

**KEKEMELİĞİ OLAN OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARIN
EBEVEYNLERİNE UYGULANAN DUYARSIZLAŞTIRMA
TERAPİSİNİN ÇOCUKLARIN VE EBEVEYNLERİN TUTUM VE
KAYGILARINA ETKİSİ**

Doktora Tezi
Ayhan ÇAĞLAYAN
Eskişehir 2024

**KEKEMELİĞİ OLAN OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARIN
EBEVEYNLERİNE UYGULANAN DUYARSIZLAŞTIRMA
TERAPİSİNİN ÇOCUKLARIN VE EBEVEYNLERİN TUTUM VE
KAYGILARINA ETKİSİ**

Ayhan ÇAĞLAYAN

DOKTORA TEZİ

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Eren BALO

Eskişehir

Anadolu Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Temmuz 2024

Bu Tez Çalışması BAP Komisyonunca kabul edilen 2212S202 no.lu proje kapsamında desteklenmiştir.

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Ayhan ÇAĞLAYAN'ın "Kekemeliği Olan Okul Öncesi Çocukların Ebeveynlerine Uygulanan Duyarsızlaştırma Terapisinin Çocukların ve Ebeveynlerin Tutum ve Kaygılarına Etkisi" başlıklı tezi 18.07.2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Anadolu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca, Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim dalında Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

<u>Unvanı Adı Soyadı</u>		<u>İmza</u>
Üye (Tez Danışmanı) :	Dr. Öğr. Üyesi Eren BALO	.....
Üye :	Prof. Dr. Elçin TADIHAN ÖZKAN	.....
Üye :	Doç. Dr. Murat DOĞAN	.....
Üye :	Doç. Dr. Ramazan Sertan ÖZDEMİR	.....
Üye :	Dr. Öğr. Üyesi Aşena KARAMETE	.....

Prof. Dr. Saime ÖNCE
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

FINAL APPROVAL FOR THESIS

This thesis titled “The Effect of Desensitization Therapy Applied to Parents of Preschool Children With Stuttering on Attitudes and Anxiety of Children and Parents” has been prepared and submitted by Ayhan ÇAĞLAYAN in partial fulfillment of the requirements in “Anadolu University Directive on Graduate Education and Examination” for the Degree of Doctor of Philosophy (PhD) in Speech and Language Therapy Department has been examined and approved on 18/07/2024.

<u>Committee Members</u>		<u>Signature</u>
Member (Supervisor) :	Asst. Prof. Dr. Eren BALO	.....
Member :	Prof. Dr. Elçin TADIHAN ÖZKAN	.....
Member :	Assoc. Prof. Dr. Murat DOĞAN	.....
Member :	Assoc. Prof. Ramazan Sertan ÖZDEMİR	.....
Member :	Asst. Prof. Dr. Aşena KARAMETE	.....

Prof. Dr. Saime ÖNCE
Director of Graduate School

ÖZET

KEKEMELİĞİ OLAN OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNE UYGULANAN DUYARSIZLAŞTIRMA TERAPİSİNİN ÇOCUKLARIN VE EBEVEYNLERİN TUTUM VE KAYGILARINA ETKİSİ

Ayhan ÇAĞLAYAN

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Temmuz 2024

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Eren BALO

Bu çalışmanın amacı okul öncesi (3-6 yaşlarında) kekeleyen çocukların ebeveynlerinin duyarsızlaştırılması ile çocukların iletişim tutumlarının ve konuşma davranışlarının; ebeveynlerin kekemeliğe ilişkin duygu ve tutumlarının, genel tutumlarının ve kaygı düzeylerinin değişimini araştırmaktır. 20 okul öncesi kekeleyen çocuk ve ebeveynleri çalışmaya dahil edilmiştir. Tek grup ön-test, son-test deneysel desenli çalışmada, veriler katılımcılara uygulanan terapi öncesinde, terapiler bittikten sonra ve izleme amacıyla terapilerin bitiminden 3 ay sonra toplanmıştır. Anneler ve babalar “Kekemelik için Anne-Baba Tanısal Ölçeği-Türkçe”, “Ebeveyn Tutum Ölçeği” ve “Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği”ni doldurmuş; çocuklara ise araştırmacı tarafından “Kiddy CAT-TR: Kekeleyen Okul Öncesi Çocukları İçin İletişim Tutum Testi” uygulanmıştır. Terapi süreci, kekeleyen çocuğun yalnızca anne ve babaları ile 8 hafta, toplamda 10 seans olarak gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel analiz aşamasında, nicel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, ikiden fazla bağımlı aşama karşılaştırılmasında ise tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Ebeveynlere uygulanan duyarsızlaştırma terapisinin ardından çocukların iletişim tutumları ve konuşma davranışlarında ve ebeveynlerin kekemeliğe ilişkin duygu ve tutumlarında anlamlı düzeyde olumlu gelişmeler gözlenmiştir. Ebeveynler anlamlı düzeyde daha fazla demokratik ve daha az otoriter, aşırı koruyucu ve izin verici tutumlar sergilemişlerdir. Ebeveynlerin genel kaygı düzeylerinde anlamlı düzeyde azalma olmuştur. Sonuç olarak, ebeveynlere uygulanan duyarsızlaştırma terapisinin, okul öncesi kekeleyen çocukların kekemeliğinin yönetiminde hem çocuk hem de ebeveynler için etkili olduğu görülmüştür.

Anahtar sözcükler: Okul öncesi kekemelik, Duyarsızlaştırma terapisi, Kekemelik terapisi, Ebeveyn tutumları, Kekemelikte kaygı davranışları

ABSTRACT

THE EFFECT OF DESENSITIZATION THERAPY APPLIED TO PARENTS OF PRESCHOOL CHILDREN WITH STUTTERING ON ATTITUDES AND ANXIETY OF CHILDREN AND PARENTS

Ayhan ÇAĞLAYAN

Department of Speech and Language Therapy

Anadolu University, Graduate School, July 2024

Supervisor: Asst. Prof. Dr. Eren BALO

The aim of this study is to investigate the changes in children’s communication attitudes and speech behaviors, parents’ feelings and attitudes towards stuttering, general attitudes and anxiety levels by desensitizing the parents of preschool children (3-6 years old) who stutter. 20 preschool children who stutter and their parents participated in the study. In this study having one-group pre-test, post-test experimental design, data were collected before and after the therapies and 3 months after the end of the therapies as follow-up. Mothers and fathers completed the “Turkish Version of Stuttering Parental Diagnostic Questionnaire”, “Parent Attitude Scale”, and “State and Trait Anxiety Inventory”; on the other hand, “Turkish Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children Who Stutter” scale were applied to the children. The therapy process was carried out for 8 weeks and 10 sessions in total with only the parents. In the statistical analysis, independent *t*-test was used for the difference between two independent groups to compare data, and repeated measures analysis of variance was used to compare more than two dependent stages. Following the desensitization therapy applied to the parents, statistically significant positive improvements were observed in children’s communication attitudes and speech behaviors and in parents’ feelings and attitudes towards stuttering. Parents exhibited significantly more democratic and less authoritarian, overprotective and permissive attitudes. There was a significant decrease in the general anxiety levels of the parents. In conclusion, desensitization therapy applied to parents was found to be effective in the management of stuttering in preschool stuttering children for both the child and the parents.

Keywords: Preschool stuttering, Desensitization therapy, Stuttering therapy, Parental attitudes, Anxiety behaviors in stuttering

ÖNSÖZ

Tez ve doktora sürecim boyunca akademik bilgi birikimleri, deneyimleri ve sevgileriyle bana yol gösteren ve destek olan, beni motive eden, çalışmama önemli katkılarını ve görüşlerini sunan, öğrencileri olmaktan ve birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım değerli danışman hocalarım Prof. Dr. İlknur MAVİŞ ve Dr. Öğr. Üyesi Eren BALO'ya,

Doktora eğitimim boyunca kendilerinden ders alarak bilgi düzeyimi artırdığım, farklı bakış açıları kazandığım, akademik ve klinik yaşamıma katkı sunmuş olan değerli hocalarım Prof. Dr. Elçin TADİHAN ÖZKAN, Prof. Dr. Şükrü TORUN, Prof. Dr. Bülent TOĞRAM, Dr. Öğr. Üyesi Aylin Müge TUNÇER ve Öğr. Gör. Barış DİNÇER'e,

Yüksek lisansa başladığım dönemden bu yana her zaman yanımda olan, bana yol gösteren, benim için iyi bir hocadan daha fazlası olan, doktora yeterlik jürimde, tez izleme komitemde ve tez savunma jürimde yer alan değerli hocam Doç. Dr. Ramazan Sertan ÖZDEMİR'e,

Doktora tez izleme komitemde ve tez savunma jürimde yer alan, fikir ve önerileriyle süreci şekillendirmeme yardımcı olan değerli hocam Doç. Dr. Murat DOĞAN'a,

Doktora yeterlik jürimde yer almayı kabul eden değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Nazmiye Evra GÜNHAN ŞENOL ve Dr. Öğr. Üyesi Nurdan CANKUVVET AYKUT'a,

Doktora tez savunma jürimde yer almayı kabul eden değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Aşena KARAMETE'ye,

Yüksek lisans dönemimden bu yana her gün konuştuğum, zor zamanlarımda yanımda olan, dostluklarıyla bana çok şey katan can arkadaşlarım Uzm. DKT Ayşegül YILMAZ, Dr. Öğr. Üyesi Hilal BERBER ÇİFTÇİ ve Dr. Öğr. Üyesi Namık Yücel BİROL'a,

İş arkadaşlığının ötesinde bana dost olan, çalışmaktan ve paylaşmaktan büyük keyif aldığım, her zaman yanımda ve destekçim olan Çağlayan Dil ve Konuşma ve Duyu Kids Gelişim ve Aktivite Ailelerime,

Kekeleyen bireyler olarak oluşumu ve gelişimi için büyük emekler verdiğimiz, gün geçtikçe büyüdüğümüz, gönüllüsü olmaktan gurur duyduğum ve bana birçok dost kazandıran Kekemeler Derneği'ne,

Araştırmama katılımları, sabırları, emekleri ve zamanları için tüm kekeleyen çocuklara ve anne babalarına,

En çok da beni bugünlere getiren, beni benden çok düşünen, her zaman yanımda olan, doğumumdan bu yana bana tüm güzel duyguları hissettiren ve güvenen aileme sonsuz teşekkür ederim. İyi ki varsınız..

Son teşekkürüm ise kendime ☺

Ayhan ÇAĞLAYAN

Temmuz, 2024



ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalardan bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Anadolu Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programı”yla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

BAŞLIK SAYFASI.....	
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI.....	i
FINAL APPROVAL FOR THESIS.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ.....	v
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	xv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xviii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xix
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Amaç.....	3
1.2. Önem.....	6
2. KAYNAK BİLGİSİ.....	8
2.1. Konuşmada Akıcılık Bozuklukları.....	8
2.2. Kekemelik Hakkında Genel Bilgiler.....	8
2.3. Kekemeliğin Tanımı.....	9
2.4. Kekemeliğin Belirgin Özellikleri.....	10
2.4.1. Çekirdek davranışlar.....	10
2.4.2. İkincil davranışlar.....	11
2.4.3. Duygular ve tutum.....	11
2.4.3.1. Kekemeliğin duygusal etkisi.....	11
2.4.3.2. Kekemeliğe yönelik tutumlar.....	12
2.5. Kekemeliğin Başlangıcı ve Gelişimi.....	13
2.6. Kekemeliğin Görülme Sıklığı ve Yaygınlığı.....	13
2.7. Kekemeliğin Nedenleri.....	14

2.7.1. Kekemeliğin ortaya çıkışında genetik faktörlerin etkisi.....	15
2.7.1.1. <i>Genetik epidemiyoloji</i>	15
2.7.2. Kekemeliğin ortaya çıkışında nörofizyolojik faktörlerin etkisi.....	16
2.7.2.1. <i>Beyin yapısı ve işlevi</i>	16
2.7.2.2. <i>Nöral bağlantı ve tutarlılık</i>	17
2.7.2.3. <i>Motor zamanlama ve duyuşal işleme</i>	17
2.7.3. Kekemeliğin nedenlerine ilişkin teoriler.....	18
2.7.3.1. <i>Psikodilbilimsel kuramlar</i>	18
2.7.3.2. <i>Nöropsikolojik teoriler</i>	18
2.7.3.3. <i>Gelişimsel ve çevresel teoriler</i>	19
2.7.3.4. <i>Nörofizyolojik teoriler</i>	19
2.7.3.5. <i>Bilişsel-Davranışsal teoriler</i>	20
2.8. Kekemeliğin Okul Öncesi Çocuklar Üzerindeki Etkisi.....	20
2.9. Ebeveynlerin Çocuğun Kekemeliğinden Etkilenmesi.....	22
2.10. Erken Çocukluk Çağı Kekemelik Terapileri.....	23
2.10.1. Lidcombe Programı.....	24
2.10.2. Mini-KIDS (Kids' Independence and Dependence on Stuttering) / Okul Öncesi Dönem Kekeleyen Çocukların Terapisinde Modifikasyon Yaklaşımı.....	25
2.10.3. Parent-Child Interaction Therapy (Palin PCI: Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Terapisi).....	26
2.10.4. Westmead Programı.....	27
2.10.5. Talepler ve Kapasiteler Modeli (Demands and Capacities Model).....	27
2.10.6. Fun with Fluency (Akıcılık ile Eğlence).....	28
2.11. Kekemelik Terapilerinde Duyarsızlaştırma.....	29
2.11.1. Kekemelik terapilerinde duyarsızlaştırma sürecinde kullanılan temel stratejiler.....	30
2.11.1.1. <i>Eğitim</i>	30

2.11.1.2. İstemli (Gönüllü) kekemelik.....	31
2.11.1.3. Kendini açma (Kendini ifşa etme).....	32
2.11.1.4. Aşamalı maruz bırakma.....	33
2.11.1.5. Bilişsel yeniden yapılandırma.....	34
2.11.1.6. Gevşeme teknikleri.....	36
2.11.1.7. Senaryo ve rol yapma.....	37
2.11.2. Okul öncesi kekemelik terapilerinde duyarsızlaştırma.....	38
2.11.2.1. Okul öncesi kekemelik terapilerinde duyarsızlaştırma	
aşamaları.....	40
2.11.2.1.1. Tanımlama.....	40
2.11.2.1.2. Eğitim.....	40
2.11.2.1.3. Aşamalı maruz bırakma.....	40
2.11.3. Kekeleyen çocuğu olan ebeveynler için kekemelik terapilerinde	
duyarsızlaştırma.....	41
2.11.3.1. Ebeveynlerin duyarsızlaştırılmasının kekemeliğın	
yönetimindeki önemi.....	42
2.11.3.2. Ebeveynleri kekemeliğe duyarsızlaştırma süreci.....	43
2.11.3.2.1. Maruz bırakma.....	43
2.11.3.2.2. Eğitim.....	43
2.11.3.2.3. Katılım.....	43
2.11.3.3. Ebeveynleri duyarsızlaştırma sürecinin çocuk ve	
ebeveynler üzerindeki etkisi.....	44
2.12. Ebeveynlerin Çocuklarına Yönelik Tutumları.....	45
2.12.1. Demokratik ebeveynlik.....	45
2.12.2. Otoriter ebeveynlik.....	46
2.12.3. Aşırı koruyucu ebeveynlik.....	46
2.12.4. İzin verici ebeveynlik.....	47
2.13. Çocuk Gelişiminde Ebeveyn Tutumlarının Önemi.....	48
2.14. Kaygı.....	49

2.14.1. Durumluk ve sürekli kaygı.....	49
2.14.2. Kaygının günlük yaşam üzerindeki etkisi.....	50
2.14.3. Kekeleyen çocukların ebeveynlerinde kaygı.....	50
2.15. Duygusal Dayanıklılık (Resilience).....	51
2.15.1. Duygusal dayanıklılığın insan yaşamındaki önemi.....	52
2.15.2. Çocuklarda ve yetişkinlerde duygusal dayanıklılık.....	52
2.16. Kekemelik Terapilerinde Duyarsızlaştırma Tekniğini Kullanan Araştırmalar.....	53
3. YÖNTEM.....	56
3.1. Araştırmanın Deseni.....	56
3.2. Katılımcılar.....	56
3.3. Veri Toplama Araçları.....	58
3.3.1. Kiddy CAT-TR: Kekeleyen Okul Öncesi Çocukları İçin İletişim Tutum Testi.....	59
3.3.2. Kekemelik İçin Anne-Baba Tanısal Ölçeği-Türkçe (KA-BTÖ-T)...	60
3.3.3. Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ).....	61
3.3.4. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği.....	61
3.3.5. Türkçe Erken Dil Gelişimi Testi (TEDİL).....	62
3.3.6. Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE).....	63
3.3.7. Sosyal Geçerlik Formu.....	63
3.4. Veri Toplama Süreci.....	63
3.5. Ebeveynlere Uygulanan Duyarsızlaştırma Terapisi.....	64
3.6. Duyarsızlaştırma Terapisinin Uygulanma Süreci.....	67
3.7. Uygulama Güvenirliği.....	67
3.8. Verilerin Analizi.....	68
4. BULGULAR VE YORUM.....	69
4.1. Çocukların Kiddy-CAT-TR: Kekeleyen Okul Öncesi Çocukları İçin İletişim Tutum Testi Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Verileri.....	69
4.1.1. Çocukların Kiddy-CAT-TR ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının karşılaştırılması.....	69

4.1.2. Çocukların Kiddy-CAT-TR ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması.....	69
4.1.3. Çocukların Kiddy-CAT-TR ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması.....	70
4.2. Ebeveynlerin Kekemelik İçin Anne-Baba Tanısal Ölçeği-TR (KA-BTÖ-T) Üç Alt Bölümünün Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Verileri.....	71
4.3. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Verileri.....	73
4.3.1. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması.....	73
4.3.2. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması.....	74
4.3.3. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması.....	75
4.3.4. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması..	76
4.4. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Verileri.....	78
4.4.1. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması.....	78
4.4.2. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması...	79
4.4.3. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması.....	80
4.4.4. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun	

ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması..	81
4.5. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Verileri.....	82
4.5.1. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması.....	82
4.5.2. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması.....	83
4.5.3. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması.....	84
4.5.4. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması..	85
4.6. Ebeveynlerin Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ) Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Verileri.....	87
4.6.1. Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması.....	89
4.6.2. Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması.....	91
4.6.3. Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması.....	94
4.6.4. Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması.....	97
4.7. Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Verileri.....	101
4.7.1. Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması.....	102
4.7.2. Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması...	103

4.7.3. Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması.....	105
4.7.4. Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması.....	107
4.8. Ebeveynlerin Sosyal Geçerlik Formu Sonuçları.....	110
5. TARTIŞMA.....	112
5.1. Ebeveynlere Uygulanan Kekemeliğe Yönelik Duyarsızlaştırma Terapisinin KiddyCAT-TR Üzerindeki Etkisi.....	112
5.2. Ebeveynlere Uygulanan Kekemeliğe Yönelik Duyarsızlaştırma Terapisinin Kekemelik İçin Anne-Baba Tanısal Ölçeği-Türkçe Üzerindeki Etkisi.....	113
5.3. Ebeveynlere Uygulanan Kekemeliğe Yönelik Duyarsızlaştırma Terapisinin Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ) Üzerindeki Etkisi.....	116
5.4. Ebeveynlere Uygulanan Kekemeliğe Yönelik Duyarsızlaştırma Terapisinin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri Üzerindeki Etkisi....	118
5.5. Kekemelik Terapilerinde Aile Katılımının Önemi.....	120
5.6. Kekemelikte Duyarsızlaştırma Terapisinin Etkililiği.....	122
6. SONUÇ, SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER.....	125
6.1. Sonuç.....	125
6.2. Sınırlılıklar ve Öneriler.....	128
KAYNAKÇA.....	130
EKLER.....	
ÖZGEÇMİŞ.....	

TABLÖLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 3.1. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine ve bağımsız değişkenlere göre dağılımı.....	57
Tablo 3.2. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları.....	59
Tablo 4.1. Çocukların Kiddy-CAT-TR: Kekeleyen Okul Öncesi Çocukları İçin İletişim Tutum Testi ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının karşılaştırılması.....	69
Tablo 4.2. Çocukların Kiddy-CAT-TR ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması.....	70
Tablo 4.3. Çocukların Kiddy-CAT-TR ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması.....	71
Tablo 4.4. Ebeveynlerin Kekemelik İçin Anne-Baba Tanısal Ölçeği-TR (KA-BTÖ-T) üç alt bölümünün ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının karşılaştırılması.....	72
Tablo 4.5. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması.....	74
Tablo 4.6. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması.....	75
Tablo 4.7. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması.....	76
Tablo 4.8. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması..	77
Tablo 4.9. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması.....	78
Tablo 4.10. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması....	79
Tablo 4.11. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test,	

son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması.....	80
Tablo 4.12. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması...	82
Tablo 4.13. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması.....	83
Tablo 4.14. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması.....	84
Tablo 4.15. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması.....	85
Tablo 4.16. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması...	86
Tablo 4.17. Ebeveynlerin Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ) ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının karşılaştırılması.....	88
Tablo 4.18. Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması.....	90
Tablo 4.19. Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması.....	92
Tablo 4.20. Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması.....	96
Tablo 4.21. Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması.....	99
Tablo 4.22. Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarını karşılaştırılması.....	101
Tablo 4.23. Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması.....	103
Tablo 4.24. Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test,	

son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması....	104
Tablo 4.25. Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması.....	106
Tablo 4.26. Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması...	109
Tablo 4.27. Sosyal Geçerlik Formu sonuçları.....	110



ŞEKİLLER DİZİNİ



SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

AGTE	: Ankara Gelişim Tarama Envanteri
ASHA	: Amerikan Konuşma-Dil ve İşitme Derneği (American Speech and Hearing Association)
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
CAT	: Çocukların Konuşmaya İlişkin Tutumları (İng. Children's Attitudes about Talking)
CAT-R	: Çocukların Konuşmaya İlişkin Tutumları Revize (İng. Children's Attitude Test-Revised)
CRPR	: Çocuk Yetiştirme Stilleri Raporu (İng. Child Rearing Practices Report)
DCM	: Talepler ve Kapasiteler Modeli (İng. Demands and Capacities Model)
DSM-5	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı (İng. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)
DTI	: Difüzyon Tensör Görüntüleme (İng. Diffusion Tensor Imaging)
ETÖ	: Ebeveyn Tutum Ölçeği
fMRI	: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme (İng. Functional Magnetic Resonance Imaging)
KA-BTÖ-T	: Kekemelik İçin Anne-Baba Tanısal Ölçeği-TR
Kiddy CAT-TR	: Kekeleyen Okul Öncesi Çocukları İçin İletişim Tutum Testi (İng. Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children Who Stutter)
Mini-KIDS	: Okul Öncesi Dönem Kekeleyen Çocukların Terapisinde Modifikasyon Yaklaşımı (Kids' Independence and Dependence on Stuttering)
MFP	: Anne-Baba-Arkadaş Ölçeği (İng. Mother-Father-Peer Scale)
MRI	: Manyetik Rezonans Görüntüleme (İng. Magnetic Resonance Imaging)
Palin PCI	: Palin Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Terapisi (İng. Palin Parent-Child Interaction Therapy)

PARI	: Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (İng. Parental Attitude Research Instrument)
PARQ	: Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği (İng. Parental Acceptance-Rejection Questionnaire)
PSDQ	: Ebeveynlik Stilleri ve Boyutları Anketi (İng. Parenting Styles and Dimensions Questionnaire)
OASES-S	: Konuşmacının Kekemelik Deneyiminin Genel Değerlendirmesi-Okul Çağı (İng. Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering-School Age)
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
S-PDQ	: Kekemelik İçin Anne-Baba Tanısal Ölçeği (İng. Stuttering Parental Diagnostic Questionnaire)
SPSS	: Sosyal Bilimler İstatistik Paketi (İng. Statistical Package for Social Sciences)
SSI	: Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı (İng. Stuttering Severity Instrument)
TEDİL	: Türkçe Erken Dil Gelişimi Testi
TELD-3	: Türkçe Erken Dil Gelişimi Testi (TEDİL) (İng. Test of Early Language Development-Third Edition)
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

1. GİRİŞ

Kekemelik, konuşma akışında tekrarlar, ses uzatmaları ve bloklar gibi istemsiz takılmalarla karakterize yaygın bir akıcılık bozukluğudur. Dünya nüfusunun yaklaşık %1'ini etkilemekte ve tipik olarak okul öncesinde, dil gelişiminin erken evrelerinde ortaya çıkmaktadır. Kekemeliğin kesin nedeni henüz bilinmemektedir, ancak genetik, gelişimsel, çevresel ve nörofizyolojik faktörlerin farklı kombinasyonlarını içerdiğine inanılmaktadır (Yairi ve Ambrose, 2013).

Kekemelik yalnızca bireysel iletişim becerilerini etkilemekle kalmaz, aynı zamanda bireyin psikolojik ve duygusal durumunu da önemli ölçüde etkiler. Ayrıca, bireyi duygusal, bilişsel, sosyal, motor ve dilsel yönler dahil olmak üzere yaşamın birçok alanında etkileyebilir. Kekeleyen birey duygusal olarak, konuşmasıyla ilgili önemli ölçüde utanç ve korku yaşayabilir. Bilişsel olarak, kekemelik anlarında başkaları tarafından alay edilme veya olumsuz yargılanma konusunda sürekli endişeler yaşayabilir. Sosyal olarak, günlük ortamlarda hissettiği akıcı konuşma baskısı önemli ölçüde stres ve kaygıya neden olabilir. Motor açıdan bakıldığında, çene, boğaz ve dilde gerginlik gibi fiziksel semptomlar eşlik edebilir. Dilsel açıdan, birey ne söyleyeceğini ve nasıl akıcı bir şekilde söyleyeceğini planlamak gibi ikili zorluklarla karşı karşıya kalabilir ve bu da konuşma sırasında kendini izlemenin artmasına neden olabilir (Guitar, 2013).

Kekemelik bireyin yanı sıra, etkisini ailesel alana da taşır ve özellikle kekeleyen çocukların ebeveynlerini etkiler (Craig ve Tran, 2014; Iverach ve Rapee, 2014). Çocukların kekemeliklerine ilişkin bildirilen en sık tepkileri; hayal kırıklığı, geri çekilme, sözel çıktılarının azalması veya değişmesi, konuşmaları hakkında yorum yapmaları ve kaçınma davranışlarıdır. Ebeveynlerin %90,9'u çocuklarının kekemeliğinden etkilendiğini bildirmektedir. En sık bildirilen ebeveyn tepkileri; endişe, ne yapacağını bilememe, hayal kırıklığı, üzüntü, kendini suçlama (kekemeliğe kendilerinin neden olduklarını düşünme), çocuğun konuşmayı bitirmesini bekleme, kendi konuşmasını değiştirme ve çocuktan konuşmasını değiştirmesini istemedir (Langevin, Packman ve Onslow, 2010).

Kekemelik ebeveynlerin çocuklarıyla olan etkileşim tarzlarını etkileyebilir (Meyers ve Freeman, 1985a; 1985b; Kloth vd., 1995). Ebeveynlerin kekemeliğe yönelik aşırı korumacılıktan açık kaygıya kadar değişebilen ve potansiyel olarak kekemeliğin yönetim sürecini olumsuz etkileyen tepkileri, çocuklarda olumsuz bir benlik imajına, artan sosyal geri çekilme ve kaçınmalara yol açabilir (Rubin, Burgess ve Hastings, 2002; Kelman ve

Nicholas, 2020). Ebeveynler, çocuklarının geleceği konusunda endişe duyarlar ve kekemeliğin sosyal işlevselliklerini etkileyeceğinden ve çocuğun potansiyeline ulaşmasını engelleyeceğinden korkarlar (Plexico ve Burrus, 2012). Ebeveynler doğal olarak çocuklarına destek olmak isterler (Plexico ve Burrus, 2012; Kelman ve Nicholas, 2020). Bu, kekemeliğe yönelik duygusal tepkilerle birleştğinde, ebeveynlerin kekemeliği olan çocuklarına tepki vermelerine ve onlarla farklı etkileşim kurmalarına neden olabilir (Kelman ve Nicholas, 2020).

Ebeveynler genellikle çocuklarını nasıl destekleyecekleri konusunda belirsizlik yaşadıklarını, kekemelik konusundaki bilgi eksikliklerinden endişe duyduklarını ve terapi sürecine dahil olmadıklarında, sürece ilişkin memnuniyetsizliklerini dile getirirler (Plexico ve Burrus, 2012). Kekemelik anlarında ebeveynlerinin onları destekleme çabalarından memnuniyetsizliğini belirten bazı çocuklar için bu durum, ebeveyn-çocuk ilişkisi için olumsuz sonuçlar doğurabilir (Lau vd., 2012). Bu nedenlerle, Plexico ve Burrus (2012), “ebeveynlerin ihtiyaç ve endişelerinin ele alınmasının, çocuğun ihtiyaçlarının ele alınması kadar kritik olduğunu” savunmuşlardır. Kekemelik terapilerinde bu değişkenler değerlendirme sürecinin bir parçası olarak ölçülmelidir.

Ebeveynlerin bir çocuğun görünen kekemelik davranışları da dahil olmak üzere, çocuklarının gelişimine ilişkin değerlendirmelerinde güvenilir oldukları kanıtlanmıştır (Einarsdóttir ve Ingham, 2009); yani, klinik bağlamın ötesinde çocuğun kekemeliğe yönelik davranışsal ve duygusal tepkileri hakkında ebeveynler güvenilir bilgiler sağlarlar (Langevin, Packman ve Onslow, 2010). Kekemelik terapilerinin amacı, akıcılığı artırarak kekemeliğin çocuk ve ebeveynler üzerindeki etkisini azaltmak ve ebeveynlerin ve çocukların kekemeliği yönetme konusundaki bilgi ve güvenini artırarak her çocuğun kendine güvenen ve etkili bir iletişimci olmasına yardımcı olmaktır (Berquez ve Kelman, 2018). Ebeveynlerin kekemelik terapilerine katılımı, özellikle okul öncesi yıllarda çok önemlidir. Erken müdahale genellikle daha etkilidir ve uzun vadeli iletişim sonuçlarında önemli iyileşmelere yol açabilir (Langevin, Packman ve Onslow, 2010).

Bilişsel davranışçı terapi, biyo-psiko-sosyal öğrenme modelini benimser ve kekemeliğin açık ve gizli davranışsal yönlerinin ve kekemeliğe ilişkin davranışların gelişiminde hangi unsurların var olduğunun analizlerini yapmamızı, kekemeliğe yönelik duygu, düşünce ve davranışların değişimini sağlayan yöntemler kullanır (Boey, 2008; Menzies vd., 2008; Fry, Botterill ve Pring, 2009). Kekemelik terapilerinde

duyarsızlaştırma, bireylerin kademeli olarak anksiyete yaratan uyaranlara maruz bırakıldığı ve bunlarla başa çıkmayı öğrendiği süreci ifade eder. Ebeveynler için duyarsızlaştırma, kekemeliğe yönelik duygusal tepkilerini azaltmayı ve böylece çocukları için daha destekleyici bir iletişim ortamı oluşturmayı amaçlayan yapılandırılmış müdahaleleri içerir. Kekemelik hakkında bilgilendirmeyi, davranışlarını düzenlemeyi, korkularını ve yanlış inançlarını ele alan rol yapma çalışmalarını içerebilir. Ebeveynlerin kekemeliğe yönelik duyarsızlaştırılması, çocuklarını daha iyi anlamalarını ve süreci daha doğru bir şekilde yönetmelerini sağlayacaktır (Berquez ve Kelman, 2018).

Alan yazına bakıldığında, Türkiye’de kekemelik alanında mevcut araştırmanın konusuyla ilişkili olarak yapılan çalışmalarda, kekeleyen okul çağı çocuklarının sözel iletişim tutumlarının (Baydık ve Akçamete, 1996); kekemeliği olan çocukların mizaç özelliklerinin (Cangi, 2008; Aydın, 2015; Kaya, 2021; Kocabıyık ve Duray, 2021; Miraloğlu, 2022) kekemeliğe yönelik ebeveyn tutumlarının (Toğram ve Balıdede, 2021); ebeveyn genel tutumlarının (Topsakal, 2019; Kaya, 2021) ve ebeveyn duygu durumlarının (Karakaş, 2016; Günaydın, 2020; Yaşar, Batık ve Özdemir, 2022) araştırıldığı görülmektedir. Kekemeliğin aileler üzerindeki etkisinin ve ebeveynlerin terapiye katılımının etkinliğinin bilinmesine rağmen, terapötik bir strateji olarak özellikle ebeveynlerin duyarsızlaştırılmasını hedefleyen araştırma sayısı yok denecek azdır.

1.1. Amaç

Çalışma kapsamında okul öncesi (3-6 yaşlarında) kekeleyen çocukların ebeveynlerinin duyarsızlaştırılması ile çocukların iletişim tutumlarının ve konuşma davranışlarının; ebeveynlerin kekemeliğe ilişkin duygu ve tutumlarının, genel tutumlarının ve kaygı düzeylerinin değişiminin incelenmesi hedeflenmektedir. Bu sayede, çocuğun gelişiminin tüm alanlarında kilit rol oynayan ebeveynlerin özellikle çocukluk çağı kekemelik terapilerinde sürece katılımının hem çocuk hem de ebeveynler için öneminin vurgulanması amaçlanmaktadır. Bu kapsamda mevcut çalışmada veri toplama amacıyla kullanılacak ölçme araçları:

- Kiddy CAT-TR: Kekeleyen Okul Öncesi Çocukları İçin İletişim Tutum Testi (Oral vd., 2022),
- Kekemelik İçin Anne-Baba Tanısal Ölçeği-Türkçe (KA-BTÖ-T) (Torun, Çiyiltepe ve Çevikaslan, 2016),
- Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ) (Karabulut Demir ve Şendil, 2008),

- Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (Öner ve Le Comte, 1983),
- Türkçe Erken Dil Gelişimi Testi (TEDİL) (Güven ve Topbaş, 2014) ve
- Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) (Erol, Sezgin ve Savaşır, 1993)
- Sosyal Geçerlik Formu olarak belirlenmiştir.

Mevcut araştırmanın amacı doğrultusunda şu sorulara yanıt aranmıştır:

1) Katılımcı çocukların “Kiddy-CAT-TR: Kekeleyen Okul Öncesi Çocukları İçin İletişim Tutum Testi”nden aldıkları;

1a) Kiddy-CAT-TR ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında anlamlı fark var mıdır?

1b) Kiddy-CAT-TR ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında cinsiyete göre anlamlı fark var mıdır?

1c) Kiddy-CAT-TR ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında yaşa göre anlamlı fark var mıdır?

2) Katılımcı ebeveynlerin “Kekemelik İçin Anne-Baba Tanısal Ölçeği-TR (KA-BTÖ-T)” üç alt bölümünün ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında anlamlı fark var mıdır?

3) Katılımcı ebeveynlerin “KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları”ndan aldıkları;

3a) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında anneler ve babalar arasında anlamlı fark var mıdır?

3b) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında ebeveynlerin yaşına göre anlamlı fark var mıdır?

3c) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında ebeveynlerin eğitim düzeyine göre anlamlı fark var mıdır?

3d) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre anlamlı fark var mıdır?

4) Katılımcı ebeveynlerin “KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu”ndan aldıkları;

4a) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında anneler ve babalar arasında anlamlı fark var mıdır?

4b) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında ebeveynlerin yaşına göre anlamlı fark var mıdır?

4c) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında ebeveynlerin eğitim düzeyine göre anlamlı fark var mıdır?

4d) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre anlamlı fark var mıdır?

5) Katılımcı ebeveynlerin “KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı”ndan aldıkları;

5a) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında anneler ve babalar arasında anlamlı fark var mıdır?

5b) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında ebeveynlerin yaşına göre anlamlı fark var mıdır?

5c) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında ebeveynlerin eğitim düzeyine göre anlamlı fark var mıdır?

5d) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre anlamlı fark var mıdır?

6) Katılımcı ebeveynlerin “Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ)”nden aldıkları;

6a) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında anlamlı fark var mıdır?

6b) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında anneler ve babalar arasında anlamlı fark var mıdır?

6c) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında ebeveynlerin yaşına göre anlamlı fark var mıdır?

6d) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında ebeveynlerin eğitim düzeyine göre anlamlı fark var mıdır?

6e) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre anlamlı fark var mıdır?

7) Katılımcı ebeveynlerin “Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri”nden aldıkları;

7a) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında anlamlı fark var mıdır?

7b) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında anneler ve babalar arasında anlamlı fark var mıdır?

7c) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında ebeveynlerin yaşına göre anlamlı fark var mıdır?

7d) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında ebeveynlerin eğitim düzeyine göre anlamlı fark var mıdır?

7e) Ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre anlamlı fark var mıdır?

8) Katılımcı ebeveynlerin “Sosyal Geçerlik Formu”na verdiği yanıtlar ve memnuniyet durumları ne düzeydedir?

1.2. Önem

Okul öncesi dönemde kekeleyen çocukların çoğu, terapi almaksızın kekemeliği atlatacağından, doğal iyileşmenin gerçekleşmesine izin vermek için yaygın olarak bekleme süreleri tavsiye edilmektedir (Yairi ve Ambrose, 2004). Langevin, Packman ve Onslow (2009), literatürü gözden geçirdiklerinde, bekleme süreleri için tavsiyelerin 6 ay ile 1-2 yıl arasında ve hatta 3 yıl kadar uzun olduğunu belirtmişlerdir. Bu, araştırmalardaki çocukların bekleme sürelerinde kekemeliğin olumsuz etkilerini yaşamadıkları anlamına gelmemektedir (Packman, Onslow ve Attanasio, 2003). Bir çocuk kekemeliği nedeniyle güçlük yaşıyorsa, bekleme süresinde olumsuz etkilere maruz kalmayacağına dair bir kanıt olmadığı için terapiyi 1 yıl ertelemek etik olmayacaktır (Langevin, Packman ve Onslow, 2010).

Dil ve konuşma terapistleri terapiye başlama ya da terapiyi erteleme kararı verirken; genellikle çocuğun cinsiyeti, kekemeliğinin başladığı yaş, kekemeliğin başlangıcından bu yana geçen süre ve ailede kekemelik öyküsü varlığını göz önünde bulundurur (Yairi ve Ambrose, 2004). Çocukların kekemeliğe yönelik tepkileri, ebeveynlerin yaşadıkları zorluklar ve kekemeliğin sosyal sonuçları mutlaka dikkate alınmalıdır (Ingham ve Cordes, 1998; Yairi ve Ambrose, 2004). Ebeveynlerin neredeyse tamamı çocuklarının kekemeliğinden etkilendiğini bildirmektedir (Langevin, Packman ve Onslow, 2010). Ebeveynlerin kekemeliğe yönelik duygusal tepkileri ve çocuklarına yardım etme istekleri birleştiğinde, ebeveynler kekeleyen çocuklarına tepki verebilir ve onlarla kurdukları etkileşim farklılaşabilir (Kelman ve Nicholas, 2020).

Tüm bu nedenlerle, ebeveynlerin kekemeliğe yönelik duygu ve tutumlarının değiştirilmesi ve güçlendirilmeleri; sürecin doğru yönetimi için bilgi ve özgüvenlerinin artırılması hem çocuk hem ebeveynler hem de aile ilişkileri için önemlidir. Alan yazına bakıldığında, kekeleyen okul öncesi çocukların yalnızca ebeveynlerinin kekemeliğe duyarsızlaştırılması ile çocukların iletişim tutumlarının ve konuşma davranışlarının; ebeveynlerin kekemeliğe ilişkin duygu ve tutumlarının, genel tutumlarının ve kaygı düzeylerinin değişiminin incelendiği bir çalışma ulusal ve uluslararası literatürde bulunmamaktadır. Mevcut çalışmada, ailelerle çalışılarak bu noktalarda değişimler sağlanması hedeflenmiş ve çocukla doğrudan terapi sürecine girilmeden, tavsiye edilen bekleme sürelerinde, sürecin ebeveynler tarafından yönetimi hedeflenerek, ailelerin bu süreci en sağlıklı şekilde geçirebilecekleri düşünülmüştür.

2. KAYNAK BİLGİSİ

2.1. Konuşmada Akıcılık Bozuklukları

Akıcılık bozuklukları, konuşmanın akışını, hızını ve ritmini etkileyen bozuklukları kapsamaktadır. Sözel ifade üretimindeki bozulmalarla karakterize edilen bu bozukluklar, etkili iletişim kurma becerisini ve bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Konuşmada akıcılık bozuklukları genellikle iki kategoride incelenir: kekemelik ve hızlı-bozuk konuşma.

Kekemelik, konuşma seslerinin üretiminde meydana gelen ses, hece veya sözcüklerin tekrarı, seslerin uzaması ve bloklar (tutulmalar, konuşma akışındaki kesintiler) ile karakterize olan dil ve konuşma bozukluğudur (Bloodstein ve Bernstein-Ratner, 2008). Kekemelik, gelişimsel ve edinilmiş kekemelik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Edinilmiş kekemelik de kendi içerisinde nörojenik ve psikojenik olarak ikiye ayrılmaktadır. *Gelişimsel kekemelik*, dil ve konuşma gelişimi sırasında çocukluk çağında başlayan en yaygın biçimdir. *Nörojenik kekemelik*, inme, beyin hasarı veya diğer nörolojik nedenlerden kaynaklanmaktadır. *Psikojenik kekemelik*, psikolojik rahatsızlıklardan veya duygusal travmadan kaynaklanmaktadır (Guitar, 2013).

Hızlı-bozuk konuşma ise hızlı ve/veya düzensiz konuşma hızı, yoğun akıcısızlıklar ve düzensiz düşünce kalıpları ile kendini gösteren bir akıcılık bozukluğudur ve genellikle konuşmanın anlaşılmasını zorlaştırmaktadır. Hızlı-bozuk konuşması olan bireylerin konuşmaları düzensiz ritim, zayıf sözdizimi, zayıf dilbilgisi, uygunsuz duraklamalar, aşırı dolgu sözcükleri ve revizyonlar içerebilmektedir. Bu bireyler genellikle akıcısızlıklarının ve bu durumun dinleyicileri nasıl etkilediğinin farkında olmayabilir ve genellikle konuşma güçlüklerinin farkında olan kekeleyen bireylerin aksine bu durumdan rahatsız olmayabilirler (St. Louis ve Schulte, 2011; Ward ve Scott, 2011).

2.2. Kekemelik Hakkında Genel Bilgiler

Kekemelik, bir konuşma bozukluğu olarak uzun bir geçmişe sahiptir ve varlığı çeşitli kültürler ve tarihi dönemler boyunca belgelenmiştir. Kekemeliğin kaydedilen ilk kanıtları antik çağlara kadar uzanmaktadır. Kekemelik benzeri konuşma semptomlarının tanımları, Mısır hiyerogliflerinde ve nedenleri ve tedavileri hakkında teorilerini sunan Aristoteles ve Hipokrat gibi klasik Yunan ve Roma filozoflarının ve hekimlerinin yazılarında bulunmaktadır. Kekemelik ırk, kültür, meslek ya da ülke ayırt etmeden, her iki cinsiyette, çocukluktan yaşlılığa, dünyanın her yerinde ve tüm demografik gruplar

arasında görülen evrensel bir olgudur (Bloodstein ve Bernstein-Ratner, 2008; Guitar, 2013).

2.3. Kekemeliğin Tanımı

Kekemelik, konuşma akışındaki bozulmalarla karakterize karmaşık bir dil ve konuşma bozukluğudur. Yıllar boyunca, çeşitli araştırmacılar ve kuruluşlar tarafından farklı yönleri ele alınarak farklı şekillerde tanımlanmıştır.

Dil ve konuşma bozuklukları alanının en etkili isimlerinden biri olan Charles Van Riper, kekemeliği çok faktörlü bir bozukluk olarak tanımlamıştır. Kekemelikte öğrenilmiş davranışların rolünü vurgulamış ve kekemeliği yalnızca konuşma bozukluğu olarak değil, aynı zamanda bireyin bu bozukluğa verdiği tepkileri de içeren bir bozukluk olarak tanımlamıştır. Van Riper'in yaklaşımı, kekemeliğin hem davranışsal hem de duygusal boyutlarına odaklanan bütüncül bir yaklaşımdır. Kekemeliğin konuşma sesi üretiminde motorik bozulmalarla ve konuşmacının bu bozulma anlarına verdiği tepkilerle meydana geldiğini belirtmektedir (Van Riper, 1971). Barry Guitar, kekemeliği konuşmanın zamanlaması, ritmi ve akışındaki bozuklukları içeren bir bozukluk olarak görmektedir. Onun tanımı, kekemeliğin hem davranışsal yönlerini hem de altında yatan nörolojik faktörleri içermektedir. Guitar ayrıca, gerginlik, konuşma hızı ve konuşmacının duygusal durumu gibi faktörlerden etkilenebilen kekemeliğin değişkenliğini de vurgulamaktadır (Guitar, 2013). J. Scott Yaruss, kekemeliğin bireyin işlevselliği üzerindeki günlük yaşam etkilerine odaklanmaktadır. Kekemeliği yalnızca bir konuşma sorunu olarak değil, iletişimsel etkinliği ve hayata katılımı etkileyen bir durum olarak algılamamanın önemini vurgulamaktadır (Yaruss ve Quesal, 2004). Joseph Sheehan, kekemeliği tanımlamak için “Buzdağı Analojisi”ni sunmuştur. Kekemeliğin görünür yönlerinin (tekrarlar, uzatmalar, bloklar ve ikincil davranışlar) buzdağının sadece görünen kısmı olduğunu öne sürmüştür. Yüzeyin altında, bozukluğun birey üzerindeki etkisinin çoğunu oluşturan korku, utanç, üzüntü ve kaygı gibi daha az görünür ancak daha önemli duygusal ve psikolojik yönler yatmaktadır (Sheehan, 1970). Anne Smith ve Christine Weber-Fox, kekemeliğin konuşmanın motor kontrol süreçlerindeki anormalliklerle ilişkili olduğunu öne sürmüşler ve bu görüşlerini kekeleyen bireylerde kekeleyemeyenlere kıyasla bulunan beyin yapısı ve işlevindeki farklılıklarla desteklemişlerdir (Weber-Fox vd., 2004).

Amerikan Konuşma-Dil ve İşitme Derneği (ASHA), kekemeliği konuşmanın hızını ve ritmini etkileyebilecek konuşma seslerinin üretimindeki bozulmalarla (bloklar, uzatmalar ve tekrarlarla) karakterize bir akıcılık bozukluğu olarak tanımlamaktadır. Kekemelik anlarına fiziksel gerginlik, ikincil davranışlar, olumsuz tepkiler ve konuşma durumlarından kaçınma eşlik edebilir (ASHA, 2024). Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), kekemeliği “nörogelişimsel bozukluklar” kategorisi altında sınıflandırmaktadır ve bireyin yaşına ve dil becerilerine uygun olmayan normal konuşma akıcılığı ve zaman örüntüsündeki bozukluklar olarak tanımlamaktadır (American Psychiatric Association, 2013).

2.4. Kekemeliğin Belirgin Özellikleri

2.4.1. Çekirdek davranışlar

Kekemelik, genellikle “çekirdek davranışlar” veya “birincil davranışlar” olarak adlandırılan konuşma akışındaki bozulmalarla karakterize edilir. Bunlar istemsizdir ve bireyin kontrolü dışındadır. Kekemeliğin çekirdek davranışları genellikle üç türde kategorize edilmektedir:

1. Tekrarlar:

- Ses Tekrarları: Bu, “top” yerine “t-t-t-top” demek gibi seslerin tekrarını içermektedir.
- Hece Tekrarları: Bir sözcüğün hecelerinin tekrarlanmasıdır. Örneğin; “kö-kö-kö-köpek”.
- Sözcük Tekrarları: Sözcüğün tamamının tekrarıdır. Örneğin; “Ben eve eve eve geldim”.

2. Uzatmalar:

- Bir sözcük içindeki bir sesi uzun bir süre boyunca uzatmayı içermektedir. Örneğin; “ssssssssinek”.

3. Bloklar:

- Bloklar, hava akışının veya seslemenin gerçekleştirilememesi nedeniyle konuşma akışının kesintiye uğramasıdır. Kişi değişen sürelerde hiç ses çıkaramayabilir. Örneğin; “-----ayı”.

Bu temel davranışların her biri konuşmanın doğal akışını bozar ve kekemeliğin sıklığı ve şiddeti hem kişiden kişiye hem de aynı kişi için farklı zamanlarda, farklı

ortamlarda ve durumlarda önemli ölçüde değişkenlik gösterebilir (Yairi ve Ambrose, 2004; Bloodstein, Ratner ve Brundage, 2021).

2.4.2. İkincil davranışlar

“İkincil davranışlar” veya “eşlik eden davranışlar” olarak da bilinen davranışlar, kekeleyen bireylerin kekemeliklerine tepki olarak geliştirebilecekleri eylemlerdir. Bu davranışlar, genellikle kekemelik anlarından kurtulmak, kaçınmak veya kekemelik anlarını gizlemek için başa çıkma mekanizmaları olarak başlar ancak zamanla alışkanlık haline gelebilmekte ve kalıcı olabilmektedir.

İkincil davranışlar şöyle kategorize edilebilir:

1. Fiziksel Davranışlar: Bunlar, konuşma için gerekli olmayan ancak kekemelikten kaçınmak veya kekemelik anını atlatmak için birey tarafından yapılan hareketleri veya eylemleri içermektedir. Örneğin; gözlerini kapatma, ayağı vurma, başı geriye götürme, dudak büzme, çeneyi abartılı açma, boyunda gerginlik.
2. Sözel Davranışlar: Bu davranışlar, konuşmayı başlatmak veya sürdürmek için ek seslerin veya sözcüklerin kullanılmasını içermektedir. Örneğin; ses ya da sözcük ekleme, bir sözcüğü veya cümleyi tekrarlama (çekirdek davranış olan tekrarlardan farklı olarak), bir cümleyi tamamlamadan tekrar tekrar baştan başlama.
3. Kaçınma Davranışları: Bunlar, kekemelikten tamamen kaçınmak için yapılan eylemlerdir. Konuşma kalıplarını değiştirmeyi veya konuşma durumlarından kaçınmayı içerebilirler. Örneğin; söylemenin zor olacağı düşünülen sözcüğün yerine eş anlamlı sözcüğü kullanma, telefonda konuşmaktan veya restoranlarda yemek siparişi vermekten kaçınma, ne söyleyeceğini unutmuş gibi davranma, bilmiyormuş gibi yapma (Conture ve Curlee, 2007; Guitar, 2013).

2.4.3. Duygular ve tutum

2.4.3.1. Kekemeliğin duygusal etkisi

1. Korku ve Anksiyete: Kekeleyen birçok birey, özellikle sosyal ortamlarda veya konuşmanın gerekli olduğu durumlarda yüksek düzeyde korku ve endişe yaşayabilir. Bu korku, geçmişteki kekemelik deneyimlerinden veya gerçekleşebilecek kekemelik beklentisinden kaynaklanabilir. Genellikle döngüsel bir sorundur; kekemeliğe ilgili kaygı, gerilimi artırarak daha şiddetli kekemeliğe yol açabilir ve böylece korkuyu pekiştirebilir (Sheehan ve Martyn, 1970).

2. Hayal Kırıklığı ve Çaresizlik: Kekemelik, özellikle bireyin konuşması üzerinde kontrol kaybı hissettiği şiddetli kekemelik durumlarında ve önemli durumlarda hayal kırıklığı ve çaresizlik duygularına yol açabilir. Bu duygular, kekeleyen birey dinleyicilerden olumsuz tepkiler aldığı veya kritik durumlarda etkili iletişim kuramadığında daha da artabilir (Guitar, 2013).
3. Utanç ve Mahcubiyet: Kekemelik ilişkili sosyal damgalanma genellikle utanç ve mahcubiyete yol açar. Kekemelik sosyal etkileşimlerden izolasyona neden olabilir (Klompas ve Ross, 2004).
4. Benlik Saygısı ve Kimlik Üzerindeki Etkisi: Kronik kekemelik, bireyin öz saygısını ve öz imajını etkileyebilir. Bazı bireylerin kendilerini kekemelikleriyle tanımlamalarına yol açarak öz değer ve yetenek algılarını etkileyebilir (Smith, 2007).

2.4.3.2. Kekemeliğe yönelik tutumlar

1. İçselleştirilmiş Damgalama: Kekeleyen bireyler, toplumsal damgalamaları zamanla içselleştirerek kendi yetenekleri hakkında olumsuz algı ve tutumlara sahip olabilir. Bu içselleştirilmiş damgalama, motivasyonu, kararlılığı ve özgüveni etkileyebilir (Boyle, 2013).
2. Başkalarının Tutumları: Başkalarının tepkileri ve tutumları kekeleyen bireyleri önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Olumsuz tepkiler yetersizlik duygularını güçlendirirken, olumlu ve destekleyici tepkiler özgüveni artırabilir ve konuşma ile ilgili kaygıyı azaltabilir (Guitar, 2013).
3. Başa Çıkma Mekanizmaları ve Dayanıklılık: Kekeleyen birçok birey zamanla duygularını ve kekemeliklerine yönelik tutumlarını yönetmek için başa çıkma mekanizmaları geliştirir. Bunlar, belirli sözcüklerden veya sosyal durumlardan kaçınma ya da tam tersine, zorlu konuşma durumlarıyla doğrudan yüzleşme olabilir (Plexico, Manning ve Levitt, 2009).
4. Destek Sistemlerinin Rolü: Aileden, arkadaşlardan, kekemelik derneklerinden/ topluluklarından ve dil ve konuşma terapistlerinden alınan destek, kekeleyen bireylerin tutumlarını şekillendirmede kritik rol oynar. Destekleyici ortamlar, olumlu tutumları teşvik edebilir ve kekemelik ile ilişkili duygusal zorlukların yönetilmesine yardımcı olabilir (Gore ve Luckman Margulis, 2022).

2.5. Kekemeliğin Başlangıcı ve Gelişimi

Kekemelik tipik olarak erken çocukluk döneminde, genellikle 2 ila 5 yaşları arasında başlamaktadır. Bu dönem, çocuğun dil becerilerindeki önemli gelişmelerle aynı zamana denk gelmektedir, ancak 12 yaşına kadar geç başladığı da görülmüştür. Erken belirtiler genellikle hafiftir ve hecelerin tekrarlanması, seslerin uzatılması veya doğal olmayan duraklamaları içerebilmektedir (Yairi ve Ambrose, 2004; Bloodstein ve Bernstein-Ratner, 2008). Kekemeliğin başlangıcı, genellikle çocukların sözcük dağarcığının hızla genişlediği ve karmaşık cümleler üretmeye başladıkları dönemde olmaktadır (Conture ve Curlee, 2007; Yairi ve Seery, 2015). Kekelemeye başlayan çocukların %65'inin 3; %85'inin 3,5 yaşından önce kekelemeye başladığı görülmektedir (Mirawdeli, 2016). Kekemelik cümlelerin herhangi bir noktasında görülebilir ancak cümle başında ve planlanan sözce uzunluğu veya sözdizimsel olarak karmaşıklık arttıkça daha sık görülmektedir (Ward, 2017). Kekemelik, okul çağına ilk yıllarında da devam ederse potansiyel olarak kronik olarak kabul edilmektedir. Kekelemeye başlayan çocukların yaklaşık %75'inde doğal iyileşme görülmekte ancak kalan %25'lik kesimde kekemelik ergenlik ve yetişkinlik döneminde de devam etmektedir (Guitar, 2013). Kekemeliğin gelişme ihtimali 4 yaşından sonra %50; 6 yaşından sonra %75 oranında düşer ve 12 yaşından sonra kekemeliğin başlama ihtimali neredeyse sıfırdır (Manning ve DiLollo, 2023).

Kekemeliğin kronikleşmesindeki risk faktörleri genetik, gelişimsel, nörolojik ve çevresel faktörlerin birleşiminden etkilenmektedir. Bu risk faktörleri genel olarak şöyle sıralanabilir: pozitif aile öyküsü, 3,5 yaş sonrası başlangıç, erkek cinsiyet, bir yıldan uzun süredir devam ediyor olması ve bu süreçte şiddet ve sıklıkta azalma olmaması, tekrarların 3'ten fazla ve hızlı olması, uzatma ve blokların varlığı ve ek dil ve konuşma bozukluklarının olması (Bloodstein ve Bernstein-Ratner, 2008).

2.6. Kekemeliğin Görülme Sıklığı ve Yaygınlığı

Kekemeliğin görülme sıklığı ve yaygınlığı dünya çapında küçük değişiklikler göstermekle birlikte benzerdir ve görülme sıklığının %5; yaygınlığının %1 olduğu tahmin edilmektedir. Bu, dünyada 80 milyondan fazla kekeleyen bireye karşılık gelmektedir. Kekemelik çocuklarda daha yaygındır. Çocukların yaklaşık %5'i gelişimleri sırasında kekelemekte ancak çoğu çocukluğunun ilerleyen dönemlerinde kekemeliği aşmaktadır. Yetişkinler arasındaki kekemelik yaygınlığının genel olarak %1 olduğu tahmin

edilmektedir, bu da çocukluktan sonra da kekelemeye devam edenleri yansıtmaktadır (Craig ve ark., 2002; Yairi ve Ambrose, 2004). Ülkemizde de kekemeliğin görülme sıklığı ve yaygınlığıyla ilgili yapılan sınırlı sayıda araştırmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Kudal-Ertaş, 1990; Fışıloğlu ve Ungan, 1992; Ünalın, Çetinkaya ve Baştürk, 2002; Öge, 2004; Konrot, 2004; Akgün, 2005).

Kekemeliğin kadın-erkek oranı da yaşla birlikte değişmektedir. Küçük çocuklarda erkek-kız oranı 2:1'dir. Bu oran yetişkinlikte artmaktadır ve 4:1'e çıkmaktadır. Bu, erkeklerle karşılaştırıldığında daha az kadının ileriki yaşamlarında kekelemeye devam ettiğini göstermektedir (Riley ve Riley, 2000).

2.7. Kekemeliğin Nedenleri

Kekemelik tek faktörle açıklanamayacak karmaşık bir bozukluktur ve nedeni henüz tam olarak anlaşılamamıştır. Araştırmacıların kekemeliğin nedenine ilişkin rol oynadığına inandığı çeşitli hipotezler ve katkıda bulunan faktörler vardır. Genel olarak çoğu uzman, kekemeliğin tek bir nedenden değil, bazı faktörlerin birleşiminden kaynaklandığına inanmaktadır. Bu çok faktörlü görüş, farklı bireylerin genetik, gelişimsel, çevresel ve nörofizyolojik faktörlerin farklı kombinasyonları nedeniyle kekemelik yaşayabileceği fikrini desteklemektedir (Yairi ve Ambrose, 2004; Bloodstein ve Bernstein-Ratner, 2008).

Genetik Faktörler: Kekemeliğin aileden geçme eğilimi vardır, bu da genetik bir bileşene işaret eder. Çalışmalar genetiğin kekemeliğe önemli ölçüde katkıda bulunabileceğini göstermektedir ancak ilgili genler hala tanımlanmaktadır.

Nörofizyolojik Faktörler: Kekeleyen bireylerin beyinlerinin dil ve konuşmayı işleme biçiminde farklılıklar olabileceğini gösteren kanıtlar vardır. Buna beyin aktivitesindeki ve konuşma üretimini etkileyebilecek nörolojik yapılarıdaki değişiklikler de dahildir.

Gelişimsel Faktörler: Kekemelik genellikle erken çocukluk döneminde, dil ve konuşma gelişimsel döneminde başlar. Bu zamanlama, çocukların dil becerilerini geliştirme hızıyla bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir.

Çevresel Faktörler: Aile dinamikleri, stres ve çocuğun kekemeliğine verdiği tepkiler gibi unsurlar kekemeliği etkileyebilir. Bu faktörlerin genetik ve nörofizyolojik açıdan nasıl etkileştiği hala araştırma konusudur.

Psikolojik Faktörler: Psikolojik faktörler tek başına kekemeliğe neden olmasa da, bireylerin kekemeliklerine olumsuz tepkiler vermeleri (kaygı, stres vb.) durumu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Bloodstein ve Bernstein-Ratner, 2008; Guitar, 2013).

2.7.1. Kekemeliğin ortaya çıkışında genetik faktörlerin etkisi

Genetik faktörler kekemeliğin gelişiminde, bireylerdeki yatkınlığı ve kalıtım kalıplarını etkileyen önemli bir rol oynamaktadır. Araştırmalar kekemeliğin aile, ikiz ve gen ilişkisi çalışmaları tarafından desteklenen kalıtsal bir bileşene sahip olduğunu göstermiştir (Drayna, Kilshaw ve Kelly, 1999). Wittke-Thompson vd. (2007) göre, kekemelik kökeni genetik olan nörolojik bir bozukluktur.

2.7.1.1. Genetik epidemiyoloji

- Aile Çalışmaları:

Çeşitli çalışmalar kekemeliğin aileden geçme eğiliminde olduğunu, bunun da genetik bir bileşene işaret ettiğini göstermiştir. Yairi ve Ambrose (2004) tarafından yapılan kapsamlı bir inceleme, kekeleyen çocukların yaklaşık %46'sının kekeleyen bir aile üyesine sahip olduğunu ve bu durumun ailesel yatkınlığı gösterdiğini ortaya koymuştur.

- İkiz Çalışmaları:

İkiz çalışmaları genetik etkinin daha doğrudan kanıtını sağlamaktadır. Fagnani vd. (2011), kekemelik uyum oranlarının tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre önemli ölçüde daha yüksek olduğunu, bunun da genetik faktörlerin bozuklukta rol oynadığının göstergesi olduğunu öne sürmüştür. Andrew vd. (1991) da benzer şekilde, tek yumurta ikizlerinde (%77) çift yumurta ikizlerine (%32) kıyasla önemli ölçüde yüksek genetik kalıtım tahmini gözlemlemiştir.

- Genetik Bağlantı ve İlişki Çalışmaları:

Gen Tanımlaması:

Genetik bağlantı çalışmaları kekemelik ile ilişkili çeşitli aday genleri tanımlamıştır. Kang vd. (2010), farklı popülasyonlarda kronik gelişimsel kekemelik ile önemli ölçüde ilişkili olan lizozomal metabolizmayla ilgili üç gende (GNPTAB, GNPTG ve NAGPA) mutasyonlar keşfetmiştir. Riaz vd. (2005) genom çalışmalarında kekemeliğin “kromozom 12q” üzerinde yerleşimi olabileceğini belirtmişlerdir.

Daha yakın zamanda, Frigerio-Domingues ve Drayna (2017), kekemelikle bağlantılı başka bir genetik unsur olarak, protein sınıflandırmasında yer alan AP4 kompleksinin bir bileşenini kodlayan AP4E1 genindeki varyantları tanımlamıştır. Bu, nörogelişimsel yolların kekemeliğe potansiyel katılımını vurgulamaktadır.

Genetik Sendromlar ve Kekemelik:

Kekemeliğin aynı zamanda çeşitli genetik sendromların bir bileşeni olarak da gözlenmesi, durumun genetik temelini daha da vurgulamaktadır. Kekemelik, Down sendromu ve diğer kromozomal anomaliler gibi sendromlara sıklıkla bir semptom olarak eşlik etmekte; bu da genetik ve gelişimsel süreçlerdeki aksaklıkların konuşmada akıcılık bozukluklarına katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir (Bloodstein ve Bernstein-Ratner, 2008).

2.7.2. Kekemeliğin ortaya çıkışında nörofizyolojik faktörlerin etkisi

Nörofizyolojik faktörler kekemeliğin ortaya çıkmasında önemli bir rol oynamakta, beynin işleyişini ve konuşma üretimiyle ilgili nöral mekanizmaları etkilemektedir. Bu faktörler arasında beyin yapısı ve işlevindeki, nöron ağı bağlantısındaki ve motor zamanlamadaki anormallikler yer alır ve tümü konuşma akıcılığını etkileyebilmektedir.

2.7.2.1. Beyin yapısı ve işlevi

- Anatomik Farklılıklar:

Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) gibi nörogörüntüleme tekniklerini kullanan araştırmalar, kekeleyen bireylerin beyinlerinde, kekelemeyenlere göre yapısal farklılıklar olduğunu göstermiştir. Beal vd. (2011), konuşma üretim bölgelerinin beyaz madde yollarında anormallikler bulmuştur; bu da kekemeliğin konuşmayı koordine eden nöron döngülerindeki bozulmalarla bağlantılı olabileceğini öne sürmüştür. Ayrıca Cykowski vd. (2010), Broca bölgesinin yer alan sol inferior frontal girus da dahil olmak üzere konuşmayla ilgili alanlarda kortikal kalınlıkta azalma gözlemlemiştir.

- Fonksiyonel Anormallikler:

Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmaları, kekeleyen bireylerde işlevsiz aktivasyon modellerini vurgulamıştır. Chang vd. (2009), kekeleyen çocukların konuşma üretimi sırasında sol işitsel kortekste azalmış aktivite ve sağ işitsel kortekste aşırı aktivite gösterdiğini, bunun da dil işlemeye ilgili beyin fonksiyonlarının atipik lateralizasyonuna işaret ettiğini göstermiştir. Diğer fMRI araştırmaları da

kekeleyen bireylerde bazal gangliya-talamokortikal döngü (Chang vd., 2015), sol inferior frontal-premotor döngü (Lu vd., 2012) ve serebello-serebral döngü (Cieslak vd., 2015) içerisinde değişen fonksiyonel bağlantılar olduğunu göstermiştir.

2.7.2.2. Nöral bağlantı ve tutarlılık

- Hemisferler Arası Bağlantı:

Kekemeliğin anormal interhemisferik bağlantılarla ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar vardır. Watkins vd. (2008), difüzyon tensör görüntüleme (DTI) kullanarak, kekeleyen bireylerin iki hemisferde, özellikle de korpus kallozumda, beyin konuşmayla ilgili alanları arasında daha zayıf bağlantılara sahip olduğunu ve bunun da bu alanlar arasındaki etkili iletişimi bozabileceğini göstermiştir.

- İntrahemisferik Tutarlılık:

İntrahemisferik bağlantı, özellikle sol serebral hemisferdeki tutarlılık, kekeleyen bireylerde bozulmuş gibi görünmektedir. Kell vd. (2009), kekemelikte gözlemlenen motor yürütme sorunlarına katkıda bulunabilecek sol hemisferik konuşma ağlarında değişmiş tutarlılık olduğunu belirtmiştir.

2.7.2.3. Motor zamanlama ve duyuşal işleme

- İşitsel Geri Bildirim ve Motor Kontrol:

Kekemelik, beyin duyduklarını konuşarak yanıt üretmek için gereken motor hareketlerle koordine etme becerisini içeren işitsel-motor entegrasyonundaki eksikliklerle ilişkilendirilmiştir. Loucks vd. (2012), kekeleyen bireylerin motor zamanlama ve duyuşal işleme konusunda zorluklar yaşadığını ve bu durumun konuşma hareketlerini işitsel ipuçlarıyla senkronize etme becerilerini etkilediğini bulmuştur.

- Duyuşal Geri Bildirim Döngüleri:

İşitsel geri bildirim manipüle eden çalışmalarla kanıtlandığı gibi, kekemelikte duyuşal geri bildirim döngülerinin rolü çok önemlidir (gecikmiş veya değiştirilmiş işitsel geri bildirim, birçok kekeleyen bireyde akıcılığı artırabilmektedir). Bu, kekeleyen bireylerde duyuşal girdiyi motor planlamayla entegre etmekten sorumlu nöral döngülerin bozulduğunu göstermektedir (Tourville ve Guenther, 2011).

Bu çalışmalar, yapısal ve işlevsel beyin anormalliklerini, bozulmuş nöral bağlantıyı ve bozulmuş duyuşal-motor entegrasyonunu vurgulamaktadır. Bu faktörler, nörogelişimsel bir bozukluk olarak kekemeliğin karmaşıklığının altını çizmektedir.

2.7.3. Kekemeliğin nedenlerine ilişkin teoriler

Yıllar içinde kekemeliğin nedenlerine ilişkin çeşitli teoriler öne sürülmüştür. Bu teoriler, bozukluğun çok yönlü doğasını yansıtan psikolojik, fizyolojik, davranışsal ve genetik noktalara değinmektedir.

2.7.3.1. Psikodilbilimsel kuramlar

- Örtük Onarım Hipotezi:

Postma ve Kolk (1993) tarafından önerilen örtük onarım hipotezi, kekemeliğin konuşma planlamasının fonolojik kodlama sürecindeki hatalardan kaynaklandığını öne sürmektedir. Bu teoriye göre kekemelik, artikülasyondan önce bu konuşma planlama hatalarını örtük (gizlice) onarma girişimleri olduğunda ortaya çıkar ve konuşma akışında bozulmalar meydana gelir. Postma ve Kolk, kekeleyen bireylerin hedeflenen konuşma seslerini aktive etmede daha yavaş olduklarını belirtmiştir.

- EXPLAN Teorisi:

Howell'in (2004) EXPLAN teorisi, kekemeliğin, özellikle dilsel planlar karmaşık olduğunda veya konuşmacı zaman baskısı altında olduğunda, plan oluşturma güçlüğünden kaynaklandığını öne sürmektedir. Teori ayrıca, yeni konuşma planlarıyla rekabet eden eski konuşma planlarının engellenmesinde başarısız olduğunda konuşma bozulmalarının ortaya çıkabileceğini öne sürmektedir.

2.7.3.2. Nöropsikolojik teoriler

- İkili Premotor Sistemler Hipotezi:

Alm (2004), kekemeliğin konuşma üretiminde rol alan iki sinir sistemi arasındaki çatışmadan kaynaklanabileceğini öne sürmektedir: bazal ganglia döngüsü (otomatik konuşma için kullanılır) ve kortikal motor alanı (öğrenilmiş diziler için kullanılır). Bu sistemler arasındaki düzensizlik veya etkileşim kekemeliğe neden olabilir.

- Dinamik Çok Faktörlü Model:

Smith ve Kelly (1997), kekemeliğin konuşma üretimini kontrol eden nöral sistemlerdeki dengesizlikten kaynaklandığını öne süren bir model geliştirmiştir. Bu dengesizlik, genetik yatkınlık, gelişimsel etkiler ve çevresel stresler gibi faktörlerden etkilenebilir.

2.7.3.3. Gelişimsel ve çevresel teoriler

- Talepler ve Kapasiteler Modeli (DCM):

Starkweather (1987) tarafından önerilen Talepler ve Kapasiteler Modeli, akıcı konuşma taleplerinin bireyin fiziksel ve öğrenilmiş kapasitelerini aştığında kekemeliğin geliştiğini öne sürmektedir. Bu talepler dilsel, bilişsel, sosyal veya duygusal olabilirken, kapasiteler fizyolojik ve motor becerileri içermektedir.

- Tanısal (Diagnosojenik) Teori:

İlk olarak 20. yüzyılın ortalarında Wendell Johnson tarafından ortaya atılan tanısal teori, kekemeliğin, ebeveynlerin normal konuşma akıcısızlıklarına ve tekrarlarına yönelik gösterdikleri olumsuz tepkilerinden kaynaklanan öğrenilmiş bir davranış olduğunu öne sürmüştür. Bu teori, ampirik destek eksikliği nedeniyle büyük ölçüde itibarsızlaştırılmış olsa da tarihsel olarak kekemeliğin nedenlerine ilişkin algıları etkilemiştir (Johnson, 1942).

2.7.3.4. Nörofizyolojik teoriler

- Serebral Baskınlık Teorisi:

Orton ve Travis'in 20. yüzyılın başlarında ortaya attığı kekemeliğin "Serebral Baskınlık Teorisi", kekemeliğin beyin baskınlığındaki bir çatışmadan kaynaklandığını savunmaktadır. Öncelikle Dr. Samuel T. Orton tarafından geliştirilen ve daha sonra Lee Edward Travis tarafından detaylandırılan teori, kekeleyen bireylerin dil işlevleri için açıkça baskın bir hemisferin olmayabileceğini öne sürmektedir. Tipik olarak, dil işleme bir hemisfer tarafından kontrol edilir (genellikle sağ elini kullanan bireylerde sol hemisfer). Orton, kekeleyen bireylerde her iki hemisferin de dili kontrol etmeye çalışabileceğini, bunun da konuşma üretiminde koordinasyon eksikliğine ve zamanlama bozukluklarına yol açabileceğini teorize etmiştir. Teoriye göre, hemisferler arası bu rekabet, kekemeliğin karakteristik konuşma bozukluklarına neden olmaktadır. Nörolojik faktörleri kekemeliğe ilişkilendiren ilk teorilerden biridir ve beyin yapısı ve işlevinin bozukluktaki potansiyel rolünü vurgulamaktadır (Orton, 1928; Travis, 1931).

- Stokastik (Rastlantısal) Modeller:

Bu modeller, kekemeliğin konuşma üretimini kontrol eden nöral sistemlerdeki doğal değişkenlikten kaynaklanabileceğini öne sürmektedir. Max vd. (2004), konuşma motor sistemindeki rastgele nöral dalgalanmaların ve değişkenliklerin, akıcı konuşma için

gereken hassas zamanlama ve koordinasyonu bozarak kekemeliğin karakteristik semptomlarına yol açabileceğini öne sürmektedir.

2.7.3.5. Bilişsel-Davranışsal teoriler

- Beklenti Mücadelesi Hipotezi:

Hipotez, kekemeliğin, konuşmacının konuşma zorluğu beklentisinden kaynaklanan öğrenilmiş bir tepki olduğunu öne sürmektedir. Bu beklenti, kekemeliği devam ettiren gerilime ve konuşma değişikliklerine yol açmaktadır (Bloodstein, 1972). Kekemelik birincil semptomlarının uygun olmayan kas geriliminin kombinasyonundan ve planlanan sözlerin bölünmesinden kaynaklandığını iddia etmektedir (Brocklehurst, Lickley ve Corley, 2013).

2.8. Kekemeliğin Okul Öncesi Çocuklar Üzerindeki Etkisi

Kekemeliğin başlangıcı sıklıkla hızlı bir dilsel, bilişsel ve duygusal gelişim dönemine denk gelmektedir. Kekemelik ani veya kademeli başlayabilir ve şiddeti değişkenlik gösterebilir. Okul öncesi çocukların kekemeliklerine ilişkin farkındalıkları yaşla beraber artmaktadır. Kekeleyen bireylerin kekemeliklerine ilişkin olumsuz duygu, tutum ve davranışları kekemeliklerinin başladığı ilk yıllarda gelişebilmektedir. Son yıllarda, kekemeliğin çocukları nasıl olumsuz etkileyebileceği daha derinden anlaşılmaya başlanmıştır (Rocha, Yaruss ve Rato, 2020). Mevcut araştırmalar, birçok küçük çocuğun kısa sürede kekemeliklerinin farkına vardığını ve buna olumsuz tepkiler verdiğini ortaya koymaktadır. Okul öncesi dönemdeki çocuklarda kekemelik, akran ilişkileri, ebeveyn-çocuk etkileşimleri ve sosyal, duygusal, bilişsel ve akademik alanlardaki genel günlük deneyimler de dahil olmak üzere yaşamlarının çeşitli yönlerini önemli ölçüde etkileyebilir (Yairi ve Ambrose, 2004; Bloodstein ve Bernstein-Ratner, 2008).

- Akran İlişkileri:

Kekemelik, okul öncesi çocukların akran ilişkilerini önemli ölçüde etkileyebilir. Okul öncesi dönem, çocukların arkadaş edinmeyi ve gruplar halinde etkileşim kurmayı öğrendikleri, sosyal gelişim için kritik bir dönemdir. Bu gelişimsel aşamada, çocuklar farklılıklara yönelik olarak özellikle hassastır ve kekemeliğin doğasını tam olarak anlayamayabilirler. Bu anlayış eksikliği, olumsuz akran tepkilerine yol açabilir. Bu tepkiler, sosyal becerilerin gelişimine zarar verebilir ve arkadaşlıkların kurulmasını engelleyebilir. Kekeleyen çocuklar kaygı ve konuşma korkusundan dolayı grup

etkinliklerine katılma veya sosyal ortamlarda konuşma konusunda isteksiz hale gelebilir, bu da sosyal etkileşim ve sosyal becerilerin uygulanması için daha az fırsata yol açar. Bu durum, uzun vadeli sosyal kaygıya ve akran kabulünün azalmasına zemin hazırlayabilir (Yairi ve Ambrose, 2004; Langevin, Packman ve Onslow, 2009). Araştırmalar, kekeleyen çocukların arkadaşlık kurma, oyun başlatma veya grup etkinliklerine katılma olasılığının daha düşük olması gibi sosyal zorluklar yaşama olasılığının daha yüksek olabileceğini göstermektedir (Conture ve Curlee, 2007; Yairi ve Seery, 2021).

- Ebeveyn-Çocuk Etkileşimi:

Ebeveyn-çocuk etkileşimleri çocuğun kekemeliğinden etkilenebilir ve ebeveynlerin kekemeliğe tepkileri farklı olabilir. Ebeveynler, çocuklarının konuşma güçlükleri konusunda endişeli, sinirli veya suçlu hissedebilir ve bu da çocuklarıyla nasıl iletişim kurduklarını etkileyebilir. Bu tepkiler, çocuğun konuşmasını ve kendisine ilişkin algısını etkiler. Çocuklarının kekemeliği konusunda hayal kırıklığı veya endişe yaşayan ebeveynler, istemsiz de olsa kekemeliğin istenmeyen bir şey olduğunu veya çocuğun bunu bastırmaya çalışması gerektiğini hissettirebilir. Ebeveynler aşırı düzeltici veya eleştirel bir iletişim tutumu geliştirebilirler. Bu, çocuğun konuşmaya ilişkin kaygısını artırabilir. Tersine, destekleyici ve sabırlı ebeveyn tepkileri, daha olumlu bir benlik imajının geliştirilmesine, konuşma ile ilgili stresin azalmasına yardımcı olabilir ve açık iletişimi teşvik ederek çocuğun daha güvende hissetmesine ve daha az olumsuz duygu ve düşünce geliştirmesine yardımcı olabilir. Etkili ebeveyn-çocuk iletişimi, kekemeliğin duygusal yüklerini azaltabileceği veya artırabileceği için kritik öneme sahiptir (Beilby, Byrnes ve Yaruss, 2012; Nippold ve Packman, 2012).

- Günlük Yaşam Üzerindeki Etkisi:

Sosyal Etki: Kekemelik, bir çocuğun sosyal gelişimi için önemli olan sözlü etkileşimlere katılma isteğini sınırlayabilir. Konuşma aktivitelerine katılımın azalması, sosyal becerilerin ve öz saygının gelişimini engelleyebilir (Kazenski vd., 2014).

Duygusal Etki: Kekeleyen çocuklar utanma, hayal kırıklığı ve konuşma korkusu gibi konuşmalarıyla ilgili olumsuz duygular yaşayabilir. Bu duygular, anksiyetenin artmasına neden olabilir ve bu da kekemeliği olumsuz yönde etkileyebilir (Briley, O'Brien ve Ellis, 2019).

Bilişsel Etki: Kekemelik, okul öncesi çocuklarda bilişsel gelişimi de etkileyebilir. Konuşma üretimi ile zihinsel meşguliyet, bilişsel kaynakları diğer öğrenme

aktivitelerinden uzaklaştırabilir ve bu da dikkat, hafıza ve problem çözme gibi bilişsel süreçleri etkileyebilir (Choo, Smith ve Li, 2020).

Akademik Etki: Birçok okul öncesi çocuk için resmi eğitim henüz başlamamış olsa da, kekemelik erken öğrenme deneyimlerini etkileyebilir. Sözel yanıtlar gerektiren okul öncesi sınıf etkinliklerine katılmada yaşanan zorluklar, çocuğun fikirlerini net bir şekilde ifade etmesini, akademik hazırlığını ve performansını etkileyebilir (Yaruss ve Reardon-Reeves, 2017).

Ebeveyn raporunu kullanan araştırmalar, birçok küçük çocuğun ya doğrudan (örneğin; “Konuşamıyorum” diyerek) ya da dolaylı olarak (örneğin; konuşamadığında ağlayarak) kekemeliklerinin farkında olduklarını ve kekemeliğin onları olumsuz etkilediğini göstermektedir (Langevin, Packman ve Onslow, 2010). Yıllar içinde, kekemeliği değerlendirmek için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklerden bazıları öncelikle kekemeliğin tanınabilir özelliklerine odaklanırken, diğerleri duygulara, tutumlara ve düşüncelere yönelmiştir. Örneğin; “Children’s Attitudes about Talking (CAT)” (Brutten ve Vanryckeghem, 2006), “KiddyCAT Preschool Version” (Vanryckeghem ve Brutten, 2007), ve “Overall Assessment of the Speaker’s Experience of Stuttering – Ages 7–12” (OASES-S) (Yaruss ve Quesal, 2016), çocukların kekemeliğe nasıl tepki verdiklerini ölçmektedir. Çocuklar kekemeliğin onları nasıl etkileyebileceği konusunda tam bir anlayışa sahip olmayabileceğinden, dil ve konuşma terapistlerinin ebeveynlerden bilgi toplaması da önemlidir. Bilgi toplama, görüşmeler veya “Palin Parent Rating Scales” (Millard ve Davis, 2016) gibi formal ölçekler ve “Test of Childhood Stuttering”da (Gilliam, Logan ve Pearson, 2009) olduğu gibi gözlemsel derecelendirme ölçekleri aracılığıyla yapılabilir. Bu ölçekler, çocuğun kekemeliğine yönelik davranışsal ve duygusal tepkileri hakkında klinik bağlamın ötesinde bilgi sağlayabilmektedir (Boey vd., 2009; Langevin, Packman ve Onslow, 2010; Bothe ve Richardson, 2011).

2.9. Ebeveynlerin Çocuğun Kekemeliğinden Etkilenmesi

Bir çocuğun kekemeliğinden sadece çocuk değil, ebeveynleri de etkilenebilir. Ebeveynler, kekeleyen bir çocuğa sahip olmakla ilgili birçok duyguyu tanımlamaktadır. Bazıları kaygılı, endişeli, hüsrana uğramış, çaresiz, bunalmış ya da suçlu hissedebilirler (Douglas, 2005; Plexico ve Burrus, 2012; Kelman ve Nicholas, 2020). Kendini suçlama, stresi artırabilir ve ebeveynlerin ruh sağlığını etkileyerek ebeveynlerin duygusal tepkilerinin çocuklarıyla olan etkileşimlerini daha da etkilediği bir döngüye yol açabilir.

Ebeveynler, çocuklarının geleceği konusunda endişe duyarlar ve kekemeliğin sosyal işlevselliklerini etkileyeceğinden ve çocuğun potansiyeline ulaşmasını engelleyeceğinden korkarlar (Plexico ve Burrus, 2012).

Ebeveyn kaygısının bazı klinik sonuçları vardır. İlk olarak, artan ebeveyn kaygısı, klinikte görünenden daha ciddi bir soruna işaret edebilir. İkincisi, ebeveyn kaygısı çocuğa aktarılabilir veya belirgin olabilir ve bunun çocuğun kekemeliğine tepkisi ve kekemeliğin zaman içinde nasıl geliştiği üzerinde uzun vadeli etkileri olabilir (Douglas, 2005; Biggart, Cook ve Fry, 2006). Üçüncüsü, ebeveynlerin davranışları kekemelikten etkilenebilir (Kloth vd., 1999).

Ebeveynlerin kekemelik hakkındaki algıları ve inançları, çocuklarına yönelik davranışlarını ve beklentilerini önemli ölçüde etkileyebilir. Kekemeliği zayıflatıcı bir durum olarak algılayan ebeveynlerin kekemelik sırasında olumsuz tepki verme olasılığı daha yüksektir. Kekemeliği yönetilebilir bir durum olarak gören ebeveynler ise daha destekleyici iletişim ortamları sağlama eğilimindedir. Bu farklı bakış açıları, çocuğun konuşmasına yönelik kendi tutumlarını ve terapiye katılma motivasyonunu etkileyebilir (Plexico, Manning ve DiLollo, 2005; Brutten ve Vanryckeghem, 2006; Yairi ve Seery, 2021).

Kekemelik hem çocuğun hem de ebeveynlerin günlük yaşamlarını önemli ölçüde etkileyebilir. Aile rutinleri, sosyal etkileşimler ve eğitim faaliyetleri etkilenebilir. Ebeveynler genellikle ev ödevi veya sosyal etkileşimler gibi konuşmayı içeren rutinler için fazladan zaman ayırmak zorunda kalabilir ve ayrıca çocuklarının utanmasına neden olabilecek durumlardan kaçınabilirler. Bu durum, ebeveyn ve çocuk için sosyal izolasyona yol açarak genel yaşam kalitelerini etkileyebilir (Plexico, Manning ve DiLollo, 2005; Beilby, Byrnes ve Yaruss, 2012). Ayrıca, birçok ebeveyn çocuklarının kekemeliğe etkili bir şekilde başa çıkmasına yardımcı olmak için ne yapmaları gerektiği konusunda bilgi eksikliği olduğunu bildirmektedir (Rocha, Yaruss ve Rato, 2020). Erken çocukluk dönemindeki kekemelik terapilerinde ebeveyn katılımı, terapi sürecinin temel bir bileşeni olarak görülmekte ve ebeveynlerin “terapi sürecinde kritik derecede önemli bir rol oynadığı” vurgulanmaktadır (Guitar ve McCauley, 2010).

2.10. Erken Çocukluk Çağı Kekemelik Terapileri

Çocuklar kekelemeye başladıkları okul öncesi dönemde yeni öğrenme ve adaptasyonlara oldukça açıktır ve bu da erken müdahaleyi oldukça önemli hale getirir.

Yairi ve Ambrose (2004) tarafından yapılan çalışmaya göre, kekemeliğin erken teşhisi, terapötik müdahalelerin etkinliğini önemli ölçüde artırmakta ve kekemeliğin daha sonraki yaşamda devam etme riskini azaltmaktadır. Çalışma, erken müdahalenin, değişikliklere ve yeniden öğrenme süreçlerine özellikle uyum sağlayabilen genç beyinlerin nöroplastisitesinden yararlanabileceğini öne sürmektedir.

Kekemelik terapilerinin hedefi hem çocuk hem aile tarafından kekemeliğin yönetiminin sağlanmasıdır. Kekemelik terapilerinin yalnızca kekemelik semptomlarını azaltmada değil, aynı zamanda ilişkili psikolojik etkileri hafifletmede de etkili olduğu kanıtlanmıştır. Erken kekemelik terapisinin uzun vadeli faydaları oldukça fazladır. Guitart, erken kekemelik müdahalesi alan çocukların kronik kekemeliğe ilişkili sosyal, duygusal ve bilişsel zorlukları yaşama olasılığının daha düşük olduğunu belirtmektedir. Bu çocukların sosyal ve eğitsel faaliyetlere tam olarak katılma olasılığı daha yüksektir, bu da yaşam kalitelerini ve akademik performanslarını artırır (Guitart, 2013). Okul öncesi dönemde kekeleyen çocuklar için, her biri bireysel ihtiyaçları karşılamak üzere uyarlanmış çeşitli terapi yöntemleri kullanılmaktadır.

2.10.1. Lidcombe Programı

Lidcombe Programı, okul öncesi dönemdeki kekeleyen çocuklar için tasarlanmış davranışsal bir terapi programıdır. Program, Mark Onslow liderliğindeki Avustralya Kekemelik Araştırma Merkezi'ndeki araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Bu program, bir dil ve konuşma terapistinin rehberliğinde ebeveyn tarafından uygulanır. İlerleme, çocuğun konuşma akıcılığının günlük olarak değerlendirilmesi yoluyla hem ebeveyn hem de dil ve konuşma terapisti tarafından yakından izlenir. Programın iki aşaması vardır. İlk aşama, ebeveynin sözel geribildirimler (övgüler, düzeltmeler) yoluyla çocuğun kekemeliğini ortadan kaldırmaya veya en aza indirmeye odaklanır. Ebeveynlerin evde çocuklarının konuşmalarını yapılandırılmış bir şekilde gözlemlemelerini ve geribildirimleri vermelerini içerir. Ebeveynler, çocuklarının akıcı konuşmasına geribildirim vermek ve kekeleyerek konuşmalarını düzeltmek için belirli teknikleri kullanmak üzere dil ve konuşma terapisti tarafından eğitilir. Bu aşama kekemelik minimum seviyeye inene kadar devam eder. İkinci aşama çocuğun akıcılığını zaman içinde korumaktır. Bu aşama, çocuk akıcı konuşmayı sürdürmeye devam ettikçe geribildirimlerin ve terapinin kademeli olarak azaltılmasını içerir. Dil ve konuşma terapisti ile düzenli görüşmeler devam eder, ancak çocuğun konuşması stabilize oldukça

daha seyrek hale gelir. Araştırmalar, Lidcombe Programının küçük çocuklarda kekemeliği önemli ölçüde azaltmada etkili olduğunu göstermektedir (Onslow, Packman ve Harrison, 2003; Jones vd., 2005).

2.10.2. Mini-KIDS (Kids' Independence and Dependence on Stuttering) / Okul Öncesi Dönem Kekeleyen Çocukların Terapisinde Modifikasyon Yaklaşımı

Mini-KIDS, çocuğun iletişim becerilerini ve konuşma konusundaki güvenliğini geliştirerek kekemelikten bağımsızlığını artırmaya odaklanır. Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ilkelerine dayanır ve çocukları çeşitli konuşma durumlarında kekemeliklerini yönetmeleri için güçlendirmeyi amaçlar. Mini-KIDS programı, kekemeliğin bilişsel, duygusal ve davranışsal faktörlerin bir kombinasyonundan etkilendiği anlayışına dayanmaktadır. Bu program, çocuğun ihtiyaçlarına ve ailenin durumuna göre uyarlanmış hem doğrudan hem de dolaylı terapi yöntemlerini içerir. Dil ve konuşma terapistleri tarafından çocuğun ebeveynleri ile iş birliği içinde uygulanır ve destekleyici bir iletişim ortamı yaratmayı amaçlar. Sadece kekemeliğin kendisini ele almaz, aynı zamanda genel iletişim becerilerini geliştirmeyi, konuşmayla ilgili kaygıları azaltmayı ve çocuğun çeşitli sosyal ortamlara katılımını artırmayı amaçlar. Program başlangıçta, çocuğun konuşma akıcılığı, iletişim ortamı ve kekemlikle ilgili kaygısı veya öz farkındalığı gibi psikolojik faktörlerin kapsamlı bir değerlendirmesiyle başlar. Mini-KIDS'te, doğrudan stratejiler (konuşma akıcılığına odaklanan) ve dolaylı stratejilerin (özellikle kekemeliği ele almadan iletişim becerilerini geliştirmeyi amaçlayan) bir kombinasyonu kullanılır. Terapi sürecinde ikincil davranışların ortadan kaldırılması, duyarsızlaştırma süreciyle olumsuz duygusal tepkilerin azaltılması, rahat takılmaların modellenmesi ve istemli takılmaların kullanılması, kekemeliğin tabu olmaktan çıkması, kekemelik anlarının modifikasyonu konuları yer alır. Çocuğun farklı ortamlarda stressiz konuşması için fırsatlar yaratılır ve açık iletişim pekiştirilir. Lidcombe Programı'nda olduğu gibi, Mini-KIDS'te de ebeveynler önemli bir rol oynamaktadır. Ebeveynler terapiye yakından dahil olurlar ve terapi seansları sırasında öğrenilen becerilerin günlük hayata aktarılmasını destekleyen belirli teknikleri evde uygulamak üzere eğitilirler. Çocuğun ve ebeveynlerin kekemelik hakkında eğitilmesi önemli bir bileşendir (Damico, Müller ve Ball, 2010; Waelkens, 2018; Schneider, Kohmaescher ve Sandrieser, 2023).

2.10.3. Parent-Child Interaction Therapy (Palin PCI: Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Terapisi)

Palin Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Terapisi, kekemeliğin sıklığını ve şiddetini azaltmak, kekemelik ile ilişkili kaygı ve kaçınma davranışlarını azaltmak, ebeveynler ile kekeleyen çocukları arasındaki iletişimi geliştirmek ve çocuğun özgüvenini, öz saygısını ve sosyal becerilerini geliştirerek daha iyi bir iletişimci olmasını desteklemek için özel stratejiler içerir. Londra'daki Michael Palin Kekemelik Merkezi'nde geliştirilen bu terapi yöntemi, çocuk ve ebeveynleri arasındaki dinamik etkileşime odaklanır. İletişim ortamını geliştirmenin bir çocuğun akıcılığını önemli ölçüde etkileyebileceği inancına dayanmaktadır. Özellikle okul öncesi çağıdaki çocuklara yöneliktir. Palin Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Terapisinin temelinde yatan prensip, kekemeliğin çok faktörlü modeline dayanır. Bu model, kekemeliğin fizyolojik, dilsel, psikolojik ve çevresel faktörlerin karmaşık bir etkileşiminden kaynaklandığını öne sürer. Palin Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Terapisi, ebeveynler ve çocuklar arasındaki etkileşim modellerini değiştirerek bu faktörleri ele almayı amaçlamaktadır. Terapi süreci, dil ve konuşma terapistlerinin ebeveyn ve çocuğu gözlemlediği, geribildirimler sağladığı ve iletişim tarzlarını nasıl düzenleyecekleri konusunda onlara rehberlik ettiği seansları içerir. Ebeveynler ve terapistler, etkili iletişim stratejilerini belirlemek ve pekiştirmek için etkileşimlerin video kayıtlarını gözden geçirir. Ebeveynler, konuşma hızını yavaşlatma, duraklamalar kullanma ve rahat bir konuşma ortamı sağlama gibi iletişim tarzlarını değiştirme tekniklerini öğrenirler. Çocuğun akıcı konuşma baskısını azaltan doğal ve eğlenceli etkileşimleri teşvik eder. 6 seanslık klinik temelli terapinin ardından 6 haftalık ebeveyn liderliğindeki ev temelli pekiştirme ile Palin Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Terapisinin çocuklarda kekemeliği önemli ölçüde azaltabileceği gösterilmiştir. Terapi süreci, sabit bir süre olmaksızın uyarlanabilir ancak ortalama olarak 12 ila 14 haftalık seansı kapsar. Ebeveynlerin belirli etkileşim becerilerinde ustalaşması beklenir ve çocuğun davranışı, normal sınırlar içinde ilerleme sağlamak için standart davranışsal değerlendirmeler yoluyla yakından izlenir. Bu terapi, besleyici ve destekleyici bir iletişim ortamı aracılığıyla akıcı konuşmayı kolaylaştırmada ebeveynlerin rolünü vurgulamaktadır. Kekemelik terapisinde aile dinamiklerinin önemli rolünü kabul ederek, yalnızca çocuğa odaklanan geleneksel kekemelik müdahalelerinden önemli bir değişimi temsil eder (Millard, Nicholas ve Cook, 2008; Millard, Edward ve Cook, 2009; Heymann, Heflin ve Bagner, 2020; Kelman ve Nicholas, 2020).

2.10.4. Westmead Programı

“Hece Zamanlı Konuşma Terapisi” olarak da bilinen bu yaklaşım, özellikle 6 yaşından küçük çocuklara yönelik kekemeliği azaltmaya yardımcı olan ritmik bir kalıpla konuşmayı öğretmeyi içeren davranışsal bir terapidir. Bu yöntemde, her heceye eşit vurgu yapılarak konuşulur. Yöntem mekanik doğası nedeniyle genellikle “robot konuşma” olarak da adlandırılmaktadır. Avustralyalı dil ve konuşma terapistleri tarafından geliştirilen Westmead Programı, kekeleyen çocuklar için daha yeni bir davranışsal terapidir. Kekemeliğin konuşma üretiminin motor planlama ve yürütme aşamalarından etkilenebileceği önermesine dayanmaktadır. Program, ritim temelli bir yaklaşım kullanarak çocuğun üzerindeki bilişsel ve dilsel yükü azaltmayı ve daha akıcı konuşma üretimini kolaylaştırmayı amaçlamaktadır. Terapinin ritmik doğası, konuşma motor sisteminin stabilize edilmesine yardımcı olarak çocukların akıcı konuşma üretmesini kolaylaştırır. Westmead Programı, Lidcombe Programı gibi ebeveyn tarafından uygulanan müdahaleyi içerir, ancak daha çok doğal ve rahat bir konuşma ortamı yaratmaya odaklanır. Daha az yapılandırılmış olan oyun temelli aktiviteler aracılığıyla çocuk üzerindeki baskının azaltılabileceği ve daha spontane akıcılığın teşvik edilebileceği düşüncesiyle çocukların kekemeliğinin azalması hedeflenir. Ebeveynler, gün boyunca düzenli uygulama seanslarını içeren terapinin uygulanmasından birinci derecede sorumlu oldukları için programda çok önemli bir rol oynamaktadır. Programın iki ana aşaması vardır. İlk aşamada, çocuklar kısa seanslar halinde günde birçok kez hece zamanlı konuşmayı öğrenir ve uygular. Bu yoğun uygulama, çocuğun akıcılık kazanmasına yardımcı olmak için tasarlanmıştır. İkinci aşama, bu akıcılığı zaman içinde ve farklı konuşma durumlarında sürdürmeye odaklanır. Lidcombe Programına benzer ancak yaklaşımı daha az yapılandırılmıştır ve çocuğa daha fazla özerklik verir. Lidcombe Programından farklı olarak, kekeleyen konuşma konusunda sistematik ebeveyn sözel koşullandırmaları gerektirmez. Westmead Programı, olumlu pekiştirme ve kendi kendini izleme teknikleri yoluyla akıcılığı teşvik etmek için oyun tabanlı bir yöntem kullanır (Trajkovski vd., 2011; Trajkovski vd., 2019; Ilkhani vd., 2020).

2.10.5. Talepler ve Kapasiteler Modeli (Demands and Capacities Model / DCM)

Talepler ve Kapasiteler Modeli, belirli bir dizi terapi faaliyetinden çok, teorik bir çerçevedir. Kekemeliğin, bir çocuğa yüklenen dilsel, duygusal, bilişsel veya motor taleplerin, çocuğun bu taleplerle başa çıkma yeteneklerini aştığında ortaya çıktığını öne

sürer. C. Woodruff Starkweather tarafından kavramsallaştırılmıştır. Okul öncesi kekeleyen çocuklar için Talepler ve Kapasiteler Modeli, çocuğun konuşmasına yüklenen talepler ile bu talepleri karşılama kapasitelerini dengelemeyi amaçlayan çok yönlü bir terapi yaklaşımıdır. Bu model hem çocuğun çevresini hem de konuşma becerilerini değiştirerek kekemeliğin azaltılmasına yardımcı olmak için tasarlanmıştır. Talepler ve Kapasiteler Modeli dolaylı bir terapi olarak kabul edilir çünkü öncelikle çocuğun konuşma kalıplarını doğrudan değiştirmek yerine çocuğu çevreleyen ortamı ve etkileşimleri düzenlemeye odaklanır. Tekniklerle, ebeveynler kendi konuşma hızlarını azaltmaları, dillerini basitleştirmeleri, daha fazla dinleme süresi sağlamaları ve konuşma baskılarını azaltmaları için eğitilir. Kekeleyen okul öncesi çocuklar için, dilsel, bilişsel veya duygusal kapasitelerini aşan bir ortamda iletişim kurma baskısı kekemeliği olumsuz etkileyebilir. Model, bu baskıları hafifletmeyi, böylece kekemeliği azaltmayı ve çocuğun daha akıcı bir konuşma geliştirmesine yardımcı olmayı amaçlamaktadır (Adams, 1990; Yaruss, 2000; de Sonnevile-Koedoot vd., 2015).

2.10.6. Fun with Fluency (Akıcılık ile Eğlence)

Akıcılık ile Eğlence, küçük çocuklarda kekemeliği ilgi çekici ve interaktif aktivitelerle ele almak için tasarlanmış bir terapi programıdır. Program, çocukları aktif olarak katılmaya ve öğrenme sürecinden keyif almaya teşvik etmek için konuşma terapisi tekniklerini eğlenceli, oyun benzeri unsurlarla birleştirir. Aktiviteler arasında hikaye anlatımı, şarkı söyleme ve akıcı konuşmayı teşvik etmeyi amaçlayan konuşma görevlerini içeren oyunlar yer alabilir. Amaç, olumlu pekiştirme ve interaktif egzersizler yoluyla çocuğun konuşma konusundaki kaygısını azaltmak, özgüvenini artırmak ve akıcılığını geliştirmektir. Bu yaklaşım, rahat ve eğlenceli bir atmosferin öğrenmeyi kolaylaştırabileceği ve kekemelik sıklığını azaltabileceği ilkesine dayanmaktadır. Daha yapılandırılmış terapi seanslarına uyum sağlamakta zorlanan veya stresli hissedebilecek çocuklar için faydalıdır. Destekleyici ve ilgi çekici bir ortamda güven oluşturmaya, konuşmayla ilgili kaygıyı azaltmaya ve genel iletişim becerilerini geliştirmeye yardımcı olur. Bu yaklaşımın temel yönleri arasında akıcılık şekillendirme ve kekemelik modifikasyon tekniklerinin bir arada kullanılması, çok boyutlu değerlendirme ve terapi planlaması ve ebeveynlerin terapötik süreçte dahil edilmesi yer almaktadır.

Akıcılık Şekillendirme Teknikleri: Çocuklara daha akıcı bir şekilde konuşmayı nasıl öğreteceklerini öğretmek için kullanılır. Yavaş konuşma, yumuşak ses başlangıçları ve

kontrollü nefes alma gibi teknikler, çocukların konuşmayı daha kolay ve akıcı bir şekilde nasıl başlatacaklarını öğrenmelerine yardımcı olmak için öğretilir.

Kekemelik Modifikasyon Teknikleri: Bu teknikler, kekemelik anları ortaya çıktığında bunları değiştirmeyi amaçlar. Çocuklara kekemelik ile başa çıkma ve kekemeliği yönetme stratejileri öğretilir. Örneğin; çıkma (pull-out) yöntemi, hazırlık setleri (preparatory sets) ve iptaller (cancellations) (Walton ve Wallace, 1998; Guitar, 2013).

2.11. Kekemelik Terapilerinde Duyarsızlaştırma

Duyarsızlaştırma, tekrarlanan maruz kalma yoluyla korku, fobi, kaygı veya duyarlılığı azaltmak için psikolojik danışmada kullanılan davranışsal bir tekniktir. Bir dizi uyarana (örneğin; yükseklik, örümcek, köpek) yönelik olumsuz tepkiyi ortadan kaldırmayı ve karşı koşullandırma kullanarak yavaş yavaş bir gevşeme tepkisini geliştirmeyi amaçlayan klasik koşullanma ilkesine dayanır (Wolpe, 1968). Terapist, bir uyarana eşlik eden bilişleri, duyguları ve fizyolojik uyarılmayı tanımlar ve ardından olumsuz duyguyu koruyan kaçış modelini kırmaya çalışır. Bu, zaman içinde gerçekleşen sistematik ve hiyerarşik bir süreçtir (Berquez ve Kelman, 2018).

Koşullanmış korku tepkileri kendilerini basmakalıp duygu, düşünce ve davranış kalıpları olarak gösterir. Duyarsızlaştırmada bu kalıplar yıkılır. Duyarsızlaştırmadaki öğrenme süreçleri, korkulu durumların üstesinden gelme ve eski bir kalıbı takip etmeme konusunda tekrarlanan somut deneyimlere dayanır (Schneider, Kohmaescher ve Sandrieser, 2023). Kekemeliğe yönelik duyarsızlaştırma, kekeleyen bireyler için terapinin önemli bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. Van Riper, kekemelik terapisinde duyarsızlaştırmayı “kekeleyen bireyin konuşma kaygılarını ve diğer rahatsız edici duygusal durumlarını azaltma” arayışı olarak tanımlamıştır. Kekeleyen bireyler için duyarsızlaştırma, onları kekemeliklerine yönelik duygusal tepkilerini tanımaya ve bu tepkiler hakkında konuşmaya ve yavaş yavaş korkularıyla başa çıkmaya teşvik eden bir süreçtir. Yöntem, kekemelik ile ilişkili olumsuz duygusal tepkileri ve kaygıyı azaltmayı ve böylece durumun daha etkili bir şekilde yönetilmesini sağlamayı amaçlar (Van Riper, 1973).

Kekemelik terapilerinde duyarsızlaştırma, bireyleri korktukları durumlarla yüzleşmeye ve kekemeliklerine yönelik duyarlılıklarını azaltmaya teşvik eden teknikleri içerir. Bu süreç, konuşma durumlarıyla bağlantılı korku ve endişeyi azaltmak için

genellikle kekemeliğe kontrollü maruz kalmayı içerir. Yaklaşım, destekleyici bir ortamda korkulan uyaranlara tekrar tekrar maruz kalmanın, uyaranların ortaya çıkardıkları duygusal tepkiyi kademeli olarak azaltabileceği ilkesine dayanır (Bothe vd., 2006).

2.11.1. Kekemelik terapilerinde duyarsızlaştırma sürecinde kullanılan temel stratejiler

2.11.1.1. Eğitim

Kekeleyen bireyler için duyarsızlaştırma sürecinde eğitim önemli bir rol oynar. Eğitim, kekemeliği anlamaya, kekemelik ile ilişkili damgalama ve korkuyu azaltmaya katkıda bulunan birkaç temel bileşeni içerir:

- Kekemeliğin doğasını anlamak: Kekeleyen bireyler ve aileleri kekemeliğin ne olduğu, kekemeliğin nörolojik, fizyolojik ve psikolojik yönleri hakkında eğitilir. Kekemeliğe ilişkin bilgi, farkındalık ve analizi artırır.
- Damgalamanın azaltılması: Kekeleyen bireyler diğer kekeleyen bireylerle ortak ve farklı deneyimlerini öğrenerek kendilerini bir topluluğa daha bağlı hissedebilirler. Bu farkındalık, kekemeliğin normalleştirilmesine ve kabulüne yardımcı olur ve genellikle bireylerin kekemeliklerine ilişkin öz damgalamayı azaltır.
- Bilgi yoluyla güçlendirme: Kekemelik hakkında detaylı bilgiye ve anlayışa sahip olan bireyler, sosyal, akademik ve mesleki ortamlarda kendilerini savunmak için daha yetkin ve özgüvenli olurlar. Bu, durumlarını başkalarına açıklamayı, kolaylıklar talep etmeyi veya belirli konuşma tekniklerini ne zaman ve nasıl kullanacaklarını seçmeyi içerebilir.
- Beklentileri yönetmek: Kekemelik hakkında eğitim, stres, yorgunluk veya kaygı gibi faktörler nedeniyle kekemelik şiddetinin değişkenliği hakkında gerçekçi beklentiler oluşturmayı da sağlar. Bunu bilmek, cesaretin kırılmasını ve özgüvenin azalmasını önleyebilir ve bireylerin duygusal dayanıklılık geliştirmesine yardımcı olabilir.
- Akranları ve aileyi dahil etme: Sadece kekeleyen bireyi değil, ailesini, arkadaşlarını ve akranlarını da eğitmek oldukça önemlidir. Böylece, destekleyici bir ortam teşvik edilir ve olumsuz sosyal ve duygusal etkiler azaltılır.

Kekemelik terapisindeki eğitim stratejileri hem kekemeliğin içsel algılarını hem de kekemeliğe verilen dışsal tepkileri ele alarak, kekemeliği daha etkili bir şekilde yönetmek için çok yönlü bir yaklaşım oluşturmayı amaçlar (Yairi ve Seery, 2021; Schneider, Kohmaescher ve Sandrieser, 2023).

2.11.1.2. İstemli (Gönüllü) kekemelik

İstemli kekemelik, kekemelik yönetiminde kekeleyen bireyin konuşmasıyla ilgili korku ve kaygısını azaltmak için kullanılan terapötik bir tekniktir. Bu teknik, kekemeliğin kontrollü bir şekilde bilinçli olarak yapılmasını içerir ve bu da paradoksal olarak istemsiz kekemelik anlarının sıklığında, şiddetinde ve kontrol kaybı duygularında azalmaya yol açabilir (Manning ve DiLollo, 2023). Dil ve konuşma terapisti, istemli kekemeliği uygulamak için, danışandan gerçek kekemeliklerinin tam bir taklidini üretmesini ya da kolay, eforsuz tekrarlar ve/veya uzatmalar üretmesini isteyebilir (Ham, 1990). Bazı terapistler, danışanların başlangıçta kolay tekrarlar ve/veya uzatmalar üretmelerini (Van Riper, 1973; Guitar, 2013) ve danışanlar tekniğin kullanımı konusunda daha rahat olduklarında gerçek kekemeliklerini taklit etmeye geçmelerini önermektedir (Gregory, 2003).

- İstemli kekemeliğin mekanizması:

- i. Kontrollü maruz bırakma: Kekeleyen birey, terapi seansları sırasında istemli kekemeliği uygular. Daha sonra bu uygulama farklı ortamlara genişletilir. Kontrollü maruz bırakma, bireyin kekemeliği daha az korkutucu ve endişe verici şekilde deneyimlemesine yardımcı olur ve bu da istemsiz kekemelik anlarıyla ilişkili korkuyu azaltmaya yardımcı olabilir.
- ii. Hassasiyeti azaltma: Kekemeliğiyle bilinçli olarak birçok kez yüzleşen birey, kekemelik anlarına daha az tepkisel hale gelir. Azalan hassasiyet, gerçek kekemelik anlarını daha az stresli ve daha yönetilebilir hale getirebilir.
- iii. Güven artırma: İstemli kekemelik, kekeleyen bireylerin konuşmaları üzerinde kontrol kazanmalarına yardımcı olur. Bu kontrol, bireyin konuşmasına ilişkin özgüvenini artırabilir ve kaçınma davranışlarını azaltabilir (Starke, 1999; Grossman, 2008).

- İstemli kekemeliğin avantajları:

- i. Duyarsızlaştırma: İstemli kekemeliğe tekrar tekrar maruz kalmak, kekemelik anlarına ilişkin olumsuz duyguları azaltmaya yardımcı olur. Korku kaynağına olumsuz tepkiler olmaksızın maruz kalmanın korku tepkisini zaman içinde söndürebileceği ilkesine dayanır.
- ii. Güçlendirme: Bireyler, kekeleseler de etkili bir şekilde iletişim kurabileceklerini öğrenirler, bu da odak noktalarını kekemelikten kaçınmaya çalışmaktan iletişim becerilerini geliştirmeye yöneltebilir.

iii. Damgalamayı azaltma: İstemli kekemelik, kekeleyen bireyin konuşma şeklini kabul ettiğini göstererek damgalamayı azalttığından, kekemelik hakkındaki olumsuz öz değerlendirmeleri de azaltabilir (Starke, 1999; Grossman, 2008).

- İstemli kekemeliği terapide uygulama:

Terapi seansları: Başlangıçta dil ve konuşma terapistinin rehberliğinde terapi seanslarında uygulanır. Terapist belirlenen ortama, duruma ilişkin olarak öncelikle kekeleyen bireye model olur, ardından kekeleyen birey istemli kekemeliği farklı ortamlarda deneyimler.

Yaşamın içinde uygulama: Bireyler yavaş yavaş günlük yaşamlarında istemli kekemeliği kullanmaya teşvik edilir. Kekeleyen birey için daha kolay ortamlardan başlanır ve kademeli olarak daha zorlu ortamlara doğru genişletilir (Starke, 1999; Grossman, 2008).

2.11.1.3. Kendini açma (Kendini ifşa etme)

İfşa, kişisel bir şeyi başka bir kişi veya kişilerle paylaşma sürecidir (Chaudoir ve Fisher, 2010). Kekemelik terapisinde kendini açma (kendini ifşa etme), bireylerin kekemeliklerini başkalarıyla açıkça paylaşmalarını, tartışmalarını içeren bir yöntemdir. Bu yöntem, psikolojik ilkelere dayanır ve kekemelik ile ilişkili öz damgalamayı ve duygusal rahatsızlığı azaltmayı amaçlar.

- Kendini açmanın faydaları:

i. Damgalanmanın azaltılması: Kekemelik hakkında açıkça konuşmak, konuşma bozuklukları ile ilişkili damgalanmayı azaltabilir. Bu açıklık hem bireyin kendi içinde hem de günlük yaşamında daha fazla kabul görmesini sağlayabilir.

ii. Sosyal destek: Deneyimleri arkadaşlarla, aileyle ve destek gruplarıyla paylaşmak, kekemeliğin duygusal yönlerini yönetmede çok önemli olabilecek teşvik ve anlayış sağlayan destekleyici bir kaynak oluşturabilir.

iii. Duygusal rahatlama: Kişinin kekemelik ile ilgili zorluklarını paylaşması ve tartışması, duygusal rahatlama sağlayabilir ve sosyal izolasyon duygularını azaltabilir. Bireylerin deneyimlerinde yalnız olmadıklarını fark etmelerine yardımcı olur ve bu da bireyi güçlendirebilir.

iv. Özgüven artışı: Bireyler kekemeliklerini tartışırken daha rahat hale geldikçe, genellikle öz saygılarında ve öz kabullerinde bir artış yaşarlar. Bu güven, genel iletişim becerilerini ve çeşitli sosyal durumlara katılma isteklerini artırabilir (Guitar, 2013; Boyle, Milewski ve Beita-Ell, 2018; McGill vd., 2018; Young vd., 2022).

- Kendini açmanın uygulanması:

Terapötik ortamlar: Genellikle, güvenli ve kontrollü bir ortam bireylerin pratik yapmasını ve kendini açma konusunda rahat olmasını sağlar.

Aşamalı maruz bırakma: Zor olabilecek ortamlara geçmeden önce yakın bir arkadaş veya aile üyesiyle konuşmak gibi daha az zorlu ortamlarla başlanabilir.

Profesyonellerden destek: Dil ve konuşma terapistleri genellikle kendini açmanın nasıl ve ne zaman etkili bir şekilde kullanılacağına rehberlik ederler, yaklaşımları bireysel ihtiyaçlara ve konfor seviyelerine göre düzenlerler (Guitar, 2013; Boyle, Milewski ve Beita-Ell, 2018; McGill vd., 2018; Young vd., 2022).

- Kendini açmanın zorlukları:

Kendini açmanın birçok faydası olsa da zorlukları da vardır. Bireyler, özellikle daha önce olumsuz tepkilerle karşılaşmışlarsa, kekemeliklerini açıkça paylaşmak konusunda başlangıçta yoğun bir endişe hissedebilirler. Terapistler, bu duyguları etkili bir şekilde yönetmek için başa çıkma stratejileri geliştirmeye çalışırlar (Guitar, 2013; Boyle, Milewski ve Beita-Ell, 2018; McGill vd., 2018; Young vd., 2022). Bununla birlikte, kendini açma sırasında karşı tarafın olumsuz yanıt vermesi halinde sosyal değersizleştirmeye, damgalanmaya, mağduriyet riskine ve depresyonun artmasına neden olabilir. Kendini açma sürecindeki olumlu deneyimler ise sürekli açıklığa ve kronik kendini açma korkusunun azalmasına yol açabilir (Chaudoir ve Quinn, 2010).

2.11.1.4. Aşamalı maruz bırakma

Aşamalı maruz bırakma, kanıta dayalı bir yaklaşımdır ve anksiyete bozuklukları için bilişsel-davranışçı terapi (BDT) de dahil olmak üzere çeşitli terapi biçimlerinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Beck, 2020). Kekemelik bağlamında, bireylerin giderek zorlaşan durumlarda konuşmaları üzerinde kontrol kazanmalarına yardımcı olarak akıcılık ve iletişimde uzun vadeli iyileşmeye katkıda bulunur. “Sistematik duyarsızlaştırma” olarak da bilinir ve kekemelik terapisinde konuşma durumlarıyla ilişkili kaygıyı azaltmak için kullanılan önemli bir stratejidir (Guitar, 2013).

- Kekemelik için aşamalı maruz bırakma adımları:

i. Hiyerarşi oluşturma: İlk adım, bireyin kaygı uyandırıcı bulduğu konuşma durumlarının bir hiyerarşisini oluşturmaktır. Bu, bireyin mevcut durumuna göre, ayna karşısında tek başına konuşmak gibi bir görevle başlayabilir ve telefonda konuşmak, sokakta konuşmak

veya topluluk önünde konuşma yapmak gibi daha zorlu durumlara doğru aşamalı olarak ilerleyebilir.

ii. Gevşeme eğitimi: Bireylere derin nefes alma, kas gevşetme veya farkındalık gibi gevşeme teknikleri öğretilir. Bu teknikler, kekemeliği olumsuz etkileyen kaygının fiziksel semptomlarını yönetmeye yardımcı olur.

iii. Kontrollü maruz bırakma: En az korkutucu ve kaygı uyandıran durumdan başlayarak, birey gevşeme tekniklerini kullanırken denemeler yapar. Bir seviye önemli bir kaygı olmadan tamamlanabildiğinde, hiyerarşideki bir sonraki daha zorlu duruma geçilir.

iv. Tekrarlama ve pekiştirme: Her adım, birey kendini rahat hissedene kadar tekrar tekrar uygulanır. İlerlemeyi teşvik etmek ve güven oluşturmak için süreç boyunca olumlu pekiştirme kullanılır.

v. Yaşamın içinde uygulama: Kontrollü uygulamalar yoluyla bireyin kendine güven arttıkça, bireyden becerilerini günlük ortamlarında uygulaması istenir ve kekeleyen bireyler terapötik ortamın dışında korkularıyla kademeli olarak yüzleşirler (Menzies vd., 2009; Guitart, 2013; Blomgren, 2013; Klein ve Amster, 2018).

- Aşamalı maruz bırakmanın faydaları:

i. Anksiyetede azalma: Bireyler korkularıyla kademeli olarak yüzleşerek konuşma durumlarıyla ilişkili kaçınma ve kaygı döngüsünü kırabilirler.

ii. Güven artışı: Hiyerarşide başarılı bir şekilde ilerlemek, benlik saygısını ve iletişim becerilerine olan güveni artırabilir.

iii. Beceri geliştirme: Bu teknik yalnızca kekemeliğe ilgili kaygıyı azaltmaya yardımcı olmakla kalmaz, aynı zamanda etkili iletişim becerilerinin geliştirilmesine de yardımcı olur (Menzies vd., 2009; Blomgren, 2013; Guitart, 2013; Klein ve Amster, 2018).

2.11.1.5. Bilişsel yeniden yapılandırma

Bilişsel yeniden yapılandırma BDT'nin temel bir bileşenidir ve kekemeliğin yönetiminde önemli bir rol oynar. Bireyin konuşmasına ilişkin daha olumlu ve gerçekçi bir bakış açısı kazanması için kekemeliği şiddetlendiren olumsuz düşünce kalıplarını tanımlamayı ve değiştirmeyi içerir. Genel olarak, insanların gerçekçi olmayan düşünce ve inançlarını, bu düşünce ve inançlara ilişkin kanıtları inceleyerek ve ardından bunları değiştirerek yeni düşünce kalıpları oluşturmalarına yardımcı olmak için tasarlanmıştır. Değiştirme, daha gerçekçi düşünmeye olanak tanır ve davranış yönetimi becerilerini destekleyen sistematik bir yeniden analiz kullanır. Literatür, bilişsel yeniden

yapılandırmanın, kaygının önemli bir bileşen olduğu kekemelik gibi durumlar için özellikle yararlı olabileceğini göstermektedir (Barrett, Dadds ve Rapee, 1996).

- Kekemelik terapisinde bilişsel yeniden yapılandırmanın temelleri:

i. Olumsuz düşüncelerin belirlenmesi: Bireylerin kekemeliklerine ilişkin sahip oldukları olumsuz düşünceleri tanımlarına ve ifade etmelerine yardımcı olunur. Bu olumsuz düşünceler, konuşma sırasında kekeleyeceklerine, başkalarının onları olumsuz değerlendireceğine ve yargılayacağına veya kekemeliklerinin iletişim yeteneklerini tanımladığına ilişkin inançları olabilir.

ii. Yararsız düşüncelerin belirlenmesi: Terapist, doğruluklarını ve yararlılıklarını değerlendirerek bu düşüncelere yönelik kekeleyen bireyle birlikte çalışır. Bu süreç, düşüncelerin lehine ve aleyhine olan kanıtları incelemeyi, gerçekliklerini ve geçerliliklerini sorgulamayı ve alternatif, daha dengeli bakış açıları geliştirmeyi içerir.

iii. Olumsuz düşüncelerin değiştirilmesi: Olumsuz düşünceler belirlendikten ve bunlara yönelik çalışıldıktan sonra, daha olumlu, doğru ve işlevsel düşüncelerle değiştirilir. Örneğin; “Her zaman kekeleyeceğim ve rezil olacağım” düşüncesinin yerine “Bazen kekeleyorum ama bununla başa çıkabilirim ve etkili şekilde konuşmaya devam edebilirim” düşüncesinin yerleştirilmesi.

iv. Uygulama ve pekiştirme: Bilişsel yeniden yapılandırma uygulama ve pekiştirme gerektirir. Kekeleyen bireylere, yeni düşünce kalıplarını yerleştirmelerine yardımcı olmak için ev çalışmaları veya seans içi çalışmalar verilebilir. Zamanla, bu yeni kalıplar kekemlikle ilgili kaygıların azalmasını ve iletişim güveninin artmasını sağlayabilir.

v. Diğer tekniklerle entegrasyon: Bilişsel yeniden yapılandırma tek başına etkili olsa da, genellikle akıcılık şekillendirme, duyarsızlaştırma ve bilinçli farkındalık gibi diğer kekemelik terapisi teknikleriyle birlikte kullanılır. Bu entegre yaklaşım, kekemeliğin hem psikolojik hem de fizyolojik yönlerini ele alır (Murphy, Yaruss ve Quesal, 2007a; Blomgren, 2012; Leahy, 2017).

- Kekemelik için bilişsel yeniden yapılandırmanın faydaları:

i. Azalmış kaygı ve korku: Bireyler kekemelikleriyle ilgili düşüncelerini değiştirerek, genellikle konuşma durumlarıyla ilgili daha az kaygı ve korku yaşarlar.

ii. Benlik saygısının gelişmesi: Kişinin yetenekleri hakkında daha olumlu bir bakış açısı geliştirmesi, benlik saygısını ve kendini kabullenmeyi artırabilir.

iii. İletişim becerilerinin gelişmesi: Korkunun azalması ve özgüvenin artmasıyla, bireyler sosyal etkileşimlerde bulunmayı ve topluluk önünde konuşmayı daha kolay

gerçekleştirebilirler. Bilişsel yeniden yapılandırma, kekeleyen bireylerin yalnızca konuşmalarını daha etkili bir şekilde yönetmelerine değil, aynı zamanda kekemeliğin psikolojik yükünü azaltarak genel yaşam kalitelerinin artmasına da yardımcı olur. Bu yaklaşım, korktukları konuşma durumlarıyla daha az korku ve daha fazla esneklikle yüzleşmelerini sağlar (Conture ve Curlee, 2007).

2.11.1.6. *Gevşeme teknikleri*

Gevşeme teknikleri, kekemeliğe ilişkili fiziksel ve psikolojik gerilimleri yönetmek için kullanılır. Bu teknikler, kekemeliği sıklıkla şiddetlendiren kaygıyı azaltarak bireyin daha akıcı konuşma becerisini geliştirmesine yardımcı olabilir. Bu tekniklerden bazıları:

- Derin nefes alma: Bu teknik, bireylere nefeslerini kontrol etmeyi öğretmeyi, göğüsten alınan sık nefesler yerine diyaframdan alınan yavaş ve derin nefeslere odaklanmayı içerir. Bu, sinir sistemini sakinleştirmeye yardımcı olabilir ve kekemeliği tetikleyebilecek anksiyeteye verilen fizyolojik tepkileri azaltabilir.

- Progresif kas gevşemesi: Bireyler vücutlarındaki belirli kas gruplarını kademeli olarak kasmayı ve ardından gevşetmeyi öğrenir. Bu uygulama, fiziksel duyumun daha fazla farkına varmalarına ve daha yüksek fiziksel rahatlama seviyelerine ulaşmalarına yardımcı olur. Konuşma durumlarından hemen önce ve konuşma sırasında yararlı uygulama yapılabilir.

- Bilinçli farkındalık (Mindfulness): Bireyin duygularını, düşüncelerini ve bedensel hislerini rahatça kabul edip onaylarken dikkatini şimdiki ana odaklamayı içerir. Terapötik bir teknik olarak kullanılan bilinçli farkındalık, kekeleyen bireylerin konuşmalarını olduğu gibi kabul etmelerine yardımcı olarak akıcı konuşma çabalarında ortaya çıkabilecek stresi ve hayal kırıklığını azaltır.

Bu teknikler yalnızca kekemeliğin o anda yönetilmesine yardımcı olmakla kalmaz, aynı zamanda kekeleyen bireylerin daha sakin ve odaklanmış bir biliş geliştirmelerine yardımcı olarak uzun vadeli gelişmeye katkıda bulunur. Böylece daha kontrollü konuşma modelleri geliştirilebilir. Bu tekniklerin düzenli olarak uygulanması, rahatlamayı günlük durumlara entegre edebilir ve kekemeliğin meydana gelişini kademeli olarak azaltabilir (Culatta ve Goldberg, 1994; Gilman ve Yaruss, 2000; Silverman, 2012).

2.11.1.7. *Senaryo ve rol yapma*

Kekemelik terapisinde senaryo ve rol yapma, kekeleyen bireylerin gerçek hayattaki konuşma durumlarına hazırlanmalarına ve bu durumları daha etkili bir şekilde yönetmelerine yardımcı olan önemli tekniklerdendir.

- Senaryo ve rol yapma işleyişi:

i. Senaryo uygulaması: Dil ve konuşma terapistleri, iş görüşmeleri, telefon görüşmeleri yapmak, alışveriş yapmak veya bir restoranda yemek sipariş vermek gibi kekeleyen bireyin zorlanabileceği gerçek yaşam durumlarını taklit eden senaryolar oluşturur. Bu kontrollü ortam, durumun gerçek dünyadaki gerilimler olmadan güvenli bir şekilde deneyimlenmesine olanak tanır. Süreçte, senaryolar ve kişi sayısı değiştirilebilir. Kekeleyen bireyin tanıdığı ve/veya tanımadığı kişiler senaryolarda çeşitli roller alabilir. Grup terapilerinde de bu uygulamaya yer verilebilir.

ii. Rol değiştirme: Bazı çalışmalarda, terapist ve birey rolleri değiştirebilir. Bu, kekeleyen bireyin etkileşimi bir dinleyicinin bakış açısından deneyimlemesine olanak tanır ve kekemeliğinin başkaları tarafından nasıl algılandığına dair içgörü sağlayabilir.

iii. Geribildirim ve düzenleme: Rol yapmanın ardından terapistler genellikle bireyin performansı hakkında hem kekemeliklerine hem de iletişim stratejilerini kullanımlarına odaklanarak geribildirim sağlar. Bireyler ayrıca senaryo sırasında duygularını ve kaygı düzeylerini tanımlayarak kendilerini düzenleyebilirler.

iv. Tekrarlı uygulamalarla güven artırma: Zorlu konuşma durumlarını tekrar tekrar uygulamak, bu senaryolarla ilişkili korkuyu azaltmaya yardımcı olur. Zamanla, bu durum özgüvenin artmasını ve kaygının azalmasını sağlayarak günlük yaşamdaki durumları daha yönetilebilir hale getirebilir (Guitar, 2013; Levy, 2018; Yairi ve Seery, 2021).

- Senaryo ve rol yapmanın faydaları:

i. Anksiyeteyi azaltma: Kontrollü bir ortamda korkulan durumlarla tekrar tekrar yüzleşmek, kekeleyen bireyler için gerçek konuşma durumları sırasında tipik olarak yaşadıkları kaygıya yönelik olarak kendilerini duyarsızlaştırabilir.

ii. Beceri geliştirme: Bu çalışmalar, terapide çalışılan iletişim stratejilerinin geliştirilmesine ve iyileştirilmesine yardımcı olur.

iii. Başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi: Rol yapma, kekeleyen bireylerin kekeledikleri anlar için göz temasını sürdürmek veya gerginliği azaltmak için mizah kullanmak gibi daha iyi başa çıkma stratejileri geliştirmelerine yardımcı olabilir.

iv. Öz yeterliliğin geliştirilmesi: Çalışmalarda başarılı bir şekilde ilerlemek, bireyin günlük yaşam etkileşimleri için kritik olan iletişim becerilerine ilişkin inancını artırabilir (Chmela ve Reardon-Reeves, 2005; Murphy, Yaruss ve Quesal, 2007b; Guitar, 2013; Levy, 2018).

Kekemelik terapisi, bu teknikleri kullanarak yalnızca konuşma akıcılığını geliştirmeyi amaçlamakla kalmaz, aynı zamanda genel iletişim becerilerini ve özgüveni de geliştirerek bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler (Guitar, 2013).

2.11.2. Okul öncesi kekemelik terapilerinde duyarsızlaştırma

Duyarsızlaştırma, okul öncesi kekeleyen çocukların kekemeliklerine yönelik duygusal tepkileri üzerindeki önemli olumlu etkileri nedeniyle terapi sürecinde çok önemlidir. Okul öncesi çocuklarda kekemelik, olumsuz benlik algısına ve kaygıya yol açabilir. Bu konu desteklenmezse çocuğun genel iletişim becerilerini ve sosyal gelişimini olumsuz etkileyebilir (Manning ve DiLollo, 2023). Guitar (2013), kekeleyen çocuklar için duyarsızlaştırma sürecini yüksek bir tramlenden atlama korkusuna benzeterek, çocukların kekelemekten korkmalarının ve kaçınmalarının üstesinden aşamalı olarak gelmelerine yardımcı olmak için hiyerarşilerin kullanımı olarak açıklamaktadır.

- Korku ve kaygıyı azaltma:

Kekeleyen okul öncesi çocuklar konuşma konusunda korku ve endişe yaşayabilirler. Bu duygular, etkili iletişimin önemli olduğu sosyal etkileşim ve sınıf ortamlarında olabilir. Duyarsızlaştırma, çocukları aşamalı olarak destekleyici ve kontrollü bir şekilde konuşma durumlarına maruz bırakarak bu korkuları doğrudan hedef alır ve böylece çocukların kekemelik anlarına verdikleri olumsuz duygusal tepkilerin şiddetini azaltır (Bothe vd., 2006; Guitar ve McCauley, 2010; Guitar, 2013).

- İletişime yönelik olumlu tutumların geliştirilmesi:

Duyarsızlaştırmanın birincil amacı, kekemeliğin varlığına rağmen iletişime yönelik daha olumlu bir tutum geliştirmektir. Dil ve konuşma terapistleri çocukları kekemeliği normalleştiren aktivitelere dahil ederek, çocukların kekemeliklerini kabul etmelerine ve kekemelik anlarında daha az duygusal tepkiler göstermelerine yardımcı olabilirler. Bu kabullenme, sağlıklı bir benlik kavramı ve sosyal etkileşimlere yönelik olumlu bir tutum geliştirmede oldukça önemlidir. Destekleyici bir ortamda kekemeliğe dayanma gücü geliştiren ve kekemelik anlarını hoşgörebilen çocuklar, kekemelikten bağımsız olarak etkili bir şekilde iletişim kurma becerilerine güven duyarlar. Artan güven, çocukların sınıf

etkileşimlerine daha fazla katılmasını, arkadaşlıklar kurmasını ve ihtiyaçlarını ve düşüncelerini aşırı stres yaşamadan ifade etmesini sağladığı için sosyal ve akademik başarı için oldukça önemlidir (Bothe vd., 2006; Guitar ve McCauley, 2010; Guitar, 2013).

- Terapi etkililiğinin artırılması:

Duyarsızlaştırma, akıcılığı geliştirmeyi amaçlayan diğer terapötik müdahalelerin etkililiğini de artırır. Kekemelikleri konusunda daha az endişeli ve rahat olan çocukların terapi seanslarına aktif katılımı ve yeni becerileri uygulama olasılıkları daha yüksektir. Ayrıca, klinik ortamlarda öğrenilen konuşma tekniklerinin genellenmesi için gerekli olan günlük ortamlarında iletişime katılma ve kendilerine güvenme olasılıkları daha yüksektir (Bothe vd., 2006; Guitar ve McCauley, 2010; Guitar, 2013).

- Kaçınma davranışlarının önlenmesi:

Okul öncesi çocuklarda kekemeliğin çocukları olumsuz etkileyen sonuçlarından biri, kaçınma davranışlarının gelişmesidir. Konuşmayı reddetme, sosyal ortamlarda ebeveynlerinden kendi konuşma görevlerini üstlenmesini isteme veya kısa cevaplar verme gibi bu davranışlar, çocuklar tarafından kekemelikten kaçınmak için benimsenebilir. Duyarsızlaştırma, çocukları konuşma durumlarından kaçınmak yerine kekemelikleriyle doğrudan yüzleşmeye teşvik ederek yardımcı olur. Kekemeliğe tekrar tekrar olumlu şekilde maruz kalma yoluyla, çocuklar kekemeliğin yönetilebilir olduğunu ve etkileşimlerini sınırlaması gereken bir şey olmadığını öğrenirler (Bothe vd., 2006; Guitar ve McCauley, 2010; Guitar, 2013).

- Genel gelişimin desteklenmesi:

Duyarsızlaştırma, kekemeliğin okul öncesi çocukların eğitim faaliyetlerine ve sosyal faaliyetlere katılımını engellememesini sağlayarak çocukların genel gelişimini destekler. Etkili iletişim, bu yaşlarda öğrenmenin ve sosyal entegrasyonun temel taşıdır ve duyarsızlaştırma, kekeleyen çocukların bu ortamlarda başarılı olabilmelerini sağlamak için gereken desteği sağlar (Bothe vd., 2006; Guitar ve McCauley, 2010; Guitar, 2013).

Okul öncesi kekemelik terapilerinde duyarsızlaştırma, her biri çocuğun kekemelik deneyiminin farklı yönlerini ele almak için özel olarak tasarlanmış birkaç aşamayı içerir. Bu aşamalar, planlanan aktivitelerle birlikte, çocuğun kekemeliğine daha az duyarlı olmasına yardımcı olur ve böylece iletişim becerilerini ve kekemeliğine yönelik duygusal dayanıklılığını ve hoşgörüsünü geliştirir.

2.11.2.1. Okul öncesi kekemelik terapilerinde duyarsızlaştırma aşamaları

2.11.2.1.1. Tanımlama

İlk aşama, çocukların kekemeliklerine ilişkin duygularını tanımlamalarına ve ifade etmelerine yardımcı olmayı içerir. Çocukların duygularını tanıması ve adlandırması kekemelikleriyle ilişkili korku ve endişelerini azaltmaya başlar.

- Aktiviteler:

- i. Duygu adlandırma oyunları: Terapistler, çocukların duygularını tanımlamayı ve ifade etmeyi öğrenmelerine yardımcı olmak için çeşitli oyunlar kullanabilir. Örneğin; çocukların kekelediklerinde nasıl hissettiklerini tanımlamak için seçebilecekleri duygu kartları kullanmak ya da senaryolar oluşturarak oyuncaklar ile canlandırmalar yapmak.
- ii. Duygu günlüğü: Çocuklar ifade etmekte zorlanabilecekleri duygularıyla ilgili bir günlükte çizim/resim yapmaya yönlendirilebilirler (Guitar, 2013; Yairi ve Seery, 2021; Manning ve DiLollo, 2023).

2.11.2.1.2. Eğitim

Kekemelik hakkında eğitim, çocuklar için bu durumun gizemli noktalarını ortadan kaldırmayı amaçlar. Kekemeliğin ne olduğunu ve neden meydana geldiğini anlamak, çocuğun kekemelik korkusunu azaltabilir ve bunun yönetebilecekleri yaygın bir durum olduğunu fark etmelerine yardımcı olabilir.

- Aktiviteler:

- i. Hikaye oturumları: Kekemeliği normalleştirmek ve kekeleyerek de başarılı ve mutlu olunabileceğini göstermek için kekemelik hakkında veya kekeleyen karakterlerin olduğu kitaplar okumak.
- ii. İnteraktif oturumlar: Terapistler, konuşmanın mekaniğini ve kekemeliği basit terimlerle açıklar ve daha anlaşılır olması için oyunlar, görseller ve/veya videolar kullanır (Guitar, 2013; Manning ve DiLollo, 2023; Schneider, Kohmaescher ve Sandrieser, 2023).

2.11.2.1.3. Aşamalı maruz bırakma

Bu aşama, kekemeliğe yönelik duyarlılığı azaltmak için çok önemlidir. Çocukları yavaş yavaş daha zorlu konuşma durumlarına maruz bırakarak, destekleyici bir ortamda kekemelikleriyle başa çıkmayı öğretir.

- Aktiviteler:

Terapi merkezinde konuşmak gibi basit görevlerle başlanarak tanımadığı kişilerle konuşmak gibi daha zorlu görevlere doğru ilerlenebilir. Ayrıca, seans içi senaryo ve telefon görüşmeleri canlandırmaları uygulamalarından sonra günlük yaşamda benzer uygulamalar yapılabilir.

Bu aşamalar ve aktiviteler yalnızca kekemeliği yönetmekle ilgili değildir, aynı zamanda kekemeliğin yarattığı zorluklara rağmen çocuklarda özgüven oluşturmak, duygusal dayanıklılığı artırmak, kekemeliğe yönelik hoşgörüyü artırmak ve olumlu bir benlik oluşumunu desteklemek için kullanılmaktadır. Duyarsızlaştırma yoluyla terapi, iletişimle ilgili potansiyel olumsuz algıları ve korkuları, başarı ve güven deneyimlerine dönüştürmeye yardımcı olur (Guitar, 2013; Manning ve DiLollo, 2023; Schneider, Kohmaescher ve Sandrieser, 2023).

Okul çağı, ergen ve yetişkinlik dönemi kekemelik terapilerinde, okul öncesi kekeleyen çocuklar için uygulanan duyarsızlaştırma terapisinin amaçlarına benzer amaçlarla duyarsızlaştırma süreci yürütülür. Bireysel farklılıklar söz konusu olmakla birlikte, yaşanabilecek olumsuz deneyimler, olumsuz duygu ve düşünceler kekemeliğin başlangıcından sonra geçen süre ile artabileceği için duyarsızlaştırma süreci yetişkinler için daha uzun olabilir. Okul çağı, ergen ve yetişkin kekeleyen bireylerin kekemeliklerine yönelik duyarsızlaştırılması sürecinde duygusal bir hiyerarşi oluşturularak aşamalı bir şekilde maruz bırakma gerçekleştirilir. Bu süreçte, eğitim, istemli kekemelik, kendini açma, bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme teknikleri, senaryo ve rol yapma uygulamaları bulunur. Günlük yaşamda kazanılması istenen hedefler okul öncesi dönem ile hemen hemen benzerdir. Duyarsızlaştırma çalışmaları, kekeleyen bireyin günlük yaşamda konuşma kaygısı yaşadığı ev, sokak, telefon, iş yeri gibi farklı ortamlarda gerçekleştirilir (Van Riper, 1973; Murphy, Yaruss ve Quesal, 2007a; Guitar, 2013; Manning ve DiLollo, 2023).

2.11.3. Kekeleyen çocuğu olan ebeveynler için kekemelik terapilerinde duyarsızlaştırma

Ampirik ve uygulamaya dayalı kanıtlar, ebeveyn tepkilerinin, çocuklarının kekemeliğine ve diğer kişilerin buna verdiği tepkilere yönelik yüksek düzeyde duyarlılıktan kaynaklanabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, bu duyarlılıkları ve etkilerini keşfetmek başarılı bir terapi için çok önemlidir. Çünkü ebeveynlerin kendi

tepkileri terapi sürecine etkili bir şekilde dahil olmalarını engelleyebilir. Duyarsızlaştırma, tüm bu nedenlerle sadece kekeleyen bireyler için değil aynı zamanda ebeveynleri için de kekemelik terapisinin çok önemli bir bileşenidir (Berquez ve Kelman, 2018). Ebeveynleri kekemeliğe duyarsızlaştırmak şu açılardan önemlidir:

- Duygusal tepkileri azaltma:

Ebeveynler çocukları kekelediklerinde genellikle birçok duygu yaşayabilirler. Bu duygular arasında endişe, hayal kırıklığı veya acıma yer alabilir ve bunların hepsi istemeden de olsa çocuğun konuşma korkusunu pekiştirebilir. Duyarsızlaştırma, bu duygusal tepkilerin azaltılmasına yardımcı olarak ebeveynlerin kekemeliğin yönetimini teşvik eden daha destekleyici ve rahat bir ortam oluşturmasını sağlar (Berquez ve Kelman, 2018).

- Anlayış ve empati oluşturma:

Ebeveynler kekemeliğe duyarsızlaşarak, kekemelik deneyimini çocuklarının bakış açısından daha iyi anlayabilirler. Bu anlayış, empatiyi geliştirir ve çocuğun sözünü kesmek veya cümlelerini tamamlamak gibi kekemeliği olumsuz etkileyebilecek tepkilerin olasılığını azaltır (Berquez ve Kelman, 2018).

2.11.3.1. Ebeveynlerin duyarsızlaştırılmasının kekemeliğin yönetimindeki önemi

- Ebeveynlerin ve çocuğun duygusal yönetimini destekleme:

Çocukları kısa bir süredir kekeleyen olsa dahi, ebeveynlerin geleceğe yönelik olumsuz tahminlerde bulundukları ve çocuklarının refahı, olumsuz akran tepkileri ve zorbalık yaşama olasılıkları, ilişki kurma ve istedikleri işe girme potansiyelleri hakkında endişelendikleri görülmektedir (Berquez ve Kelman, 2018). Ayrıca Plexico ve Burrus (2012), kekemeliğin başlangıcında birçok ebeveynin kaygılarını azaltabilecek ve başa çıkmalarına yardımcı olabilecek bilgi ve tavsiye aradığını bildirmiştir.

- Destekleyici bir ortam yaratma:

Kekemeliğin etkili bir şekilde yönetilmesinde anahtar unsur, destekleyici bir aile ortamının oluşturulmasıdır. Ebeveynler kekemeliğe duyarsızlaştığında, akıcısızlıklara nötr bir şekilde tepki verme olasılıkları daha yüksektir. Bu, kekemeliğin aile içinde normalleşmesine yardımcı olur ve böylece çocuğun daha akıcı konuşmak için hissedebileceği baskıyı azaltır (Berquez ve Kelman, 2018; Schneider, Kohmaescher ve Sandrieser, 2023).

- İletişimin geliştirilmesi:

Duyarsızlaştırma, ebeveynlere kekemelikten bağımsız olarak çocuklarıyla daha etkili iletişim kurma becerileri kazandırır. Kekemelik konusunda açık olmayı teşvik eder, bu da kekemeliğin tabulaşmasını önler, çocuğun ve ebeveynlerinin kekemelik ile ilgili duygularını ve endişelerini ifade etmesini kolaylaştırır (Berquez ve Kelman, 2018; Schneider, Kohmaescher ve Sandrieser, 2023).

2.11.3.2. Ebeveynleri kekemeliğe duyarsızlaştırma süreci

2.11.3.2.1. Maruz bırakma

Süreç tipik olarak kekemeliğe kontrollü maruz kalma ile başlar. Bu, kekeleyen insanların kayıtlarını dinlemeyi/ izlemeyi, kekeleyen çocuklarla veya yetişkinlerle sohbet etmeyi, çocuklarıyla birlikte terapi seanslarına katılmayı, rol yapma çalışmalarına katılmayı, kekemelik destek gruplarına katılmayı, günlük yaşam ortamlarında kekemeliği deneyimlemeyi içerebilir (Guitar, 2013; Yairi ve Seery, 2021).

2.11.3.2.2. Eğitim

Ebeveynler kekemeliğin doğası, türleri, nedenleri, değişkenliği, ikincil davranışlar hakkında eğitilir. Bu bilgiler, beklentileri, yanlış anlayışları ve korkuları azaltmaya yardımcı olur ve kekemeliğe daha gerçekçi bir yaklaşımı teşvik eder (Guitar, 2013).

2.11.3.2.3. Katılım

Ebeveynlerin terapötik aktivitelere aktif katılımı, kekemeliği normalleştirmelerine, kekemeliğe ilişkin duygusal yönetimlerine ve çocuklarını uygun şekilde destekleyerek bu konuda kendilerine güvenmelerine yardımcı olabilir. (Conture ve Guitar, 1993; Yairi ve Seery, 2021).

- Zorlukları ve yararları:

a. Zorlukları:

- i. Duygusal direnç: Bazı ebeveynler kekemelik konusunda kendi duygularıyla yüzleşmekte ve süreci kabullenmekte zorlanabilir.
- ii. Kavram yanılgıları: Kekemeliğe ilişkin mitler, duyarsızlaştırma sürecini olumsuz etkileyebilir ve ebeveynleri yanlış yönlendirebilir.

iii. Zaman yönetimi ve sürece bağlılık: Süreç, sürekli çaba ve zaman gerektirir ve bu da zaman yönetiminde güçlük yaşayan ebeveynler için zorlayıcı olabilir (Guitar, 2013; Kelman ve Nicholas, 2020; Schneider, Kohmaescher ve Sandrieser, 2023).

b. Yararları:

i. İlişkilerin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi: Olumsuz tepkilerin azalması çocuklarıyla daha iyi iletişim ve etkileşimi, daha güçlü ilişkiler geliştirmeyi sağlar.

ii. Kaygının azalması: Hem çocuk hem de ebeveynler konuşma konusunda daha az kaygı yaşayabilir.

iii. Güçlendirme: Ebeveynler genellikle çocuklarının kekemeliklerini yönetmesine yardımcı olma konusunda daha güçlü ve yetkin hissederler. Bu sayede çocuklar da daha güçlü duruma gelirler (Guitar, 2013; Kelman ve Nicholas, 2020; Schneider, Kohmaescher ve Sandrieser, 2023).

2.11.3.3. *Ebeveynleri duyarsızlaştırma sürecinin çocuk ve ebeveynler üzerindeki etkisi*

- Çocuklara etkisi: Ebeveynleri kekemeliğe duyarsızlaştırılan çocuklar genellikle konuşma konusunda daha az endişe duyarlar ve sosyal etkileşimlere katılma konusunda daha fazla isteklilik gösterirler.

- Ebeveynlere etkisi: Kekemeliğe duyarsızlaşan ebeveynlerin çocuklarını etkili bir şekilde destekleme becerilerine olan güvenleri artar ve çocuklarının kekemeliği ile ilgili kişisel kaygıları azalır (Guitar, 2013; Berquez ve Kelman, 2018; DiLollo ve Neimeyer, 2020).

Kekeleyen çocuklar için terapide odak noktası geleneksel olarak çocuk için duyarsızlaştırma süreci olmuştur ve ebeveynlerin müdahalesi veya desteği minimum düzeyde sağlanmıştır (Berquez ve Kelman, 2018). Duyarsızlaştırma hem çocuklar hem de ebeveynler için kekemelik konusunda açık olmayı teşvik eden bir süreçtir. Ebeveynlerin, çocuklarına kekemeliğini kabul ettiklerini göstermek için kekemelik konusundaki tutumlarını değiştirmeleri gerekir (Yaruss, Pelczarski ve Quesal, 2010). Ebeveynleri kekemeliğe duyarsızlaştırma, kekemeliğin genel yönetiminde önemli bir rol oynayan, kekemelik terapisinin kritik ancak genellikle göz ardı edilen bir yönüdür. Terapistler, ebeveynlerin kekemeliğe yönelik duygusal tepkilerini azaltmaya ve anlayış ve empatilerini artırmaya odaklanarak, kekeleyen çocuklar için olumlu sonuçları teşvik eden daha destekleyici bir ortam yaratabilirler. Ebeveynleri duyarsızlaştırmanın, çocuklarının kekemeliğine yönelik kendi duygusal tepkilerini anlamalarını ve onları daha

etkili bir şekilde yönetmelerini sağlayan bir süreç olduğu düşünülmektedir (Berquez ve Kelman, 2018).

2.12. Ebeveynlerin Çocuklarına Yönelik Tutumları

Ebeveyn tutumları, çeşitli durumlarda ebeveyn-çocuk etkileşimlerini tanımlayan ebeveynlik davranışları ve niteliğidir (Darling ve Steinberg, 2017). Ebeveynlerin çocuklarını yetiştirmeye yönelik tutumlarını anlamak çok önemlidir. Çünkü bu tutumlar aile içindeki etkileşimleri şekillendirir ve çocuğun gelişimini önemli ölçüde etkiler. Literatürde genel olarak dört temel ebeveyn tutumundan bahsedilmektedir: demokratik, otoriter, aşırı koruyucu ve izin verici. Her bir tutum tarzı, disiplin, iletişim ve çocukların özerkliği ile ilgili farklı inançları yansıtarak ebeveynliğe benzersiz bir yaklaşım sunmaktadır. Ebeveynlik stilleri arasında demokratik tutumun çocuk gelişimine olumlu yönde en çok destekleyen olduğu ve diğer tutumların çocukların sosyal ve duygusal gelişimleri için ihtiyaç duydukları deneyimleri yaşamalarını ve yetkin bireyler olmalarını engelleyebileceği belirtilmektedir (Alabay, 2017).

2.12.1. Demokratik ebeveynlik

Demokratik ebeveynlik, kabul edilebilir ve kabul edilemez davranışların açıkça belirtildiği, çocuklara karşı saygılı, destekleyici ve güven verici bir tutumu içerir (Çağdaş, 2002). Çocuklar bu sınırlar içinde özgürdür ve tanınırlar (Seçer, Çeliköz ve Songül, 2008). Bu tarzı benimseyen ebeveynler açık iletişimi teşvik eder, çocukların ebeveynlerinkinden farklı olsa bile fikirlerini ve duygularını ifade etmelerine izin verirler. Davranışları yönlendirmek için akıl yürütme ve tartışma yöntemlerini kullanırlar ve koydukları kurallar için açıklamalar yaparlar. Seçenekler sunarlar ve çocukları karar alma süreçlerine dahil ederek özerklik ve eleştirel düşünmenin gelişmesine yardımcı olurlar (Maccoby ve Martin, 1983; Maccoby, 2001). Çocuklarına geri bildirim sağlarlar ve çocuklarının olumlu davranışlarını pekiştirirler (Pektaş ve Demircioğlu, 2017). Örneğin; demokratik bir ebeveyn, çocuğun görüşlerini dikkate alarak ve sağlıklı bir rutini koruyan bir uzlaşmaya vararak çocuğuyla yatma saatini müzakere edebilir.

Bu yaklaşım, çocuklarda bağımsızlık ve karar verme becerilerini geliştirir. Disiplin ile beslemeyi dengeleyerek çocuğun sosyal ortamlarda başarılı olmasını ve yeni zorluklara güvenle uyum sağlamasını teşvik eder. Mantıklı talepler ve yönergeler belirlenir, çocuğun uyumu beklenmesine rağmen sıcaklık, kabul ve cesaretlendirme de

sunulur (Berg, 2011). Demokratik ebeveynler, çocuklarını sosyal olarak kabul gören ve kendileriyle bütünleşmiş yetişkinlere dönüşmelerine yardımcı olacak şekilde iyi disipline eder ve desteklerler (Bibi vd., 2013). Araştırmalar, demokratik ebeveynler tarafından yetiştirilen çocukların daha yüksek akademik performans, daha iyi duygusal düzenleme ve daha güçlü sosyal beceriler sergileme eğiliminde olduğunu göstermektedir (Maccoby ve Martin, 1983; Maccoby, 2001).

2.12.2. Otoriter ebeveynlik

Otoriter ebeveynlikte katı kurallar ve yüksek beklentiler söz konusudur ve çocuğun fikirleri çok dikkate alınmaz. İletişim tipik olarak tek yönlüdür: ebeveynden çocuğa. Otoriter ebeveynler disiplini ceza gibi önlemlerle uygular ve açıklama yapmadan itaat talep ederler. Bu nedenle aile atmosferinde hoşgörüsüzlük ve anlayışsızlık hakimdir (Yavuzer, 1994). Çocuğun bağımsızlığını ve kendini ifade etmesini kısıtlamak için ipler, komutlar, fiziksel güç, sevgiyi geri çekme gibi güç gösterici yöntemler kullanırlar (Zupančič, Podlesek ve Kavčič, 2004). Sevgiyi başarı ile ilişkilendirmeye meyilli olabilirler ve beslemeleri sınırlıdır (Berg, 2011). Örneğin; otoriter bir ebeveyn, çocuğun ilgi alanlarına veya tutkularına bakmaksızın, çocuğu için belirli bir üniversite bölümünde ısrar edebilir.

Bu ebeveynlik tarzı, itaatkâr ve kurallara uyan çocuklar yetiştirir, ancak bu durum aynı zamanda yaratıcılığı ve bağımsızlığı da bastırabilir. Otoriter ailelerde yetişen çocuklar daha yüksek düzeyde kaygı ve daha düşük düzeyde öz saygıya sahip olabilirler ve yetişkinlikte karar verme ve sosyal etkileşim konularında zorlanabilirler (Maccoby ve Martin, 1983; Maccoby, 2001).

2.12.3. Aşırı koruyucu ebeveynlik

Aşırı koruyucu ebeveynlik, çocuğun hayatı üzerinde aşırı ilgi ve kontrolü içerir ve genellikle onları zarardan, rahatsızlıktan veya başarısızlıklardan koruma arzusundan kaynaklanır. Aşırı korumacı ebeveynler, çocuklarının zorluklarla kendi başlarına yüzleşmelerine izin vermek yerine sorunları onlar için çözebilirler (Maccoby ve Martin, 1983; Siegel ve Hartzell, 2013). Çocuğa yaşına uygun sorumluluklar vermekten kaçınırlar, çocuğun yeteneklerine gelişimsel sürecini engelleyecek şekilde müdahale ederler ve çocuklarını ayrı bir birey olarak kabul etmezler. Çocuğu kendi bireysel ihtiyaçlarını ve isteklerini karşılayamayacak ya da dile getiremeyecek durumda görme

eğilimindedirler ve çocuğu her zaman korunması gereken biri olarak görürler. Bazı teorisyenler, bu tür ebeveynliğin Türk kültüründe oldukça baskın olduğunu, çünkü Türkiye’de nesiller boyunca aktarılan kültürel ebeveynlik önermelerinin ebeveynleri çoğunlukla bakım ve sıcaklığı kontrol ve sınırlardan ayıramayacakları bir konuma ittiğini savunmaktadır (Kağıtçıbaşı ve Üskül, 2008). Örneğin; aşırı koruyucu bir ebeveyn okulda yaşanan küçük bir anlaşmazlığı çocuğun kendi başına halletmesine izin vermek yerine doğrudan müdahale edebilir.

İyi niyetli olsa da aşırı koruma, çocuğun dayanıklılık ve öz yeterlilik geliştirme becerisini engelleyebilir. Aşırı korumacı ortamlarda yetişen çocuklar riskten kaçınabilir, başa çıkma becerileri açısından daha zayıf olabilir ve alışılmadık durumlarda artan kaygı yaşayabilir (Maccoby ve Martin, 1983; Robinson vd., 1995; Maccoby, 2001).

2.12.4. İzin verici ebeveynlik

Genellikle hoşgörülü olarak tanımlanan izin verici ebeveynler, önemli ölçüde öz düzenlemeye izin verir ve zorluklarla yüzleşmekten kaçınırlar. Çok az kural ve sınır koyarlar ve genellikle besleyici ve iletişimseldirler. İzin verici ebeveynler genellikle çocuk merkezlidir, ancak çocuklarının davranışlarının olumsuz sonuçlarıyla yüzleşmelerine izin vermezler. Çocuklar ailenin tam merkezindedir ve diğer tüm üyeler sorgulamadan çocuğun taleplerini yerine getirir. Başka bir deyişle, sınırlar yoktur ya da davranış standartları çocuğun taleplerine göre belirlenir. Çocuğun nasıl davranacağını tahmin etmek zorlaşır. Besleyici ve kabul edici olmalarına rağmen, talep ve kontrol dayatmazlar (Zupančič, Podlesek ve Kavčič, 2004). Çocuklarına karşı beklentileri yoktur ve çocuklarını arkadaş olarak görme eğiliminde olabilirler, bu da ebeveynler ve çocuklar arasındaki sınırları bulanıklaştırır (Berg, 2011). İzin verici bir ebeveyn, daha çok çocuğun anlık mutluluğuna veya kendi rahatlığına odaklanarak yatma saatlerini, beslenme kurallarını veya ev ödevi programlarını göz ardı edebilir (Rossman ve Rea, 2005).

İzin verici ebeveynlik çocuklarda yaratıcılığı ve kendini ifade etmeyi teşvik edebilse de kötü sağlık alışkanlıklarına ve davranış sorunlarına yol açabilir. İzin verici ebeveynlere sahip çocuklar öz disiplin, otorite ve sosyal sınırlarla mücadele edebilir, bu da potansiyel olarak okulda ve daha sonraki sosyal ilişkilerde sorunlara yol açabilir (Maccoby ve Martin, 1983; Robinson vd., 1995; Maccoby, 2001; Grolnick, 2002; Siegel ve Hartzell, 2013).

2.13. Çocuk Gelişiminde Ebeveyn Tutumlarının Önemi

Ebeveynlerin çocuklarını yetiştirirken benimsedikleri tutumlar, çocuklarının psikolojik, sosyal ve duygusal gelişimlerini önemli düzeyde etkiler. Ebeveynlik tarzları, çocukların duygularını düzenlemeyi, stresle başa çıkmayı, ilişkiler kurmayı ve çevrelerini yönlendirmeyi nasıl öğrendiklerini etkiler. Etkili ebeveynlik, çocukların sağlıklı gelişimi için önemli olan güvenli ve istikrarlı bir ortamı teşvik eder. Dahası, ebeveyn tutumları çocuğun öz saygısını ve dünyaya ilişkin algılarını güçlendirebilir veya zayıflatabilir. Sağlıklı çocuk gelişimi ile uyumlu ebeveynlik stratejilerini anlamak ve uyarlamak, çocukların yaşamlarında daha iyi sonuçlar sağlayabilir.

Özetle, ebeveynlik için herkese uyan tek bir yaklaşım olmasa da kişinin ebeveyn tutumlarının etkisinin farkında olması çok önemlidir. Duyarlılığı uygun disiplinle dengelemek, bağımsızlığı teşvik ederken destek sağlamak ve açık iletişimi teşvik etmek, çok yönlü, yetenekli ve dirençli çocuklar yetiştirmeye katkıda bulunan temel stratejilerdir (Maccoby ve Martin, 1983; Robinson vd., 1995; Maccoby, 2001; Grolnick, 2002; Siegel ve Hartzell, 2013).

Kekemeliğin ebeveynlerin çocuklarıyla olan etkileşim tarzlarını etkileyebileceği bilinmektedir (Meyers ve Freeman, 1985a; 1985b; Kloth vd., 1995). Ebeveynlerin çocuğa yönelik tutumu, çocuğun gelişim basamaklarını etkileyeceği gibi, ebeveynin genel tutumu ve kekemelik anlarındaki tutumu çocuğun kekemelik sürecini etkileyebilir. *Demokratik tutum sergileyen ebeveynler*, çocuklarıyla destekleyici bir diyaloga girerek onları duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmeye teşvik edebilir. Bu yaklaşım, çocuğun kekelese de duyulduğunu, dinlendiğini hissettiren destekleyici bir ortam sunar. Bu ebeveynler genellikle çocuklarını terapiler ve sosyal aktiviteler hakkında karar verme süreçlerine dahil eder, bu da çocuğun güvenini ve özerkliğini geliştirmeye yardımcı olur. *Otoriter tutum sergileyen ebeveynler*, kekemeliği kontrol etmek amacıyla katı kurallar koyarak otoriter bir tutumla yanıt verebilir. Bu, disiplinin durumu iyileştirebileceğine dair yanlış bir algıdan kaynaklanıyor olabilir. Böyle bir yaklaşım çocuklarda kaygının artmasına neden olabilir ve bu da kekemeliği olumsuz etkileyebilir. *Aşırı koruyucu tutum sergileyen ebeveynler*, çocuklarının alay edileceğinden veya reddedileceğinden korkabilir. Bu koruyuculuk, bazen çocuğun iletişim kurması gereken sosyal durumlarla başa çıkmasını engelleyebilir. Koruyuculukta amaç, çocuğu potansiyel olumsuz deneyimlerden korumaktır; ancak bu, çocuğun başa çıkma mekanizmaları ve dayanıklılık geliştirme becerisini istemeden engelleyebilir. *İzin verici tutum sergileyen ebeveynler*,

çocuğa kekemeliği konusunda baskı yapmama arzusuyla bu yaklaşımı benimseyebilir. Bu, çocuk için stresi bir miktar azaltabilirken, çocuğun davranış sorunları geliştirmesine, etkili iletişim becerileri kazanımı ve terapiye uyum konularında zorluklara yol açabilir.

Uygulanan ebeveynlik tarzı genellikle ebeveynlerin kekemeliğe yönelik duygusal tepkilerinden, durumu algılayış şekillerinden ve çocuklarını desteklemenin en iyi yolu hakkındaki inançlarından kaynaklanır. Araştırmalar, dengeli, destekleyici ve demokratik bir yaklaşımın, çocukların kekemeliği etkili bir şekilde yönetmelerine yardımcı olmada en faydalı olma eğiliminde olduğunu göstermektedir. (Kaufmann vd., 2000; Ramig ve Dodge, 2009; Ramaekers vd., 2011; Siegel ve Hartzell, 2013). Ebeveynlerin çocuklarına yönelik tutumlarını ve çocuklarıyla olan etkileşimlerini etkileyen önemli faktörlerden birinin de artan kaygı ve stres düzeyleri olduğu söylenebilir. Ebeveynlerin yaşadığı kaygı, aile dinamiklerini etkileyebilir. Bu nedenle, okul öncesi kekemelik terapilerinde kekeleyen çocukların ebeveynlerinin genel kaygı düzeylerinin de ele alınarak azaltılması oldukça önemlidir.

2.14. Kaygı

Kaygı, bireyin günlük faaliyetlerine müdahale edecek kadar güçlü endişe veya korku duygularıyla karakterize yaygın bir psikolojik durumdur. Tipik olarak sinirlilik, huzursuzluk veya gerginlik içerir ve genellikle kalp atış hızında artış, terleme, titreme, yorgunluk, uyku bozukluğu, zihin bulanıklığı, konsantrasyon güçlüğü veya gastrointestinal problemler gibi semptomlar içerir (Munir ve Takov, 2017; Feng, Xu ve Lei, 2023).

2.14.1. Durumluk ve sürekli kaygı

Kaygı, zamana göre “durumluk kaygı” ve “sürekli kaygı” olarak da kategorize edilebilir:

Durumluk Kaygı: Belirli durumlar tarafından tetiklenen geçici endişe duygularını ifade eder. Çevrede algılanan tehdide karşı verilen bir tepkidir ve geçici korku ve strese neden olur. Genel olarak o “an”daki kaygıyı değerlendirir. Ölçek tarafından değerlendirilen temel nitelikler, bir kişinin gerginlik, endişe ve kaygı duygularının yoğunluğunu içerir.

Sürekli Kaygı: Durumluk kaygının aksine, sürekli kaygı bir kişilik özelliğidir ve kişinin tipik ve istikrarlı duygusal tepki tarzını yansıtır. Yüksek sürekli kaygıya sahip bireyler, daha geniş bir yelpazedeki durumları tehdit edici olarak algılama ve daha düşük sürekli

kaygıya sahip olanlara göre daha sık ve yoğun bir şekilde kaygıyla tepki verme eğilimindedir. Ölçek kaygı yatkinlığındaki bireysel farklılıkları yani, özellikle benlik saygısına tehdit oluşturan sosyal durumlardaki genel kaygı eğilimini ölçer (Spielberger vd., 1971).

2.14.2. Kaygının günlük yaşam üzerindeki etkisi

Kaygı bireyin günlük yaşamını önemli ölçüde etkileyerek iş ve okul performansını, arkadaşlık ve aile ilişkilerini etkileyebilir. Belirli durumlardan ve ortamlardan kaçınmaya, konsantrasyon güçlüklerine, uyku bozukluklarına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilir. Kaygı, duygu düzenlemeyle ilgili zorluklar yaşatabilir, fiziksel sağlık sorunlarını şiddetlendirebilir ve depresyon gibi diğer ruh sağlığı bozukluklarıyla birlikte görülebilir (Quilty vd., 2003; Carl vd., 2014; Baldwin, Stein ve Hermann, 2018).

2.14.3. Kekeleyen çocukların ebeveynlerinde kaygı

Kekeleyen çocukların ebeveynleri, kekelemeyen çocukların ebeveynlerine göre daha yüksek düzeyde durumluk kaygı ve sürekli kaygı yaşayabilirler (Zenner vd., 1978; Abalı vd., 2003). Durumluk kaygıları, çocuklarının kekemeliğinin şiddetlendiği veya kekemeliğin çocuk için olumsuz sonuçlara yol açabileceği durumlarda ve anlarda artabilir. Ebeveynlerdeki sürekli kaygı ise çocuklarının kekemeliği ile uzun vadede nasıl başa çıkacaklarını etkileyebilir. Araştırmalar, kekeleyen çocukların ebeveynlerinin, çocuklarının sosyal ve akademik başarısı, zorbalığa maruz kalması, genel refahı ilgili endişeler ve zor durumları yönetme stresi nedeniyle yüksek düzeyde genel kaygı yaşayabileceğini göstermektedir. Kekemeliğin iniş çıkışlı doğası ve ortaya çıkışının öngörülemeyen durumları, ebeveynlerin stres tepkilerini ve genel ruh sağlıklarını etkileyerek kaygı düzeylerini yükseltebilir (Carroll, 2010; Millard ve Davis, 2016; Tumanova vd., 2018).

Yüksek düzeyde sürekli kaygıya sahip ebeveynlerin, durumları stresli veya tehdit edici olarak algılama olasılığının daha fazla olduğu ve bunun da çocuklarının kekemeliğine verdikleri tepkileri şiddetlendirebileceği ve olumsuzlaştırabileceği bilinmektedir. Araştırmalar, kekeleyen çocukların ebeveynlerinin, kekelemeyen çocukların ebeveynlerine göre daha yüksek kaygı düzeylerine sahip olmalarının ebeveynlik tarzlarını ve aile dinamiklerini etkileyebileceğini göstermektedir. Kekemelik, ebeveynlerdeki kaygı düzeyini artırarak aşırı korumacılık, artan ebeveyn stresi ve

muhtemelen daha kaygılı bir aile ortamı gibi sorunlara yol açabilir. Bu da çocuğun kekemeliğini, kaygı düzeyini ve gelişimini olumsuz etkileyebilir (Wagnon, 2019; Łukasz, 2020; Bernard, Hofslundsengen ve Frazier Norbury, 2022; Carey, Erickson ve Block, 2023). Ayrıca, çocukluk çağı kekemeliğine genellikle ebeveynlerin güçlü suçluluk duyguları eşlik edebilir. Suçluluk duygusu genellikle kekemelik hakkındaki bilgi eksikliği, yanlış bilgi ya da ebeveynlerin çocuklarında kekemeliğin ortaya çıkmasına neyin sebep olduğuna dair altta yatan inançları veya tutumları ile ilgilidir (Zebrowski ve Schum, 1993). Dil ve konuşma terapistlerinin bu suçluluk duygusunu bir kaygı biçimi olarak kavramsallaştırması ve müdahale etmesi önemlidir (Schum, 1986).

Genel olarak, kekemelik yalnızca kekeleyen bireyleri etkilemekle kalmaz, aynı zamanda ailelerini, özellikle de ebeveynleri, artan kaygı ve stres açısından önemli ölçüde etkileyebilir ve bu da onların ruh sağlığını ve aile dinamiklerini etkileyebilir. Bu nedenlerle, okul öncesi kekemelik terapilerinde hem kekeleyen çocukların hem de ebeveynlerinin kekemeliğe yönelik kaygı düzeylerinin azaltılması oldukça önemlidir. Kaygı düzeyini azaltma ve sürecin duygusal yönetiminin sağlanması, kekeleyen çocukların ve ebeveynlerinin duygusal dayanıklılığının artırılması ile sağlanabilir.

2.15. Duygusal Dayanıklılık (Resilience)

Duygusal dayanıklılık, bir bireyin psikolojik sağlığını korurken stres ve zorluklara uyum sağlama yeteneğini ifade eder. Statik olmaktan daha çok, dinamik bir sistem ve her biri kişisel, gelişime ve büyümeye açık, gerilimleri kabul edilebilir sınırlar içinde dengeleyen bir “denge tahtası” üzerinde var olabilme kapasitesini tanımlar. Kişinin duygularını yönetmesini, olumsuzluklardan daha çabuk toparlamasını ve zorlukların üstesinden gelmek ve istenen sonuçları elde etmek için olumlu duyguları kullanmasını içerir (Reivich ve Shatte, 2003; Karoly ve Ruehlman, 2006). Hem kontrolümüz dahilinde hem de kontrolümüz dışında birçok faktör duygusal dayanıklılığa katkıda bulunur. Bunlar arasında belirli kişilik özellikleri ve toplum yer alır. Dayanıklılığı artırabilecek kişilik özellikler arasında, iyimser bir bakış açısına yatkınlık sağlayan yüksek dışadönüklük ve açıklık ile birlikte düşük nevrotiklik yer alır. Bu özelliklere sahip kişiler hayata coşku ve enerjiyle yaklaşırlar; meraklı ve yeni deneyimlere açıktırlar ve genellikle kendilerini bir durumun kurbanı olarak değil, kontrol sahibi olarak görürler (Fredrickson vd., 2003).

2.15.1. Duygusal dayanıklılığın insan yaşamındaki önemi

Öz farkındalık, derinlemesine düşünme, kişisel gelişim, iyimserlik veya olumlu düşünme ve bilişsel esneklik gibi kişisel faktörler dayanıklılığı güçlendirmek için geliştirilebilir ve insanlar kendilerine en uygun olanları seçebilirler. Bazı insanlar diğerlerine göre doğal olarak daha dayanıklıdır, ancak en güçlü olanlar bile kontrolleri dışındaki faktörler ve duygusal tepkilere dahil olan çeşitli dinamik ve karmaşık sistemler nedeniyle bazen zorlanabilirler (Bennett, 2015). Duygusal dayanıklılık insan hayatında çeşitli nedenlerden dolayı çok önemlidir:

Stres yönetimi: Dayanıklı bireyler stresle daha iyi başa çıkabilir, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunları yaşama riskleri daha azdır.

Zorlukları atlatma: Duygusal dayanıklılığı yüksek kişiler, başarısızlık, kayıp veya travma gibi hayatın zorluklarını daha çabuk atlatabilir ve hedeflerinin peşinden gitmeye devam edebilirler.

Genel refah: Duygusal dayanıklılık, bireyin zor durumlarla etkili bir şekilde başa çıkma becerisini artırarak daha fazla mutluluk ve yaşam memnuniyetine katkıda bulunur.

İlişkiler: Dayanıklı bireyler kişiler arası çatışmaları yönetme ve güçlü ilişkiler sürdürme konusunda daha iyidir (Thomsen, 2002; Graham, 2013; Schwarz, 2018).

2.15.2. Çocuklarda ve yetişkinlerde duygusal dayanıklılık

Çocuklarda duygusal dayanıklılık oluşturmak, onlara duygularıyla başa çıkmayı, zorluklarla güvenle yüzleşmeyi ve hayal kırıklıklarından kurtulmayı öğretmeye odaklanır. Problem çözme, duygusal düzenleme ve gerektiğinde yardım isteme gibi becerileri içerir. Örneğin; bir sınavda başarısız olan bir çocuğa, bunu yeteneklerinin kesin bir ölçüsü olarak görmek yerine, öğrenmek ve gelişmek için bir fırsat olarak görmesi öğretilir. Bu, çocuğun duygusal dayanıklılığı geliştirir. Duygusal dayanıklılığı yüksek olan bir çocuk bir spor oyununu kazanamadığında pes etmek yerine, bir sonraki oyun için daha çok çalışmaya odaklanabilir. Çocuklarda duygusal dayanıklılık sağlıklı gelişim için gereklidir (Prince-Embury ve Saklofske, 2012; Bradshaw, 2019). Duygusal dayanıklılık öğrenmeyi geliştirir. Dayanıklı çocukların akademik zorlukları aşma ve okuldaki aksiliklerle baş etme olasılığı daha yüksektir. Çocuklarda duygusal dayanıklılık sosyal becerileri etkiler. Çocukların sosyal etkileşimleri yönlendirmelerine ve güçlü arkadaşlıklar kurmalarına yardımcı olur. Çocukların adapte olma yeteneğini geliştirir. Duygusal dayanıklılığa sahip çocuklar, yeni bir okula geçiş yapmak veya aile sorunlarıyla

baş etmek gibi değişikliklere daha iyi uyum sağlar. Örneğin; zorbalığa maruz kalan ve öz saygısını korumayı başaran ve yeni arkadaşlar edinmeye açık olan bir çocuğun duygusal dayanıklılığının iyi olduğu söylenebilir (Brooks ve Goldstein, 2001; Joseph, 2007). Çocuklara büyürken sevgi dolu, sağlıklı ve destekleyici bir ortam sağlamak, onları tekrarlanan yönetilemez strese maruz bırakmaktan kaçınmak ve kritik yaşam stresörlerine karşı ustalık geliştirmeleri ve stres yönetimi için onlara yaşam zorluklarını kucaklayıp üstesinden gelme şansı sunmak çok önemlidir (Southwick ve Charney, 2012). Başarılı ebeveynlik, çocukları dayanıklılığı teşvik eden bir ortamda yetiştirmeye ve yönetilemez stres tepkisinin ortaya çıkmasını en aza indirmeye yardımcı olabilmelidir (Wu vd., 2013).

Yetişkinler için duygusal dayanıklılık genellikle iş stresi, aile sorumlulukları ve sağlık sorunları da dahil olmak üzere hayatın daha geniş zorluklarına uyum sağlamaya dayanır. Duygusal dayanıklılığa sahip yetişkinlerin iş kaybını kişisel bir başarısızlık yerine, kariyer gelişimi veya yeni bir yol için fırsat olarak görmeleri muhtemeldir (Reiche, Zautra ve Hall, 2010; Prince-Embury ve Saklofske, 2012). Yetişkinlerde duygusal dayanıklılık, mesleki (iş kaybı, kariyer değişikliği vb.), kişisel (sağlık sorunları, yakının kaybı vb.) ve günlük streslerin (ev ve iş hayatı dengesi, finansal yönetim vb.) üstesinden gelmek için önemlidir (Reiche, Zautra ve Hall, 2010).

Duygusal dayanıklılık, insan psikolojisinin kişisel ve sosyal işleyişini önemli ölçüde etkileyen dinamik ve çok yönlü bir yönüdür. Duygusal dayanıklılığın geliştirilmesi, çeşitli alanlarda ve yaşamın farklı aşamalarında yaşam kalitesini artırır (Reivich ve Shatte, 2003). Kekemelik terapilerinde, kekeleyen çocukların ve ebeveynlerinin kekemeliğe yönelik duygusal dayanıklılıklarının artırılması kekemeliğe yönelik duyarsızlaştırma çalışmaları ile sağlanabilir.

2.16. Kekemelik Terapilerinde Duyarsızlaştırma Tekniğini Kullanan Araştırmalar

Duyarsızlaştırma uzun süredir kekeleyen yetişkinlerde, son yıllarda da kekeleyen çocuklarda bir terapi stratejisi olarak kullanılmaktadır ve kekemeliğin duygusal ve psikolojik bileşenlerini ele alarak kekemelik müdahalelerinin genel etkinliğini önemli ölçüde artırmaktadır (Guitar, 2013). BDT'nin çocuklarla kullanımına ilişkin kanıtlar giderek artmaktadır (Kelman ve Wheeler, 2015). Cheasman, Everard ve Simpson (2013), duyarsızlaştırmanın uzun vadeli hedeflerini “kekemeliğe yönelik daha açık ve kabullenici olma ve kekemeliğe ilgili olumsuz duyguların azalması” olarak tanımlamıştır.

İk okul çocuklarında, kekemeliğe yönelik daha kısa olumsuz pekiştirme geçmişi nedeniyle, yetişkinlere göre daha az kararlı kalıplar varsayılabilir. Buna ek olarak, çocukların korku tepkileri çevredeki destekleyici davranışlarla daha kolay azaltılabilir (Schneider, Kohmaescher ve Sandrieser, 2023). Yetişkinler için duyarsızlaştırma süreci, çocuklara göre daha uzun olabilir ve daha çok konuyu içerebilir (Van Riper, 1973).

Boudreau ve Jeffrey (1973), kekeleyen 8 erkek vakayla 10 seanslık sistematik duyarsızlaştırma terapisi yürütmüştür. Terapi öncesi ve terapi sonrası değerlendirmeleri dört görev üzerinde yapmışlardır: tek başına okuma ve konuşma, bir kişi eşliğinde okuma ve konuşma. Tüm ölçümlerde kekelenen kelimelerin yüzdesinde önemli bir düşüş elde edilmiştir. Karşılaştırdıkları 4 kontrol vakasında ise belirgin bir değişiklik bulunmamıştır. Sağlanan ilerleme terapi bitiminden 20 ay sonraki izleme değerlendirmesinde de korunmuştur.

Menzies vd. (2008), kekeleyen yetişkinlerde sosyal fobi oranını incelemek, konuşmayı yeniden yapılandırma terapisinin sosyal kaygı üzerindeki etkilerini incelemek ve sosyal kaygıya yönelik BDT paketinin kaygı ve kekemelik üzerindeki etkilerini incelemek için bir araştırma yürütmüşlerdir. Kronik kekemeliği olan 32 yetişkin, BDT paketini takiben konuşma yeniden yapılandırması veya yalnızca konuşma yeniden yapılandırması almak üzere rastgele atanmıştır. Grubun yüzde altmışına sosyal fobi tanısı konulmuştur. Sonuçta, 12 aylık takipte konuşmayı yeniden yapılandırma terapisinin tek başına sosyal fobi üzerinde etkisi olmadığı görülmüştür. Takip sırasında, BDT alan katılımcılarda sosyal fobi görülmemiştir ve kaygı ve kaçınmaya ilişkin psikolojik ölçümlerde kontrol grubuna göre daha büyük ilerlemeler görülmüştür. Öte yandan, BDT paketinin sosyal fobisi olanların konuşma sonuçlarında herhangi bir farklılık yaratmadığı bulunmuştur. BDT terapisinin psikolojik işlevsellikte anlamlı ve kalıcı iyileşmeler sağladığı ancak akıcılığı artırmadığı belirtilmiştir.

Amster ve Klein (2008) yaşları 27 ile 56 arasında değişen 8 yetişkin üzerinde yaptıkları çalışmada BDT'nin özellikle toplum içinde ve telefonda konuşurken kekemeliği azaltmada etkili olduğunu bildirmişlerdir. Terapi aynı zamanda konuşma sırasında özgüvenlerini geliştirmede, kekemeliği kabul etmede ve spontan konuşmada da etkili olmuştur.

Reddy ve Sharma (2010), kekemelik ve işlevsiz biliş semptomlarını azaltmada ve kekemeliği olan 5 vakada atılganlığı artırmada BDT'nin etkinliğini incelemek için bir araştırma gerçekleştirmiştir. Bireysel analiz sonuçları, BDT stratejilerinin kekemeliğin

şiddetini, kaygıyı, işlevsel olmayan tutumu azaltmada ve atılganlığı ve yaşam kalitesini artırmada etkili olabileceğini göstermiştir.

Lundskog Sjöberg (2012), kekelemik terapisinde BDT tekniklerini terapötik bir araç olarak kullanmanın faydalarını vaka çalışmasıyla incelemiştir. Kekeleyen kadın vakaya, 10 seans ve 5 ek seanstan oluşan bir terapi uygulanmıştır. Vakanın terapi sonuçlarına ilişkin deneyimleri üç farklı zamanda elde edilmiş ve sonuncusu, son seanstan üç buçuk yıl sonradır. BDT stratejilerinin kekemeliğe bağlı sosyal ve kaygı sorunlarının şiddetini azaltmada, işlevsel olmayan tutumu azaltmada, atılganlığı artırmada ve yaşam kalitesini artırmada etkili olabileceğini göstermiştir.

Ansari, Gorji ve Shafie (2013), kekeleyen yetişkinlerde kekelemik ve kaygı şiddetini azaltmada Bilişsel Davranış Terapisi (BDT) ile konuşma terapisinin etkisini araştırmıştır. Çalışmada, ön-test ve son-test kontrol gruplarının yer aldığı yarı deneysel bir tasarım kullanılmış ve 24 danışan dahil edilmiştir. Ölçüm araçları Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı (Stuttering Severity Instrument (SSI4)) ve Beck Depresyon Envanteri'dir. Katılımcılara bireysel olarak 45 dakikalık 10 seans dil ve konuşma terapisi ve 90 dakikalık 10 grup seansı BDT uygulanmıştır. Bulgular, BDT ile konuşma terapisinin kekemeliği ve kaygı şiddetini azalttığını göstermiştir.

Berquez ve Kelman (2018), kekeleyen çocuğu olan ebeveynlerin terapi sürecine dahil edilmesinin mantığı ve faydasını ve ebeveynleri duyarsızlaştırmak için kekelemik terapisinde kullanılan bir dizi yöntemi tanımlamıştır. Çocuklara uygulanan terapiyle birlikte ebeveynlerle grup ve bireysel terapide aktiviteler yürütülmüştür. Duyarsızlaştırma faaliyetlerinin çocuklarının kekemeliğine yönelik duygusal tepkilerini tanımlarına ve yönetmelerine yardımcı olduğunu, ebeveynlerin çocuklarının kekemeliğini yönetme konusunda daha bilgili ve kendinden emin hissettiklerini ve çocuğun terapide ilerlemesini artırdığını ifade etmişlerdir.

Nnamani vd. (2019), kekeleyen ergenlerde konuşma kaygısını azaltmak için bilişsel davranışçı dil terapisi programının etkililiğini değerlendirmişlerdir. Katılımcılar terapi grubuna veya kontrol grubuna randomize edilmiştir. Speech Anxiety Thoughts Inventory (Konuşma Kaygısı Düşünce Envanteri) ölçümleri, terapi grubuna 12 haftalık 24 grup oturumundan önce ve sonra kaydedilmiştir. Kontrol grubuna herhangi bir terapi uygulanmamıştır. Sonuçlar, bilişsel davranışçı dil terapisi programının kontrol grubuyla karşılaştırıldığında kekeleyen ergenler arasında konuşma kaygısını önemli ölçüde azalttığını göstermiştir.

3. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın deseni, katılımcıları, veri toplama araçları, verilerin toplanma süreci, uygulanan duyarsızlaştırma terapisi, uygulama güvenilirliği ve verilerin analizine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Deseni

Çalışma kapsamında okul öncesi (3-6 yaşlarında) kekeleyen çocukların ebeveynlerinin duyarsızlaştırılması ile çocukların iletişim tutumlarının ve konuşma davranışlarının; ebeveynlerin kekemeliğe ilişkin duygu ve tutumlarının, genel tutumlarının ve kaygı düzeylerinin değişiminin incelenmesi hedeflenmiştir. Bu sayede, çocuğun gelişiminin tüm alanlarında kilit rol oynayan ebeveynlerin özellikle çocukluk çağı kekemelik terapilerinde sürece katılımının hem çocuk hem de ebeveynler için önemini vurgulanması amaçlanmıştır. Araştırmanın deseni, tek grup ön-test son-test deneysel desendir. Bu deneysel desende, seçkisizlik ve eşleştirme yoktur. Uygulamanın etkisi tek grup üzerinde alınan ölçümlerle değerlendirilir. Uygulama öncesinde deneklerin araştırmadaki bağımlı değişkenlere ilişkin ölçümleri alınır. Deneklere, etkisi araştırılan deneysel işlem uygulanır. Uygulamalar sonrasında deneklerin bağımlı değişkenlere ilişkin ölçümleri tekrar alınır. Uygulanan deneysel işlemin etkililiğini görmek amacıyla bağımlı değişkene ait ölçme sonuçları uygun analiz yöntemleriyle karşılaştırılır (Büyüköztürk vd., 2016). Araştırmada, ön-test, son-test ve izleme testi sonuçları karşılaştırılarak sonuçlar arasında anlamlı fark olup olmadığı ölçülmüştür. Araştırmanın bağımsız değişkeni kekeleyen çocukların ebeveynlerine uygulanan duyarsızlaştırma terapisi; bağımlı değişkenleri ise Kiddy CAT-TR, Kekemelik İçin Anne-Baba Tanısal Ölçeği-Türkçe (KA-BTÖ-T), Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ) ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği araçlarından alınan sonuçlardır.

3.2. Katılımcılar

Araştırmaya İzmir ilinde yaşayan okul öncesi kekeleyen 20 çocuk ve ebeveynleri dahil edilmiştir. Çocukların yaşları 3-6; annelerin yaşları 28-43; babaların yaşları 31-50 arasında değişmektedir. 9 çocuğun kardeşi bulunmakta; 11 çocuğun kardeşi bulunmamaktadır. Annelerin 13'ü lisans, 7'si lise mezunu; babaların 10'u lisans, 10'u lise mezunudur. Katılımcılara kişisel ve sosyal ağlar ve Kekemeler Derneği aracılığı ile

erişilmiştir. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.1. *Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine ve bağımsız değişkenlere göre dağılımı*

Grup	Değişkenler	n	%	
Çocuk	Cinsiyet	Erkek	12	60.0
		Kız	8	40.0
	Yaş	4 yaş ve altı	12	60.0
	($\bar{X} \pm SS$, 4.25 $\pm$ 1.16)	4 yaş üstü	8	40.0
	Kardeş varlığı	Var	9	45.0
	Yok	11	55.0	
Toplam		20	100.0	
Anne	Cinsiyet	Kadın	20	100.0
	Yaş	34 yaş ve altı	13	65.0
	($\bar{X} \pm SS$, 34.45 $\pm$ 4.49)	34 yaş üstü	7	35.0
	Eğitim durumu	Lise	7	35.0
		Üniversite	13	65.0
Toplam		20	100.0	
Baba	Cinsiyet	Erkek	20	100.0
	Yaş	38 yaş ve altı	11	55.0
	($\bar{X} \pm SS$, 38.40 $\pm$ 6.18)	38 yaş üstü	9	45.0
	Eğitim durumu	Lise	10	50.0
		Üniversite	10	50.0
Toplam		20	100.0	

Tablo 3.1’de görüldüğü gibi çocukların %60’ının (n=12) erkek, %40’ının (n=8) kız olduğu görülmektedir. Çocukların %60’ı (n=12) 4 yaş ve altında, %40’ı (n=8) ise 4 yaşın üzerindedir. Çocukların %45’inin (n=9) kardeşinin olduğu, %55’inin (n=11) ise kardeşinin olmadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin %65’i (n=13) 34 yaş ve altında, %35’i (n=7) 34 yaşın üzerindedir. Annelerin eğitim düzeyine göre dağılımı incelendiğinde, %35’inin (n=7) lise, %65’inin (n=13) üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan babaların %55’i (n=11) 38 yaş ve altında, %45’i (n=9) 38 yaşın üzerindedir. Babaların eğitim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, %50’sinin (n=10) lise, %50’sinin (n=10) üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

İstatiksel analizlerde yaşlar arasındaki farkın analizi için çocukların, anne ve babalar yukarıda yazılan yaş ortalamaları göz önünde bulundurularak gruplara ayrılmıştır.

Katılımcıların araştırmaya dahil edilmesi için bazı kriterler göz önünde bulundurulmuştur. Dahil etme kriterleri şunlardır:

- Çocukların belirtilen yaş kriterlerini sağlaması (3-6 yaş)
- Çocukların kekemeliğinin en az 6 ay önce başlamış ve devam ediyor olması
- Çocukların kekemelik dışında başka dil ve konuşma bozukluğu (TEDİL sonuçlarına göre) ve gelişimsel gecikme öyküsüne (AGTE sonuçlarına göre) sahip olmaması
- Ebeveynlerin kekemeliğinin olmaması
- Ebeveynlerin daha önce kekemelikte duyarsızlaştırma terapisi almamış olması
- Çalışmaya katılım döneminde çocukların ve/veya ebeveynlerin herhangi bir uzmanlık hizmeti (medikal, psikolojik vb.) almıyor olması
- Çocukların ve ebeveynlerin anadilinin Türkçe olması.

Çalışmaya 31 çocuk ve ebeveynleri başvurmuş ancak 9 çocuk ve/veya ebeveynleri dahil edilme kriterlerini karşılamadıkları için dahil edilmemişlerdir. 1 baba seanslar süresince istenen uygulamaları yapmak istemediği ve 1 aile de şehir dışına taşındığı için 2 aileden alınan veriler de dahil edilmemiştir. Araştırmada, terapi sürecini tamamlayan ve izleme değerlendirmelerine katılan 20 çocuk ve ebeveynlerinden alınan ölçümler kullanılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma uygulama izni için Anadolu Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kuruluna başvurulmuştur. 26.09.2022 tarihli 358198 protokol numaralı alınan etik kurul onayı ile araştırmaya başlanmıştır (EK-1). Araştırmaya katılım öncesinde çocukların ebeveynlerine çalışmanın detayları sunularak gönüllü katılım formu / veli onam formu doldurtulmuştur (EK-2).

Verilerin toplanması için bazı ölçekler, testler ve envanterler kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları şunlardır:

Tablo 3.2. *Araştırmada kullanılan veri toplama araçları*

Veri Toplama Aracı	Kullanım Amacı
Kiddy CAT-TR: Kekeleyen Okul Öncesi Çocukları İçin İletişim Tutum Testi (Oral vd., 2022)	Çocuğun iletişimine yönelik tutumu
Kekemelik İçin Anne-Baba Tanısal Ölçeği-Türkçe (KA-BTÖ-T) (Torun, Çiyiltepe ve Çevikaslan, 2016)	Çocuğun konuşma davranışları, konuşma davranışlarına ilişkin anne-baba kaygıları ve tutumları
Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ) (Karabulut Demir ve Şendil, 2008)	Ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumları
Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (Öner ve Le Comte, 1983)	Ebeveynlerin kaygı düzeyi
Türkçe Erken Dil Gelişimi Testi (TEDİL) (Güven ve Topbaş, 2014)	Çocukların alıcı ve ifade edici dil becerileri düzeyleri
Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) (Erol, Sezgin ve Savaşır, 1993)	Çocukların gelişim düzeyleri
Sosyal Geçerlik Formu	Ebeveynlerin memnuniyet düzeyleri ve görüşleri

Kiddy CAT-TR, KA-BTÖ-T, ETÖ ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ön-test, son-test ve izleme testi şeklinde üç kez; TEDİL ve AGTE ebeveynlere uygulanacak terapi öncesinde çocukların temel iletişim sorununun kekemelik olduğunun belirlenmesi ve dahil edilme kriterlerinin sağlanması amacıyla çocuklara bir kez, Sosyal Geçerlik Formu terapi bitiminde bir kez uygulanmıştır. Kiddy CAT-TR, KA-BTÖ-T ve ETÖ'nün kullanımı için araştırmacılarından gerekli izinler alınmıştır.

3.3.1. Kiddy CAT-TR: Kekeleyen Okul Öncesi Çocukları İçin İletişim Tutum Testi

Kiddy CAT (EK-3), bir iletişim tutumunu değerlendirme aracı olup, dil ve konuşma terapistlerine çocuğun iletişimine yönelik olumsuz bir tutum geliştirip geliştirmediğini belirlemede, ayırıcı tanıyı desteklemede, prognozu tahmin etmede, terapiye başlayıp başlamamaya karar vermede, belirli çocuklar için en uygun terapi zamanlamasında, terapinin yönüne ve türüne karar vermede ve terapinin etkili sonuçlar sağlayıp sağlamadığının izlenmesine yardımcı olmaktadır (Tomblin, Morris ve Spriestersbach, 2000; Vanryckeghem ve Brutten, 2007; Guttormsen, Kefalianos ve Næss, 2015; Brce ve Vanryckeghem, 2017; Millard, Zebrowski ve Kelman, 2018; Walsh vd., 2018). Orijinal

adı “Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children Who Stutter” olan değerlendirme aracı, Vanryckeghem ve Brutten tarafından geliştirilmiştir (Vanryckeghem ve Brutten, 2007). KiddyCAT farklı dillere çevrilmiş ve uyarlanmıştır ve kültürler arası araştırmalarda kullanılmıştır (Vanryckeghem, De Niels ve Vanrobaeys, 2015; Węsierska ve Vanryckeghem, 2015; Brce ve Vanryckeghem, 2017; Neumann vd., 2019). Bu çalışmalar, KiddyCAT’in kekeleyen çocukları, kekemeliği olmayan çocuklardan kendi iletişimlerine yönelik olumsuz tutumları açısından ayırt etme yeteneğine sahip olduğunu ve güvenilir ve geçerli bir araç olduğunu göstermektedir. KiddyCAT-TR’de çocuğa yöneltilen 12 evet/hayır sorusu bulunmakta ve çocuğun iletişim tutumu değerlendirilmektedir. Olumsuz yanıtlar “1” puan; olumlu yanıtlar “0” puan olarak değerlendirilmekte ve “0-12” arasında toplam puan elde edilmektedir. Toplam puan arttıkça çocuğun iletişim tutumunun daha olumsuz olduğu kabul edilmektedir. “7” puan ve üzeri çocuğun iletişimine yönelik tutumunun olumsuz olduğunu göstermektedir (Oral vd., 2022).

3.3.2. Kekemelik için Anne-Baba Tanısal Ölçeği (KA-BTÖ-T)

KA-BTÖ-T (EK-4), çocuğun konuşma davranışlarını, konuşma davranışlarına ilişkin anne-baba kaygılarını ve tutumlarını değerlendiren üç alt ölçek içermektedir. Orijinal adı “Stuttering Parental Diagnostic Questionnaire (S-PDQ)” olan değerlendirme aracı, Tanner tarafından geliştirilmiştir (Tanner, 1982). Özgün ölçeğin Türkçe çeviri, geri çeviri, anlaşılabilirlik ve amaca uygunluk çalışmaları Torun, Çiyiltepe ve Çevikaslan (2016) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 60 maddeden oluşan dördümlü Likert tipindedir. İlk bölüm olan “Konuşma Davranışları” alt ölçeğinde 24 madde; ikinci bölüm olan “Anababa Tutumu” alt ölçeğinde 20 madde; üçüncü bölüm olan “Anne-Baba Davranışı” alt ölçeğinde 16 madde bulunmaktadır. Her bölümde maddelere verilen puanlar “0-3” arasında değişmektedir. Ölçme işlemi her bölüm için ayrı olarak alınan toplam puanın yüzdelik puana dönüştürülmesiyle yapılmaktadır. KA-BTÖ-T’nin “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği”, “Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği” ve “Durumluk Kaygı Ölçeği” ile korelasyonuna bakılarak Türkçe sürümünün içerik geçerliliği de değerlendirilmiştir. Ölçeğin ebeveynlerin çocuklarının konuşma davranışları hakkındaki fikir ve tutumlarını bilmek, anne-baba ile terapistin iş birliğini sağlamak ve evden başlayarak birlikte daha uygun bir konuşma çevresi hazırlamak amacıyla terapistler tarafından kullanılabileceği belirtilmiştir.

3.3.3. Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ)

ETÖ (EK-5), anne ve babaların 2-6 yaş arasındaki çocuklarını yetiştirirken gösterdikleri ebeveynlik davranışlarının belirlenmesini sağlayan bir ölçektir. Karabulut Demir ve Şendil (2008) tarafından geliştirilen ölçeğin maddelerinin oluşturulması aşamasında, çocuk yetiştirme tutumları ile ilgili teorilerden yola çıkılmıştır. Ayrıca, ebeveyn tutum ve davranışlarını ölçmek amacıyla yurtdışında ve ülkemizde geliştirilmiş 9 farklı ölçekten (PARI (Parental Attitude Research Instrument), PSDQ (Parenting Styles and Dimensions Questionnaire), MFP (Mother-Father-Peer Scale), PARQ (Parental Acceptance-Rejection Questionnaire), CRPR (Child Rearing Practices Report), Ana-baba Tutum Ölçeği, Aile Tutum Envanteri, Ana-baba Tutum Envanteri, Çocuk Yetiştirme Stilleri Ölçeği) *Demokratik, Otoriter, Aşırı Koruyucu ve İzin Verici* ebeveyn tutumları tanımlarına uyan maddeler doğrudan ya da uyarlanarak alınmıştır. Ölçek, Demokratik, Otoriter, Aşırı Koruyucu ve İzin Verici olmak üzere 4 boyuttan ve 46 maddeden oluşmaktadır. 5'li Likert tipindedir (1 Hiçbir zaman böyle değildir- 5 Her zaman böyledir). Demokratik boyut için 17 madde; Otoriter boyut için 11 madde; Aşırı Koruyucu boyut için 9 madde ve İzin Verici boyut için 9 madde bulunmaktadır. Demokratik boyut; çocuğun ayrı bir birey olduğunu kabul etme, bağımsız bir kişilik geliştirmesi ve fikirlerini açıkça ifade etmesi için çocuğu teşvik etmeyi içermektedir. Otoriter boyut; çocuğun ayrı bir birey olduğunu kabul etmeme, ebeveynin çocuğun sahibi olduğu görüşünü içermektedir. Otoriter boyut maddelerinde baskı, kurallara itaat etme, ceza gibi konular yer almaktadır. Aşırı koruyucu boyut; çocuğun kendine yetemeyeceği, sürekli olarak korunması gerektiği görüşünü içermektedir. Aşırı kontrol ve çocuğa sorumluluk vermekten kaçınma konuları yer almaktadır. İzin verici boyut; çocuğa çok fazla özgürlük tanıma, onu şımartma ve tüm yaptıklarını hoşgörmeyi içermektedir. Her boyut için ayrı puan hesaplanır ve bir boyuttan yüksek puan almak, ebeveynin o boyutun temsil ettiği davranış şeklini benimsediğini göstermektedir. Geçerlik ve güvenirlik analizleri sonuçları, ETÖ'nün yeterli düzeyde geçerlik ve güvenirlik değerlerine sahip bir ölçek olduğunu göstermiştir.

3.3.4. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (EK-6), bir öz değerlendirme aracıdır. Ölçek, Spielberger, Gorsuch ve Lushene tarafından geliştirilmiş (Spielberger, Gorsuch ve Lushene, 1968); Öner ve Le Comte tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Öner ve Le

Comte, 1983). 14 yaş ve üzeri bireylere uygulanabilmektedir. Ölçek, 20 maddelik Durumluk Kaygı Ölçeği ve 20 maddelik Sürekli Kaygı Ölçeği'nden oluşmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği an'da hissedilenleri belirlemek, Sürekli Kaygı Ölçeği ise son 7 gündür hissedilenleri belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçeklerde doğrudan ve tersine çevrilmiş kısa ifadeler bulunmaktadır. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine çevrilmiş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirmektedir. Tersine çevrilmiş ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülmektedir. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu göstermektedir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı göstermektedir. Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine çevrilmiş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise yedi tane tersine çevrilmiş ifade vardır ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddelerdir. Ölçek dörtlü Likert tipindedir. Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyelerini, düşük puanlar düşük kaygı seviyelerini göstermektedir. Toplam puan 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır.

3.3.5. Türkçe Erken Dil Gelişimi Testi (TEDİL)

TEDİL, 2 yaş 0 ay ile 7 yaş 11 ay arasındaki çocukların alıcı ve ifade edici dil becerilerini değerlendirmeyi amaçlayan norma dayalı ölçme aracıdır. TEDİL, Hresko, Reid ve Hammill (1999) tarafından ABD'de geliştirilmiş olan "Test of Early Language Development-Third Edition (TELD-3)" testinin Topbaş ve Güven tarafından Türkçeye uyarlanmış versiyonudur. TEDİL, dilin beş bileşeninden üçünü (anlambilgisi, sözdizimi, biçimbilgisi) değerlendirmektedir. A ve B olmak üzere paralel iki formdan ve her form Alıcı ve İfade Edici Dil olmak üzere iki alt testten oluşmaktadır. A Formu Alıcı Dil Testinde anlambilgisi 24 madde, sözdizimi ve biçimbilgisi 13 madde ile; A Formu İfade Edici Dil Testinde anlambilgisi 22 madde, sözdizimi ve biçimbilgisi 17 madde ile ölçülmektedir. B Formu Alıcı Dil Testinde anlambilgisi 25 madde, sözdizimi ve biçimbilgisi 12 madde ile; B Formu İfade Edici Dil Testinde anlambilgisi 24 madde, sözdizimi ve biçimbilgisi 15 madde ile ölçülmektedir. Her iki form da toplamda 76 maddeden oluşmaktadır. 1627 çocuktan alınan verilerle gerçekleştirilen geçerlik ve güvenirlik çalışmasında yapılan analizler, TEDİL'in oldukça yüksek derece geçerli ve güvenilir ölçme aracı olduğunu göstermiştir (Güven ve Topbaş, 2014).

3.3.6. Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE)

AGTE, 0-6 yaş arasındaki çocukların gelişim düzeylerini bakımverenlerden alınan bilgiler doğrultusunda değerlendiren bir envanterdir (Erol, Sezgin ve Savaşır, 1993). Envanter, 154 maddeden oluşmaktadır ve sorulara “evet”, “hayır” ve “bilmiyorum” şeklinde yanıtlar alınmaktadır. Bu test dil-bilişsel, ince motor, kaba motor ve sosyal beceri-öz bakım olmak üzere dört alt alandan oluşmaktadır. Dört alan için ayrı olarak gelişim düzeyini belirlediği gibi, alınan toplam puan ile de çocuğun genel gelişim düzeyi belirlenebilmektedir. AGTE’nin geliştirilmesi sürecinde 420 erkek ve 440 kız olmak üzere toplam 860 çocuğun annesi ile görüşme gerçekleştirilmiştir. Elde edilen verilerden yapılan analizler, AGTE’nin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermiştir.

3.3.7. Sosyal Geçerlik Formu

Sosyal geçerlik, yapılan bir uygulamanın önemi, etkililiği, uygunluğu ve oluşturduğu etkinin değerlendirilmesidir (Kennedy, 1992). Uygulamanın etkililiğinin niteliksel yönleri ele alınmaktadır. Uygulama sonrası meydana gelen değişikliğin sosyal açıdan kabul edilebilirliği, önemi ve faydası ile ilişkilidir (Hawkins, 1991). Nesnel yollarla elde edilmiş olan bulguların desteklenmesini sağlamaktadır (Atbaşı ve Karasu, 2019). Veriler öznel değerlendirme ve sosyal karşılaştırma yöntemleriyle toplanabilmektedir (Kennedy, 1992). Öznel değerlendirmede, bireylerin amaçlar, yöntemler ve sonuçlara yönelik nitel görüşleri değerlendirilir; sosyal karşılaştırmada, uygulama yapılan bireylerin performansı uygulama konusunda desteğe ihtiyacı olmayan bireylerle karşılaştırılır (Strain, Barton ve Dunlap, 2012). Araştırmada, uygulamanın amaçlarının, terapi süreci sonundaki etkinin sosyal geçerliğinin belirlenebilmesi için öznel değerlendirme yöntemiyle veriler toplanmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan 13 soruluk Sosyal Geçerlik Formu terapi süreci bitiminde uygulanmıştır. 13 sorudan oluşan formda, ebeveynlere çoktan seçmeli 11 soru ve açık uçlu 2 soru yöneltilmiştir (EK-7)

3.4. Veri Toplama Süreci

Tek grup ön-test son-test deneysel desenli bu çalışmada, veriler araştırma desenine uygun olarak katılımcılara uygulanan terapi öncesinde, terapiler bittikten sonra ve uzun dönem izleme amacıyla terapilerin bitiminden 3 ay sonra toplanmıştır. Terapilere başlamadan önce bir değerlendirme görüşmesi planlanarak, ailelerin araştırmaya dahil

edilme kriterlerini sağlayıp sağlamadıkları değerlendirilmiştir. Değerlendirme görüşmesinde, anneler ve babalar “KA-BTÖ-T”, “ETÖ” ve “Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği”ni doldurmuş ve “Gönüllü Katılım Formu / Veli Onam Formu”nu imzalamış; çocuklara ise araştırmacı tarafından “Kiddy CAT-TR” ve “TEDİL” ölçekleri uygulanmıştır. “AGTE”, araştırmacı tarafından, soruları anneye sorularak alınan yanıtlara göre doldurulmuştur. Ölçekler, İzmir’de, araştırmacının kliniğinde sessiz bir ortamda uygulanmıştır. Anne ve babalar ayrı bir odada ölçekleri doldururken, araştırmacı çocuğa ölçekleri ayrı bir oyun odasında uygulamıştır. Ölçekler uygulanmadan önce çocuğun ortama güvenmesi, alışması için çocukla kısa süreli oyunlar oynanmıştır. Değerlendirmeler sonucunda, dil gelişimi ve/veya genel gelişim açısından gecikme yaşayan çocuklar ve ebeveynleri sürece dahil edilmemiştir. 8 haftalık terapi sürecinin sonunda ve 3 ay sonra uygulanan izleme oturumunda, annelere ve babalara “KA-BTÖ-T”, “ETÖ” ve “Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği”; çocuklara “Kiddy CAT-TR” ölçeği uygulanmıştır. Ek olarak, terapi bitimindeki değerlendirmede anneler ve babalar “Sosyal Geçerlik Formu” doldurmuştur. Çalışmanın verileri Mart 2023-Mart 2024 döneminde, 12 aylık sürede toplanmıştır.

3. 5. Ebeveynlere Uygulanan Duyarsızlaştırma Terapisi

Kekeleyen çocukların anne ve babalarına uygulanarak hem çocuk hem de ebeveynler tarafından kekemeliğin yönetiminin sağlanmasını, çocuk ve ebeveynlerinin kekemeliğe yönelik olumsuz duygu, düşünce ve davranışlarının değişimini, ebeveynlerin çocuklarına yönelik tutumlarını ve kaygı düzeylerini olumlu yönde desteklemeyi hedefleyen duyarsızlaştırma terapisi süreci, Charles Van Riper’in geliştirmiş olduğu kekemelik modifikasyonu terapi tekniğinin tanımlama ve duyarsızlaştırma süreçlerinden (Van Riper, 1973) ve Mini-KIDS terapi tekniğinden uygulamalar içermektedir (Damico, Müller ve Ball, 2010; Waelkens, 2018). Literatürde kekeleyen çocukların yalnızca ebeveynlerine duyarsızlaştırma terapisi uygulanarak, çocuğun iletişim tutumunun ve konuşma davranışlarının, ebeveynlerin kekemeliğe yönelik duygu ve tutumlarının, çocuklarına yönelik genel tutumlarının ve genel kaygı düzeylerinin değişiminin incelendiği bir çalışma ile karşılaşılmamıştır. Bu nedenle araştırma kapsamında yürütülen bu terapi süreci ulusal ve uluslararası alanyazındaki ilk uygulamadır. Terapinin içeriği alan yazında yer alan duyarsızlaştırma çalışmaları (Van Riper, 1973; Guitar, 2013; Manning ve DiLollo, 2023) göz önünde bulundurularak, araştırmanın yazarı tarafından

önerilmiş, akıcılık bozuklukları konusunda uzmanlaşmış doktoralı 1 dil ve konuşma terapisti ve 1 klinik psikologtan da uzman görüşü alınarak belirlenmiştir. Terapi sürecinde, kekemelik terapilerinde duyarsızlaştırma sürecinde kullanılan temel stratejilerden eğitim, istemli kekemelik, kendini açma, aşamalı maruz bırakma, bilişsel yeniden yapılandırma ve rol yapma uygulamaları ebeveynlere uyarlanarak kullanılmıştır. Ebeveynler eğitim açısından kekemelik ve terapi süreci konusunda bilgilendirilmiştir. Ebeveynlerden terapi seansları süresince ve günlük yaşamlarında istemli kekemelik uygulamaları istenmiştir. Kendini açma, ebeveynlerin çocuklarıyla ve çevreleriyle kekemelik konusunda açık olmaları ve istemli kekemelik uygulamaları ile süreci kabul etmeleri yollarıyla sağlanmıştır. Ebeveynler süreç boyunca farklı ortamlarda ve şiddetlerde istemli kekemelik uygulamalarıyla kekemeliğe aşamalı maruz bırakılmışlardır. Yapılan uygulamalarla ebeveynlerin olumsuz ve yararsız düşüncelerinin bilişsel yeniden yapılandırma yoluyla daha olumlu ve gerçekçi düşünce kalıplarına dönüşmesi hedeflenmiştir. Ebeveynlerin kekemeliği olmadığı için yapacakları uygulamaları öncelikle araştırmacı ile rol yaparak deneyimlemişlerdir.

Terapi sürecinin her seansta izlenen aşamaları şöyledir:

1.Hafta: Ebeveynlerden çocuğun genel gelişim öyküsünün ve kekemelik öyküsünün alınması, kekemelik başladıktan sonraki süreçte çocukta ve ebeveyn-çocuk etkileşimlerinde meydana gelen değişikliklere yönelik ebeveyn algılarının ve ebeveynlerin çocuklarına yönelik genel tutumları ve genel kaygı düzeylerinin sorgulanması, çocuğun günlük rutini, ebeveynlerin çocuklarının kekemelikleriyle ilgili duygu, düşünce ve davranışlarının öğrenilmesi, ebeveynlerin terapi sürecinden beklentilerinin öğrenilmesi, ebeveynlerin kekemelik (türleri, nedenleri, ikincil davranışlar, kekemelikte klasik koşullanma süreci, kekemeliğe ilişkin duygu, düşünce ve davranışlar) hakkında bilgilendirilmesi, ebeveynlerin uygulanacak terapi süreci hakkında bilgilendirilmesi, ebeveynlerin kekemeliğe ve sürece ilişkin sorularının yanıtlanması

2.Hafta: Aile içinde duyarsızlaştırma. Aile içinde kekemeliğin yönetimi konusunda bilgilendirme (Ebeveyn-çocuk etkileşimi, aile üyelerinin bilgilendirilmesi, zor anlarla (Sosyal bir ortamda çocuğun kekemeliğinin konu olması, akran zorbalığı durumu vb.) başa çıkma), çocuk ile kekemelik hakkında konuşma (kekemelik konusunda açık olma; kekemeliğinin farkında olunduğunun ve ebeveynleri için sorun olmadığının, normal kabul edildiğinin çocukla konuşulması) ve ebeveynlerden ev ortamında sohbet sırasında istemli kekelemelerini isteme (Çabasız, rahat takılmaları modelleyerek “Pa-pa-parka

gidelim mi?” gibi), çocuğun duygusal sağlamlığı için ebeveynlerin tutumlarına yönelik öneriler (Çocuğun duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için fırsat verilmesi ve kendilerinin de paylaşımlarda bulunmaları, çocuğa günlük yaşamda sorumluluklar verilmesi, çocuğun günlük yaşamda çabalarının görülmesi ve çabalarının övülmesi, ev içerisinde belirli kuralların olması ve bu kuralların sürdürülmesi vb.)

3.Hafta: Sokakta duyarsızlaştırma çalışması (Yol, mağaza, market, kitabevi, kafe vb. ortamlarda). Ebeveynlerin sokakta tanımadığı kişilerle istemli kekemelikle iletişim kurmaya ilişkin duygu ve düşüncelerini belirleme, sokakta duyarsızlaştırma çalışmasına başlama (Örneğin; sokakta yürüyen birine “Pa-pa-pardon, Se-se-seninç pastanesi ne-ne-ne tarafta acaba?” şeklinde istemli kekemelikle sorular sorma), ebeveynlerle çalışmanın sonuçlarına ilişkin bireysel konuşma, ebeveynlerden çocuklarıyla bulundukları günlük yaşam ortamlarında istemli kekelemelerini isteme

4.Hafta: Sokakta duyarsızlaştırma çalışması, ebeveynlerle çalışmanın sonuçlarına ilişkin bireysel konuşma

5.Hafta: Sokakta duyarsızlaştırma çalışması, ebeveynlerle çalışmanın sonuçlarına ilişkin bireysel konuşma

6.Hafta: Telefonda duyarsızlaştırma çalışması (Otel, yemek siparişi, rezervasyon, kiralık ve araç satışı bilgisi vb. görüşmeler). Ebeveynlerin telefonda istemli kekemelikle iletişim kurmaya ilişkin duygu ve düşüncelerini belirleme, telefonda duyarsızlaştırma çalışmasına başlama (Örneğin; telefonda siparişle ilgili bilgi almak için arayarak “Ka-ka-karışık pizzalarınız ne ka-ka-kadar? E-e-e-eve sipariş getiriyor musunuz?” şeklinde istemli kekemelikle sorular sorma), ebeveynlerle çalışmanın sonuçlarına ilişkin bireysel konuşma

7.Hafta: Telefonda duyarsızlaştırma çalışması, ebeveynlerle çalışmanın sonuçlarına ilişkin bireysel konuşma

8.Hafta: Aile, sokak ve telefon çalışmalarının sonuçlarını yorumlama, genel süreci değerlendirme, ebeveynlerin sorularını yanıtlandırma, ebeveynlerin kekemeliğe ilişkin değişen duygu, düşünce ve davranışları, çocuklarına yönelik genel tutumları ve genel kaygı düzeyleri hakkında konuşma, ebeveynlerle çocuklarının kekemeliği ve kekemeliğe ilişkin duygu, düşünce ve davranışlarına yönelik konuşma, terapi sonrası sürecin yönetimi konusunda bilgilendirme ve öz-yeterliklerini artırma

3.6. Duyarsızlaştırma Terapisinin Uygulanma Süreci

Değerlendirme süreçleri tamamlanan ve dahil edilme kriterlerini sağlayan çocukların anne ve babaları ile 8 haftalık, toplamda 10 seans süren terapi süreci gerçekleştirilmiştir. İlk ve son haftaların seansları iki seans süresinde olacak şekilde ve seans süreleri ortalama 45 dakika olarak planlanmıştır. Seanslar her anne ve baba için haftada bir, aynı gün ve saatte, yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Birkaç katılımcı için iş veya hastalık nedenleriyle bazı gün ve saat ertelemeleri olsa da, o hafta içerisinde mutlaka seanslar gerçekleştirilmiştir. Seanslara anne ve babalar birlikte katılmıştır. Terapi sürecine çocuklar hiçbir şekilde katılmamıştır, süreç yalnızca çocukların anneleri ve babaları ile yürütülmüştür. Terapi süreci bittikten sonra, ebeveynlerin öğrendikleri uygulamaları sürdürmeleri istenmiş, kekemelik ve süreç hakkında kısa notların yer aldığı yaklaşık bir sayfalık bir bilgilendirme metni kendilerine verilmiştir.

3.7. Uygulama Güvenirliği

Uygulama güvenirligi, uygulamacının uygulamayı planlanan programa uygun olarak gerçekleştirip gerçekleştirmediği ya da ne ölçüde gerçekleştirdiğini analiz etmek amacıyla yapılan güvenilirlik hesaplamasıdır (Billingsley, White ve Munson, 1980). Bu analizi yapmak için uygulama sırasında uygulamacıdan sergilemesi beklenen davranışlar belirlenmekte ve uygulamacının beklenen davranışları sergileyip sergilemediği gözlenmektedir. Uygulama güvenirligi analizi, uygulama ile meydana gelen değişikliğin gerçekten uygulanan yöntemden kaynaklandığını ortaya koyabilmek için önemlidir. Değerlendirmeler; doğrudan gözlem, ses/video kayıtları ve araştırmacının öz raporları aracılığıyla elde edilen veriler aracılığıyla gerçekleştirilebilir. Uygulama güvenirligi analizi formülü, [(gözlenen uygulamacı davranışı/planlanan uygulamacı davranışı) X 100], kullanılarak güvenilirlik katsayısı hesaplanmaktadır. Uygulama güvenirliginin ses/video kayıtları ile değerlendirildiği araştırmalarda, kaydedilecek seansların oranı değişebilir, ancak yaygın bir yaklaşım değerlendirme için seansların %20-25'inin rastgele seçilmesidir (Tekin-İftar ve Kırcaali-İftar, 2006). Araştırmada, araştırmacı tarafından hazırlanan ve uygulama aşamalarını içeren Uygulama Güvenirligi Veri Toplama Formu (EK-8) kullanılarak terapi süreçleri boyunca gerçekleştirilen tüm seansların %20'sinde araştırmacı tarafından ses kaydı alınarak uygulama güvenirligi verisi toplanmıştır. Uygulama güvenirligini değerlendirmek için gereken kişi sayısı, terapinin karmaşıklığına ve uygulandığı ortama bağlı olarak değişebilmektedir. Tipik olarak,

tarafsızlığı sağlamak ve kapsamlı bir değerlendirme sağlamak için birden fazla değerlendiricinin (genellikle en az iki veya üç) olması önerilmektedir (Tekin-İftar ve Kırcaali-İftar, 2006). Bu değerlendiriciler konuya ilişkin eğitilmiş olmalı ve ön yargıdan kaçınmak için ideal olarak terapi uygulama ekibinden bağımsız olmalıdır. Araştırmada, kaydedilen ses kayıtları üç uzman dil ve konuşma terapisti tarafından Uygulama Güvenirliği Veri Toplama Formu aracılığıyla değerlendirilmiş ve uygulama güvenirliliği %100 olarak bulunmuştur.

3.8. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS Statistics (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken (sayı, yüzde, medyan, ortalama, standart sapma) tanımlayıcı istatistiksel metotlar kullanılmıştır. Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Q-Q Plot çizimi ile incelenebilir (Chan, 2003). Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır (Mallery ve George, 2010). Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız *t* testi, ikiden fazla bağımlı aşama karşılaştırılmasında ise tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde araştırmanın amacı doğrultusunda, daha önce belirtilen soruların yanıtlanması için toplanan verilerin istatistiksel analizlerine yönelik bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Çocukların Kiddy-CAT-TR: Kekeleyen Okul Öncesi Çocukları İçin İletişim Tutum Testi Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Verileri

4.1.1. Çocukların Kiddy-CAT-TR ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının karşılaştırılması

Çocukların Kiddy-CAT-TR'den aldıkları puanların ortalamaları terapi öncesinde 7.55 ± 1.54 , terapi sonrasında 1.60 ± 1.09 ve izlemede 1.50 ± 1.23 olarak bulunmuştur. Çocukların Kiddy-CAT-TR ön-test, son-test ve izleme testi puanlarını karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır ve sonuçları Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. *Çocukların Kiddy-CAT-TR: Kekeleyen Okul Öncesi Çocukları İçin İletişim Tutum Testi ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının karşılaştırılması*

Ölçüm Zamanı	Med	$\bar{X}$	SS	F	p	Bonferroni
Ön-test (1)	7.00	7.55	1.54			
Son-test (2)	1.50	1.60	1.09	298.426	0.000*	1>2, 1>3
İzleme testi (3)	1.00	1.50	1.23			

*p<0.05

Yapılan tekrarlı ölçümler varyans analizi sonucunda, çocukların Kiddy-CAT-TR ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($F=298.426$, $p<0.001$, $p<0.05$). Fark yaratan aşamayı bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Çocukların Kiddy-CAT-TR ön-test puanlarının, son-test ve izleme testi puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. Son-test ve izleme testi puanları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı değildir.

4.1.2. Çocukların Kiddy-CAT-TR ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

Kekeleyen çocukların cinsiyetlerine göre Kiddy-CAT-TR'den almış oldukları puanlara bakıldığında, erkek çocukların ön-testten aldıkları ortalama puan 7.58 ± 1.56 , son-testten aldıkları ortalama puan 1.42 ± 1.24 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan

1.50 ± 1.51 olarak bulunmuştur. Kız çocukların ön-testten aldıkları ortalama puan 7.50 ± 1.60, son-testten aldıkları ortalama puan 1.88 ± 0.83 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 1.50 ± 0.76 olarak bulunmuştur. Çocukların Kiddy-CAT-TR ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması için bağımsız *t* testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.2’de yer verilmiştir.

Tablo 4.2. *Çocukların Kiddy-CAT-TR ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması*

Ölçüm Zamanı	Cinsiyet	Med	$\bar{X}$	SS	t	p
Ön-test	Erkek	7.00	7.58	1.56	0.116	0.909
	Kız	7.00	7.50	1.60		
Son-test	Erkek	1.00	1.42	1.24	-0.913	0.374
	Kız	2.00	1.88	0.83		
İzleme testi	Erkek	1.00	1.50	1.51	0.000	1.000
	Kız	1.00	1.50	0.76		

*p<0.05

Uygulanan bağımsız *t* testi sonucunda, çocukların cinsiyete göre Kiddy-CAT-TR ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0.05).

4.1.3. Çocukların Kiddy-CAT-TR ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması

Kekeleyen çocukların yaşlarına göre Kiddy-CAT-TR’den almış oldukları puanlara bakıldığında, 4 yaş ve altı çocukların ön-testten aldıkları ortalama puan 7.50 ± 1.57, son-testten aldıkları ortalama puan 1.75 ± 1.22 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 1.58 ± 1.44 olarak bulunmuştur. 4 yaş üstü çocukların ön-testten aldıkları ortalama puan 7.63 ± 1.60, son-testten aldıkları ortalama puan 1.38 ± 0.92 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 1.38 ± 0.92 olarak bulunmuştur. Çocukların Kiddy-CAT-TR ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması için bağımsız *t* testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.3’te yer verilmiştir.

Tablo 4.3. *Çocukların Kiddy-CAT-TR ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması*

Ölçüm Zamanı	Yaş	Med	$\bar{X}$	SS	t	p
Ön-test	4 yaş ve altı	7.00	7.50	1.57	-0.173	0.864
	4 yaş üstü	7.50	7.63	1.60		
Son-test	4 yaş ve altı	2.00	1.75	1.22	0.741	0.468
	4 yaş üstü	1.00	1.38	0.92		
İzleme testi	4 yaş ve altı	1.00	1.58	1.44	0.361	0.722
	4 yaş üstü	1.00	1.38	0.92		

*p<0.05

Uygulanan bağımsız *t* testi sonucunda, çocukların yaşa göre Kiddy-CAT-TR ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0.05).

4.2. Ebeveynlerin Kekemelik İçin Anne-Baba Tanısal Ölçeği-TR (KA-BTÖ-T) Üç Alt Bölümünün Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Verileri

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T'den almış oldukları puanlara bakıldığında, annelerin Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-testten aldıkları ortalama puan 33.61 ± 5.11 , son-testten aldıkları ortalama puan 8.26 ± 2.87 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 8.95 ± 4.04 olarak bulunmuştur. Annelerin Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-testten aldıkları ortalama puan 44.41 ± 11.68 , son-testten aldıkları ortalama puan 7.08 ± 4.39 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 8.41 ± 4.64 olarak bulunmuştur. Annelerin Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-testten aldıkları ortalama puan 28.33 ± 7.48 , son-testten aldıkları ortalama puan 2.50 ± 2.09 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 1.98 ± 1.85 olarak bulunmuştur.

Babaların Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-testten aldıkları ortalama puan 34.02 ± 6.25 , son-testten aldıkları ortalama puan 8.54 ± 2.97 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 9.44 ± 3.57 olarak bulunmuştur. Babaların Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-testten aldıkları ortalama puan 36.41 ± 7.90 , son-testten aldıkları ortalama puan 3.95 ± 3.95 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 6.08 ± 4.13 olarak bulunmuştur. Babaların Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-testten aldıkları ortalama puan 28.64 ± 8.08 , son-testten aldıkları ortalama puan 2.70 ± 1.80 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 1.77 ± 1.82 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin Kekemelik İçin Anne-Baba Tanısal Ölçeği-TR (KA-BTÖ-T) üç alt bölümünün ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının karşılaştırılması için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.4'te yer verilmiştir.

Tablo 4.4. Ebeveynlerin Kekemelik İçin Anne-Baba Tanısal Ölçeği-TR (KA-BTÖ-T) üç alt bölümünün ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının karşılaştırılması

	Değişken	Ölçüm Zamanı	Med	$\bar{X}$	SS	F	p	Bonferroni
Anne	Konuşma Davranışları	Ön-test (1)	33.33	33.61	5.11	768.379	0.000*	1>2, 1>3
		Son-test (2)	8.33	8.26	2.87			
		İzleme testi (3)	9.72	8.95	4.04			
	Anababa Tutumu	Ön-test (1)	44.17	44.41	11.68	319.938	0.000*	1>2, 1>3, 3>2
		Son-test (2)	6.66	7.08	4.39			
		İzleme testi (3)	8.33	8.41	4.64			
	Anne – Baba Davranışı	Ön-test (1)	27.08	28.33	7.48	311.268	0.000*	1>2, 1>3
		Son-test (2)	2.08	2.50	2.09			
		İzleme testi (3)	2.08	1.98	1.85			
Baba	Konuşma Davranışları	Ön-test (1)	33.33	34.02	6.25	586.609	0.000*	1>2, 1>3
		Son-test (2)	8.33	8.54	2.97			
		İzleme testi (3)	9.72	9.44	3.57			
	Anababa Tutumu	Ön-test (1)	35.83	36.41	7.90	512.072	0.000*	1>2, 1>3, 3>2
		Son-test (2)	3.95	3.95	3.95			
		İzleme testi (3)	6.66	6.08	4.13			
	Anne – Baba Davranışı	Ön-test (1)	27.08	28.64	8.08	241.618	0.000*	1>2, 1>3, 2>3
		Son-test (2)	2.08	2.70	1.80			
		İzleme testi (3)	2.08	1.77	1.82			

*p<0.05

Uygulanan tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonucunda, annelerin Konuşma Davranışları (F=768.379, p<0.001), Anababa Tutumu (F=319.938, p<0.001) ve Anne-Baba Davranışı (F=311.268, p<0.001) ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0.05). Fark yaratan aşamayı bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Annelerin Konuşma Davranışları, Anababa Tutumu ve Anne-Baba Davranışı ön-test puanlarının, son-test ve izleme testi puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu görülmektedir. Annelerin Konuşma Davranışları ve Anne-Baba Davranışı son-test ve izleme testi puanları arasında anlamlı bir fark görülmezken, Anababa Tutumu izleme testi

puanlarının, son-test puanlarından anlamlı düzeyde daha fazla olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Babaların Konuşma Davranışları ($F=586.609$, $p<0.001$), Anababa Tutumu ($F=512.072$, $p<0.001$) ve Anne-Baba Davranışı ($F=241,618$, $p<0.001$) ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan aşamayı bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Babaların Konuşma Davranışları, Anababa Tutumu ve Anne-Baba Davranışı ön-test puanlarının, son-test ve izleme testi puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu görülmektedir. Babaların Konuşma Davranışları son-test ve izleme testi puanları arasında anlamlı bir fark görülmezken, Anababa Tutumu izleme testi puanlarının, son-test puanlarından ve Anne-Baba Davranışı son-test puanlarının izleme testi puanlarından anlamlı düzeyde daha fazla olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

4.3. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Verileri

4.3.1. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları'ndan almış oldukları puanlara bakıldığında, annelerin ön-testten aldıkları ortalama puan 33.61 ± 5.11 , son-testten aldıkları ortalama puan 8.26 ± 2.87 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 8.95 ± 4.04 olarak bulunmuştur. Babaların ön-testten aldıkları ortalama puan 34.02 ± 6.25 , son-testten aldıkları ortalama puan 8.54 ± 2.97 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 9.44 ± 3.57 olarak bulunmuştur. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması için bağımsız t testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.5'te yer verilmiştir.

Tablo 4.5. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması

Ölçüm Zamanı	Ebeveyn	Med	$\bar{X}$	SS	t	p
Ön-test	Anne	33.33	33.61	5.11	-0.230	0.819
	Baba	33.33	34.02	6.25		
Son-test	Anne	8.33	8.26	2.87	-0.301	0.765
	Baba	8.33	8.54	2.97		
İzleme testi	Anne	9.72	8.95	4.04	-0.404	0.688
	Baba	9.72	9.44	3.57		

*p<0.05

Uygulanan bağımsız *t* testi sonucunda, anne ve babaların KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ölçeğinden almış oldukları ön-test, son-test ve izleme testi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

4.3.2. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları'ndan almış oldukları puanlara bakıldığında, 34 yaş ve altı annelerin ön-testten aldıkları ortalama puan 33.86 ± 6.20 , son-testten aldıkları ortalama puan 8.12 ± 3.15 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 8.65 ± 4.40 olarak bulunmuştur. 34 yaş üstü annelerin ön-testten aldıkları ortalama puan 33.13 ± 2.33 , son-testten aldıkları ortalama puan 8.53 ± 2.46 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 9.52 ± 3.54 olarak bulunmuştur.

38 yaş ve altı babaların ön-testten aldıkları ortalama puan 34.09 ± 7.33 , son-testten aldıkları ortalama puan 7.95 ± 2.79 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 8.58 ± 3.50 olarak bulunmuştur. 38 yaş üstü babaların ön-testten aldıkları ortalama puan 33.95 ± 5.06 , son-testten aldıkları ortalama puan 9.26 ± 3.18 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 10.49 ± 3.55 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması için bağımsız *t* testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.6'da yer verilmiştir.

Tablo 4.6. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması

Ebeveyn	Ölçüm Zamanı	Yaş	Med	$\bar{X}$	SS	t	p
Anne	Ön-test	34 yaş ve altı	33.33	33.86	6.20	0.298	0.769
		34 yaş üstü	34.72	33.13	2.33		
	Son-test	34 yaş ve altı	8.33	8.12	3.15	-0.300	0.768
		34 yaş üstü	9.72	8.53	2.46		
	İzleme testi	34 yaş ve altı	6.94	8.65	4.40	-0.450	0.658
		34 yaş üstü	9.72	9.52	3.54		
Baba	Ön-test	38 yaş ve altı	31.94	34.09	7.33	0.049	0.962
		38 yaş üstü	33.33	33.95	5.06		
	Son-test	38 yaş ve altı	8.33	7.95	2.79	-0.978	0.341
		38 yaş üstü	9.72	9.26	3.18		
	İzleme testi	38 yaş ve altı	8.33	8.58	3.50	-1.205	0.244
		38 yaş üstü	9.72	10.49	3.55		

*p<0.05

Uygulanan bağımsız *t* testi sonucunda, annelerin yaşa göre KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test (p=0.769), son-test (p=0.768) ve izleme testi (p=0.658) puanları ve babaların yaşa göre KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test (p=0.962), son-test (p=0.341) ve izleme testi (p=0.244) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0.05).

4.3.3. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları'ndan almış oldukları puanlara bakıldığında, lise mezunu annelerin ön-testten aldıkları ortalama puan 36.11 ± 5.67 , son-testten aldıkları ortalama puan 8.53 ± 1.69 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 9.72 ± 3.76 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu annelerin ön-testten aldıkları ortalama puan 32.26 ± 4.43 , son-testten aldıkları ortalama puan 8.12 ± 3.40 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 8.54 ± 4.28 olarak bulunmuştur.

Lise mezunu babaların ön-testten aldıkları ortalama puan 35.27 ± 4.05 , son-testten aldıkları ortalama puan 9.16 ± 2.87 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 10.27 ± 3.72 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu babaların ön-testten aldıkları ortalama puan 32.77 ± 7.92 , son-testten aldıkları ortalama puan 7.91 ± 3.08 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 8.61 ± 3.39 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması için bağımsız *t* testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.7’de yer verilmiştir.

Tablo 4.7. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması

Ebeveyn	Ölçüm Zamanı	Eğitim durumu	Med	$\bar{X}$	SS	t	p
Anne	Ön-test	Lise	34.72	36.11	5.67	1.681	0.110
		Üniversite	33.33	32.26	4.43		
	Son-test	Lise	8.33	8.53	1.69	0.300	0.768
		Üniversite	8.33	8.12	3.40		
Baba	İzleme testi	Lise	11.11	9.72	3.76	0.611	0.549
		Üniversite	9.72	8.54	4.28		
	Ön-test	Lise	35.42	35.27	4.05	0.889	0.386
		Üniversite	31.25	32.77	7.92		
Baba	Son-test	Lise	9.03	9.16	2.87	0.940	0.360
		Üniversite	7.64	7.91	3.08		
	İzleme testi	Lise	10.42	10.27	3.72	1.048	0.308
		Üniversite	9.03	8.61	3.39		

*p<0.05

Uygulanan bağımsız *t* testi sonucunda, annelerin eğitim düzeyine göre KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanları ve babaların eğitim düzeyine göre KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0.05).

4.3.4. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları’ndan almış oldukları puanlara bakıldığında, kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olması durumunda annelerin ön-testten aldıkları ortalama puan 34.87 ± 3.06 , son-testten aldıkları ortalama puan 8.95 ± 3.04 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 9.10 ± 4.61 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olmadığı durumda annelerin ön-testten aldıkları ortalama puan 32.57 ± 6.29 , son-testten aldıkları ortalama puan 7.70 ± 2.74 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 8.83 ± 3.74 olarak bulunmuştur.

Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olması durumunda babaların ön-testten aldıkları ortalama puan 36.41 ± 6.87 , son-testten aldıkları ortalama puan 9.10 ± 3.68 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 9.41 ± 4.75 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olmadığı durumda babaların ön-testten aldıkları ortalama puan 32.07 ± 5.21 , son-testten aldıkları ortalama puan 8.08 ± 2.31 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 9.47 ± 2.47 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması için bağımsız *t* testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.8’de yer verilmiştir.

Tablo 4.8. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması

Ebeveyn	Ölçüm Zamanı	Tek çocuk olma durumu	Med	$\bar{X}$	SS	t	p
Anne	Ön-test	Evet	34.72	34.87	3.06	1.002	0.330
		Hayır	31.94	32.57	6.29		
	Son-test	Evet	8.33	8.95	3.04	0.967	0.346
		Hayır	6.94	7.70	2.74		
	İzleme testi	Evet	11.11	9.10	4.61	0.143	0.888
		Hayır	9.72	8.83	3.74		
Baba	Ön-test	Evet	34.72	36.41	6.87	1.611	0.125
		Hayır	31.94	32.07	5.21		
	Son-test	Evet	9.72	9.10	3.68	0.759	0.457
		Hayır	8.33	8.08	2.31		
	İzleme testi	Evet	9.72	9.41	4.75	-0.036	0.972
		Hayır	9.72	9.47	2.47		

* $p < 0.05$

Uygulanan bağımsız *t* testi sonucunda, annelerin kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre Kekemelik İçin Anne-Baba Tanısal Ölçeği-TR / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanları ve babaların kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre Kekemelik İçin Anne-Baba Tanısal Ölçeği-TR / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p > 0.05$).

4.4. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Verileri

4.4.1. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu’ndan almış oldukları puanlara bakıldığında, annelerin ön-testten aldıkları ortalama puan 44.41 ± 11.68 , son-testten aldıkları ortalama puan 7.08 ± 4.39 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 8.41 ± 4.64 olarak bulunmuştur. Babaların ön-testten aldıkları ortalama puan 36.41 ± 7.90 , son-testten aldıkları ortalama puan 4.91 ± 3.95 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 6.08 ± 4.13 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması için bağımsız t testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.9’da yer verilmiştir.

Tablo 4.9. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması

Ölçüm Zamanı	Ebeveyn	Med	$\bar{X}$	SS	t	p
Ön-test	Anne	44.17	44.41	11.68	2.538	0.015*
	Baba	35.83	36.41	7.90		
Son-test	Anne	6.66	7.08	4.39	1.640	0.109
	Baba	4.17	4.91	3.95		
İzleme testi	Anne	8.33	8.41	4.64	1.681	0.101
	Baba	6.66	6.08	4.13		

* $p < 0.05$

Uygulanan bağımsız t testi sonucunda, anne ve baba olma durumuna göre KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.015$, $p < 0.05$). Annelerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test puanlarının, babalara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Anne ve baba olma durumuna göre KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p > 0.05$).

4.4.2. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu’ndan almış oldukları puanlara bakıldığında, 34 yaş ve altı annelerin ön-testten aldıkları ortalama puan 41.79 ± 7.50 , son-testten aldıkları ortalama puan 7.05 ± 3.55 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 8.20 ± 3.50 olarak bulunmuştur. 34 yaş üstü annelerin ön-testten aldıkları ortalama puan 49.28 ± 16.64 , son-testten aldıkları ortalama puan 7.14 ± 5.99 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 8.81 ± 6.58 olarak bulunmuştur.

38 yaş ve altı babaların ön-testten aldıkları ortalama puan 40.00 ± 8.66 , son-testten aldıkları ortalama puan 6.66 ± 4.01 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 7.42 ± 4.24 olarak bulunmuştur. 38 yaş üstü babaların ön-testten aldıkları ortalama puan 32.03 ± 3.89 , son-testten aldıkları ortalama puan 2.78 ± 2.76 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 4.44 ± 3.54 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması için bağımsız *t* testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.10’da yer verilmiştir.

Tablo 4.10. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması

Ebeveyn	Ölçüm Zamanı	Yaş	Med	$\bar{X}$	SS	t	p
Anne	Ön-test	34 yaş ve altı	43.33	41.79	7.50	-1.403	0.178
		34 yaş üstü	46.66	49.28	16.64		
	Son-test	34 yaş ve altı	6.66	7.05	3.55	-0.044	0.965
		34 yaş üstü	6.66	7.14	5.99		
	İzleme testi	34 yaş ve altı	8.33	8.20	3.50	-0.271	0.789
		34 yaş üstü	8.33	8.81	6.58		
Baba	Ön-test	38 yaş ve altı	38.33	40.00	8.66	2.547	0.020*
		38 yaş üstü	31.66	32.03	3.89		
	Son-test	38 yaş ve altı	5.00	6.66	4.01	2.463	0.024*
		38 yaş üstü	3.33	2.78	2.76		
	İzleme testi	38 yaş ve altı	6.66	7.42	4.24	1.681	0.110
		38 yaş üstü	5.00	4.44	3.54		

* $p < 0.05$

Uygulanan bağımsız *t* testi sonucunda, annelerin yaşa göre KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p > 0.05$); babaların yaşa göre KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test ($p = 0.020$) ve son-test ($p = 0.024$) puanları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Yaşı 38 yaş ve altı olan babaların Kekemelik İçin Anne-Baba Tanısal Ölçeği-TR / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test ve son-test puanlarının, yaşı 38 yaş üstü olan babalara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Babaların yaşa göre KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.4.3. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu'ndan almış oldukları puanlara bakıldığında, lise mezunu annelerin ön-testten aldıkları ortalama puan 45.95 ± 7.69 , son-testten aldıkları ortalama puan 9.28 ± 3.95 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 10.23 ± 3.53 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu annelerin ön-testten aldıkları ortalama puan 43.59 ± 13.57 , son-testten aldıkları ortalama puan 5.89 ± 4.28 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 7.43 ± 4.98 olarak bulunmuştur.

Lise mezunu babaların ön-testten aldıkları ortalama puan 37.66 ± 9.85 , son-testten aldıkları ortalama puan 4.50 ± 4.45 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 5.66 ± 3.86 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu babaların ön-testten aldıkları ortalama puan 35.16 ± 5.58 , son-testten aldıkları ortalama puan 5.33 ± 3.58 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 6.50 ± 4.54 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması için bağımsız t testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.11'de yer verilmiştir.

Tablo 4.11. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması

Ebeveyn	Ölçüm Zamanı	Eğitim durumu	Med	$\bar{X}$	SS	t	p
Anne	Ön-test	Lise	46.66	45.95	7.69	0.422	0.678
		Üniversite	41.66	43.59	13.57		
	Son-test	Lise	8.33	9.28	3.95	1.731	0.101
		Üniversite	6.66	5.89	4.28		
	İzleme testi	Lise	8.33	10.23	3.53	1.313	0.206
		Üniversite	6.66	7.43	4.98		

[Tablo 4.11. (Devam) *Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması*]

Baba	Ön-test	Lise	36.66	37.66	9.85	0.698	0.494
		Üniversite	34.17	35.16	5.58		
	Son-test	Lise	4.17	4.50	4.45	-0.462	0.650
		Üniversite	4.17	5.33	3.58		
	İzleme testi	Lise	6.66	5.66	3.86	-0.442	0.664
		Üniversite	5.83	6.50	4.54		

*p<0.05

Uygulanan bağımsız *t* testi sonucunda, annelerin eğitim düzeyine göre KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanları ve babaların eğitim düzeyine göre KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

4.4.4. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu'ndan almış oldukları puanlara bakıldığında, kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olması durumunda annelerin ön-testten aldıkları ortalama puan 48.14 ± 12.12 , son-testten aldıkları ortalama puan 6.85 ± 3.27 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 7.96 ± 2.86 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olmadığı durumda annelerin ön-testten aldıkları ortalama puan 41.36 ± 10.90 , son-testten aldıkları ortalama puan 7.27 ± 5.28 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 8.79 ± 5.83 olarak bulunmuştur.

Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olması durumunda babaların ön-testten aldıkları ortalama puan 36.29 ± 11.14 , son-testten aldıkları ortalama puan 4.44 ± 4.41 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 6.29 ± 4.06 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olmadığı durumda babaların ön-testten aldıkları ortalama puan 36.51 ± 4.37 , son-testten aldıkları ortalama puan 5.30 ± 3.71 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 5.91 ± 4.37 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması için bağımsız *t* testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.12'de yer verilmiştir.

Tablo 4.12. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması

Ebeveyn	Ölçüm Zamanı	Tek çocuk olma durumu	Med	$\bar{X}$	SS	t	p
Anne	Ön-test	Evet	46.66	48.14	12.12	1.317	0.204
		Hayır	41.66	41.36	10.90		
	Son-test	Evet	6.66	6.85	3.27	-0.208	0.838
		Hayır	6.66	7.27	5.28		
	İzleme testi	Evet	6.66	7.96	2.86	-0.388	0.702
		Hayır	8.33	8.79	5.83		
Baba	Ön-test	Evet	33.33	36.29	11.14	-0.060	0.953
		Hayır	36.66	36.51	4.37		
	Son-test	Evet	3.33	4.44	4.41	-0.474	0.641
		Hayır	5.00	5.30	3.71		
	İzleme testi	Evet	6.66	6.29	4.06	0.203	0.841
		Hayır	6.66	5.91	4.37		

*p<0.05

Bağımsız *t* testi sonucunda, annelerin kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanları ve babaların kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

4.5. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Verileri

4.5.1. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı'ndan almış oldukları puanlara bakıldığında, annelerin ön-testten aldıkları ortalama puan 28.33 ± 7.48 , son-testten aldıkları ortalama puan 2.50 ± 2.09 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 1.98 ± 1.85 olarak bulunmuştur. Babaların ön-testten aldıkları ortalama puan 28.64 ± 8.08 , son-testten aldıkları ortalama puan 2.70 ± 1.80 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 1.77 ± 1.82 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması için bağımsız *t* testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.13'te yer verilmiştir.

Tablo 4.13. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması

Ölçüm Zamanı	Ebeveyn	Med	$\bar{X}$	SS	t	p
Ön-test	Anne	27.08	28.33	7.48	-0.127	0.899
	Baba	27.08	28.64	8.08		
Son-test	Anne	2.08	2.50	2.09	-0.335	0.739
	Baba	2.08	2.70	1.80		
İzleme testi	Anne	2.08	1.98	1.85	0.359	0.722
	Baba	2.08	1.77	1.82		

*p<0.05

Uygulanan bağımsız *t* testi sonucunda, anne ve baba olma durumuna göre KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

4.5.2. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı'ndan almış oldukları puanlara bakıldığında, 34 yaş ve altı annelerin ön-testten aldıkları ortalama puan 29.16 ± 7.31 , son-testten aldıkları ortalama puan 3.04 ± 2.19 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 2.08 ± 1.90 olarak bulunmuştur. 34 yaş üstü annelerin ön-testten aldıkları ortalama puan 26.78 ± 8.11 , son-testten aldıkları ortalama puan 1.49 ± 1.57 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 1.78 ± 1.87 olarak bulunmuştur.

38 yaş ve altı babaların ön-testten aldıkları ortalama puan 30.49 ± 7.59 , son-testten aldıkları ortalama puan 2.65 ± 1.64 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 1.51 ± 1.88 olarak bulunmuştur. 38 yaş üstü babaların ön-testten aldıkları ortalama puan 26.39 ± 8.53 , son-testten aldıkları ortalama puan 2.77 ± 2.08 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 2.08 ± 1.80 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması için bağımsız *t* testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.14'te yer verilmiştir.

Tablo 4.14. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması

Ebeveyn	Ölçüm Zamanı	Yaş	Med	$\bar{X}$	SS	t	p
Anne	Ön-test	34 yaş ve altı	27.08	29.16	7.31	0.670	0.512
		34 yaş üstü	27.08	26.78	8.11		
	Son-test	34 yaş ve altı	2.08	3.04	2.19	1.657	0.115
		34 yaş üstü	2.08	1.49	1.57		
	İzleme testi	34 yaş ve altı	2.08	2.08	1.90	0.336	0.741
		34 yaş üstü	2.08	1.78	1.87		
Baba	Ön-test	38 yaş ve altı	31.25	30.49	7.59	1.138	0.270
		38 yaş üstü	27.08	26.39	8.53		
	Son-test	38 yaş ve altı	2.08	2.65	1.64	-0.153	0.880
		38 yaş üstü	2.08	2.77	2.08		
	İzleme testi	38 yaş ve altı	2.08	1.51	1.88	-0.682	0.504
		38 yaş üstü	2.08	2.08	1.80		

*p<0.05

Uygulanan bağımsız *t* testi sonucunda, annelerin yaşa göre KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanları ve babaların yaşa göre KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

4.5.3. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı'ndan almış oldukları puanlara bakıldığında, lise mezunu annelerin ön-testten aldıkları ortalama puan 33.63 ± 5.44 , son-testten aldıkları ortalama puan 3.57 ± 1.98 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 3.57 ± 1.58 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu annelerin ön-testten aldıkları ortalama puan 25.48 ± 6.97 , son-testten aldıkları ortalama puan 1.92 ± 1.99 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 1.12 ± 1.37 olarak bulunmuştur.

Lise mezunu babaların ön-testten aldıkları ortalama puan 32.71 ± 8.10 , son-testten aldıkları ortalama puan 2.70 ± 1.71 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 1.87 ± 2.07 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu babaların ön-testten aldıkları ortalama puan 24.58 ± 5.96 , son-testten aldıkları ortalama puan 2.71 ± 1.98 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 1.66 ± 1.64 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması için bağımsız *t* testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.15'te yer verilmiştir.

Tablo 4.15. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması

Ebeveyn	Ölçüm Zamanı	Eğitim durumu	Med	$\bar{X}$	SS	t	p
Anne	Ön-test	Lise	31.25	33.63	5.44	2.675	0.015*
		Üniversite	25.00	25.48	6.97		
	Son-test	Lise	2.08	3.57	1.98	1.771	0.094
		Üniversite	2.08	1.92	1.99		
	İzleme testi	Lise	4.16	3.57	1.58	3.616	0.002*
		Üniversite	0.00	1.12	1.37		
Baba	Ön-test	Lise	32.29	32.71	8.10	2.555	0.020*
		Üniversite	23.96	24.58	5.96		
	Son-test	Lise	3.12	2.70	1.71	-0.001	0.999
		Üniversite	2.08	2.71	1.98		
	İzleme testi	Lise	2.08	1.87	2.07	0.250	0.805
		Üniversite	2.08	1.66	1.64		

*p<0.05

Uygulanan bağımsız *t* testi sonucunda, annelerin eğitim düzeyine göre KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test (p=0.015) ve izleme testi (p=0.002) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülürken (p<0.05), son-test (p=0.094) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (p>0.05). Eğitim düzeyi lise olan annelerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test ve izleme testi puanlarının, eğitim düzeyi üniversite olan annelere göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Babaların eğitim düzeyine göre KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülürken (p=0.020, p<0.05), son-test (p=0.999) ve izleme testi (p=0.805) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (p>0.05). Eğitim düzeyi lise olan babaların KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test puanlarının, eğitim düzeyi üniversite olan babalara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

4.5.4. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı'ndan almış oldukları puanlara bakıldığında, kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olması durumunda annelerin ön-testten aldıkları ortalama puan 30.32 ± 3.47 , son-testten aldıkları ortalama puan 2.54 ± 2.28 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 1.62 ± 1.73 olarak

bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olmadığı durumda annelerin ön-testten aldıkları ortalama puan 26.70 ± 9.49 , son-testten aldıkları ortalama puan 2.46 ± 2.04 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 2.27 ± 1.97 olarak bulunmuştur.

Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olması durumunda babaların ön-testten aldıkları ortalama puan 30.09 ± 6.43 , son-testten aldıkları ortalama puan 2.77 ± 2.33 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 2.08 ± 2.33 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olmadığı durumda babaların ön-testten aldıkları ortalama puan 27.46 ± 9.35 , son-testten aldıkları ortalama puan 2.65 ± 1.35 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 1.51 ± 1.35 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması için bağımsız *t* testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.16’da yer verilmiştir.

Tablo 4.16. Ebeveynlerin KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması

Ebeveyn	Ölçüm Zamanı	Tek çocuk olma durumu	Med	$\bar{X}$	SS	t	p
Anne	Ön-test	Evet	31.25	30.32	3.47	1.082	0.294
		Hayır	25.00	26.70	9.49		
	Son-test	Evet	2.08	2.54	2.28	0.088	0.931
		Hayır	2.08	2.46	2.04		
	İzleme testi	Evet	2.08	1.62	1.73	-0.778	0.447
		Hayır	2.08	2.27	1.97		
Baba	Ön-test	Evet	27.08	30.09	6.43	0.715	0.484
		Hayır	25.00	27.46	9.35		
	Son-test	Evet	4.16	2.77	2.33	0.153	0.880
		Hayır	2.08	2.65	1.35		
	İzleme testi	Evet	2.08	2.08	2.33	0.684	0.502
		Hayır	2.08	1.51	1.35		

* $p < 0.05$

Uygulanan bağımsız *t* testi sonucunda, annelerin kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanları ve babaların kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p > 0.05$).

4.6. Ebeveynlerin Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ) Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Verileri

Ebeveynlerin ETÖ'den almış oldukları puanlara bakıldığında, annelerin demokratik tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 73.40 ± 5.07 , son-testten aldıkları ortalama puan 83.55 ± 1.36 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 83.50 ± 1.32 olarak bulunmuştur. Annelerin otoriter tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 24.00 ± 4.07 , son-testten aldıkları ortalama puan 14.40 ± 1.47 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 14.60 ± 1.73 olarak bulunmuştur. Annelerin aşırı koruyucu tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 34.75 ± 4.90 , son-testten aldıkları ortalama puan 20.25 ± 3.11 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 20.80 ± 3.24 olarak bulunmuştur. Annelerin izin verici tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 26.75 ± 3.80 , son-testten aldıkları ortalama puan 15.50 ± 1.73 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 16.00 ± 2.32 olarak bulunmuştur.

Babaların demokratik tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 70.60 ± 4.74 , son-testten aldıkları ortalama puan 82.75 ± 1.52 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 82.50 ± 1.36 olarak bulunmuştur. Babaların otoriter tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 25.05 ± 4.78 , son-testten aldıkları ortalama puan 14.70 ± 2.00 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 14.70 ± 1.98 olarak bulunmuştur. Babaların aşırı koruyucu tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 33.30 ± 4.38 , son-testten aldıkları ortalama puan 20.35 ± 1.95 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 20.95 ± 2.46 olarak bulunmuştur. Babaların izin verici tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 29.35 ± 2.83 , son-testten aldıkları ortalama puan 16.80 ± 1.77 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 17.40 ± 1.57 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının karşılaştırılması için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.17'de yer verilmiştir.

Tablo 4.17. *Ebeveynlerin Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ) ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının karşılaştırılması*

	Değişken	Ölçüm Zamanı	Med	$\bar{X}$	SS	F	p	Bonferroni
Anne	Demokratik	Ön-test (1)	73.50	73.40	5.07	124.601	0.000*	2>1, 3>1
		Son-test (2)	84.00	83.55	1.36			
		İzleme testi (3)	83.50	83.50	1.32			
	Otoriter	Ön-test (1)	24.00	24.00	4.07	190.169	0.000*	1>2, 1>3
		Son-test (2)	14.00	14.40	1.47			
		İzleme testi (3)	14.00	14.60	1.73			
	Aşırı Koruyucu	Ön-test (1)	36.00	34.75	4.90	279.468	0.000*	1>2, 1>3
		Son-test (2)	21.00	20.25	3.11			
		İzleme testi (3)	21.00	20.80	3.24			
	İzin Verici	Ön-test (1)	27.00	26.75	3.80	310.632	0.000*	1>2, 1>3
		Son-test (2)	16.00	15.50	1.73			
		İzleme testi (3)	15.50	16.00	2.32			
Baba	Demokratik	Ön-test (1)	70.50	70.60	4.74	192.155	0.000*	2>1, 3>1
		Son-test (2)	83.00	82.75	1.52			
		İzleme testi (3)	82.00	82.50	1.36			
	Otoriter	Ön-test (1)	25.00	25.05	4.78	160.546	0.000*	1>2, 1>3
		Son-test (2)	15.00	14.70	2.00			
		İzleme testi (3)	15.00	14.70	1.98			
	Aşırı Koruyucu	Ön-test (1)	33.00	33.30	4.38	323.737	0.000*	1>2, 1>3
		Son-test (2)	20.00	20.35	1.95			
		İzleme testi (3)	21.00	20.95	2.46			
	İzin Verici	Ön-test (1)	28.50	29.35	2.83	632.278	0.000*	1>2, 1>3
		Son-test (2)	17.00	16.80	1.77			
		İzleme testi (3)	17.50	17.40	1.57			

*p<0.05

Uygulanan tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonucunda, annelerin demokratik (F=124.601, p<0.001), otoriter (F=190.169, p<0.001), aşırı koruyucu (F=279.468, p<0.001) ve izin verici (F=310.632, p<0.001) ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0.05). Fark yaratan aşamayı bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Annelerin demokratik son-test ve izleme testi puanlarının, ön-test puanlarından daha fazla olduğu görülmektedir. Annelerin otoriter, aşırı koruyucu ve izin verici ön-test puanlarının, son-test ve izleme testi puanlarından daha fazla olduğu görülmektedir. Annelerin demokratik, otoriter, aşırı koruyucu ve izin verici son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0.05).

Babaların demokratik ($F=192.155$, $p<0.001$), otoriter ($F=160.546$, $p<0.001$), aşırı koruyucu ($F=323.737$, $p<0.001$) ve izin verici ($F=632.278$, $p<0.001$) ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan aşamayı bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Babaların demokratik son-test ve izleme testi puanlarının, ön-test puanlarından daha fazla olduğu görülmektedir. Babaların otoriter, aşırı koruyucu ve izin verici ön-test puanlarının, son-test ve izleme testi puanlarından daha fazla olduğu görülmektedir. Babaların demokratik, otoriter, aşırı koruyucu ve izin verici son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

4.6.1. Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması

Ebeveynlerin ETÖ'den almış oldukları puanlara bakıldığında, annelerin demokratik tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 73.40 ± 5.07 , son-testten aldıkları ortalama puan 83.55 ± 1.36 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 83.50 ± 1.32 olarak bulunmuştur. Annelerin otoriter tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 24.00 ± 4.07 , son-testten aldıkları ortalama puan 14.40 ± 1.47 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 14.60 ± 1.73 olarak bulunmuştur. Annelerin aşırı koruyucu tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 34.75 ± 4.90 , son-testten aldıkları ortalama puan 20.25 ± 3.11 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 20.80 ± 3.24 olarak bulunmuştur. Annelerin izin verici tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 26.75 ± 3.80 , son-testten aldıkları ortalama puan 15.50 ± 1.73 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 16.00 ± 2.32 olarak bulunmuştur.

Babaların demokratik tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 70.60 ± 4.74 , son-testten aldıkları ortalama puan 82.75 ± 1.52 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 82.50 ± 1.36 olarak bulunmuştur. Babaların otoriter tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 25.05 ± 4.78 , son-testten aldıkları ortalama puan 14.70 ± 2.00 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 14.70 ± 1.98 olarak bulunmuştur. Babaların aşırı koruyucu tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 33.30 ± 4.38 , son-testten aldıkları ortalama puan 20.35 ± 1.95 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 20.95 ± 2.46 olarak bulunmuştur. Babaların izin verici tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 29.35 ± 2.83 , son-testten aldıkları ortalama puan 16.80 ± 1.77 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 17.40 ± 1.57 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması için bağımsız *t* testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.18’de yer verilmiştir.

Tablo 4.18. *Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması*

Değişken	Ölçüm Zamanı	Ebeveyn	Med	$\bar{X}$	SS	t	p
Demokratik	Ön-test	Anne	73.50	73.40	5.07	1.804	0.079
		Baba	70.50	70.60	4.74		
	Son-test	Anne	84.00	83.55	1.36	1.758	0.087
		Baba	83.00	82.75	1.52		
	İzleme testi	Anne	83.50	83.50	1.32	2.364	0.023*
		Baba	82.00	82.50	1.36		
Otoriter	Ön-test	Anne	24.00	24.00	4.07	-0.748	0.459
		Baba	25.00	25.05	4.78		
	Son-test	Anne	14.00	14.40	1.47	-0.541	0.592
		Baba	15.00	14.70	2.00		
	İzleme testi	Anne	14.00	14.60	1.73	-0.170	0.866
		Baba	15.00	14.70	1.98		
Aşırı Korumacı	Ön-test	Anne	36.00	34.75	4.90	0.987	0.330
		Baba	33.00	33.30	4.38		
	Son-test	Anne	21.00	20.25	3.11	-0.122	0.904
		Baba	20.00	20.35	1.95		
	İzleme testi	Anne	21.00	20.80	3.24	-0.165	0.870
		Baba	21.00	20.95	2.46		
İzin Verici	Ön-test	Anne	27.00	26.75	3.80	-2.455	0.019*
		Baba	28.50	29.35	2.83		
	Son-test	Anne	16.00	15.50	1.73	-2.351	0.024*
		Baba	17.00	16.80	1.77		
	İzleme testi	Anne	15.50	16.00	2.32	-2.237	0.031*
		Baba	17.50	17.40	1.57		

*p<0.05

Uygulanan bağımsız *t* testi sonucunda, anne ve baba olma durumuna göre demokratik izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.023$, $p<0.05$). Annelerin demokratik izleme testi puanlarının, babalara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Anne ve baba olma durumuna göre izin verici ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Babaların izin verici ön-test ($p=0.019$), son-test ($p=0.024$) ve izleme testi ($p=0.031$) puanlarının, annelere göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Anne ve baba olma durumuna göre demokratik ön-test ve son test, otoriter ön-test, son-test ve izleme testi ve aşırı koruyucu ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

4.6.2. Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması

Ebeveynlerin ETÖ'den almış oldukları puanlara bakıldığında, 34 yaş ve altı annelerin demokratik tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 73.08 ± 6.05 , son-testten aldıkları ortalama puan 83.46 ± 1.51 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 83.46 ± 1.33 olarak bulunmuştur. 34 yaş üstü annelerin demokratik tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 74.00 ± 2.77 , son-testten aldıkları ortalama puan 83.71 ± 1.11 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 83.57 ± 1.40 olarak bulunmuştur. 34 yaş ve altı annelerin otoriter tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 23.85 ± 4.62 , son-testten aldıkları ortalama puan 14.23 ± 1.69 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 14.62 ± 1.89 olarak bulunmuştur. 34 yaş üstü annelerin otoriter tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 24.29 ± 3.09 , son-testten aldıkları ortalama puan 14.71 ± 0.95 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 14.57 ± 1.51 olarak bulunmuştur. 34 yaş ve altı annelerin aşırı koruyucu tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 35.00 ± 5.77 , son-testten aldıkları ortalama puan 20.31 ± 3.61 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 20.92 ± 3.57 olarak bulunmuştur. 34 yaş üstü annelerin aşırı koruyucu tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 34.29 ± 2.98 , son-testten aldıkları ortalama puan 20.14 ± 2.12 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 20.57 ± 2.76 olarak bulunmuştur. 34 yaş ve altı annelerin izin verici tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 26.69 ± 4.07 , son-testten aldıkları ortalama puan 15.46 ± 1.98 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 16.08 ± 2.56 olarak bulunmuştur. 34 yaş üstü annelerin izin verici tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 26.86 ± 3.53 , son-testten aldıkları ortalama puan 15.57 ± 1.27 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 15.86 ± 1.95 olarak bulunmuştur.

38 yaş ve altı babaların demokratik tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 70.91 ± 5.36 , son-testten aldıkları ortalama puan 82.73 ± 1.68 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 82.55 ± 1.69 olarak bulunmuştur. 38 yaş üstü babaların demokratik tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 70.22 ± 4.15 , son-testten aldıkları ortalama puan 82.78 ± 1.39 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 82.44 ± 0.88 olarak bulunmuştur. 38 yaş ve altı babaların otoriter tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 25.55 ± 5.30 , son-

testten aldıkları ortalama puan 14.82 ± 2.44 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 14.82 ± 2.18 olarak bulunmuştur. 38 yaş üstü babaların otoriter tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 24.44 ± 4.30 , son-testten aldıkları ortalama puan 14.56 ± 1.42 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 14.56 ± 1.81 olarak bulunmuştur. 38 yaş ve altı babaların aşırı koruyucu tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 34.27 ± 3.44 , son-testten aldıkları ortalama puan 21.00 ± 1.79 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 21.73 ± 2.28 olarak bulunmuştur. 38 yaş üstü babaların aşırı koruyucu tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 32.11 ± 5.28 , son-testten aldıkları ortalama puan 19.56 ± 1.94 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 20.00 ± 2.45 olarak bulunmuştur. 38 yaş ve altı babaların izin verici tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 28.82 ± 3.12 , son-testten aldıkları ortalama puan 16.64 ± 1.91 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 17.00 ± 1.73 olarak bulunmuştur. 38 yaş üstü babaların izin verici tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 30.00 ± 2.45 , son-testten aldıkları ortalama puan 17.00 ± 1.66 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 17.89 ± 1.27 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması için bağımsız *t* testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.19’da yer verilmiştir.

Tablo 4.19. Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması

Ebeveyn	Değişken	Ölçüm Zamanı	Yaş	Med	$\bar{X}$	SS	t	p
Anne	Demokratik	Ön-test	34 yaş ve altı	73.00	73.08	6.05	-0.379	0.709
			34 yaş üstü	74.00	74.00	2.77		
		Son-test	34 yaş ve altı	84.00	83.46	1.51	-0.389	0.702
			34 yaş üstü	84.00	83.71	1.11		
		İzleme testi	34 yaş ve altı	83.00	83.46	1.33	-0.173	0.864
			34 yaş üstü	84.00	83.57	1.40		
	Otoriter	Ön-test	34 yaş ve altı	24.00	23.85	4.62	-0.225	0.825
			34 yaş üstü	25.00	24.29	3.09		
		Son-test	34 yaş ve altı	14.00	14.23	1.69	-0.694	0.496
			34 yaş üstü	15.00	14.71	0.95		
		İzleme testi	34 yaş ve altı	14.00	14.62	1.89	0.053	0.958
			34 yaş üstü	14.00	14.57	1.51		

[Tablo 4.19. (Devam) *Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması*]

Anne	Aşırı Koruyucu	Ön-test	34 yaş ve altı	36.00	35.00	5.77	0.304	0.765
			34 yaş üstü	35.00	34.29	2.98		
		Son-test	34 yaş ve altı	21.00	20.31	3.61	0.110	0.914
			34 yaş üstü	21.00	20.14	2.12		
		İzleme testi	34 yaş ve altı	21.00	20.92	3.57	0.226	0.899
			34 yaş üstü	20.00	20.57	2.76		
	İzin Verici	Ön-test	34 yaş ve altı	27.00	26.69	4.07	-0.090	0.929
			34 yaş üstü	26.00	26.86	3.53		
		Son-test	34 yaş ve altı	16.00	15.46	1.98	-0.132	0.897
			34 yaş üstü	15.00	15.57	1.27		
		İzleme testi	34 yaş ve altı	15.00	16.08	2.56	0.197	0.846
			34 yaş üstü	16.00	15.86	1.95		
Baba	Demokratik	Ön-test	38 yaş ve altı	72.00	70.91	5.36	0.315	0.757
			38 yaş üstü	70.00	70.22	4.15		
		Son-test	38 yaş ve altı	83.00	82.73	1.68	-0.072	0.942
			38 yaş üstü	83.00	82.78	1.39		
		İzleme testi	38 yaş ve altı	82.00	82.55	1.69	0.161	0.874
			38 yaş üstü	82.00	82.44	0.88		
	Otoriter	Ön-test	38 yaş ve altı	25.00	25.55	5.30	0.502	0.622
			38 yaş üstü	25.00	24.44	4.30		
		Son-test	38 yaş ve altı	15.00	14.82	2.44	0.285	0.779
			38 yaş üstü	15.00	14.56	1.42		
		İzleme testi	38 yaş ve altı	15.00	14.82	2.18	0.288	0.776
			38 yaş üstü	15.00	14.56	1.81		
	Aşırı Koruyucu	Ön-test	38 yaş ve altı	34.00	34.27	3.44	1.105	0.284
			38 yaş üstü	33.00	32.11	5.28		
		Son-test	38 yaş ve altı	21.00	21.00	1.79	1.728	0.101
			38 yaş üstü	19.00	19.56	1.94		
		İzleme testi	38 yaş ve altı	21.00	21.73	2.28	1.629	0.121
			38 yaş üstü	20.00	20.00	2.45		
	İzin Verici	Ön-test	38 yaş ve altı	28.00	28.82	3.12	-0.924	0.368
			38 yaş üstü	29.00	30.00	2.45		
		Son-test	38 yaş ve altı	17.00	16.64	1.91	-0.449	0.659
			38 yaş üstü	18.00	17.00	1.66		
		İzleme testi	38 yaş ve altı	17.00	17.00	1.73	-1.281	0.216
			38 yaş üstü	18.00	17.89	1.27		

*p<0.05

Uygulanan bağımsız *t* testi sonucunda, annelerin yaşa göre demokratik ön-test, son-test ve izleme testi, otoriter ön-test, son-test ve izleme testi, aşırı koruyucu ön-test, son-test ve izleme testi ve izin verici ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Babaların yaşa göre demokratik ön-test, son-test ve izleme testi, otoriter ön-test, son-test ve izleme testi, aşırı koruyucu ön-test, son-test ve izleme testi ve izin verici ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

4.6.3. Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması

Ebeveynlerin ETÖ'den almış oldukları puanlara bakıldığında, lise mezunu annelerin demokratik tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 71.14 ± 3.63 , son-testten aldıkları ortalama puan 83.14 ± 1.21 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 83.14 ± 1.21 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu annelerin demokratik tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 74.62 ± 5.44 , son-testten aldıkları ortalama puan 83.77 ± 1.42 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 83.69 ± 1.38 olarak bulunmuştur. Lise mezunu annelerin otoriter tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 27.14 ± 3.08 , son-testten aldıkları ortalama puan 14.86 ± 1.35 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 15.71 ± 2.06 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu annelerin otoriter tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 22.31 ± 3.54 , son-testten aldıkları ortalama puan 14.15 ± 1.52 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 14.00 ± 1.22 olarak bulunmuştur. Lise mezunu annelerin aşırı koruyucu tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 37.43 ± 2.64 , son-testten aldıkları ortalama puan 21.57 ± 1.90 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 22.14 ± 1.95 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu annelerin aşırı koruyucu tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 33.31 ± 5.30 , son-testten aldıkları ortalama puan 19.54 ± 3.45 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 20.08 ± 3.62 olarak bulunmuştur. Lise mezunu annelerin izin verici tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 28.43 ± 2.76 , son-testten aldıkları ortalama puan 15.71 ± 0.49 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 15.86 ± 1.77 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu annelerin izin verici tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 25.85 ± 4.06 , son-testten aldıkları ortalama puan 15.38 ± 2.14 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 16.08 ± 2.63 olarak bulunmuştur.

Lise mezunu babaların demokratik tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 67.70 ± 4.08 , son-testten aldıkları ortalama puan 82.20 ± 1.55 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 81.80 ± 1.23 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu babaların demokratik tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 73.50 ± 3.47 , son-testten aldıkları ortalama puan 83.30 ± 1.34 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 83.20 ± 1.14 olarak bulunmuştur. Lise mezunu babaların otoriter tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 26.60 ± 5.78 , son-testten aldıkları ortalama puan 15.20 ± 1.81 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 15.40 ± 2.07 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu babaların otoriter tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 23.50 ± 3.10 , son-testten aldıkları ortalama puan 14.20 ± 2.15 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 14.00 ± 1.70 olarak bulunmuştur. Lise mezunu babaların aşırı koruyucu tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 33.70 ± 5.46 , son-testten aldıkları ortalama puan 20.80 ± 1.99 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 21.70 ± 2.58 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu babaların aşırı koruyucu tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 32.90 ± 3.21 , son-testten aldıkları ortalama puan 19.90 ± 1.91 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 20.20 ± 2.20 olarak bulunmuştur. Lise mezunu babaların izin verici tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 28.80 ± 2.44 , son-testten aldıkları ortalama puan 16.00 ± 1.41 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 17.20 ± 1.32 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu babaların izin verici tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 29.90 ± 3.21 , son-testten aldıkları ortalama puan 17.60 ± 1.78 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 17.60 ± 1.84 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması için bağımsız t testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.20’de yer verilmiştir.

Tablo 4.20. Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması

Ebeveyn	Değişken	Ölçüm Zamanı	Eğitim Durumu	Med	$\bar{X}$	SS	t	p	
Anne	Demokratik	Ön-test	Lise	71.00	71.14	3.63	-1.509	0.149	
			Üniversite	76.00	74.62	5.44			
		Son-test	Lise	83.00	83.14	1.21	-0.984	0.338	
			Üniversite	84.00	83.77	1.42			
		İzleme testi	Lise	83.00	83.14	1.21	-0.884	0.388	
			Üniversite	84.00	83.69	1.38			
		Otoriter	Ön-test	Lise	27.00	27.14	3.08	3.037	0.007*
				Üniversite	21.00	22.31	3.54		
	Son-test		Lise	15.00	14.86	1.35	1.025	0.319	
			Üniversite	14.00	14.15	1.52			
	İzleme testi		Lise	15.00	15.71	2.06	2.354	0.030*	
			Üniversite	14.00	14.00	1.22			
	Aşırı Koruyucu	Ön-test	Lise	37.00	37.43	2.64	1.917	0.071	
			Üniversite	33.00	33.31	5.30			
		Son-test	Lise	22.00	21.57	1.90	1.433	0.169	
			Üniversite	20.00	19.54	3.45			
		İzleme testi	Lise	23.00	22.14	1.95	1.394	0.180	
			Üniversite	20.00	20.08	3.62			
		İzin Verici	Ön-test	Lise	27.00	28.43	2.76	1.498	0.151
				Üniversite	25.00	25.85	4.06		
	Son-test		Lise	16.00	15.71	0.49	0.397	0.696	
			Üniversite	15.00	15.38	2.14			
	İzleme testi		Lise	16.00	15.86	1.77	-0.197	0.846	
			Üniversite	15.00	16.08	2.63			
Baba	Demokratik	Ön-test	Lise	66.00	67.70	4.08	-3.422	0.003*	
			Üniversite	74.00	73.50	3.47			
		Son-test	Lise	82.50	82.20	1.55	-1.700	0.106	
			Üniversite	83.50	83.30	1.34			
		İzleme testi	Lise	81.50	81.80	1.23	-2.646	0.016*	
			Üniversite	83.50	83.20	1.14			
		Otoriter	Ön-test	Lise	27.00	26.60	5.78	1.495	0.152
				Üniversite	23.50	23.50	3.10		
	Son-test		Lise	15.00	15.20	1.81	1.124	0.276	
			Üniversite	14.00	14.20	2.15			
	İzleme testi		Lise	15.50	15.40	2.07	1.655	0.115	
			Üniversite	13.50	14.00	1.70			
	Aşırı Koruyucu	Ön-test	Lise	36.00	33.70	5.46	0.399	0.694	
			Üniversite	33.00	32.90	3.21			
		Son-test	Lise	21.00	20.80	1.99	1.032	0.316	
			Üniversite	19.00	19.90	1.91			
		İzleme testi	Lise	21.50	21.70	2.58	1.397	0.179	
			Üniversite	20.00	20.20	2.20			
		İzin Verici	Ön-test	Lise	28.50	28.80	2.44	-0.862	0.400
				Üniversite	28.50	29.90	3.21		
	Son-test		Lise	16.50	16.00	1.41	-2.228	0.039*	
			Üniversite	18.00	17.60	1.78			
	İzleme testi		Lise	17.00	17.20	1.32	-0.560	0.583	
			Üniversite	18.00	17.60	1.84			

*p<0.05

Uygulanan bağımsız *t* testi sonucunda, annelerin eğitim düzeyine göre otoriter ön-test ($p=0.007$) ve izleme testi ($p=0.030$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Eğitim düzeyi lise olan annelerin otoriter ön-test ve izleme testi puanlarının, eğitim düzeyi üniversite olan annelere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Annelerin eğitim düzeyine göre otoriter son-test, demokratik ön-test, son-test ve izleme testi, aşırı koruyucu ön-test, son-test ve izleme testi ve izin verici ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Babaların eğitim düzeyine göre demokratik ön-test ($p=0.003$) ve izleme testi ($p=0.016$) ve izin verici son-test ($p=0.039$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Eğitim düzeyi üniversite olan babaların demokratik ön-test ve izleme testi ve izin verici son-test puanlarının, eğitim düzeyi lise olan babalara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Babaların eğitim düzeyine göre demokratik son-test, otoriter ön-test, son-test ve izleme testi, aşırı koruyucu ön-test, son-test ve izleme testi ve izin verici ön-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

4.6.4. Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması

Ebeveynlerin ETÖ'den almış oldukları puanlara bakıldığında, kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olması durumunda annelerin demokratik tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 70.67 ± 5.57 , son-testten aldıkları ortalama puan 82.89 ± 1.62 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 82.78 ± 1.48 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olmadığı durumda annelerin demokratik tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 75.64 ± 3.44 , son-testten aldıkları ortalama puan 84.09 ± 0.83 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 84.09 ± 0.83 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olması durumunda annelerin otoriter tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 26.44 ± 3.88 , son-testten aldıkları ortalama puan 14.89 ± 1.90 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 15.33 ± 2.24 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olmadığı durumda annelerin otoriter tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 22.00 ± 3.10 , son-testten aldıkları ortalama puan 14.00 ± 0.89 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 14.00 ± 0.89 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olması durumunda annelerin aşırı koruyucu

tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 33.67 ± 6.02 , son-testten aldıkları ortalama puan 19.78 ± 2.73 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 20.44 ± 3.13 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olmadığı durumda annelerin aşırı koruyucu tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 35.64 ± 3.83 , son-testten aldıkları ortalama puan 20.64 ± 3.47 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 21.09 ± 3.45 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olması durumunda annelerin izin verici tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 27.56 ± 3.71 , son-testten aldıkları ortalama puan 15.44 ± 1.13 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 16.22 ± 1.92 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olmadığı durumda annelerin izin verici tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 26.09 ± 3.91 , son-testten aldıkları ortalama puan 15.55 ± 2.16 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 15.82 ± 2.68 olarak bulunmuştur.

Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olması durumunda babaların demokratik tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 69.22 ± 4.41 , son-testten aldıkları ortalama puan 82.44 ± 0.88 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 82.11 ± 1.05 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olmadığı durumda babaların demokratik tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 71.73 ± 4.90 , son-testten aldıkları ortalama puan 83.00 ± 1.90 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 82.82 ± 1.54 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olması durumunda babaların otoriter tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 25.00 ± 6.78 , son-testten aldıkları ortalama puan 14.33 ± 2.24 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 14.44 ± 2.13 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olmadığı durumda babaların otoriter tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 25.09 ± 2.59 , son-testten aldıkları ortalama puan 15.00 ± 1.84 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 14.91 ± 1.92 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olması durumunda babaların aşırı koruyucu tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 32.22 ± 5.31 , son-testten aldıkları ortalama puan 20.11 ± 1.76 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 20.78 ± 2.28 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olmadığı durumda babaların aşırı koruyucu tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 34.18 ± 3.46 , son-testten aldıkları ortalama puan 20.55 ± 2.16 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 21.09 ± 2.70 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olması durumunda babaların izin verici tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 28.78 ± 1.48 , son-testten aldıkları ortalama puan 16.22 ± 1.30 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 17.00 ± 1.22 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek

çocuğu olmadığı durumda babaların izin verici tutum ön-testten aldıkları ortalama puan 29.82 ± 3.60 , son-testten aldıkları ortalama puan 17.27 ± 2.00 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 17.73 ± 1.79 olarak bulunmuştur

Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması için bağımsız *t* testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.21’de yer verilmiştir.

Tablo 4.21. Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması

Ebeveyn	Değişken	Ölçüm Zamanı	Eğitim Durumu	Med	$\bar{X}$	SS	t	p
Anne	Demokratik	Ön-test	Evet	71.00	70.67	5.57	-2.450	0.025*
			Hayır	75.00	75.64	3.44		
		Son-test	Evet	83.00	82.89	1.62	-2.152	0.045*
			Hayır	84.00	84.09	0.83		
		İzleme testi	Evet	83.00	82.78	1.48	-2.506	0.022*
			Hayır	84.00	84.09	0.83		
	Otoriter	Ön-test	Evet	27.00	26.44	3.88	2.853	0.011*
			Hayır	21.00	22.00	3.10		
		Son-test	Evet	15.00	14.89	1.90	1.381	0.184
			Hayır	14.00	14.00	0.89		
		İzleme testi	Evet	15.00	15.33	2.24	1.817	0.086
			Hayır	14.00	14.00	0.89		
	Aşırı Koruyucu	Ön-test	Evet	36.00	33.67	6.02	-0.890	0.385
			Hayır	36.00	35.64	3.83		
		Son-test	Evet	20.00	19.78	2.73	-0.604	0.553
			Hayır	21.00	20.64	3.47		
		İzleme testi	Evet	21.00	20.44	3.13	-0.435	0.669
			Hayır	21.00	21.09	3.45		
	İzin Verici	Ön-test	Evet	27.00	27.56	3.71	0.852	0.405
			Hayır	25.00	26.09	3.91		
		Son-test	Evet	16.00	15.44	1.13	-0.126	0.895
			Hayır	16.00	15.55	2.16		
		İzleme testi	Evet	16.00	16.22	1.92	0.379	0.709
			Hayır	15.00	15.82	2.68		
Baba	Demokratik	Ön-test	Evet	69.00	69.22	4.41	-1.189	0.250
			Hayır	73.00	71.73	4.90		
		Son-test	Evet	82.00	82.44	0.88	-0.807	0.430
			Hayır	84.00	83.00	1.90		
		İzleme testi	Evet	82.00	82.11	1.05	-1.170	0.257
			Hayır	83.00	82.82	1.54		

[Tablo 4.21. (Devam) *Ebeveynlerin ETÖ ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması*]

Baba	Otoriter	Ön-test	Evet	25.00	25.00	6.78	-0.041	0.968
			Hayır	25.00	25.09	2.59		
		Son-test	Evet	15.00	14.33	2.24	-0.732	0.474
			Hayır	15.00	15.00	1.84		
		İzleme testi	Evet	15.00	14.44	2.13	-0.513	0.614
			Hayır	15.00	14.91	1.92		
	Aşırı Koruyucu	Ön-test	Evet	33.00	32.22	5.31	-0.996	0.333
			Hayır	34.00	34.18	3.46		
		Son-test	Evet	20.00	20.11	1.76	-0.484	0.634
			Hayır	21.00	20.55	2.16		
		İzleme testi	Evet	21.00	20.78	2.28	-0.276	0.785
			Hayır	21.00	21.09	2.70		
	İzin Verici	Ön-test	Evet	28.00	28.78	1.48	-0.809	0.429
			Hayır	29.00	29.82	3.60		
		Son-test	Evet	17.00	16.22	1.30	-1.353	0.193
			Hayır	18.00	17.27	2.00		
		İzleme testi	Evet	17.00	17.00	1.22	-1.033	0.315
			Hayır	18.00	17.73	1.79		

*p<0.05

Uygulanan bağımsız *t* testi sonucunda, annelerin kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre demokratik ön-test ($p=0.025$), son-test ($p=0.045$), izleme testi ($p=0.022$) ve otoriter ön-test ($p=0.011$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Birden fazla çocuğu olan annelerin demokratik ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının, tek çocuğu olan annelere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Tek çocuğu olan annelerin otoriter ön-test puanlarının, birden fazla çocuğu olan annelere göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Annelerin kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre otoriter son-test ve izleme testi, aşırı koruyucu ön-test, son-test ve izleme testi ve izin verici ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Babaların kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre demokratik ön-test, son-test ve izleme testi, otoriter ön-test, son-test ve izleme testi, aşırı koruyucu ön-test, son-test ve izleme testi ve izin verici ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

4.7. Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Verileri

Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri'nden almış oldukları puanlara bakıldığında, annelerin Durumluk Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 41.30 ± 4.85 , son-testten aldıkları ortalama puan 24.35 ± 3.28 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 25.70 ± 3.15 olarak bulunmuştur. Annelerin Sürekli Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 42.15 ± 4.34 , son-testten aldıkları ortalama puan 27.20 ± 2.97 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 28.20 ± 3.09 olarak bulunmuştur.

Babaların Durumluk Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 40.45 ± 7.28 , son-testten aldıkları ortalama puan 24.40 ± 4.35 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 25.45 ± 2.80 olarak bulunmuştur. Annelerin Sürekli Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 41.85 ± 5.02 , son-testten aldıkları ortalama puan 26.35 ± 3.23 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 27.00 ± 2.81 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının karşılaştırılması için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.22'de yer verilmiştir.

Tablo 4.22. Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarını karşılaştırılması

	Değişken	Ölçüm Zamanı	Med	$\bar{X}$	SS	F	p	Bonferroni
Anne	Durumluk Kaygı	Ön-test (1)	40.00	41.30	4.85	325.156	0.000*	1>2, 1>3, 3>2
		Son-test (2)	23.00	24.35	3.28			
		İzleme testi (3)	25.00	25.70	3.15			
	Sürekli Kaygı	Ön-test (1)	43.00	42.15	4.34	627.254	0.000*	1>2, 1>3, 3>2
		Son-test (2)	27.00	27.20	2.97			
		İzleme testi (3)	28.50	28.20	3.09			
Baba	Durumluk Kaygı	Ön-test (1)	39.00	40.45	7.28	189.512	0.000*	1>2, 1>3
		Son-test (2)	23.50	24.40	4.35			
		İzleme testi (3)	25.00	25.45	2.80			
	Sürekli Kaygı	Ön-test (1)	41.50	41.85	5.02	438.026	0.000*	1>2, 1>3
		Son-test (2)	26.00	26.35	3.23			
		İzleme testi (3)	27.00	27.00	2.81			

*p<0.05

Uygulanan tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonucunda, annelerin durumluk kaygı ($F=325.156$, $p<0.001$) ve sürekli kaygı ($F=627.254$, $p<0.001$) ön-test, son-test ve

izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan aşamayı bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Annelerin durumluk kaygı ve sürekli kaygı ön-test puanlarının, son-test ve izleme testi puanlarından daha fazla olduğu görülmektedir. Annelerin durumluk kaygı ve sürekli kaygı izleme testi puanlarının, son-test puanlarından daha fazla olduğu görülmektedir. Annelerin durumluk kaygı ve sürekli kaygı izleme testi puanlarının, son-test puanlarından anlamlı düzeyde daha fazla olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Babaların durumluk kaygı ($F=189.512$, $p<0.001$) ve sürekli kaygı ($F=438.026$, $p<0.001$) ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan aşamayı bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Babaların durumluk kaygı ve sürekli kaygı ön-test puanlarının, son-test ve izleme testi puanlarından daha fazla olduğu görülmektedir. Babaların durumluk kaygı ve sürekli kaygı son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

4.7.1. Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması

Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri'nden almış oldukları puanlara bakıldığında, annelerin Durumluk Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 41.30 ± 4.85 , son-testten aldıkları ortalama puan 24.35 ± 3.28 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 25.70 ± 3.15 olarak bulunmuştur. Annelerin Sürekli Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 42.15 ± 4.34 , son-testten aldıkları ortalama puan 27.20 ± 2.97 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 28.20 ± 3.09 olarak bulunmuştur.

Babaların Durumluk Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 40.45 ± 7.28 , son-testten aldıkları ortalama puan 24.40 ± 4.35 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 25.45 ± 2.80 olarak bulunmuştur. Annelerin Sürekli Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 41.85 ± 5.02 , son-testten aldıkları ortalama puan 26.35 ± 3.23 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 27.00 ± 2.81 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması için bağımsız t testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.23'te yer verilmiştir.

Tablo 4.23. Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının anneler ve babalar arasında karşılaştırılması

Değişken	Ölçüm Zamanı	Ebeveyn	Med	$\bar{X}$	SS	t	p
Durumluk Kaygı	Ön-test	Anne	40.00	41.30	4.85	0.435	0.666
		Baba	39.00	40.45	7.28		
	Son-test	Anne	23.00	24.35	3.28	-0.041	0.967
		Baba	23.50	24.40	4.35		
	İzleme testi	Anne	25.00	25.70	3.15	0.265	0.792
		Baba	25.00	25.45	2.80		
Sürekli Kaygı	Ön-test	Anne	43.00	42.15	4.34	0.202	0.841
		Baba	41.50	41.85	5.02		
	Son-test	Anne	27.00	27.20	2.97	0.866	0.392
		Baba	26.00	26.35	3.23		
	İzleme testi	Anne	28.50	28.20	3.09	1.285	0.206
		Baba	27.00	27.00	2.81		

*p<0.05

Uygulanan bağımsız *t* testi sonucunda, ebeveynlerin anne ve baba olma durumlarına göre durumluk kaygı ön-test, son-test ve izleme testi ve sürekli kaygı ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

4.7.2. Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması

Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri'nden almış oldukları puanlara bakıldığında, 34 yaş ve altı annelerin Durumluk Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 41.00 ± 4.08 , son-testten aldıkları ortalama puan 24.15 ± 3.08 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 25.23 ± 2.45 olarak bulunmuştur. 34 yaş üstü annelerin Durumluk Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 41.86 ± 6.36 , son-testten aldıkları ortalama puan 24.71 ± 3.86 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 26.57 ± 4.24 olarak bulunmuştur.

34 yaş ve altı annelerin Sürekli Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 43.00 ± 3.85 , son-testten aldıkları ortalama puan 27.85 ± 2.82 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 28.69 ± 2.93 olarak bulunmuştur. 34 yaş üstü annelerin Sürekli Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 40.57 ± 5.06 , son-testten aldıkları ortalama puan 26.00 ± 3.06 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 27.29 ± 3.40 olarak bulunmuştur.

38 yaş ve altı babaların Durumluk Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 40.55 ± 8.81 , son-testten aldıkları ortalama puan 24.55 ± 5.30 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 25.00 ± 2.57 olarak bulunmuştur. 38 yaş üstü babaların Durumluk Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 40.33 ± 5.36 , son-testten aldıkları ortalama puan 24.22 ± 3.11 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 26.00 ± 3.12 olarak bulunmuştur.

38 yaş ve altı babaların Sürekli Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 40.73 ± 5.83 , son-testten aldıkları ortalama puan 26.73 ± 3.66 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 26.55 ± 2.77 olarak bulunmuştur. 38 yaş üstü babaların Sürekli Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 43.22 ± 3.67 , son-testten aldıkları ortalama puan 25.89 ± 2.76 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 27.56 ± 2.92 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması için bağımsız t testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.24'te yer verilmiştir.

Tablo 4.24. Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması

Ebeveyn	Değişken	Ölçüm Zamanı	Yaş	Med	$\bar{X}$	SS	t	p
Anne	Durumluk Kaygı	Ön-test	34 yaş ve altı	41.00	41.00	4.08	-0.369	0.717
			34 yaş üstü	39.00	41.86	6.36		
		Son-test	34 yaş ve altı	23.00	24.15	3.08	-0.356	0.726
			34 yaş üstü	23.00	24.71	3.86		
		İzleme testi	34 yaş ve altı	24.00	25.23	2.45	-0.904	0.378
			34 yaş üstü	25.00	26.57	4.24		
	Sürekli Kaygı	Ön-test	34 yaş ve altı	43.00	43.00	3.85	1.207	0.243
			34 yaş üstü	39.00	40.57	5.06		
		Son-test	34 yaş ve altı	27.00	27.85	2.82	1.357	0.192
			34 yaş üstü	26.00	26.00	3.06		
		İzleme testi	34 yaş ve altı	29.00	28.69	2.93	0.970	0.345
			34 yaş üstü	27.00	27.29	3.40		

[Tablo 4.24. (Devam) Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması]

Baba	Durumluk Kaygı	Ön-test	38 yaş ve altı	39.00	40.55	8.81	0.063	0.950
			38 yaş üstü	41.00	40.33	5.36		
		Son-test	38 yaş ve altı	23.00	24.55	5.30	0.161	0.874
			38 yaş üstü	24.00	24.22	3.11		
		İzleme testi	38 yaş ve altı	25.00	25.00	2.57	-0.787	0.442
			38 yaş üstü	26.00	26.00	3.12		
	Sürekli Kaygı	Ön-test	38 yaş ve altı	40.00	40.73	5.83	-1.113	0.280
			38 yaş üstü	44.00	43.22	3.67		
		Son-test	38 yaş ve altı	26.00	26.73	3.66	0.567	0.578
			38 yaş üstü	25.00	25.89	2.76		
		İzleme testi	38 yaş ve altı	26.00	26.55	2.77	-0.792	0.439
			38 yaş üstü	27.00	27.56	2.92		

*p<0.05

Uygulanan bağımsız *t* testi sonucunda, annelerin yaşa göre durumluk kaygı ön-test, son-test ve izleme testi ve sürekli kaygı ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Babaların yaşa göre durumluk kaygı ön-test, son-test ve izleme testi ve sürekli kaygı ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

4.7.3. Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması

Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri'nden almış oldukları puanlara bakıldığında, lise mezunu annelerin Durumluk Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 40.57 ± 3.05 , son-testten aldıkları ortalama puan 22.86 ± 1.86 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 24.43 ± 1.40 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu annelerin Durumluk Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 41.69 ± 5.66 , son-testten aldıkları ortalama puan 25.15 ± 3.65 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 26.38 ± 3.64 olarak bulunmuştur.

Lise mezunu annelerin Sürekli Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 44.29 ± 2.87 , son-testten aldıkları ortalama puan 27.71 ± 1.89 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 29.00 ± 2.52 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu annelerin

Sürekli Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 41.00 ± 4.65 , son-testten aldıkları ortalama puan 26.92 ± 3.45 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 27.77 ± 3.37 olarak bulunmuştur.

Lise mezunu babaların Durumluk Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 40.40 ± 4.35 , son-testten aldıkları ortalama puan 23.30 ± 1.83 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 25.00 ± 1.70 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu babaların Durumluk Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 40.50 ± 9.64 , son-testten aldıkları ortalama puan 25.50 ± 5.82 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 25.90 ± 3.63 olarak bulunmuştur.

Lise mezunu babaların Sürekli Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 40.60 ± 4.12 , son-testten aldıkları ortalama puan 25.30 ± 1.34 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 26.30 ± 2.00 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu babaların Sürekli Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 43.10 ± 5.72 , son-testten aldıkları ortalama puan 27.40 ± 4.22 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 27.70 ± 3.40 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması için bağımsız t testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.25'te yer verilmiştir.

Tablo 4.25. Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması

Ebeveyn	Değişken	Ölçüm Zamanı	Eğitim Durumu	Med	$\bar{X}$	SS	t	p
Anne	Durumluk Kaygı	Ön-test	Lise	39.00	40.57	3.05	-0.483	0.635
			Üniversite	41.00	41.69	5.66		
		Son-test	Lise	23.00	22.86	1.86	-1.547	0.139
			Üniversite	23.00	25.15	3.65		
		İzleme testi	Lise	24.00	24.43	1.40	-1.355	0.192
			Üniversite	25.00	26.38	3.64		
	Sürekli Kaygı	Ön-test	Lise	45.00	44.29	2.87	1.690	0.108
			Üniversite	39.00	41.00	4.65		
		Son-test	Lise	28.00	27.71	1.89	0.559	0.583
			Üniversite	26.00	26.92	3.45		
		İzleme testi	Lise	29.00	29.00	2.52	0.844	0.410
			Üniversite	28.00	27.77	3.37		

[Tablo 4.25. (Devam) Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması]

Baba	Durumluk Kaygı	Ön-test	Lise	39.00	40.40	4.35	-0.030	0.976
			Üniversite	40.00	40.50	9.64		
		Son-test	Lise	23.00	23.30	1.83	-1.141	0.269
			Üniversite	24.00	25.50	5.82		
		İzleme testi	Lise	25.00	25.00	1.70	-0.709	0.487
			Üniversite	26.00	25.90	3.63		
	Sürekli Kaygı	Ön-test	Lise	41.00	40.60	4.12	-1.121	0.277
			Üniversite	42.00	43.10	5.72		
		Son-test	Lise	25.00	25.30	1.34	-1.500	0.151
			Üniversite	27.50	27.40	4.22		
		İzleme testi	Lise	26.50	26.30	2.00	-1.122	0.277
			Üniversite	28.00	27.70	3.40		

*p<0.05

Uygulanan bağımsız *t* testi sonucunda, annelerin eğitim düzeyine göre durumluk kaygı ön-test, son-test ve izleme testi ve sürekli kaygı ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Babaların eğitim düzeyine göre durumluk kaygı ön-test, son-test ve izleme testi ve sürekli kaygı ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

4.7.4. Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması

Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri'nden almış oldukları puanlara bakıldığında, kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olması durumunda annelerin Durumluk Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 41.22 ± 3.60 , son-testten aldıkları ortalama puan 24.78 ± 3.19 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 25.78 ± 2.44 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olmadığı durumda annelerin Durumluk Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 41.36 ± 5.85 , son-testten aldıkları ortalama puan 24.00 ± 3.46 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 25.64 ± 3.75 olarak bulunmuştur.

Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olması durumunda annelerin Sürekli Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 42.67 ± 3.81 , son-testten aldıkları ortalama puan 27.44 ± 2.24 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 28.11 ± 2.62 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olmadığı durumda

annelerin Sürekli Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 41.73 ± 4.88 , son-testten aldıkları ortalama puan 27.00 ± 3.55 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 28.27 ± 3.55 olarak bulunmuştur.

Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olması durumunda babaların Durumluk Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 40.00 ± 4.24 , son-testten aldıkları ortalama puan 23.56 ± 2.07 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 25.44 ± 1.94 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olmadığı durumda babaların Durumluk Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 40.82 ± 9.27 , son-testten aldıkları ortalama puan 25.09 ± 5.59 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 25.45 ± 3.45 olarak bulunmuştur.

Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olması durumunda babaların Sürekli Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 42.11 ± 3.33 , son-testten aldıkları ortalama puan 25.67 ± 2.12 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 27.44 ± 1.88 olarak bulunmuştur. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olmadığı durumda babaların Sürekli Kaygı Ölçeği ön-testten aldıkları ortalama puan 41.64 ± 6.23 , son-testten aldıkları ortalama puan 26.91 ± 3.94 ve izleme testinden aldıkları ortalama puan 26.64 ± 3.44 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması için bağımsız t testi uygulanmıştır ve sonuçlarına Tablo 4.26'da yer verilmiştir.

Tablo 4.26. Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması

Ebeveyn	Değişken	Ölçüm Zamanı	Tek Çocuk Olma Durumu	Med	$\bar{X}$	SS	t	p
Anne	Durumluk Kaygı	Ön-test	Evet	41.00	41.22	3.60	-0.063	0.950
			Hayır	38.00	41.36	5.85		
		Son-test	Evet	23.00	24.78	3.19	0.517	0.611
			Hayır	23.00	24.00	3.46		
	İzleme testi	Ön-test	Evet	25.00	25.78	2.44	0.097	0.924
			Hayır	24.00	25.64	3.75		
		Son-test	Evet	43.00	42.67	3.81	0.471	0.643
			Hayır	41.00	41.73	4.88		
Baba	Durumluk Kaygı	Ön-test	Evet	27.00	27.44	2.24	0.325	0.749
			Hayır	26.00	27.00	3.55		
		Son-test	Evet	29.00	28.11	2.62	-0.113	0.911
			Hayır	28.00	28.27	3.55		
	İzleme testi	Ön-test	Evet	41.00	40.00	4.24	-0.244	0.810
			Hayır	39.00	40.82	9.27		
		Son-test	Evet	24.00	23.56	2.07	-0.778	0.447
			Hayır	23.00	25.09	5.59		
	Sürekli Kaygı	Ön-test	Evet	26.00	25.44	1.94	-0.008	0.994
			Hayır	25.00	25.45	3.45		
		Son-test	Evet	43.00	42.11	3.33	0.205	0.840
			Hayır	40.00	41.64	6.23		
	İzleme testi	Ön-test	Evet	25.00	25.67	2.12	-0.849	0.407
			Hayır	26.00	26.91	3.94		
		Son-test	Evet	27.00	27.44	1.88	0.630	0.537
			Hayır	25.00	26.64	3.44		

*p<0.05

Uygulanan bağımsız *t* testi sonucunda, annelerin kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre durumluk kaygı ön-test, son-test ve izleme testi puanları ve sürekli kaygı ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Babaların kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre durumluk kaygı ön-test, son-test ve izleme testi puanları ve sürekli kaygı ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

4.8. Ebeveynlerin Sosyal Geçerlik Formu Sonuçları

Sosyal Geçerlik Formu'na ait soruların dağılımı tablo 4.27'de verilmiştir.

Tablo 4.27. *Sosyal Geçerlik Formu sonuçları*

Soru Maddesi	Yanıt	n	%
1. Uygulanan terapi sürecinden memnun olma durumu	Evet, memnunum	40	100.0
2. Terapi sürecinin çocuğun ve kendisinin günlük yaşantısını olumlu yönde etkilediğini düşünme durumu	Evet, düşünüyorum	40	100.0
3. Terapi sürecinin çocuğun iletişim tutumuna olumlu yönde katkı sağlama durumu	Evet, katkı sağladı	40	100.0
4. Terapi sürecinin çocuğun konuşma davranışlarına olumlu yönde katkı sağlama durumu	Evet, katkı sağladı	40	100.0
5. Terapi sürecinin çocuğun kekemeliğine ilişkin kendisinin duygu ve tutumlarına olumlu yönde katkı sağlama durumu	Evet, katkı sağladı	40	100.0
6. Terapi sürecinin çocuğa yönelik genel tutumuna olumlu yönde katkı sağladığını düşünme durumu	Evet, düşünüyorum	38	95.0
	Kararsızım	2	5.0
7. Terapi sürecinin genel kaygı düzeyini olumlu yönde etkilediğini düşünme durumu	Evet, düşünüyorum	37	92.5
	Kararsızım	3	7.5
8. Bu çalışmayı bir başka ebeveyne önerme durumu	Evet, öneririm	40	100.0
9. Uygulanan terapinin süresinin yeterli olma durumu	Evet, yeterliydi	38	95.0
	Kararsızım	2	5.0
10. Uygulanan terapinin kapsamının yeterli olma durumu	Evet, yeterliydi	38	95.0
	Kararsızım	2	5.0
11. Uygulanan terapi sonrasında çocuğun kekemeliğinin yönetimi konusunda kendisine güven duyma durumu	Evet, duyuyorum	40	100.0
Toplam		40	100.0

Tablo 4.27'ye göre uygulanan terapi sürecinden memnun olma durumu incelendiğinde, katılımcıların %100'ünün (n=40) memnun olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların tamamı (n=40) terapi sürecinin çocuğun ve kendisinin günlük yaşantısını olumlu yönde etkilediğini düşünmektedir. Terapi süreci çocuğun iletişim tutumuna olumlu yönde katkı sağlama durumu incelendiğinde, katılımcıların %100'ünün (n=40) "Evet, katkı sağladı." cevabını verdiği görülmektedir. Yine katılımcıların %100'ü bu terapi sürecinin çocuğun konuşma davranışlarına olumlu yönde katkı sağladığını düşünmektedir.

Terapi süreci çocuğun kekemeliğine ilişkin kendisinin duygu ve tutumlarına olumlu yönde katkı sağlama durumu incelendiğinde, katılımcıların %100'ünün (n=40) "Evet, katkı sağladı." cevabını verdiği görülmektedir. Terapi sürecinin çocuğa yönelik genel tutumuna katkı sağladığını düşünme durumu incelendiğinde, katılımcıların %95'inin (n=38) "Evet, düşünüyorum." ve %5'inin (n=2) "Kararsızım." cevabını verdiği görülmektedir. Katılımcıların %92,5'i (n=37) terapi sürecinin genel kaygı düzeyini

olumlu yönde etkilediğini düşünürken ve %7,5'i (n=3) bu konuda kararsızdır. Ayrıca katılımcıların tamamı (n=40) bu çalışmayı bir başka ebeveyne önerebileceğini ifade etmiştir. Katılımcıların %95'i (n=38) uygulanan terapinin süresinin yeterli olduğunu düşünürken %5'i (n=2) bu konuda kararsızdır. Yine katılımcıların %95'i uygulanan terapinin kapsamının yeterli olduğunu düşünmekte %5'i ise (n=2) kararsız olduğunu ifade etmiştir. Son olarak katılımcıların tamamının (n=40) uygulanan terapi sonrasında çocuğun kekemeliğinin yönetimi konusunda kendisine güven duyduğunu belirtmiştir.

Açık uçlu sorular olan 12 ve 13. sorular ise ebeveynlerin terapi sürecinden memnun oldukları ve olmadıkları yönleri sorgulamaktadır. Ebeveynlerin terapi sürecinden memnun oldukları yönler şöyle özetlenebilir:

- Çocuğun kekemeliğinden toplum içinde rahatsız olmama
- Kekemeliği kabul etme
- Çocuklarını olduğu gibi kabul etme
- Çocuğun ne yaşadığını daha iyi anlayabilme/ empati yapabilme
- Kekemeliğe bakış açısında değişim
- Çocuğun kekemeliğinde azalma
- Geleceğe yönelik korku ve kaygı düzeyinde azalma
- Kekemelik konusunda bilgi ve farkındalık düzeyinde artış
- Kendisinde ve çocuğunda duygusal rahatlama, duygusal yönetim
- Çocuğa yönelik davranışları hakkında bilinçlilik ve değişiklikler
- Daha güçlü hissetme
- Ebeveyn-Çocuk etkileşiminde ve iletişimde iyileşme
- Çocuğun kekemeliğinden dolayı kendini suçlama duygusunda azalma
- Çocuğun akran ve sosyal etkileşiminde ve iletişim becerilerinde gelişmeler
- Kekemeliğin başa çıkılabilecek bir durum olduğunu anlama
- Kendi ve çocuğun özgüven düzeyinde artış
- Kekemelik konusunda davranışlarını yönetebilme
- Çocuğa yönelik genel tutumlarda olumlu değişiklikler
- Sürecin ebeveynlerde başladığını anlama

Ebeveynler terapi sürecinden memnun olmadıkları bir yön belirtmemiştir ancak bir ebeveyn: “Çocukla terapistin birebir çalışmasının daha iyi olup olmayacağı sorusu beni düşündürmekte.” diyerek görüş eklemiştir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, okul öncesi (3-6 yaşlarında) kekeleyen çocukların ebeveynlerine 8 hafta, 10 seans süresince uygulanan kekemeliğe yönelik duyarsızlaştırma terapisinin çocukların iletişim tutumlarını ve konuşma davranışlarını; ebeveynlerin kekemeliğe ilişkin duygu ve tutumlarını, genel tutumlarını ve kaygı düzeylerini nasıl değiştirdiği araştırılmıştır. Çocuklarla terapi yapılmamış, yalnızca ebeveynlere terapi yapılmıştır. Kekeleyen çocuklardan ve ailelerinden ön-test, son-test ve 3 ay sonra izleme testi verileri toplanmıştır. Çalışma sonucunda, araştırma bulgularının ve duyarsızlaştırma terapisinin etkililiğinin analizi, sentezi ve mevcut literatürle karşılaştırılması izleyen bölümde tartışılmaktadır.

5.1. Ebeveynlere Uygulanan Kekemeliğe Yönelik Duyarsızlaştırma Terapisinin KiddyCAT-TR Üzerindeki Etkisi

Mevcut araştırmada, ebeveynlere uygulanan duyarsızlaştırma terapisi sonrasında çocukların KiddyCAT-TR'den aldıkları ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Çocukların iletişimlerine yönelik tutumları terapi süreci öncesine göre olumlu yönde önemli ölçüde değişmiştir. Bu değişim, çocukların cinsiyetine ve yaşına göre farklılık göstermemiştir ve izleme testi ölçümleri süresince de korunmuştur. Ayrıca, Sosyal Geçerlik Formu sonuçlarında ebeveynlerin tamamı (n=40) terapi sürecinin çocuğunun iletişim tutumuna olumlu yönde katkı sağladığını belirterek bulguları desteklemiştir.

KiddyCAT ölçeğini kullanan araştırmalar, kekeleyen çocukların akıcı konuşan akranlarına göre tipik olarak daha olumsuz iletişim tutumlarına sahip olduğunu göstermiştir (Vanryckeghem ve Brutten, 2007; Węsierska ve Vanryckeghem, 2015; Neumann vd., 2019). Millard, Zebrowski ve Kelman (2018) kekeleyen çocukların Palin Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Terapisi aldıktan sonra çocukların uzun dönem KiddyCAT sonuçlarında daha olumlu iletişim tutumları sergilediklerini bulmuşlardır. Murphy, Yaruss ve Quesal (2007a) okul çağındaki kekeleyen 9 yaşındaki bir çocukta duyarsızlaştırma, bilişsel yeniden yapılandırma, kendini kabul etme ve kendini açmayı içeren terapi sürecinin ardından çocuğun CAT-R (Children's Attitude Test-Revised) sonuçlarında gelişmiş iletişim tutumları gösterdiğini belirtmişlerdir. Bu çalışmalar, mevcut çalışmamızı desteklemekte ve kekemelik terapilerinin kekeleyen okul öncesi çocukların iletişim tutumlarını iyileştirebileceğin görülmektedir. Mevcut çalışmamız için

de bu durum, ebeveynlere duyarsızlaştırma terapisi sürecinde uygulanan ebeveyn eğitimi, bilgilendirme, kekemelik konusunda açık olma ve kekeleyen çocuğun bulunduğu ortamlarda uygulanan istemli kekemelik ile kekemeliğin normalleştirilmesi ve rahat takılmaların modellenmesinin daha destekleyici ve daha az endişeli bir ev ortamı yaratarak çocuklara fayda sağladığını göstermektedir. Berquez ve Kelman (2018), ebeveynlere yönelik duyarsızlaştırma terapisinin, evde daha destekleyici ve anlayışlı bir ortam yaratarak çocuğun tutumlarını değiştirmeye katkı sağladığını gösterdiği çalışması, bu düşünceleri ve bulguları desteklemektedir. Sonuçlar, ebeveyn katılımının ve tutum düzenlemelerinin çocukların iletişim davranışlarını ve kaygı düzeylerini önemli ölçüde etkileyebileceğini öne süren önceki araştırmalarla uyumludur (Conture ve Guitar, 1993; Chmela ve Reardon-Reeves, 2005). Bu sayede, ebeveynler çocuklarının daha olumlu iletişim tutumları ve benlik algıları geliştirmelerine yardımcı olabilirler.

Araştırmamızda KiddyCAT-TR'den elde edilen anlamlı bulgular, Palin Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Terapisi sonrası ebeveyn kaygısındaki azalmanın, ebeveyn desteği ve anlayışının çocuğun kekemeliğiyle ilişkili kaygısını hafifletmede çok önemli olduğunu bildiren Millard, Nicholas ve Cook (2008)'un bulgularını desteklemektedir. Ebeveynlerin kekemeliğe yönelik tutumlarındaki iyileşme, başarılı kekemelik yönetimi için gereklidir. Bu sonuçlar, kekemelik terapilerinde çocukların olumsuz iletişim tutumlarının ele alınmasının önemini vurgulamaktadır (Vanryckeghem, Brutten ve Hernandez, 2005). KiddyCAT-TR ön-test, son-test ve izleme testi verileri, ebeveynlere uygulanan kekemeliğe yönelik duyarsızlaştırma terapisi sonrasında çocukların iletişim tutumlarında zaman içinde anlamlı iyileşmeler olduğunu göstermiştir. Çocukların dolaylı olarak almış oldukları terapi aracılığıyla iletişim tutumlarındaki bu gelişmeler oldukça önemlidir. Sonuçlar, çocukları kekeleye başlayan ebeveynler için çocuklarının iletişimlerine yönelik olumsuz tutum geliştirmemeleri ya da mevcut olumsuz tutumlarının azaltılmasında ebeveyn danışmanlığın, eğitiminin ve terapi katılımının önemini vurgulamaktadır. Uzun süreli takip verileri, terapinin faydalarının korunduğunu göstermekte ve sürekli destek ve izleme ihtiyacını vurgulamaktadır.

5.2. Ebeveynlere Uygulanan Kekemeliğe Yönelik Duyarsızlaştırma Terapisinin Kekemelik İçin Anne-Baba Tanısal Ölçeği-Türkçe Üzerindeki Etkisi

Mevcut araştırmada, KA-BTÖ-T'de yüksek olan ön-test skorlarının ebeveynlere uygulanan duyarsızlaştırma terapisi sonrasında anlamlı düzeyde düştüğü ve izleme

değerlendirmesinde de son-teste kıyasla değişikliklerin korunduğu görülmüştür. Bu kapsamda, çocukların konuşma davranışlarında ve kekemeliklerine yönelik duygusal tepkilerinde, ebeveynlerin çocuklarının kekemeliğine yönelik tutumlarında ve konuşma davranışlarına müdahalelerinde önemli bir iyileşme olduğu görülmüştür. İzleme değerlendirmeleri, terapinin olumlu etkilerinin zaman içinde korunduğunu ve ebeveyn duyarsızlaştırmasının uzun vadeli faydalarını göstermiştir. Sosyal Geçerlik Formu sonuçları da bu sonuçlarını desteklemiştir. Ebeveynlerin tamamı (n=40), terapi sürecinin çocuğunun konuşma davranışlarına, kekemeliğine yönelik duygu ve tutumlarına ve çocuğunun ve kendisinin günlük yaşantısına olumlu yönde etki ettiğini belirtmiştir.

Araştırmamızın sonuçlarında, ebeveynlere uygulanan duyarsızlaştırma terapisinin kekeleyen çocukların kekemeliklerine ilişkin duygusal tepkilerini azalttığı ve duygusal yönetimlerini desteklediği görülmüştür. Mevcut araştırma bulgularının desteklediği şekilde, Tichenor vd. (2022) kekemeliği yönetmede duygusal düzenlemenin her yaş grubunda önemli olduğunu vurgulamışlardır. Murphy, Yaruss ve Quesal (2007a), bilişsel yeniden yapılandırma, kendini kabul etme ve kendini açmayı içeren terapi sürecinin ardından, araştırmamızla benzer şekilde, çocuğun kekemelik sıklığında, şiddetinde ve kekemelik ile ilgili endişelerinde azalma görmüştür. Mevcut araştırma, bu bulguları okul öncesi çocuklara genişleterek, ebeveynlere yönelik erken müdahalenin hem ebeveynler hem de çocuklar için önemli gelişmelere ve iyileşmelere yol açabileceğini göstermektedir. Araştırmamızın bulguları, Berquez ve Kelman'ın (2018), kekeleyen bireylere yönelik duyarsızlaştırma terapisinin kekemeliğin ve ikincil davranışların şiddetinde önemli azalma, kekeleyen çocukların ebeveynlerinin duyarsızlaştırılmasının ebeveynlerin kaygı düzeyinde önemli azalma ve ebeveynler tarafından çocuğa verilen destekte önemli gelişmeler sağladığını bildirdikleri araştırmalarını desteklemektedir.

Blomgren vd. (2013), çalışmamızda olduğu gibi duyarsızlaştırma terapisinin kekeleyen bireylerin konuşma davranışlarını ve duygularını daha etkili bir şekilde yönetmelerine yardımcı olduğunu belirtmektedirler. Duyarsızlaştırma terapisinin kekeleyen bireylerin konuşmalarıyla ilgili kaygılarının azalttığını ve akıcılıklarını artırdığını ifade etmektedirler. Mevcut araştırma, bu bulguları ebeveynleri üzerinden okul öncesi kekeleyen çocuklar ve ebeveynlerine genişleterek duyarsızlaştırma terapisinin küçük çocuklardaki ve onların ebeveynlerindeki etkinliğini göstermektedir. Çocukların kekemelik sıklıkları, şiddetleri ve kekemeliklerine yönelik olumsuz duygu ve tepkileri ve ebeveynlerin kekemeliğe yönelik olumsuz duygu ve tepkileri azalmıştır. Plexico ve

Burrus (2012)'un araştırması ebeveynlerin kekeleyen bir çocuğun ebeveyni olmanın stresini yaşadıklarını ve çoğunlukla bu süreçle başa çıkmakta zorlandıklarını göstermektedir. Çalışmamızdaki anababa tutumu sonuçları, ebeveynlerin kekemeliğe yönelik duyarsızlaştırılmasının ebeveynlerin, kaygı ve endişe düzeylerinin önemli ölçüde azalttığını göstermiştir. Bu nedenle, kekemelik terapilerinde duyarsızlaştırma teknikleri kullanılırken kekeleyen çocukların yanı sıra, ebeveynlerinin de sürece dahil edilmesi oldukça önemlidir.

Biggart vd. (2006), bilişsel davranışçı yaklaşımların, ebeveynlerin çocuklarının kekemeliğini yönetmek için daha etkili stratejiler geliştirmelerine yardımcı olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda görülen anababa tutumu ve anne-baba davranışı alanlarındaki değişiklikler bu görüşü ve bunun önemini desteklemektedir. Millard, Nicholas ve Cook (2008) Palin Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Terapisi üzerine yaptıkları çalışmada, çocukların konuşma davranışlarını iyileştirmede olumlu ebeveyn tepkilerinin rolünü vurgulamışlardır ve bu, çalışmamızdaki gelişmiş ebeveyn tepkileri bulguları ile uyumludur. Boey (2012), müdahaleleri etkili bir şekilde uyarlamak için ebeveyn tutumlarını anlamının gerekliliğini vurgulamaktadır. Araştırmamızda ele alınan konularda ebeveynlere uygulanan duyarsızlaştırma terapisi sonrasında hem çocuklar hem de ebeveynlerinde görülen önemli değişimler konunun önemini vurgulamaktadır.

“Kekemelik için Anne-Baba Tanısal Ölçeği-Türkçe'nin” orijinali olan “Stuttering Parental Diagnostic Questionnaire (S-PDQ)”i geliştiren Tanner (1982), ebeveynlerin bakış açılarını anlamının ve bunun etkili müdahale stratejileri oluşturmadaki önemini vurgulamıştır. Mevcut araştırmanın bulguları, okul öncesi kekemelik terapilerinde ebeveyn davranışlarını ve tutumlarını değiştirmenin kekemeliğin yönetimini olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Rocha, Yaruss ve Rato (2020) kekeleyen 7-12 yaş çocukların ebeveynlerinin kekemeliğin çocuklarına olan etkisine ilişkin algılarının çocukların algıları ile ilişkisini değerlendirdikleri araştırmalarında, çocuklara OASES ve ebeveynlerine de OASES'in uyarlanmış versiyonunu uygulamışlardır. Araştırmanın bulguları hem ebeveynlerin hem de çocukların genel olarak benzer genel etki derecelendirmeleri bildirdiklerini göstermiştir. Guttormsen, Yaruss ve Næss (2021) benzer şekilde, kekemeliğin çocukları üzerindeki etkisine ilişkin algılarını değerlendirmek için kekeleyen 2-5 yaşlarında çocuğu olan 38 ebeveyne OASES'in uyarlanmış versiyonunu uygulamışlardır. Ebeveynlerin kekemeliğin çocuklarının yaşamlarında olumsuz etkisi olduğunu algıladıklarını ve bu konuda düşüncelerinden emin

olduklarını bildirmişlerdir. Araştırmamızdaki çocukların konuşma davranışlarına, ikincil davranışlarına, anababa tutumuna ve anne-baba davranışına ilişkin raporlamalar ebeveynlerin verdikleri yanıtlar üzerinden alındığı için, ebeveynlerin verdikleri yanıtların geçerliliği önemlidir. Çocuklarının etkilenimlerinin farkında olan ebeveynlerin de süreçten etkilenebilecekleri göz önüne alındığında, bu durum ebeveynlerin çocuklarının kekemeliğine yönelik tutumlarını, çocuklarının konuşmasına müdahalelerini, çocuklarına yönelik genel tutumlarını ve kaygı düzeylerini etkileyebilir. Çocukların kekemelik ile başa çıkmalarına yardımcı olmada kilit rol oynayan ebeveynlerin sürece ilişkin duygusal yönetimlerinin desteklenmesi ve güçlendirilmelerinin önemi görülmektedir. Çalışmamızın KA-BTÖ-T bulguları, terapi süreciyle ebeveynlerin duygusal yönetimlerindeki olumlu gelişmeleri ve Sosyal Geçerlik Formu sonuçları kendilerine olan güvenlerini göstermektedir.

Araştırma verileri, anne ve babaların çocuklarının konuşma davranışlarına, tutumlarına ve davranışlarına ilişkin olumlu gelişmeleri göstermiştir. Bulgular, bu gelişmelerin ebeveynin cinsiyetinden, yaşından, eğitim düzeyinden, kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olmasından bağımsız olduğu göstermektedir. Bu, terapinin ebeveynin cinsiyetinden, yaşından, eğitim düzeyinden ve kekeleyen çocuğun kardeşinin olup olmamasından bağımsız olarak anne ve babaların terapi sürecine eşit katılımının benzer olumlu etkileri sağladığını ve ebeveyn katılımının önemini göstermektedir. Her iki ebeveynin tutumlarının terapötik süreçte kritik öneme sahip olduğu görülmektedir (Craig vd., 2002; Craig ve Tran, 2014).

5.3. Ebeveynlere Uygulanan Kekemeliğe Yönelik Duyarsızlaştırma Terapisinin Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ) Üzerindeki Etkisi

Çalışmanın sonuçları, terapi sonrası ebeveyn tutumlarında önemli değişiklikler olduğunu göstermiştir. Ön-test, son-test ve izleme testleri sonuçlarına bakıldığında, özellikle demokratik tutumlarda anlamlı bir artış ve otoriter, aşırı korumacı ve izin verici tutumlarda anlamlı bir azalma olmuştur ($p<0.05$). Uygulanan terapi sonrasındaki değişikliklerin izleme değerlendirmelerinde de korunduğu görülmektedir. Değişimler Sosyal Geçerlik Formu sonuçlarıyla da desteklenmektedir. Ebeveynlerin %95'i ($n=38$), terapi sürecinin çocuklarına yönelik genel tutumlarına olumlu yönde katkı sağladığını ifade etmiştir. Bu değişiklikler, ebeveynlere uygulanan duyarsızlaştırma terapisiyle ebeveynlerin daha demokratik tutumlar sergilemesini sağlayarak terapinin daha olumlu

ve destekleyici ebeveynlik tarzlarını teşvik etmede etkili olduğunu göstermektedir. Sonuçlar, ebeveynleri eğitmeyi ve desteklemeyi amaçlayan müdahalelerin daha olumlu ebeveynlik tarzlarına yol açabileceğini gösteren önceki araştırmalarla uyumludur (Karabulut Demir ve Şendil, 2008).

Terapi sonrası daha demokratik bir tutuma geçiş, demokratik ebeveynliğin daha iyi çocuk uyumu ile ilişkili olduğunu öne süren Kaufmann vd. (2000) bulgularıyla tutarlıdır. Kekeleyen çocuklar özelinde, demokratik bir tutum, açık iletişimi teşvik eden ve konuşmalarıyla ilgili kaygıyı azaltan destekleyici bir ortamı teşvik eder (Briley, O'Brien ve Ellis, 2019). Çalışmamızın sonuçları da göz önünde bulundurulduğunda, demokratik ebeveynlik tutumlarındaki artışın hem kekeleyen çocuklar hem de ebeveynleri için daha açık ve destekleyici bir iletişimi, kekeleyen çocuğun ebeveynlerine kendisini daha kolay açabileceği ve ifade edebileceği rahat bir ortamı teşvik ettiği düşünülebilir.

Terapi sonrası otoriter tutumlardaki azalma önemlidir. Otoriter ebeveynlik çocuklarda kaygı ve stres düzeyini artırabilir ve bu da kekemeliği şiddetlendirebilir. Toğram ve Balıdede (2021) otoriter ebeveynliğin kekeleyen çocuklar üzerinde olumsuz etki oluşturduğunu vurgulamaktadır. Araştırmamızda görülen ebeveynlerin otoriter tutumlarındaki azalmanın demokratik tutumlardaki artışta olduğu gibi, kekeleyen çocuklar için kendilerini daha rahat ifade edebilecekleri, kaygı ve stres düzeyini azaltan bir ortamı desteklediği söylenebilir. Bodur vd. (2019) kekemeliği olan ve olmayan çocuklarda ebeveyn tutumlarını karşılaştırmak ve ebeveyn tutumlarının kekemelik şiddetine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirdikleri araştırmada, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (PARI)'ni kullanarak annelerden veriler toplamışlardır. Araştırmanın sonuçları, kekeleyen çocukların annelerinde aşırı kontrolcü bir yaklaşımın ve çocuktan itaat beklentisinin daha sık görüldüğünü göstermiştir. Ayrıca, kekemeliğin şiddeti ile aşırı anne kontrolü, çocuktan itaat beklentisi ve evlilik çatışması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Eshghizadeh vd. (2014) de, Bodur vd. (2019) gibi kekemeliği olan ve olmayan çocukların anneleriyle yaptıkları araştırmada, kekeleyen çocukların annelerinin daha otoriter tutum sergilediklerini bildirmişlerdir. Araştırmamızda, bu iki araştırmadan farklı olarak babaların tutumları da değerlendirilmiş, uygulanan terapi öncesinde ve sonrasında anneler ve babalar arasında otoriter tutumlar açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir.

Aşırı koruyucu ebeveynlik, iyi niyetli olsa da, bir çocuğun kekemeliğini yönetmesi için çok önemli olan başa çıkma becerileri ve bağımsızlık geliştirme yeteneğini

sınırlayabilir. Langevin, Packman ve Onslow (2010), kekeleyen çocukların ebeveynlerinin verdiği duygudurum reaksiyonlarından birinin koruyuculuk duygusu olduğunu bildirmektedir. Bradshaw'ın (2019) görüşünü destekleyecek şekilde, çalışmamızda gözlemlenen aşırı korumacı tutumlardaki azalma, ebeveyn eğitimi ve terapisinin ebeveynleri daha dengeli yaklaşımlar benimsemeleri için güçlendirebileceği ve ebeveynlerin çocuklarında dayanıklılık ve özerkliği teşvik edebileceği fikrini desteklemektedir.

İzin verici tutumlardaki değişim, yaşamda belirli sınırların olması ve davranışsal yönetim konusunda genel çocuk gelişimini etkiler (Brooks ve Goldstein, 2001). Güller ve Yaylacı (2022), iletişim bozukluğu olan ve olmayan çocuklarda duygusal, davranışsal sorunlar, ebeveynlerinin tutum özellikleri ve ebeveynlerde kaygı, depresyon riskini araştırdıkları çalışmalarında, iletişim bozukluğu olan çocuklarının ebeveynlerinin daha otoriter ya da daha izin verici ebeveynlik tutumları sergilediklerini bulmuşlardır. Bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda, çalışmamızdaki izin verici ebeveyn tutumuna ilişkin azalmanın çocukların gelişimini olumlu yönde etkileyeceği ve çocukları günlük yaşamdaki kurallara uyma, sosyal kabul görme, davranışlarını yönetebilme ve zor durumlarla daha kolay baş edebilme alanlarında destekleyeceği düşünülebilir.

Araştırmamızın bulguları, daha demokratik ve daha az otoriter, aşırı korumacı ve izin verici ebeveynlik tarzlarının kekeleyen çocuklar için daha destekleyici ve etkili bir ortam yaratabileceğini göstermektedir ve Lau vd.nin (2012) görüşünü desteklemektedir. Dil ve konuşma terapistleri, ebeveyn tutumlarını ele alarak kekemelik terapisinin genel etkinliğini artırabilir.

5.4. Ebeveynlere Uygulanan Kekemeliğe Yönelik Duyarsızlaştırma Terapisinin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri Üzerindeki Etkisi

Mevcut çalışmamızın ön-test, son-test ve izleme testi bulguları, duyarsızlaştırma terapisi sonrasında ebeveynlerin hem durumluk hem de sürekli kaygı düzeylerinde önemli azalmalar olduğunu ve bu azalmaların izleme değerlendirmeleri süresince korunduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuçlar, Sosyal Geçerlik Formu sonuçlarıyla desteklenmiştir. Ebeveynlerin %92,5'i (n=37), terapi sürenin genel kaygı düzeyini olumlu yönde etkilediğini düşünmektedir. Terapi öncesinde ebeveynler, muhtemelen çocuklarının kekemeliği ve bunun çocukları üzerindeki potansiyel sosyal ve duygusal etkisi hakkındaki endişelerinden ve kendi duygusal dayanıklılık düzeylerinden kaynaklanan

daha yüksek düzeyde kaygı sergilemişlerdir. Terapi sonrası değerlendirmeler, ebeveynlerin daha düşük kaygı seviyeleri bildirmesiyle anlamlı iyileşmeler göstermiştir. Bu bulgular, duyarsızlaştırma terapisinin çocuklarının durumuyla ilgili stres ve endişelerini etkili bir şekilde azalttığını düşündürmektedir.

Plexico ve Burrus (2012), kekemeliğin başlangıcında birçok ebeveynin, kaygılarını azaltabilecek ve başa çıkmalarına yardımcı olabilecek bilgi ve tavsiye aradığını bildirmiştir. Carey, Erickson ve Block (2023), kekeleyen okul öncesi çocukların ebeveynlerinin ruh sağlığına odaklanan bir çalışma yürütmüştür ve ebeveynlerin genellikle yüksek kaygı düzeyi yaşadıklarını ve bu kaygının bilişsel davranışçı terapi gibi hedefe yönelik müdahalelerle azaltılabileceğini belirtmiştir. Bu, kekeleyen bir çocuğa sahip olmanın ebeveyn kaygısını artırabileceği fikrini güçlendirmektedir. Mevcut çalışmada, duyarsızlaştırma terapisi sonrasında ebeveynlerin kaygıları azalmıştır, ebeveynler çocuklarının yetenekleri ve potansiyelleri hakkında daha olumlu bir bakış açısı kazanmışlardır. Bu durum, kekeleyen çocukların yanı sıra, ebeveynlerinin de kekemeliğe yönelik duyarsızlaştırılması yoluyla ebeveynlerin kaygılarını doğrudan ele almanın hem ebeveynler hem de çocuklar için önemli iyileşmelere yol açabileceğini gözlemleyen Berquez ve Kelman (2018)'ın bulgularıyla tutarlıdır.

Mevcut çalışmada gözlemlenen ebeveynlerin kaygı düzeylerindeki azalmalar, kekemelik konusunda açık olma, aşamalı maruz bırakma ve bilişsel yeniden yapılandırma yoluyla kaygıyı azaltmayı amaçlayan duyarsızlaştırma terapisinin genel ilkeleri ile uyumludur (Van Riper, 1973). Ayrıca bulgular, Plexico, Manning ve Levitt'in (2009) ebeveyn kaygı düzeyinin çocukluk çağı kekemeliği üzerindeki etkisine ilişkin araştırmasında, ebeveynlerdeki düşük kaygı düzeylerinin, daha iyi kekemelik yönetimiyle ilişkili olduğunu gösteren bulgularını desteklemektedir. Terapinin ebeveyn kaygısını azaltmadaki etkinliği, ebeveynlere doğrudan fayda sağlama ve daha az stresli bir ev ortamı yaratarak çocuklara dolaylı olarak fayda sağlama konusundaki ikili rolünü vurgulamaktadır (DiLollo ve Neimeyer, 2020). Duyarsızlaştırma terapisinin ebeveynlerin kaygı düzeylerini önemli ölçüde azaltabildiğini, bunun da genel aile dinamiklerinin iyileşmesini ve çocuk için daha etkili bir terapi süreci sağladığını göstermektedir.

Günaydın (2020), 6-12 yaş arası kekeleyen ve dil ve konuşma terapisi alan çocukların terapi öncesi ve sonrasında ebeveynlerindeki kaygı düzeylerini karşılaştırmıştır. Ebeveynlerin kaygı düzeyleri mevcut çalışmada olduğu gibi, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleriyle belirlenmiştir. Ebeveynlerin çocuklarına

uygulanan terapi sonrasında durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin terapi öncesine göre anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin kaygı düzeyleri ile çocuklarının kekemelik şiddetleri arasında da pozitif korelasyon bulunmuştur. Millard, Zebrowski ve Kelman'ın (2018) yürüttüğü araştırmada, 7 yaşından küçük çocuklara ve ebeveynlerine uygulanan Palin Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Terapisi sonrasında, çocukların kekemelik sıklığının azaldığı ve konuşmalarına yönelik daha olumlu bir tutum sergiledikleri; ebeveynlerin çocuklarındaki bu gelişmelerle birlikte, kekemeliği yönetme konusunda kendilerine daha fazla güvenerek kaygı düzeylerinde azalma olduğu görülmüştür. Gelişmeler, bir yıllık takip süresi boyunca korunmuştur. Bu çalışmalar ve mevcut çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında, ebeveynlerin kaygı düzeylerindeki değişimin çocuklarının kekemelik süreciyle de ilişkili olarak değişebileceğini göstermektedir. Çocukların kekemelikleri ve iletişim tutumlarına ilişkin olumlu değişimlerin ebeveynlerinin kaygı düzeyini azaltan önemli unsurlardan olabileceği düşünülebilir. Çalışmamızda ayrıca, ebeveynlerin Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği ön-test, son-test ve izleme testi ölçümlerinde, ebeveynlerin cinsiyetine, yaşına, eğitim düzeyine ve kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Ebeveynlere uygulanan duyarsızlaştırma terapisi farklı yaş ve eğitim düzeyindeki hem anneler hem de babalar için anlamlı ve benzer düzeyde olumlu etki sağlamıştır.

5.5. Kekemelik Terapilerinde Aile Katılımının Önemi

Kekemelik terapilerinde aile katılımı, etkili kekemelik terapisi ve kekemeliğin uzun süreli yönetimi için kritik öneme sahiptir. Çalışmalar ve terapötik yaklaşımlar, kekeleyen çocuklar için terapi sonuçlarının daha etkili olmasında aile katılımının rolünü vurgulamaktadır. Ebeveynlerin terapi sürecine katılımı, destekleyici bir aile ortamı sağlar. Bu, daha iyi terapötik sonuçları teşvik eder. Ebeveynlerin anlayışı ve olumlu tutumları, çocuğun kaygısını azaltır ve iletişimdeki güvenini artırır. Ebeveynler duygusal anlamda destek sağlayarak çocuklarının kekemelikleriyle ilişkili hayal kırıklığı ve kaygılarıyla başa çıkmalarına yardımcı olurlar (Yairi ve Ambrose, 2004). Terapi tekniklerinin ve uygulamalarının evde düzenli olarak uygulanması ve pekiştirilmesi, çocuğun konuşma akıcılığını ve duygusal yönetimini önemli ölçüde artırabilir (Guitar, 2013; Kelman ve Nicholas, 2020).

Kekemelik terapilerinde ebeveyn katılımı terapi başarısını artırır. Ebeveynlerin aktif katılımı, küçük çocuklarda daha etkili olan erken teşhis ve müdahaleye olanak sağlar (Langevin, Packman ve Onslow, 2010). Çocuklar, ebeveynleri sürece dahil olduğunda daha rahat ve daha az endişeli hissederler, bu da daha iyi terapi sonuçlarını sağlar (Iverach ve Rapee, 2014). Eğitimli ve ilgili ebeveynler çocuklarının terapisine ilişkin daha iyi kararlar alabilirler ve onların ihtiyaçlarını destekleyebilirler (Plexico ve Burrus, 2012).

Duyarsızlaştırma terapileri, kekemeliğe verilen olumsuz duygusal tepkileri azaltmayı amaçlar. Bu terapilere aile katılımının sağlanması: Ebeveynlere kekemelik hakkında bilgi verme ve onları duyarsızlaştırma teknikleri konusunda eğitme (Frigerio-Domingues ve Drayna, 2017); Terapistin rehberliğinde teknikleri gözlemleme ve uygulamak için ebeveynleri terapi seanslarına dahil etme (Guitar, 2013); Ebeveynleri, deneyimlerini paylaşmak ve kekeleyen çocuğu olan diğer ebeveynlerden içgörü kazanmak için destek gruplarına katılmaya teşvik etme (Kelman ve Nicholas, 2020) yollarıyla sağlanabilir. Bu sayede, kekemeliğe duyarsızlaştırılan ebeveynler, endişelerini kontrol ederek çocuklarını daha iyi destekleyebilirler (Langevin, Packman ve Onslow, 2010). Çocuklarıyla daha etkili ve güvenli bir şekilde iletişim kurabilir ve terapötik ortamı geliştirebilirler (Berquez ve Kelman, 2018). Çocuklar, daha olumlu iletişim tutumları ve kekemelikleriyle ilgili daha az kaygı yaşarlar (Yairi ve Ambrose, 2004; Kelman ve Nicholas, 2020).

Çalışmamızın bulguları, ebeveyn duyarsızlaştırmasının etkililiğini göstermekte ve özellikle kekeleyen çocuklar için kekemelik terapilerine ebeveyn katılımının önemini vurgulayan bahsedilen çalışmaları desteklemektedir. Ebeveynlere doğrudan, çocuklara ise dolaylı olarak uygulanan duyarsızlaştırma terapisi ile çocukların iletişim tutumlarının ve konuşma davranışlarının; ebeveynlerin kekemeliğe ilişkin duygu ve tutumlarının, genel tutumlarının ve kaygı düzeylerinin değişiminin olumlu ve hedeflenen yönde sağlandığı ve uzun vadede bu değişimlerin korunduğu görülmüştür ve bu bulgular Sosyal Geçerlik Formu sonuçlarıyla desteklenmiştir. Ebeveynlerin tamamı (n=40) uygulanan terapi sürecinden memnun olduklarını, çocuklarının kekemeliklerinin yönetimi konusunda kendilerine güven duyduklarını ve bu çalışmayı bir başka ebeveyne önerebileceklerini bildirmişlerdir.

Kekemelik terapilerine ebeveyn katılımının önemini ve ebeveyn odaklı müdahalelerin etkililiğini gösteren çalışmamızın bulguları, okul öncesi kekemeliğinin yönetiminde ebeveyn odaklı müdahale programlarını desteklemektedir. Lidcombe

Programı, Palin Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Terapisi ve Mini-KIDS programı gibi okul öncesi kekemelik terapisi yöntemleri, ebeveynlerin terapötik süreçteki aktif rolünü vurgulamaktadır (Jones vd., 2005; Kelman ve Nicholas, 2020; Waelkens, 2018).

5.6. Kekemelikte Duyarsızlaştırma Terapisinin Etkililiği

Çalışmamızda, ebeveynlere uygulanan duyarsızlaştırma terapisi hem ebeveynler hem de kekeleyen çocukları için kekemeliğin yönetimini hedeflemiştir. Ebeveyn kaygısını azaltmayı ve ebeveynlerin tutumlarını ve davranışlarını değiştirmeyi amaçlayan terapinin hem çocuklar hem de ebeveynlerinde yarattığı değişimlerle okul öncesi çocuklarda kekemeliğin yönetiminde umut vaat ettiği düşünülmektedir. Terapi süreciyle, çocukların iletişimlerine yönelik tutumları ve konuşma davranışları; ebeveynlerin kekemeliğe ilişkin duygu ve tutumları, genel tutumları ve kaygı düzeyleri olumlu anlamda anlamlı ölçüde değişmiştir. Duyarsızlaştırma terapisi sadece çocukların konuşma akıcılığını geliştirmekle kalmamakta, aynı zamanda daha destekleyici ve daha az stresli bir aile ortamına katkıda bulunmaktadır. Berquez ve Kelman (2018), mevcut araştırmamızın KiddyCAT-TR ve KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları alt testi sonuçlarıyla uyumlu olarak, ebeveynleri kekemelik terapisine dahil etmenin, özellikle duyarsızlaştırma teknikleri yoluyla, ebeveynlerin çocuklarının kekemeliğini yönetme konusunda bilgi düzeylerini artırmak, kendilerine güvenmelerini sağlamak ve çocuğun terapideki ilerlemesini artırmak için yararlı olacağını vurgulamıştır. Bu durum aynı zamanda, ebeveyn katılımı ile duyarsızlaştırmanın başarılı kekemelik müdahalelerinin kritik bileşenlerinden biri olduğunu belirten Guitar ve McCauley'in (2010) görüşünü desteklemektedir.

Birçok çalışma, kekemelik terapisinde duyarsızlaştırmanın etkililiğini araştırmış ve öncelikle olumsuz duygusal tepkileri azaltmaya ve başa çıkma mekanizmalarını artırmaya odaklanmıştır. Blomgren (2013) hem çocuklarda hem de yetişkinlerde kekemelik için davranışsal terapileri vurgulamakta ve duyarsızlaştırma terapisinin kaçınma davranışlarını ve kekemeliğe yönelik olumsuz tutumları azaltmaya yardımcı olduğunu belirtmektedir. Terapi, bireyleri korkularıyla yüzleşmeye ve kekemelikleri konusunda daha rahat olmaya teşvik etmektedir. Kohmäscher vd. (2023), yoğun duyarsızlaştırma süreci içeren KIDS programının etkililiğini inceledikleri çalışmalarında, duyarsızlaştırma süreciyle çocukların kekemeliklerine yönelik olumsuz duygusal ve bilişsel süreçlerinde önemli iyileşmeler gözlemlemişlerdir. Murphy, Yaruss ve Quesal

(2007a) da benzer şekilde duyarsızlaştırma sürecinin ardından, çocuğun kekemelik sıklığında, şiddetinde, iletişimine yönelik tutumunda ve kekemlikle ilgili endişelerinde azalma görmüştür.

Amster ve Klein (2008), 8 yetişkin üzerinde yaptıkları araştırmada BDT'nin toplum içinde, telefonda ve spontan konuşmada etkili olduğunu, özgüvenlerini geliştirmeyi ve kekemeliği kabul etmeyi desteklediğini bildirmiştir. Reddy ve Sharma (2010), BDT'nin kekemeliği ve işlevsiz biliş semptomlarını azaltmada ve atılganlığı artırmada etkinliğini incelemiştir. BDT stratejilerinin kekemeliğin şiddetini, kaygıyı, işlevsel olmayan tutumu azaltmada ve atılganlığı ve yaşam kalitesini artırmada etkili olduğunu bulmuşlardır. Lundskog Sjöberg (2012), kekeleyen yetişkin kadın vakaya uygulanan BDT stratejilerinin kekemeliğe bağlı sosyal ve kaygı sorunlarının şiddetini azaltmada, işlevsel olmayan tutumu azaltmada, atılganlığı artırmada ve yaşam kalitesini artırmada etkili olabileceğini göstermiştir. Çalışmamız, çocukların kekemeliğinin azaldığını ve iletişim tutumlarının olumlu yönde geliştiğini gösteren KiddyCAT-TR ve KA-BTÖ-T / Bölüm 1 – Konuşma Davranışları alt testi sonuçlarıyla ve çocukların özgüvenlerinin ve yaşam kalitelerinin arttığını gösteren Sosyal Geçerlik Formu sonuçlarıyla bu çalışmaları desteklemektedir.

Klein ve Amster (2018) kekeleyen bireyler için ebeveyn duyarsızlaştırma stratejileri de dahil olmak üzere BDT'yi vurgulamıştır. BDT ile ebeveynlerdeki bilişsel ve duygusal faktörlerin ele alınmasının, daha az stresli bir iletişim ortamı yaratarak çocukların kekemeliğine dolaylı olarak fayda sağlayabileceğini belirtmektedirler. Bu bilgiler, ebeveyn duyarsızlaştırılması yoluyla kaygı yönetiminin erken çocukluk dönemi kekemelik müdahalelerinde önemli ve iyileştirici bir rol oynadığını ve çocuğun kekemelik sıklığını ve şiddetini azaltmada ve kekemeliğine yönelik iletişim tutumunu iyileştirmede anlamlı düzeyde fayda sağladığını gösteren çalışmamızı desteklemektedir.

Okul çağındaki kekeleyen çocuklar için duyarsızlaştırma terapisi genellikle hem ebeveynleri hem de çocukları doğrudan içerir. Guitar (2013), istemli kekemelik ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi duyarsızlaştırma stratejilerinin bu yaş grubu için faydalı olduğunu belirtmiştir. Bu teknikler, çocukların konuşmalarında daha rahat olmalarına, iletişim tutumlarında olumlu gelişmelere ve kekemeliğin duygusal etkisini azaltmaya yardımcı olmaktadır. Ergen ve yetişkinlerde, duyarsızlaştırma terapisi daha çok bireysel terapiye odaklanmaktadır, ancak aile katılımı hala önemlidir. Boyle, Milewski ve Beita-El (2018), duyarsızlaştırma uygulamalarından olan kendini açmanın yaşam kalitesiyle

ilişkisini araştırmışlardır ve kendini açma ve yaşam kalitesi arasında pozitif korelasyon olduğunu ve kendini açmanın öz damgalamayı azalttığını bulmuşlardır. Ayrıca, Menzies vd. (2009), duyarsızlaştırma tekniklerini içeren bilişsel davranışçı terapinin kaygıyı önemli ölçüde azalttığını ve konuşma akıcılığını artırdığını belirtmektedir. Bu bulgular, terapi mekanizmaları yaş grupları arasında belirli farklılıklar gösterse de, kaygıyı azaltma ve tutumları değiştirmenin temel ilkelerinin evrensel olarak faydalı olduğu fikrini pekiştirmektedir. Mevcut araştırmadaki bulgular, erken duyarsızlaştırmanın çocuğun akıcılık ve benlik saygısı üzerinde uzun süreli etkileri olabileceğini, bunun çocuğun gelişimi ve gelecekteki iletişim becerileri ve kekemeliğin ailesel yönetimi için oldukça önemli olduğunu göstermektedir.



6. SONUÇ, SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER

Bu bölümde çalışmanın sonuçları, sınırlılıkları ve gelecekte yapılması hedeflenen araştırmalara yönelik öneriler yer almaktadır.

6.1. Sonuç

Bu çalışmanın kapsamlı analizi ve sonuçları, duyarsızlaştırma terapisinin hem kekeleyen çocuklar hem de ebeveynleri üzerindeki önemli etkisinin altını çizmektedir. Araştırma, 3-6 yaş arası kekeleyen okul öncesi çocuklara ve onların ebeveynlerine odaklanmış ve ebeveynlere uygulanan duyarsızlaştırma terapisinin ardından çocukların iletişim tutumları ve konuşma davranışlarında; ebeveynlerin kekemeliğe ilişkin duygu ve tutumları, genel tutumları ve kaygı düzeylerinde anlamlı düzeyde olumlu gelişmeler gözlenmiştir. Önemli noktalardan biri de bu gelişmelerin izleme değerlendirmelerinde de korunmuş olmasıdır. Terapi sonuçları, uygulanan müdahalenin erken çocukluk dönemi kekemeliğinde değerli bir müdahale olma potansiyelini göstermektedir. Özellikle okul öncesi ve okul çağı kekeleyen bireylerin terapilerinde aile merkezli bir yaklaşımın önemini göstererek dil ve konuşma terapisi alanına önemli bir katkı sağlamaktadır. Bulgular, ebeveynlerin terapötik sürece dahil edilmesinin önemini vurgulamakta ve erken müdahalenin uzun vadeli faydalarının altını çizmektedir.

Kekeleyen okul öncesi çocukların iletişim tutumlarını ölçen KiddyCAT-TR'den elde edilen bulgular, ebeveynlere uygulanan terapi sonrasında çocukların iletişime yönelik tutumlarında belirgin bir iyileşme olduğunu göstermiştir. Ortalama puanlar ön-testten son-teste önemli ölçüde iyileşmiş ve izleme değerlendirmelerinde de korunmuştur. Bu iyileşmeler, çocukların yaşlarına veya cinsiyetlerine göre farklılık göstermemiştir. Sürecin kekeleyen okul öncesi çocuklar için genel olarak etkili olduğu görülmektedir.

Çalışmada, ebeveynler terapötik sürecin merkezinde yer almıştır. Çocukların konuşma davranışlarındaki değişim ebeveynlere uygulanan KA-BTÖ-T ölçeğinin ilk bölümü “Konuşma Davranışları”ndan alınan sonuçlara göre değerlendirilmiştir. Uygulanan terapi, çocukların konuşma davranışlarında yani kekemeliklerinde, ikincil davranışlarında ve kekemeliğine yönelik tepkilerinde önemli iyileşmeler sağlamıştır. Çocukların kekemelik şiddetinde belirgin düzeyde azalma olmuştur. Bu durum, çocukların daha akıcı konuşma kalıpları geliştirmelerine yardımcı olmak ve kekemeliğin duygusal etkisini azaltmak için terapinin birincil hedefiyle uyumludur. Çocuklar dil becerilerinin hızla geliştiği bu gelişim aşamasında, kritik öneme sahip olan iletişimlerine

ilişkin özgüvenlerinde artış ve kaygılarında azalma yaşamışlardır. Ebeveynlerin çocuklarının konuşma davranışlarına verdikleri puan ortalamalarına bakıldığında, anneler ve babalar arasında, ebeveynlerin yaşına, eğitim düzeyine ve kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum, ebeveynlerin çocuklarının kekemeliğine yönelik davranışsal ve duygusal tepkileri hakkında anne ya da baba olmaları fark etmeden benzer bilgiler sağladıklarını düşündürmektedir.

Ebeveynlerin çocuklarının kekemelikleriyle ilgili duygu ve tutumlarındaki değişiklikleri değerlendirmek için KA-BTÖ-T ölçeğinin ikinci bölümü “Anababa Tutumu” kullanılmıştır. Sonuçlar, ebeveynlerin çocuklarının kekemeliğine yönelik duygu ve tutumlarında olumlu yönde anlamlı düzeyde değişimler olduğunu göstermiştir. Annelerin KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test puanlarının, babalara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bu, terapi süreci öncesinde annelerin çocuklarının kekemeliğinden duygusal anlamda babalara göre daha fazla etkilendiğini göstermektedir. KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test ve son-test puanları arasında anneler için yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken, yaşı 38 yaş ve altı olan babaların ön-test ve son-test puanlarının, yaşı 38 yaş üstü olan babalara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bu, daha genç yaşta olan babaların çocuklarının kekemeliğinden duygusal anlamda daha fazla etkilenebileceğini göstermektedir. Annelerin ve babaların eğitim düzeyine ve kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre KA-BTÖ-T / Bölüm 2 – Anababa Tutumu ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.

Ebeveynlerin çocuklarının kekemelikleriyle ilgili çocuklarının konuşmalarına müdahalelerdeki değişiklikleri değerlendirmek için KA-BTÖ-T ölçeğinin üçüncü bölümü “Anne-Baba Davranışı” kullanılmıştır. Sonuçlar, ebeveynlerin çocuklarının kekemeliğini olumsuz etkileyebilecek müdahalelerinde olumlu yönde anlamlı düzeyde değişimler olduğunu göstermiştir. KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında anne ve baba olma durumuna, yaşına ve kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Eğitim düzeyi lise olan annelerin ve babaların KA-BTÖ-T / Bölüm 3 – Anne-Baba Davranışı ön-test puanlarının, eğitim düzeyi üniversite olan annelere ve babalara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bu sonuç, eğitim düzeyi lise olan ebeveynlerin eğitim düzeyi üniversite olan ebeveynlere göre,

kekeleyen çocuklarının konuşmasına daha fazla müdahalede bulunabileceğini göstermektedir. Terapi süreci sonrasında ebeveynler, çocuklarının kekemelikleriyle başa çıkmak için kendilerini daha bilgili ve donanımlı hissettiklerini bildirmiştir. Terapi sonrasında ebeveynler çocuklarının kekemeliği yönetmeleri konusunda kendilerine güvendiklerini belirtmiştir. Bu güçlendirme, ebeveynlerin sıklıkla yaşadığı üzüntü, çaresizlik ve hayal kırıklığı duygularını azaltmaya yardımcı olduğu için çok önemlidir.

Ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarındaki değişiklikleri değerlendirmek için ETÖ kullanılmıştır. Ebeveynler terapi süreci sonrasında çocuklarını yetiştirme konusunda daha demokratik tutum sergilerlerken, daha az otoriter, aşırı koruyucu ve izin verici tutumlar sergilemişlerdir. Anneler ve babalar arasında demokratik, otoriter ve aşırı koruyucu tutumlar arasında anlamlı bir fark görülmezken babaların annelere göre daha izin verici bir tutum sergiledikleri görülmüştür. Ebeveynlerin yaşına göre tutumları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre ise birden fazla çocuğu olan annelerin demokratik ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının, tek çocuğu olan annelere göre daha fazla olduğu; tek çocuğu olan annelerin otoriter ön-test puanlarının, birden fazla çocuğu olan annelere göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Ebeveynlerin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri de terapi sonrasında önemli bir düşüş göstermiştir. Terapi seansları, ebeveynlerin kekemeliğin doğasını anlamalarına, çocuklarının kekemeliği konusunda hem çocuklarının hem de kendilerinin duygusal yönetimini sağlamalarına ve çocuklarını etkili bir şekilde desteklemelerine yardımcı olmuştur. Ebeveynlerin bilgi artışı, kekemeliği deneyimlemeleri ve duygusal dayanıklılıklarının artışı, çocuklarıyla kekemelik konusunda açık olmaları, kendilerinde ve çocuklarında gerçekleşen değişimi görmeleri kaygılarının azalmasında etkili olmuştur. Ebeveynlerin anne ve baba olma durumlarına, yaşına, eğitim düzeyine ve kekeleyen çocuğun ebeveynlerin tek çocuğu olma durumuna göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ön-test, son-test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Ebeveynlerden gelen nitel geri bildirimler bu bulguları desteklemiştir. Ebeveynler, çocuklarının gelecekteki iletişim becerilerine yönelik daha büyük bir güven duygusu ve daha olumlu bir bakış açısı ifade etmişlerdir. Terapi sırasında sağlanan rehberlik ve destekten memnun kalmışlar ve bu da çocukları ve kendileri için daha destekleyici ve daha az stresli bir ev ortamı yaratmalarına yardımcı olmuştur.

Çalışmanın en güçlü yanlarından biri, terapinin etkilerinin sürdürülebilirliğini gösteren izleme değerlendirmeleridir. Hem çocuklardaki hem de ebeveynlerdeki olumlu değişiklikler terapinin tamamlanmasından üç ay sonra da devam etmiştir. Bu durum, duyarsızlaştırma terapisinin faydalarının terapiden hemen sonraki dönemin ötesine uzandığını ve uzun süreli etkilere sahip olabileceğini göstermektedir. Bu faydaların uzun vadede sürdürülmesini sağlamak için sürekli desteğe ve takip seanslarına ihtiyaç olabileceği unutulmamalıdır. Bazı kekeleyen çocuklar için doğrudan kendileriyle terapi yapılmasını gerektiren durumların da olabileceği kabul edilmelidir.

6.2. Sınırlılıklar ve Öneriler

Bu bölümde, araştırmanın sınırlılıkları ve mevcut bulguları geliştirmek için gelecekteki araştırmalara yönelik öneriler yer almaktadır.

Çalışmanın örneklem büyüklüğü nispeten küçüktür ve belirli bir coğrafi bölgeyle sınırlıdır, bu da bulguların genellenebilirliğini etkileyebilir. Gelecekteki araştırmalar, sonuçların geçerliliğini artırmak için daha büyük ve daha çeşitli bir örneklem içermelidir.

Bu çalışmada takip süresi terapi sonrası üç ay ile sınırlandırılmıştır. Bu, terapinin faydalarının daha uzun vadeli (örneğin; bir yıl veya daha fazla) sürdürülebilirliği hakkında öngörü sunmamaktadır. Duyarsızlaştırma terapisinin hem ebeveynler hem de çocuklar üzerindeki kalıcı etkisini anlamak için daha uzun takip süreleri gereklidir.

Verilerin çoğu, öz bildirim içeren ölçümler yoluyla toplanmıştır. Ebeveynler kendilerinin ve çocuklarının kaydettiği ilerlemeyi olduğundan fazla veya eksik gösterebilir. Objektif ölçümlerin ve ek gözlemcilerin dahil edilmesi, terapinin etkinliğinin daha kapsamlı değerlendirmesini sağlayabilir.

Çalışma kontrol grubu içermemektedir, gelecekteki çalışmalar duyarsızlaştırma terapisinin etkinliğine ilişkin nedensel çıkarımları güçlendirmek için bir kontrol grubu içerebilir.

Çalışmada yalnızca ebeveynlere terapi uygulanmıştır, gelecek araştırmalarda ebeveynler ile birlikte çocuklara da terapi yapılabilir ve etkililik düzeyleri karşılaştırılabilir.

Ebeveyn katılımının rolü, terapinin en etkili olan belirli bileşenleri ve çocuğun mizacının ve kişiliğinin sonuçlar üzerindeki etkisi gibi ek değişkenlerin araştırılması, terapinin mekanizmalarının daha detaylı bir şekilde anlaşılmasını sağlayabilir.

Dil ve konuşma terapistleri, kekemelik terapilerinde çocuğun kekemeliğinin ve kekemeliğine yönelik duygu ve düşüncelerinin yanı sıra, ebeveynlerinin kekemeliğe yönelik duygu, düşünce ve ihtiyaçlarını, çocuk yetiştirmeye yönelik tutumlarını ve sürece ilişkin kaygılarını göz önünde bulundurarak ebeveynleri terapi sürecine mutlaka dahil etmelidir. Bu şekilde, terapi verimi artabilir, terapi hedeflerinin genellenmesi kolaylaşabilir ve ailesel yönetim daha iyi sağlanabilir.

Bu sınırlılıkları ve önerileri göz önünde bulundurarak, gelecekteki araştırmalar okul öncesi çocuklarda ve ebeveynlerinde kekemelik için daha etkili müdahalelerin geliştirilmesine katkıda bulunabilir.



KAYNAKÇA

- Abalı, O., Beşikçi, H., Kınalı, G., Tüzün, Ü. D. (2003). Kekeme çocuk ve ergenlerin anne babalarının psikiyatrik semptomlarının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 16, 144-146.
- Adams, M. R. (1990). The demands and capacities model I: Theoretical elaborations. *Journal of Fluency Disorders*, 15(3), 135-141.
- Akgün, Ö. (2005). *Türkçe konuşan 3-6 yaş grubundaki kekemeliği olan ve olmayan çocukların konuşma akıcılıklarının incelenmesi* (Master's thesis, Anadolu University (Turkey)).
- Alabay, E. (2017). Okul öncesi dönem çocuğu olan ebeveynlerin ebeveynlik tutumlarının incelenmesi. *Erken Çocukluk Çalışmaları Dergisi*, 1(2), 156-174.
- Alm, P. A. (2004). Stuttering and the basal ganglia circuits: a critical review of possible relations. *Journal of communication disorders*, 37(4), 325-369.
- American Psychiatric Association, D. S. M. T. F. ve American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.)
- American Speech and Hearing Association- ASHA. (2024). Fluency disorders. <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/fluency-disorders/> (Erişim tarihi: 15.05.2024).
- Amster, B. J. ve Klein, E. R. (2008). Perfectionism in people who stutter: Preliminary findings using a modified cognitive-behavioral treatment approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(1), 35-40.
- Andrews, G., Morris-Yates, A., Howie, P., Martin, N. (1991). Genetic factors in stuttering confirmed. *Archives of General Psychiatry*.
- Ansari, P., Gorji, Y. ve Shafie, B. (2013). An empirical study on the effect of speech therapy with cognitive behavior therapy on reducing the severity of stuttering and anxiety. *Management Science Letters*, 3(12), 2957-2962.
- Atbaşı, Z. ve Karasu, N. (2019). Uygulama örneği üzerinden sosyal geçerlik kavramının anlamı ve değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 34(1), 283-303.
- Aydın, A. (2015). *Gelişimsel kekemelik ve mizaç: kekeleyen, tipik gelişim gösteren ve kekemeliği kendiliğinden iyileşen çocukların mizaç özelliklerinin karşılaştırılması* (Doctoral dissertation, Anadolu University (Turkey)).

- Aydin Oral, S., Konrot, A., Gercek, E., Vanryckeghem, M. (2022). The KiddyCAT-TR: Preliminary study of Turkish Children Who Stutter and Who Do Not Stutter. *Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 7 (1), 78, 85.
- Baldwin, D., Stein, M. B. ve Hermann, R. (2018). Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. *UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate*.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R. ve Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), 333.
- Baydık, B. ve Akçamete, G. (1996). 7-15 Yaş grubundaki kekeme olan ve olmayan bireylerin sözel iletişim tutumlarının karşılaştırılması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 2(03).
- Beal, D. S., Gracco, V. L., Lafaille, S. J., Luc, F. (2007). Voxel-based morphometry of auditory and speech-related cortex in stutterers. *Neuroreport*, 18(12), 1257-1260.
- Beck, J. S. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford Publications.
- Beilby, J. M., Byrnes, M. L. ve Yaruss, J. S. (2012). Acceptance and commitment therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. *Journal of fluency disorders*, 37(4), 289-299.
- Bennett, K. (2015). Emotional and personal resilience through life. *The Future of an Ageing Population: Evidence Review*.
- Berg, B. (2011). *The effects of parenting styles on a preschool aged child's social emotional development* (Doctoral dissertation, University of Wisconsin--Stout).
- Bernard, R., Hofslundsengen, H. ve Frazier Norbury, C. (2022). Anxiety and depression symptoms in children and adolescents who stutter: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 65(2), 624-644.
- Berquez, A. ve Kelman, E. (2018). Methods in stuttering therapy for desensitizing parents of children who stutter. *American journal of speech-language pathology*, 27(3S), 1124-1138.
- Bibi, F., Chaudhry, A. G., Awan, E. A., Tariq, B. (2013). Contribution of Parenting Style in life domain of Children. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, 12(2), 91-95.
- Biggart, A., Cook, F., Sc, M., Fry, J. (2006). *The role of parents in stuttering treatment from a cognitive behavioural therapy perspective*.

- Billingsley, F., White, O. R. ve Munson, R. (1980). Procedural reliability: A rationale and an example. *Behavioral assessment*, 2(2), 229-241.
- Blomgren, M. (2012). Review of the successful stuttering management program. *The Science and Practice of Stuttering Treatment*, 99-113.
- Blomgren, M. (2013). Behavioral treatments for children and adults who stutter: A review. *Psychology research and behavior management*, 9-19.
- Blomgren, M., Roy, N., Callister, T., Merrill, R. M. (2005). Intensive stuttering modification therapy.
- Bloodstein, O. (1972). The anticipatory struggle hypothesis: Implications of research on the variability of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 15(3), 487-499.
- Bloodstein, O. ve Bernstein-Ratner, N. (2008). A handbook of stuttering: Thomson Delmar Learning. Clifton Park.
- Bloodstein, O., Ratner, N. B. ve Brundage, S. B. (2021). *A handbook on stuttering*. Plural Publishing.
- Bodur, S., Torun, Y. T., Gül, H., Dincer, M., Gül, A., Kara, K., Karaman, D., Durukan, İ., Cöngöloğlu, M. A. (2019). Parental attitudes in children with persistent developmental stuttering: a case-control study. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 46, 103-106.
- Boey, R. (2008). Stuttering: An epidemiological and phenomenological study. Effects of a social-cognitive behaviour therapy. ProQuest.
- Boey, R. (2012). Essentials of epidemiology and phenomenology of stuttering—consequences for clinical SLP practice. *Logopedija*, 3(1), 1-11.
- Boey, R. A., Van de Heyning, P. H., Wuyts, F. L., Heylen, L., Stoop, R., De Bodt, M. S. (2009). Awareness and reactions of young stuttering children aged 2–7 years old towards their speech disfluency. *Journal of communication disorders*, 42(5), 334-346.
- Bothe, A. K., Davidow, J. H., Bramlett, R. E., Ingham, R. J. (2006). Stuttering treatment research 1970–2005: I. Systematic review incorporating trial quality assessment of behavioral, cognitive, and related approaches.
- Bothe, A. K. ve Richardson, J. D. (2011). Statistical, practical, clinical, and personal significance: Definitions and applications in speech-language pathology.

- Boudreau, L. A. ve Jeffrey, C. J. (1973). Stuttering treated by desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 4(3), 209-212.
- Boyle, M. P. (2013). Assessment of stigma associated with stuttering: Development and evaluation of the self-stigma of stuttering scale (4S).
- Boyle, M. P., Milewski, K. M. ve Beita-Ell, C. (2018). Disclosure of stuttering and quality of life in people who stutter. *Journal of fluency disorders*, 58, 1-10.
- Bradshaw, C. M. (2019). *The Resilience Workbook for Teens: Activities to Help You Gain Confidence, Manage Stress, and Cultivate a Growth Mindset*. New Harbinger Publications.
- Brce, J. N. ve Vanryckeghem, M. (2017). Communication attitude of Slovenian preschool children who do and do not stutter. *Journal of Speech Pathology et Therapy*, 2(01), 1-5.
- Briley, P. M., O'Brien, K. ve Ellis, C. (2019). Behavioral, emotional, and social well-being in children who stutter: evidence from the National Health Interview Survey. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 31, 39-53.
- Brocklehurst, P. H., Lickley, R. J. ve Corley, M. (2013). Revisiting Bloodstein's anticipatory struggle hypothesis from a psycholinguistic perspective: A variable release threshold hypothesis of stuttering. *Journal of communication disorders*, 46(3), 217-237.
- Brooks, R. ve Goldstein, S. (2001). *Raising Resilient Children: Fostering Strength, Hope, and Optimism in Your Child*. Contemporary Books, 4255 West Touhy Avenue, Lincolnwood, IL 60712-1975.
- Brutten, G. J. ve Vanryckeghem, M. (2006). *The Behavior Assessment Battery for School-Aged Children Who Stutter*. Oxfordshire, United Kingdom: Plural.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç-Çakmak, E., Akgün, Ö., Karadeniz, Ş., Demirel, F. (2008). *Bilimsel araştırma yöntemleri*.
- Cangi, M. E. (2008). *Kekemeliği Olan ve Olmayan Ergenlerin Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Düzeylerinin Karşılaştırılması* (Master's thesis, Anadolu University (Turkey)).
- Carey, B., Erickson, S. ve Block, S. (2023). A preliminary investigation of the mental health of parents of young children who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 103, 106329.

- Carl, J. R., Fairholme, C. P., Gallagher, M. W., Thompson-Hollands, J., Barlow, D. H. (2014). The effects of anxiety and depressive symptoms on daily positive emotion regulation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 224-236.
- Carroll, C. (2010). "It's not everyday that parents get a chance to talk like this": Exploring parents' perceptions and expectations of speech-language pathology services for children with intellectual disability. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 12(4), 352-361.
- Chan, Y. H. (2003). Biostatistics 101: data presentation. *Singapore medical journal*, 44(6), 280-285.
- Chang, S. E., Kenney, M. K., Loucks, T. M., Ludlow, C. L. (2009). Brain activation abnormalities during speech and non-speech in stuttering speakers. *Neuroimage*, 46(1), 201-212.
- Chang, S. E., Zhu, D. C., Choo, A. L., Angstadt, M. (2015). White matter neuroanatomical differences in young children who stutter. *Brain*, 138(3), 694-711.
- Chaudoir, S. R. ve Fisher, J. D. (2010). The disclosure processes model: understanding disclosure decision making and postdisclosure outcomes among people living with a concealable stigmatized identity. *Psychological bulletin*, 136(2), 236.
- Chaudoir, S. R. ve Quinn, D. M. (2010). Revealing concealable stigmatized identities: The impact of disclosure motivations and positive first-disclosure experiences on fear of disclosure and well-being. *Journal of Social Issues*, 66(3), 570-584.
- Cheasman, C., Everard, R. ve Simpson, S. (2013). *Stammering therapy from the Inside*. J & R Press Limited.
- Chmela, K. ve Reardon-Reeves, N. (2005). *The school-age child who stutters: Working effectively with attitudes and emotions: A workbook*. Stuttering Foundation of America.
- Choo, A. L., Smith, S. A. ve Li, H. (2020). Associations between stuttering, comorbid conditions and executive function in children: a population-based study. *BMC psychology*, 8, 1-19.
- Cieslak, M., Ingham, R. J., Ingham, J. C., Grafton, S. T. (2015). Anomalous white matter morphology in adults who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 58(2), 268-277.
- Conture, E. G. ve Curlee, R. F. (2007). *Stuttering and related disorders of fluency*. (No Title).

- Conture, E. G. ve Guitar, B. E. (1993). Evaluating efficacy of treatment of stuttering: School-age children. *Journal of Fluency Disorders*, 18(2-3), 253-287.
- Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M., Peters, K. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span.
- Craig, A. ve Tran, Y. (2006). Fear of speaking: chronic anxiety and stammering. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12(1), 63-68.
- Craig, A. ve Tran, Y. (2014). Trait and social anxiety in adults with chronic stuttering: Conclusions following meta-analysis. *Journal of fluency disorders*, 40, 35-43.
- Culatta, R. ve Goldberg, S. A. (1994). Stuttering therapy: An integrated approach to theory and practice. Allyn & Bacon.
- Cykowski, M. D., Fox, P. T., Ingham, R. J., Ingham, J. C., Robin, D. A. (2010). A study of the reproducibility and etiology of diffusion anisotropy differences in developmental stuttering: a potential role for impaired myelination. *Neuroimage*, 52(4), 1495-1504.
- Çağdaş, A. (2002). Anne Baba Çocuk İlişkisi. *İstanbul: Nobel Yayınları*.
- Damico, J. S., Müller, N. ve Ball, M. J. (2010). Social and practical considerations in labeling. *The handbook of language and speech disorders*, 9-37.
- Darling, N. ve Steinberg, L. (2017). Parenting style as context: An integrative model. In *Interpersonal development* (pp. 161-170). Routledge.
- de Sonnevile-Koedoot, C., Stolk, E., Rietveld, T., Franken, M. C. (2015). Direct versus indirect treatment for preschool children who stutter: The RESTART randomized trial. *PloS one*, 10(7), e0133758.
- DiLollo, A. ve Neimeyer, R. A. (2020). *Counseling in speech-language pathology and audiology: Reconstructing personal narratives*. Plural Publishing.
- Douglas, J. (2005). Behavioural approaches to eating and sleeping problems in young children. *Cognitive behaviour therapy for children and families*, 187-206.
- Drayna, D., Kilshaw, J. ve Kelly, J. (1999). The sex ratio in familial persistent stuttering. *The American Journal of Human Genetics*, 65(5), 1473-1475.
- Einarsdóttir, J. ve Ingham, R. (2009). Accuracy of parent identification of stuttering occurrence. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(6), 847-863.
- Erol, N., Sezgin, N. ve Savaşır, I. (1993). Ankara Gelişim Tarama Envanteri ile ilgili geçerlik çalışmaları. *Türk Psikoloji Dergisi*, 29(8), 16-22.

- Eshghizadeh, M., Basirimoghadam, M., Baloochi Beydokhti, T., Banafshe, E., Najafi, S. (2014). Comparison of Parenting Style in Mothers of Children with and without Stuttering: A Case-Control Study. *Journal of Research and Health*, 4(1), 623-629.
- Fagnani, C., Fibiger, S., Skytthe, A., Hjelmborg, J. V. (2011). Heritability and environmental effects for self-reported periods with stuttering: a twin study from Denmark. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 36(3), 114-120.
- Feng, G., Xu, X. ve Lei, J. (2023). Tracking perceived stress, anxiety, and depression in daily life: a double-downward spiral process. *Frontiers in Psychology*, 14, 1114332.
- Fıfıloğlu, A. ve Ungan, İ. (1992). 9-12 Yaş Arası Normal Konuşan Çocukların Kekemeliğın Değırlendirmesi. *Psikoloji Dergisi*, 7, 2-8.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of personality and social psychology*, 84(2), 365.
- Frigerio-Domingues, C. ve Drayna, D. (2017). Genetic contributions to stuttering: the current evidence. *Molecular genetics & genomic medicine*, 5(2), 95.
- Fry, J. P., Botterill, W. M. ve Pring, T. R. (2009). The effect of an intensive group therapy program for young adults who stutter: A single subject study. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(1), 12-19.
- Gilliam, R. B. L. K. J. ve Pearson, N. (2009). Test of childhood stuttering examiner's Manual. *Austin, TX, Pro-ed*, 26-38.
- Gilman, M. ve Yaruss, J. S. (2000). Stuttering and relaxation: Applications for somatic education in stuttering treatment. *Journal of fluency disorders*, 25(1), 59-76.
- Gore, K. ve Luckman Margulis, C. (2022). 3Es: An all-inclusive stuttering therapy tool. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 7(3), 716-727.
- Graham, L. (2013). *Bouncing back: Rewiring your brain for maximum resilience and well-being*. New World Library.
- Gregory, H. H. (2003). *Stuttering therapy: Rationale and procedures*. Allyn & Bacon.
- Grolnick, W. S. (2002). *The psychology of parental control: How well-meant parenting backfires*. Psychology Press.
- Grossman, H. L. (2008). Voluntary stuttering: A mixed-methods investigation. University of Louisiana at Lafayette.

- Guitar, B. (2013). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar, B. ve McCauley, R. J. (2010). Treatment of stuttering: Established and emerging interventions. (*No Title*).
- Guttormsen, L. S., Kefalianos, E. ve Næss, K. A. B. (2015). Communication attitudes in children who stutter: A meta-analytic review. *Journal of fluency disorders*, 46, 1-14.
- Guttormsen, L. S., Yaruss, J. S. ve Næss, K. A. B. (2021). Parents' perceptions of the overall impact of stuttering on young children. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(5), 2130-2142.
- Güller, B. ve Yaylacı, F. (2022). Comparison of emotional-behavioral problems, parental attitude characteristics, parental stress level, and related factors between children diagnosed with a communication disorder and healthy controls. *Cukurova Medical Journal*, 47(3), 1154-1162.
- Günaydın, E. (2020). *6-12 yaş arası kekemelik tanısı almış çocukların ebeveynlerinin dil ve konuşma terapisi öncesi ve sonrasında kaygı düzeylerinin karşılaştırılması* (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Güven, S. ve Topbaş, S. (2014). Adaptation of the Test of Early Language Development- (TELD-3) into Turkish: Reliability and validity study. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 6(2), 151-176.
- Ham, R. (1990). *Therapy of stuttering: Preschool through adolescence*. Prentice Hall.
- Hawkins, R. P. (1991). Is social validity what we are interested in? Argument for a functional approach. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24(2), 205-213.
- Heymann, P., Heflin, B. H. ve Bagner, D. M. (2020). Parent-Child Interaction Therapy: Theory and Research to Practice. *Selected Topics in Child and Adolescent Mental Health*, 21.
- Howell, P. (2004). Assessment of some contemporary theories of stuttering that apply to spontaneous speech. *Contemporary issues in communication science and disorders*, 31(Spring), 123-140.
- Ilkhani, Z., Shafiee, B., Jafari, N. A. R. G. E. S., Dehkordi, S. H. (2020). Effectiveness of the Westmead therapeutic method on preschool children with stuttering. *Koomesh*, 22(1), 138-144.

- Ingham, R. J. ve Cordes, A. K. (1998). Treatment decisions for young children who stutter: Further concerns and complexities. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 7(3), 10-19.
- Iverach, L. ve Rapee, R. M. (2014). Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *Journal of fluency disorders*, 40, 69-82.
- Johnson, W. (1959). *The onset of stuttering: Research findings and implications*. U of Minnesota Press.
- Jones, M., Onslow, M., Packman, A., Williams, S., Ormond, T., Schwarz, I., Gebiski, V. (2005). Randomised controlled trial of the Lidcombe programme of early stuttering intervention. *bmj*, 331(7518), 659.
- Joseph, J. A. (2007). *The resilient child: Preparing today's youth for tomorrow's world*. Da Capo Press.
- Kağıtçıbaşı, Ç. ve Üskül, A. (2008). Günümüzde insan ve insanlar: Sosyal psikolojiye giriş. Evrim.
- Kang, C., Riazuddin, S., Mundorff, J., Krasnewich, D., Friedman, P., Mullikin, J. C., Drayna, D. (2010). Mutations in the lysosomal enzyme-targeting pathway and persistent stuttering. *New England Journal of Medicine*, 362(8), 677-685.
- Karabulut Demir, E. ve Şendil, G. (2008). Ebeveyn tutum ölçeği (ETÖ), Türk Psikoloji Yazıları, 11 (21), 15-25.
- Karakaş, A. (2016). Kekemelik tanısı alan çocukların ebeveynlerinin yaşadığı kaygı düzeyleri ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkinin incelenmesi (Master's thesis, Turgut Özal Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Karoly, P. ve Ruehlman, L. S. (2006). Psychological “resilience” and its correlates in chronic pain: findings from a national community sample. *Pain*, 123(1-2), 90-97.
- Kaufmann, D., Gesten, E., Lucia, R. C. S., Salcedo, O., Rendina-Gobioff, G., Gadd, R. (2000). The relationship between parenting style and children's adjustment: The parents' perspective. *Journal of Child and family studies*, 9, 231-245.
- Kaya, T. (2021). *Kekeleyen ve kekelemeyen okul çağı çocuk ebeveynlerinin çok boyutlu mükemmeliyetçilik düzeylerinin karşılaştırılması* (Master's thesis, 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.

- Kell, C. A., Neumann, K., Von Kriegstein, K., Posenenske, C., Von Gudenberg, A. W., Euler, H., Giraud, A. L. (2009). How the brain repairs stuttering. *Brain*, 132(10), 2747-2760.
- Kelman, E. ve Nicholas, A. (2020). Palin parent-child interaction therapy for early childhood stammering. Routledge.
- Kelman, E. ve Wheeler, S. (2015). Cognitive behaviour therapy with children who stutter. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 193, 165-174.
- Kennedy, C. H. (1992). Trends in the measurement of social validity. *The Behavior Analyst*, 15, 147-156.
- Klein, E. R. ve Amster, B. J. (2018). Cognitive behavioral therapy (CBT) for people who stutter. *More than fluency*, 85-110.
- Klompas, M. ve Ross, E. (2004). Life experiences of people who stutter, and the perceived impact of stuttering on quality of life: Personal accounts of South African individuals. *Journal of fluency disorders*, 29(4), 275-305.
- Kloth, S. A. M., Janssen, P., Kraaimaat, F. W., Brutten, G. J. (1995). Communicative behavior of mothers of stuttering and nonstuttering high-risk children prior to the onset of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 20(4), 365-377.
- Kloth, S. A., Kraaimaat, F. W., Janssen, P. E. G. G. Y., Brutten, G. J. (1999). Persistence and remission of incipient stuttering among high-risk children. *Journal of Fluency Disorders*, 24(4), 253-265.
- Kocabıyık, N. A. ve Duray, A. S. (2021). Gelişimsel Kekemelik ve Mizaç İlişkisine Dair Derleme. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 107-137.
- Kohmäscher, A., Primaşin, A., Heiler, S., Avelar, P. D. C., Franken, M. C., Heim, S. (2023). Effectiveness of Stuttering Modification Treatment in School-Age Children Who Stutter: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 66(11), 4191-4205.
- Konrot, A. (2004). Çocukta dil ve kavram gelişimi. (Ed. Topbaş, S.) *Anadolu Üniversitesi Yayını*, (1318).
- Kudal-Ertas, İ. (1990). Ankara İli İlkokul Çağı Çocuklarında, Konuşma, Ses ve Akıcılık Bozukluğu Dağılımının İncelenmesi. *Yayımlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Langevin, M., Packman, A. ve Onslow, M. (2009). Peer responses to stuttering in the preschool setting.

- Langevin, M., Packman, A. ve Onslow, M. (2010). Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves. *Journal of communication disorders*, 43(5), 407-423.
- Lau, S. R., Beilby, J. M., Byrnes, M. L., Hennessey, N. W. (2012). Parenting styles and attachment in school-aged children who stutter. *Journal of communication disorders*, 45(2), 98-110.
- Leahy, R. L. (2017). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. Guilford Publications.
- Levy, C. (2018). Interiorised stuttering: A group therapy approach. In *Stuttering Therapies* (pp. 104-121). Routledge.
- Loucks, T., Kraft, S. J., Choo, A. L., Sharma, H., Ambrose, N. G. (2011). Functional brain activation differences in stuttering identified with a rapid fMRI sequence. *Journal of fluency disorders*, 36(4), 302-307.
- Louis, K. O. S. ve Schulte, K. (2011). Defining cluttering: The lowest common denominator. In *Cluttering* (pp. 233-253). Psychology Press.
- Lu, C., Chen, C., Peng, D., You, W., Zhang, X., Ding, G., Deng X., Yan Q., Howell, P. (2012). Neural anomaly and reorganization in speakers who stutter: a short-term intervention study. *Neurology*, 79(7), 625-632.
- Łukasz, K. (2020). Parental Level of Anxiety over Stuttering Symptoms in their Preschool Children. *Konteksty Pedagogiczne*, 14(1), 141-154.
- Lundskog Sjöberg, M. (2012). Cognitive Behavioural Therapy (CBT) for Stuttering Disorder: A case study.
- Maccoby, E. E. (2001). Parenting effects: Issues and controversies. In *Parenting and the child's world* (pp. 35-46). Psychology Press.
- Maccoby, E. ve Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of family: Parent-child interaction. EM Hetherington ve PH Mussen,(Ed.), *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development* (4. baskı) içinde (1-101).
- Mallery, P. ve George, D. (2000). *SPSS for windows step by step*. Allyn & Bacon, Inc..
- Manning, W. H. ve DiLollo, A. (2023). *Clinical decision making in fluency disorders*. Plural Publishing.
- Max, L. U. D. O., Maassen, B., Kent, R., Peters, H., Van Lieshout, P., Hulstijn, W. (2004). Stuttering and internal models for sensorimotor control: A theoretical

- perspective to generate testable hypotheses. *Speech motor control in normal and disordered speech*, 357, 387.
- McGill, M., Siegel, J., Nguyen, D., Rodriguez, S. (2018). Self-report of self-disclosure statements for stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 58, 22-34.
- Menzies, R. G., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., St Clare, T., Block, S. (2008). An experimental clinical trial of a cognitive-behavior therapy package for chronic stuttering.
- Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., O'Brian, S. (2009). Cognitive behavior therapy for adults who stutter: A tutorial for speech-language pathologists. *Journal of fluency disorders*, 34(3), 187-200.
- Meyers, S. C. ve Freeman, F. J. (1985a). Mother and child speech rates as a variable in stuttering and disfluency. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 28(3), 436-444.
- Meyers, S. C. ve Freeman, F. J. (1985b). Interruptions as a variable in stuttering and disfluency. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 28(3), 428-435.
- Millard, S. K. ve Davis, S. (2016). The Palin Parent Rating Scales: Parents' perspectives of childhood stuttering and its impact. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 59(5), 950-963.
- Millard, S. K., Edwards, S. ve Cook, F. M. (2009). Parent-child interaction therapy: Adding to the evidence. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(1), 61-76.
- Millard, S. K., Nicholas, A. ve Cook, F. M. (2008). Is parent-child interaction therapy effective in reducing stuttering?.
- Millard, S. K., Zebrowski, P. ve Kelman, E. (2018). Palin parent-child interaction therapy: The bigger picture. *American journal of speech-language pathology*, 27(3S), 1211-1223.
- Miraloğlu, K. (2022). Okul Çağı Kekemeliği Olan Çocukların Mizaç Özellikleri. (Master's thesis, Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Mirawdeli, A. (2016). Assessing speech fluency problems in typically developing children aged 4 to 5 years (Doctoral dissertation, UCL (University College London)).
- Munir, S. ve Takov, V. (2017). Generalized anxiety disorder.

- Murphy, W. P., Yaruss, J. S. ve Quesal, R. W. (2007a). Enhancing treatment for school-age children who stutter: I. Reducing negative reactions through desensitization and cognitive restructuring. *Journal of fluency disorders*, 32(2), 121-138.
- Murphy, W. P., Yaruss, J. S. ve Quesal, R. W. (2007b). Enhancing treatment for school-age children who stutter: II. Reducing bullying through role-playing and self-disclosure. *Journal of fluency disorders*, 32(2), 139-162.
- Nnamani, A., Akabogu, J., Otu, M. S., Ukoha, E., Uloh-Bethels, A. C., Omile, J. C., Obiezu, M. N., Dike, A. E., Ike, C. V., Iyekekpolor, O. M. (2019). Cognitive behaviour language therapy for speech anxiety among stuttering school adolescents. *Journal of International Medical Research*, 47(7), 3109-3114.
- Neumann, S., Vanryckeghem, M., Tiefenthaller, R., Rietz, C., Stenneken, P. (2019). The German Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children Who Stutter (KiddyCAT-G): Reliability and First Reference Data. *Journal of Speech Pathology & Therapy*, 3(2), 1-6.
- Nippold, M. A. ve Packman, A. (2012). Managing stuttering beyond the preschool years.
- Onslow, M., Packman, A. ve Harrison, R. E. (2003). The Lidcombe Program of early stuttering intervention: A clinician's guide.
- Orton, S. T. (1928). A physiological theory of reading disability and stuttering in children. *New England Journal of Medicine*, 199(21), 1046-1052.
- Öge, Ö. (2004). *İlköğretim 1. Basamak Dönemi Çocuklarda Dil Ve Konuşma Bozukluklarının Öğretmenlerden Bilgi Alma Yoluyla Belirlenmesi:(Eskişehir İli Örneği)* (Master's thesis, Anadolu University (Turkey)).
- Öner, N. ve Le Compte, A. (1983). Handbook of state-trait anxiety. *Istanbul, Turkey, Bogazici University Publication*, 1-26.
- Özdemir, R. S. (2010). Kekemeliğe dair kamuoyu tutumunun ölçülmesi. *Yayımlanmamış Doktora Tezi. Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.*
- Packman, A., Onslow, M. ve Attanasio, J. (2003). The timing of early intervention with the Lidcombe Program. *The Lidcombe Program of early stuttering intervention: A clinician's guide*, 41-55.
- Pektaş, D. ve Demircioğlu, H. (2017). Almanya'da Yaşayan Türk Kökenli Annelerin Ebeveynlik Tutumları. *Journal of International Social Research*, 10(54).
- Plexico, L. W. ve Burrus, E. (2012). Coping with a child who stutters: A phenomenological analysis. *Journal of Fluency Disorders*, 37(4), 275-288.

- Plexico, L., Manning, W. H. ve DiLollo, A. (2005). A phenomenological understanding of successful stuttering management. *Journal of fluency disorders*, 30(1), 1-22.
- Plexico, L. W., Manning, W. H. ve Levitt, H. (2009). Coping responses by adults who stutter: Part I. Protecting the self and others. *Journal of fluency disorders*, 34(2), 87-107.
- Postma, A. ve Kolk, H. (1993). The covert repair hypothesis: Prearticulatory repair processes in normal and stuttered disfluencies. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 36(3), 472-487.
- Prince-Embury, S. ve Saklofske, D. H. (Eds.). (2012). *Resilience in children, adolescents, and adults: Translating research into practice* (Vol. 12). Springer Science & Business Media.
- Quilty, L. C., Van Ameringen, M., Mancini, C., Oakman, J., Farvolden, P. (2003). Quality of life and the anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 17(4), 405-426.
- Ramaekers, S. ve Suissa, J. (2011). *The claims of parenting: Reasons, responsibility and society* (Vol. 4). Springer Science & Business Media.
- Ramig, P. ve Dodge, D. (2009). *The child and adolescent stuttering treatment & activity resource guide*. Nelson Education.
- Reddy, R. P., Sharma, M. P. ve N, S. (2010). Cognitive behavior therapy for stuttering: a case series. *Indian journal of psychological medicine*, 32(1), 49-53.
- Reich, J. W., Zautra, A. J. ve Hall, J. S. (Eds.). (2010). *Handbook of adult resilience*. Guilford Press.
- Reivich, K. ve Shatte, A. (2003). *The resilience factor: 7 keys to finding your inner strength and overcoming life's hurdles*. Harmony.
- Riaz, N., Steinberg, S., Ahmad, J., Pluzhnikov, A., Riazuddin, S., Cox, N. J., Drayna, D. (2005). Genomewide significant linkage to stuttering on chromosome 12. *The American Journal of Human Genetics*, 76(4), 647-651.
- Riley, J. ve Riley, J. G. (2000). A revised component model for diagnosing and treating children who stutter. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 27(Fall), 188-199.
- Robinson, C. C., Mandleco, B., Olsen, S. F., Hart, C. H. (1995). Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: Development of a new measure. *Psychological reports*, 77(3), 819-830.

- Rocha, M., Yaruss, J. S. ve Rato, J. R. (2020). Stuttering impact: A shared perception for parents and children?. *Folia Phoniatrica et logopaedica*, 72(6), 478-486.
- Rossman, B. R. ve Rea, J. G. (2005). The relation of parenting styles and inconsistencies to adaptive functioning for children in conflictual and violent families. *Journal of family violence*, 20, 261-277.
- Rubin, K. H., Burgess, K. B. ve Hastings, P. D. (2002). Stability and social-behavioral consequences of toddlers' inhibited temperament and parenting behaviors. *Child development*, 73(2), 483-495.
- Schneider, P., Kohmaescher, A. ve Sandrieser, P. (2023). KIDS: A modification approach in stuttering therapy for school children. *Dialogue without barriers: Comprehensive intervention in stuttering*, 195-229.
- Schum, R. L. (1986). *Counseling in speech and hearing practice*. National Student Speech Language Hearing Association.
- Schwarz, S. (2018). Resilience in psychology: A critical analysis of the concept. *Theory & Psychology*, 28(4), 528-541.
- Seçer, Z., Çeliköz, N. ve Yaşa, S. (2008). Okul öncesi eğitim kurumlarına devam eden çocukların annelerinin ebeveynliğe yönelik tutumları. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (19), 413-428.
- Sheehan, J. G. (1970). Stuttering: Research and therapy.
- Sheehan, J. G. ve Martyn, M. M. (1970). Stuttering and its disappearance. *Journal of Speech and Hearing Research*, 13(2), 279-289.
- Siegel, D. J. ve Hartzell, M. (2013). *Parenting from the inside out: How a deeper self-understanding can help you raise children who thrive*. Penguin.
- Silverman, E. M. (2012). *Mindfulness & stuttering: Using eastern strategies to speak with greater ease*. CreateSpace.
- Smith, K. (2007). *Factors influencing persistence and recovery in stuttering: The role of ethnicity, self-esteem and bullying*. University of London, University College London (United Kingdom).
- Smith, A. ve Kelly, E. (1997). Stuttering: A dynamic, multifactorial model. *Nature and treatment of stuttering: New directions*, 2, 204-217.
- Southwick, S. M. ve Charney, D. S. (2012). The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science*, 338(6103), 79-82.

- Spielberger, C. D., Gonzalez-Reigosa, F., Martinez-Urrutia, A., Natalicio, L. F., Natalicio, D. S. (1971). The state-trait anxiety inventory. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican journal of psychology*, 5(3 & 4).
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. ve Lushene, R. E. (1968). *State-trait anxiety inventory (STAI): test manual for form X*. Consulting psychologists press.
- Starke, A. (1999). Voluntary Stuttering-When, How, and For What Purpose?. *Retrieved online December, 15, 2005*.
- Starkweather, C. W. (1987). *Fluency and stuttering*. Prentice-Hall, Inc.
- Stein, M. B. ve Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The lancet*, 371(9618), 1115-1125.
- Strain, P. S., Barton, E. E. ve Dunlap, G. (2012). Lessons learned about the utility of social validity. *Education and Treatment of Children*, 183-200.
- Tanner, D. C. (1982). *Stuttering, Parental Diagnostic Questionnaire*. Modern Education Corporation.
- Tekin-İftar, E. ve Kırcaali-İftar, G. (2006). *Özel eğitimde yanlışsız öğretim yöntemleri*. Nobel Yayın Dağıtım.
- Thomsen, K. (2002). Building resilient students: Integrating resiliency into what you already know and do. Corwin Press.
- Tichenor, S. E., Walsh, B. M., Gerwin, K. L., Yaruss, J. S. (2022). Emotional regulation and its influence on the experience of stuttering across the life span. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 65(7), 2412-2430.
- Toğram, B. ve Balıdede, I. N. (2021). *Kekemeliği olan okul öncesi dönem çocukların ebeveynlerinin çocuklarının kekemeliğine yönelik tepki ve tutumlarının incelenmesi* (Master's thesis, Anadolu Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Tomblin, J. B., Morris, H. L. ve Priestersbach, D. C. (2000). *Diagnosis in speech-language pathology*. Singular Pub. Group.
- Topsakal, G. N. (2019). *Kekemeliği olan okul öncesi çocuklarda Denver II Gelişimsel Tarama Testi, TİFALDİ Testi bulgularının ve ebeveyn tutumunun değerlendirilmesi* (Master's thesis, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Torun, S., Çiyiltepe, M. ve Çevikaslan, A. (2016). Validity and reliability of the Turkish Version of Stuttering-Parental Diagnostic Questionnaire/Kekemelik için Anne-

- Baba Tanisal Ölçeği Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17, 85.
- Tourville, J. A. ve Guenther, F. H. (2011). The DIVA model: A neural theory of speech acquisition and production. *Language and cognitive processes*, 26(7), 952-981.
- Trajkovski, N., Andrews, C., Onslow, M., O'Brian, S., Packman, A., Menzies, R. (2011). A phase II trial of the Westmead Program: Syllable-timed speech treatment for pre-school children who stutter. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(6), 500-509.
- Travis, L. E. (1931). Speech pathology; a dynamic neurological treatment of normal speech and speech deviations.
- Trajkovski, N., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., Lowe, R., Menzies, R., Jones, M., Reilly, S. (2019). A three-arm randomized controlled trial of Lidcombe Program and Westmead Program early stuttering interventions. *Journal of Fluency Disorders*, 61, 105708.
- Tumanova, V., Choi, D., Conture, E. G., Walden, T. A. (2018). Expressed parental concern regarding childhood stuttering and the Test of Childhood Stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 72, 86-96.
- Ünalın, D., Çetinkaya, F. ve Baştürk, M. (2002). Kayseri ili kentsel kesimde 7-12 yaş grubu çocuklarda kekemelik prevalansı. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, 11(1), 15-19.
- Van Riper, C. G. (1971). The nature of stuttering. (No Title).
- Van Riper, C. G. (1973). The treatment of stuttering. (No Title).
- Vanryckeghem, M. ve Brutten, G. J. (2007). KiddyCAT: Communication attitude test for preschool and kindergarten children who stutter. San Diego, CA: Plural Publishing Incorporated.
- Vanryckeghem, M., Brutten, G. J. ve Hernandez, L. M. (2005). A comparative investigation of the speech-associated attitude of preschool and kindergarten children who do and do not stutter. *Journal of fluency disorders*, 30(4), 307-318.
- Vanryckeghem, M., De Niels, T. ve Vanrobaeys, S. (2015). The KiddyCAT: A test-retest reliability investigation. *Cross-cultural communication*, 11(4), 10.
- Waelkens, V. (2018). Mini-KIDS: direct therapy for young children who stutter. Theory Method Material.
- Wagnon, M. M. (2019). *Self-efficacy in parents of young children who stutter* (Doctoral dissertation, Texas Christian University).

- Walsh, B., Usler, E., Bostian, A., Mohan, R., Gerwin, K. L., Brown, B., Weber, C., Smith, A. (2018, September). What are predictors for persistence in childhood stuttering?. In *Seminars in speech and language* (Vol. 39, No. 04, pp. 299-312). Thieme Medical Publishers.
- Walton, P. ve Wallace, M. (1998). *Fun with fluency: Direct therapy with the young child*. Pro Ed.
- Ward, D. (2017). *Stuttering and cluttering: frameworks for understanding and treatment*. Psychology Press.
- Ward, D. ve Scott, K. S. (Eds.). (2011). *Cluttering: A handbook of research, intervention and education*. Psychology Press.
- Watkins, K. E., Smith, S. M., Davis, S., Howell, P. (2008). Structural and functional abnormalities of the motor system in developmental stuttering. *Brain*, 131(1), 50-59.
- Weber-Fox, C., Spencer, R. M., SpruillIII, J. E., Smith, A. (2004). Phonologic processing in adults who stutter.
- Węsierska, K. ve Vanryckeghem, M. (2015). A comparison of communicative attitudes among stuttering and nonstuttering Polish preschoolers using the KiddyCAT. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 193, 278-284.
- 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. *Journal of fluency disorders*, 32(1), 33-50.
- Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional reflex: a Pavlovian journal of research & therapy*, 3, 234-240.
- Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S., Mathé, A. A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 7, 10.
- Yairi, E. ve Ambrose, N. G. (2004). *Early Childhood Stuttering*. PRO-ED, Inc. 8700 Shoal Creek Blvd, Austin, TX 78757.
- Yairi, E. ve Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of fluency disorders*, 38(2), 66-87.
- Yairi, E. ve Seery, C. H. (2021). *Stuttering: Foundations and clinical applications*. Plural publishing.
- Yaruss, J. S. (2000). The role of performance in the demands and capacities model. *Journal of fluency disorders*, 25(4), 347-358.

- Yaruss, J. S., Pelczarski, K. M. ve Quesal, R. W. (2010). Comprehensive treatment for school-age children who stutter: Treating the entire disorder. *Treatment of stuttering: Established and emerging interventions*, 215-244.
- Yaruss, J. S. ve Reardon-Reeves, N. (2017). *Early childhood stuttering therapy: A practical guide*. Stuttering Therapy Resources, Incorporated.
- Yaruss, J. S. ve Quesal, R. W. (2004). Stuttering and the international classification of functioning, disability, and health (ICF): An update. *Journal of communication disorders*, 37(1), 35-52.
- Yaruss, J. S. ve Quesal, R. W. (2016). Oases: Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering: Technical-scoring Manual. Stuttering Therapy Resources.
- Yaşar, Ö., BATIK, M. V. ve Özdemir, Ş. (2022). Kekemeliği Olan Okul Çağı Çocukların Annelerinin Öznel İyi Oluş ve Umut Düzeylerinin İncelenmesi: Kesitsel Araştırma. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 349-57.
- Yavuzer, H. (1994). Çocuk Psikolojisi, Remzi Kitabevi, 10. Basım, İstanbul.
- Young, M. M., Byrd, C. T., Gabel, R., White, A. Z. (2022). Self-disclosure experiences of adults who stutter: An interpretative phenomenological analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 31(5), 2045-2060.
- Zebrowski, P. M. ve Schum, R. L. (1993). Counseling parents of children who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2(2), 65-73.
- Zenner, A. A., Ritterman, S. I., Bowen, S. K., Gronhøvd, K. D. (1978). Measurement and comparison of anxiety levels of parents of stuttering, articulatory defective, and normal-speaking children. *Journal of Fluency disorders*, 3(4), 273-283.
- Zupančič, M., Podlesek, A. ve Kavčič, T. (2004). Parental child-care practices of Slovenian preschoolers' mothers and fathers: The Family Environment Questionnaire. *Psihološka obzorja*, 13 (3), 7-26.

EKLER

EK-1: Etik Kurul Onayı

Evrak Kayıt Tarihi: 15.08.2022	Protokol No: 358198	Tarih: 26.09.2022
--------------------------------	---------------------	-------------------



ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU
KARAR BELGESİ

ÇALIŞMANIN TÜRÜ:	Doktora Tez Çalışması
KONU:	Eğitim Bilimleri
BAŞLIK:	Okul Öncesi (3-6 Yaşlarında) Kekemeliği Olan Çocukların Ebeveynlerinin Duyarsızlaştırılması Sonrasında Çocukların İletişim Tutumlarının ve Konuşma Davranışlarının, Ebeveynlerin Kekemeliğe İlişkin Duygu ve Tutumlarının ve Genel Tutumlarının Değişiminin İncelenmesi
PROJE/TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ:	Prof. Dr. İlknur MAVİŞ
TEZ YAZARI:	Ayhan ÇAĞLAYAN
ALT KOMİSYON GÖRÜŞÜ:	-
KARAR:	Olumlu

EK-2: Gönüllü Katılım Formu / Veli Onam Formu

GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU / VELİ ONAM FORMU

Bu çalışma, “Okul Öncesi (3-6 Yaşlarında) Kekemeliği Olan Çocukların Ebeveynlerinin Duyarsızlaştırılması Sonrasında Çocukların İletişim Tutumlarının ve Konuşma Davranışlarının, Ebeveynlerin Kekemeliğe İlişkin Duygu ve Tutumlarının ve Genel Tutumlarının Değişiminin İncelenmesi” başlıklı bir araştırma çalışmasıdır. Ebeveynlerle yapılan terapi süreci sonrasında ebeveynlerde hedeflenen değişim ile aile için kekemeliğin yönetiminin sağlanması amacını taşımaktadır. Çalışma, **Ayhan ÇAĞLAYAN** tarafından yürütülecektir. Elde edilen sonuçlar dil ve konuşma terapisi alanında kekemelik terapilerinin gelişimine katkı sağlayacaktır.

- Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışma sizinle yürütülecek olup çocuğunuz da terapi öncesinde ve sonrasında değerlendirilecektir. Çocuğunuz terapi sürecine dahil olmayacaktır.
- Terapi süreci, Charles Van Riper’in geliştirmiş olduğu kekemelik modifikasyonu terapi tekniğinin tanımlama ve duyarsızlaştırma süreçlerini içerecektir. Duyarsızlaştırma süreci; klinik, ev, sokak, telefon ve iş yeri ortamlarını içerecek olup toplamda 10 seans / 8 hafta sürecektir.
- Çalışmanın amacı doğrultusunda, sizinle gerçekleştirilecek terapi sürecinin öncesinde, bitiminde ve terapi süreci bitiminden üç ay sonra toplamda üç kez çocuğunuzdan ve sizden veri toplanacaktır. Veriler, çocuğunuzla iki ölçek (“Kiddy CAT-TR: Kekeleyen Okul Öncesi Çocukları İçin İletişim Tutum Testi” ve “Türkçe Erken Dil Gelişimi Tesi-TEDİL”), sizinle dört ölçek (“Kekemelik İçin Anne-Baba Tanısal Ölçeği-Türkçe”, “Ebeveyn Tutum Ölçeği”, “Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği” ve “Ankara Gelişim Tarama Envanteri- AGTE”) doldurularak toplanacaktır.
- Çalışma prosedürü genel olarak: 2 seans ebeveynlerden çocuğun gelişimi ve kekemeliği hakkında bilgi alma ve kekemelik ve süreç hakkında ebeveynleri bilgilendirme; 1 seans aile içerisinde duyarsızlaştırma; 2 seans telefonda duyarsızlaştırma; 3 seans sokakta duyarsızlaştırma ve 2 seans yapılan çalışmalarının sonuçlarını yorumlama ve ebeveynlerin sonraki süreç için çocuklarının kekemeliğinin yönetimi konusunda özyeterliliklerinin sağlamlaştırılması şeklinde planlanmaktadır.
- İsminizi yazmak ya da kimliğinizi açığa çıkaracak bir bilgi vermek zorunda değilsiniz/araştırmada katılımcıların isimleri gizli tutulacaktır.
- Araştırma kapsamında toplanan veriler, sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak, araştırmanın amacı dışında ya da bir başka araştırmada kullanılmayacak ve gerekmesi halinde, sizin (yazılı) izniniz olmadan başkalarıyla paylaşılmayacaktır.
- İstemeniz halinde sizden ve çocuğunuzdan toplanan verileri inceleme hakkınız bulunmaktadır.
- Toplanan veriler depolama cihazı (harddisk) yöntemi ile korunacak ve saklanacaktır.
- Veri toplama sürecinde/süreçlerinde size ve çocuğunuza rahatsızlık verebilecek herhangi bir soru/talep olmayacaktır. Yine de katılımınız sırasında herhangi bir sebepten rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zamanda ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda sizden ve çocuğunuzdan toplanan veriler çalışmadan çıkarılacak ve imha edilecektir.
- Çalışmaya katılmanız halinde sizden herhangi bir terapi ücreti talep edilmeyecektir.

Gönüllü katılım formunu okumak ve değerlendirmek üzere ayırdığınız zaman için teşekkür ederim. Çalışma hakkındaki sorularınızı Anadolu Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi bölümünden doktora programı öğrencisi Ayhan ÇAĞLAYAN’a yöneltebilirsiniz.

Araştırmacı Adı: Ayhan ÇAĞLAYAN

Bu çalışmaya tamamen kendi rızamla, istediğim takdirde çalışmadan ayrılabilceğimi bilerek verdiğim ve çocuğumdan alınan bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.
(Lütfen bu formu doldurup imzaladıktan sonra veri toplayan kişiye veriniz.)

Katılımcı Ad ve Soyadı:

İmza:

Tarih:

EK-3: KiddyCAT-TR /Kekeleyen Okul Öncesi Çocukları İçin İletişim Tutum Testi

KiddyCAT-TR
Kekeleyen Okul Öncesi Çocukları için İletişim Tutum
Testi ©
Vanryckeghem, M. & Brutten, G. J.

Çeviri ve Uyarlama:

Uzm. DKT. Seçil Aydın Oral, Prof. Dr. Ahmet Konrot
Dr. Evrim Gerçek

- | | | | |
|----|---|-------------|--------------|
| 1. | Sen düzgün konuşuyor musun? | Evet | Hayır |
| 2. | Kelimeler bazen ağzında takılıp kalıyor mu? | Evet | Hayır |

EK-4: Kekemelik için Anne-Baba Tanısal Ölçeği (KA-BTÖ-T)

ÇOCUĞUNUZUN KONUŞMASI VE SİZ

©Çiyiltepe, Tarun, Çevikaslan 2015

BÖLÜM 1 – KONUŞMA DAVRANIŞLARI

Aşağıdaki sorular çocuğunuzun konuşması sırasında görülebilecek bazı davranışlarla ilgilidir. Her cümleyi okuduktan sonra, en baştaki 4 maddeden çocuğunuzun konuşması için en uygun olanı seçin ve karşısındaki kutuyu X ile işaretleyin.

Konuşma Davranışı	hiçbir zaman	bazen	oldukça sık	hemen her zaman
1) Konuşurken kelimelerini ve bazı kelimelerinin ilk hecelerini iki kereden fazla tekrarladığı olur.				
2) Konuşurken, kelimelerin bazı kısımlarını yutar (eksik söylenmiş kelimeler olur).				
3) Konuşurken sesinin tizliğinde (incelik kalınlaşmasında) kısa, anlık değişiklikler duyulur.				
4) Konuşmaya başlamadan hemen önce sanki düşünüyormuş gibi uzun bekleyişler olur.				
5) Kelimelerin uygunsuz yerlerini vurgular.				
6) Kelimleri bir defada söylemekte ya da bir yerine takıldığında sonunu getirmekte zorlanır.				
7) Konuşurken karşısındakinin gözüne bakmaktan kaçınır.				
8) Konuşmaya başlar, duru ve yeniden başlar.				
9) Konuşurken huzursuz ve gergin görünür.				
10) Konuşmasının akıcılığı bir günden diğerine farklılık gösterir.				
11) Konuşurken kelimeler içinde ya da kelimeler arasında uygunsuz yere uzun boşluklar ve duraklamalar verir.				
12) Konuşmasındaki tekrarlar, uzatmalar ya da duraksamalar yüzünden, insanlarla veya topluluk önünde konuşmaktan çekinir.				
13) Düzgün konuşmadığı zaman öfkelenir.				
14) Cümlelerin ilk kelimelerini veya aradaki kelimeleri söylerken uygunsuz yere uzatır.				
15) Konuşurken, zorlanacağını düşündüğü kelimeleri değiştirir, aynı anlamda başka kelime söyler.				
16) Konuşma anında boğazında gerginlik veya zorlama olduğundan söz eder.				
17) Konuşurken nefesini ayarlama güçlüğü çeker; ya kelimeler arasında nefesini ayarlamaya çalışır ya da nefes alış veriş anında ses çıkarmaya çalışır.				

Konuşma Davranışı	hiçbir zaman	bazen	oldukça sık	hemen her zaman
18) Konuşurken sesinin çirkinleştiği olur.				
19) Konuşurken, "eeee, mmm" gibi sesleri sık sık tekrarladığı veya uzattığı duyulur.				
20) Kelimeleri söylerken yüzünü buruşturur; çenesi, dudakları ve ağız bölgesinde titremeler (seğirmeler) fark edilir, abartılı dil hareketleri olur.				
21) Ses tonu monotondur (tekdüzedir), çok zor değişir; değişse bile uygunsuz olur.				
22) Düzgün konuşamadığı için sıkıldığında, "yani, şey, işte, ah, evet" gibi kısa ifadelerle veya başını sallama gibi hareketlerle söyleyeceklerini geçiştirmeye çalışır.				
23) Düzgün konuşamadığı için bunalınca ağzını bozar (Küfürle konuşmaya başlar).				
24) Konuşurken, hatalarını saklamak için ağzında bir şey varmış gibi konuşur veya ağzını kapatmaya çalışır.				

BÖLÜM 2 – ANABABA TUTUMU

Aşağıdaki sorular, çocuğunuz konuşurken çıkabilecek sorunları sizin nasıl algıladığınızı değerlendirmektedir. Her cümleyi okuduktan sonra en baştaki 4 ifade içinden kendiniz için en uygun olanı seçin ve karşısındaki kutuyu X ile işaretleyin.

Konuşma Davranışı	beni rahatsız etmez	beni biraz rahatsız eder	beni oldukça rahatsız eder	beni her zaman rahatsız eder
1) Normalden daha hızlı veya daha yavaş konuşması				
2) Kelimelerini bir kerede tam olarak söylemekte veya takılınca sonunu getirmekte zorlanması				
3) Konuşurken kelimeleri tam söylememesi veya bazı yerlerini yutarak geçiştirmesi				
4) Konuşurken sesinin tizliğinde (incelik kalınlaşmasında) kısa, anlık değişimler olması				
5) Konuşurken "eeee, mmm" seslerini kelimeler arasında çok uzatması				
6) Monoton (tekdüze) bir ses tonuyla konuşması veya ses tonunda uygunsuz olarak değişmesi				

Konuşma Davranışı	beni rahatsız etmez	beni biraz rahatsız eder	beni oldukça rahatsız eder	beni her zaman rahatsız eder
7) Konuşurken nefesini ayarlamakta zorlanması				
8) Konuşurken sesleri, heceleri veya kelimeleri uygunsuz yere tekrarlama				
9) Konuşmaya başlarken veya konuşurken kelimeler arasında duraklaması ve uzun boşluklar vermesi				
10) Konuşurken huzursuz ve gergin görünmesi				
11) Konuşurken kelimelerin uygunsuz yerlerini vurgulaması				
12) Konuşurken sesinin zaman zaman çirkinleşmesi				
13) Konuşurken sesleri, heceleri veya kelimeleri uygunsuz yerlerde uzatması				
14) Konuşurken yüzünü buruşturması; göz, ağız, çene bölgesinde titremeler (seyirmeler) olması, abartılı dil hareketleri sergilemesi				
15) Toplum önünde veya başkalarıyla konuşmaktan kaçınması, konuşurken göz kontağı kurmaktan çekinmesi				
16) Zorlanacağını düşündüğü kelimeyi değiştirmesi ve aynı anlamda başka kelime söylemesi				
17) Düzgün konuşamadığı için bunalınca ağzını bozması (küfürlü konuşmaya başlaması)				
18) Konuşurken boğazında gerginlik veya zorlanma duygusu olduğunu söylemesi				
19) Düzgün konuşamadığında, "yani, şey, işte, evet, hımm" vb kısa ifadelerle veya başını sallama gibi hareketlerle söyleyeceklerini geçiştirmeye çalışması				
20) Konuşurken, hatalarını saklamak için ağzında bir şey varmış gibi konuşması veya ağzını kapatmaya çalışması				

BÖLÜM 3 – ANNE – BABA DAVRANIŞI

Aşağıdaki sorular, çocuğunuzun konuşması karşısında sizin tutumlarınızı değerlendirmektedir. Her cümleyi okuduktan sonra, en baştaki 4 maddeden kendiniz için en uygun olanını seçerek karşılık gelen kutuyu X ile işaretleyin.

Anne Baba Davranışı	Hiçbir zaman	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
1) Yanlış söylediklerini doğrusunu söyleyerek düzeltiyorum.				
2) Konuşurken takılmaması için uyarıyorum.				
3) Bir kelimeyi söylemekte zorlandığında, aynı kelimeyi baştan söylemesini isterim.				
4) Hatasız konuşmasını beklerim.				
5) Konuşurken yaptığı hatalar bana komik geliyor.				
6) Daha sakın veya yavaş konuşmasını söylerim.				
7) Konuşurken yaptığı hataları taklit ettiğim zamanlar olur.				
8) Konuşmadan önce “düşünmesini” söylerim.				
9) Kelimelerini daha çabuk söylemesi için uyardığım olur.				
10) Düzgün konuşmadığında daha fazla ilgi gösteriyorum.				
11) Kelimelerini konuşmamasının canımı sıktığını çocuğuma belli ettiğim olur.				
12) Kelimeleri çıkarmakta zorlanır gibi olduğunda eksiğini tamamlarım veya onun yerine bütün kelimeyi söylerim.				
13) Konuşurken yaptığı hatalar bana sevimli geliyor				
14) Kelimeleri tane tane heceleyerek yutmadan, düzgün sesle söylemeyi öğretirim.				
15) Cümlesinin bir yerinde takılırsa bütün cümleyi baştan söylerim.				
16) Konuşurken yaptığı hatalar sabrımı zorluyor.				

Değerlendiren:

Tarih:

İmza:

EK-5: Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ)

		Her zaman böyledir	Çoğu zaman böyledir	Bazen böyledir	Nadiren böyledir	Hiçbir zaman böyle değildir
	CÜMLELER					
1	Ben bir başkasıyla konuşurken çocuğumun araya girmesine izin veririm.					
2	Çocuğumun kendine özgü bir bakış açısı olduğunu kabul ederim.					
3	Çocuğumla aynı fikirde olmadığımız zaman, benim fikirlerimi kabul etmesi için onu zorlarım.					
4	Çocuğumu, hayatın ufak tefek güçlüklerinden korurum.					
5	Çocuğuma bağımsız olmayı öğrenmesi konusunda yardımcı olurum.					
6	Çocuğuma, kurallara neden uyması gerektiğini açıklarım.					
7	Çocuğuma yaptığı şeyin önemli olduğunu hissettiririm.					
8	Çocuğumu, kendisi için yorucu olabilecek işlerden korurum.					
9	Çocuğum söz dinlemediğinde ona vururum.					
10	Çocuğumun iyi ve kötü davranışı karşısında neler hissettiğini ona açıklarım.					
11	Çocuğumu yola getirmek için onu azarlarım.					
12	Çocuğuma karşı koruyucu davranırım.					
13	Çocuğum iyi davrandığında onu överim.					
14	Çocuğumun kişisel görüşlerine saygı gösteririm.					
15	Çocuğumu bir şeyleri kendi başına yapması konusunda cesaretlendiririm.					

16	Arkadaşları çocuğuma sataştığı zaman onu korurum.					
17	Çocuğumun başkaları konuşurken araya girmesine izin veririm.					
18	Çocuğumun cinsel konularda sorduğu soruları anlayacağı bir dilde doğru olarak cevaplarım.					
19	Çocuğum yanlış bir şekilde davrandığında ona bağırırım.					
20	Ebeveynlik konusunda bir yanlış yaptığında çocuğumdan özür dilerim.					
21	Çocuğumu, kendisi için zor olabilecek işlerden korurum.					
22	Çocuğumun hastalanmasından endişe ederim.					
23	Çocuğumun duygularını serbestçe ifade etmesine izin veririm.					
24	Çocuğumun istediği saatte uyumasına izin veririm.					
CÜMLELER		Her zaman böyledir	Çoğu zaman böyledir	Bazen böyledir	Nadiren böyledir	Hiçbir zaman böyle değildir
25	Çocuğum yanlış davrandığında, bunun neden yanlış olduğunu ona açıklarım.					
26	Çocuğuma kızdığında çocuğumu cezalandırırım.					
27	Fiziksel cezayı, çocuğumu disipline sokmanın bir yolu olarak kullanırım.					
28	Çocuğumun hayal kırıklığına uğramaması için elimden geleni yaparım.					
29	Çocuğumun büyüdükçe yeni şeyler denemeyi göze alması gerektiğine inanırım.					
30	Çocuğumun her şeyi yapmasına izin veririm.					

31	Çocuğumun yanlış davranışını görmezden gelirim.						
32	Çocuğumu başka çocuklarla kıyaslarım.						
33	Çocuğumun şımarıklıklarına göz yumarım.						
34	Çocuğumu şımartırım.						
35	Çocuğuma karşı çabuk öfkelenirim.						
36	Çocuğum bana bir şey anlatırken sözünü kesmeden dinlerim.						
37	Çocuğuma bir şey alırken onun da fikrini alırım.						
38	Çocuğumla her konuyu konuşabilirim.						
39	Çocuğuma karşı sabırsızım.						
40	En ufak bir hatasında, çocuğumu cezalandırırım.						
41	Çocuğum için hemen hemen bütün eğlencelerimden fedakarlık ederim.						
42	Çocuğumun kendi başına becerebileceği şeyleri denemesi için ona fırsat tanırım.						
43	Çocuğuma bana sormaksızın şahsi eşyalarımın herhangi birini alıp kullanmasına izin veririm.						
44	Evimizde hangi televizyon programının izleneceği, çocuğumun isteğine göre belirlenir.						
45	Çocuğumu yapabileceğinden fazlasını yapması için zorlarım.						
46	Çocuğumu, onun cesaretini kırabilecek zor işlerden uzak tutarım.						

EK-6: Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

İsim:..... Cinsiyet:.....

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

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

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

21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakın, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüznü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-7: Sosyal Geçerlik Formu

SOSYAL GEÇERLİK FORMU

Ad-Soyad:

Tarih:

Değerli katılımcı, bu form terapi süreciniz hakkındaki görüşlerinizi belirtebileceğiniz sorular içermektedir. Aşağıdaki soruları içtenlikle yanıtlatabilirsiniz. Vermiş olduğunuz yanıtlar için teşekkür ederiz.

1. Uygulanan terapi sürecinden memnun musunuz?
() Evet, memnunum () Kararsızım () Hayır, memnun değilim
2. Terapi sürecinin çocuğunuzun ve sizin günlük yaşantınızı olumlu yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
() Evet, düşünüyorum () Kararsızım () Hayır, düşünmüyorum
3. Sizce bu terapi süreci çocuğunuzun iletişim tutumuna olumlu yönde katkı sağladı mı?
() Evet, katkı sağladı () Kararsızım () Hayır, katkı sağlamadı
4. Sizce bu terapi süreci çocuğunuzun konuşma davranışlarına olumlu yönde katkı sağladı mı?
() Evet, katkı sağladı () Kararsızım () Hayır, katkı sağlamadı
5. Terapi süreci çocuğunuzun kekemeliğine ilişkin sizin duygu ve tutumunuza olumlu yönde katkı sağladı mı?
() Evet, katkı sağladı () Kararsızım () Hayır, katkı sağlamadı
6. Terapi sürecinin çocuğunuza yönelik genel tutumunuza olumlu yönde katkı sağladığını düşünüyor musunuz?
() Evet, düşünüyorum () Kararsızım () Hayır, düşünmüyorum
7. Terapi sürecinin genel kaygı düzeyinizi olumlu yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
() Evet, düşünüyorum () Kararsızım () Hayır, düşünmüyorum
8. Katıldığınız bu çalışmayı bir başka ebeveyne önerir misiniz?
() Evet, öneririm () Kararsızım () Hayır, önermem
9. Uygulanan terapinin süresi sizce yeterli midir? (8 hafta)
() Evet, yeterliydi () Kararsızım () Hayır, yeterli değildi
10. Uygulanan terapinin kapsamı sizce yeterli miydi?
() Evet, yeterliydi () Kararsızım () Hayır, yeterli değildi
11. Uygulanan terapi sonrasında çocuğunuzun kekemeliğinin yönetimi konusunda kendinize güven duyuyor musunuz?
() Evet, duyuyorum () Kararsızım () Hayır, duymuyorum
12. Terapi sürecinden memnun olduğunuz yönler nelerdir, açıkla mısınız?
.....
.....
.....
13. Terapi sürecinden memnun olmadığınız yönler nelerdir, açıkla mısınız?
.....
.....
.....

EK- 8: Uygulama Güvenirliği Veri Toplama Formu

Uygulama Güvenirliği Veri Toplama Formu

Seans	Uygulamacı Davranışı	Davranışın Yapılma Durumu (+/-)	Tarih
1. Seans	- Ebeveynlerden çocuğun genel gelişim öyküsünün alınması - Ebeveynlerden çocuğun kekemelik öyküsünün alınması - Ebeveynlerden çocuğun kekemeliği başladıktan sonraki süreçte çocukta ve ebeveyn-çocuk etkileşimlerinde meydana gelen değişikliklere yönelik algılarının ve ebeveynlerin çocuklarına yönelik genel tutumları ve genel kaygı düzeylerinin sorgulanması - Çocuğun bir gününün nasıl geçtiğinin öğrenilmesi - Ebeveynlerin çocuklarının kekemelikleriyle ilgili duygu, düşünce ve davranışlarının öğrenilmesi - Ebeveynlerin terapi sürecinden beklentilerinin öğrenilmesi	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()	
2. Seans	- Ebeveynlerin kekemelik (türleri, nedenleri, ikincil davranışlar, kekemelikte klasik koşullanma süreci, kekemeliğe ilişkin duygu, düşünce ve davranışlar) hakkında bilgilendirilmesi - Ebeveynlerin uygulanacak terapi süreci hakkında bilgilendirilmesi - Ebeveynlerin kekemeliğe ve sürece ilişkin sorularının yanıtlanması	7 () 8 () 9 ()	
3. Seans	Aile içinde duyarsızlaştırma - Aile içinde kekemeliğin yönetimi konusunda bilgilendirme (Ebeveyn-çocuk etkileşimi, aile üyelerinin bilgilendirilmesi, zor anlarla başa çıkma) - Çocuk ile kekemelik hakkında konuşma (kekemelik konusunda açık olma) ve ebeveynlerden ev ortamında sohbet sırasında istemli kekelemelerini isteme - Çocuğun duygusal sağlamlığı için ebeveynlerin tutumlarına yönelik öneriler	10 () 11 () 12 ()	
4. Seans	Sokakta duyarsızlaştırma çalışması (Yol, mağaza, market, kitabevi, kafe vb. ortamlarda) - Ebeveynlerin sokakta tanımadığı kişilerle istemli kekemelikle iletişim kurmaya ilişkin duygu ve düşüncelerini belirleme - Sokakta duyarsızlaştırma çalışmasına başlama	13 () 14 ()	

	15. Ebeveynlerle çalışmanın sonuçlarına ilişkin bireysel konuşma ve ebeveynlerden çocuklarıyla bulundukları günlük yaşam ortamlarında istemli kekelemelerini isteme	15 ()	
5. Seans	16. Sokakta duyarsızlaştırma çalışması 17. Ebeveynlerle çalışmanın sonuçlarına ilişkin bireysel konuşma	16 () 17 ()	
6. Seans	18. Sokakta duyarsızlaştırma çalışması 19. Ebeveynlerle çalışmanın sonuçlarına ilişkin bireysel konuşma.	18 () 19 ()	
7. Seans	Telefonda duyarsızlaştırma çalışması (Otel, yemek siparişi, rezervasyon, kiralık ve araç satışı bilgisi vb. görüşmeler) 20. Ebeveynlerin telefonda istemli kekemeliyle iletişim kurmaya ilişkin duygu ve düşüncelerini belirleme 21. Telefonda duyarsızlaştırma çalışmasına başlama 22. Ebeveynlerle çalışmanın sonuçlarına ilişkin bireysel konuşma	20 () 21 () 22 ()	
8. Seans	23. Telefonda duyarsızlaştırma çalışması 24. Ebeveynlerle çalışmanın sonuçlarına ilişkin bireysel konuşma	23 () 24 ()	
9. Seans	25. Aile, sokak ve telefon çalışmalarının sonuçlarını yorumlama 26. Genel süreci değerlendirme 27. Ebeveynlerin sorularını yanıtlandırma 28. Ebeveynlerin kekemeliğe ilişkin değişen duygu, düşünce ve davranışları, çocuklarına yönelik genel tutumları ve genel kaygı düzeyleri hakkında konuşma	25 () 26 () 27 () 28 ()	
10. Seans	29. Ebeveynlerle çocuklarının kekemeliği ve kekemeliğe ilişkin duygu, düşünce ve davranışlarına yönelik konuşma 30. Terapi sonrası sürecin yönetimi konusunda bilgilendirme ve öz-yeterliklerini artırma	29 () 30 ()	

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Ayhan ÇAĞLAYAN

Yabancı Dil : İngilizce, Almanca

Doğum Yeri ve Yılı :

E-posta :

ORCID Kimliği :

Eğitim Geçmişi:

- 2012-2016, İzmir Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü (%100 Burslu) (Lisans)
- 2016-2019, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı (Yüksek Lisans)
- 2020-2024, Anadolu Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı (Doktora)

Mesleki Deneyim:

- 2017-2020 yılları arasında çeşitli özel eğitim ve rehabilitasyon ve danışmanlık merkezleri
- 2020-Devam Ediyor, Çağlayan Dil ve Konuşma Danışmanlık Merkezi

Bilimsel Faaliyetleri

Ulusal ve Uluslararası Dergilerde Basılan Yayınları:

ÇAĞLAYAN, A., EREN, E., & ÖZKAN, E. T. COVID-19 Pandemisinin Sağlık Alanındaki Eğitim, Araştırma ve Bilimsel Yayına Etkisi.

ÇAĞLAYAN, A., & ÖZDEMİR, R. S. (2022). The Attitudes of Employers Towards Stuttering and People Who Stutter: Descriptive Research. Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(2), 339-348.

Çiftci, H. B., YILMAZ, A., Çağlayan, A., & Topbaş, S. Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Dil ve Konuşma Terapistinin Rolü Hakkındaki Farkındalık

Düzeyinin Belirlenmesi. Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi, 4(3), 339-361.

Kitaplar:

- Özdemir, R. S. ve Çağlayan, A. 2024 (*Basımda*). Ergenlik ve Yetişkinlik Döneminde Kekemelik Terapisi. Kuramdan Uygulamaya Klinik Dil Ve Konuşma Terapisi. (Ed. Topbaş, S., Maviş, İ., Selvi Balo, S. ve İyigün Uzunöz, E.). Ankara Nobel Tıp Kitabevleri. ISBN: 978-625-6448-
- DURİNGO – Kekemeliğimi Nasıl Evcilleştirdim, Orjinal Adı: Stoppilino – Wie ich mein Stottern zahmte, Çeviri Editörlüğü.

Katıldığı Kurslar ve Eğitimler:

- Okul Öncesi Dönem Kekeleyen Çocukların Terapisinde Modifikasyon Yaklaşımı, Uzm. Dkt. Claudia Walther (9-10-16-17 Kasım 2023) / 14 Saat, Online Eğitim
- Lidcombe Erken Dönem Kekemelik Sertifika Programı, Dr. DKT Kylie Smith (12-13-14-19-20-21-26-27 Haziran 2023) / 24 Saat, Online Eğitim
- Bebek ve Çocuklar İçin Duyu Bütünleme Sertifika Programı, Uzm. ERG. Marga Grey (30 Ekim /6-13-20-27 Kasım 2022) / 14 Saat, Online Eğitim
- Yürütücü İşlevler: Çoklu Bağlam Yaklaşımı, Prof. Dr. Joan Toglia (17-18 Ekim 2022) / 6 Saat, Online Eğitim
- Türkçe Alternatif ve Destekleyici İletişim Sistemi (TADİS) Sertifika Programı, Dr. Ertan Görgü (16 Ekim 2022) / 4 Saat, Online Eğitim
- Otizm Spektrum Bozukluğu ve Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireyleri Zihin Kuramı Testleri ile Değerlendirme, Sosyal Beceriler ve Zihin Kuramı

Becerilerinin Öğretimi, Doç. Dr. Alev Girli (20-27 Şubat – 3 Mart 2022) / 17 Saat, Online Eğitim

- Etkinlik Temelli Yürütücü İşlevler Atölyesi, Doç. Dr. Alev Girli & Dr. Filiz Karadağ, (8-10 Şubat 2022) / 4 Saat, Online Eğitim
- Dil ve Konuşma Terapisinde Teknoloji ve Sanal Gerçeklik Kullanımı – Uluslararası Zirve, Dr. DKT. Erik Raj & Gareth Walkom (with VR Kurucusu) & DKT. Gonçalo Leal (28 Ocak 2022) / 4 Saat, Online Eğitim
- Otizm Spektrum Bozukluğunda Söz Öncesi Milleu Dil Öğretim Atölyesi, Dr. Bahar Keçeli Kayısıllı (7 Kasım 2021) / 2 Saat, Online Eğitim
- Otizm Spektrum Bozukluğu ve Nöroplay Yöntemi Atölyesi, Prof. Dr. Müdriye Bıçakçı (7 Kasım 2021) / 2 Saat, Online Eğitim
- Otizm Spektrum Bozukluğunda Ebeveyn Koçluğu Atölyesi, Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Akemoğlu (7 Kasım 2021) / 2 Saat, Online Eğitim
- Duyusal İşleme Bozukluklarında STAR Yaklaşımını Kullanarak Tanı ve Müdahale, Erg. Mim Ochsenbein (24-25 Kasım 2020) / 6 Saat, Online Eğitim
- Yetişkinlerde Akut, Kronik ve İlerleyici Afazi, Prof. Dr. Heather M. Clark (25-26 Ekim 2020) / 8 Saat, Online Eğitim
- GOBDÖ-2-TV (Gilliam Otistik Bozukluk Derecelendirme Ölçeği – 2 – Türkçe Versiyonu) Uygulayıcı Sertifika Eğitimi, Prof. Dr. İbrahim Halil Diken (27 Eylül 2020) / 2 Saat, Online Eğitim
- Disleksi: Efsaneler, Gerçekler ve Terapi, Uzm. DKT. Marianne M. Nice (22 Eylül 2020) / 3 Saat, Online Eğitim
- Selektif Mutizmde Dil ve Konuşma Terapistinin Rolü, Uzm. DKT. Figen Schultz-Ünsal (29 Temmuz 2020) / 2 Saat, Online Eğitim

- ETEÇOM 2 (Etkileşim Temelli Erken Çocuklukta Müdahale Programı – 2) Uygulayıcı Sertifika Eğitimi, Prof. Dr. İbrahim Halil Diken (21 Haziran 2020) / 7 Saat, Online Eğitim
- Sözcük Dağarcığını Geliştirmek İçin Etkin ve Kapsamlı Bir Terapi Yaklaşımı, Prof. Dr. Celeste Roseberry-McKibbin (2 Haziran 2020) / 3 Saat, Online Eğitim
- Erken Müdahale Yaklaşım ve Teknikleri: Duyu Bütünleme ve Dil Terapisi Etkinliklerinin V-Birlikte Kullanımı, Prof. Dr. Celeste Roseberry-McKibbin (1 Haziran 2020) / 3 Saat, Online Eğitim
- Ses Terapisi Teknikleri (Voice Therapy Techniques – Workshop for SLPs), Norma Camilleri (30-31 Mayıs 2020) / 4 Saat, Online Eğitim
- Kekeleyen Yetişkin Bireylere Yönelik Klinik Karar Verme ve Terapide Karşılaşılan Güçlükler, E. Charles Healey (29 Mayıs 2020) / 2 Saat, Online Eğitim
- Yetişkinlerde Dizatri Değerlendirmesi, Dr. Heather M. Clark (17 Mayıs 2020) / 2 Saat, Online Eğitim
- Yetişkinlerde Konuşma Apraksisi, Prof. Dr. Heather M. Clark (16 Mayıs 2020) / 2 Saat, Online Eğitim
- İşitme Kayıplı Çocuklarda, Erken Bebeklikten Okul Çağına, İşitsel Rehabilitasyon, Ody. ve Kon. Ses Boz. Uzm. İclal Ertaş (4-5-6 Mayıs 2020) / 9 Saat, Online Eğitim
- Dislekside Okuma Akıcılığının İnfomal Araçlarla Değerlendirilmesi ve Desteklenmesi, Dr. Öğr. Üyesi Şaziye Seçkin Yılmaz (2 Mayıs 2020) / 2 Saat, Online Eğitim
- Yeni Başlamış Kekemelik Vakalarında Yol Haritası, Dr. Öğr. Üyesi Evrim Kıran Gerçek (28 Nisan 2020) / 2 Saat, Online Eğitim
- Ergen ve Yetişkin Kekeleyen Bireylerde Terapi ve Değerlendirme, Uzm. DKT. Figen Schultz-Ünsal (20 Nisan 2020) / 2 Saat, Online Eğitim

- “What is PROMPT – in Turkish”, Uzm. DKT. Nida Şanlı Colay, (19 Nisan 2020) / 2 Saat, Online Eğitim
- Okul Çağı Kekeleyen Çocuklarda Terapi ve Değerlendirme, Uzm. DKT. Figen Schultz-Ünsal (13 Nisan 2020) / 2 Saat, Online Eğitim
- Disleksi Klinik Değerlendirme ve Müdahale, Dr. Öğr. Üyesi Şaziye Seçkin Yılmaz (10 Nisan 2020) / 2 Saat, Online Eğitim
- Online Terapilerde Program ve Materyal Kullanımı, Aybüke Yıldırım (9 Nisan 2020) / 2 Saat, Online Eğitim
- Okul Öncesi Dönem Kekeleyen Çocuklarda Terapi ve Değerlendirme, Uzm. DKT. Figen Schultz-Ünsal (6 Nisan 2020) / 2 Saat, Online Eğitim
- Çocuklarla Kekemelik Terapisi (Okul Öncesi Dönem), Uzm. DKT. Veysel Kızılböğü & Uzm. Psk. Dan. Mahmut Kızılböğü (29-30 Mart 2020) / Online Eğitim
- LSVT Loud Sertifika Kursu (Lee Silverman Ses Tedavisi), Prof. Dr. Lorraine Ramig (LSVT Vakfı Kurucusu) & Uzm. DKT. Heather Hodges (2-3 Şubat 2020) / İstanbul
- PALIN PCI: Palın Parent Child Interaction Therapy (Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Terapisi), Uzm. DKT. Kevin Paul Fower (15-17 Aralık 2019) / İstanbul
- Ergen ve Yetişkin Kekemeliğinde Bilişsel Davranışçı Yaklaşım ve Exposure, Uzm. DKT. Veysel Kızılböğü & Uzm. Psk. Dan. Mahmut Kızılböğü (13-15 Ekim 2019) / Bostancı, İstanbul
- Treatment Of Pediatric Motor Speech Disorders: Childhood Apraxia Of Speech (Pediatrik Motor Konuşma Bozuklukları Terapisi: Çocukluk Çağı Apraksisi), Dr. Edythe Strand (1 Mayıs 2019) / X. Ulusal Dil ve Konuşma Bozuklukları Kongresi, İstanbul Medipol Ü.

- Ses Protezi Uygulamaları, Doç. Dr. Zeynep Alkan (30 Nisan 2019) / X. Ulusal Dil ve Konuşma Bozuklukları Kongresi, İstanbul Medipol Ü.
- Vitalstim Uygulamalarına Giriş, Doç. Dr. Müzeyyen Çiyiltepe (30 Nisan 2019) / X. Ulusal Dil ve Konuşma Bozuklukları Kongresi, İstanbul Medipol Ü.
- Examining Language Processing İn Young Children: Consideration For Eye-Gaze And Eeg-Erp Experiments Küçük Çocuklarda Dil İşlemenin İncelenmesi: Eye-Gaze ve Eeg-Erp Deneylerinin Değerlendirilmesi, Dr. Eileen Haebig (28 Nisan 2019) / X. Ulusal Dil ve Konuşma Bozuklukları Kongresi, İstanbul Medipol Ü.
- Okul Öncesi Dönemde Kekemelik Değerlendirme ve Terapisi, Dr. Kurt Eggers (13 Nisan 2019) / Eskişehir
- IVO-ODS Otizm Spektrum Bozukluğu Kapsamlı Değerlendirme Seti, Dr. Öğr. Üye. Veysel Aksoy (25 Aralık 2018) / Özel Deniz Yıldızı Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi / İzmir
- DIR Floortime (101) Başlangıç Düzeyi Eğitimi, Çiğdem Ergül M. S. (20-21 Ekim 2018) / İstanbul Medipol Üniversitesi
- TEDİL (Türkçe Erken Dil Gelişim Testi), Prof. Dr. S. Seyhun Topbaş (2 Mayıs 2017) / İstanbul Medipol Üniversitesi
- BETY (Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı), Prof. Dr. Edibe Ünal (9-17 Nisan 2016 / 4 Gün) / İzmir (Klinik Pilates, Gebelik Pilatesi, Ağrı Yönetimi, Cinsellik Eğitimi ve Dans Terapi)
- ILS Provider Course (Acil Yaşam Desteği Kursu) European Resuscitation Council / İzmir Üniversitesi

Katıldığı Kongre, Sempozyum ve Seminerler:

- II. Ulusal Akıcılık Bozuklukları Sempozyumu ve Kekemelik Farkındalık Günü, (23 Ekim 2022, İstanbul Medipol Ü.) (Konuşmacı)
- XI. Ulusal Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Kongresi, (7-10 Ekim 2022, Tarsus Ü, Mersin) (Konuşmacı)
- Uluslararası Otizm Kongresi, (2-7 Kasım 2021, Online)
- Ulusal Dil ve Konuşma Bozuklukları Kongresi, (28 Nisan-1 Mayıs 2019, İstanbul Medipol Ü.) (Konuşmacı)
- Ulusal Akıcılık Bozuklukları Sempozyumu, (26 Mart 2019, İstanbul Medipol Ü.) (Konuşmacı)
- Almanya Kekemelik ve Öz Yardım Federasyonu, (3-7 Ekim 2018, Köln, Almanya) (Konuşmacı)
- Dünya Ses Günü Sempozyumu (19-20 Nisan 2018, Marmara Ü, İstanbul)
- Ulusal Dil ve Konuşma Bozuklukları Kongresi (11-13 Mayıs 2017, İstanbul Medipol Ü.)
- Yutma Bozuklukları Kongresi / Tanıdan Tedaviye Nörojenik Yutma Bozuklukları (12-14 Nisan 2017, Ankara)
- SFD Sporda Omuz Yaralanmalarında Güncel Yaklaşımlar (7-8 Mayıs 2016, İzmir)
- Multipl Skleroz'da Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Sempozyumu (10-11 Mart 2016, DEÜ)
- Ulusal Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Öğrenci Kongresi (3-5 Nisan 2015, Yeditepe Ü.)
- Kadın ve Fizyoterapi Rehabilitasyon Sempozyumu (5-7 Mart 2015, DEÜ)

- Ulusal Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Öğrenci Kongresi (18-20 Nisan 2014, DEÜ)
- Fizyoterapide Gelişmeler Kongresi (8-12 Nisan 2014, Hacettepe Ü.)

Üye Olduğu Dernek ve Kuruluşlar:

- Kekemeler Derneği Yönetim Kurulu Başkanı
- Dil ve Konuşma Terapistleri Derneği (DKTD) Üyeliği
- Türkiye Fizyoterapistler Derneği (TFD) Üyeliği
- LÖSEV – Lösemili Çocuklar Vakfı (Gönüllü)