmış göz teması, beden hareketleri geliştirirler (Perez ve Stoeckle, 2016).

İkincil davranışlar genel olarak iki kategoride incelenebilir:

İlk kategori, kekemeliği olan birey kekelediğinde kekemelikten kurtulmaya ve kelimeyi bitirmeye çalışırken gösterdiği kaçma davranışlarıdır. Göz kırpmaya, kafa sallama, el ve ayak hareketleri, gövde hareketleri bu davranışlara örnek olarak verilebilir.

İkinci kategori ise, kekemeliği olan bireyin kekeleyeceğini anladığında ve kelime değiştirmeyi, duraklamayı kullanarak kekemelikten uzak durmaya çalıştığında ortaya çıkan kaçınma davranışlarıdır.

İkincil davranışlar, kekemeliği olan bireylerin konuşma ortaklarıyla etkili iletişim kurma becerilerini etkileyebilmektedir. Başlangıçta, kaçınma davranışları bazı durumlarda kekemeliğin belirtilerini azaltabilir ve kekemeliğin ortaya çıkması korkusunu hafifletebilmektedir. Ancak zamanla bu kaçınma davranışları, bireyin konuşma alışkanlıklarını etkileyen güçlü alışkanlıklar haline gelebilmektedir. Bu durum, kişinin kekemelik belirtilerini bastırarak veya kaçınarak iletişim kurmaya çalışmasıyla ortaya çıkar. Ancak, bu kaçınma davranışları genellikle uzun vadede kekemelik belirtilerini ve şiddetini daha da kötüleştirip iletişim becerilerini zayıflatabilmektedir (Guitar, 2014).

1.5. KEKEMELİĞİN BAŞLANGICI VE GELİŞİMİ

Kekemelik sıklıkla okul öncesi dönemde ortaya çıkan bir konuşma bozukluğudur (Abalı ve ark., 2005). Genel olarak kekemeliğin başlangıç yaşı 2 ile 4 yaşları arasındadır(Mawson ve ark., 2016). Kekemelik genellikle çocukluk döneminde karmaşık

ifadeler üretmeye başlanan dönemde belirginleşebilmektedir. Bu dönemde, çocuklar dil ve iletişim becerilerini geliştirirken kekemelik belirtileri daha belirgin hale gelmektedir. Çocukların bu aşamada çabası hece, kelime ve cümle tekrarlarıyla karşılaşmaları oldukça yaygındır. Bu tekrarlar, çocuğun konuşma akıcılığını etkileyip iletişimde zorluk yaşamasına sebep olabilmektedir. Çocuklar genellikle konuşma becerilerini geliştirdikçe ve dilin karmaşıklığını daha iyi anladıkça bu tekrarlar azalabilmekle beraber tamamen ortadan kalkabilmektedir (Sharp ve Hillenbrand, 2008).

Kekemelik genellikle karmaşık cümleler kullanıldığında belirginleşebilmektedir. Bu durumda, kekemelik belirtileri özellikle cümlelerin başında daha sık ortaya çıkmaktadır. Cümlelerin başında kekemelik belirtilerinin daha fazla görülmesinin nedeni;

- Başlangıçta bir cümleye başlamanın konuşmacı için bir baskı unsuru olması,
- Cümlelerin karmaşık ve uzun olması, aynı zamanda konuşmacının cümleye başlamak için daha fazla zihinsel efor sarf etmesi olarak sayılmaktadır cümlelerin karmaşık ve uzun olması ve konuşmacının cümleye başlamak için daha fazla zihinsel efor sarf etmesidir (Watkins ve ark., 2008).

Kekemelik başlangıcı yavaş seyirlidir (Abalı ve ark., 2005). Kekelemeye başlayan çocukların %65'i 3 yaşından önce; %85'i 3,5 yaşından önce kekelemeye başlar (Mirawdeli, 2016). Kekemeliğin gelişme riski 4 yaşından sonra %50 oranında; 6 yaşından sonra %75 oranında düşer. 12 yaşından sonra ise kekemeliğin gelişme riski neredeyse sıfırdır (Manning ve DiLollo, 2017). 10-12 yaşa kadar doğal, yardımsız iyileşme oranı ortalama %75'tir (Abou ve ark., 2015). 12 yaşında kekemeliği bulunan bir çocuğun kekemeliği tamamen ortadan kalkmaz (Howell, 2007). Kekelemeye başlayan çocukların %75'i doğal olarak kendiliğinden iyileşse de, başlangıçtan 9-18 ay sonra hala kekelemeye devam eden çocuklarda kendiliğinden iyileşme şansı %10'dan daha az olmaktadır. En yüksek iyileşme oranı yaklaşık ilk 30 aydadır ve oran daha sonra azalır (Smith ve Weber, 2017).

Genellikle çocukluk döneminde başlayan kekemelik, bazı durumlarda kendiliğinden iyileşme göstermekle birlikte kronik hale gelebilmektedir. Kendiliğinden iyileşme, çocuğun eğitim/terapi almaksızın kekemeliğinin spontane şekilde geçmesi durumunu ifade etmektedir. Kendiliğinden iyileşme göstermeyen bireylerde kekemelik kronik hale gelmektedir (Aydın Uysal ve Erim, 2023). Gitar, kekemeliğin kronik duruma gelmesinde etkili olabilecek risk faktörlerini; pozitif aile öyküsü, erkek cinsiyet,

3.5 yaştan sonra başlangıç, kekemeliğin başlangıcından sonraki bir yıl boyunca sıklık ve şiddette azalma olmaması ve bir yıldan uzun süredir devam ediyor olması, tekrarların hızlı ve 3'ten fazla olması, devam eden ses uzatmaları ve blokların varlığı ve kekemeliğe eşlik eden dil ve konuşma bozukluklarının olması şeklinde sıralamıştır. Guitar tarafından sıralanan bu faktörler, kekemeliğin kronikleşmesine etki edebilecek potansiyel risk faktörleridir. Bu faktörler, kekemeliğin daha uzun süreli ve kronik bir duruma dönüşme olasılığını artırabilir. Çağlayan'ın yapmış olduğu çalışmada da ailede kekemeliğin önceki nesillerde bulunması, bireyin erkek çocuk olması, kekemeliğin daha geç yaşlarda başlaması, kekemelik belirtilerinde ilk bir yıl herhangi bir azalma olmaması, hızlı ve yoğun tekrarlar kekemeliğin kronik hale gelmesine sebep olan faktörler olarak sıralanmıştır (Çağlayan, 2019; Guitar, 2014).

1.6. KEKEMELİĞİN SEYRİ

Kekemelik, dünya genelinde birçok kültür ve etnik grupta rastlanan bir konuşma bozukluğudur. Araştırmalar, kekemeliğin farklı yaş gruplarında ve kültürel arka planlarda ortaya çıkabileceğini göstermektedir (Akçay ve Küçük, 2020).

Kekemeliğin başlangıç zamanı ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır. Yapılan araştırmalar, gelişimsel kekemeliğin belirtilerinin genellikle çocukluk döneminde başladığını göstermektedir. Bazı çocuklar kekemelik belirtileri gösterdiklerinde bu durum geçici olabilir ve zamanla kendiliğinden düzelme durumu gösterebilir ancak bazı çocuklarda kekemelik çocukluktan yetişkinliğe uzanabilmektedir. Edinilmiş kekemelik durumunda belirtiler travmatik bir olay, duygusal bir stres, beyin hasarı gibi faktörlerden sonra ortaya çıkabilmektedir. Bu tür durumlarda, kekemelik birdenbire ortaya çıkıp yaşam boyu devam edebilmektedir (Sargın, 2012).

Kekemelik ile ilgili araştırmalar, başlangıç zamanının ve seyrinin karmaşık olduğunu ve birçok faktörün etkileşim halinde olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak; yapılan çalışmalar genel olarak kekemeliğin dil, konuşma gelişiminin yoğun olarak yaşandığı; 2-7 yaş aralığında ortaya çıktığını göstermiştir. Kekeleyen birçok insan için, akıcısızlıklar günlük yaşamın bir parçasıdır. Son gelişmeler, kekemeliğin başlangıç yaşının iki cinsiyet için benzer olduğunu göstermektedir (Özmet Koyuncu, 2021).

1.7. KEKEMELİĞİN ETİYOLOJİSİ

Kekemeliğin nedenleri uzun yıllardır araştırılmakta ancak kesin etiyolojisi bilinmemektedir (Büchel ve Sommer, 2004). Bu konu ile ilgilenen araştırmacıların birçoğu kekemeliğin nedeninin tek bir teori ile açıklanamayacağı konusunda hemfikirdir (Smith ve Weber, 2017). Kekemeliğin nedeni ile ilgili geçmişten beri süregelen pek çok kuram bulunmaktadır. Bu çalışmada kekemelik nedenlerine yönelik kuramlar yapısal (organik ve genetik kuram, biyo-kimyasal ve fizyolojik kuram, nörolojik kuram), psikolojik, öğrenme ve şartlanma, diagnosojenik (tanı kökenli), sürerlilik, yaklaşma-kaçınma çatışması, beklenti, talepler ve kapasiteler, nöro-psiko-linguistic kuramlar başlıkları altında söz edilmektedir (Pınarcık ve Sarı, 2013).

1.8. YAPISAL KURAMLAR

Shapiro (1999) genetik eğilim ve sol el baskınlığının da içinde yer aldığı yapısal faktörleri, bireyin kekelemesine eğilimli olmasına sebep olan faktörler olarak açıklamıştır. Aynı zamanda, hızlı konuşma için zamanlama hataları, sensori-motor dönüşüm için kapasitenin yeterli olmaması, konuşma ve dil için normal olmayan hemisferik lokalizasyon gözlenebilmektedir (Shapiro, 1999). Yapısal kuramlar; organik ve genetik kuram, biyo-kimyasal ve fizyolojik kuram, nörolojik kuram olmak üzere üç alt başlıkta incelenir (Pınarcık, Ö., ve Sarı, H., 2013).

1.8.1. Organik ve Genetik Kuram

Organik kuramlar, kekemeliğin fizyolojik veya nörolojik kökenleri olduğunu öne sürer. Bu kuramlara göre, kekemeliğin temelinde konuşma motor kontrolü ile ilgili beyin bölgelerindeki anormallikler veya bozukluklar bulunabilmektedir. Örneğin; bazı araştırmalar konuşma sırasında beyindeki motor kontrolü sağlayan bölgelerdeki aktivasyon paternlerinde farklılıkların kekemelikle ilişkili olabileceğini öne sürmektedir. Genetik kuramlar, kekemeliğin genetik yatkınlıkla ilişkili olduğunu ve belirli genlerin kekemelik riskini artırabileceğini savunur. Aile öyküsü olan bireylerde kekemelik riskinin daha yüksek olması, genetik faktörlerin kekemelik gelişiminde rol oynadığına dair kanıtlardan biridir. Kekemelikte cinsiyet, ikiz olma durumu ve kalıtım faktörleri gibi

genetik temelindeki çalışmalar kekemeliğin ortaya çıkışında genetik faktörün de etkili olabileceğini düşündürmektedir (Pınarcık ve Sarı, 2013). Ailede kekemelik öyküsü olan bireylerde kekemelik riski daha yüksektir. Bu durum, genetik faktörlerin kekemelik gelişiminde rol oynadığını düşündürmektedir (Bloodstein ve Ratner, 2008). Janssen, Kraaiaat ve Bratten (1990) kekemeliği olan çocuklarla yaptıkları bir araştırmada, ailesinde kekemelik öyküsü bulunan ortaokul ve lise öğrencisi çocuklar ile ailesinde kekemelik öyküsü bulunmayan çocukların, motor konuşma davranışları ve sesli sessiz uzatmalarının sıklığı bakımından önemli ölçüde birbirlerinden farklılık gösterip ayrıldığını bulmuştur (Pınarcık ve Sarı, 2013).

1.8.2. Biyo-Kimyasal ve Fizyolojik Kuramlar

Bu kurama göre, konuşmadaki bozulma ve bölünmelerde normal konuşma için gerekli olan nöro-musküler düzenleme, pürüzsüzlük, konuşma hızı, konuşmaya ilişkin kaygıyı içeren psikolojik gerilim veya duyguların etkili olduğu düşünülmektedir (Pınarcık ve Sarı, 2013; Bloodstein, 1985). Bu kurama göre; kekemeliğe, fonasyon, solunum ve sesletim ile ilgili iş birliğindeki bozulmalar neden olmaktadır (Bloodstein, 2002).

1.8.3. Nörolojik Kuramlar

Nörolojik kuramlar, kekemeliğin nörolojik temellerini ve beyindeki işleyişini açıklamaya çalışır. Bu kuram doğrultusunda konuşma mekanizmasının beyin sağ ve sol hemisferlerinden aldığı sinir uyarılarının konuşmanın aynı zamanlı yürütülebilmesi için düzenlemesi gerekir ki bu da hemisferlerden birinin diğerine göre daha baskın olması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Kekemeliği olan kişilerde ise, bu baskınlığın gerektiği kadar olgunlaşmamış olduğu gözlenmektedir (Manning, 2001).

Brosch, Haege, Kalehne ve Johannsen'in 1999'da yapmış olduğu çalışmada, akustik uyarının merkezi işleminden geçmesi ve konuşma üretimi arasındaki ilişki incelenmiş ve 3-6 yaş arasında işitsel baskınlığın gelişmemesi ile birlikte el baskınlığının kekemeliğin kronikleşme olasılığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Brosch ve ark., 1999).

Sol eli kullanma kekemelikte genellikle etkin bir faktör olarak kabul edilmektedir. Bu sebeple sol elini kullanan çocuğun sağ elini kullanmaya zorlanması da kekemeliğin

ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Pınarcık ve Sarı, 2013). Kekemeliğin hemisferler arasındaki mücadelenin bir sonucu olarak ortaya çıkabileceğini öne süren bazı teoriler vardır. Bu teorilere göre, normal konuşmada beyin, konuşmanın farklı yönlerini yönetmek için sol ve sağ hemisferleri etkili bir şekilde kullanır. Kekemelik durumunda bu iki hemisfer arasındaki iş birliği veya uyumda sorun olabilir. Bu teoriye göre, bazı kekemeliği olan bireylerde, normalde sol beyin tarafında olan konuşma işlevlerinin sağ beyne de geçiş yapması veya sağ beyindeki konuşma işlevlerinin aşırı aktifleşmesi gibi durumlar söz konusu olabilmektedir. Bu durum, beyin aktivitesindeki dengesizlik veya uyumsuzluk nedeniyle konuşma akıcılığını etkileyebilmektedir (Pınarcık ve Sarı, 2013).

Son yıllarda fonksiyonel görüntüleme teknikleri (functional magnetic resonance imaging) ile yapılan çalışmalarda, kekemelikte premotor alanların üst düzey aktivasyonunu ve motor konuşma sisteminin sol lateralizasyonunun tam olarak tamamlanmadığını ortaya çıkarmaktadır. Ayrıca öncelikli durumda olan işitme alanının baskılandığı ve normalde olması gerekenden daha az aktivasyon gösterdiği belirlenmiştir (Ingham, Fox ve ark., 2000). Kekemeliği olan bireylerin dil ve konuşma işlevlerinin bütünü ya da bir bölümü sağ hemisferde görülmektedir ve zamanlama problemleri kekemeliğin temel belirtisi sayılmaktadır. Bu durum çoğunlukla duyguların canlandırılması sırasında görülür (Peters ve Guitar, 1991).

1.8.4. Psikolojik Kuramlar

Psikolojik kuramlar kekemeliğin nevrotik ya da fobi belirtisi olduğunu ve bu belirtilerin istemsiz, bilinçdışı ihtiyaçlar ve içsel çatışmalardan kaynaklandığını öne sürmektedir (Pınarcık ve Sarı, 2013; Owens ve ark., 2003). Baskılanmış, nevrotik ve bilinçdışı çelişkilerin sonucunda da bir konuşma bozukluğu olan kekemelik ortaya çıkmaktadır. Kekemelik, bu çelişkinin bir belirtisidir (Pınarcık ve Sarı, 2013; Manning, 2001). Freud'un kuramları incelendiğinde bazı başka semptomların altında psiko-seksüel saplantıların yattığı ve bunların sonucunda kekemeliğin meydana geldiği öne sürülmüştür. Konuşma ve konuşma esnasındaki takıntılar; oral ve anal erotizm, güven, agresiflik ve kendini ortaya koyma gibi bebeğin özel psikolojik ihtiyaçlarının tatmini üzerinde erken dönemlerdeki çatışmalardan oluşmaktadır. Bu çatışmaların kaynağı olarak ise çocuk-ebeveyn arasında karışıklıkların (çatışmalar) meydana gelmesi, annenin bebek bakımı sırasında erken süttten kesmesi, erken tuvalet eğitimi gibi davranışları, aile baskısı

veya ebeveynin kendi nörotik çatışmaları gösterilebilir (Pınarcık ve Sarı, 2013; Bloodstein, 1995).

Kekemeliği Harrison (2011) altıgen şekli olarak nitelendirmiş ve her köşe noktasına bir bileşen yerleştirmiştir. Bu bileşenler tıpkı domino taşlarına benzemektedir. Bir bileşenin etkilenmesi diğer bileşenin de etkilenmesine sebep olmaktadır. Kekemelik altıgeni; inanç, algı, niyet, duygu, davranış, fizyolojik tepkiyle iç içedir. İnanç, değiştirilmesi kişi için güç olan düşüncelerdir. Algı ise, bağlama uygun inançlarındaki düşünceleri yorumlamasıdır. Niyet, zihinde bir eylemi planlamaktır. Niyetin gösterilmesi için gerekli olan fizyolojik tepkiler; konuşma için gereken solunum koordinasyonu, konuşmanın motor planı, programlaması ve gerçekleştirilmesidir. Konuşmada akıcısızlık gözlemlendiğinde kişi kaygı, korku, utanma gibi duygular hisseder. Oluşan bu duygular neticesinde kişi birtakım davranışlar geliştirir. Davranışlar, kekemelik olduğu anlarda zihindeki düşüncelere karşı kaçış mekanizmasıdır. Kafayı öne/arkaya atma, dudakları titretme, gözleri kapatma, nefesini tutma konuşmayı sekteye uğratan davranışlardır (Aydoğuş, 2022).

1.8.5. Öğrenme ve Şartlanma Kuramları

Öğrenme Kuramları, kekemeliği öğrenilen bir davranış olarak ele almaktadır. Kekemelik, çocuğun akıcısızlıklarının / takılmalarının etrafındaki kişiler tarafından akıcısızlıklara daha fazla dikkat gösterme gibi durumlarla pekiştirilmesi sonucunda gelişmektedir (Tanner, 2003). Kurama göre kekemelik, pekiştirme ve cezalarla öğrenilen bir davranıştır. Bireyin davranışları ile davranışların görüldüğü çevre arasındaki etkilere verilen tepkilerin bir sonucu olarak meydana gelir (Ward, 2006). Öğrenme ve şartlanma kuramları kendi içerisinde 4 gruba ayrılmaktadır. Bunlar; diagenozjenik kuram, sürerlilik kuramı, yaklaşma-kaçınma çatışması kuramı ve beklenti kuramıdır (Pınarcık ve Sarı, 2013).

1.8.6. Diagenozjenik (Tanı Kökenli) Kuram

Diagenozjenik kuramı, 1930 yılında Iowa Üniversitesi'nden Wendell Johnson kekemeliğe ilgili olarak geliştirmiştir. Bu kurama göre kekemeliğin nedeni, ailelerin çocuklarda ortaya çıkan normal akıcısızlıkları hatalı bir şekilde kekemelik olarak

tanımlamasıdır. Kısacası bu yaklaşıma göre kekemelik, çocuğun kekelememek adına yaptıklarıdır. Johnson'a göre kekemelik, çocukların ağızda değil, ailelerin kulaklarındadır (Bloodstein ve Ratner, 2008).

Riper ise kekemeliğin öğrenilmiş istemsiz tepkiler olduğu ve kekeleme korkusuna karşı geliştirilen bu tepkilerin durumu daha da kötüye götürdüğü konusunda Johnson ile aynı fikirde olduğunu bildirmiştir (Riper, 1992).

Ailelerin verdiği tepkiler sonucunda çocuk konuşmasında bazı durumların yanlış olduğunu düşünerek doğru ve akıcı konuşmak için panik ve endişe içerisine girmektedir. Bu durum, bir süre sonra çocukta kekemelik olarak gözlenmektedir (Kehoe, 1999).

1.8.7. Sürerlilik (Süreklilik) Kuramı

Sürerlilik kuramı, normal akıcısızlık ve kekemeliği bir süreklilik içerisine yerleştirir ve kekemelik olarak algılanmayan akıcısızlık ile kekemelik arasında ortaya çıkan konuşma üretim süreçleri açısından temel bir farklılık olmadığını ileri sürer (Perkins ve ark., 1991). Sürerlilik kuramına göre, orta düzeydeki gerilim ve parçalanmalar küçük çocukların konuşmalarında normal bir özellik olarak yerini almaktadır fakat bu gerilim ve parçalanmalar aşırı ve kronik hale gelen iletişimsel baskı ve konuşma başarısızlıklarının bir sonucu olarak çocuk büyüdükçe kekemelik olarak tanımlanabilmektedir (Pınarcık ve Sarı, 2013; Bloodstein, 1985).

1.8.8. Yaklaşma-Kaçınma Çatışması Kuramı

Bu kurama göre kekemelik, konuşma isteği ile sessiz kalma isteği arasındaki yaklaşma-kaçınma çatışması olarak tanımlanmaktadır. Bu kuram, ebeveynler tarafından çocukların konuşmasındaki yetersizliklerin ayıplanmasının bu kuramın temelini oluşturduğunu belirtir. Bu kurama göre, bireyde yaklaşma eğilimi baskın olduğu zaman bireyin akıcı konuştuğu görülürken, kaçınma eğilimi daha baskın olduğundaysa konuşmaktan vazgeçerek sessiz kalmayı tercih etmektedir fakat her iki eğilim de eşit olduğunda bireyin konuşmanın akıcılığında sorun yaşayarak kekelediği görülmektedir (Pınarcık ve Sarı, 2013; Sheehan, 1970).

1.8.9. Beklenti Kuramı

Bu kurama göre kekemelik, çocuğun normal takılmalardan kaçınma çabasını ifade eder. Beklenti kuramına göre, bireylerin zor olarak düşündükleri sözcüklerle karşılaştıkları zaman takılmamak için çabalamalarının kekemeliğin ortaya çıkmasına sebep olduğu düşünülmektedir (Pınarcık ve Sarı, 2013).

1.8.10. Talepler ve Kapasiteler Kuramı

Bu kurama göre kekemeliğin, çevresel ve kişisel taleplerin çocuğun bilişsel, dilsel, motor ve duygusal kapasitelerinin önüne geçmesi durumunda ortaya çıktığı söylenmiştir (Pınarcık ve Sarı, 2013; Adams, 1988; Miles ve Ratner, 2001). Çocukların konuşmaları için dört beceri alanını geliştirmeleri gerekmektedir. Bu alanlar; ağız kaslarının motor koordinasyonu, sosyal ve duygusal gelişim, dilsel ve bilişsel beceri alanlarıdır. Çocuklar bu alanlarda temel belli kapasiteye sahiptir. Çevreden gelen istekler çocuğun var olan kapasitesini aştığında akıcısızlık meydana gelmektedir (Pınarcık ve Sarı, 2013; Kehoe, 1999; Yaruss, 1999). Çocuğun akıcı konuşabilmesi için gerekli olan dilsel, bilişsel, motor veya duygusal kapasitesi dış dünyanın beklentisi karşısında yetersiz kaldığında kekemelik görülmektedir (Bloodstein, 1985).

1.8.11. Nöro-Psiko-Linguistik Kuram

Perkins, Kent ve Curlee (1991) akıcı konuşma, normal akıcısızlık ve kekelenen anları açıklayan nöro-psiko-linguistik kuramı geliştirmişlerdir (Pınarcık ve Sarı, 2013; Silverman, 2004). Konuşmanın akıcı olabilmesi için “dilsel ya da sembol sistemi ve paralinguistik” ya da “işaret sistemi” adını verdikleri iki önemli faktörün her birinin eş zamanlı çalışması gerekmektedir. Aksi bir durumda ise, bir konuşma bozukluğu olan ve akıcılığı bozan kekemelik meydana gelmektedir (Shames, Wiig ve Secord, 1998).

1.9. KEKEMELİK SEMPTOMLARI

Kekemeliği olan bireylerde rastlanılan ses ve hece tekrarlamaları, kısa sözcük tekrarları, seslerin uzatılması ve bloklar en sık karşılaşılan kekemelik semptomlarıdır.

Kekemeliği olan çocuklar, kekemeliği olmayan akranlarına göre daha kötü ifade edici dil becerileri gösterebilmektedirler (Silverman ve Ratner, 2002). Kekemeliğin şiddetindeki artış, ikincil davranışlara neden olabilmektedir (göz kırpma, istemsiz vücut hareketleri, baş hareketleri gibi). Bazı durumlarda kekemeliği olan bireyler kaçınma davranışı kullanarak geçici bir süre kekemeliğini gizleyebilir (Douglass ve ark., 2019; Tichenor ve Yaruss, 2018).

1.10. KEKEMELİĞİN SINIFLANDIRILMASI VE EVRELERİ

Kekemelik sınıflandırılırken gelişim evreleri dikkate alınmıştır. Başlangıç kekemelik, orta seviye kekemelik, sınırda kekemelik ve normal akıcısızlık olarak dört grupta sınıflandırılmıştır (Bloodstein, 1995).

Bloodstein'in 2-16 yaş arasındaki 418 kekemeliği olan bireyden oluşan grupta yaptığı çalışmada kekemeliğin oluşumuna sebebiyet verecek 4 faz bulunmuştur. Bu yapılan çalışmada en önemli değişkenin yaş olduğu saptanmıştır. Birinci faz; 2-6 yaş arası ve kekemeliğin oldukça yoğun görüldüğü dönemdir. Bu fazdaki kekemeliği olan bireylerde kekemelik, düzensiz takılmalar şeklindedir ve genellikle olumsuz duygular yaşarken ortaya çıkmaktadır. Kekemeliği olan birey, yoğun baskı altında hissettiğinde hece ve sözcük tekrarlama olarak görülür. Kekemelik, bu fazda kendiliğinden geçebilmektedir. İkinci faz, genellikle ilkokul döneminde görülmektedir. Hızlı konuşma ile birlikte heyecan gibi duygudurumunun yüksek olduğu zamanlarda ortaya çıkmaktadır. Takılmalar konuşmanın büyük bir kısmında vardır ve fark edilir durumdadır fakat kaygı yaratacak herhangi bir durum bulunmamaktadır. Üçüncü faz ise; 8 yaş ve üzerini kapsamaktadır. Kekemeliği yaşayan birey, yaşadığı zorluğun bilincindedir. Zorlandığı durumlarda kaçma ve kaçınma davranışları gösterebilmektedirler. Dördüncü faz ise; yetişkinlik döneminde gözlenmektedir. Kekemeliği olan birey, konuşmasındaki zorlanmalardan dolayı kendini çaresiz hissedebilmektedir (Bloodstein, 1995).

1.11. DUYGUSAL VE DAVRANIŞSAL PROBLEMLER

Duygusal ve davranışsal problemler iki kategori altında toplanmaktadır. Bunlar içe yönelim davranışlar (internalizing) ve dışa yönelim davranışlar (externalizing) dir (Saka, 2022; Austin ve Sciarra, 2013).

1.11.1. Kekemelik ve Dışa Yönelim Davranışsal Problemler

Dışa yönelim davranışlar, genellikle gözlenmesi daha kolay olan, dışarıya karşı olumsuz eylemleri içeren davranışlardır. Bu tür davranışlar genellikle dış dünyaya yöneliktir ve çevreye etki edebilirler. Karşı gelici ve uyumsuz davranışlar, özellikle başkaları ile etkileşimde bulunulduğunda belirgin hale gelmektedir. Bu tür davranışlar genellikle kişinin duygusal durumunu, düşünce süreçlerini ve ilişkilerini etkilemektedir. Bu nedenle, bu tür davranışları anlamak ve yönetmek önemlidir (Saka, 2022; Austin ve Sciarra, 2013). Çocukluk döneminde dışa yönelimli davranış problemlerinin ortaya çıkması, ileriki dönemlerde şiddet eğilimine yatkınlığın bir göstergesi olabilir. Bu tür davranışlar; çocukların küçük yaşlarda duygusal, sosyal ve bilişsel gelişimini etkilemekle birlikte ileriki yaşlarda da ilişkilerini ve bir ortama uyumlarını etkileyebilmektedir. Araştırmalar, çocukluk döneminde saldırganlık, düşmanlık, kavgacılık gibi davranışların gözlenmesinin, ileride şiddet eğilimi gösterme olasılığını artırdığını göstermektedir (Saka, 2022; Liu, 2004). Bu türde davranışlar dürtüsel, agresif, kurallara karşı gelici olan birçok davranışı içinde barındırmaktadır (Saka, 2022; Austin ve Sciarra, 2013). Antisosyal ve saldırgan davranışlar sergileyen çocukların sosyal becerilerinde zayıflık yaşama ve akranları tarafından dışlanma riski oldukça yüksektir. Bu tür davranışlar genellikle çocukların ilişki kurma ve sürdürme yeteneklerini olumsuz etkiler. Salırganlık ve antisosyal davranışlar, çocukların diğerleriyle sağlıklı ilişkiler kurmasını engelleyebilir ve onları çatışmalarla ve dışlanmayla karşı karşıya bırakabilir. Akranlar arası ilişkiler, çocukların duygusal ve sosyal gelişiminde kritik bir rol oynar. Salırgan ve antisosyal davranışlar sergileyen çocuklar, genellikle akranları arasında dışlanma, reddedilme ve sosyal izolasyon yaşama eğilimindedirler. Bu durum, çocuğun benlik saygısını ve özgüvenini zedeleyebilir, duygusal sıkıntıya neden olabilir ve genel uyumlarını olumsuz etkileyebilir (Saka, 2022). Dışa yönelik davranış problemleri genellikle ilerleyen dönemde suça yönelik davranışlarla ilişkilendirilmiştir. Çocukluk ve ergenlik döneminde antisosyal davranışlar sergileyen bireyler, ileriki yaşlarda suç işleme, hukuki sorunlarla karşılaşma ve ceza adalet sistemiyle temas etme olasılığı daha yüksektir. Antisosyal davranışlar, genellikle sosyal normlara, kurallara ve diğer insanların haklarına saygı göstermeyi içermektedir. Bu tür davranışlar, çocukların çatışma çözme becerilerini olumsuz etkileyebilir, empati geliştirmelerini engelleyebilir ve etkileşimlerinde düşük düzeyde kontrol sağlayabilir. Bunlar da ileriki dönemlerde suç

işleme eğilimini artırabilecek olasılıklardır. Ancak, dışa yönelimli davranışlar sergileyen her çocuğun suça yönelik olacağı anlamına gelmez (Saka, 2022; Broidy ve ark., 2003).

Kekemeliği olan çocuklar ve ergenlerin terapiye beklenen yanıtı vermeleri ve uygun terapi yöntemlerinin planlanmasında göz önünde bulundurulması gereken noktalardan birisi de çocuk ve ergenlerin duygusal ve davranışsal problemlere sahip olma durumudur (Saka, 2022; Messenger ve ark., 2015; Smith ve ark., 2014). Benzer durum yetişkin kekemeliği olan bireyler için de geçerli olabilmektedir (Saka, 2022; Iverach ve ark., 2009b). Çocukluk döneminde sahip olunan olumsuz yaşantılar, ergenlik döneminin zorlayıcı geçmesinde etkili olurken; tüm bu yaşantıların tamamı ise yetişkinlik döneminde ortaya çıkan birtakım duygusal ve davranışsal problemlerle ilişkili olabilmektedir (Saka, 2022; Yörükoğlu, 1980).

Sosyal, duygusal ve davranışsal problemlerin kekemeliği olan çocuklarda (3,5 ve 11 yaş) görülme riski normal akıcılığa sahip yaşıtlarına göre daha yüksektir (Saka, 2022; McAllister, 2016). Bununla birlikte Iverach ve diğerlerinin (2016) yaptığı araştırmada, davranım ve karşı gelme bozukluğu semptomları olarak kabul edilen saldırganlık ve kurallara uymama davranışlarının, kekemeliği olan erkek ergenlerde akıcı olan yaşıtlarına göre klinik düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (Saka, 2022; Iverach ve ark., 2016).

1.11.2. Kekemelik ve İçe Yönelim Davranış Problemleri

İçe yönelimli davranışlar genellikle dışarıdan gözlenmesi zor olan ve kişinin kendi duygusal ve zihinsel durumuna yönelik olan davranışları ifade eder. Bu tür davranışlar, genellikle kişinin iç dünyasında yaşanan duygusal çatışmaları veya sıkıntıları yansıtabilir ve dış dünyada doğrudan gözlemlenemez. İçe yönelimli davranışlar genellikle içsel çatışma, endişe, depresyon, düşük özsaygı, kendine zarar verme gibi durumları içermektedir (Merrell, 2008).

İçe yönelimli davranışlardan sosyal içe çekilme, belirli bir bozukluk olarak tanımlanmamakla birlikte, anksiyete ve depresyon gibi durumlarla ilişkili olabilmektedir. Sosyal içe çekilme, genellikle sosyal etkileşimlerden kaçınma, grup aktivitelerinden uzak durma, insanlarla iletişimden kaçınma ve sosyal durumlardan kaçınma eğilimini içerir. Bu durum, genellikle sosyal anksiyete bozukluğu veya sosyal fobi ile ilişkilendirilir çünkü kişi sosyal durumlarda olumsuz değerlendirilmekten veya utanç verici durumlarla karşılaşmaktan korkar (Doğan, 2009).

Sosyal içe çekilme aynı zamanda depresyonla da ilişkilendirilmektedir. Depresyon, kişinin genel olarak ilgisini kaybetmesine, enerjisinin azalmasına ve sosyal etkileşimlerden zevk alamamasına neden olan durumlar olarak sayılmaktadır. Bu durumda, kişi diğer insanlarla etkileşim kurmaktan kaçınabilir ve sosyal ortamlardan uzaklaşabilir (Saka, 2022; Merrel, 2008; Rubin ve ark., 2013).

Çocukluk döneminde dil ve konuşma bozukluğuna sahip olma durumu yetişkinlik döneminde yaşanan anksiyete ile ilişkili olabilmektedir (Saka, 2022; Beitchman ve ark., 2001; Voci ve ark., 2006). Gunn ve arkadaşlarının (2014) yaptığı araştırmada; kekemeliği olan ergenler ve akıcı konuşmaya sahip yaşlıları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır fakat kekemeliği olan ergenlerde yaşı daha büyük olan grubun, küçüklere göre daha yüksek düzeyde belirtilere sahip olduğu bulunmuştur. Depresyon belirtilerinin kekemeliği olan kişilerde görülme oranının akıcı bireylere göre daha yüksek olduğu alan yazında yer alan bilgiler arasındadır (Saka, 2022; Ardila ve ark., 1994). Kekemeliği olan ergenlerle yapılan bir çalışmada kekemeliği olan ergenlerin akıcı akranlarına göre daha çok zorbalığa maruz kaldığı ve iletişim becerileri açısından da yetersiz olduklarına inandıkları belirtilmiştir (Blood ve Blood, 2004). Yetişkinlik döneminde kekemeliği olan kişilerde sosyal anksiyete yaşama ve sosyal fobi geliştirme olasılıkları akıcı bireylere göre daha yüksektir (Saka, 2022; Blumgart ve ark., 2010; Iverach ve ark., 2009c; Kraaimaat ve ark., 2002).

1.12. KEKEMELİĞİ OLAN BİREYLERİN KEKEMELİKLERİNE KARŞI ÖZ TUTUMU

Tutum, bireylerin belirli bir nesneye, kişiye, duruma veya konuya karşı geliştirdiği duygusal, bilişsel ve davranışsal eğilimlerdir. Tutumlar, bir kişinin nasıl hissettiğini, ne düşündüğünü ve nasıl davrandığını içerir. Tutumlar, genellikle deneyimler, gözlemler, sosyal etkiler ve öğrenme süreçleri aracılığıyla meydana gelir ve şekillenir. Tutumlar öğrenme aracılığıyla sonradan edinilir. Tutumların oluşmasında aracı pek çok faktör bulunmaktadır. Bunlar bireyin içerisinde bulunduğu toplum, medya, bireysel yaşam farklılıkları gibi faktörler olmaktadır (Sezer, 2012). Tutum; ebeveynler, çevre, iletişim araçları gibi faktörler sayesinde öğrenme yolu ile kazanılmaktadır (Gabel, 2006). Dumanoglu (2006) yaptığı çalışmada kekemeliğin sadece konuşmanın akıcılığında meydana gelen bir bozukluk olmadığını, kekemeliğin duyguları da önemli derecede

etkilediği ve duygu durumlarına göre kekemelik şiddetlerinde değişiklik olduğu gözlenmiştir. Kekemeliği olan bireylerde kekelemenin etkisi ile kaygı, korku, utanma, özgüven eksikliği gibi duygular görülebilmektedir (Akçay ve Küçük, 2020). Kekemeliği olan bireylerin kendilik algılarındaki “kekeme” yaftalaması, bireyi sürekli olarak kekelemeye sürükleyebilir ve konuşurken zorlanacağını düşündüğü anda dahi kekelemeye başlayabilmektedir. Kekemeliği olan bireyler kekemeliğin nedenleri ve görünüşleri ile ilgili çeşitli yanlış anlaşılmanın ve yanlış bilgilendirmelerin bir sonucu olarak yaşamları boyunca damgalanma ve ayrımcılık problemleri ile mücadele edebilmektedir. Kekemelik hakkında yaygın olarak yanlış bilinen birçok inanış vardır. Örneğin; bazı kişiler kekemeliği bir zihinsel engel veya zayıflık olarak algırlar, oysa kekemelik bir konuşma bozukluğudur ve kişinin zekasını ya da yeteneklerini etkilemez. Toplumda bilinen pek çok yanlış inanışların neticesinde, kekemeliği olan bireylere yanlış bilgilendirme yapılmakta, bunun sonucunda da kekemeliği olan bireyler kendi kekemeliklerine karşı genellikle olumsuz bir bakış açısı ile bakmaktadır. Yapılan çalışmalarda kekemeliği olan bireylerin kekemeliklerine karşı öz tutumlarının negatif olduğu bulunmuştur (Akçay ve Küçük, 2020; Altholz ve Golensky, 2004).

2. MATERYAL VE METOT

2.1. ARAŞTIRMA MODELİ

Araştırmada “Betimsel Araştırma Modeli” kullanılmış, 18-24 yaş arasındaki kekemeliği olan bireylerin kendi kekemeliklerine karşı öz tutumları incelenmiştir.

2.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Katılımcı sayısı G*Power program ile etki büyüklüğü=0.5, güç=0.7, güven düzeyi $\alpha=0,05$ belirlenmiş olup, çeşitli illerden toplam 200 birey gönüllülük esasına bağlı olarak çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışma verileri, kişisel bilgi formu ve “WASSP-TR Ölçeği” ile toplanmıştır. 18-24 yaş arasındaki kekemeliğe sahip bireylerin kendi kekemeliklerine karşı tutumları incelenmiştir.

Çalışmaya dahil edilen katılımcılardan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” ile gerekli açıklamalar yapılmış, veri toplama araçları tanıtılmış, yazılı olarak izinleri alınmıştır.

5 katılımcıya ön uygulama yapılmış ve gerekli düzeltmelere gerek duyulmadığından veri toplama aşamasına geçilmiştir.

Katılımcıların dâhil edilme kriterleri:

- Katılımcıların 18-24 yaş arasında olması
- Katılacak bireylerin kekemeliğe eşlik eden ek bir tanıya (zihinsel engel, otizm, nörolojik bir bozukluk, işitsel engel, serebral palsi) sahip olmaması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma

18-24 yaş grubundaki kekemeliği olan bireylerin dahil edildiği çalışmada yaş ortalaması $21,16 \pm 1,93$ olarak bulunmuştur.

2.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H_0 : Kekemeliği olan bireylerin kekemeliğe karşı öz tutumları olumsuzdur.

H_1 : Kekemeliği olan bireylerin kekemeliğe karşı öz tutumları olumludur.

2.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplama aracı olarak, katılımcıların demografik verilerinin sorgulandığı demografik bilgi formu ve kekemeliğe karşı öz tutumlarının incelendiği WASSP-TR (Kekemeliği Öz Değerlendirme Ölçeği) değerlendirme aracı kullanılmıştır.

2.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmada kullanılmak üzere oluşturulan katılımcıların dahil edilme ve dışlanma kriterlerinin sorgulandığı, içerisinde katılımcıların demografik özellikleri, çocukluk döneminde terapi alıp almama durumu, şu anda terapi alıp almama durumu, eğer aldıysa hem çocukluk döneminde hem şu anki dönemde terapiyi hangi branş uzmanından aldığı, ailede kekemelik öyküsü, bireyin kekemeliği olan bir bireyle daha öncesinde karşılaşmış karşılaşmama durumu sorularına yer verilmiştir.

2.4.2. WASSP-TR (Kekemeliği Öz Değerlendirme Ölçeği) Ölçeği

WASSP-TR ölçeğinin Türkçe versiyonunu geliştirerek testin geçerlik ve güvenirliği incelemek ve Türkçe konuşan bireylere uygulanabilirliğini araştırmak amacıyla ülkemizde Uysal ve Köse tarafından araştırmada kullanmış ve Türkçe'ye uyarlanmıştır (Uysal ve Köse, 2021). Çalışmada kullanılan bu ölçek Uysal ve Köse (2021) tarafından yetişkinlerin kekemeliğe ilişkin tutumlarını belirlemek için 7'li derecelendirme yanıt seçenekleri ile tasarlanan (1:Yok, 7:Çok şiddetli) ve beş alt boyut içeren, 25 maddeli WASSP-TR (Kekemeliği Öz Değerlendirme Ölçeği) Ölçeği, kekemeliği olan yetişkinler için geliştirilmiş ve Türkçe'ye uyarlanmış bir ölçektir (Uysal ve Köse, 2021). Ölçeğin alt boyutları; “Davranışlar”, “Düşünceler”, “Duygular”, “Kaçınma” ve “Dezavantaj” şeklindedir. Birinci alt boyut “Davranışlar” 9 maddeden, ikinci alt boyut “Düşünceler” 3 maddeden, üçüncü alt boyut “Duygular” 6 maddeden, dördüncü alt boyut “Kaçınma” 4 maddeden, beşinci alt boyut “Dezavantaj” 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 24 iken, en yüksek puan ise 182'dir.

Ölçekten yüksek puan alınması katılımcının kekemeliğine ilişkin olumsuz tutumunun yüksek düzeyde olduğu şeklinde değerlendirilmiştir.

2.5. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmamız ile ilgili olarak kurallar ve yükümlülükler çerçevesinde verilerin toplanması için Kapadokya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan (09.12.2022: Karar no: 22.22) etik kurul onayı alınmıştır.

Gaziantep ili ve diğer il ve ilçelerdeki kurum ve klinikler veri toplama iznini kekemeliği olan bireyin onayına bırakmıştır.

18-24 yaş arası kekemeliği olan bireylere araştırmamızda gönüllü olmak istediğini beyan eder nitelikte olan katılımcı onam formu imzalatılmıştır.

WASSP-TR ölçeği, gerekli izinler alınarak çalışmamızda kullanılmıştır (Uysal ve Köse, 2021).

2.6. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma anketi 200 katılımcıya uygulanmış elde edilen veriler SPSS 25.0 paket programından yararlanılarak analiz edilmiştir. Katılımcıların demografik özellikleri ve kekemelik ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların tanımlayıcı istatistikleri ve frekans yüzdelikleri tablolarda sunulmuştur. WASSP-TR ölçeği alt boyutları ve toplam boyutta güvenilirlik ve iç tutarlılık Cronbach's Alpha değerleri hesaplanarak ortaya konmuştur. WASSP-TR ölçeği alt boyutları ve toplam boyuttan elde edilen ortalama değerlerin normal dağılıma uygunluğu Çarpıklık ve basıklık katsayıları hesaplanarak incelenmiştir. Demografik özelliklere göre ve kekemelik ile ilgili verilen bilgilerin kategorik gruplarına göre WASSP-TR ölçeği alt boyutlarının karşılaştırması bağımsız örneklem t testi ve Tek Yönlü Varyans analizi ile analiz edilmiştir. ANOVA testinde anlamlı farklılık bulunduğu durumlarda, farklılığın kaynağı çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferoni ile araştırılmıştır. İstatistiksel testlerin tamamında anlam düzeyi ($\alpha=0,05$) olarak kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

3.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI

Katılımcılarda yaş ortalamaları $21,16 \pm 1,93$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların demografik bilgi içerikli özelliklerinin yüzdesel dağılımı Tablo1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Kekemeliği Olan Bireylerin Demografik Özellikleri

Demografik özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	67	33,5
	Erkek	133	66,5
Yaş grupları	18-20	76	38,0
	21-24	124	62,0
Eğitim durumu	Ortaokul	23	11,5
	Lise	97	48,5
	Üniversite	73	36,5
	Yüksek lisans	7	3,5

Katılımcıların %66,5’i erkek, %33,5’i kadındır. 18-20 yaş grubunda olanların oranı %38.0, 21-24 yaş grubunda olanların oranı %62.0 bulunmuştur., Katılımcıların %11,5’i ortaokul, %48,5’i lise, %36,5’i üniversite ve %3,5’i yüksek lisans mezunudur.

3.2. KEKEMELİK İLE İLGİLİ OLGUSAL SORULARA VERİLEN YANITLAR

Tablo 2. Katılımcıların Kekemelik ile İlgili Eğitim/Terapi Alma Durumuna Göre Dağılımı

Çocukluk döneminde eğitim/terapi alma durumu		n	%
Çocukluk döneminde kekemelik eğitimi/terapisi alma durumu	Evet	24	12,0
	Hayır	176	88,0
Eğitimi/terapiyi aldığı branş mezunu	Öğretmen	13	54,1
	Bilmiyorum	11	45,8
Şu anda eğitim/terapi alma durumu		n	%
Şu anda kekemelğe dair herhangi bir eğitim/terapi alma durumu	Evet	23	11,5
	Hayır	177	88,5
Eğitimi/terapiyi şu anda aldığı branş mezunu	DKT	23	100

Çocukluk döneminde kekemelik eğitimi/terapisi alma durumu incelendiğinde; katılımcıların %12,0'ı evet, %88,0'ı hayır demiştir. Eğitim alan 24 katılımcıya bu eğitimi hangi branş mezunundan aldığı sorulduğunda; %54,1 oranla öğretmenden aldığını, %45,8 eğitimi hangi branş uzmanından aldığını bilmediğini belirtmiştir. Katılımcılarımızdan %11,5'i şu an kekemeliğe dair eğitim ya da terapi aldığı bilgisini vermiştir. Şu an eğitim ya da terapi alan 23 katılımcının tamamının DKT uzmanından bu terapiyi aldıkları anlaşılmaktadır.

Tablo 3. Ailede Kekemelik Öyküsü

		n	%
Ailede kekemeliği olan başka bir birey olma durumu	Evet	154	77,0
	Hayır	46	23,0

Katılımcıların %77'sinde ailede kekemelik öyküsü olduğu, %23'ünde ise ailede kekemelik öyküsünün olmadığı görülmektedir.

3.3. ARAŞTIRMADA KULLANILAN WASSP-TR ÖLÇEĞİNİN GÜVENİLİRLİK VE İÇ TUTARLILIK ANALİZİ

Araştırma kapsamında uygulanan WASSP-TR ölçeğinin güvenilirlik ve iç tutarlılık düzeyleri Cronbach's Alpha katsayısı ile tespit edilmiştir.

Tablo 4. WASSP-TR Ölçeği ve Güvenilirlik-İç Tutarlılık Değerleri

Boyut	Madde sayısı	Cronbach's Alpha (CA)
Davranışlar	8	0,967
Düşünceler	3	0,947
Duygular	5	0,961
Kaçınma	4	0,960
Dezavantaj	4	0,943
WASSP-TR toplam	24	0,987

̄X:aritmetik ortalama SS:Standart sapma

Araştırmada yer alan WASSP-TR ölçeği toplam boyutu güvenilirlik değeri (0,987) ile “yüksek güvenilirlik derecesindedir. Alt boyutlarda ise Davranışlar boyutunda (0,967), Düşünceler boyutunda (0,947), Duygular boyutunda (0,961), kaçınma boyutunda

(0,960), Dezavantaj boyutunda (0,943) olarak tespit edilmiştir. Tüm alt boyutlarda bu değerler ile “yüksek güvenilirlik” elde edilmiştir.

Tablo 5. Normal Dağılıma Uygunluk İçin WASSP-TR Ölçeğinin Basıklık ve Yaygınlık Değerleri

	n	Minimum	Maximum	Skewness	Kurtosis
Davranışlar	200	1,50	7,00	-1,412	1,262
Düşünceler	200	1,67	7,00	-1,404	1,369
Duygular	200	1,00	7,00	-1,061	1,216
Kaçınma	200	1,25	7,00	-1,087	1,245
Dezavantaj	200	1,75	7,00	-1,037	1,301
WASSP-TR toplam	200	1,72	7,00	-1,061	1,270

WASSP-TR ölçeğinin basıklık ve yaygınlık değerleri incelemesi değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunun kontrol edilmesi amacıyla hesaplanmıştır. WASSP-TR toplam ölçeği ve alt boyutların tamamında hem yaygınlık ölçüsü değeri olan (Skewness), hem de basıklık ölçüsü değeri olan (Kurtosis) değerleri gerekli sınırlar dahilinde (-1,5;+1,5) bulunduğundan normal dağılıma uygun olduğu anlaşılmıştır.

3.4. DEMOGRAFİK VE KATEGORİK DEĞİŞKENLERE GÖRE WASSP-TR ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRMASI

Tablo 6. Kekemeliği Olan Bireylerin WASSP-TR Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları

Boyutlar	$\bar{x} \pm SS$
Davranışlar	5,63±1,29
Düşünceler	5,96±1,38
Duygular	5,87±1,39
Kaçınma	5,94±1,43
Dezavantaj	5,97±1,31
WASSP-TR genel ortalama	5,88±1,29

Kekemeliği olan bireylerin WASSP-TR ölçeği alt boyut puan ortalamaları 5,88±1,29 ‘dur. Alt boyut puan ortalamaları en yüksek puandan başlamak üzere, Dezavantaj, Düşünceler, Kaçınma, Duygular ve Davranışlar şeklinde sıralanmıştır.

Tablo 7. Cinsiyete Göre WASSP-TR Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları

	Cinsiyet	n	$\bar{x} \pm SS$	t	p
Davranışlar	Kadın	67	5,46±1,40	-1,299	,195
	Erkek	133	5,71±1,23		
Düşünceler	Kadın	67	5,85±1,43	-,784	,434
	Erkek	133	6,01±1,35		
Duygular	Kadın	67	5,79±1,51	-,626	,532
	Erkek	133	5,92±1,33		
Kaçınma	Kadın	67	5,90±1,58	-,259	,796
	Erkek	133	5,96±1,36		
Dezavantaj	Kadın	65*	5,94±1,36	-,206	,837
	Erkek	133	5,98±1,29		
TTL	Kadın	65*	5,81±1,38	-,524	,601
	Erkek	133	5,92±1,25		

$\bar{X}$:aritmetik ortalama SS:Standart sapma *2 kişi bu alt boyutlara ait soruları cevaplamamıştır.

Cinsiyete göre WASSP-TR ölçeği toplam ve alt boyut ortalama puanlarına bakıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8. Yaş Gruplarına Göre WASSP-TR Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları

	Cinsiyet	n	$\bar{x} \pm SS$	t	p
Davranışlar	18-20	76	5,64±1,340	-1,299	,195
	21-24	124	5,61±1,263		
Düşünceler	18-20	76	6,11±1,272	-,784	,434
	21-24	124	5,86±1,430		
Duygular	18-20	76	6,00±1,237	-,626	,532
	21-24	124	5,79±1,478		
Kaçınma	18-20	76	6,08±1,272	-,259	,796
	21-24	124	5,84±1,521		
Dezavantaj	18-20	74*	6,02±1,316	-,206	,837
	21-24	124	5,93±1,305		
TTL	18-20	74*	5,975±1,321	-,524	,601
	21-24	124	5,809±1,011		

$\bar{X}$:aritmetik ortalama SS:Standart sapma *2 kişi bu alt boyutlara ait soruları cevaplamamıştır.

Yaş gruplarına göre WASSP-TR ölçeği toplam ve alt boyutlarına bakıldığında, aralarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 9. Eğitim Durumuna Göre WASSP-TR Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları

		n	$\bar{x} \pm SS$	F	p
Davranışlar	Ortaokul	23	6,03± 0,59	1,246	,294
	Lise	97	5,67± 1,27		
	Üniversite	73	5,47± 1,43		
	Y.lisans	7	5,39± 1,57		
	Toplam	200	5,63± 1,29		
Düşünceler	Ortaokul	23	6,72± 0,37	3,656	,013*
	Lise	97	6,00± 1,23		
	Üniversite	73	5,70± 1,61		
	Y.lisans	7	5,52± 1,91		
	Toplam	200	5,96± 1,38		
Duygular	Ortaokul	23	6,38± 0,52	2,939	,066
	Lise	97	5,98± 1,20		
	Üniversite	73	5,62± 1,71		
	Y. lisans	7	5,34± 1,75		
	Toplam	200	5,87± 1,39		
Kaçınma	Ortaokul	23	6,60± 0,38	3,261	,023*
	Lise	97	6,05± 1,25		
	Üniversite	73	5,64± 1,76		
	Y. lisans	7	5,43± 1,58		
	Toplam	200	5,94± 1,43		
Dezavantaj	Ortaokul	22	6,45± 0,46	1,481	,221
	Lise	96	5,99± 1,26		
	Üniversite	73	5,80± 1,48		
	Y. lisans	7	5,75± 1,71		
	Toplam	198*	5,97± 1,31		
TTL	Ortaokul	22	6,44± 0,29	2,987	,056
	Lise	96	5,96± 1,16		
	Üniversite	73	5,65± 1,54		
	Y. lisans	7	5,49± 1,67		
	Toplam	198*	5,88± 1,29		

*p<0,05 1.Tek Yönlü Varyans Analizi $\bar{X}$:aritmetik ortalama SS:Standart sapma *2 kişi bu alt boyutlara ait soruları cevaplamamıştır.

Eğitim durumuna göre WASSP-TR ölçeği toplam ve alt boyutlarına bakıldığında Davranışlar, Duygular ve Dezavantaj boyutlarında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Düşünceler ve kaçınma boyutunda ise anlamlı farklılık söz konusudur ($p<0,05$). Farklılığın kaynağı, hangi gruplardan kaynaklandığının bilinebilmesi için çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni kullanılmıştır. Bonferroni testi sonucuna göre;

- Düşünceler boyutunda ortaokul mezunlarının ortalaması (6,72±,037) ve Lise mezunlarının ortalaması (6,00±1,23) , üniversite mezunlarının ortalamasından (5,70±1,61) ve yüksek lisans mezunlarının ortalamasından (5,52±1,91) yüksek

olduğu görülmüştür. Görüldüğü gibi oluşan farklılık ortaokul ve lise mezunları ortalamasının, üniversite ve yüksek lisans mezunları ortalamasından yüksek olduğu şeklindedir. Ortaokul lise arasında farklılık söz konusu değildir, aynı şekilde lisans ve yüksek lisans arasında da farklılık bulunamamıştır.

- Kaçınma boyutunda ortaokul mezunlarının ortalaması ($6,60 \pm 0,038$) ve Lise mezunlarının ortalaması ($5,98 \pm 1,20$), yüksek lisans mezunlarının ortalamasından ($5,34 \pm 1,75$) yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca ortaokul mezunlarının ortalaması ($6,60 \pm 0,038$) üniversite mezunlarının ortalamasından ($5,64 \pm 1,76$) yüksek olduğu belirlenmiştir. Görüldüğü gibi oluşan farklılık ortaokul ve lise mezunları ortalaması ile yüksek lisans mezunları ortalaması arasında tespit edilmiştir. Ayrıca bir farklılıkta ortaokul ile lisans mezunları arasında tespit edilmiştir. Bu boyutta Ortaokul ile lise arasında, lise ile üniversite mezunları arasında ve lisans ile yüksek lisans mezunları arasında farklılığın olmadığı da belirlenmiştir.

Tablo 10. Ailede Kekemeliği Olan Birey Varlığına Göre WASSP-TR Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları

Ailede kekemeliği olan başka bir birey olma durumu		n	$\bar{x} \pm SS$	t	p
Davranışlar	Evet	154	$5,70 \pm 1,24$	1,485	,139
	Hayır	46	$5,38 \pm 1,43$		
Düşünceler	Evet	154	$6,02 \pm 1,31$	1,192	,235
	Hayır	46	$5,75 \pm 1,56$		
Duygular	Evet	154	$5,93 \pm 1,35$	1,100	,273
	Hayır	46	$5,67 \pm 1,52$		
Kaçınma	Evet	154	$6,03 \pm 1,38$	1,647	,101
	Hayır	46	$5,64 \pm 1,59$		
Dezavantaj	Evet	153*	$6,02 \pm 1,32$	1,001	,318
	Hayır	45*	$5,79 \pm 1,27$		
TTL	Evet	153*	$5,95 \pm 1,25$	1,471	,143
	Hayır	45*	$5,63 \pm 1,40$		

̄X:aritmetik ortalama SS:Standart sapma *2 kişi bu alt boyutlara ait soruları cevaplamamıştır.

Ailede kekemelik öyküsüne göre WASSP-TR ölçeği toplam ve alt boyutlarında yapılan karşılaştırmada anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Buna göre WASSP-TR ölçeği ve alt boyutları ortalama puanları ailede kekeme birey olup olmamasına göre değişim göstermediği bulunmuştur.

Tablo 11. Kekemeliği Olan Birey İle Karşılaşma Durumuna Göre WASSP-TR Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları

Kekemeliği olan başka bir bireyle karşılaşma		n	$\bar{x} \pm SS$	t	p
	Evet	192	5,60± 1,31	-1,681	,094
	Hayır	8	6,38± 0,29		
Düşünceler	Evet	192	5,95± 1,40	-,524	,601
	Hayır	8	6,21± 0,35		
Duygular	Evet	192	5,85± 1,42	-,991	,323
	Hayır	8	6,35± 0,32		
Kaçınma	Evet	192	5,93± 1,46	-,560	,576
	Hayır	8	6,22± 0,45		
Dezavantaj	Evet	190*	5,95± 1,33	-,626	,532
	Hayır	8	6,25± 0,42		
TTL	Evet	190*	5,87± 1,32	-,889	,375
	Hayır	8	6,28± 0,21		

$\bar{X}$:aritmetik ortalama SS:Standart sapma *2 Kişi bu alt boyutlara ait soruları cevaplamamıştır.

Şimdiye kadar kekemeliği olan bireyle karşılaşma durumuna göre WASSP-TR ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna göre WASSP-TR ölçeği ve alt boyutları ortalama puanları şimdiye kadar kekemeliği olan bireyle karşılaşma durumuna göre değişim göstermediği belirlenmiştir.

Tablo 12. Kekemelik ile İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre WASSP-TR Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları

Eğitim/terapi alma		n	$\bar{x} \pm SS$	t	p
Davranışlar	Evet	24	3,94± 1,59	-7,806	,000*
	Hayır	176	5,86± 1,06		
Düşünceler	Evet	24	4,32± 2,13	-6,917	,000*
	Hayır	176	6,18± 1,07		
Duygular	Evet	24	4,11± 2,07	-7,470	,000*
	Hayır	176	6,11± 1,08		
Kaçınma	Evet	24	4,23± 2,18	-6,932	,000*
	Hayır	176	6,17± 1,12		
Dezavantaj	Evet	24	4,31± 1,92	-7,473	,000*
	Hayır	174*	6,19± 1,01		
TTL	Evet	24	4,18± 1,92	-7,857	,000*
	Hayır	174*	6,12± 0,98		

* $p<0,05$ bağımsız örneklem testi $\bar{X}$:aritmetik ortalama SS:Standart sapma *2 Kişi bu alt boyutlara ait soruları cevaplamamıştır.

Kekemelik ile ilgili eğitim alma durumuna göre WASSP-TR ölçeği toplam ve alt boyutlarında yapılan karşılaştırmada tüm alt boyutlarda anlamlı fark bulunmuştur($p<0,05$). Bu sonuçlara göre, kekemelik ile ilgili eğitim almayanlarda, eğitim alanlara göre ortalama puanların daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sonuçlardaki puanların yüksek olması, kekemeliği olan bireylerin kendi kekemeliklerine karşı tutumlarının olumsuz olduğunu göstermektedir.

Tablo 13. Şu An Kekemelik ile İlgili Eğitim/Terapi Alma Durumuna Göre WASSP-TR Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları

Şu an eğitim/terapi		n	$\bar{x} \pm SS$	t	p
Davranışlar	Evet	23	3,14± 0,92	-13,664	,000*
	Hayır	177	5,95± 0,93		
Düşünceler	Evet	23	3,06± 1,46	-16,562	,000*
	Hayır	177	6,34± 0,79		
Duygular	Evet	23	2,90± 1,64	-16,992	,000*
	Hayır	177	6,26± 0,75		
Kaçınma	Evet	23	3,01± 1,79	-15,415	,000*
	Hayır	177	6,32± 0,81		
Dezavantaj	Evet	22*	3,28± 1,50	-14,827	,000*
	Hayır	176*	6,30± 0,80		
TTL	Evet	22*	3,08± 1,42	-16,825	,000*
	Hayır	176*	6,23± 0,73		

* $p<0,05$ bağımsız örneklem testi $\bar{X}$:aritmetik ortalama SS:Standart sapma *2 Kişi bu alt boyutlara ait soruları cevaplamamıştır.

Şu an Kekemelik ile ilgili eğitim alma durumuna göre WASSP-TR ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarında yapılan karşılaştırmada anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Genel olarak şu an eğitim ya da terapi almayanlarda ortalama puan, terapi alanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Eğitim ya da terapi almayanların puanlarının eğitim ya da terapi alanlara oranla yüksek olması tutumlarının olumsuz olduğu anlamına gelmektedir.

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada 18-24 yaş arası kekemeliği olan bireylerin kendi kekemeliklerine karşı öz tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu bölümde, araştırma sonuçları literatürde bulunan diğer çalışmalar ışığında tartışılacaktır.

Yapılan çalışmada elde edilen bulgulara göre; kekemeliği olan bireylerin WASSP-TR ölçeği alt boyutlarına vermiş oldukları yanıtlardan kaçınma alt boyutu yüksek puan sıralamasında üçüncü sırada yer almaktadır. Silverman'ın (2004) yapmış olduğu çalışmada kekemelik tanısı almış bireylerin daha büyük olasılık ile içe dönük davranışlar sergileme ve sosyal ortamlarda bulunmak istememe eğiliminde olduklarına işaret eden bulgular saptamıştır (Silverman, 2004). Yairi ve Seery'nin (2011) yaptığı çalışmada, kekemeliği olan bireylerin iletişim kurmaktan kaçınmalarının, kekemeliğe neden olduğu belirtilmiştir (Yairi ve Seery, 2011). Sheeman ve Martyn (1970) kekemeliğin kaçınma durumunu yaratarak kekemeliği olan bireyi kısır bir döngüye sürükleyeceğini ve bunun da birey üzerinde olumsuz duygulara yol açabileceğini belirtmiştir (Sheeman ve Martyn, 1970). Kekemeliği olan birey olmanın stresi ile başa çıkmayı ele alan Vanryckeghem ve ark.'nın (2004) kekemeliği olan 42 yetişkin ve akıcı 76 yetişkin ile yürüttüğü çalışmada, kekemeliği olan bireylerin kekemeliği olmayan akranlarına göre önemli ölçüde daha fazla başa çıkma davranışları gösterdikleri bulunmuştur (Vanryckeghem ve ark., 2004). Kekemeliği olan bir birey olmak, sosyal bir dezavantaj getirir. Kekemeliğin varlığı sebebiyle kekemeliği olan bireyin duygusal sistemi bozulmaktadır. Bulgulardaki sonuçlar, literatür ile uyumluluk göstermektedir.

Cinsiyete göre WASSP-TR ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarında (davranışlar, düşünceler, duygular, kaçınma, dezavantaj) anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çakal'ın (2023) 19-45 yaş grubunda yaptığı çalışmada, kadın kekemeliği olan bireylerin erkek kekemeliği olan bireylere göre kaçınma davranışı sergileme düzeylerinin anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (Çakal, 2023). Jumper'ın (2018) 18 ile 75 yaş arasında toplamda 93 kekemelik destek grubundan seçmiş olduğu bireyle Google form üzerinden anketle yapmış olduğu çalışmada ise kekemeliği olan kadınların, kekemeliği olan erkeklere göre daha fazla kaçınma davranışı gösterdiği belirtilmiştir (Jumper, 2018). Haley'in (2009) yapmış olduğu çalışmada, konuşma akıcısızlığının erkekler için cinsiyet rolü üzerindeki etkileri toplamda 65 katılımcı ile araştırılmış olup kadın kekemeliği olan

bireylerin erkek kekemeliği olan bireylere göre daha fazla kaçınma davranışı gösterdiği belirtilmiştir (Haley, 2009). Çalışmamızın bu maddedeki bulguları, diğer üç çalışma ile farklılık göstermektedir. Literatürden farklı olmasının sebebinin, diğer üç çalışmadaki katılımcıların bizim çalışmamızdaki katılımcılardan kültürel olarak farklılık göstermesi, toplumların kadın ve erkek kekemeliği olan bireylere farklı yaklaştığı düşünülmektedir.

Çalışmada yaş gruplarına göre WASSP-TR ölçeği yapılan karşılaştırmada toplam ve alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Buna göre, WASSP-TR ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarına göre değişim göstermemektedir. Çakal'ın (2023) yapmış olduğu çalışma sonucunda yaş ile ilişki saptanamadığı belirtilmiştir (Çakal, 2023). Bulgulardaki sonuçlar literatür ile uyumluluk göstermektedir.

Eğitim durumuna göre yapılan karşılaştırmada davranışlar, duygular ve dezavantaj boyutlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Düşünceler ve kaçınma boyutunda ise anlamlı farklılıklar söz konusudur. Düşünceler ve kaçınma boyutunda eğitim durumu yükseldikçe ortalamanın da azaldığı görülmektedir. Plexico ve arkadaşları (2019) tarafından kekemeliği olan 47 ve kekemeliği olmayan 47 toplamda 94 bireyle çevrimiçi bir anket doldurularak yapılan çalışmada eğitim düzeyi arttıkça kekemelik ile başa çıkmanın daha etkin hale geldiği ve özellikle de problem çözme davranışının eğitim düzeyi ile pozitif yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir (Plexico ve ark., 2019). Kekemeliği olan 78 yetişkin (61 erkek ve 17 kadın) ve kekemeliği olmayan 78 yetişkin toplamda 156 birey ile yapılan bir başka çalışmada da, çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunan düşünceler ve kaçınma alt boyutları ile benzer sonuçları gösterecek şekilde eğitim düzeyi yüksek kekemeliği olan bireylerin eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha olumlu algıları olduğu söylenmiştir (Kasbi ve ark., 2015). Çakal (2023) tarafından yapılan çalışmada, kekemelik şiddeti ve çabalama davranışlarının kekemelikteki etkileri incelenmiştir. Çakal (2023)'ın yapmış olduğu çalışma, eğitim seviyesi ile kekemelik şiddeti arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Eğitim seviyesinin hem kekemeliği olan bireylerde hem de toplum üzerinde oldukça önemi bulunmaktadır. Özellikle kekemelik hakkında daha eğitilmiş bireylerin, kekemeliği daha toleranslı karşıladığı ve kekemeliğe dair yanlış inanışların daha da azaldığı gözlenmiştir. Bu durum, kekemelik ile ilgili farkındalık ve kabul durumunu arttırmak ile birlikte kekemeliği olan bireylerin daha olumlu tutum göstereceğini düşündürmektedir. Bulgulardaki sonuçlar literatür ile uyumluluk göstermektedir.

Yapılan çalışma sonucunda; katılımcıların %77'sinde ailede kekemelik öyküsü olduğu, %23'ünde ise ailede kekemelik öyküsünün olmadığı görülmüştür. Ailede kekemelik öyküsüne olan katılımcıların WASSP-TR ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kekemeliğin genetik yapısı ile ilgili çalışmalar yapılsa da, yapılan çalışmalar tam olarak gen faktörü ile kekemeliği bağlayamamıştır (Drayna ve ark., 1999). Yine de Frigerio-Domingues ve Drayna'nın (2017) yaptığı çalışmada birkaç gen mutasyonu ile kekemelik bağdaştırılmaktadır (Frigerio-Domingues ve Drayna, 2017). Yapılan bir çalışmada, bazı genlerdeki mutasyonların işlevsel enzimleri hücrenin lizozomunda bulunan hedef noktalarına yönlendiren sinyali etkilediğini veya bozduğunu saptamıştır ve yine aynı çalışma ailede kekemelik öyküsü bulunan kekemeliği olan bireylerin %10'unda bu ifade edilen gen mutasyonlarının olduğu belirlenmiştir (Drayna ve Kang, 2011). Kekemelikte aileden gelen kalıtıma dair bulgulara rastlanmaktadır (Felsenfeld ve ark., 2000). Buna ek olarak tek yumurta ve çift yumurta ikizleri ile yapılan uyumluluk çalışmaları bulunmaktadır. Bu çalışmanın sonucuna göre, tek yumurta ikizlerinde uyumluluk oranı çift yumurta ikizlerine göre daha yüksektir (Felsenfeld, 2002). Wittke-Thompson ve arkadaşlarının (2007) yapmış olduğu çalışmada, gelişimsel kekemeliğin genetik bir nörolojik bozukluk olduğu söylenmiştir ancak genetik aktarımın altındaki mekanizma tam olarak çözümlenmemiştir (Wittke-Thompson ve ark., 2007). İbiloğlu'nın (2011) yapmış olduğu çalışmada, kekemeliğin genetik yatkınlık ile ilişkili olduğu ancak sadece genetik faktörlerin kekemelikte rol oynamadığı belirtilmiştir (İbiloğlu, 2011). Yapılan bir diğer çalışmada kekemeliğin sebebinin net olarak bilinmemekle birlikte genetik, psikososyal stres etmenlerine maruz kalma, merkezi sinir sistemi anomalileri, ailenin ilk çocuğu olma durumları risk faktörleri olarak bildirilmektedir (Avcı ve ark., 2002). Son yıllarda özellikle hangi genlerin ve kromozomların yalıtılmış olarak kekemelikten sorumlu olduğunu tespit etmek üzere çalışmalar yapılmaktadır (Chang & Zhu, 2013). Felsenfeld, S., Kirk, ve ark.'nın (2000) yapmış oldukları çalışmada kekemeliğin nedenlerine ilişkin bulgular genetiği göstermekte olup bulgularımızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Fakat Drayna, D., Kilshaw, J., ve ark.'nın (1999) yapmış oldukları çalışmada kekemeliğin nedenlerinde genetiğe işaret eden herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Bu sonuç çalışmamızın sonuçları ile farklılık göstermektedir. Bunun nedeni; kekemeliğin nedeninin yalnızca genetik faktörden kaynaklanmayıp aynı zamanda

Çevresel faktörler, fizyolojik faktörler, bireyin dil kapasitesi vb. faktörlerden de etkilenmiş olup sebebinin bu olacağı fikriyle araştırma bulgularımızın farklı olduğu düşünülmektedir.



SONUÇ

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre;

- Çalışmaya katılan kekemeliği olan bireylerin vermiş oldukları yanıtlar sonucunda ölçekten elde edilen alt boyut ve genel puan ortalamalarına göre, kekemeliği olan bireylerin kekemelik ile ilgili öz tutumlarının olumsuz olduğunu göstermiş olup H_0 'hipotezi' kabul edilmiş, H_1 reddedilmiştir.

Ayrıca aşağıdaki sonuçlara da ulaşılmıştır:

- Çalışmaya katılan tüm katılımcıların eğitim durumuna göre WASSP-TR ölçeği "Düşünceler" ve "Kaçınma" alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$); eğitim durumu yükseldikçe kekemeliğe yönelik olumsuz tutumun azaldığı tespit edilmiştir.
- Çalışmaya katılan tüm katılımcıların şimdiye kadar eğitim/terapi alma durumuna göre WASSP-TR ölçeği alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$); kekemelik ile ilgili eğitim almayanlarda, eğitim alanlara göre ortalama puanların daha yüksek olduğu ve kekemeliğe yönelik olumsuz tutumun eğitim almayanlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Çalışmaya katılan tüm katılımcıların şu anda kekemelik ile ilgili eğitim/terapi alma durumuna göre WASSP-TR ölçeği alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$); şu an eğitim ya da terapi almayanlarda, terapi alanlara göre ortalama değerlerin daha yüksek olduğu ve olumsuz tutumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kekemeliği olan bireylerin kendi kekemeliklerine karşı olumsuz tutum sergileme durumları kekemelik hakkında toplumu bilgilendirecek halka açık seminerlerin düzenlenmesini, kekemelik ve kekemeliği olan bireylere yaklaşımla ilgili çeşitli broşürler dağıtılıp billboardlarda konuya ilişkin bilgiler verilmesini gerektirmektedir.
- Kekemeliği olan bireylerin eğitim/terapiyi en başta öğretmenlerden ve sıklıkla hangi branş mezunu uzman olduğunu bilmeden sonucu doğrultusunda kekemeliği olan bireylerin zamanında doğru müdahale alabilmesi amacıyla dil

ve konuşma terapisti mesleği diğer uzmanlara tanıtılmalı ve uzmanlar bu doğrultuda bireyleri doğru yönlendirmelidir.

- Kekemeliği olan bireylerin toplum tarafından genellikle çeşitli zorbalığa, damgalamalara ve etiketlemelere maruz kalması sonucunda kendi kekemeliklerine olumsuz tutum sergilemeleri sonucunda dil ve konuşma terapistleri, kekemelik hakkında ve kekemeliği olan bireylere yaklaşım konusunda toplumu daha fazla bilgilendirmelidir.
- Dil ve konuşma terapisi almakta olan kekemeliği olan bireylerin terapilerde duygu, düşünce ve davranışlara yönelik çalışmalara yer verilip aynı zamanda bireyin varsa; ebeveynleri, sevgilileri/eşleri, çocukları, arkadaşları vd. seansa dahil edilmelidir.
- Literatüre yeni bir katkıda bulunmak ve kekemeliği olan bireylerde duygu ve tutum incelemesinde daha kapsamlı bir perspektif sunmak amacıyla, gelecekteki araştırmalarda daha büyük katılımcı grupları ve çeşitli objektif değerlendirme yöntemleri kullanılarak detaylı çalışmalar yapılmalıdır. Kekemeliği olan bireylerde duygu ve tutum değişimleri üzerinde yapılan çalışmalar, hem kekemelikte sosyalliğin hem de kekemelik üzerinde olumsuz duygu ve tutumun önemini anlamak ve bu etmenleri azaltmak açısından büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

- Abalı, O., Beşikçi, H., Kınalı, G., ve Tüzün, Ü. D. (2005). Kekemelik başlangıcında ebeveyn tutumlarının değerlendirilmesi. *The Turkish Journal of Ear Nose and Throat*, 15(1), 19-21.
- Akçay, S., ve Küçük, M. N. (2020). Hayatta kendimi çok yalnız hissettim: kekemeliği olan bireylere yönelik nitel bir araştırma. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(3), 85-104.
- Altholz, S. ve Golensky, M. (2004). Kekeleyen müşteriler için danışmanlık, destek ve savunuculuk. *Sağlık ve sosyal hizmet*, 29(3), 197-205.
- American Speech-Language-Hearing Association. (1993). Definitions of communication disorders and variations [Relevant Paper]. Available from www.asha.org/policy
- Avcı, A., Uğuz, Ş., ve Toros, F. (2002). Çocuklarda kekemelik: karşılaştırmalı bir izleme çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(1), 16-21.
- Aydın Uysal, A., ve Erım, A. (2023). Konuşmada akıcılık bozuklukları. *Çocuklarda dil ve konuşma gelişimi ve sorunlarına yaklaşım*. (1. Baskı, s. 33-39). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Aydoğuş, M. (2022). *Kekemeliği olan yetişkinlerin dikkat becerileri, kekemelik özellikleri ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Eskişehir.
- Beilby, J. (2014). Psychosocial impact of living with a stuttering disorder: Knowing is not enough seminars. *In Speech And Language*, 35(2), 132-143.
- Belgin, E. (1985). Çocuklarda kekemelik ve tedavi metodları. *Katkı*, 6(6), 445-448.
- Bennett, E. M. (2006). *Working with people who stutter: A lifespan approach*. Prentice Hall.
- Blood, G. W., & Blood, I. M. (2004). Bullying in adolescents who stutter: Communicative competence and self-esteem. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31(Spring), 69-79.
- 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.
- Bloodstein, O. (1995). *A handbook on stuttering* (5th ed.). CA: Singular Publishing Group Inc., San Diego, London.

- Bloodstein, O. (2002). Early stuttering as a type of language difficulty. *Journal of Fluency Disorders*, 27(2), 163-167.
- Bloodstein, O., & Ratner, N. B. (2008). *A handbook on stuttering*. NY: Thomson/Delmar Learning, Clifton Park.
- Brosch, S., Haege, A., Kalehne, P. & Johannsen, H. S. (1999). Stuttering children and the probability of remission-the role of cerebral dominance and speech production. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 47, 71-76.
- Büchel, C., & Sommer, M. (2004). What causes stuttering?. *PLoS Biology*, 2(2), e46.
- Çetiner, M. F. (2023). *Çocukluk çağı kekemeliğinde sözel kaçınma davranışlarının değerlendirilmesi= Evaluation of verbal avoidance behaviors in childhood stuttering* (Master's thesis, İstanbul Atlas Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Chang, S. E., ve Zhu, D. C. (2013). Kekeleyen çocuklarda sinir ağı bağlantı farklılıkları. *Beyin*, 136(12), 3709-3726.
- Crichton-Smith, İ. (2002). Gerçek dünyada iletişim kurmak: Kekeme olan kişilerin hesapları. *Akıcılık Bozuklukları Dergisi*, 27(4), 333-352.
- Çağlayan, A. (2019). *Türkiye'de kekemeliği olan bireylere karşı işverenlerin tutumu-İzmir örnekleme*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Çakal, A. (2023). *Kekeme bireylerde kekemelik şiddeti ile çabalama davranışının değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kapadokya Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü.
- Demir, Ö., Yaşar, S., Sert, G., ve Yurdugül, H. (2014). Çocukların bilgisayara yönelik tutumları ile teknolojiyle kendi kendine öğrenmeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 39(176), 257-266.
- Doğan, T. (2009). *Bilişsel ve kendini değerlendirme süreçlerinin sosyal anksiyete açısından incelenmesi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Sakarya Üniversitesi.
- 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.

- Drayna, D., Kilshaw, J., & Kelly, J. (1999). The sex ratio in familial persistent stuttering. *American Journal of Human Genetics*. 65(5), 1473.
- Durmuş, F., Cangı, M. E., & BİLGE, A. (2020). Çocukluk çağı kekemeliğinde yürütücü işlevler: Sistematiik derleme. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 3(3), 356-381.
- Erdem, İ. (2013). Konuşma eğitimi esnasında karşılaşılan konuşma bozuklukları ve bunları düzeltme yolları. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (11), 415-452.
- Felsenfeld, S. (2002). Finding susceptibility genes for developmental disorders of speech: the long and winding road. *Journal of Communication Disorders*. 35(4), 329-345.
- Felsenfeld, S., Kirk, K. M., Zhu, G., Statham, D. J., Neale, M. C., Martin, N. G. (2000). A study of the genetic and environmental etiology of stuttering in a selected twin sample. *Behavior Genetics*, 30(5), 359-366.
- Frigerio-Domingues, C., & Drayna, D. (2017). Genetic contributions to stuttering: the current evidence. *Molecular Genetics & Genomic Medicine*, 5(2), 95-102.
- Gabel, R. M. (2006). Effects of stuttering severity and therapy involvement on attitudes towards people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*. 31(3), 216-227, 2006.
- Guitar, B. (2013). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Gül, F., & Soysal, B. (2009). Dil ve düşünce ilişkisi üzerine. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 13, 65-76.
- Güneş, F. (2020). Türkçe öğretiminde “hazırlıksız konuşma” sorunu. *The Journal of Limitless Education and Research*, 5(2), 109-124.
- Haley, J. T. (2009). *Stuttering, emotional expression, and masculinity: Fighting out words, fighting back tears*. The University of Iowa.
- Hulit, L. M., & Wirtz, L. (1994). The association of attitudes toward stuttering with selected variables. *Journal of Fluency Disorders*, 19(4), 247-267
- Ingham, R. J., Fox, P. T., Ingham, J. C. & Zamarrıpa, F. (2000). Is overt speech a prerequisite for the neural activations associated with chronic developmental stuttering? *Brain and Language*, 75, 163-194.
- Işık, M. (2016). *İletişim bilimine giriş*. Eğitim Yayınevi.

- İbiloğlu, A. O. (2011). Kekemelik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4), 704-727.
- İlkem, K., ve Karamete, A. (2018). Kekemeliği olan yetişkinlerin okul çağındaki akran zorbalığı mağduriyetlerinin belirlenmesi: Ön çalışma. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 50-61.
- Jumper, A. (2018). *The influence of anticipation, anxiety, and avoidance on the stuttering experience*. (Doctoral Dissertation). Southern Illinois University at Edwardsville.
- Karabudak, M. N. (2020). *Kekemeliği olan bireylerin akıcısız konuşmayı telafi etmek için kullandıkları konuşma tekniklerine akıcı konuşan dinleyicilerin tepkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Karahan Tığrak, T., Kirazlı, M. Ç., & Kulak Kayıkcı, M. E., (2016). Akıcı Konuşma Bozukluğu Olan Çocukların Davranış Değerlendirmesi ve Ebeveynlerinin Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi . 8. *Ulusal Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Kongresi, Turkey*
- Kasbi, F., Mokhlesin, M., Maddah, M., Noruzi, R., Monshizadeh, L., & Khani, M. M. M. (2015). Effects of stuttering on quality of life in adults who stutter. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health*, 2(1).
- Kaya, T. (2021). *Kekeleyen ve kekelemeyen okul çağı çocuk ebeveynlerinin çok boyutlu mükemmeliyetçilik düzeylerinin karşılaştırılması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kazenski, D., Guitar, B., McCauley, R., Falls, W., & Dutko, L. S. (2014). Stuttering severity and responses to social-communicative challenge in preschool-age children who stutter. *Speech, Language and Hearing*, 17(3), 142-152.
- Kehoe, T. D. (1997). *Stuttering: Science, therapy & practice: The most complete book about stuttering*. Casa Futura Technologies..
- Kehoe, T. D. (1999). *Stuttering: science, therapy and practice*. Casa Futura Technologies, Boulder.
- Kidd, K. K. (1983). Recent progress of the genetics of stuttering. *Genetic aspects of speech and language disorders*.
- 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.

- Kulak Kayıkçı, E. M. (2007). *Kekeme çocuklarda larengeal fonksiyonların değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ludlow, C. L., & Loucks, T. (2003). Stuttering: a dynamic motor control disorder. *Journal of Fluency Disorders*, 28(4), 273-295.
- Manning W. H. (2001). Clinical decision making in fluency disorders. (2.nd Edition), *Singular*, (38), 49-50.
- Mawson, A. R., Radford, N. T., & Jacob, B. (2016). Toward a theory of stuttering. *European Neurology*, 76(5-6), 244-251.
- McAllister, J. (2016). Behavioural, emotional and social development of children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 50, 23-32.
- Merrell, K. W. (2008). *Helping students overcome depression and anxiety: A practical guide*. Guilford press.
- Nouri, N., Nouri, N., Abdali, H., Shafie, M., & Karimi, H. (2012). Stuttering: Genetic updates and a case report. *Advanced Biomedical Research*, 1(1), 14-
<https://doi.org/10.4103/2277-9175.96070>
- Özmet Koyuncu, E. A. (2021). *Kekeleyen ve kekelemeyen 12-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin sosyal medya kullanımına ilişkin tutumlarının karşılaştırılması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Perez, H. R., & Stoeckle, J. H. (2016). Kekemelik: klinik ve araştırma güncellemesi. *Kanadalı Aile Hekimi*, 62(6), 479-484.
- Perkins, W. H., Kent, R. D. & Curlee, R. F. (1991). A theory of neuropsycholinguistic function in stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 734-752.
- Peters, T. J. & Guitar, B. (1991). *Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment*. Williams and Wilkins, Maryland.
- Pınarcık, Ö., ve Sarı, H. (2013). Tanım açısından kekemeliğe yönelik yeni bulguların değerlendirilmesi. *Karaelmas Eğitim Bilimleri Dergisi*, 1(1), 33-42.
- 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.

- Prasse, J. E., & Kikano, G. E. (2008). Stuttering: an overview. *American Family Physician*, 77(9), 1271-1276.
- Ratner, N. B. (2008). *A handbook on stuttering*. Thomson/Delmar Learning.
- Riper, C. V. (1992). Stuttering?. *Journal of Fluency Disorders*, 17, 81-84.
- Saka, G. B. (2022). *Kekemeliği olan çocukların duygusal davranışsal problemlerinin ve ebeveynlerinin ebeveynlik tutumlarının incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Anadolu Üniversitesi.
- Saman, F. D., ve Uysal, A. A. (2022). Sınıf öğretmenlerinin kekemelik tutumları. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 62-78.
- Sargın, N. (2012). *Çocuklarda ruh sağlığı*. Eğitim Yayınevi.
- Sezer, F. (2012). Engelli bireylere karşı olumlu tutum geliştirmeye yönelik önleyici rehberlik çalışması; deneysel bir uygulama. *Education Sciences*, 7(1), 16-26.
- Shames, G. H., Wiig, E. H. & Secord, W. A. (1998). *Human communication disorders: an introduction*. (5 th Ed.), Allyn and Bacon Company, MA.
- Shapiro, D. A. (1999). *Stuttering intervention: A collaborative journey to fluency freedom*. (No Title).
- Sharp, H. M., & Hillenbrand, K. (2008). Speech and language development and disorders in children. *Pediatric Clinics of North America*, 55(5), 1159-1173.
- Sheeman, J. G., & Martyn, M. M. (1970). Stuttering and its disappearance. *J Speech, Lang Hear Res*, 13(2), 279-289.
- Silverman, F. H. (2004). *Stuttering and other fluency disorders*. Illinois, Waveland Press.
- Smith, A., & Weber, C. (2017). How stuttering develops: The multifactorial dynamic pathways theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 60(9), 2483-2505.
- Starkweather, C. W. (2002). The epigenesis of stuttering. *Journal of fluency Disorders*, 27(4), 269-288.
- Swartz, E., Irani, F., & Gabel, R. (2014). Coping with stuttering. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 24(2), 58-68.
- Tamam, L., Öztanrıöver, S., ve Özpoyraz, N. (1998). Erişkin çağda başlayan bir kekemelik olgusu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9, 64-67.
- Tanner, D. C. (2003). *Exploring communication disorders: A 21st century introduction through literature and media*. (No Title).

- Toğram, B., ve Maviş, İ. (2009). Aileler, öğretmenler ve dil ve konuşma terapistlerinin çocuklardaki dil ve konuşma bozukluklarına yönelik tutum ve bilgilerinin değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 10(01), 71-85.
- Uysal, H. T., & Köse, A. (2021). The investigation of the validity and reliability of the Turkish version of the wright and ayre stuttering self-rating profile (WASSP). *International Journal of Language & Communication Disorders*, 56(3), 653-661.
- Van Riper, C. (1982). *The nature of stuttering*. Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Ward, D. (2006). *Stuttering and cluttering: frameworks for understanding and treatment*. Psychology Press, Hove.
- Ward, D. (2017). *Stuttering and cluttering: frameworks for understanding and treatment*. Psychology press.
- Watkins, K. E., Smith, S. M., Davis, S. ve Howell, P. (2008). Gelişimsel kekemelikte motor sistemin yapısal ve fonksiyonel anormallikleri. *Beyin*, 131(1), 50-59.
- Wittke Thompson, J. K., Ambrose, N., Yairi, E., Roe, C., Cook, E. H., Ober, C., & Cox, N. J. (2007). Genetic studies of stuttering in a founder population, *J. Fluency Disord*, 32, 33-50.
- Yairi, E., & Seery, C. H. (2011). *Stuttering: Foundations and clinical applications*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson
- Yüksel, T., Alaca, R., ve Sizer, E. (2020). Çocukluk çağında başlayan kekemelikte düzelmenin öngördürücüleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(1), 93-100.

EK 4. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**Demografik Bilgi Formu**

1. **Cinsiyet:** ()Kadın ()Erkek
2. **Yaşınız:**.....
3. **Mezuniyet dereceniz:**
()Ortaokul
()Lise
()Üniversite
()Yüksek lisans
()Doktora
4. **Çocukluğunuzda kekemeliğinizden dolayı herhangi bir eğitim/terapi aldınız mı?**
()Evet ()Hayır
5. **Bir önceki soruya yanıtınız evet ise; eğitimi/terapiyi hangi branş mezunu uzmandan aldınız?**
.....
6. **Şu anda kekemeliğinize dair herhangi bir terapi almakta mısınız?**
()Evet ()Hayır
7. **Bir önceki soruya yanıtınız evet ise; eğitimi/terapiyi hangi branş mezunu uzmandan almaktasınız?**
.....
8. **Ailenizde kekemeliği olan başka bir birey var mı?**
()Evet ()Hayır
9. **Şimdiye kadar kekemeliği olan başka bir bireyle karşılaştınız mı?**
()Evet ()Hayır