



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
ÖZEL EĞİTİM ANABİLİM DALI

KEKEME ÇOCUKLARA UYGULANAN ZENGİNLEŞTİRİLMİŞ
KEKEMELİK MÜDAHALE PROGRAMININ ETKİLİLİĞİ

DOKTORA TEZİ

İCLAL ERTAŞ

Lefkoşa

2022

**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
ÖZEL EĞİTİM ANABİLİM DALI**

**KEKEME ÇOCUKLARA UYGULANAN ZENGİNLEŞTİRİLMİŞ
KEKEMELİK MÜDAHALE PROGRAMININ ETKİLİLİĞİ**

DOKTORA TEZİ

İCLAL ERTAŞ

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Gönül AKÇAMETE**

**Lefkoşa
2022**

Onay

İclal ERTAŞ tarafından hazırlanan **“Kekeme Çocuklara Uygulanan Zenginleştirilmiş Kekemelik Müdahale Programının Etkililiği”** başlıklı tez, kapsam ve nitelik açısından kalite standartlarına uygunluğu ile ilgili Özel Eğitim Anabilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak .../.../2022 tarihinde kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri	Adı – Soyadı	İmza
Jüri Başkanı:	Prof. Dr. Ahmet KONROT
Jüri Üyesi:	Prof. Dr. Ayşegül ATAMAN
Jüri Üyesi:	Doç. Dr. Mukaddes SAKALLI DEMİROK
Jüri Üyesi:	Doç. Dr. Ebru KÖSEMİHAL
Tez Danışmanı:	Prof. Dr. Gönül AKÇAMETE

Anabilim Dalı Başkanı Onayı

...../...../2022

Doç. Dr. Mukaddes SAKALLI DEMİROK

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

...../...../ 2022

Prof. Dr. Kemal Hüsnü Can BAŞER
Enstitü Müdürü

Etik İlkelere Uygunluk Beyanı

Bu tezin içinde sunduğum verileri, bilgileri ve belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce, sonuç ve bilgilere bilimsel etik kurallar gereği olarak eksiksiz şekilde uygun atıf yaptığımı ve kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

İclal Ertaş

...../...../2022

Teşekkür

Sekiz yıl önce kıymetli hocam Doç. Dr. Mukaddes Sakallı Demirok' un Özel Eğitim Bölüm Başkanlığı odasında bana verdiği destek ve şevkle başlama kararı aldığım, Doktora programı serüveninde sona gelmiş bulunuyorum. Elbette başlangıcından bu yana geçen süre ile bağlantılı olarak teşekkür etmem gereken kişilerinde listesi uzun olacaktır.

Öncelikle, oldukça uzun bir sürede yapabildiğim, doktora tez çalışmamda her türlü soruma benimle birlikte yanıt arayan, bilgisi ve deneyimi ile bana her zaman yol gösteren, ilgisini vaktini hiçbir zaman benden esirgemeyen, hocaların hocası, alanımızın Türkiyedeki öncülerinden, tez danışmanım Prof. Dr. Gönül Akçamete' ye

Doktora yapmama vesile olan, yılgınlığa düştüğümde cesaretlendirici tutumu ile gerek akademik gerek manevi olarak bana destek olan, sunduğu öneriler ile bana yol gösteren, değerli hocam Doç. Dr. Mukaddes Sakallı Demirok'a,

Her zaman olduğu gibi tez sürecinde de hep yanımda hissettiğim, birlikte çalışma şansını yakaladığım, başarıları ile gurur duyduğum, meslektaşım, Yrd. Doç. Dr. Ebru Kösemihal'e,

Tez jürime katılmayı kabul eden, çalışmama önerileri ile destek olan değerli hocam Prof. Dr. Ayşegül Ataman a,

Tez jürime katılmayı kabul eden, çalışmalarına önerileri ile destek olan, kekemelik alanında ufkumu genişleten değerli hocam, Prof. Dr. Ahmet Konrot'a,

Bu süreçte değerli bilgilerinden yararlandığım, Prof. Dr. Hüseyin Uzunboylu'ya,

Kekemelik şiddeti değerlendirme test ölçeği SSI-IV-TR'yi tezimde kullanmama izin verdiği ve alana sağladığı katkılardan dolayı Dr. Ayşe Mutlu'ya,

Tezimin istatistik hesaplamalarına çok önemli katkısı olan dostum Prof. Dr. Yavuz Yakut 'a,

Doktora sürecinde her fırsatta kendisini arayıp fikir danıştığım ve her seferinde benle tecrübelerini paylaşan, meslektaşım, dostum Doç. Dr. Deniz Kara'ya,

Bulamadığım her makaleyi sabır ile arayan ve önerileri ile çalışmamı destekleyen öğretim üyesi Zeynep Genç'e,

Çalışmam sürecinde birçok katkılarını aldığım sevgili meslektaşım, Yrd. Doç. Dr. Duygu Türker'e,

Çalışmam da motive edici tutumu, ilgisi ve bilgisi için Prof. Dr. Kurt Eggers'a,

Veri toplama sürecinde benimle birlikte çalışmama destek olan, sevgili arkadaşlarım Çocuk gelişim Uzmanı Gülşah Gürel, Odyolog Seda İskender ve Odyolog Büşra Yıldız'a, yönetici asistanım Ayşe Asan'a ve tüm Özel Eğitim Merkezi çalışma arkadaşlarıma,

Yıllardır sabır ve anlayışları ile hep yanımda olan, bana her zaman güvenen dostlarım, Uzm. Fzt. Hülya Baysal, Fzt. Duygu Kaçmaz, Yrd. Doç. Dr. Filiz Karafakı, Yrd. Doç. Dr. Şükran Yurtoğulları, Müh. Banu Eda Şengül ve Öğretim Görevlisi Mihriban Öztürk'e,

Varlıklarıyla beni hep mutlu eden, desteklerini her zaman hissettiğim, çalışkanlıklarıyla gurur duyduğum sevgili Nilgün ve Ertan Özenli'ye,

Bu süreçte desteklerini benden hiç esirgemeyen, hep yanımda hissettiğim, beni yetiştiren, değerli varlıklarım, sevgili annem ve babama, canım kardeşime, eşine ve sevgili yeğenime, benim en zor zamanlarımda hep yanımda olan hayat arkadaşım, canım eşime ve hayat ışıklarım oğlum ve kızıma, bilimsel hayallerimi gerçekleştirmeme destek oldukları için sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İclal Ertaş

Özet

Kekeme Çocuklara Uygulanan Zenginleştirilmiş Kekemelik Müdahale Programının Etkililiği

İCLAL ERTAŞ

Doktora, Özel Eğitim Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gönül AKÇAMETE

Mart 2022, 161 sayfa

Bu çalışmanın amacı, araştırmacı tarafından kekemelik güçlüğü çeken çocuklara uygulanmak üzere uyarlanan Zenginleştirilmiş Kekemelik Müdahale Programının (ZEKEM) etkililiğini incelemektir. Bu genel amaç kapsamında kekemelik sıklığı, kekemelik süresi ve kekemeliğe eşlik eden davranışlarda anlamlı bir farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Bu araştırmada yarı deneysel yöntem kullanılmıştır. Çalışma grubu, 2019-2020 yılları arasında Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezine başvuran ve çocuk psikiyatristi tarafından kekeme tanısı alan 10 erkek çocuktan oluşmaktadır. Kekemeliği olan çocukların kişisel bilgilerini toplamak için araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formları aile, öğretmen ve çocuk tarafından doldurulmak üzere kullanılmıştır. Araştırma verilerini toplamak için Kekemelik Şiddet Ölçeği (SSI-4-TR) uygulanmıştır. Araştırma sonucunda, ön test ve son testten elde edilen veriler karşılaştırıldığında, Zenginleştirilmiş Kekemelik Müdahale Programının çocukların kekemeliğinin sıklığında ve kekeleme sürelerinde ve kekemelik şiddetinde anlamlı bir farklılık oluşturduğu bulunmuştur. ZEKEM müdahale programının kekemeliğe eşlik eden davranışlarda anlamlı bir farklılık oluşturmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlara göre ZEKEM Programının kekemeliğinin sıklık, süre ve şiddetinin azaltılmasında etkili bir yöntem olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Kekeme, dil konuşma bozukluğu, özel eğitim, terapi

Abstract**EFFECTIVENESS OF THE ENRICHED STUTTERING INTERVENTION
PROGRAM USED IN CHILDREN WHO STUTTER****İCLAL ERTAŞ****Ph.D., Department of Special Education****Thesis Advisor: Prof. Dr. Gönül AKÇAMETE****March 2022, 161 page**

The aim of this study is to examine the effectiveness of the Enriched Stuttering Intervention Program (ESIP), which was developed by the researcher to be administered to children with stuttering. Within the scope of this general purpose, it was examined whether there is a significant difference in the frequency of stuttering, duration of stuttering and behaviors accompanying stuttering. In this study, quasi-experimental method was used. The study group consists of 10 boys who applied to the Special Education and Rehabilitation Center between 2019-2020 and were diagnosed with stuttering by a child psychiatrist. Information forms prepared by the researcher to collect personal information of children with stuttering were used to be filled by the family, teacher and child. The Stuttering Severity Scale SSI-IV-TR was used to collect research data. As a result of the research, when the data obtained from the pre-test and post-test were compared, a significant difference was found in the stuttering frequency percentage and stuttering duration of the children who were administered the Sustainable Enriched Stuttering Intervention Program. It was concluded that the ZEKEM intervention program was not effective in the behaviors accompanying stuttering but a significant difference was found in the severity of stuttering in children. It can be said that the Enriched Stuttering Intervention Program is an effective therapy method for stuttering.

Keywords: Stuttering, speech and language disorder, special education, therapy.

İçindekiler

Onay	i
Etik İlkelerle Uygunluk Beyanı.....	ii
Teşekkür	iii
Özet.....	v
Abstract.....	vi
İçindekiler	vii
Tablo Listesi.....	x
BÖLÜM I.....	1
Giriş	1
Problem Durumu.....	1
Araştırmanın Amacı.....	7
Araştırmanın önemi	7
Sınırlıklar	8
Tanımlar.....	9
BÖLÜM II	10
Kavramsal Çerçeve ve İlgili Araştırmalar.....	10
İletişim, Dil, Konuşma	10
Dil ve konuşmanın değerlendirilmesi	12
Konuşmanın Akıcılığındaki Bozukluklar	13
Konuşma akıcılığı yetersizliği	13
Kekemeliğin Nedenlerine Yönelik Kuramlar	17
Yapısal Kuramlar	18
Nörolojik Kuramlar.....	19
Nevrotik Kuramlar	20
Öğrenme ve Şartlanma Kuramları	21
Diagnosojenik (Tanı Kökenli) Kuram	21
Süreklilik Kuramı.....	22

Yaklaşma-Kaçınma Çatışması Kuramı.....	23
Beklenti Kuramı.....	23
Kekemeliğin Nedenleri	25
Kekemelik Türleri.....	27
2.7. Kekemeliğe Sahip Olan Çocukların Özellikleri	27
Kekemelikte Kullanılan değerlendirme Araçları	34
Kekemelik Terapi yöntemleri	34
İlgili Araştırmalar.....	43
Yurtdışında yapılan çalışmalar	43
Yurt içinde yapılan çalışmalar	46
BÖLÜM III.....	51
Yöntem	51
Araştırmanın Modeli	51
Çalışma Grubu	51
Veri Toplama Araçları	52
Aile Görüşme Formu	52
Aile Görüşme Formundan elde edilen Bilgiler	52
Çocuk görüşme formu.....	55
Çocuk görüşme formundan elde edilen bilgiler.....	55
3.4. Verilerin toplanması.....	64
Uygulama Süreci.....	64
Verilerin Analizi	100
BÖLÜM IV	102
Bulgular.....	102
Araştırmanın kekemelik sıklığı, süresi, ikincil davranışlar, ve şiddetine ilişkin Bulgular	102

BÖLÜM V	107
Tartışma	107
BÖLÜM VI	110
Sonuç ve Öneriler	110
Öneriler	110
İleri Araştırmalara Yönelik Öneriler.....	111
Uygulamalara Yönelik Öneriler.....	111
Kaynakça	113
Ekler	129
Özgeçmiş.....	145
İntihal raporu (Turnitin).....	149

Tablo Listesi

Tablo 1. Demografik bilgiler.....	53
Tablo 2. Kekemelik Başlangıç yaşı.....	54
Tablo 3. Ailelerin çocuklarının kişiliklerine ilişkin bilgiler.....	55
Tablo 4. Çalışmaya katılan çocukların kekemeliklerine ilişkin düşüncelerine ilişkin bilgiler	56
Tablo 5. Çocukların kekemelikleri ile ilgili duygularına ilişkin bilgiler	56
Tablo 6. Katılımcı çocukların kekemeliklerine bağlı davranışlarına ilişkin bulgular	57
Tablo 7 Sıklık Tablosu	59
Tablo 8: Süre Tablosu	62
Tablo 9. Kekemelik şiddeti, toplam puanı, yüzde değeri ve şiddet eşdeğerine	64
Tablo 10. Ön test sonuçları	102
Tablo 11. Ara test sonuçları	103
Tablo 12. Son test sonuçları	103
Tablo 13. Çocukların Kekemelik Sıklığına Göre Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları	104
Tablo 14. Çocukların kekemelik sürelerine göre Wilcoxon işaretli sıralar test sonuçları	104
Tablo 15. Kekemeliğe eşlik eden davranışlara göre Wilcoxon işaretli sıralar test sonuçları	105
Tablo 16. Kekemelik şiddetine göre Wilcoxon işaretli sıralar test sonuçları	105
Tablo 17. Kekemelik Şiddeti Yüzde Tablosu	106

BÖLÜM I

Giriş

Bu bölümde araştırmanın problem durumu, amacı, önemi, sınırlılıkları ve tanımları yer almaktadır. Ayrıca araştırma kapsamında geçen birtakım kavramların kısaltmalarına da yer verilmiştir.

Problem Durumu

Günlük sosyal yaşantıların ayrılmaz bir parçası iletişimidir. İletişim,,en geniş anlamıyla sözel ve sözel olmayan boyutları ile insanlar arasındaki her türlü etkileşim, mesaj alışverişidir. Bireylerarası iletişimde temel amaç, seçilmiş bir noktada düzenlenen mesajı aynen veya ona yaklaşık olarak alıcı bireyin zihninde oluşmasını sağlamaktır(Konrot,1984.Akt. Topbaş,1999). Bireylerarası iletişimde mesajın hedeflendiği biçimde aktarılabilmesi için mesajın yerine geçebilecek temel bir araç olarak dil adı verilen kodlar sistemi kullanılmaktadır. Tüm bilinen insan toplumları, işitsel-sözel iletişim kanalını algılama ve ifade için kullanıp, iletişim için geliştirdikleri sembol sistemlerine konuşma dilini temel almışlardır(Topbaş,1999).Konrot(1991)'a göre, konuşma sözel dilin sese dönüştürülmüş biçimidir. İnsanlar, bilgi, duygu ve düşüncelerini konuşma yoluyla ifade edebilmekte ve karşısındakilere aktarabilmektedirler (Topbaş, Maviş ve Erbaş, 2002, akt. Gunaydın, 2020).

Konuşma, ses üretiminin gerçekleşmesi için sinir, kas, iskelet ve bilişsel sistemlerin koordineli çalışmasıyla ortaya çıkan oldukça karmaşık bir sistem olmasına karşın aslında birçok kişinin çaba sarf etmeden gerçekleştirebildiği motor bir aktivitedir. Ancak konuşmayı işleme süreçlerinin temel yapısal ve fizyolojik bileşenleri bazen hastalık, yaralanma ve hasar nedeniyle zarar görebilmektedir(Topbaş, 2005). Dil ve konuşma sorunları işitme, görme, zihin gibi pek çok yetersizlik sonucu oluşabileceği gibi, nedeni belli olan ve olmayan olgular olarak kendi başına ayrı bir yetersizlik grubunu oluşturduğu belirtilmektedir. Diğer özel eğitim gerektiren çocukları değerlendirme, eğitim ve sağaltım çalışmalarının başlamasına ilişkin tarihte çok eskiye dayanmasına rağmen, dil ve konuşma sorunlu çocukların özel eğitim gereksinimlerinin karşılanması oldukça yenidir. Heward ve

Orlansky (1988), bu gecikmeye gerekçe olarak dil ve konuşma bozukluğu olan çocukların sorunlarının diğerlerine göre daha az ciddi ya da fark edilmeyen sorunlar olarak görüldüğünü belirtmişlerdir. İletişim ve buna ulaşmak için kullanılan araç ve yolunun öneminin kavranması ve hemen her yetersizlik grubunun en temel sorununu iletişimin oluşturduğu görüşü son 20-30 yıl gibi geç gündeme gelebilmiştir (Akt. Topbaş, 1999). İletişim bozukluğu olan çocuklar, iletişim halinde iken iletişimlerini engelleyen dil veya konuşma bozukluğu çeken çocuklardır (Lang-Roth, 2014). Dil ve konuşma bozukluğu çocukların, çocukluk çağlarında en fazla karşılaştıkları problemlerden biri olarak ele alınmaktadır. Dil ve konuşmada görülen yetersizlik, sözel iletişim kullanılırken, farklı düzeylerde ve biçimlerde oluşan aksaklık, düzensizlikler nedeniyle dili kullanma, konuşmayı öğrenmede ve iletişimde güçlükler oluşturmada, bireyin eğitim performansı ve sosyal uyumu da olumsuz yönde etkilenmektedir (Çiyiltepe, 2005). Konuşmadaki, bozukluklar erken tanı ile tespit edildiğinde önemli başarılar elde edilmiştir. Dil ve konuşma bozukluklarının erken dönemde tanılanmasında ailelerin ve öğretmenlerin rolü büyüktür.

Günümüzde dil ve konuşma sorunlu çocukları tanılama, eğitim ve sağaltım alanında pek çok ilerleme görülmektedir. İletişim, dil ve konuşma güçlüklerinin hepsi farklı kökenden kaynaklandığı ve farklı müdahaleler gerektirdiği için aralarındaki farklılıkları ayırt etmek ve uygun müdahaleleri yapmak önemli olmaktadır. ASHA(2010) tarafından yapılan tanımlarda iletişim, dil ve konuşma yetersizlikleri arasındaki farklılıklar daha açık olarak belirtilmiştir. ASHA(2010) 'a göre konuşma yetersizliği, konuşma seslerinin artikülasyonunu, akıcılığı ve/veya sesi içermektedir. Konuşma bozukluğu olan çocukların, konuşma üretimini sağlayan organlar, solunum, sesleme ve artikülasyon sistemlerinin bazılarında veya birçoğunda sorunları vardır (Turan ve Akoğlu, 2011). Başka bir ifadeyle açıklanacak olursa, konuşma bozukluğu; sözcük, hece ve cümleleri çıkarmada gözlenen her tür aksaklık olarak tanımlanabilir

(Öncül, 2000). Konuşma bozuklukları, konuşan ile karşı tarafta dinleyiciyi olumsuz etkiler ve iletişim sürecine zarar verir (Ergül, 2010). Bu konuşma bozuklukları genellikle üç gruba ayrılır: artikülasyon, ses ve akıcılık. Artikülasyon bozukluğu konuşma bozukluklarının en yaygın olarak görülen türü olarak ele alınmaktadır. Konuşmadaki sesler doğru olarak çıkarılmadığı sürece sesler birbiriyle karıştırılabilir bu durum da mesajın yanlış anlaşılmasına veya hiç anlaşılmasına yol

açabilir (Ergül, 2010). Akıcılık bozukluğu, ses, hece, kelime ya da kelime grubundan oluşan konuşma seslerinde hız veya ritim farklılıkları ile ifade edilmektedir. Akıcılık bozukluğu, konuşanın anlaşılabilirliğinin azalması, konuşabilmek için dikkat çekecek kadar çok çaba sarf etmesi veya konuşma akışındaki bölünmeleri çok sık yaşaması ile oluşmaktadır (Maviş, 2011). Ses bozukluğu ise ses de oluşan kalite ve ses şiddetinde meydana gelen bozuklukları içermektedir. Bu bileşenlerin herhangi birinde görülecek herhangi bir problem ses bozukluğuna yol açmaktadır (Ergül, 2010). Akıcılık bozuklukları, iletişimin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesinde çoğu zaman sınırlılıklara neden olmaktadır (Shames, 1990; akt. Turan ve Akoğlu, 2011). Konuşma bozuklukları yaygın olarak eklemleme, ses bozuklukları ve akıcılık bozukluğu olarak sınıflandırılmaktadır (Maviş, 2011).

Akıcılık, konuşmanın akışıdır. Konuşma akıcılığı güçlüklerinin en bilineni söz söylerken birden bire duraklama, çoğunlukla buna katılan yüz buruşturması ve gerilme hareketleriyle hecelerin tekrarlanması olarak karakterize edilen kekelemedir (ASHA,2010). Kekemelik, çok değişik nedenleri olan karmaşık bir bozukluk olarak karakterize edilmektedir. Kekemelik bozukluğu çocuklarda sözcükleri telaffuz etmede güçlük yaşamasına sebep olmakla birlikte, ses eklemme, ses yutma, ses bozma veya değiştirme gibi farklı şekillerde problemler yaşamasına neden olmaktadır (Kuru, 2013). Kekemelik genel olarak konuşmanın ritmik akışında anormal duraksamalar, tekrarlamalar, uzatmalar ya da hece veya seslerin bloklarla bölündüğü iletişim bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Fibiger & Stuttering, 2010). Kekemelik etyolojisi tam olarak anlaşılammış sık karşılaşılan bir konuşma bozukluğudur (Alm, 2005). Kekemeliğin gelişiminde genetik faktörsel etkili olduğu düşünölmekle birlikte psikolojik ve çevresel faktörlerin de bulunduğu bilinmektedir (Riva-Posse, Busto-Marolt, Schteinschnaider, Martinez-Echenique, Cammarota, & Merello, 2008). Kekemeliğin kökeni, iletişimsel başarısızlık teorisi, gelişimsel ve çevresel faktörler, talep ve kapasite modeli, yapısal faktörler, diagnosojenik teori, lateralite, taşiferoya teorileri (acele konuşma ile gelişen ve durumun çevresel baskılarla konuşma bozukluğunun tamamen kekemeliğe dönüştüğü tablo) gibi farklı teori modelleri ile açıklanmaya çalışılmıştır (İnal, 2009; Lutz, 2004; Kulak Kayıkçı, 2007).

Kekemelik cinsiyet oranlarına bakıldığında zaman, erkeklerde kızlara göre 3 kat daha fazla olduğu görölmektedir (Kent 2000). Bu durumun nedeni, Kız çocuklarında

bir aksonun etrafında miyelin üretimlerinde, erkek çocuklara göre daha erken tamamlanıyor olmasına bağlı olarak açıklanmaktadır (Bloodstein, 2006, akt. Kruger, 2007). Öge (2004), yapmış olduğu çalışmada kekemeliğin yaygınlık oranını %2.46, hızlı bozuk konuşmanın yaygınlık oranını ise %1.02 olarak belirtmiştir. Wingate (1964) bu bulguya zemin oluşturacak şekilde akıcılık bozuklukları arasında en sık rastlananın kekemelik olduğunu belirtmiştir (Akt. İbiloğlu, 2011).

Kekemelik oluştuktan sonra ortaya çıkan endişe ve utanç, kişinin sosyal yaşamı, engellenme duygusu, mesleği ve kişiliğinde önemli sorunlara yol açabilmektedir (McClellan ve Runyan 2000, akt. Avcı, Uğuz, & Toros, 2002). Çocuklardaki kekemeliğin çoğunun terapi uygulanmadan da düzeldiği görülebilmekte bu durumun da konuşma motor merkezinin olgunlaşmasıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Forster ve Webster, 2001; Avcı, Uğuz, & Toros, 2002).

Kekeme olan çocukların konuşma özelliklerine bakıldığı zaman, akıcı konuşan bireylere oranla daha uzun ses uzatmaları yaptıkları, sözcükleri tekrarladıkları gözlenmemiştir. Kekeme olan bireylerde görülen ses uzatmaları veya duraklamalarının oranına bakıldığı zaman %77, normal akıcılığa sahip olan bireylerde ise sıfır olarak belirlenmiştir (Boey ve diğerleri Ark., 2007 akt., Bircan, 2021). Çocukların genetik özellikleri, öğrenilmiş davranışına sahip olması, psikolojik faktörler veya birden fazla nedenin bir araya gelmesi ile birlikte çocuklarda sıklıkla kekemelik görülmektedir (Pınarcık & Sarı, 2013).

Kekemelik vakalarının çoğunluğu, okul öncesi dönemde yani dil ve konuşma gelişiminin erken evrelerinde görülmektedir (Konrot, 2003; Yairi ve Ambrose, 2005). Erken çocukluk döneminde yaşadıkları durumlar, akran ilişkileri çocuğun pek çok gelişim alanında kısa vadeli veya uzun vadeli olarak etkilediği için oldukça önemlidir. Çocuğun akranlarıyla sosyal etkileşim kurabilmesi; çocuğun bilişsel becerilerinin, dil ediniminin ve sosyal becerilerinin gelişimi ile yakından ilişkilidir (Bronson, HauserCram ve Warfield, 1995; Akt. Nye, Vanryckeghem, Schwartz, Herder, TurnerIII, & Howard, 2013).Çoğu yetersizlikte olduğu gibi 3 yaşından önce başlayan erken müdahale kekemeliğin tedavisinde çok etkili olabilmektedir (Ward,2008; Akt, Kirk, Gallagher, Coleman, 2017). Erken müdahale ile birçok olumsuz durum en aza

indirgenmekte veya tamamen ortadan kalkmaktadır. Konuşma bozukluğu olan çocuklar konuşma terapistleri tarafından yapılan terapiye olumlu yanıt verirler. Bu olumlu yanıt sonrası geçici iyileşmeler sonucu çocuğun terapi programını bırakması, gelecekte akademik ve sosyal güçlükler yaratabilir (Nye, Vanrykeghem, Schwartz, Herder, Turner & Howard, 2013; Wang, Li, Wu, & Song, 2020). Okul öncesi dönemde erken tanının önemi yapılan çalışmalarla desteklenmektedir. Okul öncesi öğretmenlerinin ve sınıf öğretmenlerinin erken tanı ile öğrencilerin farklılıklarını tespit etmesi erken tedavi sürecine başlanması açısından önemlidir.

Yırtık, Yelek, Özer, Tığrak, & Kayıkcı (2021), okul öncesi eğitimi öğretmenliği lisans programı öğrencilerinin kekemeliğe yönelik bilgi ve tutumlarının belirlenmesi, farkındalıklarının tespiti için nitel bir araştırma yapmışlardır.. Çalışmaya, Ankara’da bulunan Gazi, Ankara, Orta Doğu Teknik, Hacettepe ve TED Üniversitelerinin Okul Öncesi Eğitimi Öğretmenliği lisans programlarında öğrenim gören öğrenciler dâhil edilmiştir. Katılımcıların %49,99’u, kekemeliğin herhangi bir olay sonrası yaşanan kaza ve travmaya bağlı oluştuğunu ve %41,66’sı kekemeliğin korku sonrası oluştuğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılanların %27,08’i kekemelikten şüphelendiği öğrencileri, şarkı söylerken kekelemiyorsa kekemelikten şüphelenmeye devam edeceklerini ifade etmiştir. Katılımcıların %54,16’sı kekemeliği olan bireyi taklit ederek de kekeme olunabileceğini belirtmiştir. Kekemelik ile ilgili okul öncesi öğretmenlerinin farkındalığı ve multidisipliner iş birliğinin önemini ortaya koyması açısından önemlidir. Çalışmada, katılımcıların kekemeliğin nedenleri dâhil olmak üzere kekemelik ile ilgili birçok konu hakkında doğru olmayan bilgiye sahip oldukları veya kararsız kaldıkları saptanmıştır. Kekemeliği olan çocuklara müdahale aşamasında, okul öncesi öğretmenlerinin dil ve konuşma terapistleri ile işbirliği içerisinde olmasının gerekliliği hem bilgi düzeyini artırma hem de müdahaleye destek olma açısından önemli bulunmuştur.

Kekemelik terapisinde çeşitli yöntemlerin uygulandığı görülmektedir. Bu terapi yöntemleri arasında; psikoterapi, aile terapisi, sistematik konuşma terapileri, ritim, medikal terapilerde yer almaktadır. Bu terapilerin yanında kullanılan elektroşok, psiko-sosyal grup terapisi, akıcı konuşmanın pekiştirilmesi, bio-feedback, hipnoz,

gecikmiş işitsel geri bildirim, desensitizasyon (duyarsızlaşma) gibi kekemeliğin direkt terapi teknikleri de kullanılmaktadır (Belgin ve Güven, 1985).

Kekemelik terapilerinin amacı, akıcılık bozukluğunun şiddetini ve etkisini azaltmaktır. Kekemelik terapisi yaklaşımları, edimsel akıcılık şekillendirme yaklaşımının versiyonlarından (Millard, Nicholas & Cook, 2008, akt. Yairi, & Seery, 2021), güçlü bir edimsel yönelimle birleştirilmiş programlara (Rocha, Yaruss, Rato, 2019), konuşma modifikasyonu ve bilişsel temelle birleştirilmiş programlara ve bilişsel bir temelle birleştirilmiş programlara kadar uzanır. Tüm bu programlarda iki ana yaklaşım vardır (Manning, & DiLollo, 2017). Bu yaklaşımlar, Akıcılık Şekillendirme (Fluency Shaping, FS) ve Kekemelik Değiştirme (Stuttering Modification, SM) yaklaşımlarıdır. SM yaklaşımında konuşma daha doğaldır (Craig, Hancock, Chang, McCreedy, Shepley, & McCaul, & Reilly, 1996, akt. Yairi, & Seery, 2021). FS yaklaşımında, doğal hale getirmek için bazı prosedürlerin uygulanması gerekmektedir (Rocha, Yaruss & Rato, 2019).

Kekemeliği olan bireylerin dil ve konuşma terapisi hizmetlerinden faydalandıkları bilimsel ve klinik olarak kanıtlanmıştır (Alış, 2010). Genel olarak uygulanan terapinin kekemelik sağaltımı için faydalı olduğu ortaya konmakla birlikte kekemelerin terapiden eşit olarak faydalanamadıkları (Temiz, 2020) her bireyin terapiden kazandıklarını hayatı boyunca sürdüremedikleri de belirtilmektedir (Huinck ve diğ., 2006). Bu nedenle, kekemelik terapilerinde birden çok terapi yaklaşımlarının kullanılması ve kalıcılığının sağlanması için terapi sonrası belirli aralıklarla izleme çalışmalarının sürdürülmesi önemli olmaktadır.

Bu konuda yapılan çalışmalar ile kekemelik terapisinin, kekemelik davranışlarında ve sıklığında olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (Conture, 1996). Uygulanan terapi yöntemlerinin kekemelik sıklığındaki etkilerini araştırmak için terapi öncesinde ve sonrasında kekemelik şiddetlerinin karşılaştırılması gerekmektedir (Bloodstein ve Ratner, 2008). Alanyazın taramasında, kekemelik terapisi yöntemleri ile çalışmaların çok az sayıda olduğu görülmektedir (Topbaş ve ark., 2009; Altınsoy, 2008; Madanoğlu, 2005; Eryavuz, 1998; Ceyani, 1987; Alış, 2010).

Alan yazın incelendiğinde, kekemelik tanısı almış çocuklarla yapılan araştırmaların kekeme çocukların psikososyal ve akademik yönden karşılaştırıldığı (Pınarcık, 2013), mizaç özelliklerinin karşılaştırıldığı (Aydın, 2015), bilgisayar destekli artikülasyon terapisinin kullanıldığı (Dural, 2015) tele-terapi tekniğinin kullanıldığı (Cangi, 2015), kaygı ve depresyon düzeylerinin ele alındığı (Dumanoğlu, 2006), Lax Vox terapi tekniğinin kullanıldığı, (Bal ve Ünsal, 2018) akıcılığı koruma sürecinde kekemelik sıklığının betimlendiği (Alış, 2010), kekemelik şiddetinin değerlendirildiği, (Mutlu, 2014) ve Logoterapi yöneliminin kekemelik üzerindeki etkisini inceleyen (Bayraktar, 2010) araştırmaların olduğu görölmektedir.

Ancak kekeme çocuklarda kekemelik modifikasyon yöntemi ve akıcılığı şekillendirme yönteminin birlikte kullanıldığı zenginleştirilmiş kekemelik terapi programının etkinliğini değerlendiren herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada, karma terapi yöntemlerini de içeren Zenginleştirilmiş kekemelik müdahale programının etkililiğinin belirlenmesi, araştırmanın problemini oluşturmaktadır.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın genel amacı, araştırmacı tarafından uyarlanan Zenginleştirilmiş Kekemelik Müdahale Programının kekemelik güçlüğü olan çocukların terapisinde etkili olup olmadığını belirlemektir.

Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki alt amaçlar araştırılmıştır. Zenginleştirilmiş kekemelik müdahale programı;

- a.Kekemeliğin sıklığında,
- b. Kekemeliğin süresinde,
- c. Kekemeliğe eşlik eden ikincil davranışlarda,
- d.Kekemelik şiddetinde anlamlı bir farklılık oluşturmakta mıdır?

Araştırmanın önemi

Kekemelik, konuşma bozuklukları arasında en sık görölen dil ve konuşma bozukluğudur. Çocukların eğitim hayatlarında, bu bozukluğun tedavi edilmemesi veya

geciktirilmesi çocuğun akademik hayatını, sosyal duygusal gelişimini de olumsuz etkilemektedir. Kekemeliğin tedavi edilmemesi veya tedaviye geç başlanması çocuğun yaşamını, iletişimini, akademik yaşamını ve sosyo-duygusal gelişimini olumsuz etkilemektedir.

Kekemelik terapi yöntemlerinde kullanılan pek çok müdahale programı vardır. Ancak kekemelik gibi karmaşık bir problemin etkililiğinin artırılması birçok müdahale programının çocuğun gereksinimlerine göre kullanılmasını gerektirmektedir. O nedenle bu çalışmada araştırmacının uyarladığı, Zenginleştirilmiş Kekemelik Müdahale programının etkili bulunması alanda çalışan konuşma ve dil terapistlerinin müdahale programlarını oluştururken yararlanmaları konusunda yol gösterici olabilir.

Araştırmanın bulgularına dayalı olarak, kekeme bireylere uygulanacak zenginleştirilmiş terapi programının belirlenmesi ve araştırmanın Faz-1 sonuçlarının elde edilmesi, bu konu ile ilgili, daha çok katılımcı ile yapılabilecek çalışmalara girdi sağlayacaktır.

Çalışmada kullanılan uyarlanmış, Zenginleştirilmiş müdahale programı aynı zamanda aile eğitimi ile desteklenebilir bir programdır. Dil ve konuşma terapistlerince ZEKEM programının uygulama süreci konusunda aile eğitimleri verilerek pandemi gibi koşullarda aile desteğinden yararlanılmasının sağlanabileceği düşünülmektedir. Yine bu programın uygulanması sırasında kullanılan araç, gereç ve materyaller alanda çalışanlara yol gösterici olabilir.

Sınırlıklar

Bu araştırma;

- Pandemi dönemi süresi içinde yapılması ile,
- Pandemi döneminin koşullarına bağlı olarak, küçük bir örneklem grubu ile,
- ZEKEM müdahale programını uyarlayan ve uygulayanın aynı kişi olması ile,
- Bu araştırma 2019-2020 yılı Ankara ilinde 7-12 yaş arasında orta derece kekeme tanısı almış ve ön koşul becerilerini karşılayan 10 erkek çocuk ile,
- Kekemeliğin şiddetinin ölçülmesinde kullanılan SSI-4-TR ölçeği ile sınırlıdır.

Tanımlar

Konuşma: kişinin düşüncelerini ve duygularını konuşma sesleriyle ifade etme yeteneğidir (MEB, 2016).

Akıcılık Bozukluğu: Ses,hece,kelime ya da kelime grubundan oluşan konuşma seslerinde hız ve ritim farklılıkları ile ifade edilen bir bozukluktur (ASHA,2010).

Kekemelik: seslerin, hecelerin ve sözcüklerin çıkarımlarında, işitilebilir veya sessiz tekrarlar ve uzatmalar biçiminde sözlü anlatım akıcılığındaki bozukluk olarak tanımlanabilir (MEB, 2016).

Zenginleştirilmiş kekemelik terapi programı: Kekeme çocuklarda uygulanan birçok karma konuşma yöntemlerinin ve tekniklerinin harmanlanması ile oluşturulan bir müdahale programıdır.

Kekemelik sıklığı: Tekrarlanmış veya uzatılmış ses veya hecelerin, sesli veya sessiz olarak kekeleme yüzde oranına kekemelik sıklığı denir.

Kekemelik süresi: 1-10 sn arasında en yakın ve en uzun 3 kekeleme olayının ortalamasına kekemelik süresi denir.

Kekemeliğe eşlik eden ikincil davranışlar: Kekeleyen çocukların, kekeleme sırasında rahatsız edici sesler çıkarmaları, yüz ifadelerinde değişiklik göstermeleri ve el ve ayak hareketlerinde farklılıklar oluşmasına denir.

Kekemelik şiddeti: Kekeleyenlerin, kekeleme sıklıkları, kekeleme süresi ve kekelemelerine eşlik eden davranışlar baz alınarak ortaya çıkan bir durumdur.

BÖLÜM II

Kavramsal Çerçeve ve İlgili Araştırmalar

Bu bölümde iletişim, dil ve konuşma kavramları, aralarındaki bağlantılar, konuşma, dil ve konuşma bozuklukları, kekemelik ve nedenleri, kekemeliğin kuramsal temelleri, terapi yaklaşımları konusunda alan yazın incelenecektir.

İletişim, Dil, Konuşma

Çoğu kişi tarafından iletişim, konuşma ve dil kavramlarının aynı anlama geldiği ve birbirlerinin yerlerine kullanıldığı görülmekle birlikte bu üç kavramda birbirlerinden farklıdır (Bernstein, 2002. Akt, Topbaş,2006)). İletişim, en geniş anlamıyla sözel olan ve olmayan boyutları ile insanlar arasındaki her türlü etkileşim mesaj alışverişidir. İletişim, başkaları ile aramızda bağ kurmaya ve ortak bir aidiyet duygusu geliştirmemize yardımcı olur. İletişimin, duygu, düşünce, bilgi ve fikirlerin değişimini ifade ettiği, gönderen, mesaj ve alıcı olmak üzere üç bileşeni gerektirdiği belirtilmektedir (Kirk ve Diğ.2017).İletişim kurmanın yazı, telgraf, resim, dans, müzik,drama gibi pek çok yolu olmasına rağmen ,insanların iletişim için birincil derecede kullandığı araç konuşulan dildir.

Lahey'in klasik dil tanımı,"dünya hakkındaki fikirlerin iletişim için geliştirilmiş işaretler yoluyla sunulmasını sağlayan kod"bugün hala canlılığını korumaktadır(Lahey Bloom,1988. Akt. Kirk ve Diğ.2017).ASHA (1982) göre de dil"düşünce ve iletişim için çeşitli modüllerin kullanıldığı geleneksel sembollerden oluşan karmaşık ve dinamik bir sistem"olarak tanımlanmaktadır (Çevik.2019 Edit.Acarlar ve Diken).Lahey'in tanımı dilin,nesnelere ve olayları temsil etmek için sinyaller,sesler ve işaretlere dayanan sembolik, soyut bir sistem olduğunu göstermektedir.Dolayısıyla, dilin birincil işlevinin iletişim olduğu söylenebilir. İletişimde, alıcı ve ifade edici dil gibi iki tür dil becerisi bulunmaktadır. Alıcı dil, mesajı alma ve onu anlamayı içerirken, ifade edici dil, göndermek üzere bir mesaj üretme yeteneğini yani konuşma ve yazmayı kapsamaktadır. Tüm bilinen insan toplumları, işitsel –sözel iletişim kanalını algılama ve ifade için kullanıp, iletişim için geliştirdikleri sembol sistemlerine konuşmayı temel almışlardır (Akt. Topbaş,1999).

Konuşma, kısaca insanların belirli bir dili kullanarak sesli bir şekilde iletişim kurması olarak tanımlanmaktadır. Sesler belirli bir anlama sahip kelimeleri oluşturduğunda ancak konuşma olmaktadır. Konuşmada vurgulama ve tonlama gibi ritmik akışlarla vurgulu ve vurgusuz heceler kullanılmaktadır. Normal bir konuşmanın, artikülasyon, akıcılık ve ses birimlerinden oluştuğu belirtilmektedir(Kirk ve Diğ. Çev.Edit.Rakap ve Kalkan, 2017).

Konrot (2006) konuşmayı, düşüncelerimizi ifade etme aracı olarak kullandığımız bir araç olan sözel dilin, ciğerden gelen hava yardımı ile boğaz, ağız, burun yolu ile şekillenmesi sonucunda seslere dönüştürme olarak tanımlamıştır. Konuşmanın solunum, sesleme, sesletim, rezonans ve prozodi olmak üzere 5 bileşene ayrıldığı belirtilmektedir (akt. Acarlar, & Diken, 2019). Kirk ve Diğ.(2015) ise,konuşma üretiminde dört sürecin yer aldığını ifade etmektedirler. **Solunum;** sesin üretimi için enerji üretir(nefes alma). **Fonasyon;** Ses tellerinin titreşimi ile sesin üretilmesidir. **Rezonasyon;** Sese konuşmacıyı tanımlayan benzersiz bir özelliğin kazandırılmasıdır. **Artikülasyon;** Ciğerlerden gelen havanın, ağız ve dildeki çeşitli nokta ve bölgelerde ses haline gelmesidir(Çev. Edit. Rakap ve Kalkan,2017). Bu süreçlerde ve bağlam ve durumu uygun şekilde ifade etmede ve yorumlamadaki başarısızlık, iletişim ve dil ediniminde problemlere yol açmakta, çocuklarda iletişim, dil ve konuşma güçlükleri meydana gelmektedir. İletişim ,dil ve konuşma güçlükleri arasındaki farklılıkları ayırt etmek önemlidir. Çünkü hepsi farklı kökenden kaynaklanmaktadır ve farklı müdahaleler gerektirmektedir.

ASHA(2010) da, **iletişim yetersizliği;** Alma, gönderme ve işleme süreçleri ile sözel, sözsüz ve grafik simgesel bilgileri kavramadaki güçlükleri içermektedir. İletişim yetersizlikleri hafif ya da şiddetli olduğu gibi, diğer yetersizlik alanlarıyla birlikte var olabilir.

A. **Konuşma yetersizliği,** konuşma seslerinin artikülasyonunu, akıcılığı ve /veya sesi içermektedir.

1.Artikülasyon bozukluğu, konuşma seslerinin bozuk olması ve yer değiştirme, eksik söyleme ya da hece ekleme gibi nedenlerden dolayı konuşma seslerinin anlaşılmaz olmaz durumudur.

2.Ses bozukluğu, konuşmacının cinsiyet ve yaşa göre atipik ses kalitesine sahip olmasını içerir. Ses perdesinin çok düşük ya da yüksek olması, sesin şiddetinin uygun olmaması ve farklı rezonans ve ses süresi.

3.Akıcılık bozukluğu, ses, hece, kelime ya da kelime grubundan oluşan konuşma seslerinde hız veya ritim farklılıklarıyla ifade edilmektedir.

B. Dil yetersizliği, düşünce ve mesajları paylaşmak için kullanılan, sözlü, yazılı ya da sembol sistemlerinin herhangi bir birleşimi ile ilgili zorlukları içermektedir. Dildeki güçlük, dil biçimi(fonoloji, morfoloji, sözdizimi),dil içeriği(semantik),veya dilin işlevini(pragmatik) anlamayı ve kullanmayı etkileyebilir (Kirk ve diğ.2015, Çev.Edit. Rakap ve Kalkan,2017).

Dil ve konuşmanın değerlendirilmesi

Çocuklarda dil ve konuşma bozukluğunun olup olmadığına karar verilmesi, sorunun tanımlanması, eğitim ve öğretim için tekniklerin belirlenmesi ve ilerlemelerin tespit edilmesi için değerlendirmelerin yapılması gerekmektedir. Dil ve konuşma bozukluğunun türüne olursa olsun, dil ve konuşma becerilerinde problem olan çocuklar için öncelikle yapılması gereken yaştlarına göre dilin bir bileşeninde veya birkaçında gerilik olup olmadığına belirlenmesidir ve bunun erken bir dönemde yapılması ve terapi programlarına alınması gerekmektedir. (Carman, Kayhan, Bilge, Dinleyici, Balcıoğlu, Yazar & Ünlüoğlu, 2017).Dil ve konuşma bozukluğuna yönelik bir sorundan kuşkulandığında, dil ve konuşma terapistinin değerlendirme ve tanılama sürecinin tüm aşamalarında ve değerlendirme ekibinde yer alması gerekir. Bir çocukta dil ve konuşma bozukluğunun olup olmadığına karar verilmesi, sorunun tanımlanması, tedavi ve takip süreci için özgün tekniklerin belirlenmesi ve gelişim olup olmadığına belirlenmesi için güvenilir değerlendirme sistemlerinin kullanılması gerekmektedir (Maviş, Edit.2008). Bu değerlendirmeler, genellikle standartlaştırılmış testlerle ve tanılayıcı değerlendirme yöntemleriyle yapılmaktadır. Veriler, çocuğun işlevsel iletişim becerileri konusunda bilgi toplamaya yönelik olduğu için, değerlendirmelerin genellikle hem klinikte hem çocuğun doğal çevresinde (ev, sınıf, oyun alanı gibi) ,hem de öğretmen, aile bireyleri ve arkadaşlarıyla birlikte olduğu durumlarda ayrıntılı olarak yapılması gerekmektedir (Maviş,Edit.Diken (2008). Dil ve konuşma bozukluklarının toplumlarda yaygınlığının bilinmesi de planlamalar, eleman yetiştirme ve bütçe ayırabilme açısından çok önemlidir.

Ancak dil ve konuşma bozukluklarının yaygınlığının belirlenmesi konusunda iletişim problemlerinin karmaşıklığından dolayı hangi iletişim güçlüklerinin dil güçlükleri, hangilerinin konuşma gücü olduğu net bir şekilde belirlemek zor olmaktadır. Öte yandan dil ve konuşma bozuklukları sık sık diğer yetersizlik durumları ile birlikte veya bu yetersizliklerin bir sonucu olarak görülmesine karşın yaygınlık raporlarında, rakamlar sadece birincil tanılara göre düzenlenmektedir. Bir diğer deyişle, diğer yetersizlik durumları ile birlikte görülen konuşma bozukluklarına yaygınlık raporlarında yer verilmemektedir. Bu nedenle dil ve konuşma bozukluklarının yaygınlığı konusunda kesin rakamları elde etmek mümkün olamamaktadır. Buna karşın, çocukların yaklaşık yüzde beş (%5)'inin dil ve konuşma bozukluklarına sahip olduğu tahmin edilmektedir (Friend, 2008). Bu oranın çoğunluğunu %3 oranıyla ses bozukluklarının, %1 oranıyla da kekemeliğin oluşturduğu belirtilmektedir (Maviş, Edit, Diken, 2008.).

Topbaş, Konrot ve Ege (2002) yaptıkları bir araştırmada, Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesinden 25 metropol ildeki 59 özel ve resmi kurumdan örneklem almışlar, hizmet verilen yetersizlik gruplarını sıralamışlar, bunların içinde kekemelik, gecikmiş konuşma, sesletim ve ses bozuklukları ile özel öğrenme güçlüğü'nün %10 üzeri oranlarla en fazla gözlenen dil ve konuşma sorunları arasında yer aldıklarını bulmuşlardır (Maviş, Edit, Diken (2008).

Konuşmanın Akıcılığındaki Bozukluklar

Akıcılık, konuşmanın akışı olarak betimlenebilir. Konuşma akıcılığı yetersizliğinin en bilineni, söz söylerken birden bire duraklama, çoğunlukla buna katılan yüz buruşturması ve gerilme hareketiyle hecelerin tekrarlanması olarak karakterize edilen kekelemedir (ASHA,2010). Bu araştırmanın konusunu kekeme çocuklar oluşturduğu için bundan sonraki kısımlarda kekemeliğe ilgili açıklamalar yer almaktadır.

Konuşma akıcılığı yetersizliği

Uluslararası Hastalık Sınıflandırılması(1992)' nda kekemelik, bireyin ne söylemek istediğini bilmesine rağmen bir sesin istem dışı tekrarlanması veya kesilmesi sonucu konuşma ritmindeki bozukluklar olarak tanımlanmaktadır. Amerikan Konuşma, Dil ve İşitme Derneği'nin (1999) (Amerikan Konuşma Dili İşitme Derneği 'ASHA') tanımına göre kekemelik; Kelimelerin tam veya kısmi tekrarı, anlaşılır uzamalar ve sessiz boşluklarla seyreden bir konuşma bozukluğudur. Bu duruma ek olarak semptomlardan kaçınma gibi ek (ikincil) davranışlar da bu bozukluğa eklenebilir. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) (2000) tarafından yapılan tanıma göre kekemelik, konuşma akışında psikolojik, nörolojik ve fizyolojik faktörlerin rol oynadığı, bir kelime veya seste duraklamalar, duraklamalar, anlamlı bir sesin uzaması gibi bir ritim bozukluğudur.

Tanımlama ve istatistik El Kitabı (2005) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders “DSM-IV”.) ise kekemelik, ses ve hece yinelemeleri, sesleri uzatma, ünlemler, sözcüklerin parçalanarak söylenmesi, duyulabilir ya da sessiz boşluklar, dolambaçlı yoldan konuşma, sözcükleri aşırı bir fiziksel gerginlikle söyleme ve sözcüklerin hecelerini yineleme durumlarından en az birinin olduğu, konuşmanın akıcılığında ve zamanlama örüntüsünde bozukluk olması biçiminde tanımlanmaktadır.

Çoğunlukla kekemeliğin başlangıç yaşı 2-4 yaş arasındadır. Genellikle seslerin ve hecelerin fiziksel gerginlik olmaksızın tekrarlanması şeklinde başlar (Conture, 2001, akt. Günaydın, 2020). Duygular kekemeliğin şiddetini arttırabilir, tam tersi kekemelik de duyguları ortaya çıkartabilir (Guitar, 1998, Akt. Günaydın, 2020). Konuşmanın akıcılığını etkileyen kekemelik, çocukluk döneminde başlar ve bazı durumlarda ömür boyu devam eder. Kekemelik, ‘takılma’ olarak da adlandırılan konuşma seslerinin üretimindeki kesilmeler ile karakterize edilmektedir (American Speech-Language-Hearing Association, 2017).Çoğu yetersizlikte olduğu gibi erken müdahale, aile ile işbirliği, daha ileri yaşta terapi süreçlerine öğretmenin de katılması kekemeliğin tedavisinde çok etkili olabilir.

Kekemeliğin yaygınlığına baktığımızda, okul çağı çocuklarında görülme sıklığı %1 oranındadır. Ortalama olarak erkeklerde görülme sıklığı, kızlara göre 3 kat daha fazladır. Cinsiyet oranı yaş ile birlikte artma eğilimi gösterir (Çöktüre, 2001).

Bloodstein (1995)'ın belirttiğine göre, kekeme olan erkek kız oranının 1.sınıfta 3,1/1 iken 11.sınıfta 5,5/1 olarak değişim gösterdiği saptanmıştır. (Glasner ve Rosenthal (Akt. Bloodstein,1995) 1957 yılında, okul öncesinde erkek kız oranını 1,4/1 olarak bulmuştur. Kayıkcı ve Kulak (2007), oranda gözlenen bu değişikliğin, 'erkeklerin yaş ile birlikte kekemeliğe yatkınlıklarının artabileceği veya kızların erkeklere göre iyileşme eğilimlerinin daha fazla olduğu' şeklinde yorumlanabileceğini belirtmektedir.

ASHA, (2010) da, kekemelik şu konuşma örüntülerini içermektedir;

- 1.Kelimelerin ya da kelime parçacıkların tekrarını (N-N-N-Nerede yiyeceğiz?)
- 2.Konuşma seslerini uzatma (SSSSSSandalye ayırır mısınız?)
- 3.Konuşmaya ünlemler ekleme ('Biz mm mm mm saat 6'da buluşabiliriz?')
- 4.Konuşmayı duraklatma ya da durdurma.

Dil ve konuşma uzmanları değerlendirme sırasında tüm bu konuşma örüntülerini değerlendirmek durumundadır.

Kekeme olan birçok çocuk okul çağına kadar kendiliğinden iyileşme gösterirken, bazıları ileri yaşlara kadar zorluklarla yaşamaya devam ederler.

ASHA 2010)'da bu problemler kişinin iletişim yeterliliğini aksattığında kekemelik teşhis edilir, denilmektedir. Ayrıca konuşma örüntülerini belirlemek, bireyin konuşma bozukluklarıyla başa çıkmasını sağlamak, bir destek planı geliştirmek ve uygulamak için yeterli bir dil ve konuşma patoloğunun gerekli olduğu vurgulanmaktadır. Kekemelik sorunu yaşayan kişiler için tedavi programları sıklıkla kişiyi izlemek konuşma hızını kontrol etme ve nefesini kontrol etme ve konuşma sırasında gerginliği azaltmaya yardımcı olacak davranışlar üzerine odaklanmaktadır (Kirk ve diğ. Çev. Edit, Rakap ve Kalkan,2017). Öztürk (2004), Sınavlar, bazı kişilerle konuşurken utanma, korku ve kaygı yaratan ortamlar, derse kalkma gibi psikolojik stresin yoğun olduğu durumlarda kekemeliğin arttığını belirtmektedir. Çocuğun keyif aldığı durumlar olarak kabul edilen şarkı söyleme ve şiir okuma sırasında genellikle kekeleme görülmemektedir Şiddetli kekemelik durumlarında ise tekrarlayan vücut hareketlerinin konuşmaya eşlik ettiği de ifade edilmektedir.

ASHA 2010)'da bu problemler kişinin iletişim yeterliliğini aksattığında kekemelik teşhis edilir, denilmektedir. Ayrıca konuşma örüntülerini belirlemek, bireyin konuşma bozukluklarıyla başa çıkmasını sağlamak, bir destek planı geliştirmek ve uygulamak için bir dil ve konuşma patoloğunun gerekli olduğu vurgulanmaktadır. Kekemelik sorunu yaşayan kişiler için tedavi programları sıklıkla kişiyi izlemek, konuşma hızını kontrol etme ve nefesini kontrol etme ve konuşma sırasında gerginliği azaltmaya yardımcı olacak davranışlar üzerine odaklanmaktadır (Kirk ve diğ. Çev. Edit, Rakap ve Kalkan, 2017).

Bloodstein (1987) kekemeliğin gelişimi için dört aşamadan söz etmektedir. **İlk aşama;** Çocuğun kekemeliği düzensizdir. Genellikle kelimenin başında heceler ve kelime tekrarları ile karakterizedir. **İkinci aşamada;** Çocuk kendini kekeme olarak görür ve konuşma güçlüğü konusunda endişelenir. Bu aşama genellikle ilköğretim çağındaki çocukları içerir. **Üçüncü aşama,** bazı durumlarda kekemeliğin değiştiği aşamadır. Kekeleyen çocuk, belirli sesleri ve kelimeleri telaffuz etmeyi diğerlerinden daha zor bulur. Belirli kelimeleri söylemekten ve belirli koşullarda söylemekten kaçınır. Bu, akıcı olmayan duruma karşı öfke gösterebilir. **Son aşamada** ise kişi, kelimelerden, seslerden ve durumlardan korkar, kekeleyeceğini düşündüğü için utangaç ve çaresiz hisseder. Bu aşama genellikle geç ergenlik ve yetişkinlik döneminde ortaya çıkar.

Guitar (2006) da kekemeliğin gelişimini daha ayrıntılı inceleyerek beş aşamadan söz etmiştir; Çocuklar büyüdükçe ve iletişim kurma yetenekleri arttıkça akıcılık durumları da değişir. Akıcılık derecesinde gerileme ve ilerleme görülebilir. Normal akıcısızlıkların en önemli ayırt edici özellikleri, akıcısızlıkların miktarı, tekrar ve ilavelerin sayısı ve akıcısızlıkların türü çocuğun yaşına bağlı olarak değişebilir. İki ile beş yaş arasındaki çocukların çoğu akıcısızlık döneminden geçer ama daha sonra düzelebilir (İbiloğlu, 2011, MEB 2020; Altıparmak ve Kuruoğlu, 2017).

Sınırdaki Kekemelik: Normal akıcısızlığın birçok özelliği sınırdaki kekemelikte görülür. Bununla birlikte, normal akıcısızlıktan daha fazla akıcısızlık meydana gelir ve birçok açıdan normal olanlardan farklıdır. Sınırdaki kekemeliğin en ayırt edici özellikleri şunlardır: Yüz kelime başına 10'dan fazla akıcısızlık. İki'den fazla birimin yinelenmesi. Düzeltmeler veya eksik bloklar yerine yinelenmeleri ve uzantıları görme.

Akıcılık gevşek ve rahat olarak ifade edilmektedir (İbiloğlu, 2011, MEB 2020; Altıparmak ve Kuruoğlu, 2017).

Başlangıç Kekemelik: Kekemelik devam ettiğinde, sınırda kekemeliği olan bir çocuk, tekrarlar sırasında genellikle kas gerginliğini ve konuşma hızını artırmaya başlar. İlk kekemeliğin ayırt edici özellikleri şunlardır: Kas gerginliği ve geveleyerek konuşma. Yinelemeler hızlı ve düzensizdir. Sesi, tekrarlamanın veya uzatmanın sonuna doğru yükseltmek. Nadiren kaçınma davranışları (göz kırpma, başını sallama ve ses ekleme) gözlenir. Hayal kırıklığı duygusunun oluşumu ve zorluğunun farkındalığı (İbiloğlu, 2011, MEB 2020; Altıparmak ve Kuruoğlu, 2017).

Orta Düzeyde Kekemelik: Orta düzeyde kekemeliğin ayırt edici özellikleri arasında kişinin konuşmasında öbeklerin daha çok görülmesi, yinelemelerin ve uzatmaların olması, blokları sonlandırmak için kaçınma davranışlarının kullanılması, kişinin zorlanacağı durumları tahmin edip bu durumlardan kaçınması, takılmadan önce korku, takılma süresince sorun ve takılmadan sonra utanç hali olarak yer almaktadır (İbiloğlu, 2011, MEB 2020; Altıparmak, & Kuruoğlu, 2017).

İleri Düzeyde Kekemelik: İleri düzeyde kekemelikte en önemli özellik sesin ve hareketin kesintiye uğradığı tıkanıklıklardır. Blokların yanı sıra tekrarlar ve uzantılar da görülmektedir. Bu davranışlar orta derecede kekemelikten daha uzundur ve daha fazla çaba gerektirir. Stres, kaçış ve kaçınma davranışlarıyla ilişkili kekemelik iyi kurulmuş gibi görünüyor. Akran ilişkilerini, sosyal aktivitelerini ve mesleklerini olumsuz etkiler (İbiloğlu, 2011, MEB 2020; Altıparmak ve Kuruoğlu, 2017).

Kekemeliğin Nedenlerine Yönelik Kuramlar

Uzmanlar yaptıkları çalışmalarda kekemeliğin tanımı ve nedenleri konusunda fikir birliğine varamadıkları için nedenleri hakkında birçok kuram ortaya atmışlardır (Shipley ve McAfee, 2004). Kekemelle ilgili ilk kuramlara baktığımızda bu kuramların eski Yunanistan'a kadar dayandığı görülmektedir. O dönemde ortaya atılan bu kuramlarda kekemeliğin kuru dilden kaynaklandığı düşünülüyordu. 19. yüzyılda kekemeliğin nedeni konuşma organlarının olması gerekenden farklı olmasıydı (Büchel ve Sommer, 2004). Kekemeliğin nedenini açıklamak için yapılan çalışmalarda dilin

kısalığı, kuruluk ve konuşma yolundaki bozukluklar suçlanmış ve neden olarak merkezi sinir sistemi (MSS) anomalileri gösterilmiş ve epilepsi ile ilişkisi araştırılmış olmasına rağmen kesin bir biyolojik ve nörolojik neden belirlenememiştir (Weber-Fox, 2001).

Günümüze kadar kekemeliğin ortaya çıkış nedenleri üzerine birçok araştırma yapılmıştır. Bu konuyu araştıran araştırmacılar, yaptıkları çalışmaların sonuçlarına dayanarak kekemeliğin nedenini açıklamaya çalışmışlardır. Nitekim bununla da yetinmemişler ve çalışmalarının sonucunu bir kurama dönüştürmüşlerdir. Bu durumun bir sonucu olarak kekemeliğin oluşumuna neden olan faktörler farklı araştırmacılar tarafından oluşturulan kuramlar ile açıklanmaktadır. Araştırma sonuçlarından oluşturulan bazı teoriler, kekemeliğin hem gözlemlenen özelliklerini hem de nedenlerini ayrıntılı olarak ele almaktadır. Bu kısımda kekemelik kuramları; "Yapısal Kuramlar", "Organik ve Genetik Kuramlar", "Biyokimyasal ve Fizyolojik Kuramlar", "Nörolojik Kuramlar", "Nörotik Kuramlar", "Öğrenme ve Kondisyon Kuramları", "Tanısal Kuram", "Süreklilik Kuramı", "Yaklaşma-Kaçınma Çatışması", "Beklenti Kuramı", Son Yıllardaki Kuramsal Gelişmeler, "Talepler ve Kapasiteler Kuramı" ve "Nöro-psiko-linguistik Kuram" başlıkları altında incelenecektir.

Yapısal Kuramlar

Yapılandırılmış eğitim, öğretim ve eğitimde kekemelik için uygun ifade edilmektedir. Hızlı konuşma için zamanla, duyu-motor dönüşüm için yeterli kapasite, konuşma ve dil için anormal hemisferik lokalizasyon olabilir (Shapiro, 1999).

Bilişsel Kuram (Piaget, Bloom, Lahey)

Dil gelişimi ile bilişsel gelişimin aynı mantık olduğunu savunan bir teoridir. Çocuğun algılama, anlama, dikkat, hayal gücü, hafıza ve muhakeme gibi zihinsel gelişimine bağlı olarak değişir (Aydın, 1997). İnsan zekâsının ve bilişsel gelişimin ilerlemesiyle, nesnelere temsil etmek için dilsel bir etiketin kullanıldığını savunuyor.

Bilişsel kurama göre kelimelerin anlamları bilinse bile uygun yerlerde kullanılması çocuğun bilişsel gelişimi ile uyumludur (Setyaning ve Utrecht, 2020; Hupp, Reitman ve Jewell, 2008).

Organik ve Genetik Kuramlar

Kekemeliği konuşma işlevlerinde bir çöküş olarak değerlendiren araştırmacılar, kekemeliğin temelinde organik bir bozukluk olduğunu düşünmektedirler. Bu görüşler, kekemeliği olan bireylerin dillerinde problem olduğunu öne süren Aristoteles'ten beri devam etmektedir (Kidd, 1983). Organik teoriler, kekeleyen bireylerin biyokimyasal, beyin anatomisi veya konuşma kaslarının koordinasyonu ile ilgili bir sorunu olduğunu öne sürer. Yıllar önce öne sürülen görüşlere göre dilin büyük olması, sol eli kullanmaya zorlanmak veya kullandırmamak kekemeliğin önemli bir nedeni olarak görülmektedir (Yairi ve Ambrose, 2005b).

Biyo-kimyasal ve Fizyolojik Kuramlar

Bu kuram konuşma için gerekli olan nöro-kas düzenlemesi, akıcılık, konuşma hızı ve konuşma ile ilgili kaygı gibi psikolojik gerilim veya duyguların, konuşmanın bozulması ve bölünmelerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Bloodstein, 1995). Kekemeliğe ilgili nöropsikolojik, beyin dalgaları, kan kimyası, bazal metabolizma üzerine yapılan araştırmalar teorisinin ortaya çıkmasında rol oynamıştır. Kekemeliğin nedenini konuşma sırasında ortaya çıkan fizyolojik ve aerodinamik kavramlarla açıklamaya çalışan araştırmacılar, kekemeliği fonasyon, solunum ve telaffuzla ilgili işbirliğindeki bozulmalar olarak görmüşlerdir (Bloodstein, 2002). Bu teori kekemelikte nöropsikolojik, beyin dalgaları, kan kimyası, bazal metabolizma ilgilidir. Kekemeliğin nedenini konuşma sırasında meydana gelen fizyolojik olaylarla açıklayan araştırmacılar vardır (Adams, 1988). Bu araştırmacılar, kekemelikte seslerin üretimi sırasında ve artikülasyonla ilgili sorunları incelemişlerdir (Shames, Wiig ve Secord, 1998).

Nörolojik Kuramlar

Bu teori hakkında konuşmaların gereksiz olması, sağ ve sol ve sağ uyarılardan gelen ve konuşma zamanı geldiğinde uyarana doğru tepki verilmesi gerekir. Bu durum kekeleyen insanlar için önemli görünmektedir (Manning 2001). Beyin etkileşimine dayalı, akustik uyarıların merkezinden, öğrencilerden ve öğrenme testi ile, 3 ila 33 yaş arası 979 çocuğun deneyimi ile, üç ila 33 yaş arasında işitsel baskınlığın gelişimi hakkında bilgi sahibi. ve (Haege, Kalebne ve Johannsen, 1999). Kekemeliğin, hemisferlerin konuşma sorumluluğunu üstlenme süreci olarak görüldüğünden bahsedilecektir. Serebral baskınlık, sol hemisfer muayenesi ile büyük bir ciddiyetle ele alınmalıdır; Bu nedenle, kekemelik riski altında olanlardır. Önden bakıldığında doğal el tercihi beyin kontrolünü engelleyerek kekemeliğe yol açar. Sağ el sınavı zordur, daha sonra sol kekemelik kendi tercihine göre ön hazırlıklarda indirime girer (Akt. Kayık, 2007). En son kapsamlı çalışma teknikleri (fonksiyonel rezonans görüntüleme) ile yapılan çalışmalar kekemelikte premotor düzlemin üst işleyişini ortaya çıkarmaya ve motor sistemin sol lateralizasyonunu tamamlamaya olanak tanır. Ayrıca ilk durumda hedeflenen eğitim olması gerekenden daha az görünür görünmektedir (Ingham, Fox, Ingham ve Zamarripa, 2000).

Nevrotik Kuramlar

Psikolojik teoriler, kekemeliğin nevroitiklik veya fobinin bir belirtisi olduğunu öne sürer. Bu semptomların bilinçdışı ihtiyaçlardan ve içsel çatışmalardan kaynaklandığını öne sürerler (Owens, Metz ve Haas, 2003). Örneğin, Freud'un teorisine dayalı bir yaklaşım olan Bastırılmış İhtiyaçlar Teorisi'ne göre kekemelik bir nevroz olarak görülür. Kekemelik, bastırılmış, nevroitik ve bilinçsiz çelişkilerin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Başka bir deyişle, kekemelik bu çelişkinin bir belirtisidir (Manning, 2001). Psikolojik teoriler, kekemeliğin görülen ve duyulandan başka bir şeyin belirtisi olduğunu öne sürer. Bu teorisyenlere göre, erken çocukluk döneminde "çelişkiler" olarak adlandırılan derin duygusal zorluklar vardır. Bu çelişkiler bilinçdışı olduğu için fark edilemez ve çözülemez (Yairi ve Ambrose, 2005b). Psikanalitik açıklamalar, bazı bilinçsiz nevroitik ihtiyaç türleriyle kekemeliğin ortaya çıkışını açıklamıştır. Freud'un teorilerine dayalı olarak yapılan açıklamalarda, diğer bazı semptomların altında psikocinsel obsesyonların yattığı ve bunun sonucunda kekemeliğin ortaya çıktığı ileri sürülmüştür. Konuşma ve konuşmada obsesyonlar; Oral ve anal erotizm, güven,

saldırganlık ve kendini ifade etme gibi bebeğin özel psikolojik ihtiyaçlarının tatmini üzerine erken dönemdeki çatışmalardan oluşur. Bu çatışmaların kaynağı, çocuk ve ebeveyn arasındaki kafa karışıklığının ortaya çıkması, annenin bebek bakımı sırasında erken süttten kesmesi, erken tuvalet eğitimi, aile baskısı veya ebeveynin kendi nevrotik çatışmalarıdır (Bloodstein, 1995).

Öğrenme ve Şartlanma Kuramları

Öğrenme teorileri kekemeliği öğrenilmiş bir davranış olarak tanımlar. Kekemelik, çocuğun konuşma bozukluklarına daha fazla dikkat etmesi gibi çevresindeki insanlar tarafından pekiştirilmesiyle gelişir (Tanner, 2003). Davranışsal bir bakış açısıyla Bleumel, kekemelikte bir uyaran-tepki ilişkisi olabileceğini belirtmiştir. Skinner'ın (1957) Sözel Davranışında, bir grup araştırmacı kekemeliğe edimsel bir bozukluk olarak bakmayı önerdi. Bu cümleden yola çıkarak kurama göre kekemelik pekiştirme ve cezalandırma yoluyla öğrenilen bir davranıştır. Kekemelik, bireyin davranışları ile davranışların gözlemlendiği ortam arasındaki etkileşimlere verdiği tepkiler sonucunda ortaya çıkar (Akt., Ward, 2006).

Diagnosojenik (Tanı Kökenli) Kuram

1930'da Iowa Üniversitesi'nden Wendell Johnson, kekemelik hakkında "Tanısal Teori" geliştirdi. Teşhis teorisine göre kekemeliğin nedeni, ailelerin bir şekilde kullanımından kaynaklanan anormalliği tanıtmasıdır ve Ratner, 2008). Buna paralel olarak, kaygı, yardım, yardım ve düzeltmelerin gözden geçirilmesi olarak farklı bir incelemedir. Başka bir deyişle, kekemelik esas olarak kekemelik, yani ihtiyaçlarımız içindir. Bu cümleden hareketle Johnson'a göre öğretiler ailelerin kulağındadır (Bloodstein & Ratner, 2008). Riper (1992) ayrıca, kekemeliğin öğrenilmiş istemsiz bir tepki olduğunu ve dahası, kekemelik verilen tepkilerin durumu daha da kötüleştirdiği konusunda Johnson ile aynı fikirde olduğunu bildirmiştir. Bu, '1940'larda ve 1950'lerde kekemelik nasıl olur' teorisi için en çok kabul gören teoridir (Peters ve Guitar, 1991).

Ailelerin verdiği bu tepkiler sonucunda çocuk konuşmasında bir terslik olduğunu düşünür ve doğru konuşabilmek için panik ve kaygı içine girer. Bu durum bir süre sonra çocukta kekemelik ile sonuçlanır (Kehoe, 1999). Bu teoriye karşı

görüşlerin olduğu görülmektedir. Ambrose ve Yairi'ye (2002) göre normal ve kekemelik akıcısızlıkları arasında farklılıklar vardır ve aileler bu engelleri kekemeliğin başlangıcında anormal olarak algırlar. Çocuğun gelişimsel bir özellik olarak gösterdiği konuşma bozukluğuna ebeveynlerin uygunsuz tepkileri çocuğun konuşmasının daha da bozulmasına neden olur. Anne-babanın aşırı kaygılı ve cezalandırıcı tutumu karşısında çocuk korku, hayal kırıklığı ve kaçınma davranışları gösterebilir. Bu etkiler hece ve ses tekrarlarını kalıcı kılar. Zamanla konuşmada uzama ve duraklamalar artar ve bozukluk sürekli hale gelir, denilmektedir (Yazar, 1998).

Bu kurama göre, dil ve konuşma bozukluğuna sahip çocukların değerlendirilmesi ve müdahale sürecinde ebeveynlerden alınan bilgilerin önemi yapılan araştırmalarla desteklenmektedir (Glogowska ve Campbell, 2000, akt. İmge&Toğram, 2018). Günlük yaşam davranışlarında çocuklar, dil ve konuşma terapistlerine kıyasla ebeveynler ve öğretmenlerle daha anlamlı etkileşim kurma fırsatına sahip olmaktadır. Ross'un 1984 yılında yapmış olduğu çalışmada, ailelerin önemini "Eğer davranışlar düzeltilecek, değiştirilecek veya geliştirilecekse, bu iş davranışın çıktığı ortamda olmalıdır. Bu ortam da genellikle terapi odası değildir, olmamalıdır da. Bu nedenle çocuklarla çalışanlar, davranış oluşurken, oluştuğu çevrede ve ailelerle birlikte çalışmalıdır" diyerek ifade etmiştir (aktaranÇelebi, 2005, akt. İmge&Toğram, 2018). Dil ve konuşma müdahale programlarında ebeveyn ve öğretmenlerin tutumlarının bilinmesi programın etkililik ve verimlilik düzeylerini önemli derecede etkilemektedir. (İmge&Toğram, 2018)

Sürekli Kuramı

Bloodstein'in sürekli kuramına bakıldığında kekemelik, akıcılığın normal genellemeler içinde aşırı bir biçimi olarak görülmektedir (Ambrose ve Yairi, 1999). Süreklilik teorisi, adından da anlaşılacağı gibi, normal kayıtsızlık ve kekemeliği bir süreklilik üzerine yerleştirir ve kekemelik olarak algılanmayan kekemelik ile gerçek konuşma üretim süreçleri açısından kekemelik arasında temel bir fark olmadığını savunur (Perkins, Kent ve Curlee, 1991). Bu teoriye göre, küçük çocukların konuşmalarında orta düzeyde gerilim ve parçalanma ortak özelliklerdir. Ancak bu gerilim ve parçalanma, çocuk büyüdükçe aşırı ve kronik iletişimsel baskılar ve

başarısızlıkların bir sonucu olarak ortaya çıkan kekemelik olarak tanımlanabilir (Bloodstein, 1995).

Yaklaşma-Kaçınma Çatışması Kuramı

Sheehan, bu kuramın temellerini öğrenme kuramları bağlamında atmıştır (Bloodstein, 1995). Sheehan teorisini geliştirirken; Johnson'ın kekemeliğin öğrenilmiş bir kaçınma davranışı olduğuna ilişkin görüşlerine ek olarak, Fenichel'in kekemeliğin konuşma arzusu ile susma arzusu arasındaki çatışmadan kaynaklandığına dair görüşlerinden de etkilenmiştir (Eryavuz, 1998). Sheehan, bu düşüncelerin etkisi altında kekemeliği, konuşma arzusu ile susma arzusu arasındaki yaklaşma-kaçınma çatışması olarak tanımlar. Sheehan, bu çatışmanın temelinde çocukların konuşma yetersizliklerini ebeveynlerin suçlamasının yattığını bildirdi. Bu teoriye göre bireyde yaklaşma eğilimi baskın olduğunda bireyin akıcı bir şekilde konuştuğu, kaçınma eğiliminin daha güçlü olduğu durumlarda ise konuşmayı bırakıp susmayı tercih ettiği görülmektedir. Ancak her iki eğilim de eşit oranda ilerlediğinde bireyin konuşmasının akıcılığında problemler olduğu ve kekemeler olduğu görülmektedir (Altınsoy, 2008).

Beklenti Kuramı

Johnson'ın beklenti kompozisyonu olarak tanımladığı bu teoriye göre kekemelik, çocuğun normal takılmalardan kaçınma çabası ile ifade edilir. Bu teoriyi savunan teorisyenler, kekemeliğin kişinin zor olarak algıladığı kelimelerle karşılaştığında takılıp kalmamaya çalışmasına neden olduğunu düşünürler. Başka bir deyişle kekemelik, kişinin konuşma güçlüğü yaşadığına dair inancından kaynaklanmaktadır (Bloodstein, 1995). Johnson'ın kekemeliği kaygılı bir beklenti kaçınma tepkisi olarak açıkladığı teori üzerine yapılan çalışmalarda, bu teorinin yetişkin deneklerin kekemeliklerinin %94'ünü öngördüğü gösterilmiştir. Kekeme olan bireylerin çoğunun okuyacakları metinde en çok hangi kelimeleri kekeleyeceğini (beklenti) bildiği ve ayrıca okudukları metnin her tekrarında aynı kelimelere kekeleyeceği gözlemlenmiştir. Öte yandan Johnson, birçok kekemeliğin bir metni tekrar tekrar okuyarak kekemelik sıklığını azalttığını da gözlemlemiştir (Johnson, Darley ve Priestersbach, 1989).

Son Yıllardaki Kuramsal Gelişmeler.

Günümüze kadar kekemeliğin nedenlerini ortaya çıkarmak isteyen araştırmacılar, birbirinden farklı kuramlar oluşturmuşlardır. Zamanla bu kuramlardan bazıları yapılan yeni çalışmalarla geçerlilik ve güvenilirliğini kaybetmiştir. Bu teorilerin yerini ise günümüz şartlarına daha uygun olan yeni kuramlar almıştır. Bu kuramlar aşağıda alt başlıklar halinde açıklanmıştır:

Talepler ve Kapasiteler Kuramı

Starkweather (1990), kekemeliğin oluşumunu ve gelişimini Talepler ve Kapasiteler Modeli (DCM) adlı bir teori ile açıklamıştır. Kekemeliğin gelişiminde çevresel ve genetik faktörlerin birbiriyle etkileşiminin incelenmesi amaçlanır. Starkweather ayrıca kekemeliğin neden talepler ve kapasiteler teorisiyle başladığını da açıklar (Akt, Kehoe, 1999; Yaruss, 1999). Bu doğrultuda; 1) Çocuğun kekemelik davranışını artırabilen veya azaltabilen bazı çevresel olaylar, 2) Organizmanın akıcı konuşmanın gelişmesini engelleyen veya gelişmesine yardımcı olan belirli özellikleri (Starkweather, 2002) anlaşılmasına çalışılmıştır. Kekemeliğin, çevresel ve kişisel taleplerin çocuğun dilsel, bilişsel, motor ve duygusal kapasitelerini geçersiz kıldığı zaman ortaya çıktığı öne sürülmüştür (Adams, 1988; Miles ve Ratner, 2001). Çocukların konuşabilmeleri için dört beceri alanı geliştirmeleri gerekir. Bu alanlar; ağız kaslarının motor koordinasyonu, sosyal ve duygusal gelişim, dilsel ve bilişsel beceri alanları. Çocukların bu alanlarda belirli kapasiteleri vardır. Dış talepler çocuğun mevcut kapasitesini aştığında, konuşma bozukluğu meydana gelir (Kehoe, 1999).

Nöro-Psiko-Linguistik Kuram

Perkins, Kent ve Curlee (1991) akıcı konuşma, normal akıcısızlık ve kekemelik anlarını açıklayan bir nöro-psiko-dilbilimsel teori geliştirmiştir (Silverman, 2004; Özgünel, 2019). Konuşma akıcılığında "dilsel veya sembol sistemi ve paralinguistik" veya "sinyal sistemi" olarak adlandırdıkları iki önemli unsur olduğunu belirtmişlerdir. Bu öğelerin her biri farklı sinir sistemi birimleri tarafından işlenir ve sonunda ortak bir çıktı yolunda birleşir. Akıcı bir konuşma için bu unsurların her

birinin aynı anda çalışması gerekir. Aksine, kekemelik olarak tanımlanan akıcılık bozukluklarının meydana geldiği ileri sürülmüştür (Shames, Wiig ve Secord, 1998).

CALMS- TR Modeli

CALMS-TR kekemelikte kullanılan değerlendirme modelidir. Bu model Healey, Scott Trautman ve Susca (2004) tarafından geliştirilmiştir. Her kekeme bireyin özellikleri farklıdır. Kekemeliğe sahip bireylerin güçlü ve zayıf yönlerinin bilinmesi oldukça önemlidir. CALMS modeli bize bu bilgileri sunar. CALMS-TR modeli, Bireylerin düşünce, farkındalıkları, anlayışları, bilişsel algılarının yanı sıra duygu ve tutumlarını da anlamamız gerektiğini ifade eder (Healey, & Trautman, 2004; Muñoz, Ordóñez, & Bucheli, 2020).

Kekemeliğin Nedenleri

Kekemeliğin oluşumu üzerinde kanıtlanmamış olsa da birçok neden ortaya atılmaktadır. Genetik özellikler, öğrenilmiş bir davranış olması, psikolojik faktörler veya birçok nedenin bir arada bulunması çocuklarda sıklıkla karşılaşılan bu konuşma güçlüğünü ortaya çıkaran nedenler arasındadır (Maviş, 2005). Tüm bu nedenlerin bir sonucu olarak iletişimde aksamalara neden olan bu bozukluk uzun yıllardır araştırma konusu olmuştur. Bu konudaki çalışmalar kekemeliğin nasıl başladığı, akıcılığın özellikleri, kekemelerde görülen ikincil davranışlar ve kekemelik tedavisinin etkileri hakkında bilgilendirici niteliktedir. Bunlara ek olarak kekemelerde gözlenen fonolojik özellikler, dil gelişimi, eşlik eden diğer bozukluklar, kekemeliğin fizyolojik ve akustik özelliklerini içeren çeşitli çalışmalar yapılmıştır (Yairi ve Ambrose, 1993). Bu çalışmaların bazılarında çocuklara uygulanan dil testlerinin sonuçlarına bakılarak kekeleyen veya konuşmada alıcılık gösteren çocukların normal konuşan çocuklara göre daha düşük dil becerilerine sahip oldukları sonucuna varılmıştır (Ryan, 1992). Bu çalışmaların sonuçlarına bakıldığında kekemelik ile dil işlevleri arasında güçlü bir ilişki olduğu ortaya çıkmaktadır. Tüm bu araştırma bulgularına rağmen çalışmalardan elde edilen sonuçların tam olarak net olmadığı ve kekemelik ile dil faktörleri arasında karmaşık bir ilişki olduğu görülmektedir (Spencer, Packman, Onslow ve Ferguson, 2005).

Kekemeliğin Başlama Yaşı

İletişimde birçok aksamalara neden olan kekemeliğin bireylerde erken çocukluk döneminde başladığı uzun yıllardır bilinmektedir (Mansson, 2000). Bu bilgiler ailelerin verilerinden elde edilmektedir. Kekemelik yavaş yavaş ortaya çıkar ve sıklıkla normal çocukluktaki akıcı konuşma bozukluklarından kaynaklanır. Aileler, kekemeliğin gerçek başlangıcından ve karakteristik semptomların dikkatlerine ne zaman geldiğinden emin değillerdir. Ek olarak, kekemeliğin başlangıç zamanını ayırt etmek kolay değildir. Kekemelik erken dönemde görülüp kaybolduğu için, yani normal akıntıda birkaç gün çok fazla görülür. Daha sonra birkaç ay ortadan kaybolur, sonra aniden ortaya çıkar ve kalıcı hale gelir (Peters ve Guitar, 1991). Bloodstein ve Ratner (2008) ABD, Avrupa, Afrika, Avustralya ve Batı Hindistan'da okul çağındaki kekemeliğin yaygınlığı ve cinsiyet oranları hakkında yürütülen kırk dört çalışmayı gözden geçirmiş ve özetlemiştir. Bu çalışmalar arasında tanım ve yöntem açısından bazı farklılıklar olmakla birlikte verilerin tutarlı olduğu görülmektedir. Araştırmalar sonucunda ortaya çıkan tüm veriler, bu toplumlarda okul çağındaki çocuklarda kekemelik oranının yaklaşık yüzde 42 (%1) olduğunu ve bu oranın ergenlik döneminden sonra yüzde birden (%1) biraz daha az olduğunu göstermektedir. Bu oranın Avrupa toplumlarında yüzde birden (%1) biraz fazla, ABD'de ise yüzde birden (%1) biraz daha az olduğu belirtilmektedir (Madanoğlu, 2005).

Bloodstein ve Ratner (2008) kekemelik sıklığına ilişkin yirmi dört çalışmayı gözden geçirmiş ve özetlemiştir. Bu çalışmaların sonuçları birbirinden farklılık gösterse de altı çalışmanın sonuçlarının birbirine çok yakın olduğu ve yaklaşık yüzde beş (%5) oranında kümelendiği görülmüştür. Erken çocukluk döneminde akıcılığın kısa olduğu dönemler değerlendirilebilseydi bu oran daha yüksek olabilirdi. Sonuç olarak kekemeliğin toplumda yaklaşık yüzde bir (%1), bunun yanı sıra yüzde beş (%5) oranında yaygınlık gösterdiği söylenebilir (Yairi ve Ambrose, 2005; Guitar, 2006; Bloodstein ve Ratner, 2008).). Çocuklarda kekemelik başlangıcının en çok üç ile yedi yaş arasında görüldüğü bildirilmektedir. Kekemeliğin çok erken yaşlarda başladığı bilindiği için erken dönemde çocukların dil ve konuşma özelliklerinin incelenmesi büyük önem taşımaktadır. Dil edinim sürecinde, dil gelişimindeki hızlı değişim ve

değişimler sonucunda çocukların konuşmalarında artan bir akıcılık gözlenmektedir (Hall ve Burgess, 2000). Kekemeliğin başlamasından sonraki iki yıl içinde gözlenen düzelme oranının yaklaşık yüzde altmış yetmiş (%60-70) olduğu görülmektedir (Alm, 2004).

Kekemelik Türleri

Carlo ve Watson (2003) kekemelik türlerini genel olarak altı kategoride incelerken bu kategoriler; 1) uzatma, 2) tekrarlama, 3) ekleme, 4) nefes alma, 5) sessiz blok ve 6) eksik kelime. Kekemelik için farklı sınıflandırmalar olsa da, bu sınıflandırmaların kekemelik bozukluğu açısından ayırt ediciliğine baktığımızda Wingate, kekemeliğin temeli olarak tekrarı ve uzamayı kabul eder. Öte yandan, hece tekrarı veya uzantısı her kekemede görülmez; Bütün hecelerin tekrarı ve uzatılması mümkün olmadığı için ortaya koyduğu bu hipotez istatistiksel olarak ispatlanamamıştır. Ayrıca normal konuşan çocuklarda uzayan seslerin ve hece tekrarlarının da üretildiği görülmektedir (Ambrose ve Yairi, 1999). Wingate'in sınıflamasına göre akıcılık türlerinden biri olan tekrarların gözlendiği durumlarda bile bireyin kekeme olarak algılanıp algılanmaması fark yaratır (Yairi, 2001). Kekemelik türlerini tanımlayan bir başka çalışma, dört tür kekemelik olduğunu belirtmektedir: 1) Kronik kekemelik; spazmodik olarak tekrar eden harfler veya heceler, 2) Tonik kekemelik; sesin kesilmesi, 3) Diğer kekemelik; palialik, yani söylenecek kelime ile ilgisi olmayan harf tekrarı, 4) Atonik kekemelik; Seslendirmenin aniden kesilmesidir (Atasoy ve Şenol, 1998).

2.7. Kekemeliğe Sahip Olan Çocukların Özellikleri

Kekemelik Davranışları

Kekeleyen, kendini toplumun konuşma standartlarına tam olarak adapte edemeyen, duygularını ifade etmek isteyip istemediğini soramayan bireylerde saldırgan davranışlar, isyan, özgüven, aşağılık duygusu, suçluluk, düşmanlık, kaygı gibi olumsuz duygular ortaya çıkabilir. ve düşünceler ya da değil. Kekeleyen çocuklar özellikle hayal kırıklığına uğramış, utanmış ve kızgın hissedebilirler (Madanoğlu, 2005). Kekemelik şarkı ve tekerlemeler söylerken, fısıltıyla konuşurken, cansız

nesnelere veya evcil hayvanlarla konuşurken bazen görülmezken, iletişimde gerginlik ve kaygı ya da baskı hissedilen durumlarda kekemeliğin arttığı gözlenir. Kekemeliğe bağlı kaygı, kaçınma davranışları ve azalan özgüven nedeniyle sosyal işlevsellik bozulabilir. Daha sonraki bir aşamada bile kekemelik meslek seçimini ve mesleğin gelişimini sınırlayabilir. Kekemelik sorunu olan bireylerde fonolojik ve sözel anlatım bozuklukları diğer bireylere göre daha sık görülmektedir (Karacan, 2000).

Kekemeliğe Eşlik Eden Davranışlar

Şiddetli kekemelik biçimlerinde, genellikle ek veya ikincil özellikler olarak adlandırılan mücadele etme veya mücadele etme davranışları gözlemlenebilir. Bu davranışlar; Konuşmanın solunum, seslendirme veya artikülasyon boyutlarında görülebilir. İkincil özellikler olarak da adlandırılan bu davranışlar, kendilerini sıkıntılı anormal ses kalitesi, nefes alma, dudak büzme ve dilde tıklama olarak gösterebilir. Göz kırpma, yüzünü buruşturma, baş sallama, dil dışarı çıkma ve anormal vücut hareketleri gibi ek davranışlar konuşmanın akışı kesilmeden önce olduğu gibi daha önce de gözlemlenebilir (Kaplan ve Sadock, 2004). Karacan (2000), kekemeliğe tikler, göz kırpma, dudak ve yüz hareketleri, baş hareketleri, yumruk sıkma veya nefes alma davranışları gibi motor davranışların eşlik edebileceğini belirterek bu görüşe katıldığını belirtmektedir.

Kaygı Düzeyi

Kekemelikte görülen bir diğer tepki ise kaygıdır. Anksiyete, genellikle tam olarak tanımlanmayan ve bilinmeyen bir şeye karşı, gerginlik, korku, endişe ve kötü bir şey olacağı hissi de dahil olmak üzere yaygın ve hoş olmayan bir tepki olarak tanımlanır (Corsini, 2002). Kekemelikte kaygı, konuşma durumlarında kekemelik olasılığını tahmin etme ve kekemelikten kaçınmayı isteme ile ilişkilidir (Silverman, 2004). Kekemeliğin nedeni anksiyete olarak görülmesi de kekemelik anksiyetenin nedenidir. Kaygı aynı zamanda akıcılık için bir uyarıcı görevi görebilir. Bununla birlikte, olumsuz utanç ve hayal kırıklığı anıları da kaygıyı artırabilir (Nathan, 2003).

Schwartz (1990), kekemeliği olan bireylerde yedi temel gerilim olduğundan bahseder. Bu gerilimlerin çoğu psikolojik süreçlerle ilgilidir. Schwartz (1990), bu yedi gerilimi şu şekilde tanımlamaktadır:

- 1) Telefonda veya kalabalık önünde konuşma gibi durumlarla ilgili "durumsal gerginlik" olabilir,
- 2) Bireyin önceki öğrenme deneyimlerinin oluşturduğu belirli ses veya kelimelere takılıp kalacağını belirten "ses veya kelime gerilimi" olabilir,
- 3) Kekeleyen bireylerin bu tür bir gerilimle iletişimini sınırlama eğiliminde olduğu patron, öğretmen gibi otorite temsilcilerine karşı yaşanan "güç gerilimi",
- 4) Yeni bir ortamda uygun davranışın ne olduğunu tam olarak tahmin etmenin mümkün olmadığı durumlarda "belirsizlik gerilimi" olabilir,
- 5) Akıcı konuşmada kişiyi daha başarısız hale getiren hastalık veya yorgunluk durumlarında "fiziksel gerginlik" görülebiliyor,
- 6) İşten çıkarılma, kötü bir hastalığa yakalanma, arabasının çalınması gibi olumsuz haberler almakla açıklanabilecek "dış gerilim" olabilir,
- 7) Hızlı konuşmayı ifade eden "hız gerginliği" akıcılığı olumsuz etkileyen bir durum olabilir. Kekemeliğin başlangıcında hız gerilimi önemli bir yere sahiptir ve hatta küçük çocuklarda görülen tek gerilim olduğu bile söylenebilir.

Bu gerilimi yaşayan kişi bir an önce sözünü bitirmek isterken bunun "hız gerilimi"ne neden olduğunu ve daha da fazla kekemeliğe neden olduğunu fark etmeyebilir. Literatürde kekemelerin kaygı düzeylerini belirlemeye yönelik çalışmalar mevcuttur. Fitzgerald, Dujurdjic ve Maguin (1992), kekeleyen kişilerin, akıcı kekeleyenlere göre sosyal ilişkilerinde daha hassas, kırılabilir ve içine kapanık olduklarını bulmuşlardır. Bloodstein (1993) ise yaptığı çalışmada ve uyguladığı psikolojik testler sonucunda kekeleyen kişilerde görülebilen uyumsuzluk belirtilerinin kekemelik ile değil, kekemelik sonucu olarak ifade edilebileceğini belirtmiştir. gerçeklik. kekemelik. Caruso, Hodzko, Bidinger ve Sommers (1994), kekemelik teşhisi konulan gruplar üzerinde yaptıkları çalışmada, kekemeliğin şiddeti arttıkça kaygı düzeylerinin de arttığını bulmuşlardır.

Literatürde kaygı ile kekemelik arasında doğru orantılı bir ilişki olduğuna işaret eden çalışmalar olduğu gibi, bunun tersi yönde sonuçlar gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Kekemeleri düzelen seksen kekeme çocuk üzerinde yapılan bir araştırmaya göre, bu çocukların kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Howell, 2007). Bu çalışmalardan yola çıkarak kekeme çocuklarda kaygı düzeylerini ölçen çalışmaların sonuçları farklılık göstermektedir. Kekemeliği olan ve olmayan çocuklar arasında farklılıklar olsa da kaygı düzeylerinin normal sınırlar içinde olduğu tespit edilmiştir. Ergenlik döneminde kaygı düzeyinde bir artış olduğu belirtilmektedir. Kekeleyen çocukların annelerinin, kekelemeyen çocukların annelerine göre çocuklarına yönelik gelişimsel beklentileri daha yüksektir (Johnson, 1993).

Kekemelik ve anksiyete arasındaki ilişki, yıllar boyunca klinisyenler ve teorisyenler arasında çeşitli tartışmalara yol açmıştır. Araştırmacılar, kekemelikte gözlemlenen yüksek düzeyde kaygının nedensel bir faktör mü yoksa bozukluğa karşı bir tür duygusal tepki mi olduğu sorusunu yanıtlamaya çalıştılar. Bazı araştırmacılar, kekemeliğin ana nedenini kaygı olduğunu düşündüler; diğerleri kaygıyı kekemeliğin başlangıcını, devamını ve şiddetini etkileyen bir faktör olarak değerlendirmiştir (Vinacour ve Levin, 2004).

Ryan'a (1974) kaygıyı kekemelik ve bunun sonuçları ile ortaya çıkan bir durumdur. Craig ve diğerleri (2003) birçok araştırmacının, kekemelerin tipik tepkilerinde kaygıyı stresin ortak bir özelliği olarak tanımladığını belirtmektedir. Bu çalışmaya göre kekemelik, akıcılığın bozulmasından kaynaklanan iletişimde bir karışıklıktır. Craig, kaygı ve kekemelik arasındaki ilişkiye ilişkin çeşitli kuramcıların görüşlerini özetlediği makalesinde, kekemelik ile kaygı arasında nedensel bir ilişki olduğunu öne sürmüştür (Madanoğlu, 2005; Craig, 1990).

Kraaimaat ve arkadaşları yaptıkları çalışmada Sosyal Kaygı Ölçeği'ni kekemelere, sosyal fobisi olan hastalara ve normal insanlara uygulamışlar ve kekemelerin ölçekten aldıkları puanların kekeme grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğunu bulmuşlardır. Ancak her iki grubun puanları "normal" sınırlar içinde ve birbirine çok yakın bulunmuştur (Kraaimaat ve ark. 1991, aktaran Madanoğlu, 2005).

Bu önemli bir klinik belirtidir ve kekemelik tedavisinde dikkate alınmalıdır. Tam olarak anlaşılan, yetişkin kekemeliklerine gelecekte uygun bir tedavinin geliştirilemeyeceğini savundu. Bunun en önemli nedenlerinden biri, yüksek düzeyde kaygının tedavi başarısını engellediğinin düşünülmesidir. Bloodstein (1987) da terapinin etkin kullanımına ve akıcılığın korunmasına müdahale ettiği için özellikle erişkin hastaların tedavisinde kaygının azaltılmasının temel hedeflerden biri olduğunu belirtmektedir (akt. Madanoğlu, 2005).

Kaçınma Davranışı (Sosyal Fobi)

Kekeleyen kişilerde kekemeliğe eşlik eden bazı klinik belirtiler olabilir. Güçlü olan kekemelik bekleme korkusu ile birlikte, kekemeliğin beklendiği belirli kelimelerden, seslerden veya durumlardan kaçınma olabilir (Kaplan ve Sadak, 2004). Kekemeliğe bağlı olarak kaygı, kaçınma davranışları ve azalan özgüven nedeniyle sosyal işlevsellik bozulabilir. Kekemelik uzun süre devam ederse duygusal sorunlar gelişebilir. Kekemelik sorunu olan kişiler utanç, suçluluk, gerginlik, öfke ve çaresizlik duyguları yaşayabilirler. Genelde sohbetten veya sohbetin beklendiği sosyal ortamlardan kaçınma söz konusudur (Karacan, 2000). Birey birçok ses, kelime ve konuşma durumunda olumsuz iletişim yaşamakta, söylemek istediğini ifade edememe ve konuşmasını anlayamama sonucu tıkanıklık hissi yaşamakta ve hatta dinleyicilerden gelen olumsuz tepkiler ile olumsuz etkilenmektedir. . Zamanla birçok ses, kelime ve konuşma durumu onun için zorluk yaratmaya başlar ve daha sonraki bir aşamada bu zorluklar ses, kelime ve konuşma korkusuna dönüşür. Bu korkuları yaşayan kişi kendini ve konuşmasını yetersiz hissetmeye başlar ve bunun sonucunda konuşmanın kendisi için zor olduğunu düşünmeye başlar. Konuşmaktan korkan kekeme, bu korkuyu azaltacak veya konuşmasını geciktirecek bazı stratejiler geliştirmeye çalışıyor. Başka bir deyişle, kekeme kişinin konuşmayı geciktirme veya konuşmadan kaçınma girişimi, kekemelikten kurtulmaya çalıştığının bir işaretidir. Ayrıca dinleyicilerin tepkilerini yanlış yorumlayarak kendileri ve kendi konuşmaları hakkında olumsuz duygu ve düşüncelere sahip olduklarına dair yanlış inançlara sahip oldukları görülmektedir. Bu doğru olmayan bilgilerle kekemelik, kişinin kendisini dinleyenlere karşı olumsuz hisler beslemesine hatta hoş olmayan davranışlara sahip olmasına neden olabilir. Bu kekemelik aşamasına ulaşmış ve sözlü iletişime karşı

olumsuz bir tutumu olan bir kişi, toplum içinde sözlü iletişimini kesmek zorunda kalabilir ve daha da kötüsü sözlü iletişimi tamamen durdurabilir. Başlangıçta basit tekrarlarla başlayan kekemelik, kişinin bozukluğa verdiği tepkiye yönelik adımlar atılmazsa sosyal hayattan çekilmeye yol açabilir (Riper ve Emerick, 1990).

Kekemelik ve Cinsiyet

Jari ve Ambrose (1992a) tarafından yapılan bir araştırma, kekemeliğin başlamasından sonraki ilk yılda çoğu çocuğun hızlı ilerleme veya tamamen kendiliğinden iyileşme yaşadığını doğrulamaktadır (Alıntı, Malkoç, 2020). Ancak bu dönemde kekemeliğe başlayan çocuklardan hangisinin bu sorunu aşabileceğini ve hangilerinin kalıcı bir hastalığa dönüşebileceğini tahmin etmek oldukça güçtür (Konrot, 2003, aktaran Malkoç, 2020). Cinsiyet farklılıklarına ilişkin açıklamalar temel olarak biyolojik nedenlere dayanmaktadır. İlk olarak cinsiyetle ilişkili olduğu düşünölen bir genin bulunduğu not edilmiştir (Suresh ve Ark. 2006). İkinci olarak, motor konuşma bölgesinin lateralitesinde, kemik iliği fonksiyonunda ve biyokimyasal, yani hormonal ve endokrin bezlerinde farklılıklar bulundu. Neden olarak gösterilen üçüncü bir açıklama, ebeveynlerin erkek çocukların konuşmaları veya kültürel tutumları konusunda daha cezalandırıcı olduklarıdır (Yairi ve Ambrose, 1992b; aktaran Malkoç, 2020).

Kız çocuklarında kekemeliğin erken evrelerinde erkeklere göre 2 kat daha sık spontan iyileşme görülürken, daha sonraki çocukluk ve erişkinlik döneminde bu sıklık 4-5 kat artmaktadır. Boylamsal çalışmalardan elde edilen verilere dayanarak, bu sonuç kızlarda daha fazla spontan iyileşme olarak yorumlanmaktadır (Yâri ve Ambrose, 1999, aktaran Malkoç, 2020). Kız çocuklarında kendiliğinden düzelme oranı daha yüksek olmakla birlikte, kekemelik sorunu yaşıyan çocukların yüzde yetmiş beşinin herhangi bir müdahaleye gerek duymadan 5-6 yaşlarına kadar kekemeliklerini kontrol edebildiği gözlemlenmiştir (Konrot, 2003 alıntılanan Malkoç, 2020).

Kekemelik ve Genetik

Ailesinde kekemelik öyküsü olan çocukların nöromotor fonksiyonunun, genetik yapılarından dolayı kekemeliğe yatkınlıkları ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Dr. Aisa (2001), evliliklerin kendi kültürlerinden ve dini topluluklarından biriyle sınırlı olduğu için seçilen bir grup Hattî'nin (Güney Dakota, ABD) genotipi üzerine bir araştırma yaptı. Çalışmanın sonuçları, kekemelik fenotipinin on üç ve on yedi numaralı kromozomlardaki benzersiz genlerle ilişkili olduğunu buldu ve sonuçlar Washington'daki ASHA konferansında sunuldu. Wittke-Thompson ve ark. (2007), Illinois Eyaleti Uluslararası Kekemelik Genleri ve Genetik Projesi tarafından Hutterite popülasyonları üzerinde yürütülen genetik çalışmalarda ve daha önceki meta-analizlerde kekemelik ile ilişkili birçok gen üzerindeki farklı kromozomların etkisini incelemiştir. bu nüfus için. Araştırmalar, ikinci, üçüncü, beşinci, yedinci, dokuzuncu, on üçüncü ve on beşinci genlerin kekemelik ile ilişkili olduğunu göstermiştir (bazıları çeşitli konuşma bozuklukları, zekâ geriliği veya otizm ile de ilişkilidir). Shugart et al. (2004), genetik faktörlerin kekemelik üzerindeki etkisini belirlemek için Kuzey Amerika ve Birleşik Krallık'ta yaşayan altmış sekiz ailenin kromozomlarını inceledi. Kekemelik fenotipini, katılımcıların konuşmasında en az altı aydır var olan kelimelerdeki ve hecelerdeki konuşma bozukluğunun derecesi olarak bildirdiler.

Araştırmada, kekemelik ve genetik arasındaki bağlantıyı belirlemek için üç yüz doksan iki belirteç kullandılar ve on sekizinci kromozomun kekemelik yapan aile üyelerinde belirli özellikleri paylaştığı sonucuna vardılar. Öte yandan, Riaz ve ark. (2005), kırk altı Pakistanlı aile üzerinde bir genetik çalışma yürütmüştür. Kekemeliğin ciddiyetine ilişkin belgeler, kekemelik tanısını koymak için kullanıldı. 144'ü kekeme olan ve 55'i kekeme olan 199 aile üyesi üzerinde genetik bir analiz yapıldı. Başlangıçta kekemelik ile 1, 5, 7 ve 12. kromozomlar arasında bir bağlantı olduğunu öne sürmelerine rağmen, daha sonraki analizler onikinci kromozomun konumuna işaret etti. Suresh ve diğerleri (2006), ABD, İsveç ve İsrail'de yaşayan Avrupa kökenli 100 aile üzerinde genetik bir çalışma yürütmüştür. Sonuçlara göre, dokuzuncu kromozom ve onuncu kromozomun kekemelik ile ilişkili olduğuna dair daha geniş kanıtlar var. Cinsiyet kanıtı erkeklerde yedinci kromozomda ve kadınlarda yirmi bir kromozomda bulunmuştur. Riaz, Steinberg, Ahmad, Pluzhnikov, Riazuddin ve Cox (2005) tarafından Pakistan'da yapılan benzer bir çalışma, onikinci ve yedinci kromozomların

kekemellekle ilişkili olduğuna dair kayda değer kanıtlar sağlamıştır. Buna ek olarak ikinci kromozomun dokuzuncu ve yedinci kromozomlarla bağlantısı olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Tüm bu çalışmalarda elde edilen bu sonuçlar sonucunda, bir gen etkileşimi veya kombinasyonu önerilmiştir. Kekemeliğin genetikle ilişkili olup olmadığının ortaya çıkarılmasına yönelik tüm bu çalışmalara rağmen halen kesin ve kesin bir sonuca varılmış değildir.

Kekemelikte Kullanılan Değerlendirme Araçları

Kekemeliğin erken evrelerinde çocukların gelişimsel, dilbilgisel ve çevresel özelliklerinin incelenmesi çok önemlidir. Kekemeliğin bu alanlar üzerindeki etkisini değerlendirmek, nedensel mekanizmalarını daha iyi açıklamaya çalışan teorileri anlamak ve terapide etkili müdahale yöntemlerini planlamak gerekmektedir. Kekemelik tedavisine yönelik müdahalenin başarısının izlenmesine ve kekemeliği olan bireylerin konuşmalarının değerlendirilmesine olanak sağlayan araçlara olan ihtiyaç her geçen gün artmaktadır.

Bu alandaki ihtiyacı karşılamak, özellikle çocuklarda kekemeliği değerlendirmek için çeşitli çalışmalar yapılmıştır (Haynes, 1997). Bireylerin doğrudan gözlemlenmesi sırasında, "Akıcılık Tip İndeksi" (DTI) gibi bir test kullanılarak akıcılık türü, "Kekeme Hece Yüzdesi" (%SS) ve "Dakikadaki Hece Sayısı" (SPM) kullanılarak kekemelik sıklığı ve süresi) veya "Dakikadaki Sözcükler" Faktörleri, konuşma hızı da dahil olmak üzere (WPM) kullanılarak test edilebilir. Aynı zamanda konuşmanın akıcılığı ve doğası "Doğallık Derecelendirme Ölçeği" (NRS), "Test of Childhood Stuttering" (TOCS) ve çocukluk kekemeliği "Kekemelik Şiddeti Enstrümanı Dördüncü Baskı SSI-4-TR" ile test edilebilir (Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı SSI-4-TR) (Mutlu, 2014). Kekemeliğin ayrıntılı değerlendirmesi önemli olmakla birlikte onun kadar önemli olan ikinci bir nokta, çocuğun özelliklerine ve gereksinimlerine uygun terapi yöntem ve tekniklerin kararlaştırılması ve uygulanmasıdır. Bundan sonraki kısımda kekemelikte uygulanan terapi yöntem ve teknikleri açıklanmaktadır.

Kekemelik Terapi yöntemleri

Kekemelik tedavisinde kullanılan yöntemler; Akıcılık Şekillendirme Terapisi, Kekemelik Modifikasyon Terapisi, Nefes ve Konuşma Terapisi, Öğrenmeye Dayalı Terapi, Psikoterapi Terapisi, Ritim Terapisi ve Güncel Terapiler Başlıklar Bölümünde Sunulacaktır.

Kekemeliği tedavi etmenin genel amacı, konuşma akıcılığı eksikliklerinin şiddetini ve etkisini azaltmaktır. Kekemeliğin tedavisine yönelik yaklaşımlar, edimsel akıcılık yaklaşımının versiyonlarından (Ryan, 2001) güçlü bir edimsel yönelimle birleştirilmiş programlara (Boberg & Kully, 1985), konuşma modifikasyonu ve bilişsel bir çerçeveye birleştirilmiş programlara uzanır. Bu programların tümü iki ana yaklaşım kullanır (Ollendick ve Schroeder, 2003; Gilliam ve diğerleri, 2010; Craig, 2007). Bu yaklaşımlar Fluency Shaping Inc.) ve Kekemelik Modifikasyonu (CA) yaklaşımlarıdır (Gilliam ve diğerleri, 2010).

Akıcılık Değiştirme (Stuttering Modification) Terapi Yöntemi

Aynı zamanda kekeleyen araştırmacı Charles Van Riper, akıcılığı değiştirmeye yönelik bir yaklaşım geliştirdi. Bu terapi yönteminde amaç, kekemeliğin neden olduğu kaçınma davranışı ve korkuları ortadan kaldırmaktır (Ward, 2006). Kişilerin kekemelik farkındalığını artırmak için fiziksel stresi keşfederek kekemelik anlarını değiştirmek gerekir (Özdemir, 2020). Bu yaklaşım kekeme bir kişinin konuşmasını nasıl değiştireceğini öğretir (Zebrowski & Kelly, 2002). Bu terapi yaklaşımı dört aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar şunlardır: 1. Tanımlama 2. Duyarsızlaştırma 3. Değiştirme 4. Sabitleme.

Akıcılık değiştirme tedavisini kullanan çalışmaları gözden geçiren Freud ve ark. (2019), artan kaygı düzeylerini ve insanların genel yaşam kalitesini etkileyebilecek konuşma durumları için kekemelik düzeltme yöntemi ve kabul ve tanımlama terapisi ekleyerek kekemelik teşhisi konan 8 kişiye yıllık bir tedavi programı uygulamıştır. Kekemelik modifikasyon terapisi ve uygulamalı davranış terapisi kombinasyonunun potansiyel olarak umut verici bir etkiye sahip olduğu sonucuna varmışlardır.

Akıcılık Şekillendirme (Fluency Shaping) Terapi Yöntemi

Akıcılığı geliştirmeye yönelik terapötik yaklaşım, daha akıcı konuşmayı amaçlayan terapötik bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, kekemeliği olan bir kişinin konuşmada motor becerilerini daha iyi kullanmalarını sağlayarak kekeme olasılığını azaltmayı amaçlar (Ward, 2006). Bu yaklaşım, yavaş konuşmayı, seslerin düzgün bir başlangıçla telaffuz edilmesini, uzun konuşma yoluyla akıcılığın geliştirilmesini ve seslerin, sözcüklerin, tümcelerin ve cümlelerin uzun süreli kullanımını öğretir.

Cooper (1982), yaklaşık 30 yıl önce ilk hareketlerin evrensel akıcılığını açıkladı. Bu hareketler tek başına veya diğer hareketlerle birlikte yapıldığında birçok kekemeliğin akıcılığa ulaşmada etkili olduğu gösterilmiştir. Bu evrensel kaçak hareketler; yavaş konuşma (hecelerin eşit şekilde uzamasını sağlamak için konuşma hızının azaltılması), yumuşak başlangıç (gırtlak geriliminde mümkün olan en büyük azalma ile konuşma), taze nefes (konuşmadan önce kontrollü nefes alma), ses kontrolü (bilinçli ve sürekli artış, azalma ve bireysel konuşma sesi), hece vurgusu (ses ve perdede bilinçli bir değişiklik) olarak tanımlanır.

Etkili kekemelik tedavisi, birincil ve ikincil kekemeliği azaltmalı ve etkili işlevselliği iyileştirmelidir. Kekemeliği değiştirme yaklaşımlarının daha az kekemeliği öğretmeye dayalı olduğu, akıcılık kazandırma yaklaşımlarının ise daha çok akıcılık öğretmeye dayandığı vurgulanmıştır. Yardımcı Teknikler: Bunlar arasında nefes alma (tam nefes alma), fonasyon (hafif vokal açma), artikülasyon hedefleri (hafif ekler, yumuşak değişiklikler, belirgin artikülasyon hareketleri) bulunur (Blomgren, Roy, Callister ve Merrill, 2005).

Yapılan çalışmalara bakıldığında, Rifaie ve Ark., (2016) Modified Fluency Shaping Programı kullanarak eğitim vermişlerdir. Çalışma sonucunda solunum, fonasyon ve artikülasyonun konuşma için koordine edilme şeklini temelden değiştiren bir yavaş konuşma çerçevesinde uygulanan akıcılık şekillendirme tekniğinde katılımcılara konuşma davranışlarının ve konuşmaya yönelik tutumlarının önemli ölçüde iyileştiği bulunmuştur.

Nefes ve Gevşeme Egzersizleri İle Kekemelik Davranış Değişikliği, Terapi Yöntemi Geleneksel terapi, tipik davranış kalıplarını, öğrenilen tepkileri ve stresi azaltmaya odaklanır. Sessiz bloklar analiz edilir ve değiştirilir, kekemeliği azaltmak veya tamamen ortadan kaldırmak için çaba gösterilir. Öte yandan, yeni terapiler akıcılığı yeniden düzenlemeye odaklanır. Sesler, heceler ve kelimeler arasında yumuşak geçişler ve hız kontrolü ile konuşma yeniden oluşturulur (Karacan, 2000). Geleneksel yaklaşımlar küçük çocuklar için pek uygun olmasa da akıcılığı teşvik eden yaklaşımların küçük yaş grubunda son derece başarılı olduğu ve yinelemelerin (nüksetmeler) de nadir görüldüğü unutulmamalıdır. Kekeme çocukların ailelerine çocuğun akıcılığı üzerinde fazla durmamaları tavsiye edilse de çoğu aile bu durumu görmezden gelmekte ve çocuğun konuşmasına hem sözlü hem de duygusal olarak müdahale etmektedir. Bu nedenle aile danışmanlığı dikkatli bir şekilde yapılmalıdır (Karacan, 2000). Düşünce hızının konuşma hızından daha hızlı olduğu ve akıcılıktaki bu bozulmanın geçici olduğu özellikle 2-3 yaşlarında aileye anlatılarak kaygı düzeyi azaltılmalıdır. Çocuğu konuşmaya zorlamamak, kelimeleri veya cümleleri düzeltmemek veya tamamlamamak, düşüncelerini rahatça ifade etmesine izin vermek, konuşma sırasında sabırla dinlemek, çocuğun dikkatini konuşmasına çekmemek gibi öneriler ile ailelere rehberlik etmelidir. . Bunun yanı sıra alay etme, utandırma ve zorlama gibi olumsuz tutumlardan kaçınılması gerektiği de vurgulanmalıdır (Karacan, 2000).

En sık kullanılan terapi yaklaşımların davranış değiştirme, nefes egzersizleri ve konuşma terapisi olduğu saptanmıştır (Karacan, 2000). Nefes egzersizleri, konuşma terapisi ve gevşeme teknikleri çocukların konuşma hızını yavaşlatır. Hipnoz gibi danışmanlık teknikleri kekemeliği geçici olarak ortadan kaldırabilir. Düzenli nefes alma yöntemi hakkında çelişkili raporlar bulunmaktadır. Andrews ve Tanner, 1982 yılında, Azrin ve Nunn'un da 1974 yılında yaptıkları çalışmada görülmesi gereken tedavi edici özelliği gözlemleyemediklerini belirtmişlerdir. Buna rağmen, hava akımı tekniğini kullanarak beş günlük tedaviden sonra kısa süreli iyileşmeler bildirmişlerdir (Andrews ve Tanner, 1982'de alıntılanmıştır). Ayrıca geleneksel nefes alma tekniklerine dikkat ve farkındalık tekniklerini ekleyerek tedavilerinin bir sonucu olarak kısmi başarı bildirmişlerdir (Ladouceur, Cote, Leblond ve Bouchard, 1982, aktaran Juli, Juli ve Juli, 2018). Gevşeme ipuçları ve teknikleri uzun vadede faydalı

olmadığı için artık kullanılmamaktadır (Kaplan ve Sadock, 1998, aktaran Juli, Juli ve Juli, 2018).

Öğrenme Temeline Dayalı Terapi Yöntemi

Kekemelik tedavisinin en modern biçimlerinden biri, öğrenmeye dayalı olduğunu iddia eden bir modeldir. Bu modele göre kekemeliğe eşlik eden psikiyatrik veya nörolojik bir bozukluğun varlığı tedaviyi etkilemez. Yaklaşımın temel amacı, kekemeliği artıran nedenleri en aza indirmek ve kekemelik sırasında bile kekemeyi konuşmaya teşvik etmektir (Schwartz, 1990, Akt. Günaydın, 2020). Bu terapinin temel dayanağı, kekemelerin duygularını ve davranışlarını kontrol edebilirlerse konuşma bloklarının üstesinden gelebileceğidir (Levenson, Persons ve Pope, 2000; Günaydın, 2020).

Psikoterapi Yöntemi

Kekemelik belirtilerini ortadan kaldırmanın yanı sıra kekeme bir çocuğun kendine ve konuşmasına karşı tutumlarının değiştirmesi de önemlidir. Konuşma eğitimi ile birlikte gerçekleştirilen psikolojik tedavi, çocuğun özgüvenini, cesaretini ve konuşma isteğini artıracaktır (Bal, 2018; Günaydın, 2020). Konuşma terapisine dayanarak, şu çalışmalar yapılabilir:

1) Yetersizliği tanıtmak: Çocuk aynanın karşısında konuşmaya zorlanır, konuşması teybe kaydedilir ve ona tekrar çalınır ve çocuk engeli ile tanıştırılır,

2) Kendini tanıma ve anlamada yardım: Kekeleyen bir çocuk, kendisini daha sık kekeleyen kişi olarak görme eğiliminde olduğundan, diğer özelliklerin farkında olmayabilir. Diğer olumlu niteliklerinin farkına varmasını sağlayarak konuşması sağlanabilir,

3) Dikkatlerini etkinliklere odaklamak: Kekeleyen kişiler konuşma güçlüğü nedeniyle sürekli baskı altında olduklarından, onları bu gerilimden kurtaracak ve dikkatlerini başka alanlara çekecek sanatsal etkinliklere yer verilebilir. Örneğin; müzik dinlemek, resim yapmak, şiir yazmak, spor yapmak,

4) Başkalarını tanıma ve anlamada yardımcı olma: Kekeleyen kişi, çevresindekileri kendisiyle sürekli alay eden, küçük ve hor gören insanlar olarak görebilir. Bu yüzden çocuk, çevresindekilerin iyi yönlerinin olabileceğine

inandırılmalıdır. Örneğin; eğitsel kol çalışmalarına katılma, gezilere gitme, spor karşılaşmalarını izleme olanakları sağlanmalıdır,

5) Çocuğun Güçlendirilmesi: Çocuğun kekemeliği nedeniyle kaybettiği güven duygusu, diğer özellikleri güçlendirilerek sağlanmaya çalışılmalıdır,

6) Konuşma etkinliklerine katılım: Çocuk sesli düşünmeye teşvik edilmeli, ona konuşmada ve sesli konuşmada başarı tadı verilmeli,

7) İşbirliği: Konuşma terapistinin terapi sürecinde veli ve sınıf öğretmenleri ile sürekli işbirliği içinde olması,

8) Pekiştirme: Öğretmen her türlü konuşmayı ve pekiştirmeyi sınıf gündeminde tutarken, kekeleyen çocuğu kekeleyen konuşmaya teşvik etmelidir (Özgür, 2003).

Bal (2018) yılında yapmış olduğu çalışmada, kekemelik tanısı almış deney ve kontrol grubu olarak üzere toplam 70 kişiyle çalışmıştır. Çalışmasında bilişsel davranışçı terapi yönteminin kekeme bireylerde etkisini ölçmüştür. Bilişsel davranışçı terapi yönteminin kekeme bireylerde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Başka bir çalışmada ise, kekeleyen yetişkinlerde kaygıyı azaltmak için özel olarak tasarlanmış bir bilişsel davranış terapisi programı geliştirilmiş ve uygulanmıştır. İnternet tabanlı bilişsel davranışsal kekemelik programı, bireylerin kekemelik şiddeti ve yaşam kalitelerinde klinik olarak önemli iyileşmeler sağladığı sonucuna ulaşılmıştır (Menzies ve Ark., 2019). Yine bir başka çalışmada ise, kekemeliği olan çocuk ve ergenler için terapide dikkatin rolünü bilişsel davranışçı terapi ve farkındalık temelli müdahaleler perspektifinden ele alarak kekeme olan çocuklar ve ergenler için tedavinin bir parçası olarak faydalı olacağı sonucuna ulaşılmıştır (Harley, 2018).

Ritim Yöntemiyle Terapi

Kekemelik sırasında konuşmanın melodik-ritmik özelliği bozulur. Bununla birlikte, ritmik eylemlerde kolayca şarkı söyleyebilir ve normal konuşmayı sürdürebilirler. Tüm bu nedenlerle ritmik ve melodik konuşma terapisinin kekemelere yardımcı olduğuna inanılmaktadır (Belgin ve Güven, 1985).

Ritmoterapinin olumlu etkilerinin hızlı bir şekilde ortaya çıktığı, bu etkilerin kalıcı olduğu ve tüm yaş gruplarında etkili bir teknik olduğu düşünülse de daha genç

kekeme çocuklarda etkilerinin daha fazla hissedildiği, gerilemenin görülmediği söylenmektedir. Bu özellikle şiddetli kekemeliği olan kişiler için daha kabul edilebilir bir yöntemdir (Ham, 1999). Müzik terapi isminden dolayı yanlış anlaşılmaktadır. Hastaların bu terapiden yararlanabilmeleri için müzik eğitimi almış olmalarına gerek yoktur. Çünkü bu teknik hastaların ihtiyaçlarına göre kullanılmaktadır (Roth ve Wisser, 2004).

Diğer Kekemelik Terapi Yöntemleri

Literatür de kekemelik için farklı bazı terapilerin de önerildiği görülmektedir. Bu terapiler arasında; psikoterapi, aile terapisi, sistematik konuşma terapisi, ilaç tedavisi. Ayrıca; Hipnoz, elektroşok, ritim, akıcılık pekiştirme, gecikmeli işitsel geri bildirim, biofeedback, psikososyal grup terapisi, duyarsızlaştırma gibi kekemeliği doğrudan ortadan kaldırmayı veya kabullenmeyi ve ardından yok etmeyi amaçlayan terapötik yöntemler bulunmaktadır (Belgin). ve güven, 1985). Araştırmacılar, terapinin kekemeliğin tedavisinde faydalı olduğunu gösterebilirler de, tüm kekemelerin terapiden eşit şekilde yararlanmadığını da vurgulamaktadırlar. Ancak bazı kişilerin terapiden kazandıklarını hayatı boyunca neden koruyamadığı, bazı kişilerin ise terapiden neden daha fazla yararlandıkları hala bilinmemektedir (Huinck, Langevin, Kully, Graamans, Peters ve Hulstijn, 2006).

Lax vox ses konuşma terapisi

Lax vox ses konuşma terapi tekniği ile larenks kullanımının yapılandırılması amaçlanmaktadır. Bu da diyafram solunumunun kazanılmasını sağlamaktadır. Cup Bubble/Lax Vox ses terapi tekniği ile kekeme çocukların zorlandıkları respirasyon, fonasyon ve artikülasyon sistemleri fonksiyonel olarak akıcı bir şekilde çalışılabilmektedir. Bal(2018)'ın yaptığı çalışmada ortalama yaşları 8 olan 5 çocuk ile yaptığı LaxVox (CB/LV) ses terapisi öncesi ve sonrası yapılan değerlendirmede 5 çocukta tamamen normal akıcılık sağlanmıştır. Dört çocukta çok hafif-I ve bir çocukta çok hafif-II şiddet seviyesine kadar azalma gözlenmiştir. Kekemelik öncesi ve sonrası toplam sıklık puanı, toplam süre puanı ve ikincil davranışlar puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Kekemeliğin modifikasyonu (Stuttering modification) yaklaşımı ile bireyin kekeme konuşma farkındalığını artırması, fiziksel gerilimin incelemesi, kekeme anlarını değiştirmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Kekemelik modifikasyonu yaklaşımı kekeme olan bireyin kekemeliğini rahat ve kolay değiştirmek için yardım eder. Bu terapi yaklaşımının ana odak noktası kaçınma davranışlarını ortadan kaldırarak kekemelik korkusunu azaltmaktır.

Freud ve Ark. (2019)'a göre, kekemelik tanısı olan 8 birey ile yapmış olduğu çalışmada, kekemelik modifikasyon tedavi yöntemi ile bireylerde artan kaygı düzeylerini ve genel yaşam kalitesini etkileyebilecek konuşma durumlarına yönelik kabul ve kararlılık terapisini ekleyerek bir yıllık bir tedavi programı uygulanmıştır. Kekemelik Modifikasyon tedavisi ile bu kaygıya yönelik uygulanan davranışsal terapisinin birleştirilmesinin potansiyel olarak umut verici bir etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Bunun sonucunda kekeme anlarını değiştirmelerine yardımcı olunur. Bu bağlamda sistematik duyarsızlaştırma çalışmaları da uygulanmaktadır. Duyarsızlaştırma çalışmalarında kekeme bireyin kendi kekemeliği ile yüzleşmesi, farkındalığının artması ve duyarsızlaşması sağlanır. Bu bireyin kendi kekemeliğine bakışı açısından çok önemlidir.

Akıcılığın şekillendirilmesi (Fluency Shaping (FS)), Hem akıcı hem de akıcı olmayan konuşma şeklini değiştirmek üzere kurulan bir terapi yaklaşımıdır (Ward, 2006, akt. Sarımehtetoğlu Arslan, 2021). Bu teknik de kekemeliğin yerine akıcı konuşma şekli oluşturmak amaçlanmıştır (Gillam, & Marquardt, 2019, akt. Sarımehtetoğlu Arslan, 2021).

Çalışma, yavaş konuşma yumuşak başlangıç sesleme öncesi bilinçli ve kontrollü sonuç alınması, bireyin konuşma sesindeki bilinçli ve devamlı artış ve azalmalar yapabilmesi yumuşak konuşma ile yumuşak artikülasyon teması oluşturma, hece vurgusu, istemli ses yüksekliği ve ses perdesi değişiklikleri yapabilme amaçlanmaktadır. (Cooper, 1982, akt. Sarımehtetoğlu Arslan, 2021)

Akıcılık şekillendirme yaklaşımı ile çocuğun konuşmasındaki motor kontrol yeteneklerini daha iyi kullanmasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Akıcılık

Şekillendirme yaklaşımında daha akıcı konuşmayı, sözcük öbeklerinin ve cümlelerin arasındaki süreyi uzatmayı ve konuşma hızının azaltılmasını amaçlayan bir terapi uygulanmaktadır.

Günlük konuşmada uygun vurgu ve tonasyonun sağlanmasına yönelik çift vuruşlu ve tek vuruşlu ritim çalışmaları yapılmaktadır. Ritmik konuşma egzersizlerinde çift vuruşlu ve tek vuruşlu ritim ile konuşma hızını düşürmek ve bunu günlük konuşmaya transfer etmek amaçlanmıştır. Metronom ise sabit bir ritim elde etmek amacıyla belli aralıklarla vuruş sesleri çıkartan bir uygulamadır. Metronom çalışmalarıyla kekemelikte konuşma hızını yavaşlatmak amaçlanır.

Delayed Auditory Feedback, DAF, Geciktirilmiş İşitsel Geri Bildirim programı ile bireyin kendi konuşma sesi bir, iki, üç milisaniye gecikmeli olarak kulağına gelir. Bu da bireyin kendi konuşmasının farkına varmasını ve konuşurken takılmadan konuşmasını sağlar. Zaman içerisinde kekeleme davranışını bireyin daha iyi kontrol edebildiği gözlenir.

Çocuğun bilişsel, duygusal ve davranışsal becerileri geliştirerek öz farkındalığı arttırmak, çocuğun kendisini tanımasını daha iyi hale getirmek ve kendini kontrol edebilme becerisini geliştirmeye yönelik bilişsel davranış terapi yöntemi uygulanmaktadır. Bilişsel davranış terapi yönteminde, bireyin durum, duygu, düşünce, davranış farkındalığı ile kekemeliğine karşı olan sahip olduğu olumsuz inançları, olumlu inançlara dönüştürülmeye çalışılır. Çocuklar yaşanan olaylar karşısında bilişsel mekanizmayla değerlendirmeyi farkında olmadan yaparlar. Onlar bilişsel olarak yeterli olgunluğa sahiptir ama bilişsel olarak yeterli farkındalığa sahip olmayabilirler (Stallard, 2002, akt. Sarımehtemoğlu Arslan, 2021). Bilişsel davranışçı terapi her ne kadar yetişkin tarzı bir terapi modeli gibi görülsede yapılan BDT lerin % 79 u 10 yaş altındaki çocukları kapsamaktadır (Durlak, Wells, Cotton, Johnson, 1995, akt. Sarımehtemoğlu Arslan, 2021). Bal (2018)'a göre kekemelik tanısı almış deney ve kontrol grubu olmak üzere toplam 70 kişiyle yaptığı çalışmasına göre Bilişsel Davranışçı Terapi yönteminin kekeme bireylerde anlamlı bir şekilde etki ettiği görülmüştür.

Bu araştırmada Kekemelik müdahale programı olarak kullanılmak üzere araştırmacı tarafından uyarlanmış Zenginleştirilmiş Kekemelik Müdahale programı (ZEKEM) kullanılmıştır. Zenginleştirilmiş Kekemelik Müdahale Programı, birçok yöntemin harmanlanmasıyla oluşturularak, solunum organlarını tanıtan, diyafram nefesi, nefes ve gevşeme egzersizleri (yüz-baş-boyun gevşeme egzersizleri), Lax-vox ses terapisi, BDT Bilişsel Davranışçı Terapi, Sistematik Duyarsızlaştırma, DAF (Delayed Audiotory Feedback), vokal egzersizleri, metronom, PNF (Proprioceptif Nromuscular Facilitation), ritim gibi karma konuşma yöntemlerinin ve konuşma tekniklerinin (kalem, fısıltı, mırıldanma, abartılı konuşma) kullanılmasıyla oluşturulmuş bir müdahale programıdır. Kekemelik tedavisinde kullanılan her bir terapi yönteminin etkililiği oldukça önemlidir ancak tek başına olan yöntemlerin karma Şekilde kullanılarak programın yürütülmesi hem klinik hem de gerçek yaşamda transfer açısından daha umut vaat edici olacağı belirtilmektedir (Hart, Breen ve Beilby 2021). ZEKEM programında karma yöntemin kullanılma nedeni, kekemeliğin tek bir nedenden kaynaklanmadığı, birçok faktörün etkileşimi ile karmaşık ve dinamik bir bozukluk olduğu içindir. Her kekeme birey için farklı Şekilde olan kekemelik durumundan dolayı, kekemelik terapi programı çok yönlü farklı yöntemleri bir araya getirerek hazırlanmıştır.

İlgili Araştırmalar

Bu bölümde kekemelik ile ilgili yapılmış yurtdışı ve yurtiçi araştırmalar incelenmektedir.

Yurtdışında yapılan alışmalar

Kekemelik tüm toplumlarda görülmekle birlikte, kekemelik düzeyi farklı kültürler ve cinsiyete göre değişmektedir (Bolat, 1999). Kekemeliğin kültürlerde, çağlarda ve toplumlarda ortaya çıkması evrensel bir bozukluk olduğunu kanıtlamaktadır. Ancak evrensellik bağlamında değerlendirilebilecek kekemeliğin ne kadarının bu dilin özelliklerine bağlı olduğu açısından farklı dilleri konuşanlar üzerinde yapılan çalışmalar önemli görülmektedir. Kekemelik ile dilsel faktörler arasındaki ilişki, kekemeliğin bir kelimeye yerleştirilmesi gibi çalışmalarla tespit edilmiştir (Yairi ve Ambrose, 2005). Batı toplumlarında kız ve erkek çocukların

psikososyal ortamlarının farklı olması nedeniyle erkek çocukların çevresel beklentiler tarafından daha fazla stres altında olduğu ve bu stresin kekemeliğe neden olduğu ileri sürülmüştür. Başka bir görüşe göre; Erkeklerin fiziksel yapısı kızlara göre konuşma bozukluğu geliştirmeye daha yatkındır (Dumanoğlu, 2006). Bu görüşlere ek olarak, fiziksel ve psikolojik faktörleri birleştiren görüşler de vardır. Bu bakış açısı dikkate alındığında; Erkeklerin kızlara göre daha yavaş gelişmesi, başarı ve diğer konularda beklentileri daha yüksek olmasına rağmen, erkekler ailedeki otorite figürü ile daha fazla çatışma yaşamaktadır. Bu koşullar altında, güvensizliğin erkek çocuklarda kızlara göre daha yaygın olduğu ve bu güvensizlik ve kaygının dolaylı olarak konuşmayı etkileyebileceği varsayılmaktadır. Ayrıca kız çocuklarında konuşma organlarının erkeklere göre daha erken gelişimini tamamlamasının, erkeklerde kekemelik sıklığının yüksek olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Dumanoğlu, 2006).

Ryan ve Ryan (2009) yapmış olduğu çalışmada, kekeme olan okul çağındaki çocukların akıcılıklarını geliştirmek için 4 farklı terapi programını kullanmıştır. Geleneksel, geciktirilmiş işitsel geri dönüt (DAF), durma ve GILCU terapi programlarını karşılaştırmıştır. Programı sekiz devlet okulunda klinikte 16 çocukla gerçekleştirmiştir. Tüm terapi programları çocuklarda önemli gelişmelerin sağladığı sonucuna ulaşılmıştır. Programlar arasında DAF en kısa sürede akıcılığın azalmasına sebep olan program olmuştur. GILCU programı genel sonuçlar bakımından en başarılı program olduğu sonucuna ulaşmıştır. Tüm programlar genelleme ve akıcılığı korumayı sağlamıştır. Araştırmanın izleme verilerinde bireylerin akıcılıklarının korunduğu sonucuna ulaşmıştır.

Kell, Neumann, Behrens, von Gudenberg & Giraud, (2018), akıcılık şekillendirici terapi programı ile kekemeliğin konuşma üzerindeki etkisini araştırmıştır. Akıcılık şekillendirmeden önce ve sonra 13 kekeme erkekle çalışma yapılmıştır. Kekemeliklerinden kendiliğinden kurtulan 13 erkek kontrol ve deney grubu çalışma grubunu oluşturmaktadır. Terapinin ve spontan iyileşmenin, işitsel-motor haritalamanın iyileştirilmesi yoluyla sol hemisferik konuşma ile ilgili aktiviteyi normalleştirdiği sonucuna ulaşmıştır.

Akıcılığın şekillendirilmesi yönteminde kekemeliği modifiye etmek yerine akıcılık şekillendirilir. Uygulan terapilerde davranışı şekillendirecek bir veya ikili kombinasyonlar kurularak akıcılık oluşturulmaya çalışılır. Çocuklar akıcılığı geliştirmek için sistematik ve kendiliğinden yanıt vermeyi öğrenirler (Ryan, 194). Yardımcı teknikler: nefes alma (tam nefes alma), fonasyon (hafif vokal başlangıç), artikülasyon hedefleri (hafif çapalar, yumuşak değişiklikler, fark edilebilir artikülasyon hareketleri) (Blomgren, Roy, Callister ve Merrill, 2005). Ancak kekeme çocuklarda akıcılığın şekillendirilmesi yöntemi ile geleneksel yöntemin etkililiğinin değerlendirildiği herhangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır. (Haynes, 1997).

Alan yazında kekemelik tanılı çocuklarla yapılmış, psikososyal ve akademik yönlerini, mizaç özellikleri açısından karşılaştıran, bilgisayar destekli artikülasyon terapisi kullanan, tele-terapi tekniğini kullanan, anksiyete ve depresyon düzeylerini ele alan, Lax Vox terapi tekniği, akıcılığın sürdürülmesi sürecinde kekemelik sıklığının açıklanması, kekemeliğin şiddetinin değerlendirilmesi ve logoterapi yöneliminin kekemelik üzerindeki etkisinin incelenmesi gibi çalışmaların olduğu görülmektedir (Tyrmí, Radolf, Horáček, & Laukkanen, 2017).

Harley 2018 yılında yapmış olduğu çalışmada, kekeleyen bireylerin ve ebeveynlerinin dikkatinin iki yönünü araştırmıştır. CBT ve MBI'lar tarafından bilgilendirilmiş araştırma ve klinik uygulamalardan yararlanmış. Spesifik olarak, BDT' deki bilgi işleme teorisi psikolojik iyi oluşu kısmen bireylerin dikkatlerini neye odakladıklarıyla açıklarken, MBI'lar bireylerin içsel deneyimlerine nasıl katıldıkları ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişkiye odaklandığı sonucuna ulaşmıştır. MBI'lar kekeme olan çocuklar ve ergenler için tedavinin bir parçası olarak faydalı olacağını savunmuştur. Kelman ve Wheeler (2014) yaptığı çalışmada 5-14 yaş arasında olan kekeme çocuklarla yaptığı bilişsel davranışçı terapinin etkililiğini belirtmektedirler..

Žárská, 2018 yılında yüksek lisans tezinde Çek ve yabancı referans literatüründe konuşma terapisi ve kekemelik tedavisi üzerine bulguları araştırmıştır. Çek Cumhuriyeti ve Büyük Britanya'da kekemelik-kekemelik tedavisinde hangi yöntem ve tekniklerin kullanıldığını tespit etmeyi amaçlamıştır. Kekemelik terapi yöntemlerinde, davranış tekniği %13,51, Okumaya dayalı teknikler %11,24, Nefes

egzersizleri %8,56, Yumuşak sesli başlangıçlar %6,31, Konuşma kalıbının değiştirilmesi %5,86, Bağlı konuşma %3,60, Ritmizasyon %3.15, Fono-solunum Teknikleri %3.15, Gevşeme teknikleri %1,35, Otojenik eğitim %1,35, Psikoterapinin Unsurları %0,90, Müzik Terapisi %0.90, Grup terapisi %0.90, LAX VOX %0.45 tekniklerinin kullanıldığı çalışmalara rastlamıştır.

Omori, Nakagawa, Hosogaya, Suzuki, & Shimizu 2021 yılında yapmış olduğu çalışmada, bilişsel davranışçı terapinin (CBT) etkinliğini incelemiştir. CBT konuşma terapisini birlikte kullanmıştır. Deneysel bir çalışma yapmışlardır. Subjektif ölçmek için kekemeliğin şiddeti için görsel bir analog ölçek kullanmışlardır. Kekemelik problemlerini ölçmek için Konuşmacının Kekemelik Deneyimi (OASES) ve konuşma akıcılığının değerlendirilmesi için ve sosyal kaygıyı ölçmek için Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği'ni (LSAS) kullanmışlardır. Toplamda 12 katılımcının verileri analiz edildi. OASES, LSAS puanları, BDT grubunun SFNE ve GAD-7'si kontrol grubuna göre daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kekemelik için rehberli kendi kendine yardım BDT'nin kekemelik ve sosyal kaygı ele alındığında, problemi iyileştirebileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Yurt içinde yapılan çalışmalar

Türkiye'de 1996 yılında yapılan bir araştırmaya göre, konuşma ve dil bozuklukları arasında kekemelik sıklığına bakıldığında yüzde 19 ile ilk sırada yer almaktadır. Konuşma bozuklukları ile ilgili araştırmalar başladığından beri kekemelik diğer konuşma bozukluklarından daha fazla ilgi görmüştür (Topbaş, Konrot ve Ege, 2002; Wingate, 2002). Milli Eğitim Bakanlığı tarafından 1995/96 öğretim yılında yapılan bir araştırmaya göre, Rehberlik ve araştırma merkezlerine dil ve konuşma bozuklukları nedeniyle başvuranların sayısı 2946 kişidir. Bu uygulamaları bozukluk türlerine göre sınıflandırırsak (%46) - konuşma bozuklukları, (%25) - konuşma gecikmesi, (%3) - diğer dil ve konuşma bozuklukları olduğu görülmektedir.(Topbaş, Konrot ve Ege, 2002).

Baydık ve Akçamete'nin 1996 yılında yapmış oldukları çalışmada, kekeme çocuklar ile kekeme olmayan aynı yaş grubu çocuklarına göre daha olumsuz sözel

iletişim tutumlarına sahip oldukları ve bu olumsuz tutumların yaş ve sınıf düzeylerinin yükselmesiyle arttığı sonuçlarına ulaşmıştır (Baydık ve Akçamete, 1996).

Öge'nin (2004) ilköğretim birinci kademe çocuklarda görülen dil ve konuşma bozukluklarını öğretmenlerden bilgi alarak belirlediği araştırmasında, 11 okulda 77 öğretmenle görüşülmüştür. Öğretmenler aracılığıyla ulaşılan 2356 çocukta öğretmenleri tarafından gözlemlenen dil ve konuşma bozukluklarının sınıflandırılması ve sıklığına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Çalışma grubuna katılan 2356 çocuktan 131'inin dil ve konuşma sorunları olduğu öğretmenler tarafından ortaya çıkarken, dil ve konuşma sorunları yüzdesi %5,56'dır. Bu araştırmaların yanında, Akgün'ün (2005) normal akıcılık gösteren çocuklar ile kekeme olan çocukların alıcısızlık özelliklerini karşılaştırdığı, Atlas'ın (2007) kekeme çocukların akıcısızlık sıklığı ile akıcısızlık tipleri arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmalar da Türkiye'deki alan yazında yer almaktadır.

Mavis ve Topbaş (2005) tarafından yapılan bir çalışmada, DİLKOM'a (Dil ve Konuşma Bozuklukları Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi) konuşma ve dil bozukluğu tanısı ile başvuran 774 hasta incelendiğinde en sık görülen dil konuşma bozuklukları (30, %7). fonetik/fonolojik bozukluklar, kekemelik (%24,5) ve konuşma gecikmesi ve dil bozuklukları (%23,6). DİLKOM vakaları üç ile on iki yaş arasında toplanırken, söz konusu dil ve konuşma sorunlarının altı ile on iki yaş arasındaki çocuklarda ağırlıkta olduğu belirtilmektedir. Türkiye'de yapılan bir başka araştırmada da, Ankara civarındaki ilkököl çocuklarında yapılmış ve bu çocuklarda kekemeliğin yaygınlığı (%1.6) ve 3,1 sında bulunmuştur (Öztürk, 1994).

Altınsoy, 2010 yılındaki doktora tezinde kekemeliği olan ergen ve yetişkinlerde akıcılık oluşumuna yönelik terapinin etkinliğini araştırmıştır. Çalışma, akıcılık terapisi programının uygulanmasından önce, uygulama sonrasında, izleme ve son testte elde edilen okuma ve konuşma becerilerindeki hece kekemelik yüzdesinin kekemelik sıklığı ve şiddetinde farklılık gösterip göstermediğini incelemiştir. Altınsoy, ergenlere ve yetişkinlere uygulanan akıcılık terapisinin kekemelik sıklığı ve şiddeti açısından etkili olduğu sonucuna varmıştır. Orta düzeyde kekemeliği olan kişiler ile şiddetli kekemeliği olan kişiler arasında okuma ve konuşma sıklıklarında

anlamli bir fark olduğu sonucuna varılmıştır. Akıcılık Terapisi Programı, ergenler ve yetişkinler arasında ve ailesinde kekemelik öyküsü olan ve olmayan kişiler arasında okuma ve konuşma sıklığında istatistiksel olarak anlamli bir fark olmadığı sonucuna varmıştır.

Koç, 2010 yılında yapmış olduğu çalışmada, bilişsel-davranışçı yaklaşımın kekemelik üzerindeki etkisini incelemiştir. Araştırma yöntemi olarak deneysel yöntem kullanılmış ve 2 aşamada gerçekteştirilmiştir. İlk aşamada araştırmacı, bireyin kekemeliğe yönelik düşünce, duygu ve davranışlarını araştırmıştır. İkinci aşamada kekemeliğin tanımı ve sıklığını ele almıştır. Bilişsel-davranışçı terapi uygulamasının sonucunda kekemelik davranışında önemli derecede azaldığı sonucuna ulaşmıştır. Bilişsel-davranışçı yaklaşımın kekemeliğin tedavisinde etkili olduğunu savunmuştur.

Mutlu 2014 yılında yapmış olduğu çalışmada, bireylerin doğrudan gözlemi sırasında “Dysfluency Type Index” (DTI) gibi bir test kullanılarak akıcısızlığın tipi, “Percentage of Syllables Stuttered” (%SS) kullanılarak kekemeliğin sıklığı ile süresi ve “Syllables Per Minute” (SPM) ya da “Words Per Minute” (WPM) kullanılarak da konuşma oranını kapsayan faktörler test edilebilmektedir. Aynı zamanda “Naturalness Rating Scale” (NAT) ile konuşmanın akıcılığı ve doğası, “Test of Childhood Stuttering” (TOCS) ile çocukluk kekemeliği “Stuttering Severity Instrument Fourth Edition SSI-4” (Kekemelik şiddeti Değerlendirme Aracı SSI-4-TR) test edilebilmektedir (Mutlu, 2014).

Süler (2017) çalışmasında çocuk ve ergenlerde bilişsel davranışçı terapinin (BDT) etkinliğini araştırmıştır. Çocuklar ve ergenler için bilişsel davranışçı terapinin (BDT) temel yapısını ve programın işleyişini, terapide kullanılan yöntemleri ve BDT’li çocuk ve ergenlerle çalışırken karşılaşılan zorlukları araştırmıştır. TCMB programı etkili olduğu sonucuna varmıştır.

Karabudak 2020 yılında yapmış olduğu çalışmada, Türkiye’de akıcı konuşan bireylerin kekemeliği olan bireylerle konuşurken, kekemeliği olan bireylerin kullandığı konuşma tekniklerinden hangisini veya hangilerini tercih ettikleri belirlemeyi amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda çalışmasında 50 erkek ve 50 kadın

toplam 100 yetişkinde uygulamıştır. Çalışmaya katılan yetişkinlere, akıcılık terapisi yaklaşımını şekillendirmede kullanılan konuşma teknikleri ve kekemelik terapisini değiştirmeye yönelik yaklaşımlar da dahil olmak üzere konuşma örnekleri gösterildi. 30 yaş ve üzeri katılımcıların akıcılık oluşturma yaklaşımında kullanılan konuşma tekniğini, kekemelik yerine koyma yaklaşımında kullanılan konuşma tekniğine göre daha iyi buldukları sonucuna varılmıştır. Yine araştırmanın sonuçlarına bakıldığında, erkek katılımcılarda akıcılığı sağlamak için kullanılan konuşma tekniğinin, kekemeliği düzeltme yaklaşımında kullanılan konuşma tekniğinden daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Kaya, 2021 yılında yapmış olduğu tez çalışmasında kekeleyen ve kekelemeyen 6.0-12.11 yaş arasındaki okul çağı çocuklarının ebeveynleri ile çalışmıştır. Araştırmasında 20 kekemeliği çocuk ve 20 konuşma bozukluğu çekmeyen çocuk ve ebeveynlerini çalışma grubuna dahil etmiştir. Araştırmanın amacına ulaşabilmek için, demografik bilgi formu ve Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği'ni kullanmıştır. Araştırmanın sonucuna göre, kekeleyen çocuk annelerinin başkasına yönelik mükemmeliyetçilik düzeyleri, kekelemeyen çocuk annelerine göre anlamlı olarak farklı olduğunu tespit etmiştir.

Arı, 2021 yılında yapmış olduğu çalışmada, 30-84 ay aralığındaki 536 anneden kekeme çocuğa sahip anneden oluşmaktadır. Genetik, çevre, mizaç, çocuğun kekemeliğe ilişkin farkındalığı, ebeveyn endişesi açısından ebeveynlere "Erken Çocukluk Kekemeliği Anketi" uygulanmıştır. Bu araştırmanın sonucunda, ebeveynlerin bilgilendirilmesi ve tutumlarının değiştirilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Terapi sürecinde ebeveyn ve çocuk ilişkisinin sürekliliği ve iyileştirilmesi ile faydanın artması arasındaki dinamiğin daha detaylı araştırılması gerektiği kanısına varmıştır. Yine benzer bir çalışmada, Pınarcık, 2013 yılında yapmış olduğu çalışmasında, kekemelik sorunu yaşayan öğrencilerin en çok psiko-sosyal alanda güçlükleri olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu konuda, ebeveyn ve öğretmenlerin, çocukların yaşadığı sorunları ortadan kaldırmak konusunda yetersiz olduğunu savunmuştur.

Uzunkavak & Gül, 2022 yılında kekemeliği geliştirmek için ses eğitimi uygulamalarının kullanılmasını RAM merkezinde araştırma yapmıştır. Rehberlik ve

Araştırma Merkezi'nde (RAM) görev yapan öğretmenlerin kekemeliğinin iyileştirilmesinde ses eğitimi uygulamalarını kullanma becerilerine ilişkin görüşlerini almıştır. Araştırmanın çalışma grubunu tipik durum örnekleme ile belirlenen 9 öğretmen oluşturmaktadır. Araştırmada 6 açık uçlu sorudan oluşan görüşme formu ve 4 sorudan oluşan demografik bilgi formu kullanmışlardır. Görüşmeler sonucunda elde edilen verilerin analizinde betimsel analiz tekniği kullanılmıştır. Araştırma sonucuna göre bulgular doğrultusunda, katılımcıların lisans eğitiminde konuşma bozukluklarının iyileştirilmesine yönelik aldıkları dersleri meslek hayatlarında kullanmak için yeterli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca bu kurumlarda görev yapan öğretmenlerin kekemeliği iyileştirmeye yönelik RAM'de yapılan uygulamaları yetersiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Nefes ve ses egzersizlerinin kekemeliğinin iyileştirilmesinde kullanılabileceğine inanmaktadırlar.

BÖLÜM III

Yöntem

Araştırmanın bu bölümünde, araştırmanın modeli, çalışma grubu, veri toplama araçları, aile ve çocuk görüşme formlarından elde edilen bilgiler, verilerin toplanması, uygulama süreci ve verilerin nasıl analiz edileceğine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada, kekemelik güçlüğü olan çocuklar için Zenginleştirilmiş Kekemelik Müdahale Programının etkililiğini belirlemek amacıyla hazırlanan tek grup ön test, son test modeline dayalı yarı deneysel bir araştırma deseni kullanılmıştır.

Yarı deneysel araştırmalar, deneysel araştırmaların farklı bir uyarlaması niteliğindedir. Bir diğer ifade ile eşleştirilmiş grupların seçkisinin bir şekilde deney grupları olarak atandığı çalışmalar yarı deneysel desenler olarak kabul edilir (Büyüköztürk, Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2012).

Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu 2019-2020 yılları arasında pediatrik psikiyatrist tarafından kekeme tanısı almış Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezine başvuran, çocuklar arasından ön koşul özellikleri karşılayan 10 erkek çocuğu oluşturmaktadır.

Araştırmaya aşağıda belirtilen önkoşul özellikleri karşılayan çocuklar dâhil edilmiştir:

- 7-12 yaş aralığında olan,
- Okuma yazma bilen,
- Orta düzeyde kekeme olan,
- Bilinen ya da rapor edilen herhangi bir zihinsel, işitsel, fiziksel ve görsel yetersizliği olmayan,
- Kekemelik tanı ölçütü olarak kullanılan 350 kelimedede beş, veya daha fazla sözcük kekemelik bulgusu olan,
- Ağız ve yüzle ilgili organik problemleri olmayan .

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın bağımsız değişkeni ZEKEM müdahale programı, bağımlı değişkenler ise kekemelik sıklık, süre, eşlik eden davranışlar ve kekemelik şiddeti olarak ele alınmıştır. Bu çalışmada Ön test, Ara Test ve Son Test verilerinin toplanması amacıyla, Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı (SSI-4-TR) ve kekeme çocukların ve ailelerini daha iyi tanıyabilmek amacı ile araştırmacı tarafından oluşturulan aile ve çocuk görüşme formu kullanılmıştır.

Aile Görüşme Formu

Araştırmaya katılacak olan çocuk, anne ve babalarının demografik bilgilerini toplamak amacıyla araştırmacı tarafından aile görüşme formu oluşturulmuş,uzman görüşleri alınarak son şekli verilmiştir. Hazırlanan aile görüşme formunda çocuğun yaşı, çocuğun eğitim düzeyi, aile çalışma durumu, Aile eğitim durumu, çocuğun kekemelik öyküsü gibi bilgiler yer almaktadır. (Ek1).

Aile Görüşme Formundan elde edilen Bilgiler

Çalışma kapsamında kullanılan Aile Bilgi Formundan; anne-baba eğitim durumları, anne-baba çalışma durumları, kardeş sayısı, anne-baba akrabalığı ve ailedeki kekeme birey varlığına ilişkin elde edilen bilgiler Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1. Demografik bilgiler

Anne eğitim Durumu		
	n	%
Yok	1	10
İlköğretim	3	30
Lise	4	40
Üniversite	2	20
Toplam	10	100
Baba eğitim durumu		
	n	%
Yok	0	0
İlköğretim	5	50
Lise	2	20
Üniversite	3	30
Toplam	10	100
Anne çalışma durumu		
	n	%
Çalışıyor	2	20
Çalışmıyor	8	80
Toplam	10	100
Baba çalışma durumu		
	n	%
Çalışıyor	10	100
Çalışmıyor	0	0
Toplam	10	100
Ailedeki çocuk sayısı		
	n	%
1	0	0
2	5	50
2 >	5	50
Toplam	10	100
Anne baba akrabalığı		
	n	%
Var	1	10
Yok	9	90
Toplam	10	100

Ailede kekeme birey varlığı		
	n	%
Var	4	40
Yok	6	60
Toplam	10	100

Araştırmaya katılan çocukların ailelerine ait bilgi formlarından, ebeveynlerin çalışma durumları incelendiğinde, annelerin ikisi çalışırken, sekizinin çalışmadığı görülmüştür. Babaların ise tümünün çalıştığı anlaşılmıştır. Annelerin çoğunluğunun lise ve ilköğretim çıkışlı olduğu, babaların çoğunluğunun ise ilköğretim çıkışlı olduğu bilgisi edinilmiştir. Ayrıca ailelerin dokuzunda anne baba arasında akrabalık olmadığı, ve altı ailede kekeme bireyin bulunmadığı görülmektedir. Bu veriler annelerin birincil ebeveyn olduğunu, babaların da ekonomik destek sağlayıcı rolde olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan ailelerin bilgi formundan elde edilen kekemelik başlangıç yaşı bilgileri aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Tablo 2. Kekemelik Başlangıç yaşı

	n	%
2-3 Yaş	3	30
4-5 Yaş	5	50
7 Yaş	2	20
Toplam	10	100

Bu tabloya bakarak araştırmaya katılan 10 çocuktan sekizinin kekemeliğini başlangıç yaşı 2-5 yaş aralığındadır.

Tablo 3. Ailelerin çocuklarının kişiliklerine ilişkin bilgiler

	Duygusal	Sinirli	Uyumlu	Takıntılı	Endişeli
1	X	X	X	X	
2	X	X			
3	X	X	X		
4	X		X		X
5	X				
6	X	X			
7	X		X		X
8		X	X		
9	X	X	X		
10	X				

Ailelerle yapılan görüşmelerde çocuklarının kişilikleri ile ilgili düşünceleri sorulmuştur. Bu soruya ailelerin çoğunluğu çocuklarının genellikle duygusal ve sinirli olarak değerlendirmiştir. Bir aile duygusal, sinirli uyumlu ve takıntılı olarak değerlendirmiş, iki aile duygusal ve uyumlu olarak iki ailede farklı olarak çocuklarının aynı zamanda endişeli olduğunu belirtmişlerdir. Bulgulara göre, ailelerin genellikle çocuklarını duygusal, sinirli ve uyumlu olarak değerlendirdikleri söylenebilir.

Çocuk görüşme formu

Araştırma grubunu oluşturan çocuklara ait bilgilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından, uzman görüşleri alınarak hazırlanan, veri toplama aracı kullanılmıştır. Çocuk bilgi formunda çocuğun yaşı, Kekemeliğine bağlı durumu, düşünceleri, duygu durumu ile davranışlarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. (Ek2).

Çocuk görüşme formundan elde edilen bilgiler

Çocuk Bilgi Formu ile çocukların kekemelikleri ile düşünce, duygu, davranış, durum bilgileri toplanmıştır.

Tablo 4. Çalışmaya katılan çocukların kekemeliklerine ilişkin düşüncelerine ilişkin bilgiler

	Evet	%	Hayır	%	Toplam
Ben farklıyım	2	20	8	80	100
Hiç doğru konuşamam	0	0	10	10	100
Kekelememi düzeltebilirim	9	90	1	10	100
Güzel konuşmayı beceremem	1	10	9	90	100
Zaten düzgün konuşamam	1	10	9	90	100
Hep kekeleyeceğimi düşünüyorum	4	40	6	60	100

Çocuk görüşme formundan elde edilen cevaplara bakıldığında zaman, yüzde olarak en fazla fark yaratan düşünce kekemeliklerini düzeltebileceklerine inanmaları olarak ortaya çıkmıştır.

Tablo 5. Çocukların kekemelikleri ile ilgili duygularına ilişkin bilgiler

	Evet	%	Hayır	%	Toplam
Kendime çok kızıyorum	1	10	9	90	100
Nefret ediyorum	0	0	10	100	100
Üzülüyorum	6	60	4	40	100
Korkuyorum	0	0	10	100	100
Utaniyorum	3	30	7	70	100

Araştırma grubunu oluşturan çocukların, duygu durumlarına ait veriler incelendiğinde kekemeliğin çocuklar üzerindeki oluşturduğu en yoğun duygunun altı çocuk (%60) ile kekemeliğinden üzülme olduğu, 3(%30)'nün utandığı görülmektedir.

Tablo 6. Katılımcı çocukların kekemeliklerine bağlı davranışlarına ilişkin bulgular

	Evet	%	Hayır	%	Toplam
Kekeliyorum ama konuşmaktan vazgeçmem	9	90	1	10	100
Kekelediğimde bir daha söylemeyi deniyorum	9	90	1	10	100
Karşımdaki insana beklersen daha rahat konuşurum derim.	1	10	9	90	100
Kekelediğim kelime yerine başka bir kelime kullanırım	4	40	6	60	100
Kekelediğim zaman öğrendiğim teknikleri kullanır, tekrar konuşurum	7	70	3	30	100
Kekelediğim zaman bulunduğum ortamı terk ederim.	0	0	10	100	100
Göz kontağını keserim	1	10	9	90	100
Vaz geçip konuyu değiştiririm	1	10	9	90	100
Susup kalırım	1	10	9	90	100
Hiçbir şey yapmam	3	30	7	70	100
Söylemekten vazgeçip susarım	1	10	9	90	100

Tablo 6'ya göre kekeme çocukların kekemeliğe bağlı Davranışlarına ait cevapları incelendiğinde araştırmaya katılan çocukların % 90'ı konuşurken kekelediğinin farkında olduğunu, fakat bu sebepten dolayı konuşmaktan vazgeçmediğini belirtmiştir. Yine katılımcı 10 çocuktan dokuzu (%90) kekelediği zamanlarda söyleyemediği kelimeyi bir daha söylemeyi denediğini ifade etmiştir. Çalışmaya katılan 10 çocuğun tamamı kekelediklerinde buldukları ortamı terk etmeyi düşünmediklerini

belirtmişlerdir. Bulgular, çocukların kekemelikle başa çıkmak için çaba sarf ettiğini ve kekelediği için konuşmaktan vazgeçemediklerini göstermektedir.

Araştırmaya katılan çocukların kekemeliklerine bağlı durumlarına ait bilgi formundaki cevapları incelendiğinde, ise, altı çocuğun en çok okul ortamında, yedisinin heyecanlandığında ve dördünün arkadaşlarının yanında en çok kekelediği bilgileri edinilmiştir. Çocuklara kişiliğini nasıl tanımlarsın diye sorulan soruya 10 çocuktan dokuzu uyumlu cevabını verdikleri saptanmıştır.

Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı (SSI-4-TR, Stuttering Severity Instrument) kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı (SSI-4-TR), 6-16 yaş arasındaki kekeme çocukları değerlendirmek amaçlı kullanılabilen, norm referanslı geçerlik ve güvenilirliği belirlenmiş bir araçtır. SSI Riley tarafından 1972 ve 1994 yıllarında revize edilmiştir. Son olarak Riley 2009 yılında SSI-4 adı altında revize etmiş ve geçerlilik, güvenilirlik çalışmalarını yapmıştır. .Araçın en önemli özelliği kekemeliği sadece konuşmadaki takılmalar açısından değil, aynı zamanda kekemelik anındaki takılma sıklığı, süresi, doğallığı ve konuşmaya eşlik eden fiziksel unsurları değerlendirmesidir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik uyarlaması Mutlu (2014) tarafından yapılmıştır. SSI-4-TR, 72 okul öncesi, 139 okul çağındaki çocuk ve 60 yetişkin örnekleme uygulanmıştır. SSI-4-TR'nin kaydedilen en yüksek güvenirlik ortalamasının 0.94 ve maksimum istatistiksel mantık geçerliliği 0.846'dır. 0,73'den 0.903'e kaydedilen uyum aralığının kekemeliğin derecelendirilmesinin tanımlanmasında geçerlilik ilişkisi olduğunu göstermektedir. SSI-4-TR'nin cronbach alfa değeri ise 0,94 bulunmuş olup yüksek seviyede güvenirlik düzeyine sahip ölçüm aracı olduğunu göstermektedir. SSI-4-TR, örnekleme referanslı güvenilirliği ve geçerliliği ispatlanmış bir kekemelik değerlendirmesidir. (Mutlu, 2014). SSI-4-TR, okuma bilen ya da bilmeyen çocuklar ile yetişkinlerde, kısacası neredeyse tüm yaş gruplarında uygulanabilmektedir. Bu araç özellikle;

- Kekemeliğin sıklık düzeyini,
- Kekemeliğin süresini,
- Kekemeliğe eşlik eden davranışları,
- Kişinin konuşmasının doğallığını değerlendirmektedir.

SSI-4-TR'nin okuma bilmeyenlere uygulanması sıklık, süre ve kekemeliğe eşlik eden fiziksel unsurlar, doğallık ve genel toplam puan hakkında sonuç verir. Sıklık puanı normal konuşmada kekelenen hecelerin yüzdesine dayanmaktadır. Kekeleme tekrar edilen veya uzayan, sesli veya sessiz, ses veya hece olarak tanımlanır. Bütün konuşma örnekleri video veya ses bandına alınır. Uygulamada mikrofon ya da yaka mikrofonun kullanılması idealdir. Eğer konuşma örneği video bandına alınamadıysa uygulayıcının kekemeliğin görsel unsurlarını not alması gerekmektedir. (Mutlu, 2014).

Sıklık Puanı

Uygulayıcı SSI-4-TR, kayıt formunun birinci bölümünde yer alan ve okuma bilmeyenler ile ilgili sıklık puanlama tablosu Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 7 Sıklık Tablosu

1.Okuma Görevi		2. Konuşma Görevi	
%	Puan	%	Puan
1	2	1	2
2	4	2	3
3-4	5	3	4
5-7	6	4-5	5
8-12	7	6-7	6
13-20	8	8-11	7
21 ve üzeri	9	12-21	8
		22 ve üzeri	9

Sıklık Puanı: 1. Okuma görevi + 2. Konuşma Görevi

Okuma bilmeyenler için uygulanan sıklık puanlaması, normal konuşmada kekeleme meydana gelen hecelerin tüm konuşmaya oranlanması ile elde edilen kekelenen hece yüzdesine (%KH) dayanır. Kekelemek, tekrarlanmış veya uzatılmış (sessiz veya sesli şekilde) ses veya hece şeklinde tanımlanmaktadır. Birinci sınıf seviyesi veya daha üstünde okumaya sahip bireyler kekemeliğin iki sıklık ölçümü açısından değerlendirilir. Bunlar ise, okuma ve konuşma görevi olarak adlandırılır.

Okuma Görevinin Uygulanması

Uygun sınıf seviyesindeki okuma malzemesi kullanılarak bireylere 150-300 civarında heceden oluşan bir parça okutulmaktadır.

Okuma görevi uygulanırken çocuğa okuması gereken metnin verilir. Uygulayıcının önünde de aynı metnin bir örneği bulunmakta olup, daha sonra çocuğa okumaya başlayabilirsün yönergesi verilir. Bireyin okuma parçası içinde kekelediği kelimelerde uygulamacının önündeki okuma parçası üzerinde kekelenen kelimeyi belirtecek şekilde işaretleme yapılır.

Konuşma Görevinin Uygulanması; Konuşma görevi; çocuğun uygulamacı ile yaşına uygun, tanıdık başlıklarda konuşmasını gerektirir. Bireylerin konuşma örnekleri alınırken okul, yakın zamanlardaki tatiller, beğenilen TV şovları, kitaplar veya gösterimdeki filmler, evde geçirdikleri zamanlarda neler yaptıkları ile ilgili konuşma örnekleri alınır. Cevap vermeyi tetikleyen kısa ifadelerle, konuşmanın büyük bir kısmını yapması için çocuk teşvik edilir. %KH okuma ve konuşma görevleri için ayrı ayrı hesaplanır. Her %KH için uygulamacı Kayıt Formundaki uygun tabloyu kullanılarak görev puanı belirtir ve bu iki görev puanı 0 ile 18 arasında bir sonuç verecek şekilde sıklık puanı kutusuna kaydeder.

Kekemeliğin Şiddetinin Bilgisayarlı Puanlaması-2'yi Konuşma Örneklerini Kaydetmek İçin Kullanmada; Kekemeliğin şiddetinin Bilgisayarlı Puanlaması (Versiyon 2; KŞBP-2.0) yazılımı, sıklık ve sürenin hesaplanmasını sağlamak için uygulanmaktadır. KŞBP-2.0 her akıcı hece için bir kere sol fare düğmesine basılmasını, her kekeleme meydana gelen hecenin süresi boyunca da sağ fare düğmesine basılı tutulmasını gerekir. Bu yöntem kekeleme meydana gelen hecelerin yüzdesinin (sıklık) ve en uzun üç kekeleme olayının süresinin kayıtlarını otomatik olarak kaydeder. Bireylerin bir kısmının konuşma görevindeki kekeleme olaylarını ve en uzun üç kekemelik olayını belirlemek için kullanılmaktadır.

Konuşma ve Okuma Örneği Verisini Elle Kaydetmede; Konuşma örneklerindeki toplam hece ve kekelemenin meydana geldiği heceler el ile sayılır. % KH'yi elde etmek için toplam hece sayısını ve kekeleme meydana gelen hece sayıları hesaplanır. Tipik hece oranları; Çok yavaş konuşmada saniyede iki heceden hızlı konuşmada altı veya daha fazla heceye kadar değişir. Yüksek sesle saymak veya hecelerin hızına ayak uyduracak kadar hızlı "fısıldamak" çoğu zaman imkansız

Tablo 8: Süre Tablosu

1 ile 10 saniye, en yakın- en uzun 3 kekeme olayının ortalaması		
	Süre	Puan
Kısa süreli	(0.5 saniye veya daha az)	2
Yarım saniye	(0.5–0.9 saniye)	4
1 saniye	(1.0-1.0 saniye)	6
2 saniye	(2.0-2.9 saniye)	8
3 saniye	(3.0-3.9 saniye)	10
5 saniye	(5.0-9.9 saniye)	12
10 saniye	(10.0-29.9 saniye)	14
30 saniye	(30.0-59.9 saniye)	16
1 dakika	(60sn veya daha fazlası)	18
Toplam süre puanı:		

Süre puanı klinik ve klinik ötesi konuşma örneklerine bağlıdır. Kekemelik süresi hesaplanırken en uzun üç kekemelik olayının süresi kronometre ile saniye cinsinden ölçülür.

En uzun süreli 3 kekeleme olayını seçmek için konuşma örneğini birden fazla kullanmak gerekebilir. Bu 3 süre hep birlikte toplanır ve 3'e bölünerek ortalama süre elde edilir. Bir saniyenin altında süreleri ölçmek zor olduğundan dolayı anlık veya yarım saniyelik olarak ön görülür, göreceli olarak 2 veya 4 bekleme puanı uygulanır. Bir kere ortalama bekleme süresi hesaplandığında uygulayıcı kayıt formunun birinci sayfasında yer alan (ayrıca konuşma tablosu da) kısım kullanılabilir. Örneğin bireyin en uzun kekeleme süreleri 4.2, 2.6 ve 7.4 ise toplamda 14.2'dir. Bunun 3'e bölünmesiyle ortalama süresi 4,7'sn dir bu da tablodakine göre 10 puan demektir.

Kekemeliğe Eşlik Eden Davranışlar

SSI-4-TR, kayıt formunun üçüncü bölümünde yer alan ve kekemeliğe eşlik eden fiziksel unsurların puanlanması Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 8a: *Kekemeliğe Eşlik eden Davranışlar*

Değer

0= Yok

1= Dikkatlice Bakıldığında fark edilir

2= Normal bir gözlemcinin zor görebileceği

3= Dikkat dağıtıcı

4= Çok dikkat dağıtıcı

5= Çok şiddetli

Fiziksel unsurlar ve puan karşılığı

Rahatsız Edici Sesler: gürültülü nefes almak, ıslık **0 1 2 3 4 5** _____

çalmak, burnunu çekmek, üfleme, tıklama sesleri

Yüz İfadeleri: çene oynatma, dil çıkartma, dudaklarına **0 1 2 3 4 5** _____

bastırma, çene kası hareketleri

El ve Ayak Hareketleri: kol ve el hareketleri, ellerini **0 1 2 3 4 5** _____

yüze koyma, bacak hareketleri ve ayak hareketleri

Baş Hareketleri: ileri, geri, sağ/ sola çevirmek, yetersiz **0 1 2 3 4 5** _____

göz teması, sürekli etrafına bakmak

Eşlik eden davranış puanı:

Uygulayıcı kekemeliğe eşlik eden fiziksel unsurları daha doğru değerlendirebilmek için video bandını tekrar izleyecek fazla zamana sahiptir. Kekemelik olayına eşlik eden görsel ve işitsel unsurlara ilişkin puanlar Tablo 1’de yer alan değerler şeklinde puanlanmakta ve sadece kekemelik ile ilgili unsurlar puanlamaya alınmaktadır. Yorgunluk gibi genel davranış değerlendirmeye alınmamaktadır. Fiziksel unsurlar ise; çocuğun kekemeliğine eşlik eden rahatsız edici sesler, yüz ifadeleri, el ve ayak hareketleri ve baş hareketleriyle kendini göstermektedir. Değerlendirme kısmında uygulayıcı, 0-5 arasında puanlama ile gerçekleştirir.

Toplam Puan

Toplam puan sıklık, süre ve kekemeliğe eşlik eden davranış puanların eklenmesi ile elde edilir. Söz konusu birey için kekemeliğin göreceli şiddeti, toplam puanın yüzde değerine veya şiddet eşdeğerine dönüştürülmesi ile saptanmaktadır.

Sıklık___ + Süre___ + Eşlik eden davranışlar = Toplam puan___ Yüzde___
Şiddet___

Tablo 4’te okul çağındaki çocuklar için kekemelik şiddeti, toplam puanı, yüzde değeri ve şiddet eşdeğerine yer almaktadır.

Tablo 9. Kekemelik şiddeti, toplam puanı, yüzde değeri ve şiddet eşdeğerine

Toplam puan	Yüzelik Dilim	Şiddet eşdeğeri
6-8	1-4	Çok hafif
9-10	5-11	
11-15	12-23	Hafif
16-20	24-40	
21-23	41-60	Orta
24-27	61-77	
28-31	78-88	Şiddetli
32-35	89-95	
36 ve üzeri	96-99	Çok şiddetli

3.4. Verilerin toplanması

Araştırmanın amacına göre uygulama sürecinde ilk olarak çocukların Kekemelik sıklığı, süresi, kekemeliğe eşlik davranışları ve şiddeti, SSI-4-TR ile belirlenmiştir. 20 seanslık müdahale programı içinde 10. Seanstan sonra Ara Test ve 20. Seanstan sonra Son Test sonuçları yine SSI-4-TR ile toplanmıştır. ZEKEM hazırlanma sürecinde 3 uzmandan (2 dil konuşma uzmanı ve 1 özel eğitim uzmanı) uzman görüşleri alınarak pilot uygulama yapılmış ve müdahale programının son şekli verilmiştir.

Uygulama Süreci

Kekemelik tanısı ile özel eğitim merkezlerine başvuran 7-12 yaş arası erkek çocuklar değerlendirme kapsamına alınmıştır. Çocuk ve ailesi ile ayrı ayrı görüşme

gerçekleştirilmiş, daha sonra çocuklara, SSI-4-TR ön test olarak uygulanarak çocukların konuşma ve okuma alt başlıklarında kekemelik seviyeleri değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda, kekemelik düzeyi orta seviye olan 10 erkek çocuk sürece dâhil edilmiştir. Araştırma grubunu oluşturan çocukların ebeveynlerine aile görüşme formu verilmiş, çocuklarının çalışmaya gönüllü olarak katılmaları için onam formu imzalatılmıştır. ZEKEM programının ön uygulaması (programın işlerliğini ve geçerliliğini sınamak amacıyla) 5 çocuk ile yapılmıştır. Bu çalışma iki dil ve konuşma uzmanı ve bir özel eğitim uzmanı ile gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulama boyunca programdaki eksiklikler tespit edilmeye çalışılmış, tekniklerin işlerliğine dikkat edilmiştir. Uygulama aşamasında ise deneysel çalışma için 10 erkek çocuk araştırmaya dahil edilmiştir.

Değerlendirme oturumuna başlarken terapist kendisini tanıtmıştır. Danışan ile çocuk bilgi formu karşılıklı görüşme formatında uygulanmıştır. Aile ile ayrıca görüşülmüş ve aile görüşme formu uygulanmıştır. Terapiye geliş amacı, beklentiler, güçlü yönleri hakkında bilgi toplanmıştır. Ön görüşme seansında danışanın aile ve çevresi hakkında bilgi sahibi olunmuştur. Uygulamaya başlamadan önce ailelere, çocuklarının sözcük ve cümleleri bitinceye kadar dikkatlice dinlemeleri, kekelerken müdahalede bulunmamaları, eleştirmemeleri, çocuğun kekelediği sözcükleri kesinlikle heceleyerek söyletmeye çalışmamaları, "dur, acele etme", "yeniden başla", "önce derin bir nefes al" gibi uyarılarda bulunmamaları, çocukları kekeliyor diye her istediğini yapmaya ya da aşırı ödüllendirmeye kalkmamaları, beklentiyi gerçekçi tutmaları yönünde önerilerde bulunulmuştur. Her çocukla ilk oturum için randevu tarihi belirlenmiş, ailenin uygun olduğu gün ve saatler saptanarak uygulama takvimi oluşturulmuştur. Çalışmaya katılan 10 çocuk ile 45 dakikalık 20 oturum yapılmıştır. Oturumlar, araştırmacı tarafından, çalıştığı eğitim merkezinin, konuşma terapisi odasında gerçekleştirilmiştir. BDT uygulamaları, uygulama sertifikasına sahip araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. 20 oturumun uygulama içeriği şu şekildedir:

1.Oturum

Süre: 45 dakika

Amaç: Bu oturumun amacı, “solunum organlarını tanıtmak, yatarak diyafram solunumu ve vücut gevşeme egzersizlerine yönelik faaliyetler yapmasını öğretmektir.

Hedef davranışlar: Solunum organlarını tanıma, Yatarak tüm vücut gevşeme, Yatarak diyafram solunumu yapma, Oturarak yüz gevşeme

Eğitsel araç: Solunum organları ile ilgili maket, mat, sandalye, yastık

Yöntem: Anlatım, demonstrasyon

Süreç: Sohbet ile başlanır. Solunum organları ve diyafram solunumu öğretilir. Diyafram kası hissettirilir. Vücudunun kasıldığını ve gevşediğini hissetmesi sağlandıktan sonra, seans değerlendirme sohbeti yapılır.

Çocuk ile birinci oturumda 10 dakika sohbet edilmiştir. Çocuktan kendini tanıtmayı istendi. Kekemelik hakkında bilgi seviyesi, düşünceleri, kendi kekemeliği ile ilgili farkındalığı ve terapi sürecinden beklentileri konuşuldu. Konuşma mekanizması hakkında bilgi verilir. Konuşma mekanizmasının, nefes alıp vermenin, seslerin oluşumunun, artikülasyonun ve bu mekanizmanın konuşmayı oluşturmak için nasıl birlikte çalıştıkları anlatıldı. Ardından doğru solunum paterni sağlamak amacıyla solunum organları maket yardımı ile tanıtıldı. Yanlış nefes alma ile ortaya çıkan konuşma zorluğu konuşuldu. Ardından danışana solunum maketi üzerinden konuşurken takıldığı organını göstermesi istendi. Solunum organlarının kavratılması için masada duran organları maket üzerinden doğru yere takarak göstermesi istendi. Ardından yapılacak olan solunum egzersizlerinin, gevşeme egzersizlerinin ve rahatlama tekniklerinin doğru solunum paterni sağlamada, yaşanan solunum güçlüğü ortadan kaldırarak rahatlama sağlamak amacıyla yapıldığı danışana açıklandı. Solunum egzersizlerine vücut gevşeme egzersizleri eklenerek solunum performansının artırılması hedeflendi. Ardından Karın solunumu ve Gevşeme Egzersizi danışana anlatıldı. Bu amaçla danışanın kafasının altına ince bir yastık konularak matın üstüne sırt üstü yatırıldı. Rahat hissettiği anda burnundan derin bir nefes alarak tüm kaslarını sıkarak kasma sağlandı. Ardından alınan nefes ağızdan yavaşça bırakılırken tüm kasların gevşetilmesi sağlandı. Tüm kaslarının kasıldığını ve gevşediğini hissedene kadar egzersiz tekrarlandı. Gevşemeyi hissettikten sonra karın

egzersizi yapıldı. Bir elini karnına diğer elini göğsüne koyması istenir ve ardından burnundan alınan nefes akciğerlerdeki hacim artışı ve diyafram hareketi sonucu karın bölgesinde şişme beklenmiştir. Bu süreci karın bölgesine koyduğu eliyle kontrol etmesi istendi. Göğüs solunumu yerine karın solumu becerisi kazanıncaya kadar egzersiz devam edildi. Solunum ve gevşeme egzersizleri 15 dakika boyunca gerçekleşti.

Yüz kaslarını, dil, dudak, çeneyi rahatlatmak amacıyla oturarak 5 dakika boyunca yüz gevşetme egzersizleri model olunarak danışana anlatıldı ve uygulandı. Masada duran aynaya bakarak danışandan derin bir nefesle tüm yüz kaslarını kasıp yavaşça nefesini bırakırken gevşetmesi istenmiştir. Dudaklarını açıp kapatması, dudaklarını öne doğru büzüp germesi, alt ve üst dudağı sırasıyla, ısırması, ağzını açıp dilini çıkarıp hareket ettirmeden beklemesi, dilini çıkarıp 30 saniye bekletmesi, dilini yukarı ve aşağı doğru dışarı çıkarması, sağ ve sol tarafa doğru dışarı çıkarması, dili ile damağını süpürme hareketi yapması, diliyle dairesel hareketler ile dudağını ve dişlerini yalaması ve başını hiç kıpırdatmadan sanki meyve yemiş gibi ağzın, sağa, ortaya ve sola doğru ısırma hareketi yapması istenmiştir. Bu egzersiz sırasında ayna kullanılarak danışanın kendini görmesi sağlandı.

Oturarak vücut gevşeme egzersizleri 10 dakika yapılmıştır. Danışandan derin bir nefes alıp kollarını dizlerinin üstünden yavaşça ve gergin şekilde yukarı kaldırıp, nefesini yavaş bir şekilde üfleyerek vererek, kollarını aşağıya indirmesi istenmiştir. Daha sonra ellerini kenetleyip nefes alarak gergin şekilde başının üstüne kaldırması, nefesini bırakırken kollarını yavaşça bırakarak rahatlaması istenmiştir. Dirsekleri sağa ve sola bakacak şekilde ellerini birbirine kenetleyerek iki yana doğru tüm gücüyle çekmesi son olarak sandalyede otururken nefesini alıp sandalyenin yanlarından tutarak kendisini kaldırmaya çalışması ve nefesini bırakarak vücudunu rahatlatması istenmiştir.

Danışana gevşeme egzersizlerinin amacı olarak akıcı konuşma bozukluğuna eşlik eden ikincil vücut kasılmalarının egzersizlerle gevşetilmesi amacıyla yapıldığı açıklanmıştır. Son 5 dakikada danışanın seans hakkında düşünceleri öğrenilir. Danışana karın solunumu ve gevşeme egzersizleri ile ilgili ödevler verildi. Başlangıçta

günde 10'ar dakika olmak üzere egzersizlerin yapılması istenmiştir.

2. Oturum

Süre: 45 dakika

Amaç: Bu oturumun amacı, “solunum organlarını tanıtmak, yatarak diyafram solunumu ve vücut gevşeme egzersizlerine yönelik faaliyetler yapmasını öğretmek ve (BDT) bilişsel davranışsal terapi yöntemini uygulamaktır. Bu oturumda, sorunun yaşandığı veya yaşanmadığı durumlar göreceli olacak şekilde daha kolay üstesinden geldiği zaman dilimleri belirlenerek, geçmişte başarılı çözümler bugüne transfer edilerek, sorunun yaşanmadığı zamanların keşfedilmesi ve bu zaman dilimlerinde neler olduğu ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Yatarak diyafram solunumu ve vücut gevşeme egzersizlerine yönelik faaliyetlerin tekrar edilmesi, baş ve boyun gevşeme egzersizlerinin öğretilmesi hedeflenmiştir.

Hedef davranışlar: Solunum organlarını kavrama, Yatarak ve ayakta tüm vücut kaslarını gevşetme, Yatarak diyafram solunumu yapma, Oturarak yüz ve vücut gevşeme, Baş ve boyun gevşeme

Eğitsel araç: Mat, sandalye, yastık

Yöntem: Anlatım, demonstrasyon

Süreç: Sohbet ile başlanır. Solunum organları ve diyafram solunumu tekrar edilir. Vücut, yüz, baş, boyun kaslarının kasıldığını ve gevşediğini hissetmesi sağlanır. Bundan sonrasında, konuşma sırasında doğru ve rahat solunum şeklini kazanması ve bu süreci kendisinin yürütmesi gerektiği söylenir. Seans değerlendirme sohbeti yapılır.

Danışan ile ikinci oturuma 5 dakika sohbet ile başlanmıştır. Okul ve aile hayatına yönelik sohbet edilmiştir. Derslerinin nasıl olduğu, arkadaşları ve öğretmenleri ile iletişimi konuşuldu. Ardından danışan ile güvenli terapötik ilişki gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir. Bu bağlamda danışana samimiyeti göstermek adına “*Neler yaşadığını deneyimlemek ve sana yardımcı olmak istiyorum. Birlikte çalışabileceğimize ve bu terapinin etkili olacağına inanıyorum. Başka vakalarda da bu durumlarda yardımcı oldum. O yüzden senden isteğim, buna inanman*” şeklinde doğrudan ve dolaylı olarak mesaj verilir. Bu sayede danışana sıcak ve ilgili davranış ile kendisini sevmeye değer görmesi, sorunları çözmek adına kendisini daha az yalnız

hissetmesi, terapinin işe yarayacağına dair gerçekçi bir umut hissetmesi hedeflenmiştir.

Danışanın terapiye olan inancı, motivasyon düzeyi, güçlü yönleri hakkında bilgi sahibi olundu. Terapinin amacını tanımlamak ve danışan ile bu amaç üzerinde uzlaşma sağlamak hedeflenir. Çözümü olumlu ifadelerle amacı somut ve davranışsal olarak tanımlamak için mucize sorusu sorulmuştur. *'Nasıl bir değişiklik isterdin?'* sorusu ile durumu daha net bir şekilde ifade etmesine destek olundu. *'Peki kekemeliğinin komple gitmesi sana ne sağladı? 'Kekemeliğinin olmaması senin hayatında neyi değiştirir?'* şeklinde durum, duygu, düşünce ve davranış ilkeleri doğrultusunda soru sorularak devam edilmiştir. Danışanın verdiği yanıt üzerinden, Terapi seansına istisna durumları saptama üzerinde yoğunlaşarak devam edilir. *"Evet, doğru anladığımdan emin olmak istiyorum. Durum şöyle mi; mesela kantinden tost sipariş etmek istiyorsun ve şöyle bir düşüncen mi aklından geçiyor, 'Yine /b/ sesinde tutukluk yaşayacağım ve arkadaşlarım gülecekler.'* Bu düşünce de kaygılanmana neden oluyor ve sende o yüzden konuşarak sipariş vermekten vazgeçiyorsun doğru mu anlamışım? diyerek, danışana durumu kavramsallaştırılır. Ardından danışandan problemin hayatını nasıl etkilediğini anlatması istenir. *"Az olsa bile mucizenin bazı kısımlarının hali hazırda gerçekleştiği andan bahseder misin, kekemeliğin bu kadar yoğun olmadığı zamanlar ya da şöyle sorayım kekemeliğe rağmen rahat hissettiğin zamanlar ne zamanlar?"* şeklinde sorular sorulmuştur.

10 dakikalık BDT uygulamasının ardından danışandan izin alınarak 5 dakikalık spontan konuşmasının videoya çekilmesinin izni alınır ve konuşmasının farkındalığını görebilmesi amacıyla bir video çekileceği açıklanmıştır. Danışanın izni ile kısa bir video çekilmiştir. Danışana çekilen spontan konuşması gösterilmiştir. Bir önceki seansta sorulan bu soru tekrarlanarak videodaki kendisine bakması istenerek konuşurken nerede takıldığı sorusu sorulur? Bu video görüntüsü ile ilgili gerçek düşüncelerini açıklaması istenmiştir. Bu sayede video aracılığıyla danışanın kendisini görerek farkındalık oluşturması ve duyarsızlaşması hedeflenmiştir.

10 dakika boyunca 'Karın ve Gevşeme Egzersizi' yapılır. Burundan derin bir nefes alıp tüm kaslarını sıkması istenmiştir. Kaslarını kastığı esnada *'Yüz kaslarını sık, boyun kaslarını sık, göğüs kaslarını sık, kol kaslarını sık, el kaslarını sık, şimdi*

yavaşça tüm kaslarını gevşet, yumuşacık olsun.” şeklinde yönerge verilmiştir. Gevşemeyi hissettikten sonra karın egzersizi yapılmıştır. Bir elini karnına diğer elini göğsüne koyması istenir ve ardından burnundan alınan nefes akciğerlerdeki hacim artışı ve diyafram hareketi sonucu karın bölgesinde şişme beklenmiştir. Bu süreci karın bölgesine koyduğu eliyle kontrol etmesi istenmiştir. Göğüs solunumu yerine karın solunumu becerisi kazanıncaya kadar egzersizler sürdürülmüştür. Danışandan yatarak burundan alınan nefesin 10 saniye boyunca akciğerlerde tutularak ağız yolu ile boşaltılması istenmiştir. Burundan alınan nefesin 15 saniye boyunca yavaş yavaş ağız yolu ile boşaltılması istenmiştir. Burundan alınan nefes 5 saniye tutulup bir anda üflenerek ağız yolu ile boşaltılması istenir. Son olarak burundan alınan nefes 4 eşit parçaya bölünerek verilmesi istenmiştir. Solunum egzersizleri ayakta da sürdürülmüştür. Yapılan karın solunumlarının danışanı rahatlatıp rahatlatmadığı hakkında konuşulmuştur.

Ardından bir önceki seansta yapılan yüz kaslarını gevşetme egzersizi ve vücut gevşeme egzersizleri tekrarlanmıştır. Danışana baş boyun gevşetme egzersizi model olunarak anlatılıp baş boyun kaslarını gevşetmek amacıyla yapıldığı açıklanmıştır. Baş ve boyun gevşetme egzersizi yapılırken, danışanın sandalyenin arkasına yaslanarak dik bir şekilde oturması istenmiştir. Danışan başı orta hattayken burnundan derin bir nefes alması istenmiştir. Başını yavaşça sağa doğru çevirip tekrar orta hatta getirene kadar ağızında nefesini bırakması istenmiştir. Başını tekrar orta hatta getirdiğinde burnundan tekrar derin nefes alması istenmiştir. Bu kez başını sol tarafa çevirip tekrar orta hatta çevirene kadar yavaşça nefesini bırakması istenmiştir. Başın yukarı aşağı hareketi ile aynı işlem tekrarlanmıştır. Bu egzersiz esnasında boyun kaslarının gevşek olduğundan emin olması istenir. Bu egzersizler 10 dakikada tamamlanmıştır.

Son 5 dakika oturum değerlendirme sohbeti yapılıp, terapi ve egzersizler hakkında konuşulmuştur. Solunum ve gevşeme egzersizlerini her gün 10’ar dakika yapması istenmiştir. BDT kapsamında amaçların netleştirilmesi amacıyla ev ödevi verilir. “Bir dahaki karşılaşmamıza kadar senden gözlem yapmanı istiyorum. Bu süre boyunca ailede, hayatında, okulunda veya arkadaşlarında gördüğün ve hep olmasını istediğin şeyler hakkında düşün. Bunları bir sonraki oturumda bana anlatabilirsin” cümlesi kurularak oturum sonlandırılmıştır. Danışana karın solunumu ve gevşeme

egzersizleri ile ilgili ödevler verilir. Çalışma sırasında aile fertlerinden birininse bu egzersizleri görmesi istenmiştir.

3.oturum

Süre: 45dakika

Amaç: BDT kapsamında, spesifik, ulaşılabilir ve somut amaçlar oluşturulur. Yatarak ve ayakta karın solunumu ve vücut gevşeme egzersizlerine yönelik faaliyetler tekrar edilir. Baş ve boyun gevşeme egzersizleri öğretilir. Sesli fonemleri solunumunu kontrol ederek 15 saniye uzatması desteklenir. Ses geçişlerini akıcı bir şekilde yapabilmesi desteklenir.

Hedef davranışlar: Problemi tanımlama ve amaç oluşturmaya yönelik farkındalık geliştirme, solunum organlarını kavrama, yatarak ve ayakta tüm vücut kaslarını gevşetme yatarak diyafram solunumu yapma, Oturarak yüz gevşetme, Baş ve boyun gevşeteme, ses uzatma, ses geçiş ve dalgalandırma egzersizlerini yapma

Eğitsel araç: Mat, sandalye, yastık, kronometre, masa

Yöntem: Anlatım, demonstrasyon

Süreç: Sohbet ile başlanır. Solunum organları ve diyafram solunumu tekrar edilir. Vücut, yüz, baş, boyun kaslarının kasıldığını ve gevşediğini hissetmesi sağlanır. Ses egzersizleri yapılır. Seans değerlendirme sohbeti yapılır.

Danışan ile üçüncü oturum 5 dakikalık sosyal sohbet ile başlanmıştır. Okul ve aile hayatına yönelik sohbet edilmiştir. Geçen hafta oturumda sorulan ‘*ailende, hayatında, okulunda veya arkadaşlarında gördüğün ve hep olmasını istediğin şeyler hakkında düşün*’ sorusuna yönelik konuşulmuştur. Ardından BDT terapi ilkeleri ile devam edilir. Danışana kendi kekemeliği ile ilgili ana düşüncesi sorulur. Danışana ‘*kendi kekemeliğin ile ilgili en olumsuz düşüncen nedir?*’ sorusu sorulur. Bu durumu detaylı şekilde tarif etmesi istenmiştir. Bu otomatik düşüncede neler hissettiği ve vücudunun neresinde söz konusu duyguyu hissettiği sorulur bu durum üzerine konuşulmuştur. Ardından danışana ‘*Arkadaşın ya da aileden biri bu durumda ve aynı otomatik düşüncelere inanyor olsa onlara nasıl bir tavsiyede bulunurdun?*’ ‘*Sence ne yapmalısın?*’ sorusu sorulmuştur. 10 dakikalık BDT uygulamasının ardından karın egzersizleri önceki seansta yapıldığı şekilde tekrarlanmıştır.

Dirençli solunum egzersizleri ile bu seansa devam edilmiştir. Burundan alınan derin nefes ile akciğerlerde hacim artışına bağlı olarak diyaframın hareketi sonucu karın bölgesinde şişme beklenmiştir. Ardından oldukça yavaş bir şekilde /s/ sesi uzatılarak /sssssssssss/ şeklinde dişlerinin arasından nefesin boşaltılması istenmiştir. Bu süreçte oluşan direnç karın bölgesine konulan el ile kontrol edilmiştir. Burundan alınan derin nefes ile akciğerlerde hacim artışına bağlı olarak diyaframın hareketi sonucu karın bölgesinde şişme beklenmiştir. Ardından oldukça yavaş bir şekilde /f/ sesi uzatılarak /fffffffffff/ şeklinde dişlerinin arasından nefesin boşaltılması istenmiştir. Bu süreçte oluşan direnç karın bölgesine konulan el ile kontrol edilir. Burundan derin nefes alınarak, sssssp-ssssp-ssssp-ssssp... şeklinde oral yoldan nefes boşaltılmıştır. Burundan derin nefes alınarak, ssssssssp-sssssssp-sssssssp-sssssssssp... şeklinde normalden daha uzun ve yavaş olacak şekilde oral yoldan nefes boşaltılır. Burundan derin nefes alınarak, sssp-sssp-sssp-sssp-sssp... şeklinde normalden daha kısa ve hızlı olacak şekilde nefesini oral yoldan boşaltılır. Ayakta yapılan diyafram solunumu oturarak da tekrarlanmıştır. Egzersizler 15 dakikada tamamlanmıştır. Danışana yapılan dirençli solunumlardan sonra boğaz ve karın bölgede bir rahatlama hissedip hissetmediği hakkında konuşulmuştur.

Yüz kaslarını gevşetme egzersizleri, vücut gevşeme egzersizleri ve baş-boyun gevşeme egzersizi bir önceki seansta yapıldığı şekilde tekrarlanmıştır. Yapılan bu egzersizlerin danışanı gevşeyip gevşemediği hakkında bilgi alınır. Gevşeme egzersizlerinin ardından ses egzersizleri danışana anlatılmıştır. Ses uzatma egzersizi olarak, burundan derin bir nefes alarak her bir sesli fonem için (a, e, ı, i, o, ö, u, ü) nefes bitene kadar yavaşça uzatılması ve o fonemle başlayan bir kelime (ağaç şeklinde) söylenmesi istenmiştir (Örneğin; aaaa... ağaç). Sesler uzatılırken kronometre ile süresi tutulur ve sesleri ne kadar uzatabildiği not edilmiştir. Ses geçiş egzersizinde, burundan derin bir nefes alarak sesler ikişer ikişer art arda ve duraksamadan (aaaaeeee şeklinde) söylenmiştir. Bu çalışma diğer ses grupları ile de aynı şekilde yapılmıştır. Çalışma yapılırken oral yapı abartılı olacak şekilde konumlandırılır. Danışanın sesler arası geçişlerde akıcılığın fark edilmesi sağlanmıştır. Ses dalgalandırma egzersizinde, sesli fonemler alçaktan yükseğe doğru sıralanarak dalgalandırma çalışması yapılmıştır. 10 dakika boyunca yapılan bu ses egzersizlerinde solunum kontrolüyle seslerin çıkışının sağlanması amaçlanmıştır. Son 5 dakika seans süresince yapılan sohbetlerin ve egzersizlerin danışanı nasıl etkilediği hakkında

konusulmuştur. Danışanın ev ödevlerini yapmak için ne kadar çaba harcadığının fark edildiği belirtilerek danışanın öz-yeterlik algılarının yükselmesi sağlanmıştır. Başarısı, gayreti ve çabaların yönelik övgüler verilmiştir. Solunum, gevşeme ve ses egzersizlerini her gün 10'ar dakika yapması istenmiştir. Çalışma sırasında aile fertlerinden birisinin bu egzersizleri görmesi istenmiştir.

4.oturum

Süre: 45dakika

Amaç: BDT ile Danışanın güçlü yönleri öğrenilir. Danışanla güven ilişkisi geliştirilir. Oturarak yüz ve vücut gevşeme egzersizleri yapılır, baş ve boyun gevşeme egzersizleri ses uzatma egzersizleri ile birlikte yapılır. Metronom ile hece egzersizleri yapılır.

Hedef davranışlar: Güçlü yönlerini öğretme, Danışanla güvenli ilişki geliştirme. Oturarak yüz ve vücut gevşeme yapma, Baş ve boyun gevşeme egzersizleri ses uzatma egzersiziyle birlikte yapma, metronom ile hece egzersizleri yapma.

Eğitsel araç: Sandalye, masa, doktor oyunu, metronom

Yöntem: Anlatım, demonstrasyon

Süreç: Sohbet ile başlanır. BDT ilkelerince bir önceki haftanın değerlendirmesi yapılır. Vücut, yüz, baş, boyun kaslarının kasıldığını ve gevşediğini hissetmesi sağlanır. Metronom ile hece egzersizleri yapılır. Oyun oynanır. Seans değerlendirme sohbeti yapılır.

Danışan ile dördüncü oturum 5 dakikalık sosyal sohbet ile başlanmıştır. Okulda bir günün nasıl geçtiği ve evde zamanını nasıl geçtiği hakkında konuşulmuştur. Danışanın güçlü yanlarına yönelik sohbet edilmiştir. Sonrasında 10 dakika BDT terapi ilkelerince devam edilmiştir. Geçen seansa konuşulun otomatik düşüncelere devam edilir ve bu durumla baş etmek için "baş etme kartı" hazırlanmıştır. Örneğin "*Kantine gitmekten kaçındığımı fark edersem, kendime orada gitmek için motive ederek gitmeyi becerebilirim ve işe yaramazsa da bunu yapabilirim diye hatırlatmalıyım*" şeklinde baş etme kartı hazırlanır. Ardından çalışmalara devam edilmiştir.

Ardından bir önceki seasta yapılan yüz kaslarını gevşetme egzersizleri, vücut gevşeme egzersizleri 5 dakika yapılmıştır. Baş boyun gevşetme egzersizi sesler ile birleştirilerek çalışılmıştır. Egzersiz yapılırken, danışanın sandalyenin arkasına yaslanarak dik bir şekilde oturması istendi Danışan başı orta hattayken burnundan

derin bir nefes alarak yavaşça sağ tarafa doğru çevirirken “a” sesini uzatır ve tekrar orta hatta getirene kadar “a”sesini uzatmıştır. (a, e, ı, i, o, ö, u, ü) Tüm ünlü seslerde sağ, sol, yukarı, aşağı şeklinde gerçekleştirilir. Bu egzersiz esnasında boyun kaslarının gevşek olduğundan emin olması istenmiştir.

Solunum ve gevşeme egzersizinde yeteri kadar etkin bir performans gösterdikten sonra danışan ile ritim çalışmalarına başlanmıştır. Danışana neden ritim çalışmaları yapılacağı hakkında bilgi verilmiştir. Bu ritim çalışmalar farklı yollarla yapılacağı anlatılmıştır. Bu seansta metronom cihazı 50-55 bpm vuruş hızına ayarlanarak ritim eşliğinde metronomdan çıkan her vuruş sesinde tek heceli kelimelerin söylenmesi 10 dakika çalışılmıştır. Bu egzersizler sırasında danışanın diyafram solunumunu kullanmasına dikkat edilmiştir. Ardından hece egzersizleri (bapama, bepeme, bıpımı, bipimi, bopomo, böpömö, bupumu, büpümü) metronom ile birleştirilerek yapılmıştır. Danışanın konuşma hızını ayarlaması çalışılmıştır. 10 dakika Doktor oyunu oynanmıştır (danışanın kendi bireysel farklılıklarına ve kendi özel ilgi alanlarına göre kekeme grupla oynanabilen alternatif oyunlar seçilebilir. Bunlar ; (Sözcük dedektifi, dondurma adası, tik tak, ABC dring, olay sıralama kartları, söyle bakalım oyunu, cadı kazanı, doktor oyunu, geveze sincap oyunu, penguen oyunu). Oyun sırasında cımbız ile tutulan nesnelere solunum kontrollü ve yavaşlatılmış şekilde metronom ritmi ile söylenerek ritim çalışması desteklenir. Son 5 dakika seans değerlendirme sohbeti yapılmıştır. Terapi ve egzersizler hakkında konuşulur. Önceki seanstan sonra egzersizlerin danışanı nasıl etkilediği hakkında konuşulmuştur. Solunum, gevşeme, ses egzersizlerini yapması ve evde belirlenen bir kişiyle solunum kontrollü konuşması istenmiştir.

5.oturum

Süre: 45dakika

Amaç: BDT sürecinde umut ve iyimserlik aşılama amaçlanır. Ayakta karın solunumu, vücut gevşeme egzersizleri ve yüz gevşeme egzersizlerine yönelik faaliyetleri tekrar edilir. Lax-Vox ses terapisi eğitimi yapılır. Metronom ile hece çalışmaları yapılır.

Hedef davranışlar: BDT ile kazanılan değişimi ve olumlu dili kullanır hale getirme. Kazanılan doğru postür ile “Lax-Vox “terapisi sırasında fiziksel değişimi hissetme ve dil, dudak kaslarının aktif kullanımı, Metronom ile hece egzersizleri yapma ve yavaşlatılmış konuşma

Eğitsel araç: Sandalye, yastık, silikon Lax-Vox tüpü, küçük pet şişe su, dedektifi kutu oyunu, metronom, Kulaklık

Yöntem: Anlatım, demonstrasyon

Süreç: Sohbet ile başlanır. BDT ile devam edilir. Lax-Vox ses terapi tekniği için uygun postür anlatılır. Danışana model olunarak teknik gösterilir. Terapi sırasında boğazdaki titreşim fark ettirilir. Metronom ile hece egzersizleri yapılır. Oyun ile desteklenir. Seans değerlendirme sohbeti yapılır.

Danışan ile beşinci oturum 5 dakikalık sosyal sohbet ile başlanmıştır. Bir haftanın nasıl geçtiği konuşulmuştur. Ardından okulda yaşanan olaylar konuşulmuştur. 10 dakika BDT terapi ilkelerince devam edilir. Ardından danışan gösterilen duygu durumun ne olduğunu tahmin etmesi istenmiştir. Duygunun bedende yarattığı tepkiler ile ilgili bilgi verilmiştir. Danışanın kekemelik ile ilgili düşüncelerini ifade etmesi ve kekemelik ile ilgili 3 cümle yazması istenmiştir. Ardından danışana ‘*kekemelik anında ne düşünüyorsun? Nasıl hissediyorsun? Nasıl tepkiler veriyorsun? Peki kekeleymeden kekeleyeceğini düşündüğünde o anda ne düşünüyorsun? Nasıl hissediyorsun? Nasıl tepkiler veriyorsun?*’ Soruları sorulmuştur. Danışanın kendi kekemeliği hakkında duygu ve düşüncelerinin ardından başka insanların düşünceleri hakkında da sorular sorulmuştur. Danışana ‘*insanlar nasıl tepkiler verebilir? Peki çevrendeki insanlar, arkadaşların, öğretmenlerin, ailen, dışardaki tanımadığın insanlar gerçekte nasıl tepkiler veriyorlar?*’ sorusu sorulmuştur. Bu durumun danışan üzerinde ne gibi düşünce ve duygular uyandırdığı konusundan konuşulmuştur.

Danışana bu seansta Lax-Vox ses terapi tekniği ve uygulaması hakkında bilgi verilmiştir. Lax-Vox ile vokal kordlardaki gerilimden uzaklaşıp sesin rezonansının artırılması ayrıca sekonder solunum kaslarının fazladan çalışması engellenip karın solunumunu kolaylaştırılması ve konuşma organlarının gevşemesi hedeflenmiştir. Lax-Vox ses terapisi ile Vokal kordlar birbirlerine daha kontrollü, simetrik olarak kolay ve hızlı bir şekilde yaklaşip uzaklaşacağı özellikle kelime başında yaşanan kekemelik davranışlarının azalmasında ya da kalkmasında olanak sağlayacağı danışana anlatılmıştır. Bu terapi tekniğinde esnek silikon boru ile küçük pet şişenin dört parmak üstüne kadar eklenen suya boş nefes üfleme istenmiştir. Silikon tüp ile suya üfleme esnasında dudakların silikon tüpü kavraması, hava kaçağının olmaması, vücutların dik bir pozisyonda ve rahat bir şekilde tutması istenmiştir. Üfleme esnasında

yanak bölgesinde titreşim oluşması istenmiştir. Danışanın postürünün doğru (vücut dik ama kaslar gevşek) olduğundan emin olunduktan sonra danışandan nefes alarak suya düz bir üfleme yapması istenmiştir. Danışan suya üflendiğinde yanaklardaki ve boğazdaki titreşim fark ettirildi. Çalışma 10 dakika sürdürülür. Ardından 5 dakika boyunca metronom cihazı 50-55 bpm vuruş hızına ayarlanıp tek heceli kelime çalışmasına devam edilmiştir. Hece egzersizleri (hamming, hemming, hımming, homming, hömming, humming, hümming) metronom eşliğinde yapılmıştır. Danışanın konuşma hızını ayarlaması desteklenmiştir.

Danışan ile birlikte 10 dakika sözcük dedektifi oyunu oynanmıştır (danışanın kendi bireysel farklılıklarına ve kendi özel ilgi alanlarına göre oyunlar seçilir. Alternatif oyunlar ABC dring, dondurma adası, tik tak bom gibi oyunlardır). Oyun sırasında metronom cihazı 55 vuruş hızında ayarlanarak oyundan çıkan kelimeler metronom ritmi ile söylenerek ritim çalışması desteklenmiştir. Seans sürecince yapılan sohbetlerin ve egzersizlerin özet değerlendirmesi yapılmıştır. Son 5 dakika seans içerisinde yapılan egzersizleri günlük konuşmada rahatlamak veya gevşemek için kullanıp kullanmadığı hakkında bilgi alınmıştır. Yapılan ritim çalışmaları ve Lax-Vox çalışmaları ev ödevi olarak verilip her gün 10'ar dakika yapması istenmiş ve bu egzersizleri yaparken aileden bir kişinin bundan haberdar olup olmadığı da sorulmuştur.

6. Oturum

Süre: 45 dakika

Amaç: BDT kapsamında problemin normalleştirilmesi tekniği uygulanır. Sistematik duyarsızlaştırma kapsamında kaygı hiyerarşisi oluşturulur. Postüre ve solunuma dikkat edilerek doğru Lax-Vox ses terapi yöntemi gerçekleştirilir. Terapi sırasında fiziksel değişim hissettirilir. Ayakta ve oturarak diyafram solunumu ve vücut gevşeme egzersizlerine yönelik faaliyetler tekrar edilir. Metronom ile kelime çalışmaları yapılır. DAF işitsel gecikmiş geri bildirim ile konuşma hızını yavaşlatma ve akıcılığın artırılması hedeflenir. Kişinin kendi sesi bir saniye gecikmeli olarak, kulağına gelir. Buda kişinin konuşmasını daha akıcı hale getirir.

Hedef davranışlar: Kaygıların giderilmesi normal yaşamın zorlukları ile yaşayan birey olduğunu ve problemi yaşamasıyla birlikte normal dışı olmadığını fark etmesi

ve sistematik duyarsızlaştırma çalışmaları için başlangıç yapma. Ayakta ve oturarak diyafram solunumu ve vücut gevşeme egzersizleri yapma. Metronom ile heceleyerek yavaşlatılmış kelime egzersizleri yapma. DAF ile konuşma çalışmaları

Eğitsel araç: Sandalye, masa, dondurma adası oyunu, metronom, silikon Lax-vox tüpü, küçük pet şişe, Kulaklık.

Yöntem: Anlatım, demonstrasyon

Süreç: Sohbet ile başlanır, BDT ilkeleri ile süreç izlenir. Metronom ile kelime düzeyinde egzersizler yapılır. Oyun oynanır. Seans değerlendirme sohbeti yapılır.

Danışan ile altıncı oturum 5 dakika sosyal sohbet ile başlanmıştır. Bir haftanın nasıl geçtiği konuşulur. Danışan paylaşmak istediklerini anlatmıştır. Konuşma sırasında danışandan öğrenmiş olduğu teknikleri kullanarak konuşması istenmiştir. Ardından 10 dakika (BDT) terapi ilkelerince devam edilir. Danışana kekemlikle ilgili yanlış düşünce ve inanışlar ifade edilmiş ve birçok kişinin de başına gelebilen bir durum olduğu hikâye eşliğinde anlatılmıştır. 5 dakika, danışana sistematik duyarsızlaştırma tekniği kapsamında kaygı hiyerarşisi oluşturularak devam edilmiştir. Bu teknikte, çocuğun korku ve kaygı duyduğu durumların 1 ile 10 arası bir derecelendirme ile kekemelik durumunda deneyimlediği en korkutucu ve kaygı yaratıcı durumdan en az korku ve kaygı yaratıcı durumlara doğru sıralayarak listelemesi istenmiştir. En az kekeleyiği ortamdan en çok kekeleyiği ortama doğru kaygı merdiveni oluşturulmuştur. Ardından çalışmalara devam edilmiştir.

Danışan çalışmalar sırasında çok iyi gözlemlenir ve danışanın ihtiyacına göre program akışı sürdürülmüştür. Solunum sorunu yoksa danışana solunum ile ilgili herhangi bir öneri, uyarıda bulunmayıp ağızdan nefes aldığı bloke yaşadığı durumlar gibi anlarda solunum için ufak yumuşak uyarılarla desteklenmiştir. Danışana solunum ve gevşeme egzersizlerini evde kendi bedenini gevşek hissettirecek şekilde sadece rahatlamak amacıyla keyfi yapabileceği açıklanmıştır. Ardından 5 dakika uzatarak yavaşlatılmış konuşma çalışmaları yapılmıştır. Uzatma çalışmalarının ilk hece uzatma ve ikinci hece uzatma şeklinde yapıldığı danışana anlatılmıştır. Hecedan hikâyeye kitabı, tek heceli ve iki heceli kelime listelerinden yararlanılarak danışana ilk hece ve ikinci hecenin uzatılarak konuşulması anlatılmıştır. Danışanla uzatarak konuşma çalışmaları yapılmıştır. Ardından metronomun ritmi ile yavaşlatılmış uzatarak

konuşma çalışmaları birleştirilerek çalışmalar sürdürülmüştür. 5 dakika Metronom cihazı 50-55 bpm vuruş hızına ayarlanıp tek heceli kelime çalışmasına devam edilmiştir. Hece egzersizleri (mamming, memming, mimming, momming, mömming, mumming, mümming) metronom eşliğinde yapılmıştır. Danışanın konuşma hızını ayarlaması desteklenmiştir.

Ardından 10 dakika Lax-Vox ses terapi tekniğine devam edilmiştir. Silikon tüp ile suya üfleme esnasında dudakların silikon tüpü kavraması, hava kaçağının olmaması, vücutların dik bir pozisyonda ve rahat bir şekilde tutması istenmiş ve sağlanmıştır. Üfleme esnasında yanak bölgesinde titreşim oluşması istenmiştir. Danışanın postürünün doğru (vücut dik ama kaslar gevşek) olduğundan emin olunduktan sonra danışandan nefes alarak suya üflerken (uuuuu) sesini çıkarmasını kolaylaştırmak için /u/ sesinin başına belirgin bir şekilde 'hhh' sesi eklenerek 'hhhhhuuuuuu' sesi çıkartılır. Daha sonrasında danışandan /ü/, /o/, /ö/ sesleri başından 'hhh' olacak şekilde çıkartılması istenmiştir. Daha sonra danışandan sadece /u/, /o/, /ö/ seslerini çıkarması istenmiştir. Model olunarak boruya üfleyerek ses çıkarırken sesini tiz ve pes olarak dalgalandırması istenmiştir. Danışan suya üflendiğinde yanaklardaki ve boğazdaki titreşim fark ettirilir ve yapılan çalışmanın kendisinden nasıl bir hissiyat oluşturduğu, kendisini gevşetip gevşetmediği hakkında konuşulmuştur. Ardından fısıltı ile konuşma çalışılır. Dondurma adası oyunu oynanarak uzatarak heceleme çalışması desteklenmiştir.

Ardından danışana 5 dakika DAF (Gecikmeli İşitsel Geri Bildirim) programı uygulanmıştır. Danışana bu yöntemin eko mantığına dayandığı kendi sesini gecikerek duyacağı anlatılmıştır. Danışana konuşma esnasında meydana gelen kas spazmlarını azaltmaya yönelik bu çalışmanın yapıldığı açıklanır. DAF programı ile bir milisaniye gecikmeli işitsel geri bildirim çalışması yapılmıştır. Daha sonra 5 dakika Seans sürecince yapılan sohbetlerin ve yavaşlatılmış uzatarak konuşma, metronom ile uzatarak konuşma çalışmaları hakkında danışan ile değerlendirme sohbeti yapılmıştır. Bu çalışmaları her gün 10'ar dakika yapması ve aile fertlerinden birinise bu egzersizleri görmesi istenmiştir. Problem çözme adına danışanın, elinden geleni yaptığının fark edildiği ve ev ödevlerini yapmak için ne kadar çaba harcadıklarını fark

edildiği belirtilerek söz-yeterlik algıları yükseltmiştir. Evde ödev olarak metronom ve lax-vox çalışmaları yapması istenmiştir.

7.Oturum

Süre: 45 dakika

Amaç: BDT uygulaması zaman baskısını konuşarak yapılır. Sistematik duyarsızlaştırma çalışması içinde en çok kaygı duyulan ortam canlandırması yapılarak ne hissettiği ve bu hissettiklerinin onda ne gibi etkiler yarattığı konuşulur. Bu durumun yaşattığı zaman baskısı üzerine konuşulur Lax-Vox terapi yöntemi uygulanır. Metronom ile kelime düzeyinde çalışma yapılır ve ritim algısı desteklenir. DAF işitsel gecikmiş geri bildirim ile konuşma hızını yavaşlatma ve akıcılığın artırılması hedeflenir. Kişinin kendi sesi iki milisaniye gecikmeli olarak, kulağına gelir. Kişinin konuşmasını daha akıcı hale gelmesi hedeflenir.

Hedef davranışlar: Doğru postür ile Lax-Vox terapisi sırasında fiziksel değişimi hissetme, dil dudak kaslarını aktif kullanma. Problemi çözmek için danışanın hayatında değiştirmesi gereken şeylerin olduğu konusunda farkındalık kazanması, ritim algısını destekleme, ritimli ve yavaş konuşma. DAF ile konuşma çalışmaları

Eğitsel araç: kalem, defter, sandalye, masa, metronom, kelime kitabı, jenga oyunu, silikon Lax-Vox tüpü, küçük pet şişe, Kulaklık.

Yöntem: Anlatım, demonstrasyon

Süreç: Sohbet ile başlanır. BDT ilkeleri sürdürülür. Metronom ile tek, iki, üç heceli kelimelerde cümle düzeyinde egzersizler yapılır. Parmağı masaya sürerek ritim algısı desteklenir. Oyun oynanır. Lax-Vox çalışmaları sürdürülür. Seans değerlendirme sohbeti yapılır.

Danışan ile yedinci oturum 5 dakikalık sosyal sohbet ile başlanmıştır. Bir haftanın nasıl geçtiği konuşulmuştur. Ardından okulda yaşanan olaylar konuşulmuştur. Oturuma BDT terapisi 10 dakika devam edilir. Danışan ile zaman baskısı üzerine konuşulmuştur. Zaman baskısının kişinin baskı altında hissetme olduğu anlatılır. Grup içinde sıranın kendine gelmesini beklemek, senden sonra konuşacak kişinin sırasını beklerken sabırsızlanması gibi durumlar olduğu söylenmiştir ve danışana ‘ ‘*Aklına gelen başka örnekler var mı diye sorulur?*’ ’ verilen

*cevap üzerine ‘‘Bu durumlarda kendini nasıl hissediyorsun?’’*sorusu sorulmuştur. Zaman baskısını tanımlamak için danışandan bir resim çizmesi istenmiştir ve zaman baskısı altında konuşmanın hissettirdiklerinin, sonuçlarının fark edilmesi ve çözüm yolları keşfettirilmiştir. Ardından danışana bir okul çağı çocuklarda kekemelik kitabından kısa hikaye okunmuştur. ‘‘*Hasan Türkçe dersini çok seviyordu. Öğretmeni derste soru sorduğunda tüm cevapları biliyordu fakat arkadaşlarının önünde kekelemekten çekindiği için soruları cevaplamak üzere parmağını hiç kaldırmıyordu*’’ hikayeden sonra danışandan söylemekten en çok kaçındığı sözcükleri kağıda yazması istenmiştir. Yazılan bu kağıtlar bir torbaya konulmuştur. Bu kelimeler kullanılarak duyarsızlaştırma çalışmaları yapılmıştır.

BDT uygulamasının ardından 10 dakika Lax-Vox ses terapi tekniği ile devam edilmiştir. Silikon tüp ile suya üfleme esnasında dudakların silikon tüpü kavraması, hava kaçağının olmaması, vücutların dik bir pozisyonda ve rahat bir şekilde tutması istenmiştir ve sağlanmıştır. Üfleme esnasında yanak bölgesinde titreşim oluşması istenmiştir. Danışanın postürünün doğru (vücut dik ama kaslar gevşek) olduğundan emin olunduktan sonra, danışandan heceden hikaye kitabı ve tek heceli kelime listesi kullanılarak suya üfleme yapması istenmiştir. daha sonra , silikon boruyu ağızdan çıkarıp tek heceli kelime çalışması yapılır (bas-kas-tas-kes vb. kelimeler gibi). Danışan suya üflendiğinde yanaklardaki ve boğazdaki titreşim fark ettirilmiştir ve yapılan çalışmanın kendisinden nasıl bir hissiyat oluşturduğu hakkında konuşulmuştur.

Daha sonra 5 dakika heceleyerek uzatma çalışmalarına devam edilmiştir. Danışandan normal hızda ve ses tonunda metronom 50-55 bpm seviyesinde tek, iki, üç heceli olacak şekilde kelime düzeyinde konuşma hızı ayarlanarak çalışma yapılmıştır. Danışanın konuşma hızının ayarlanması desteklenmiştir. Danışanın konuşma hızı oldukça yavaş ise hızlandırılmış şekilde çalışılmıştır. Ancak konuşması zaten hızlı ise bu çalışma yapılmayıp uzatarak konuşma çalışmaları sürdürülür. Ritim algısını desteklemek amacıyla danışandan parmağını masaya vurarak ya da ayağıyla ritim yaparak kelime düzeyinde danışanın bireysel farklılıkları ve isteği üzerine hece baş veya son hece de uzatma çalışmaları yapılmıştır.

Seans bitimine doğru 5 dakika jenga oyunu desteklenerek ritim çalışmaları desteklenmiştir. Danışandan torbanın içinden kelimeleri seçerek kullanılan konuşma teknikleriyle seçtiği kelimeyi söylemesi istenmiştir. Bunu söylerken kendini en rahat

hissettiği yöntem ile parmağını masaya sürüyerek veya ayağını yere vurarak ritmi desteklenmiştir.

Danışana 5 dakika DAF programı uygulanmıştır. DAF programı ile iki saniye gecikmeli işitsel geri bildirim çalışması yapılmıştır. Danışan ile oynanan cadı kazanı oyunu ile yavaşlatılmış uzatarak konuşma desteklenmiştir. Seans sürecince yapılan sohbetlerin ve yavaşlatılmış uzatarak konuşma, metronom ile uzatarak konuşma çalışmaları hakkında danışan ile değerlendirme sohbeti yapılır. Bu çalışmaları her gün 10’ar dakika yapması istenmiştir.

8. Oturum

Süre: 45dakika

Amaç: BDT yöntemleri uygulanır. Oluşturulan kaygı listesi devamında sistematik duyarsızlaştırma çalışmaları yapılır. Bu oturumda ritim algısı destekleme ve kelime düzeyinde ritim çalışmaları yapılır. Ağız içi basınç egzersizleri yapılır. Fısıltı ile konuşma ve kalem ile konuşma egzersizleri yapılır ve PNF ile desteklenir. DAF işitsel gecikmiş geri bildirim ile konuşma hızını yavaşlatma çalışması yapılır.

Hedef davranışlar: BDT çalışması Dışsallaştırma tekniği ile terapist ve danışan arasında güçlü bağ oluşturulması. Sistematik duyarsızlaştırma çalışmalarını destekleme, ritim algısını metronom kullanmadan destekleme, ağız içi basınç egzersizini yapabilme. DAF ile konuşma çalışmaları.

Eğitsel araç: kalem, defter, sandalye, masa, yastık, silikon Lax-Vox tüpü, küçük pet şişe, su, kelime kitabı, geveze sincap oyunu, Kulaklık.

Yöntem: Anlatım, demonstrasyon

Süreç: Sohbet ile başlanır. BDT bir önceki haftanın değerlendirmesi ile başlar ve süreç izlenir. Parmağı masaya sürerek ritim algısı desteklenir Kelime düzeyinde ritim çalışmaları yapılır. Ağız içi basınç egzersizleri yapılır. Yavaş ve yumuşak konuşma çalışmaları desteklenir. Oyun oynanır. Seans değerlendirme sohbeti yapılır.

Danışan ile sekizinci oturum 5 dakika sosyal sohbet ile başlar. Bir haftanın nasıl geçtiği hakkında konuşulmuştur. Danışan paylaşmak istediklerini anlatır. ‘‘Geçen seanstan bu yana ne oldu?’’ sorusu yöneltilmiştir. Danışan geçen seanstan bugüne kadar neyin iyi gittiğini söylediğinde; ‘ ‘Bunu nasıl sağladın? Bu olumlu

değişim senin gününün nasıl olmasını sağladı?’’ sorusu yöneltilmiştir. Olumlu davranışları ve tutumlarından sonra danışanın olumlu tutumunun devamlılığı amacıyla övgü tekniği kullanılmıştır. Ardından 10 dakika BDT terapi ilkelerine devam edilerek düşünce değerlendirilmesi ve alternatif bilişsel süreçlerin gelişimi bileşeni uygulanmıştır. Alternatif dengeli düşünme danışana öğretilmiştir. Eski düşüncelerinin yeniden gözden geçirilmesi olarak danışanın yeni bakış açısıyla düşünme biçimi öğretilmiştir. Problem çözme becerilerini geliştirebilmenin önemi ifade edilmiştir. Sorunlarla baş edebilme üzerine konuşulmuştur. Danışana ‘’Dar bir sokakta kamyon üzerinize doğru gelmekte. Kamyon kontrolünü kaybetmiş ve sizin herhangi bir yana kaçabileceğiniz boşluk yok. Dar sokağın sonunda ise tuğladan bir duvar var. Kamyon sizi bu duvara sıkıştırmak üzeredir. Fakat duvarda kilitli bir kapı bulunmakta ve kapının anahtarı sizdedir. Elinizi cebinize sokup anahtarı çıkarıp onu kilidin deliğine sokmak zorundasınız. Eğer dikkatinizi kamyonu verip anahtardan uzaklaştırırsanız ezilip öleceksiniz’’* okuma parçası okunur. Danışana parçadan ne anladığına yönelik sorular sorulmuştur. Konuşma sırasındaki akıcılıkta, zihinsel meşguliyetin tamamıyla güçlü bir rahatlama gayretine sahip olmanın önemi olduğu, sadece akıcı olmanın yetmediği yapılan çalışmaları doğru uygulamak, rahatlamak için güçlü bir zihinsel gayret göstermenin gerekliliği üzerine konuşulmuştur.*

10 dakika boyunca Lax-Vox ses terapi tekniğine devam edilmiştir. Silikon tüp ile suya üfleme esnasında dudakların silikon tüpü kavraması, hava kaçağının olmaması, vücutların dik bir pozisyonda ve rahat bir şekilde tutması istenmiştir ve sağlanmıştır. Üfleme esnasında yanak bölgesinde titreşim oluşması istenmiştir. Danışanın postürünün doğru (vücut dik ama kaslar gevşek) olduğundan emin olunduktan sonra danışandan heceden hikaye kitabı ve iki heceli kelime listesi kullanılarak suya üfleme yaptıktan sonra silikon boruyu ağızdan çıkarıp iki heceli kelime çalışması yapılmıştır (bardak-kasap-terlik-kesik vb. kelimeler gibi). Danışan suya üflendiğinde yanaklardaki ve boğazdaki titreşim fark ettirilir ve yapılan çalışmanın kendisinden nasıl bir hissiyat oluşturduğu hakkında konuşulmuştur.

5 dakika Ritim çalışmalarına devam edilmiştir. Danışan en rahat ettiği durumlardan birini seçerek parmağını masaya sürüyerek, yere ayağıyla vurup tutarak

veya parmağıyla içinden sayarak heceden hikayeye, tek, iki, üç heceli kelime listeleri kullanılarak kelime düzeyinde ve tek vuruşlu, son hece uzatılarak çalışma yapılmıştır. PNF yöntemiyle danışandan hareket ile sesi önce oturma sonra yürüme pozisyonunda çalışılmıştır. Çalışmaya melodik ritimde eklenerek trilateral uyaranla konuşma üretimi gerçekleşmiştir. Danışan yürüdüğü anda konuşmakta ve ritimle aynı zamanda şarkı söylemekte bu oluşan ritme göre yavaşlanıp hızlanılarak çalışma 5 dakika boyunca sürdürülmüştür. Ağız içi basınç çalışması patlamalı seslerle çalışılmıştır. Danışandan burnundan nefes alıp yanaklarını şişirip basınçlı bir şekilde nefesini pa, pe, pı, pi, po, pö, pu, pü şeklinde vermesi istenmiştir. Ağız içi basınç çalışması yapılırken danışanın solunum kontrolünü sağlamakta zorlandığı durumda solunum ile ilgili ufak yumuşak uyarılarda bulunarak doğru solunum yönteminin aklına gelmesi sağlanmıştır.

Danışana 5 dakika DAF programı uygulanmıştır. Daf programı ile üç saniye gecikmeli işitsel geri bildirim çalışması yapılmıştır. Ardından geveze sincap oyunu oynanarak öğrenilen konuşma teknikleri desteklenmiştir. Sorulan sorular ve verilen cevaplar ritimli olarak tek vuruşlu ve son hece uzatılarak verilmiştir. Son 5 dakika seans sürecince yapılan sohbetlerin ve çalışmaların değerlendirme sohbeti yapılır. Lax-vox, ritim çalışmaları ağız içi basınç ödev olarak verilmiştir.

9.Oturum

Süre: 45dakika

Amaç: BDT kapsamında ilkelere devam edilir. Belirlenen hedef davranış üzerine oluşturulan kaygı hiyerarşisi sistematik duyarsızlaştırma çalışması kapsamında çalışılır. Lax-Vox terapi yöntemi ilerleyen aşamalarda çalışılır. Solunum kontrollü ve yumuşak yavaş kelime çalışmaları yapılır. Heceleyerek konuşma yapılır. Ritim çalışmalarına ve ağız içi basınç egzersizlerine devam edilir. PNF yöntemi ile ses uzatma egzersizi öğretilir. DAF işitsel gecikmiş geri bildirim ile konuşma hızını yavaşlatma ve akıcılığın artırılması hedeflenir. Kişinin kendi sesi üç milisaniye gecikmeli olarak, kulağına gelir.

Hedef davranışlar: Ritim çalışması, ağız içi basınç egzersizi, PNF yöntemi ile konuşma ve Lax-Vox ses terapisi, sistematik duyarsızlaştırma, solunum kontrollü cümle kurabilme, yavaş ve yumuşak konuşma, ses geçiş egzersizleri. DAF ile konuşma çalışmaları

Eğitsel araç: kalem, defter, sandalye, yastık, masa, kelime kitabı, silikon Lax-vox tüpü, küçük pet şişe su, kelime bulma oyunu, Kulaklık.

Yöntem: Anlatım, demonstrasyon

Süreç: Sohbet ile başlanır. BDT ile bir önceki haftanın değerlendirmesi yapılır ve süreç izlenir. Heceleyerek konuşma yapılır. Ağız içi basınç egzersizleri yapılır. PNF yöntemi ile ses uzatma egzersizi yapılır. Kelime düzeyinde ritim çalışmalarına devam edilir. Oyun oynanır. Seans değerlendirme sohbeti yapılır.

Danışan ile dokuzuncu oturum 5 dakikalık sosyal sohbet ile başlanmıştır. Ardından okulda yaşanan olaylar konuşulmuştur. Arkadaşlarının, kendisine nasıl davrandığı ve konuşması ile ilgili tutumlarının nasıl olduğu konuşulmuştur. Konuşması ile ilgili olumsuz bir şey söylendiğinde ne yaptığının anlatması istenmiştir. Sohbetin tamamlanması ile Sistemik Duyarsızlaştırma skalasında utanma duygusu üzerinde çalışılmıştır. Arkadaşları kendisine kekemesin dediğinde, kendisinin cevap olarak evet ben bazen kekeleyebiliyorum ama beni dinler ve beklerseniz konuşabilirim demesi önerilerek, üzerinde çalışılmıştır. BDT terapi ilkelerince devam edilir. Danışanın yaşamış olduğu sorunlar, stres, fobi ve kaygı gibi durumların kontrolünü gevşeme yöntemiyle azaltılması üzerine konuşulmuştur. Yaşanılan kaygının azaltılması kekemelikle bağlantılı olduğu anlatılmıştır. Ardından danışana ‘*olumlu ve olumsuz yönlerinin ne olduğu sorulur?*’ Danışana birçok insanın kendilerine haksızlık edecek kadar olumsuza odaklandıkları, kaygılandıklarında bu durum otomatik olarak gözlendiği belirtilmiştir. Ancak olumsuz düşünceleri olumlularla değiştirebilmenin insanın elinde olduğu üzerine 10 dakika konuşulmuştur.

Lax-Vox ses terapi tekniği ile devam edilmiştir. Danışanda uygun ve doğru postür sağlandıktan sonra danışan heceden hikaye kitabı ve üç heceli kelime listesi kullanılarak suya üfleme yaptıktan sonra silikon boruyu ağızdan çıkarıp üç heceli kelime çalışması yapılmıştır (bakıcı-sekreter-testere-kestane vb. kelimeler gibi). Danışan suya üflendiğinde yanaklardaki ve boğazdaki titreşim fark ettirilir ve yapılan çalışmanın kendisinden nasıl bir hissiyat oluşturduğu hakkında konuşulmuştur. Çalışma 10 dakika sürmüştür. Ardından yavaş ve yumuşak başlangıçlı konuşma ile devam edilmiştir. Bu çalışmalarla yavaş, yumuşak bir konuşmanın hedeflendiği danışana belirtilmiştir. Danışandan heceden hikayeye kitabını kullanılarak iki kelimelik cümleleri ses yüksekliğini kontrol ederek yavaş yumuşak bir şekilde ritim metodunu kullanarak söylemesi istenmiştir. PNF yöntemi gevşeme amacıyla

kullanılır. Danışandan hareket ile sesi önce oturma sonra yürüme pozisyonunda çalışılmıştır. Çalışmaya melodik ritimde eklenerek trilateral uyaranla konuşma üretimi gerçekleştirilmiştir. Danışan yürüdüğü anda konuşmakta ve ritimle aynı zamanda şarkı söylemekte bu oluşan ritme göre yavaşlanıp hızlanılmıştır. Çalışma 5 dakika sürdürülür. 5 dakika Ağız içi basınç çalışması patlamalı seslerle çalışılmıştır. Danışandan burnundan nefes alıp yanaklarını şişirip basınçlı bir şekilde nefesini pa, pe, pı, pi, po, pö, pu, pü şeklinde vermesi istenmiştir. Ardından 5 dakika son harften kelime bulma oyunu oynanarak kullanılan teknikler desteklenmiştir. Son 5 dakika seans sürecince yapılan sohbetleri ve çalışmalarla ilgili değerlendirme sohbeti yapılmıştır. Bu çalışmaları her gün 10'ar dakika yapması ve aile fertlerinden birininse bu egzersizleri görmesi istenir. Evde ödev olarak yavaş ve yumuşak konuşmaya dikkat etmesi ve Lax-vox çalışmaları yapması istenmiştir.

10.Oturum

Süre: 45dakika

Amaç: Kazanılan becerilerin devamlılığının sağlanması için BDT çalışmalarına devam edilir. Sistemik Duyarsızlaştırma çalışmaları yapılır. Lax-Vox ses terapisi ile çalışmalara devam edilir. Solunum kontrollü ve yumuşak yavaş kelime çalışmaları yapılır. Heceleyerek konuşma ve Ritim çalışmalarını yapılır. DAF ve PNF ile desteklenir.

Hedef davranışlar: BDT de Başa çıkma stratejileri, Lax-Vox terapisi yavaş, yumuşak konuşma. Ritim ve PNF çalışması ile uzatarak konuşma.

Eğitsel araç: kalem, defter, sandalye, masa, kelime kitabı, olay sıralama kartları, silikon Lax-Vox tüpü, küçük pet şişe su, Kulaklık.

Yöntem: Anlatım, demonstrasyon

Süreç: Sohbet ile başlar. BDT ile bir önceki haftanın değerlendirmesi yapılır ve süreç izlenir. BDT ilkelerine devam edilir. Spontan konuşmada ritim çalışması yapılır. Oyun oynanır. Seans değerlendirme sohbeti yapılır.

Danışan ile onuncu oturum 5 dakikalık sosyal sohbet ile başlanmıştır. Bir haftanın nasıl geçtiği konuşulmuştur. Konuşma tekniklerinin sohbet seviyesinde kullanılması sağlanmıştır. Sistemik duyarsızlaştırma kapsamında bir önceki seansta

“ben kekemeyim ama beni bekler ve dinlerseniz daha iyi konuşabilirim” sözünü akranlarının dışında başka ortamlarda da söyleyebilmesi ve bu durumun kendisine ne hissettirdiğini düşünmesi istenmiştir.10 dakika BDT ile devam edilmiştir. Danışana okul çağı çocuklarda kekemelik terapi el kitapçığı kitabından ‘*Hasan sabah okula gitti. Öğretmeni ödevlerini kontrol ederken Hasan çantasında ödevlerini bulamadı. Hasan ödevlerini kardeşinin yırttığı düşündü. Hasan kendisini nasıl hisseder?*’ sorusu sorulur. Üzerinde tartışılır. Danışandan öfkeli insanların resmini çizmesi istenmiştir. Ardından ‘*Öfkelenince söylediğin sözleri yazar mısın?*’ sorusu sorulmuştur. Tahtaya bir yanardağ çizilmiştir. Öfke ile patlayan yanardağdan neler çıkacağına dair sözcükler yazması istenmiştir. ‘*Öfkelenildiğinde rahatlamak için neler yaparsın?*’ sorusu sorulmuştur. Öfkenin sağlıklı ifadelerine yönelik yapılabilecekler tahtaya yazılmıştır ve bunun üzerine konuşulmuştur. DAF yöntemi ile öğrenilen konuşma teknikleri pekiştirilmiştir.

10 dakika Lax-Vox ses terapi tekniğine devam edilmiştir. Danışanda uygun ve doğru postür sağlandıktan sonra danışan heceden hikaye kitabı kullanılarak suya üfleme yaptıktan sonra silikon boruyu ağızdan çıkarıp iki kelimelik söz öbekleri çalışması yapılmıştır (kapının kolu-naneli limon vb. kelimeler gibi). Danışan suya üflendiğinde yanaklardaki ve boğazdaki titreşim fark ettirilmiştir ve yapılan çalışmanın kendisinden nasıl bir hissiyat oluşturduğu hakkında konuşulmuştur. Danışan ile dil dudak ve çene kaslarını etkili bir şekilde çalıştırmaya yönelik kalemle konuşma çalışması yapılmıştır. Ardından yavaş ve yumuşak başlangıçlı konuşma ile devam edilmiştir. Ritim çalışması spontan konuşma ile çalışılmıştır. PNF tekniği ile iki heceli sözcükler oturma pozisyonunda iki heceli sözcükler kol hareketleri ile sesi aynı anda kullanarak çıkartılmıştır. Çalışma 10 dakika sürdürülmüştür. Ardından 5 dakika olay sıralama kartlarıyla oyun oynanarak solunum kontrollü ve ritimli cümle çalışması desteklenmiştir. Son 5 dakika seans sürecince yapılan sohbetlerin ve çalışmaların sohbeti yapılmıştır. Bu çalışmalarını her gün 10’ar dakika yapması ve aile fertlerinden birininse bu egzersizleri görmesi istenmiştir.

11.Oturum

Süre: 45dakika

Amaç: Kazanılan becerilerin devamlılığının sağlanması için BDT çalışmalarına devam edilir. Sistemik Duyarsızlaştırma yöntemine utanma duygusu üzerinde

çalışılır. Lax-Vox ses terapi yöntemi ile çalışılır. Solunum kontrollü ve yumuşak yavaş kelime çalışmaları yapılır, Heceleyerek konuşma yapabilme, ritim çalışmalarına egzersizleri sürdürme ve PNF ile çalışmaları destekleme. DAF ile 2 saniye geri bildirimli çalışma.

Hedef davranışlar: Başa çıkma stratejileri, Lax-Vox terapisi yavaş, yumuşak konuşma.

Eğitsel araç: kalem, defter, sandalye, masa, kelime kitabı, çark çevirme oyunu, silikon Lax-Vox tüpü, küçük pet şişe su, Kulaklık.

Yöntem: Anlatım, demonstrasyon

Süreç: Sohbet ile başlar. BDT ile bir önceki haftanın değerlendirmesi yapılır ve süreç izlenir. BDT ilkelerine devam edilir. Spontan konuşmada ritim çalışması yapılır. Çataka egzersizi yapılır. PNF yöntemi kullanılarak ses uzatma egzersizi yapılır. Oyun oynanır. Seans değerlendirme sohbeti yapılır.

Danışan ile 11. oturum 5 dakikalık sosyal sohbet ile başlar. Bir haftanın nasıl geçtiği konuşulmuştur. Konuşma tekniklerinin sohbet seviyesinde kullanımının sağlanmasına yönelik konu açılmıştır. Ardından Sistemik duyarsızlaştırma kapsamında utanma ve kaçınma davranışları ile ilgili çalışmalara devam edilmiştir. BDT de çocuğun kekemeliğine bakışı ile ilgili duygusal farkındalık oluşturması için çalışılmıştır. Danışandan masanın üzerinden duran kartlardan birisini seçmesi istenmiştir. Örneğin “*Evcil hayvanlarla ilgili neler anlatmak istersin?*”, “*Okumuş olduğun bir kitabı anlatabilir misin?*” gibi sorular sorulmuştur. Danışan ile sohbet havasında konuşulmuştur. Danışana konuşma tekniklerini doğru kullandığına yönelik övgü tekniği uygulanır. Sosyal etkileşim ve teknikleri kullanımını alıştırmaları için doğal ortamlar oluşturulmuştur. Çalışma 10 dakika sürdürülmüştür.

Ardından 10 dakika lax-Vox ses terapi tekniğine devam edilmiştir. Danışanda uygun ve doğru postür sağlandıktan sonra danışan heceden hikaye kitabı kullanılarak suya üfleme yaptıktan sonra silikon boruyu ağızdan çıkarıp iki kelimelik söz öbekleri çalışması yapılmıştır (kapının kolu-naneli limon vb. kelimeler gibi). Danışan suya üflendiğinde yanaklardaki ve boğazdaki titreşim fark etmiş ve yapılan çalışmanın kendisinden nasıl bir hissiyat oluşturduğu hakkında konuşulmuştur. Danışan ile dil dudak ve çene kaslarını etkili bir şekilde çalıştırmaya yönelik kalemle konuşma

çalışması yapılmıştır. Daha sonra 5 dakika burundan nefes alınıp her sesli harf için (a, e, ı, i, o ,ö ,u ,ü) nefes bitene kadar uzatarak ses uzatma ve serbest ritim çalışmalarına devam edilmiştir. Hece egzersizleri (çataka, çeteke, çıtıkı, çitiki, çotoko, çötökö, çutuku, çütükü) ritim ile birleştirilerek yapılmıştır. Ritim çalışması spontan konuşma üzerinden de çalışılmıştır. Bu çalışmalar, 5 dakika PNF çalışması ile desteklenmiştir. Motor hareket ile sesin bir arada çıkarılmasının kendisini ne kadar rahatlatıp rahatlatmadığı ve ona ne kazandırdığı üzerinde farkındalık oluşturmaya çalışılmıştır. Ardından beş dakika DAF eşliğinde (2 saniye geri bildirimli) çark çevirme oyunu oynanarak solunum kontrollü ve ritimli cümle çalışması desteklenmiştir. Seans sürecince yapılan sohbetlerin ve çalışmaların sohbeti yapılmıştır. Bu çalışmaları her gün 10’ar dakika yapması ve aile fertlerinden birininse bu egzersizleri görmesi istenmiştir.

12. Oturum

Süre: 45dakika

Amaç: Kazanılan becerilerin devamlılığının sağlanması için BDT çalışmalarına devam edilir. Lax-Vox ses terapi ve PNF terapisi çalışılır. DAF yöntemi uygulanır. Solunum kontrollü ve yumuşak yavaş kelime çalışmaları yapılır, Heceleyerek konuşma yapabilme, ritim çalışmalarına egzersizleri sürdürme

Hedef davranışlar: Başa çıkma stratejileri, Lax –Vox ses terapisi yavaş, yumuşak konuşma. , heceleyerek ritim tutma

Eğitsel araç: kalem, defter, sandalye, masa, kelime kitabı, Abc dring oyunu, silikon Lax-Vox tüpü, küçük pet şişe su, Kulaklık.

Yöntem: Anlatım, demonstrasyon

Süreç: Sohbet ile başlar. BDT ile bir önceki haftanın değerlendirmesi yapılır ve süreç izlenir. BDT ilkelerine devam edilir. Lax vox çalışmaları sürdürülür. Spontan konuşmada ritim çalışması yapılır. Oyun oynanır. Seans değerlendirme sohbeti yapılır.

Danışan ile 12. oturum 5 dakikalık sosyal sohbet ile başlanmıştır. Okulda bir günün nasıl geçtiği ve evde zamanını nasıl geçtiği hakkında konuşulmuştur. Ardından 10 dakika BDT ve SD çalışmalarıyla devam edilmiştir. Danışana anlattıklarında yola çıkarak “*Bence restorana gidip sipariş vermiş olman çok başarılı, otuz kişilik sınıfın içinde parmak kaldırıp, öğretmenin verdiği sorulara hem doğru hem*

de güzel cevap vermen beni çok sevindirdi” gibi danışanın anlattığı ifadelerden olumlu konulara doğru yönlendirme yapılarak, danışana kendinin başarabildiği ve iyi iş çıkarabildiği gösterilerek öz güven oluşturulmuştur. “*Tek başına gittiğin restoranda siparişi kendinin verdiğini söyledin. Bu bize seninle ilgili ne söylüyor?*” sorusu yöneltilmiştir. Kendi öz farkındalığının kazanması hedeflenir. BDT ve Sistemantik duyarsızlaştırma çalışmalarına öz güven, öz farkındalık ve öz izleme çalışmalarıyla devam edilmiştir.

Ardından 10 dakika Lax-Vox ses terapi tekniğine devam edilmiştir. Danışanda uygun ve doğru postür sağlandıktan sonra, heceden hikâye kitabı kullanılarak suya üfleme çalışması yaptıktan sonra silikon boruyu ağızdan çıkarıp üç kelimelik cümle çalışması yapılmıştır (kapının kolu kırdı-naneli limon içti vb. kelimeler gibi). Danışan suya üflendiğinde yanaklardaki ve boğazdaki titreşim fark ettirilir ve yapılan çalışmanın kendisinden nasıl bir hissiyat oluşturduğu hakkında konuşulur. PNF tekniği ile üç kelimelik cümleler motor hareket ile birleştirilerek yapılmıştır.

Ardından DAF ile (3 saniye gecikmeli) ve fısıltı ile konuşma çalışılmıştır. Fısıltı ile konuşması hakkında danışana sorular sorulmuştur. Ardından 10 dakika Abc dring oyunu oynanarak danışandan öğrendiği konuşma tekniklerini kullanması istenmiştir (harfleri, heceleri uzatarak söyleme) Son 5 dakika seans sürecince yapılan sohbetlerin ve çalışmaların değerlendirme sohbeti yapılmıştır. Bu çalışmaları her gün 10’ar dakika yapması ve aile fertlerinden birininse bu egzersizleri görmesi istenmiştir.

13.Oturum

Süre: 45dakika

Amaç: Kazanılan becerilerin devamlılığının sağlanması için BDT çalışmalarına devam edilir. Sistemantik duyarsızlaştırma çalışması yapılır. Lax-Vox ses terapi yöntemi ve PNF çalışılır. Solunum kontrollü ve yumuşak yavaş kelime çalışmaları ve heceleyerek konuşma yapılır.

Hedef davranışlar: Başa çıkma stratejileri, Lax-Vox terapisi yavaş, yumuşak konuşma. Uzatarak ritim çalışması yapma.

Eğitsel araç: kalem, defter, sandalye, çark çevirme oyunu,heceden hikaye kitabı, silikon Lax-Vox tüpü, küçük pet şişe su, Kulaklık.

Yöntem: Anlatım, demonstrasyon

Süreç: Sohbet ile başlar. BDT ile bir önceki haftanın değerlendirmesi yapılır ve süreç izlenir. BDT ilkelerine devam edilir. Lax vox çalışmaları sürdürülür. Spontan konuşmada ritim çalışması yapılır. Oyun oynanır. Seans değerlendirme sohbeti yapılır.

Danışan ile 13. oturum beş dakikalık sosyal sohbet ile başlanmıştır. Bir haftanın nasıl geçtiği konuşulmuştur. Konuşma tekniklerinin sohbet seviyesinde kullanılması sağlanmıştır. 10 dakika BDT ve SD terapisi ile devam edilir. Bu aşamada hedef belirleme ve yeniden programlanması bileşeni uygulanmıştır. Danışana *“Konuşman ile ilgili problemi tanımlar mısınız? Bu durumlarda hangi çözüm yollarını kullanıyorsunuz? Hangi yöntem seni rahatlatıyor? Bu yöntem işe yarıyor mu?”* gibi sorular sorulur. Danışan ile beraber beyin fırtınası yapılmıştır. Uygulanan konuşma tekniklerini günlük hayatta da uygulaması istenmiştir. Haftaya belirlemiş olduğu bir konuyu 10 dakika boyunca ögenmiş olduğu kendinde en çok fayda gördüğü tekniği kullanarak anlatması için ödevlendirme verilmiştir. Sistematik duyarsızlaştırma kapsamında terapist ve çocuk market de terapistin kekelemesi ve çocuğun insanların tepkilerini gözlemleyerek kendi aynı ortamlarda kekelediğinde ne hissettiğini ve nasıl davranması gerektiğini düşünmüştür.

Ardından 10 dakika Lax-Vox ses terapi tekniğine devam edilmiştir. Gırtlak spazmlarının azaldığından emin olunduktan sonra su seviyesi iki parmak daha azaltılıp, silikon boru su ile temas ettiği yerden bir parmak yukarı doğru çekilmiştir. Böylece danışanın suya üfleme direnci arttırılmış olur. Danışanda uygun ve doğru postür sağlandıktan sonra danışan heceden hikaye kitabı kullanılarak suya üfleme yaptıktan sonra silikon boruyu ağızdan çıkarıp üç kelimelik cümle çalışması yapılmıştır (kapının kolu kırıldı-naneli limon içti vb. kelimeler gibi). Danışan suya üflendiğinde yanaklardaki ve boğazdaki titreşim fark ettirilmiş ve yapılan çalışmanın kendisinden nasıl bir hissiyat oluşturduğu hakkında konuşulmuştur. Ardından danışana alçak, orta ve yüksek ses ile konuşma çalışılması model olunarak anlatılmıştır. Bunu yaparken danışana bozuk ve normal sesi tanıma, birbirinden farklılıklarını somut olarak belirleme, duruma uygun şiddette tonlama yapabilme ve söylenene uygun olarak değişiklik gösterebilmesi öğretilmiştir. Sonra bu çalışmalar 5 dakika PNF çalışmaları ile hareket ve sesi birleştirerek yapılır. 10 dakika DAF

eşliğinde 3 saniye gecikmeli olarak çark oyunu oynanarak yüksek, orta ve alçak sesle konuşma çalışması desteklenmiştir. Sırasıyla çark çevrilir ve çıkan görsel ile ilgili üç kelimelik cümle kurulması ve yüksek, orta ve alçak sesle çalışması yapılmıştır. Son 5 dakika seans sürecince yapılan sohbetlerin ve çalışmaların değerlendirme sohbeti yapılmıştır. Bu çalışmaları her gün 10'ar dakika yapması ve aile fertlerinden birininse bu egzersizleri görmesi istenmiştir. Haftaya belirlemiş olduğu konu ile ilgili sunumuna hazırlanması istenmiştir.

14.Oturum

Süre: 45dakika

Amaç: Kazanılan becerilerin devamlılığının sağlanması için BDT çalışması yapma. Lax-Vox ses terapi yöntemine devam etme. Solunum kontrollü ve yumuşak yavaş kelime çalışmaları yapabilme, Heceleyerek konuşma yapabilme, ritim çalışmalarına egzersizleri sürdürme

Hedef davranışlar: Başa çıkma stratejileri, Lax-Vox ses terapisi, yavaş, yumuşak konuşma.

Eğitsel araç: kalem, defter, sandalye, masa, kelime kitabı, olay sıralama kartları, silikon Lax-Vox tüpü, küçük pet şişe su, Kulaklık.

Yöntem: Anlatım, demonstrasyon

Süreç: Sohbet ile başlar. BDT ile bir önceki haftanın değerlendirmesi yapılır ve süreç izlenir. BDT ilkelerine devam edilir. Lax vox çalışmaları sürdürülür. Spontan konuşmada ritim çalışması yapılır. Söyle bakalım oyunu oynanır. Seans değerlendirme sohbeti yapılır.

Danışan ile 14. oturum 5 dakikalık sosyal sohbet ile başlar. Okulda bir günün nasıl geçtiği hakkında konuşulmuştur. Ardından danışan geçen hafta belirlediği sunumunu 10 dakika içerisinde yapmıştır. Öğrenilen konuşma tekniklerinin sunumda kullanılması sağlanmıştır. Danışana sunum yaparken nasıl hissettiği, duygu durumu, hangi yöntemleri kullandığı gibi sorular sorulmuştur. Olumlu davranışları ve tutumlarından sonra danışanın olumlu tutumunun devamlılığı amacıyla övgü tekniği kullanılmıştır. Duyarsızlaştırma kapsamında neler yapabildiği, kendisinden ve

çevresindeki insanlardan nasıl yardım alabildiği konuşulmuştur. Bu konuda çekinceleri var ise Bilişsel Davranış Terapisi ile durum, duygu, düşünce ve davranış durumu üzerinde 10 dakika konuşulmuştur.

Ardından 10 dakika Lax-Vox ses terapi tekniğine devam edilmiştir. Danışanda uygun ve doğru postür sağlandıktan sonra danışan heceden hikâye kitabı kullanılarak suya üfleme yaptıktan sonra silikon boruyu ağızdan çıkarıp dört kelimelik cümle çalışması yapılmıştır (arkadaşları kapının kolu kırdı-annem naneli limon içti. vb. cümleler gibi). Danışan suya üflendiğinde yanaklardaki ve boğazdaki titreşim fark ettirilir ve yapılan çalışmanın kendisinden nasıl bir hissiyat oluşturduğu hakkında konuşulmuştur. Tekerleme kitabından seçtiği melodik tarzı olan ritmik bir tekerleme ile ritim çalışması tekrar edilir. PNF tekniği ile 5 dakika üç kelimelik cümleler hareket ve sesi birlikte kullanarak, oturarak ve ayakta çalışılmıştır. 10 dakika Söyle bakalım oyunu oynanır. Kelime kitabı ve olay sıralama kartlarıyla yavaş yumuşak konuşma, ritim çalışması ve uzatarak konuşma desteklenmiştir. Bu çalışmalar 3 saniye gecikmeli olarak DAF ile desteklenir. Son 5 dakika seans sürecince yapılan sohbetlerin ve çalışmaların değerlendirme sohbeti yapılmıştır. Bu çalışmalarını her gün 10'ar dakika yapması ve aile fertlerinden birininse bu egzersizleri görmesi istenmiştir.

15.oturum

Süre: 45dakika

Amaç: Kazanılan becerilerin devamlılığının sağlanması amacı ile BDT uygulanır . Alay ve zorbalık üzerine konuşulur. Lax-Vox ses terapi yöntemi ve PNF çalışılır. Solunum kontrollü ve yumuşak yavaş kelime çalışmaları yapılır. Heceleyerek konuşma ve ritim çalışması egzersizleri yapılır.

Hedef davranışlar: Başa çıkma stratejileri, Lax-Vox terapisi, yavaş, yumuşak konuşma.

Eğitsel araç: kalem, defter, sandalye, masa, kelime kitabı, olay sıralama kartları, silikon Lax-Vox tüpü, küçük pet şişe su, Kulaklık.

Yöntem: Anlatım, demonstrasyon

Süreç: Sohbet ile başlar. BDT ile bir önceki haftanın değerlendirmesi yapılır ve süreç izlenir. BDT ilkelerine devam edilir. Lax vox çalışmaları sürdürülür. Spontan konuşmada ritim çalışması yapılır. Cadı kazanı oyunu oynanır. Seans değerlendirme sohbeti yapılır.

Danışan ile 15. oturum 5 dakikalık sosyal sohbet ile başlanmıştır. Bir haftanın nasıl geçtiği konuşulmuştur. Ardından okulda yaşanan olaylar konuşulur. 10 dakika BDT yöntemleri ile devam edilmiştir. Danışan ile alay ve zorbalık üzerine konuşulur. Alay ve zorbalık kavramı tartışılır, tanımlanır, bu kavramlar ile ilgili hikâye anlatılır ve danışandan hangi kategoriye ait olduğunu tahmin etmesi istenmiştir. Alay ve zorbalık canlandırması yapılır. Problem çözme uygulaması kullanılarak zorbalık ile baş etme üzerine konuşulmuştur. SD ilkelerine göre okulda akranları ile veya farklı ortamlarda kekemeliğine karşı nasıl duyarsızlaşabildiği ve neler yaptığı konuşulmuştur.

10 dakika Lax-Vox ses terapi tekniğine devam edilmiştir. Danışanda uygun ve doğru postür sağlandıktan sonra danışan heceden hikâye kitabı kullanılarak suya üfleme yaptıktan sonra silikon boruyu ağızdan çıkarıp dört kelimelik cümle çalışması yapılmıştır (arkadaşları kapının kolu kırdı-annem naneli limon içti vb. cümleler gibi). Danışan suya üflendiğinde yanaklardaki ve boğazdaki titreşim fark ettirilmiş ve yapılan çalışmanın kendisinden nasıl bir hissiyat oluşturduğu hakkında konuşulmuştur. Ardından 10 dakika dil dudak ve çene kaslarını etkili bir şekilde çalıştıran kalemle konuşma çalışması yapılmıştır. Kalem yatay şekilde dişlerinin arasında sıkıştırılarak ağza alınmış ve söylemekte sıkıntı çektiği kelimeler çalışılmıştır. Bu çalışmalara PNF çalışmaları da eklenerek konuşmayla birlikte hareket, bir önceki seansta olduğu gibi desteklenmiştir. 5 dakika Cadı kazanı oyunu ağızda kalemle ve yavaş konuşma olacak şekilde oynanmıştır. Ses uzatma, ritim ile konuşma ve yavaş yumuşak başlangıçlı konuşma oyun içinde DAF ile desteklenmiştir. Son 5 dakika oturum sürecinde yapılan sohbetlerin ve çalışmaların değerlendirme sohbeti yapılmıştır. Bu çalışmaları her gün 10'ar dakika yapması ve aile fertlerinden birininse bu egzersizleri görmesi istenmiştir.

16. Oturum

Süre: 45dakika

Amaç: Kazanılan becerilerin devamlılığının sağlanması için BDT çalışmalarına devam edilir. Lax-Vox terapi yöntemi ilerleyen aşamalarda çalışılır. Solunum kontrollü ve yumuşak yavaş kelime çalışmaları yapabilme, Heceleyerek konuşma yapabilme, ritim çalışmalarına egzersizleri sürdürme

Hedef davranışlar: Başa çıkma stratejileri, Lax-Vox terapisi yavaş, yumuşak konuşma.

Eğitsel araç: kalem, defter, sandalye, masa, kelime kitabı, olay sıralama kartları, silikon Lax-Vox tüpü, küçük pet şişe su, Kulaklık.

Yöntem: Anlatım, demonstrasyon.

Süreç: Sohbet ile başlar. BDT ile bir önceki haftanın değerlendirmesi yapılır ve süreç izlenir. BDT ilkelerine devam edilir. Lax-Vox çalışmaları sürdürülür. Spontan konuşmada ritim çalışması yapılır. Olay sıralama kartları ve kelime kitabı ile çalışılır. Seans değerlendirme sohbeti yapılır.

Danışan ile 16. oturum 5 dakikalık sosyal sohbet ile başlar. Bir haftanın nasıl geçtiği konuşulmuştur. Konuşma tekniklerinin sohbet seviyesinde kullanılması sağlanmıştır. 10 dakika SD ve BDT terapi ilkelerince çalışmalara devam edilmiştir. Danışan ile sohbet içerisinde anlattıkları arasında bulunan olumlu baş etme davranışlarına dikkat çekilmiştir. *“Arkadaşının konuşmasını bekleyip durman çok iyi olmuş, takılacağını hissettiğin anda yumuşak başlangıç yapman hoşuma gitti gibi...”* düşünce ve davranış değişikliği desteklenmiştir.. Çocuğun konuşma özelliklerini değiştirebilmesi kekemelik ve kendisi ile ilgili olumlu düşüncelerini arttırmasının önemli olduğu SD kapsamında da arkadaşlarıyla iletişimi sırasında kısa cümleler kullanmaması ve sosyal ortama girmekten kaçınma davranışı üzerinde çalışılmıştır.

10 dakika Lax-Vox ses terapi tekniğine devam edilmiştir. Danışanda uygun ve doğru postür sağlandıktan sonra danışanın suya üfleme yaptıktan sonra silikon boruyu ağızdan çıkarıp konuşurken zorlandığı kelimelerle ilgili 3 kelimelik cümle çalışması yaptırılmıştır. Danışan suya üflendiğinde yanaklardaki ve boğazdaki titreşim fark ettirilir ve yapılan çalışmanın kendisinden nasıl bir hissiyat oluşturduğu hakkında konuşulmuştur. Yumuşak başlangıçlı konuşma çalışması yapılmıştır. Heceden

hikâyeye ve cümle listelerinden danışanın yumuşak başlangıçlı ses yüksekliği ve hızına dikkat ederek söylemesi istenir. Lax-vox ve yumuşak başlangıçlı konuşma çalışmalarının konuşma organlarını rahatlatıp rahatlatmadığı hakkında konuşulmuştur.

Danışanla 5 dakika soru torbasından yumuşak başlangıçlı ses hızı normal olacak şekilde sorular sorulmuş ve cevaplanmıştır. Bu süreçte masanın üzerinden duran ayna bulunmuştur. Bu sayede danışanın kendini görmesi sağlanmıştır. Eğer danışan uzun cümlelerde solunumunu kontrol etmekte zorlanırsa çok yumuşak bir şekilde bu durum belirtilmiştir. Ardından 5 dakika PNF tekniği ile uzatarak konuşma, hareket ile birlikte yapılmış ve hareketin uzatarak konuşmaya kazandırdığı etki konuşulmuştur. Bu çalışmalar 5 dakika 3 saniye gecikmeli DAF ile desteklenir. Son 5 dakika seansın sonunda danışanın soruları sorması ve cevaplaması hakkında öz değerlendirme yapması istenir. Olay sıralama kartları ve kelime kitabı ile yapılan çalışmalar desteklenir. Danışanın olumlu yönleri pekiştirilmiştir. Haftaya okumuş olduğu bir kitabı anlatması ve anlatırken danışandan öğrendiği konuşma tekniklerini kullanması istenmiştir. Bu çalışmalarını her gün 10'ar dakika yapması belirtilmiştir.

17. Oturum

Süre: 45dakika

Amaç: Kazanılan becerilerin devamlılığının sağlanması için BDT çalışmalarına devam edilir. Lax-Vox ses ve PNF terapi yöntemi çalışılır. SD yöntemi uygulanır. Solunum kontrollü ve yumuşak yavaş kelime çalışmaları yapılır. DAF yöntemi uygulanır. Heceleyerek konuşma yapılır, ritim çalışması egzersizleri sürdürülür.

Hedef davranışlar: Başa çıkma stratejileri, Lax-Vox ses terapisi yavaş, yumuşak konuşma.

Eğitsel araç: kalem, defter, sandalye, masa, kelime kitabı, silikon Lax-Vox tüpü, küçük pet şişe su, Kulaklık.

Yöntem: Anlatım, demonstrasyon

Süreç: Sohbet ile başlar. BDT ile bir önceki haftanın değerlendirmesi yapılır ve süreç izlenir. BDT ilkelerine devam edilir. Lax-Vox çalışmaları sürdürülür. Spontan konuşmada ritim çalışması yapılır. Kelime kitabı ile çalışılır. Seans değerlendirme sohbeti yapılır.

Danışan ile 17. Oturum 5 dakikalık sosyal sohbet ile başlanmıştır. Bir haftanın nasıl geçtiği konuşulmuştur. Konuşma tekniklerinin sohbet seviyesinde kullanılması sağlanmıştır. 10 dakika BDT ve SD terapi ilkelerince devam edilmiştir. Danışan okumuş olduğu kitabını getirir ve terapistle anlatmıştır. Anlatırken yumuşak başlangıçlı, ses hızı ve yüksekliği normal şekilde olacak şekilde kullanılan teknikler dikkat edilerek anlatılması istenmiştir. Danışana doğrudan bir müdahale etmek kendisini değersiz hissetmesine neden olabilir. Güvenilir ilişki kurmak ve bir başkası tarafından kabul görmek, çocuğun kendisini daha iyi hissetmesini sağlanmıştır. Bir düşünceye ani şekilde tek taraflı girmektense ortak deneyimle girmek danışanla birlikte düşünceyi incelemek, bunun geçerliliğini ve işlevselliğini arttırır. Bu sebeple danışandan kendisini ve konuşmasını değerlendirmesi istenmiştir. Ardından karşılıklı düşüncelerde uzlaşılır ve gerçekçi şekilde nasıl bir yol izlediği konuşulmuştur. Olumlu baş etme davranışlarına dikkat çekilir ve bu duruma yönelik gerçekçi övgü kullanılmıştır. SD kapsamında kaygı skalasında bulunan utanma, hayal kırıklığı, endişe, kaçınma davranışlarından hangisi ile baş etmekte zorluk yaşadığı ve bunu nasıl duyarsızlaştırabileceği konuşulmuştur.

Sonrasında 10 dakika Lax-Vox ses terapi tekniğine devam edilmiştir. Danışanda uygun ve doğru postür sağlandıktan sonra danışanın suya üfleme yaptıktan sonra silikon boruyu ağızdan çıkarıp konuşurken zorlandığı kelimelerle ilgili 4 kelimelik cümle çalışması yaptırılmıştır. Yapılan Lax -Vox çalışmalarının danışandaki hissiyat üzerine konuşulmuştur. Danışanı rahatlatıp rahatlamadığı, rahatlattıysa nasıl bir rahatlama hissettiği hakkında konuşulmuştur. Danışandan 5 dakika PNF tekniğini ayakta motor hareket, ritim ile birleştirerek ve melodik aksanıda devreye sokarak çalışması sağlanmıştır. Ardından 5 dakika, yaşamış olduğu heyecan verici bir anısını 3 saniye gecikmeli olarak DAF uygulaması kullanılarak anlatması istenmiştir. Oturumun son 10 dakikasında öğrendiği konuşma tekniklerini kullanarak terapistin sorularını yanıtlaması, öz değerlendirme yapması ve kelime kitabı çalışma yapılarak sonlandırılmıştır. Bu çalışmalarını her gün 10' ar dakika yapması ödevi verilmiştir.

18. Oturum

Süre: 45dakika

Amaç: Kazanılan becerilerin devamlılığının sağlanması için BDT çalışmalarına devam edilir. Lax-Vox ses ve PNF terapi yöntemleri çalışılır. Solunum kontrollü ve

yumuşak yavaş kelime çalışmaları yapabilme, Heceleyerek konuşma yapabilme, ritim çalışması egzersizleri sürdürülür. SD terapisi ve DAF terapi yöntemleri çalışılır.

Hedef davranışlar: Başa çıkma stratejileri, Lax-Vox terapisi yavaş, yumuşak konuşma.

Eğitsel araç: kalem, defter, sandalye, masa, kelime kitabı, Sözcük dedektifi kutu oyunu, silikon Lax-Vox tüpü, küçük pet şişe su, Kulaklık.

Yöntem: Anlatım, demonstrasyon.

Süreç: Sohbet ile başlar. BDT ile bir önceki haftanın değerlendirmesi yapılır ve süreç izlenir. BDT ilkelerine devam edilir. Lax vox çalışmaları sürdürülür. PNF çalışması ile desteklenir. Spontan konuşmada ritim çalışması ile uzatarak konuşma birleştirilerek yapılır. Sözcük dedektifi oyunu oynanır. Seans değerlendirme sohbeti yapılır.

Danışan ile 18. Oturum 5 dakikalık sosyal sohbet ile başlanmıştır. Bir haftanın nasıl geçtiği konuşulur. Danışandan yaşamış olduğu heyecan verici bir anısını anlatması istenir. Konuşma tekniklerinin sohbet seviyesinde kullanılması sağlanır. Seans sonu kendisini ve konuşmasını değerlendirmesi istenir. Kaygı veya heyecan yaşadığı durumlarda uygulayabileceği teknikler hatırlatılmıştır. Seans sürecince yapılan sohbetlerin değerlendirmesi yapılmıştır. BDT ve SD kapsamında 10 dakika problemlerle başa çıkma duygularını etkili bir şekilde yönetme ve baş etme stratejileri üzerine konuşulmuştur. SD kapsamında ise hangi duygusunu duyarsızlaştırabildiği üzerine tartışılmıştır. 3 saniye gecikmeli olarak DAF yöntemi ile 5 dakika öğrenilen konuşma teknikleri pekiştirilir. Sonrasında 10 dakika Lax-Vox ses terapi tekniğine devam edilmiştir. Danışanda uygun ve doğru postür sağlandıktan sonra danışanın suya üfleme yaptıktan sonra silikon boruyu ağızdan çıkarıp konuşurken zorlandığı kelimelerle ilgili 4 kelimelik cümle çalışması yaptırılmıştır. Yapılan Lax-Vox çalışmalarının danışandaki hissiyat üzerine konuşulmuştur. Danışanı rahatlatıp rahatlamadığı, rahatlattıysa nasıl bir rahatlama hissettiği hakkında bilgi alınmıştır. Lax-Vox terapisi ve yumuşak başlangıçlı konuşma çalışmasını başka bir kişi ile uygulaması için ödevlendirilmiştir. 5 dakika PNF çalışmasında dört kelimelik cümle ile bir önceki seanstaki gibi oturma ve ayaktaki pozisyonda çalışılmıştır. Bu çalışmaya melodik ritim eklenmiştir. 10 dakika sözcük dedektifi oyunu ritim, uzatarak konuşma, yavaş yumuşak başlangıçlı konuşma tekniklerini kullanarak oynanır. Bu çalışmaları her gün 10'ar dakika yapması ödevi verilmiştir.

19. Oturum

Süre: 45dakika

Amaç: Kazanılan becerilerin devamlılığının sağlanması için BDT çalışmalarına devam edilir. Lax-Vox ses ve PNF terapi yöntemleri çalışılır. DAF terapi yöntemi uygulanır. Solunum kontrollü ve yumuşak yavaş kelime çalışmaları yapabilme, Heceleyerek konuşma yapabilme, ritim çalışmalarına egzersizleri sürdürme. SD çalışmaları utanma ve kaçınma davranışları üzerinde sosyal ortamda çalışılır.

Hedef davranışlar: Başa çıkma stratejileri, Lax-Vox terapisi yavaş, yumuşak konuşma.

Eğitsel araç: kalem, defter, sandalye, masa, kelime kitabı, Tabu kutu oyunu, silikon Lax-Vox tüpü, küçük pet şişe su, Kulaklık.

Yöntem: Anlatım, demonstrasyon

Süreç: Sohbet ile başlar. BDT ile bir önceki haftanın değerlendirmesi yapılır ve süreç izlenir. BDT ilkelerine devam edilir. Lax vox çalışmaları sürdürülür. PNF çalışması ile desteklenir. Spontan konuşmada ritim çalışması yapılır. Uzatarak konuşma desteklenir. Tabu oynanır. Seans değerlendirme sohbeti yapılır.

Danışan ile 19. Oturum 5 dakikalık sosyal sohbet ile başlar. Bir haftanın nasıl geçtiği konuşulmuştur. Konuşma tekniklerinin sohbet seviyesinde kullanılması sağlanmıştır. Daha sonra 10 dakika BDT ve SD çalışmaları ile başarısız olma kaygısı ve benlik imajına ait olumsuz düşünceleri üzerinde konuşulmuştur. Danışan ile güvenli ilişki kurmak adına empati oluşturulmuştur. Sistemik duyarsızlaştırma kapsamında daha önce çekilen videolar izlenmiştir. Rehabilitasyon merkezinde bulunan öğretmenler odasına gidilerek terapistin kekeleyerek konuşması ardından çocuğun bu sohbeete katılması sağlanmıştır. Terapi odasına geçtikten sonra sosyal ortama girmekten kaçınma başkaları tarafından kabul görme durumu üzerinde sohbet edilmiştir. Daha sonra 5 dakika DAF yöntemi ile (3 saniye geri bildirimli) öğrenilen konuşma teknikleri pekiştirilmiştir.

Lax-Vox ses terapisi ve PNF çalışmaları 15 dakika süreyle bir önceki oturumda olduğu gibi çalışılmıştır. Bu çalışmalara uzatarak konuşma çalışmaları ve diğer teknikler eklenmiştir.

Danışan ile 10 dakika Tabu oynanmıştır. Oyunun basamakları ve kuralları anlatılmıştır. Oyun, Solunum kontrollü, yumuşak, yavaş şekilde konuşma ile oynatılmıştır. Oyun esnasında danışanın kendi konuşmasını değerlendirmesi istenmiştir. Günlük konuşma esnasında dikkat etmesi ve öğrenilen tekniklerden onu en çok rahatlatan çalışma hakkında konuşulmuştur. Oturum sonunda bu çalışmalarını her gün 10'ar dakika yapması ödevi verilmiştir.

20. Oturum

Süre: 45dakika

Amaç: Kazanılan becerilerin devamlılığının sağlanması için BDT çalışmalarına devam edilir. Lax-Vox ses ve PNF terapi yöntemleri çalışılır. Solunum kontrollü ve yumuşak yavaş kelime çalışmaları yapılır, DAF terapi yöntemi uygulanır. Heceleyerek konuşma yapabilme, ritim çalışmalarına egzersizleri sürdürme.

Hedef davranışlar: Başa çıkma stratejileri, Lax-Vox terapisi yavaş, yumuşak konuşma.

Eğitsel araç: kalem, defter, sandalye, masa, kelime kitabı, olay sıralama kartları, silikon Lax-Vox tüpü, küçük pet şişe su, kulaklık.

Yöntem: Anlatım, demonstrasyon

Süreç: Sohbet ile başlar. BDT ile bir önceki haftanın değerlendirmesi yapılır ve süreç izlenir. BDT ilkelerine devam edilir. SD çalışmaları, utanma ve kaçınma davranışları üzerinde çalışılır. Lax vox çalışmaları sürdürülür. PNF çalışması ile desteklenir. Spontan konuşmada ritim çalışması yapılır. Uzatarak konuşma desteklenir. Oyun oynanır. Seans değerlendirme sohbeti yapılır.

Danışan ile 20. Oturum 5 dakikalık sosyal sohbet ile başlanmıştır. Bir haftanın nasıl geçtiği konuşulmuştur. Konuşma tekniklerinin sohbet seviyesinde kullanılması sağlanır. BDT ve SD kapsamında, 15 dakika duygularını etkili bir şekilde yönetme, davranışlarına bilişsel boyut kazandırma ve baş etme stratejileri üzerine çalışılmıştır. Düşüncelerini ve duygularını yönetme sürecinde neler yaptığını, kendisinin konuşurkenki izlenimlerini, düşüncelerini ve konuşma davranışlarını değerlendirmesi istenmiştir. SD çalışmalarında, konuşmada başarısız olma kaygısı ve bu durum karşısında geliştirebileceği duyarsızlaştırma durumu hakkında konuşulmuştur.

Danışanla 15 dakika Lax-Vox ve PNF çalışmalarına bir önceki oturumdaki şekliyle devam edilmiştir. Öğrenilen tüm teknikler tekrar edilir ve hangi tekniğin danışanın konuşmasında güvenli ve etkili olduğu konuşulmuştur. 5 dakika DAF yöntemi ile öğrenilen konuşma teknikleri pekiştirilmiştir.

Sohbet sonunda danışan ile 5 dakika oturum değerlendirmesi yapılmıştır. Farklı insanlar ile konuşurken heyecanlanabileceği ve bu durumlarda uygulayabileceği teknikler anlatılmıştır. Kelime kitabı ve olay sıralama kartlarıyla seans sürecince yapılan çalışmalar desteklenir. Çocuklara SSI-4-TR kekemelik şiddeti aracı sonest olarak uygulanmıştır.

Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edilmiştir. İstatistiksel analizler Windows uyumlu SPSS 23.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Bu çalışmada kullanılan SSI-IV-TR Kekemelik Şiddeti Test Ölçeği, çalışmamıza katılan 10 çocuğa terapinin başında, ortasında ve sonunda uygulanmıştır. ZEKEM müdahale programının katılımcıların kekemelik sıklığı, süresi ve kekemeliğe eşlik eden davranışları, şiddeti üzerinde etkililiği araştırılmıştır. Bu araştırmalar için Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır.

Birbiriyle ilişkili (eşli) iki değişkene ait gözlemlenen değerler arasında anlamlı bir fark olup olmadığı Wilcoxon testi ile kontrol edilir. Parametrik olmayan testler arasında yer alan bu test eşler arasında farklılığın kontrolü için geliştirilmiştir. Wilcoxon testi, verinin parametrik olmadığı durumlarda, ilişkili (eşli) örneklem t testinin karşılığıdır (Gürbüz & Şahin 2021).

Çalışmamızda kullanılan kekemelik şiddeti aracı SSI-IV-TR, sonuçlarının yorumlanmasında, İstatistiksel anlamlılık sınır değeri ($P < 0,05$) olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel Anlamlılık Hesaplamalarında hesaplanan p değerinin sınır değer kabul edilen 0,05 den küçük olması gözlemlenen değerler arasında anlamlı bir fark olduğunu gösterir. Tam tersi durumda gözlemlenen değerler arasında anlamlı bir fark

olmadığı anlaşılır (Gürbüz & Şahin 2021). Wilcoxon testi hem farkların yönünü hem de miktarını dikkate alır. (MacFarland, & Yates, 2016). Ölçümle belirtilen veriler aritmetik ortalama ve standart sapma ile sayımla belirtilen veriler sayı ve yüzde ile (n, %) ifade edilmiştir.

BÖLÜM IV

Bulgular

Bu bölümde araştırma grubundaki çocuklara uygulanan Zenginleştirilmiş Kekemelik Müdahale (ZEKEM) programından elde edilen verilere ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Araştırmanın kekemelik sıklığı, süresi, ikincil davranışlar, ve şiddetine ilişkin Bulgular

Araştırmaya katılan 10 erkek çocuğun kekemelik skorlarının hesaplanması için her çocuğa, 20 seanslık Zenginleştirilmiş Kekemelik müdahale Programı uygulamasının, başında, ortasında ve sonunda SSI-4-TR Kekemelik Ölçeği uygulanmış, ve kekemeliğin süresi, sıklığı, kekemeliğe eşlik eden ikincil davranışlar, kekemelik toplam puanı ve değerlendirme yüzdesi hesaplanmış ve buna bağlı olarak kekemelik şiddeti bulunmuştur. Aşağıdaki tablolarda çocukların ön test, ara test ve son test sonuçları ve yüzdeler değeri yer almaktadır.

Tablo 10. Ön test sonuçları

n	Kekemelik sıklığı	Kekemelik süresi	Kekemeliğe eşlik eden ikincil davranışlar	Kekemelik toplam puanı	Yüzde dilim değeri	Kekemelik şiddeti
1	13	8	2	23	60	orta
2	11	8	2	21	41	orta
3	14	10	3	27	77	orta
4	14	10	3	27	77	orta
5	12	6	4	22	43	orta
6	13	8	2	23	60	orta
7	15	6	3	24	61	orta
8	11	8	5	23	60	orta
9	15	6	2	23	45	orta
10	15	8	1	24	61	orta

Tablo 10'daki ön test sonuçları, araştırma grubuna dahil edilen çocukların tümünün orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Tablo 11. Ara test sonuçları

n	Kekemelik sıklığı	Kekemelik süresi	Kekemeliğee eşlik eden ikincil davranışlar	Kekemelik toplam puanı	Yüzde dilim değeri	Kekemelik şiddeti
1	11	6	1	18	32	hafif
2	10	4	1	15	23	hafif
3	14	8	2	24	61	orta
4	9	4	3	16	24	hafif
5	7	4	2	13	18	hafif
6	10	4	1	15	23	hafif
7	14	4	3	21	41	orta
8	10	6	4	20	40	hafif
9	14	6	2	22	41	orta
10	11	6	1	18	32	hafif

Tablo 11'e göre, 10 seansı sonrası uygulanan değerlendirme sonuçlarına göre yedi çocuğun kekemeliğinin hafif düzeyeindiği, üçünün orta düzeyi koruduğu görülmektedir.

Tablo 12. Son test sonuçları

n	Kekemelik sıklığı	Kekemelik süresi	Kekemeliğee eşlik eden ikincil davranışlar	Kekemelik toplam puanı	Yüzde dilim değeri	Kekemelik şiddeti
1	8	4	1	13	17	hafif
2	8	2	0	10	11	çok hafif
3	12	6	2	20	40	hafif
4	7	2	3	12	13	hafif
5	2	3	1	6	1	çok hafif
6	6	2	1	9	5	çok hafif
7	13	5	3	21	41	orta
8	14	2	5	21	41	orta
9	8	4	2	14	20	hafif
10	13	6	2	21	41	orta

Tablo 12'deki çocukların son test sonuçlarına göre değerlendirmeleri, üç çocuğun çok hafif düzeye geldiğini, dört çocuğun hafif düzeyde, üç çocuğun orta düzeyde kaldığını göstermektedir.

Tablo 13. Çocukların Kekemelik Sıklığına Göre Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları

	Z	p	
Son Test - Ön test	-2,358	0,018	p<0,05
Ara Test - Ön Test	-2,692	0,007	p<0,05

Analiz sonuçlarına göre, ZEKEM programı uygulanan çocukların son test ile ön test kekemelik sıklığı verileri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$). Ara test ve Ön test sonuçları arasında da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu sonuçlar çocukların kekemelik sıklığında anlamlı düzeyde bir azalmanın olduğunu göstermektedir.

Tablo 14. Çocukların kekemelik sürelerine göre Wilcoxon işaretli sıralar test sonuçları

	z	P	
Son Test - Ön test	-2,814	0,005	p<0,05
Ara Test - Ön Test	-2,754	0,006	p<0,05

Analiz sonuçlarına göre kekemelik sürelerinde son test ve ön test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$). Ara test ve ön test sonuçları arasında da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 15. Kekemeliğe eşlik eden davranışlara göre Wilcoxon işaretli sıralar test sonuçları

	z	p	
Son Test - Ön test	-1,725	0,084	p>0,05
Ara Test - Ön Test	-2,333	0,020	p<0,05

ZEKEM programının kekemeliğe eşlik eden davranışlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığı araştırılmıştır. Bu amaçla Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır

Analiz sonuçlarına göre, kekemeliğe eşlik eden davranışlarda son test ve ön test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunamamıştır ($p > 0.05$). Ara test ve ön test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu sonuçlar, kekemelik müdahale programının kekemeliğe eşlik eden davranışların azalmasında uygulamanın ortalarına kadar daha etkili olduğunu, ancak ilerleyen süreçlerde bu etkinin artmadığı aynı şekilde korunduğunu düşündürmektedir.

Tablo 16. Kekemelik şiddetine göre Wilcoxon işaretli sıralar test sonuçları

	z	p	
Son Test - Ön test	-2,428	0,015	p<0,05
Ara Test - Ön Test	-2,646	0,008	p<0,05

ZEKEM programının kekemelik şiddetinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığı araştırılmıştır. Değerlendirme amacı ile Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre son test ve ön test sonuçları

arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$). Yine ara test ve ön test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$). Bulgular, ZEKEM programının kekemeliğin şiddetinin azalmasında etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca daha iyi gözlenebilmesi amacıyla Tablo 17'deki kekemelik şiddeti yüzde tablosu verilmiştir.

Tablo 17. Kekemelik Şiddeti Yüzde Tablosu

	Ön test		Ara test		Son test	
	n	%	n	%	n	%
Çok hafif	0	0	0	0	3	30
Hafif	0	0	7	70	4	40
Orta	10	100	3	0	3	30
Toplam	10	100	10	100	10	100

Kekemelik şiddeti değerleri yüzde olarak incelendiğinde Wilcoxon işaretli sıralar testi sonuçları ile uyumlu olarak, terapi programının ortasında yapılan ara test sonuçlarında 10 çocuktan yedisinin hafif kekemelik şiddet değerine geçtiği, son test sonuçlarında da üç çocuğun orta, dört çocuğun hafif, üç çocuğun çok hafif kekemelik şiddet değerinde olduğu görülmektedir.

BÖLÜM V

Tartışma

Sonuçlar, ZEKEM müdahale programının çocukların kekemeliğinin sıklığında, sürelerinde ve şiddetinde azalmayı ve daha akıcı konuşmayı sağladığını göstermektedir. Araştırma sonucunda ZEKEM kekemelik müdahale programının kekemelik şiddetinin 3 çocukta farklılık göstermemesinin nedeni olarak, bu çocukların kendi kişiliklerini tanımlamalarında mizaçlarını endişeli ve takıntılı olarak belirtmiş olmaları ve ZEKEM müdahale programının oturumlarında bu çocuklara verilen ve aileleri ile evde yapacakları ev ödevlerini, tekrarları yapmamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bal (2018) yılında yapmış olduğu çalışmada deneysel bir çalışma yapmıştır. Çalışmasında bilişsel davranışçı terapi yönteminin kekeme bireylerde etkisini ölçmüştür. Bilişsel davranışçı terapi yönteminin kekeme bireylerde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Menzies ve ark, 2019 yılında yapmış olduğu çalışmasında kekeleyen yetişkinlerde kaygıyı azaltmak için özel olarak tasarlanmış bir bilişsel davranış terapisi programı geliştirilmiş ve uygulanmıştır. Bal (2018)'ın, başka bir çalışmasında 8 olan 5 çocuk ile yaptığı LaxVox (CB/LV) ses terapisi öncesi ve sonrası yapılan değerlendirmede 5 çocukta tamamen normal akıcılık sağlanmıştır. Dört çocukta çok hafif-I ve bir çocukta çok hafif-II şiddet seviyesine kadar azalma gözlenmiştir. Kekemelik öncesi ve sonrası toplam sıklık puanı, toplam süre puanı ve ikincil davranışlar puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Omori, Nakagawa, Hosogaya, Suzuki, & Shimizu 2021 yılında yapmış olduğu çalışmada, bilişsel davranışçı terapinin (CBT) etkinliğini incelemiştir. CBT konuşma terapisini birlikte kullanmıştır. Bilişsel terapi yöntemi kekemelik şiddetinde azalmaya sebep olmuştur. Mutlu 2014 yılında yapmış olduğu çalışmada, bireylerin doğrudan gözlemi sırasında “Dysfluency Type Index” (DTI) gibi bir test kullanılarak akıcısızlığın tipi, “Percentage of Syllables Stuttered” (%SS) kullanılarak kekemeliğin sıklığı ile süresi ve “Syllables Per Minute” (SPM) ya da “Words Per Minute” (WPM) kullanılarak da konuşma oranını kapsayan faktörler test edilebilmektedir. Aynı zamanda “Naturalness Rating Scale” (NAT) ile konuşmanın akıcılığı ve doğası, “Test of Childhood Stuttering” (TOCS) ile çocukluk kekemeliği “Stuttering Severity

Instrument Fourth Edition SSI-4” (Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı SSI-4-TR) test edilebilmektedir (Mutlu, 2014). Kullanılan birçok terapi yönteminin akıcılık şiddeti üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ryan ve Ryan (2009) benzer bir çalışma yapmıştır. Kekeme olan okul çağındaki çocukların akıcılıklarını geliştirmek için 4 farklı terapi programını kullanmıştır. Geleneksel, geciktirilmiş işitsel geri dönüt (DAF), durma ve ve GILCU terapi programlarını karşılaştırmıştır. Hazırlamış olduğu programı 16 çocukla gerçekleştirmiştir. Programlar arasında akıcılığın azalmasına sebep olan en iyi yöntem DAF olduğu sonucuna ulaşmıştır. Tüm programlar genelleme ve akıcılığı korumayı sağlamıştır. Araştırmanın izleme verilerinde bireylerin akıcılıklarının korunduğu sonucuna ulaşmıştır. Altınsoy, 2010 yılındaki doktora tezinde kekemeliği olan ergen ve yetişkinlerde akıcılık oluşumuna yönelik terapinin etkinliğini araştırdı. Çalışma, akıcılık terapisi programının uygulanmasından önce, uygulama sonrasında, izleme ve son testte elde edilen okuma ve konuşma becerilerindeki hece kekemelik yüzdesinin kekemelik sıklığı ve şiddetinde farklılık gösterip göstermediğini incelemiştir. Akıcılık terapisi şekillendirmesinin kekemelik sıklık ve şiddette genel anlamda farklılık olduğu sonucuna ulaşmıştır. Karacan (2000), kekemeliğe tikler, göz kırpması, dudak ve yüz hareketleri, baş hareketleri, yumruk sıkma veya nefes alma davranışları gibi motor davranışların eşlik edebileceği sonucuna ulaşmıştır. Kekemeliğe eşlik eden davranışların azaltılmasında terapi yöntemlerinin yeterli olmadığı söylenebilir.

Kekemelik, konuşma bozuklukları arasında sıklıkla karşılaşılan ve birçok sorunu da içinde barındıran bir durumdur. Bu sebeple kekeme bireyler için için kekemelik terapisinin çok kapsamlı olmasının daha etkili olabileceği varsayılmaktadır. Kekemeliğin rehabilitasyonunda klinisyenin rolünün, bireyin ihtiyaçlarını ve taleplerini dikkate alarak terapötik uygulamaları bireye göre uyarlanmasını sağlamak olduğu belirtilmiştir. Çocuklar bilişsel olarak yeterli olgunluğa sahiptir ama bilişsel olarak yeterli farkındalığa sahip olmayabilirler (Stallard, 2002, akt. Sarımehmetoğlu Arslan, 2021). Bilişsel davranışçı terapi her ne kadar yetişkin tarzı bir terapi modeli gibi görülsede yapılan BDT lerin % 79 u 10 yaş altındaki çocukları kapsamaktadır (Durlak, Wells, Cotton, Johnson, 1995, akt. Sarımehmetoğlu Arslan, 2021). BDT 10 yaş altı çocuklarda etkili olduğu söylenebilir.

Litaratürde yapılan çalışmalar sonucu oluşan terapi yöntemlerinin kapsamlı olması kekemelikte etkili sonuçların oluşmasını desteklemektedir (Maguire, Nguyen, Simonson, & Kurz, 2020; , Georgieva, & Orlikoff, 2020, Gerçek, 2020). Bu çalışmada kullanılan Zenginleştirilmiş Müdahale Programı (ZEKEM) ile tüm terapi yöntemlerinde kullanılan tekniklerin hepsi bir arada kullanılmıştır. 10 erkek çocuk üzerinde yapılan çalışmada ZEKEM müdahale programının etkili olduğu söylenebilir.

BÖLÜM VI

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, ön test ve son testten elde edilen bulgularda anlamlı sonuçlar ortaya çıkmıştır. ZEKEM, kekemelik sıklığında azalmayı ve daha akıcı konuşmayı sağlamıştır. Bu yöntemin kekeme çocukların kekeme sıklık düzeyleri parametrelerinde olumlu etkileri olduğu kaanatine varılmıştır.

Çalışmada öncelikli olarak kekemeliğin süresi, sıklığı, ikincil davranışlar ve bunların sonucu olarak şiddeti araştırılmıştır. Ara test, ön test; son test, ön test skorları karşılaştırıldığında anlamlı farklılıkların tespit edilmesi, bu yöntemin kekemelik sürelerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Çalışmanın bir diğer bulgusu ise, ZEKEM müdahale programının kekemeliğe eşlik eden ikincil davranışlara ilişkin sonuçlarına bakıldığında anlamlı olmadığıdır. Ön test ve ara testte anlamlı farklılık oluşmakla birlikte, ön test ve son testte etkili olmadığı görülmektedir. Bu sonuç, müdahale programının kekemeliğe eşlik eden ikincil davranışları azalttığını ancak sürekliliğini sağlamadığını göstermektedir. Çocuklarda ikincil davranışların fazla olmaması nedeni ile anlamlı sonuç elde edilemediği söylenebilir.

ZEKEM modelinin ön test ve son testte elde edilen sonuçlarına göre, orta seviyede kekemeliği tespit edilen ve kekemelik dışında herhangi bir tanısı olmayan, okul çağındaki erkek çocukların kekemelik şiddetinde anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Alt amaçların hepsi ve bulgular değerlendirildiğinde, bu programın kekemelik şiddetinin azaltılmasında olumlu etkileri olduğu sonucuna varılmıştır.

Öneriler

Bu bölümde araştırmanın bulguları doğrultusunda ileri araştırmalara ve uygulamalara yönelik önerilere yer verilmiştir.

İleri Araştırmalara Yönelik Öneriler

1. Okul çağı dönemindeki kekeme çocuk popülasyonunda erken dönemde terapi ve müdahale programlarının geliştirilmesi ve uygulanması, çocukların bireysel gereksinimlerine göre programların uyarlanması önemlidir. Burada elde edilen bulguları çoğaltmak ve genişletmek için daha büyük örneklemelerde ZEKEM müdahale programı kullanarak yapılacak uzun takipli çalışmalar, hem teorik hem de klinik açıdan kekeme çocukların terapi alanlarını daha iyi geliştirmemize katkı sağlayabilir.
2. Araştırma, ZEKEM modelinin kekemeliğin sıklık, süre, ikincil davranışlar ve şiddetinde etkililiğinin araştırılmasını kapsayan faz1 niteliğinde bir çalışmadır. Bu nedenlerle ZEKEM'in kapsadığı ve bu çalışmada karma olarak değerlendirilen teknik ve yöntemlerden hangisinin, hangi koşullarda daha etkili olduğu araştırılabilir.
3. Okul çağı dönemindeki çocuklarda ZEKEM müdahale programı ile farklı müdahale programlarını karşılaştıran araştırmalar planlanabilir. ZEKEM programının, tek denekli araştırma deseni kullanılarak izleme ve kalıcılığı sağlayan araştırmalarla etkililiği ve kalıcılığı sınanabilir .
4. ZEKEM programının kekeme çocukların sosyal becerilerini geliştirip geliştirmediği araştırılabilir.
5. Bu araştırma, Pandemi döneminde az katılımcı ile Faz-1 çalışması olarak yapılmıştır. Daha çok katılımcı ile tekrarlanması ve uzun vadeli etkilerinin incelenmesi önerilmektedir.

Uygulamalara Yönelik Öneriler

1. Bu araştırmanın uygulama sürecinde pandemi dönemi nedeniyle bazı çocukların planlanan gün ve saat içinde katılımlarının sağlanmasında sıkıntılar yaşanmıştır. Bu nedenle ZEKEM planlanırken kesintiye uğramayacak dönemlerin seçilmesi önerilmektedir.
2. ZEKEM müdahale programının etkilerine ilişkin aile ve öğretmenlerin görüşleri alınarak araştırmanın sosyal geçerliliğini arttıran çalışmalar planlanabilir.

3. Video model programları ve yazılım teknoloji destekleri kullanılarak programın uygulama sürecinin daha etkili olabileceği önerilmektedir.
4. Kekemelik terapi programlarında ebeveyn ve öğretmen desteklerinin önemi göz önünde bulundurularak; ZEKEM programının uygulama sürecine ilişkin aile ve öğretmen eğitim programları düzenlenmesi, terapi sürecinin uzun vadeli etkisi ve devamlılığının gözlemlenebilir olması açısından önerilmektedir.

Kaynakça

- American Speech-Language-Hearing Association(ASHA). Task Force on Clinical Standards. (1993, March). Preferred practice patterns for the professions of speech-language pathology and audiology.
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA2010).Stuttering. Retried from www.asha.org/public/speech/disorders/stuttering.htm.
- Acarlar, F., & Diken, Ö. (2019). Yetersizliği Olan Bireylerde Dil ve İletişim Becerilerinin Desteklenmesi. *Ankara: Pegem Akademi*.
- Akçay, S., & Küçük, M. N. (2020). “Hayatta Kendimi Çok Yalnız Hissettim”: Kekemeliği Olan Bireylere Yönelik Nitel Bir Araştırma. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(3), 85-104.
- Aksan, D. (2007). Her yönüyle dil: Ana çizgileriyle dilbilim. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.
- Aksoy, V. (2016). Özel eğitim. *Ankara: Pegem Akademi*.
- Aktürk, Ş. K., & Ünsal, E. M. (2009).Okul Çağı Döneminde Kekemeliği Olan ve Olmayan Çocukların Duygu Düzenleme Becerilerinin Karşılaştırılması: Ön Bulgular. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 104-120.
- Al-Dakroury, W. A. (2020). Communication Disorders in Pediatrics. In *Clinical Child Neurology* (pp. 257-274). Springer, Cham.
- Alqhazo, M., & Rashaid, A. B. (2020). Amino acids profiles of children who stutter compared to their fluent sibling. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 24(3), 301-308.
- Altay, B. & Konrot, A. (2006). Koklear İmplantın Tarihçesi ve Ülkemizdeki Gelişimi. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi*, 2(10), 1-6.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı. Dördüncü Baskı (DSM –IV),Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994. Çeviri editörü Köroğlu E. Hekimler yayın birliği, Ankara, 1998.

- Anderson JM, Hughes JD, Rothi LJ, Crucian GP, Heilman KM (1999) Developmental stuttering and Parkinson's disease: The effects of levodopa treatment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 66: 776–778.
- Arı, C. E. (2021). *30-84 Aylık Çocuklar Arasında Kekemelik Yaygınlığı, Sikliğive Kendiliğinden İyileşme Oranının Anne Görüşlerine Göre İncelenmesi* (thesis). Retrieved 2022, from file:///C:/Users/%C4%B0clal%20Erta%C5%9F/Downloads/692708.pdf.
- Arşit, M. H. (2019). *Özel eğitim okulları ile rehberlik ve araştırma merkezlerinde görev yapan rehberlik öğretmenlerinin özel eğitimde rehberlik ve psikolojik danışma hizmetlerine ilişkin özyeterliliklerinin incelenmesi* (Master's thesis, Biruni Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü).
- ASHA. Hearing loss [Internet]. [Erişim Tarihi 11 Ocak 2021]. Erişim adresi: <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/hearing-loss/>
- Avcı, A., Uğuz, Ş., & Toros, F. (2002). Çocuklarda kekemelik: Karşılaştırmalı bir izleme çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(1), 16-21.
- Ayça, A. K., Sarıkaş, A., & Yayla, A. Y. Ş. E. (2017). Konuşma sesi bozukluklarının düzeltilmesine yönelik eğitim platformu tasarımı. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 10(3), 241-246.
- Bal, F. (2018). Bilişsel davranışçı terapi yönteminin kekemelik üzerindeki etkisinin incelenmesi. *International Social Sciences Studies Journal*, 4(24), 4849-4860.
- Bauman-Waengler, J. (2016). Articulation and phonology in speech sound disorders. *Ocean View School District, Oxnard, California*.
- BAYDIK, B., & 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).
- Baykoç-Dönmez, N. (2010). Öğretmenlik programları için özel eğitim. İçinde Neçate Baykoç-Dönmez (Ed.), *Özel gereksinimli çocuklar ve özel eğitim-1*, (13-25). Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık.

- Baz, H. M., & Doğan, D. (2020). Konuşma Bozuklukları.
- Bernstein, D. K., & Tiegerman-Farber, E. (2009). *Language and communication disorders in children*. Pearson College Division.
- Bilal, N., & Orhan, İ. AKICILIK BOZUKLUKLARI.
- Bircan, B. B. (2021). Türkçe Konuşan Çocukların Kekemelik Bulgularının Hece Ve Sözcük Temelli Değerlendirilmesi.
- Bloodstein, O., Ratner, N. B., A Handbook On Stuttering, Thomson Delmar Learning, Canada, 1, 2, 371, 381, 2008.
- Bloom, L., & Lahey, M. (1978). Language development and language disorders.
- Boyle, M. (2016). Relations between causal attributions for stuttering and psychological well-being in adults who stutter. *International journal of speech-language pathology*, 18(1), 1-10.
- Briley, P. M., Gerlach, H., & Jacobs, M. M. (2021). Relationships between stuttering, depression, and suicidal ideation in young adults: Accounting for gender differences. *Journal of Fluency Disorders*, 67, 105820.
- Brinton, B., & Fujiki, M. (2006). Social intervention for children with language impairment: Factors affecting efficacy. *Communication Disorders Quarterly*, 28(1), 39-41.
- Büchel, C., Sommer, M. (2004)Unsolved Mystery What causes stuttering? PLoS Biology, Feb;2(2):E46
- C. Van Riper. Speech correction: Principles and methods. (2nd ed.), Prentice Hall, NY (1947)
- Cangi ME. (2008). Kekemeliği olan ve olmayan ergenlerin çok boyutlu mükemmeliyetçilik düzeylerinin karşılaştırılması (Yüksek lisans tezi). Eskişehir, Anadolu Üniversitesi,

- Carman, K. B., Kayhan, M., Bilge, U., Dinleyici, M., Balcıoğlu, H., Yazar, C., ... & Ünlüoğlu, İ. (2017). Aile hekimlerinin gelişimsel tarama testleri hakkındaki bilgi düzeylerinin ve uygulama alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 39(3), 44-48.
- Chang SE, Synnestvedt A, Ostuni J, Ludlow CL. (2010). Similarities in speech and white matter characteristics in idiopathic developmental stuttering and adult-onset stuttering. *J Neurolinguistics*; 23: 455–469.
- Chang, S. E., & Guenther, F. H. (2020). Involvement of the cortico-basal ganglia-thalamocortical loop in developmental stuttering. *Frontiers in Psychology*, 10, 3088.
- Chang, S. E., Garnett, E. O., Etchell, A., & Chow, H. M. (2019). Functional and neuroanatomical bases of developmental stuttering: current insights. *The Neuroscientist*, 25(6), 566-582.
- Cooper, E. B., A disfluency descriptor digest for clinical use, *J. Fluency Disord.*, 7, 355-358 (1982).
- Cordes, A. K., Ingham, R. J., Frank, P., & Ingham, J. C. (1992). Time-interval analysis of interjudge and intrajudge agreement for stuttering event judgments. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 35(3), 483-494.
- Craig, A., Hancock, K., Chang, E., McCready, C., Shepley, A., & McCaul, A. & Reilly, K.(1996). *A controlled clinical trial for stuttering in persons aged, 9, 808-826.*
- Craig-McQuaide, A., Akram, H., Zrinzo, L., & Tripoliti, E. (2014). A review of brain circuitries involved in stuttering. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 884.
- Çakan, M., & Gülnihal, G. Ü. L. (2018). Ses Eğitiminde Kullanılan Nefes Ve Ses Egzersizlerinin Konuşma Bozukluklarının Giderilmesinde Kullanılabilirliği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Akademik Müzik Araştırmaları Dergisi*, 4(8), 50-63.

- Çıldır, B., Şenkal, Ö. A., & Çiyiltepe, M. (2019). Akıcı Konuşma Bozukluğunda Terapi Etkinliğinin Objektif Ses Analizi İle Değerlendirilmesi. *Türk Odyoloji ve İşitme Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 14-17.
- Çiyiltepe, M., & Türkbay, T. Konuşmanın Bileşenleri Ve Konuşma Gecikmesi Olan Çocukların Değerlendirilmesi: Gözden Geçirme.
- Çuhadar, S. (2013). Özel eğitim. İçinde Sezgin Vuran (Ed.), Özel Eğitim Süreci 2, (3-30). Ankara: Maya Akademi.
- Deal, J. L. (1982). Sudden onset of stuttering: a case report. *Journal of Speech and Hearing disorders*, 47(3), 301-304.
- Doğaroğlu, T., & Dümenci, S. B. (2015). Sınıflarında kaynaştırma öğrencisi bulunan okul öncesi öğretmenlerin kaynaştırma eğitimi ve erken müdahale hakkındaki görüşlerinin incelenmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*.
- DSM-IV-TR, Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu, E. (Çeviri Ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 90, 93, 2007
- Duru, Y. Y., Ahsen, E. R. İ. M., & Küçük, E. N. (2020). Anneler ve Okul Öncesi Öğretmenlerin Gecikmiş Konuşmaya Yönelik Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 61-90.
- Erdem, İ. (2013). Konuşma Eğitimi Esnasında Karşılaşılan Konuşma Bozuklukları Ve Bunları Düzeltme Yolları. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (11), 415-452.
- Eryavuz, A., Kekemelik Tedavisinde Pasif Hava Akımı Tekniği'nin Geçerlilik Çalışması, Tıpta Uzmanlık, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İzmir, Türkiye (1998).

- Etchell, A. C., Civier, O., Ballard, K. J., & Sowman, P. F. (2018). A systematic literature review of neuroimaging research on developmental stuttering between 1995 and 2016. *Journal of fluency disorders*, 55, 6-45.
- Etlan, E. (2021). *Öğrenme güçlüğü olan ve olmayan öğrencilerin pragmatik dil becerisi ile okuduğunu anlama arasındaki ilişki* (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).
- Fahiem, R. A., Mohamed Hamad, A., & Elalfy, D. (2022). Comorbid Psychiatric Symptoms in Childhood Stutterers: An Egyptian Sample. *Egyptian Journal of Ear, Nose, Throat and Allied Sciences*, 23(23), 1-10.
- Gamgam H., Altunkaynak B., (2008), "Parametrik Olmayan Yöntemler", , Ankara: Gazi Kitabevi.
- Georgieva, D., & Orlikoff, R. F. (2020). A Comparative Overview of Evidence-Based Treatment of Stuttering in Bulgaria and in the USA and Canada. *Journal for ReAttach Therapy and Developmental Diversities*, 2(2).
- Gerçek, E. (2020). *Yönetici İşlevlerin, Kekemelik Terapisi Kazancını ve Kazancı Sürdürmeyi Yordalamaya Etkisinin Araştırılması* (Doctoral dissertation, Anadolu University (Turkey)
- Gökdağ, H., & Hakan, S. A. R. I. (2021). Dil Ve İletişim Yetersizliğine Sahip Çocukların Dil Edinim Süreçleri. *Pesa Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(2), 105-115. Doi: <https://doi.org/10.25272/j.2149-8385.2021.7.2.04>
- Graham, K. A., Dust, S. B., & Ziegert, J. C. (2018). Supervisor-employee power distance incompatibility, gender similarity, and relationship conflict: A test of interpersonal interaction theory. *Journal of Applied Psychology*, 103(3), 334.
- 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).

- Harley, J. (2018). The role of attention in therapy for children and adolescents who stutter: Cognitive behavioral therapy and mindfulness-based interventions. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(3S), 1139-1151.
- Hart, A. K., Breen, L. J., & Beilby, J. M. (2021). Evaluation of an integrated fluency and Acceptance and Commitment Therapy intervention for adolescents and adults who stutter: Participant perspectives. *Journal of Fluency Disorders*, 69, 105852.
- Healey, E. C., & Trautman, L. S. (2004). Clinical applications of a multidimensional approach for the assessment and treatment of stuttering. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31(Spring), 40-48.
- Hearne, A., Miles, A., Douglas, J., Carr, B., Nicholls, J. R., Bullock, M. S., ... & Southwood, H. (2021). Exploring teachers' attitudes: knowledge and classroom strategies for children who stutter in New Zealand. *Speech, Language and Hearing*, 24(1), 28-37.
- Hupp, S. D., Reitman, D., & Jewell, J. D. (2008). Cognitive behavioral theory. *Handbook of clinical psychology*, 2, 263-287.
- İbiloğlu, A. O. (2011). Kekemelik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4), 704-727.
- İlban, E. (2020). *İlkokul sınıf öğretmenlerinin kekemelik hakkındaki tutumu-İstanbul örnekleme* (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- İmge, B. O. R. A., & Toğram, B. (2018). Ebeveyn ve Öğretmenlerin Konuşma Bozukluklarına Yönelik Tutum ve Bilgileri: Lefkoşa Örnekleme. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 31-49.
- Johnson, K., Walden, T., Conture, E., & Karrass, J. (2010). Spontaneous regulation of emotions in preschool children who stutter: Preliminary findings, *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 53, 1-18.

- Kara, Y. (2020). *Okul yöneticileri ve öğretmenlerin dil ve konuşma bozukluğuna sahip öğrencilerin eğitimine ilişkin görüşlerinin incelenmesi* (Master's thesis, Eğitim Bilimleri Enstitüsü).
- Karabudak, M. N. (2020). *Kekemeliği Olan Bireylerin Akıcısız Konuşmayı Telafi Etmek İçin Kullandıkları Konuşma Tekniklerine Akıcı Konuşan Dinleyicilerin Tepkisi* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Karacan, E. (2000). Bebeklerde ve çocuklarda dil gelişimi. *Klinik Psikiyatri*, 3(4), 263-268.
- Karrass, J., Walden, T. A., Conture, E. G., Graham, C. G., Arnold, H. S., Hartfield, K. N., & Schwenk, K. A. (2006). Relation of emotional reactivity and regulation to childhood stuttering, *Journal of Communication Disorders*, 39, 402-423.
- Kaya, I. (2020). The Investigation of Children's Persistent and Reactive Behavior with Respect to Parenting Attitudes. *International Journal of Progressive Education*, 16(6), 273-282.
- Kaya, T. (2021). *Kekeleyen ve kekelemeyen okul çağı çocuk ebeveynlerinin çok boyutlu mükemmeliyetçilik düzeylerinin karşılaştırılması* (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Kayıkcı, K., Emel, M., & Belgin, E. (2010). Okul çağı kekeme Türk çocuklarının kekemelik bulguları. *Türk Pediatri Arşivi*, 45(2), 141-143.
- Kell, C. A., Neumann, K., Behrens, M., von Gudenberg, A. W., & Giraud, A. L. (2018). Speaking-related changes in cortical functional connectivity associated with assisted and spontaneous recovery from developmental stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 55, 135-144.
- Khurramov, S. R. (2020, May). Some questions of the contact interaction theory in two-roll modules. In *Journal of Physics: Conference Series* (Vol. 1546, No. 1, p. 012132). IOP Publishing.
- Kırcaali İftar, G. (1998) Özel gereksinimli bireyler ve özel eğitim. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları

- Kırcaali İftar, G. (1998) Özel gereksinimli bireyler ve özel eğitim. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları.
- Kirk,S.,Gallagher,J., Coleman,R,M.Education Exceptional Children . Özel Gerksinimli Çocukların Eğitimi. Çeviri Editörleri : Doç. Dr. Salih Rakap- Öğr.Gör.Sinan Kalkan.(2017) Nobel Akademik Yayıncılık,Ankara.
- Klompas, M., & 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.
- Koçoğlu, T. (2019). *Özel eğitim öğrencilerinin Okul Psikolojik danışmanlık Ve Rehberlik Servisi rehberliğindeki eğitiminde bütünleştirici Bir yaklaşım örneğinin İncelenmesi: Kalem özel eğitim Modeli* (Doctora tezi). İstanbul, Marmara Üniversitesi.
- Kudret, S. (2021). Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde görev yapan eğitim personelinin, özel eğitim alan çocuklardaki fiziksel istismar belirtilerine ilişkin farkındalıkları. İstanbul, Üsküdar Üniversitesi.
- Lang-Roth, R. (2014). Hearing impairment and language delay in infants: Diagnostics and genetics. *GMS current topics in otorhinolaryngology, head and neck surgery*, 13.
- MacFarland, T. W., & Yates, J. M. (2016). Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test. In *Introduction to Nonparametric statistics for the biological sciences using R* (pp. 133-175). Springer, Cham.
- Madanoğlu, G. K. (2005). *Kekeme çocuklar için bir tarama çalışması ve kekemlikle baş etme konusunda hazırlanmış bir programın değerlendirilmesi* (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
- Maguire, G. A., Nguyen, D. L., Simonson, K. C., & Kurz, T. L. (2020). The pharmacologic treatment of stuttering and its neuropharmacologic basis. *Frontiers in neuroscience*, 14, 158.

- Manning, W. H., & DiLollo, A. (2017). *Clinical decision making in fluency disorders*. Plural Publishing.
- Manning, W. H., *Clinical Decision-Making in Fluency Disorders*, Singular Thomson Learning, Canada, 50, 77, 78, 89, 115, 118, 119, 278, 279 (2001).
- MEB, (2010). İlköğretim okullarında kaynaştırma uygulamalarının değerlendirilmesi. 2 Temmuz 2021 tarihinde https://www.meb.gov.tr/earged/earged/ilk_kaynas_eg_uyg_deg.pdf sitesinden alınmıştır.kaynak yeniden düzenlenecek
- MEB, (2020). Milli eğitim istatistikleri örgün eğitim 2019-2020. http://sgb.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2020_09/04144812_meb_istatistikleri_orgun_egitim_2019_2020.pdf
- MEB. (2006) Özel Eğitim Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. [Online]: http://orgm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2012_10/10111011_ozel_egitim_kanun_huk_munda_kararname.pdf
- MEB. (2018). Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/07/20180707-8.htm>
- Medina, A. M., & Mead, J. S. (2021). An exploration of mindfulness in speech-language pathology. *Communication Disorders Quarterly*, 42(4), 257-265.
- Millard, S.K., Nicholas, A., Cook, F.M. (2008) Is parent-child interaction therapy effective in reducing stuttering? *J. Speech Lang. Hear. Res.* 51; 636-650. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/046\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/046))
- Millî Eğitim Bakanlığı. (2008). Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi dil ve konuşma güçlüğü destek eğitim programı. Ankara.
- Millî Eğitim Bakanlığı. (2012). Millî Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Kurumları Yönetmeliği. Resmî Gazete, Sayı 28296.
- Muñoz, D. A., Ordóñez, H., & Bucheli, V. (2020). Guideline to implement the CALMS model (DevOps) at mipymes in the software development

organizations of the South of Colombia. *Revista Guillermo de Ockham*, 18(1), 81-91.

Neef N. Cortical and subcortical mechanisms in persistent stuttering. Doktora Tezi, Göttingen: Göttingen Üniversitesi Division of Mathematics and Natural Sciences of the Georg, 2010.

Novšak Brce, J., Kogovšek, D., Jerman, J., Košir, S. (2017). The Temperamental Characteristic of Extraversion in Slovenian Preschool Children Who Stutter. *Logopedija*, 2017; 7(1), 6-12. <https://doi.org/10.31299/log.7.1.2>

Ntourou, K., Walden, T. A., & Conture, E. G. (2013). Emotional reactivity and regulation in preschool age children who stutter, *Journal of Fluency Disorders*, 38(3), 260-274.

Okul, T. S. B. S. H., & Kitabı, S. D. Konuşma. *okul sağlığı kitabı*. <http://www.netdata.com/UserFilesCenter3/613819aa-abf5-4ca0-b155-6ba4ecdbb262/ProjectsCenter1/e903343c-0648-4473-9e7a-b0a55f9db737/FileCenter/73.pdf#page=58>

Öncül, N. (2014). Türkiye'de Erken Çocuklukta Özel Eğitim ile İlgili Yapılmış Makalelerin Gözden Geçirilmesi. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 6(2).

Özer Antholz, G. (2019). Akıcı Konuşma Bozukluğu Olan Bireylerde Kekemelik Şiddeti ile Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek lisans Tezi.

Özgünel, H. (2019). *Çocuklardaki Akıcı Konuşma Bozukluğu İle Anksiyete Bozukluğu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Özgüven, İ. E. (2007). Çağdaş eğitimde psikolojik danışma ve rehberlik. Ankara: PDREM Yayınları.

Özyürek, M. (2009). Bireyselleştirilmiş eğitim programını geliştirme ve temelleri. Ankara: Kök Yayıncılık.

- Park, V., Onslow, M., Lowe, R., Jones, M., O'Brian, S., Packman, A., ... & Hewat, S. (2021). Psychological characteristics of early stuttering. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 1-10.
- Paul R. Disorder of communication. Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook. İçinde: Lewis M. Ed. Williams & Wilkins Baltimore, 1996.
- Pavelko, S. L., & Owens Jr, R. E. (2019). Diagnostic accuracy of the Sampling Utterances and Grammatical Analysis Revised (SUGAR) measures for identifying children with language impairment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 50(2), 211-223.
- Pehlivan, B. (2021). Erken Koklear İmplantasyon Yaşının Konuşma Sesi Bozukluğu Şiddetine ve Konuşma Anlaşılabilirliği Düzeyine Olan Etkisinin İncelenmesi.
- Pınar, E. G. E. (2006). Farklı engel gruplarının iletişim özellikleri ve öğretmenlere öneriler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 7(02), 1-28.
- Pınarcık, Ö. (2013). 6-8 Yaş Kekeme Öğrencilerin Psiko-Sosyal Ve Akademik Yönden Karşılaştıkları Güçlüklerin Öğrenci, Öğretmen, Veli Görüşleri Açısından Değerlendirilmesi. *Yayınlanmış Doktora Tezi. Konya, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.*
- Plankers T (1999) Speaking in the claustrum: The psychodynamics of stuttering. *Int J Psychoanal* 80: 239–256.
- Prasse JE, Kikano GE. Stuttering. (2008). An overview. *Am Fam Physician*; 77: 1271-1276.
- Purba, N. (2018). The role of psycholinguistics in language learning and teaching. *Tell Journal*, 6(1), 47-54.
- Redmond, S. M. (2004). Conversational profiles of children with ADHD, SLI and typical development. *Clinical linguistics & phonetics*, 18(2), 107-125.

- Rocha, M. S., Yaruss, J. S., Rato, J. R. (2019). Stuttering in Children-a Literature Review Update. *Cadernos de Saúde*, 11(2), 12-20. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.5950>
- Rodgers, N. H., Lau, J. Y., & Zebrowski, P. M. (2022). Examining the Effects of Stuttering and Social Anxiety on Interpretations of Ambiguous Social Scenarios Among Adolescents. *Journal of Communication Disorders*, 95, 106179.
- Roth, F. P., & Worthington, C. K. (2019). *Treatment resource manual for speech-language pathology*. Plural Publishing.
- Sarımehmetoğlu Arslan, E. (2021). Okul Çağı Kekeme Çocuklarda Akıcılık Şekillendirme Tekniği Ve Bilişsel Davranışçı Terapi Etkinliğinin Belirlenmesi. Doktora tezi.
- Schow, R. L., & Nerbonne, M. A. (2017). *Introduction to audiologic rehabilitation*. Pearson.
- Setyaning, K., & Utrecht, U. V. H. (2020, August). Developing Simpson's taxonomy theory to construct assessment guidelines for music competency within the psychomotor domain. In *34th World Conference on Music Education* (p. 59).
- Sezer, E., & Selen, A. K. I. L. (2020). Türkiye'deki Dil ve Konuşma Terapistlerinin Çocukluk Çağı Konuşma Apraksisi Tanısında Kullandıkları Kriterler. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 153-174.
- Sezgin, O. (2013). Eğitimde psikolojik açıdan normale duyulan ihtiyaç, normalin ölçüsü ve çeşitleri. *Kalem Uluslararası Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi*, 3(2), 241- 258.
- Singer, C. M., Hessling, A., Kelly, E. M., Singer, L., & Jones, R. M. (2020). Clinical characteristics associated with stuttering persistence: A meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 63(9), 2995-3018.
- Smiley, L. R., & Goldstein, P. A. (1998). *Language delays and disorders: From research to practice*. Singular.

- Spencer, E., Packman, A., Onslow, M., & Ferguson, A. (2005). A preliminary investigation of the impact of stuttering on language use. *Clinical linguistics & phonetics*, 19(3), 191-201.
- Starkweather, C. W., Fluency and Stuttering, Eaglewood Cliffs, New Jersey, 11, 75-78, 228-229 (1987).
- T.C. MEB. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dil ve Konuşma Bozuklukları http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller/Dil%20ve%20Konu%C5%9Fma%20Bozukluklar%C4%B1.pdf
- Tatlılıoğlu, K., & Senchylo-Tatlılıoğlu, N. (2020). A Theoretical Perspective on Psycholinguistics. *Psycholinguistics in a Modern World*, 15, 241-245.
- Topbaş,S(1999).Dil ve konuşma sorunlu çocukların sesbilgisel çözümleme yöntemi ile değerlendirilmesi ve konuşma dillerindeki sesbilgisel özelliklerin betimlenmesi.Anadolu Üniversitesi Yayınları; No.1106 .Eğitim Fakültesi Yayınları;No.53.Eskişehir.
- Topbas, S. (2006). A Turkish perspective on communication disorders. *Logopedics Phoniatics Vocology*, 31(2), 76-88.
- Topbas, S. A (2006). Turkish perspective on communication disorders. *Logopedics Phoniatics Vocology*, 2006; 31(2), 76-88. <https://doi.org/10.1080/14015430500342384>
- Topbaş, S. (2011). Sesbilgisel gelişim. *Dil ve kavram gelişimi*, 75-101.
- Topbaş, S. (2017). Dil ve kavram gelişimi. Ankara: Kök Yayıncılık.
- Topbaş, S., Maviş, İ., Özdemir, S., Tuncer, M., Ünal, Ö., Güven, S., Altınsoy, A., Topbaş, O., St. Louis, K., (2009).Proje e-ÖZYARDEP: Kekemelik İçin İnternet Ortamında Topluluk Temelli Öz-Yardım Destek Grupları Oluşturma Programı, Tübitak Proje No: 107K093. Eskişehir.
- Turan, F., & Akoğlu, G. (2011). Okul öncesi dönemde sesbilgisel farkındalık eğitimi. *Eğitim ve Bilim*, 36(161).

- Tyrmi, J., Radolf, V., Horáček, J., & Laukkanen, A. M. (2017). Resonance tube or lax vox?. *Journal of voice*, 31(4), 430-437.
- Uysal, H. T. (2020). Kekemeliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin (The Wright and Ayre Stuttering Self-Rating Profile-WASSP) Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliğinin Araştırılması.
- Uzunkavak, M. Ç., & Gül, G. (2022). Using Voice Training Practices to Improve Stuttering: Example of Guidance and Research Center (RAM). *International Journal of Education and Literacy Studies*, 10(1), 207-212.
- Ünsal, D. (2012). Kekeme bireylerde işitsel uyarılmış geç latans potansiyellerin değerlendirilmesi/Evaluation of auditory evoked late latency potentials in stuttering individuals. (Yüksek lisans tezi). Elazığ, Fırat Üniversitesi.
- Ünsal, S., Uçak, M. M., Fatih, B. A. L., Sarıgül, A. Y., & Cengiz, D. U. (2017). Zihinsel engelli 3-7 yaş arasındaki çocuklarda sesletim (artikülasyon) bozukluklarının değerlendirilmesi. *Güncel Pediatri*, 15(3), 17-25.
- Van Riper, C. Ericson, RL. (1996). *Speech Correction: An Introduction to Speech Pathology and Audiology*, Allyn and Bacon.
- Wan, Y., Rüüber, T., Hohmann, A., Schlaug, G. (2010) "The Therapeutic Effects of Singing in Neurological Disorders" *Music Perception: An Interdisciplinary Journal*, V. 27, pp. 87-295
- Wang, G., Li, G., Wu, J., & Song, P. (2020). Analysis of prognostic factors for Tis-2NOM0 early glottic cancer with different treatment methods. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*.
- Ward, D. *Stuttering and cluttering: Frameworks for understanding and treatment*. 2nd ed. Psychology Press, 2006
- World Health Organization. (2007). *International Classification of Functioning, Disability, and Health*:

- Yairi, E. (2007). Subtyping stuttering I: A review. *Journal of fluency disorders*, 32(3), 165-196.
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of fluency disorders*, 38(2), 66-87.
- Yairi, E., & Seery, C. H. (2021). *Stuttering: Foundations and clinical applications*. Plural Publishing.
- Yaruss, J. S., & 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.
- Yırtık, H. N., Yelek, E. N., Özer, Ş., Tığrak, T. K., & Kayıkcı, M. E. K. (2021). Okul Öncesi Eğitimi Öğretmenliği Bölümü Öğrencilerinin Kekemeliğe Yönelik Farkındalık ve Tutumlarının Belirlenmesi–Pilot Çalışma 1.
- Žárská, K. (2018). Poznatky o logopedické diagnostice a terapii balbuties v české a zahraniční odborné literatuře.
- Zebrowski, P. M., & Conture, E. G. (1989). Judgments of disfluency by mothers of stuttering and normally fluent children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 32(3), 625-634.
- Zebrowski, P. M., & Kelly, E. M. (2002). *Manual of stuttering intervention*. Singular Publishing Group.

Ekler

EK 1**AİLE GÖRÜŞME FORMU**

**İlk
Görüşme
Tarihi:**

Adı-soyadı:

Doğum tarihi:

Cinsiyeti:

Eğitim bilgileri:

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı-soyadı:

Doğum tarihi:

Eğitim durumu:

Mesleği:

İş adresi ve telefonu:

Ev adresi ve telefonu:

BABANIN BİLGİLERİ

Adı-soyadı:

Doğum tarihi:

Eğitim durumu:

Mesleği:

İş adresi ve telefonu:

Ev adresi ve telefonu:

AİLE BİLGİLERİ

Anne baba arasında akrabalık var mı? :

Ailede kaç çocuk var? :

Ailede kekemeliği olan birey var mı? :

Varsa terapi aldı mı? :

Nasıl bir ailesiniz? :

Çocuğunuzla yaptığınız aktiviteler\oynadığınız oyunlar nelerdir? :

Cocuk hakkında bilgiler

Ne zaman uyur\uyanır? :

Gece boyunca uyur mu? :

Kaç yaşında konuşmaya başladı? \konuşma kaç yaşında tamamlandı? :

Kardeşi var mı? Varsa iletişimleri nasıldır? :

Telefon\televizyon\bilgisayar ile günde kaç saat zaman geçirir? :

Evde nasıl zaman geçirir? (Oyun oynuyorsa ne tür oyunla oynar?) :

Bir yanlış veya hata yaptığında nasıl tepki verir? :

Rutinleri sever mi? :

Arkadaşlarıyla ilişkisi nasıldır? :

Hiç zorbalığa uğradı mı? :

Hiç kavga etti mi? :

Korkuları var mı? Varsa neler? :

Kişiliği nasıldır?

Duygusal

sinirli

uyu

takıntılı

endişeli

Kekemeliğin öyküsü

Kekemeliğini ilk ne zaman fark ettiniz? :

Çocuğunuzun kekeleyişini ilk fark ettiğinizde ne yaptınız/nasıl davrandınız? :

Çocuğunuz kekeleyişini ilk fark ettiğinde ne yaptı? :

Konuşmadaki akıcılığının veya akıcısızlığının farkında mı? :

Çocuk en çok hangi ortamlarda kekeliyor? :

Daha önce terapi aldı mı? :

Aldı ise ne kadar süre terapiye devam etti? :

Çocuğunuz kekeleyişinde şu an nasıl tepki veriyorsunuz? :

Çocuğun çevresi(okul arkadaşları, öğretmenleri, akrabalar vb.)

kekemeliğe nasıl tepki vermektedir?:

Çocuğunuzun kişiliğini nasıl tanımlarsınız? :

Çocuğunuz kekemeliği başladığından beri ne tür teknik/taktik geliştirdi? :

Hiç konuşmasıyla alay edildi mi? :

Takıldığında ne yapılırsa sinirlenir? :

EK 2

ÇOCUK GÖRÜŞME FORMU

İlk
Görüşme
Tarihi:

Adı-soyadı:

Doğum tarihi:

Eğitim bilgileri:

Aile bilgileri

- Sana göre nasıl bir ailesiniz?
- Ailenden beklentilerin nelerdir?
- Ailen kekeleydiğinde nasıl tepki veriyor?
- Evde daha çok kiminle zaman geçirmekten hoşlanırsın?
- Kardeşinle neler yapmaktan hoşlanırsın?

Durum

- Kekemelik nedir?
- Kekeme bir arkadaşın olursa ne yaparsın?
- Ne zamandır kekeliyorsun? \Ne zaman fark ettin?
- Kekemeliğinin süreci nasıldı?
- Kekemeliğine karşı tutumun nedir?
- En çok **nerede** konuşurken kekeliyorsun?
- En çok **hangi durumlarda** kekeliyorsun? :
- En çok **ne zaman** kekeliyorsun? :
- En çok **kiminle** konuşurken kekeliyorsun?
- Kekemeliğine akranlarının tutumu nasıl?

Düşünce	evet	hayır
Düşüncelerine uygun olanlar için 'evet'i, olmayanlar için 'hayır'ı işaretle.		
Ben farklıyım.		
Ben hiç doğru konuşamıyorum		
Kekeliyorum ama düzeltebiliyorum.		
Ben güzel konuşmayı beceremiyorum.		
Ben zaten düzgün konuşamıyorum.		
Çevremdeki insanlarla konuşurken hep kekeleyeceğimi düşünürüm.		

Düşünce	evet	hayır
Çevremdeki insanlar		
Bana gülüyorlar		
Konuşmamı taklit ediyorlar		

Konuşmamı tamamlıyorlar		
Konuşmamı kesiyorlar		
Benimle göz kontağını kesiyorlar		
Bana üzülüyor veya acıyarak bakıyorlar		
Konuşmama şaşırarak bakıyorlar		
Sık sık nefes almam ve konuşmamı düzeltmem için uyarıyorlar		
Dikkatli konuşmadığımda kızıyorlar		

Duygu		
Kendime çok kızıyorum	evet	hayır
Nefret ediyorum		
Üzülüyorum		
Korkuyorum		
Utaniyorum		

Davranış		
Kekeliyorum ama konuşmaktan vazgeçmiyorum	evet	hayır
Kekelediğimde bir daha söylemeyi deniyorum		
Karşımdaki insana 'ben kekemeyim beni beklersen daha rahat konuşurum' derim		
Kekelediğim kelimenin yerine başka bir kelime kullanırım		
Kekelediğim zaman öğrendiğim teknikleri uygulayarak tekrar konuşurum		
Kekelediğimde bulunduğum ortamı terk ederim		
Göz kontağımı keserim		
Vazgeçip konuyu değiştiririm		

Susup kalırım		
Hiçbir şey yapmam		
Söylemekten vazgeçip susarım		

Genel bilgiler

Evde nasıl zaman geçirirsin?

Derslerin nasıl? Derslere katılımın nasıl?

Takılmaların sırasında en çok hangi organların etkileniyor?

Hiç kavga ettin mi? Kiminle? Neden?

Korkuların var mı? Varsa neler?

Kaygıların var mı? Varsa neler?

Sen nasıl bir çocuksun?

Sence kişiliğin nasıl?

Duygusal

Sinirli

Uyumlu

Takıntılı

Endişeli

Çevrende kekemeliğine olumsuz tutum veya davranış gösteren var mı? Nasıl?

Hiç konuşmanla alay edildi mi? Bu durum seni nasıl etkiledi?

Telefonda nasıl konuşuyorsun?

Neden kekeleydiğini düşünüyorsun?

Kekemelik seni engelliyor mu?

Kekelemesen ne yapmak isterdin?

Hobilerin var mı? Spor yapar mısın?

Senin üstün özelliklerin neler?

Daha önce terapi aldın mı?

Terapilerden fayda gördün mü? Sana ne kazandırdı?

Konuşmanın daha akıcı olmasını istiyor musun?

Ailende veya çevrende kekeme birey gördün mü? Ne hissettin?

Terapiden beklentilerin neler?

Ekleme istediğin bir şey var mı?

EK 3**Kaba Değerlendirme, BEP, Beceri Analizi**

Bireyin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi :

Modül Kazanımları	Evet /Hayır	Açıklamalar
Konuşma sırasında konuşmayı kolaylaştıracak şekilde beden kontrolünü sağlar.	+	
Konuşma sırasında konuşma ile solunum uyumunu sağlar.	-	Nefes alma sırasında konuşuyor.
Konuşma hızını ayarlayarak konuşur.	-	Bloklar nedeniyle konuşma hızı etkilenmiş.
Konuşma ritmini ayarlayarak konuşur.	-	Solunum kontrolü olmadığı için konuşma ritmi bozuk.
Sözcük içi takılmaları olmadan konuşur.	-	Blok sebebiyle sözcük içi takılmaları olur.
Sözcük arası takılmaları olmadan konuşur.	-	Blok nedeniyle sözcük arası takılmaları olur.
Konuşmaya istekli olur.	-	
Farklı ortam ve durumlarda akıcı bir biçimde konuşur.	-	Ailedeki kişilerle akıcı olarak konuşamıyor.

Değerlendirme Tarihi

09/08/2019

Uygulayıcı Adı ve Soyadı:

İclal ERTAŞ

Bireyin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi :

Modül Kazanımları	Evet /Hayır	Açıklamalar
Konuşma sırasında konuşmayı kolaylaştıracak şekilde beden kontrolünü sağlar.	-	Heyecan sebebiyle postüral kontrolünü sağlayamıyor.
Konuşma sırasında konuşma ile solunum uyumunu sağlar.	-	Nefes alma sırasında konuşuyor.
Konuşma hızını ayarlayarak konuşur.	-	Bloklar nedeniyle konuşma hızı etkilenmiş.
Konuşma ritmini ayarlayarak konuşur.	-	Solunum kontrolü olmadığı için konuşma ritmi bozuk.
Sözcük içi takılmaları olmadan konuşur.	-	Sözcük içi takılmaları olur.
Sözcük arası takılmaları olmadan konuşur.	-	Sözcük arası takılmaları olur.
Konuşmaya istekli olur.	-	
Farklı ortam ve durumlarda akıcı bir biçimde konuşur.	-	Ailedeki kişilerle akıcı olarak konuşamıyor.

BEP

AMAÇLAR	MATERYAL	ÖĞRETİM ŞEKLİ	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
<p>UDA1.Konuşma sırasında nefes kontrolünü sağlar. KDA1.1. Konuşmaya başlamadan önce nefes alır. KDA1.2. Nefes verirken konuşur.</p>	<p>Solunum organlarının görseli ve maketi, mat, sandalye, yastık</p>	<p>Anlatım, demonstrasyon</p>	<p>Konuşma mekanizması hakkında bilgi sahibi olur. Solunum organları ve diyafram solunumunu uygular.</p>	<p>Konuşma sırasında nefes kontrolünü sağladığı gözlemlenmiştir. Konuşmaya başlamadan önce nefes aldığı gözlemlenmiştir. Nefes verirken konuştuğu gözlemlenmiştir.</p>
<p>UDA2. Konuşma prozodisini ayarlayarak konuşur. KDA2.1. Konuşma sırasında uygun yerlerde vurgu yapar. KDA2.2. Konuşma sırasında ses tonundaki iniş-çıkışları uygun şekilde ayarlar. KDA2.3. Konuşma sırasında uygun hızla konuşur.</p>	<p>Sandalye, masa, metronom, eğitsel kitaplar (tek, iki, üç heceli kelime listeleri, heceden hikayeye kitabı, okuma kitabı, kekeme çocuklarda terapist el kitapçığı), kekeme bireylerle oynanan oyunlar</p>	<p>Anlatım, demonstrasyon</p>	<p>Metronom cihazı uygun vuruşta ayarlanarak ritimli vuruş çalışmalarını uygular. Diyafram solunumunu kullanarak hece çalışmalarını yapar. Konuşma hızının ayarlanmasını sağlar.</p>	<p>Konuşma prozodisini ayarlayarak konuştuğu gözlemlenmiştir. Konuşma sırasında uygun yerlerde vurgu yaptığı gözlemlenmiştir. Konuşma sırasında ses tonundaki iniş-çıkışları uygun şekilde ayarladığı gözlemlenmiştir. Konuşma sırasında uygun hızla konuştuğu gözlemlenmiştir.</p>
<p>UDA3. Akıcı konuşur. KDA3.1. Heceleri akıcı söyler. KDA3.2. Giderek artan uzunluktaki sözcükleri akıcı söyler. KDA3.3. Sözcük gruplarını akıcı söyler. KDA3.4. Cümle düzeyinde akıcı konuşur.</p>	<p>Sandalye, masa, metronom, eğitsel kitaplar (tek, iki, üç heceli kelime listeleri, heceden hikayeye kitabı, okuma kitabı, kekeme çocuklarda terapist el kitapçığı), kekeme bireylerle</p>	<p>Anlatım, demonstrasyon</p>	<p>Uzatma çalışmaları ilk hece ve ikinci hece uzatma şeklinde kelime ve cümle boyutunda uygular. Metronom ritmi ile yavaşlatılmış uzatma konuşmalarını uygular. Konuşma hızının ayarlanmasını sağlar.</p>	<p>Akıcı konuştuğu gözlemlenmiştir. Heceleri akıcı söylediği gözlemlenmiştir. Giderek artan uzunluktaki sözcükleri akıcı söylediği gözlemlenmiştir. Sözcük gruplarını akıcı söylediği gözlemlenmiştir. Cümle düzeyinde akıcı konuştuğu gözlemlenmiştir.</p>

	oyanan oyunlar			
<p>UDA4. Akıcı konuşmayı farklı kişi, ortam ve durumlarda sağlar.</p> <p>KDA4.1. Farklı kişilerle akıcı konuşur.</p> <p>KDA4.2. Farklı ortamlarda akıcı konuşur.</p> <p>KDA4.3. Farklı durumlarda akıcı konuşur.</p>		Anlatım, demonstrasyon	<p>Ses üretimi ve kullanımının önemini kavrar.</p> <p>Sistematik duyarsızlaştırma çalışmaları ile desteklenir.</p> <p>Farklı ortam ve durumlarda akıcı konuşur.</p> <p>Öğrenilen konuşma teknikleri günlük hayatta da uygular.</p>	<p>Akıcı konuşmayı farklı kişi, ortam ve durumlarda sağlayabildiği gözlemlenmiştir.</p> <p>Farklı kişilerle akıcı konuştuğu gözlemlenmiştir.</p> <p>Farklı ortamlarda akıcı konuştuğu gözlemlenmiştir.</p> <p>Farklı durumlarda akıcı konuştuğu gözlemlenmiştir.</p>
<p>UDA5. Kekemeliğine yönelik olumsuz duygusal tepkileriyle başa çıkar.</p> <p>KDA5.1. Kekemelik davranışlarını tanımlar.</p> <p>KDA5.2. Kekemelik davranışlarını taklit eder.</p> <p>KDA5.3. Terapistle konuşurken kekeleyişinde ortaya çıkan olumsuz duygularına rağmen konuşmasını sürdürür.</p> <p>KDA5.4. Farklı kişilerle konuşurken kekeleyişinde ortaya çıkan olumsuz duygularına rağmen konuşmasını sürdürür.</p> <p>KDA5.5. Farklı ortamlarda konuşurken</p>	<p>Sandalye, masa, metronom, eğitsel kitaplar (cümle listeleri, heceden hikayeye kitabı, okuma kitabı, kekeme çocuklarda terapist el kitapçığı), kekeme bireylerle oynanan oyunlar, Duringo kitabı, Metarforlarla hikaye kitabı</p>	Anlatım, demonstrasyon	<p>Solunum kapasitesini ihtiyacına uygun biçimde kullanır.</p> <p>Konuşma sırasında ses üretimini kolaylaştırıcı vücut pozisyonunu uygular. Ses üretimi ve kullanımının önemini kavrar.</p> <p>Farklı ortam ve durumlarda akıcı konuşur.</p> <p>Kekemeliğe yönelik olumsuz duygusal tepkilerle baş etmeye başlar.</p> <p>Konuşurken kekeleyişinde ortaya çıkan olumsuz duygu durumlarında bilişsel davranışçı terapi yönteminde uygulanan baş etme stratejilerini uygular.</p>	<p>Kekemeliğine yönelik olumsuz duygusal tepkileriyle başa çıkabildiği gözlemlenmiştir.</p> <p>Kekemelik davranışlarını tanımlayabildiği gözlemlenmiştir.</p> <p>Kekemelik davranışlarını taklit edebildiği gözlemlenmiştir.</p> <p>Terapistle konuşurken kekeleyişinde ortaya çıkan olumsuz duygularına rağmen konuşmasını sürdürebildiği gözlemlenmiştir.</p> <p>Farklı kişilerle konuşurken kekeleyişinde ortaya çıkan olumsuz duygularına rağmen konuşmasını sürdürebildiği gözlemlenmiştir.</p> <p>Farklı ortamlarda konuşurken kekeleyişinde ortaya çıkan olumsuz duygularına rağmen konuşmasını sürdürebildiği gözlemlenmiştir.</p>

kekelediğinde ortaya çıkan olumsuz duygularına rağmen konuşmasını sürdürür. KDA5.6. Farklı durumlarda konuşurken kekelediğinde ortaya çıkan olumsuz duygularına rağmen konuşmasını sürdürür.			Öğrenilen konuşma tekniklerini günlük hayatta da uygular.	Farklı durumlarda konuşurken kekelediğinde ortaya çıkan olumsuz duygularına rağmen konuşmasını sürdürebildiği gözlemlenmiştir.
--	--	--	---	--

Uzun Dönemli Amaç: “Konuşma sırasında nefes kontrolü sağlar.” becerisini bağımsız olarak üç seans üst üste 3/4 oranında sağlar.				
BİLDİRİM	ÖLÇÜT	HEDEF UYARAN	TARİH	TARİH
Solunum paternini anlaması amacıyla solunum organları maket yardımı ile açıklanır.	3/4	Maket üzerinden solunum organlarını göster	09/08/2019	23/08/2019
Konuşma mekanizmasını anlaması sağlanır.	3/4	Konuşma mekanizmasını anlatıyorum dinle	09/08/2019	23/08/2019
Danışanın konuşma mekanizmasını açıklaması istenir.	3/4	Konuşma mekanizmasını açıkla	09/08/2019	23/08/2019
Bir elini karnına diğer elini göğsüne koyarak karın bölgesinde şişme meydana gelmesi beklenir.	3/4	Bir elini karnına diğer elini karnına koy ve karnını şişir	09/08/2019	23/08/2019
Burundan aldığı nefesi 10 saniye boyunca ağız yolu ile	3/4	Burundan aldığı nefesi 10 saniye boyunca ağız yoluyla boşalt	09/08/2019	23/08/2019

boşaltması istenir.				
Burundan alınan nefesin 15 saniye boyunca yavaş yavaş ağız yolu ile boşaltması istenir.	3/4	Burundan aldığı nefesin 15 saniye boyunca yavaş yavaş boşalt	09/08/2019	23/08/2019
Burundan derin nefes alınarak sssssp-ssssp-ssssp-ssssp... şeklinde oral yoldan nefesin boşaltılması istenir.	3/4	Burundan aldığı nefesi sssssp-ssssp-ssssp-ssssp... şeklinde ver.	09/08/2019	23/08/2019
Burundan derin nefes alınarak, sssssssssp-ssssssssp-ssssssssp-ssssssssssp... şeklinde normalden daha uzun ve yavaş şekilde boşaltması istenir.	3/4	şimdi ise sssssssssp-ssssssssp-ssssssssssp-ssssssssssssp... şeklinde normalden daha uzun ve yavaş şekilde ver	09/08/2019	23/08/2019
Burundan derin nefes alınarak, sssp-sssp-sssp-sssp-sssp... şeklinde normalden daha kısa ve hızlı olacak şekilde nefesin oral yoldan boşaltılması istenir.	3/4	şimdi ise, sssp-sssp-sssp-sssp... şeklinde normalden daha kısa ve hızlı olacak şekilde ver	09/08/2019	23/08/2019

Uzun Dönemli Amaç: “Konuşma prozodisini ayarlayarak konuşur.” becerisini bağımsız olarak yedi seans üst üste 3/4 oranında sağlar.				
BİLDİRİM	ÖLÇÜT	HEDEF UYARAN	TARİH	TARİH
Metronom cihazı uygun vuruşta ayarlanarak ritimli vuruş çalışmalarını uygular.	3/4	metronomun her tık sesinde ritim eşliğinde kelime söyle	06/09/2019	27/09/2019
Diyafram solunumunu kullanarak hece çalışmalarını yapar.	3/4	solunumuna dikkat et	05609/2019	27/09/2019
Hece egzersizleri (bapama, bepeme, bıpımı, bipimi, bopomo, böpömö, bupumu, büpümü) metronom ile ritim çalışılır.	3/4	metronomun her tık sesinde ritim eşliğinde söyle	06/09/2019	27/09/2019
Hece egzersizleri hamming, hemming, hımming, himming, homming, humming, humming, hümming) metronom ile ritim çalışılır.	3/4	metronomun her tık sesinde ritim eşliğinde söyle	06/09/2019	27/09/2019
Hece egzersizleri (mamming, memming, mımıng, momming, mömıng, mumming, mümıng) metronom ile ritim çalışılır.	3/4	metronomun her tık sesinde ritim eşliğinde söyle	06/09/2019	27/09/2019

Tek heceli kelime düzeyinde konuşma hızı ayarlanarak ritim çalışmaları yapılır.	3/4	yavaş yumuşak bir şekilde ritim eşliğinde söyle	20/09/2019	04/10/2019
İki heceli kelime düzeyinde konuşma hızı ayarlanarak ritim çalışmaları yapılır.	3/4	yavaş yumuşak bir şekilde ritim eşliğinde söyle	27/09/2019	04/10/2019
Üç heceli kelime düzeyinde konuşma hızı ayarlanarak ritim çalışmaları yapılır.	3/4	yavaş yumuşak bir şekilde ritim eşliğinde söyle	04/10/2019	18/10/2019
Parmağını masaya vurarak ya da ayağıyla ritim yaparak kelime düzeyinde ritim çalışmalarını yapar.	3/4	parmağını masaya vurarak ve ya ayağıyla ritim tutarak söyle	27/09/2019	18/10/2019
Uzun Dönemli Amaç: "Akıcı konuşur." becerisini bağımsız olarak oniki seans üst üste 3/4 oranında sağlar.				
BİLDİRİM	ÖLÇÜT	HEDEF UYARAN	TARİH	TARİH
Uzatma çalışmaları hece başı ve ya hece sonu uzatılarak kelime boyutunda çalışılır.	3/4	uzatma yaparak kelimeleri söyle	13/09/2019	04/10/2019
Uzatma çalışmaları hece başı ve ya hece sonu uzatılarak cümle boyutunda çalışılır.	3/4	uzatma yaparak cümleleri söyle	04/10/2019	15/11/2019
Metronom ritmi ile uzatma çalışmaları yapılır.	3/4	metronom ritmini dinleyerek ilk ve ya son heceyi uzatarak konuş	13/09/2019	04/10/2019

Konuşma hızını ayarlayarak konuşma çalışılır.	3/4	yavaş ve yumuşak şekilde konuşma hızını ayarlayarak konuş	13/09/2019	25/09/2019
Parmağını masaya vurarak ya da ayağıyla ritim yaparak kelime düzeyinde ritim çalışmalarını yapar.	3/4	parmağını masaya vurarak ve ya ayağıyla ritim tutarak söyle	19/09/2019	15/11/2019
Yumuşak, yavaş başlangıçlı konuşma çalışmaları yapar.	3/4	konuşurken yavaş yumuşak şekilde konuş	13/09/2019	29/11/2019

Uzun Dönemli Amaç: “Kekemeliğine yönelik olumsuz duygusal tepkileriyle başa çıkar.” becerisini bağımsız olarak onsekiz seans üst üste 3/4 oranında sağlar.

BİLDİRİM	ÖLÇÜT	HEDEF UYARAN	TARİH	TARİH
Eğitimin amacı tanımlanır ve danışan ile bu amaç üzerinde uzlaşma sağlanır.	3/4	Nasıl bir değişiklik isterdin? Kekemeliğinin komple gitmesi sana ne sağlardı?	16/08/2019	16/08/2019
Otomatik düşünceler tanımlanır.	3/4	Kendi kekemeliğin ile ilgili en olumsuz düşüncen nedir?	16/08/2019	23/08/2019
Bu düşüncelerde kaygılanmanın sebepleri belirlenir.	3/4	Bu düşüncelerinin sebepleri ne olabilir?	16/08/2019	13/09/2019
Problemin sosyal hayatı nasıl etkilediği üzerine konuşulur.	3/4	Bu durum hayatını nasıl etkiliyor?	23/08/2019	13/09/2019

Baş etme yolları geliştirilir. Buna uygun baş etme kartları hazırlanır.	3/4	Kantine gitmekten kaçındığını fark edersen, kendime orada gitmek için motive ederek gitmeyi becerebilirsin ve işe yaramazsa da bunu yapabilirsin diye hatırla.	06/09/2019	20/11/2019
Kekemeliği hakkında duygu ve düşüncelerine yönelik konuşulur.	3/4	Kekemelik anında ne düşünüyorsun? Nasıl hissediyorsun? Nasıl tepkiler veriyorsun? Peki kekelemeden kekeleyeceğini düşündüğünde o anda ne düşünüyorsun? Nasıl hissediyorsun?	13/09/2019	20/11/2019
Çevresindeki insanların danışan üzerinde ne gibi düşünce ve duygular uyandırdığı konusundan konuşulur.	3/4	Çevrendeki insanlar, arkadaşların, öğretmenlerin, ailen, dışardaki tanımadığın insanlar gerçekte nasıl tepkiler veriyorlar?’	13/09/2019	20/11/2019
Sistemantik duyarsızlaştırma kapsamında kaygı hiyerarşisi oluşturulur.	3/4	Kekemelik anlarında deneyimlediğin en korkutucu ve kaygı yaratıcı durumdan en az korku ve kaygı yaratıcı durumlara doğru sıralayarak liste yap	20/09/2019	20/11/2019

Danışan ile zaman baskısı üzerine konuşulur. Zaman baskısının konuşmasına hissettirdikleri ve sonuçları tartışılır. Çözüm yolları keşfettirilir.	3/4	Zaman baskısını tanımla ve bunu resim çizerek anlat. Zaman baskısı altında konuşmanın hissettirdikleri ve sonuçları neler? Ne gibi çözüm yolları keşfedilebilir?	27/09/2019	20/11/2019
Alternatif dengeli düşünme danışana öğretilir. Eski düşüncelerinin yeniden gözden geçirilmesi olarak danışanın yeni bakış açısıyla düşünme biçimi öğretilir.	3/4	Sadece akıcı olmak yetmez yapılan çalışmaları doğru uygulamak, rahatlamak için güçlü bir zihinsel gayret göstermen gerek.	04/10/2019	20/11/2019
Danışanın olumlu ve olumsuz yönlerine yönelik konuşulup olumlu yönleri pekiştirilerek desteklenir.	3/4	'olumlu ve olumsuz yönlerin neler?'	11/10/2019	20/11/2019
Olumlu konulara doğru yönlendirme yapılarak danışanda kendinin başarabildiği ve iyi iş çıkarabildiği gösterilerek öz güven oluşturulup kendi öz farkındalığının kazanması desteklenir.	3/4	“Tek başına gittiğin restoranda siparişi kendinin verdiğini söyledin. Bu bize seninle ilgili ne söylüyor?”	11/10/2019	20/11/2019

Özgeçmiş

Uzman Odyolog İclal ERTAŞ Öğrenim hayatına Ankara da başlamıştır. İlk ve Orta Öğrenimini tamamladıktan sonra sonra 1981 yılında Yüksek öğrenimine Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulunda başlamış ve Lisans derecesi alarak 1986 yılında mezun olmuştur.

Aynı yıl yine Hacettepe Üniversitesi Kulak Burun Boğaz bölümü ana bilim dalına bağlı Odyoloji Bölümün de, Yüksek Lisansına başlamış 1990 yılında Odyoloji konuşma ve ses Bozuklukları Bilim Uzmanlığı derecesi almaya hak kazanmıştır.

Bilim Uzmanlığı tezi olan “Ankara ili ilkokul çağı çocuklarında konuşma ve ses bozuklukları insidansı” Milli Eğitim Bakanlığı tarafından kaynak bilgi olarak gösterilmiştir.

1989-1991 yılları arasında Hacettepe Sağlık bilimleri enstitüsü Odyometri Yüksekokulunun kuruluşunda görev almış ve araştırma Görevlisi olarak ders vermiştir.

1992 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kulak Burun Boğaz Ana Bilim Dalında uzman Odyolog olarak çalışma hayatına başlamıştır. 17 yıl boyunca çocuklarda ve yetişkinlerde İşitme, Konuşma ve ses Bozuklukları değerlendirilmesi, terapisi hizmeti vermiştir.

2007 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisindeki çalışma hayatını tamamlayan İclal Ertaş aynı yıl kurucusu olduğu özel Eğitim rehabilitasyon merkezinde çalışmaya başlamıştır. Özel eğitim alanında çeşitli özür guruplarında değerlendirme ve terapi, eğitim programlarının düzenlenmesi vb konularda çalışma hayatına devam etmektedir. Evli ve iki çocuk annesidir.

2009 yılından itibaren Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde Yakın Doğu Üniversitesi, Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi ve Lefke Avrupa Üniversitesinin sağlık Bilimleri ve Eğitim bilimleri fakültelerinde işitme ve dil ve konuşma bölümlerinde çeşitli dersler vermektedir. Bunun yanı sıra 2016 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Bölümünde Doktora çalışmalarına başlamıştır.

Aynı zamanda yazılım teknolojileri alanında ki uzmanlarla, Özel eğitim alanında eksikliği hissedilen web tabanlı yardımcı özel eğitim programı/portalı ile konuşma eğitimi konusunda özel gereksinimi olan çocuklara konuşma eğitimi verilmesine yönelik çalışmalarını tamamlamış ve Özel Eğitim ve Rehabilitasyon merkezinde eğitim uygulamalarına başlamıştır.

ESERLER

Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler :

Ulkur E, Karagoz H, Uygur F, Celikoz B, Cincik H, Mutlu H, **Ertas I**, Ciyiltepe M.
Use of Porous Polyethylene Implant for Augmentation of the Posterior Pharynx

in Young Adult Patients With Borderline Velopharyngeal Insufficiency. J Craniofac Surg. 2008 May;19(3):573-9.
SON MAKALENİ EKLEMEMİŞSİN

Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

Birkent H, Akçam T, Gerek M, **Ertaş I**, Ozkaptan Y. Results of voice therapy in functional voice disorders. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg. 2004;12(5-6):120-7.
 Satar B, Tosun F, **Ertaş İ**, Özkaptan Y. Vokal Disfonksiyonun Spektrumu ve Hastaya Yaklaşım Türkiye Klinikleri J E.N.T. 2002;2(3 Suppl 1):S 9-12

Diğer Faaliyetler

Cochlear Implantlı çocukların eğitimlerinin geliştirilmesi ve desteklenmesi süreci içerisinde 1996-1997 yıllarında Budapeşte Peto Enstitüsünde Voita Teknikleri üzerine ve değişik zaman aralıklarında Danimarka'da Cochlear Implant ve İşitme engelli çocuklarda işitme eğitimi ve özel eğitim çalışmalarına katılmıştır.

Kongrelerde davetli konuşmacı olarak

Ertaş İclal, International Conference on Special Education (ICSE 2017) Thessaloniki-Greece, Aralık 2017
 Ertaş İclal, 7th International Conference on Education 28-30 June 2018, Berlin-Germany

Katıldığı kurslar:

Ankara Numune Hastanesi Laringo- Stroboskopi kursu 1995
 Duyu Bütünleme Kursu (İsrail, Zivarom), 2004
 Çocuklarda Fonolojik Süreçlerin Değerl. 2006 (H.Ü. Odyoloji ve Konuşma Kong.)
 Kekemelik Kursu , (Hacettepe Üniversitesi Odyoloji ve Konuşma Kongresi)
 Berard eğitim metodunun (işitsel algı ve konsantrasyon eğt.) sertifikalı programı, 2008
 Neurofeedback , Biofeedback ve Edufeedback sertifikalı eğitim programı, 2008.
 Gelişimsel Çocuk Nörolojisi Derneği Santral Sinir Sistemi Geliş. Bozuklukları , 2010.
 Duyu Bütünleme Sertifikası (Hacettepe Üniversitesi FTR bölümü, Hülya Kayıhan).
 Duyu Bütünleme Eğitim Programı (Temas Eğitim ve Dan. Merkezi, 3 modül 2016).
 Ayres Duyu Bütünleme Eğitim Programı CLASI programı 2018 (5 Modül)
 Psikojenik kökenli konuşma bozukluğu olan yetişkin kekeme bireylere yardımcı olmak amacıyla Bilişsel Davranış Terapi Programı Dr. Hakan Türkçapar ve ekibi (2 yıl)

- FloorTime modül1-modül2 (Günüşığı Eğitim Merkezi) 2015-2021
- GEÇDA Gazi Üniv. Erken Çocukluk Değerlendirme Aracı 2016
- Türkçe Erken Dil Gelişim Testi TEDİL , 2016
- Türkçe Prep Uygulayıcı Testi- 2018
- Uludağ Üniversitesi Oyun Terapisi Uygulayıcısı Sertifikası – 2018
- Hızlı İsimlendirme Testi Uygulayıcı Sertifikası 2019
- EROT Erken Okur Yazarlık Testi – 2019
- Çalışma Belleği Ölçeği Uygulayıcı Sertifikası – 2019
- Gazi Üniversitesi & Disleksi Eğitici Eğitimi Sertifika Programı - 2019
- ETEÇOM -2 Uygulayıcı Serifikası Eğitimi -2020
- Dilgem Gelişimsel Diskalkuli Eğitici Eğitimi Sertifika Programı
- Dilgem - Ses Terapisi Teknikleri – 2020
- Dilgem - Okul Çağı Çocuklarında Kekemelik Değerlendirme ve Terapisi Semineri
2020
- Dilgem – Kekemelik Terapisi Yaşa Özgü ve Bilişsel Duygusal ve Dav. Analiz - 2020
- Dilgem – Ergen ve Yetişkinlerde Kekemelik Yetiştirme Değerl. ve Terapisi – 2020
Prof. Dr. Kurt EGGERS
- IBK Basic Body Awareness Therapy A (BBAT A) – 2020
- Peabody Resim-Kelime Tanıma Testi Uygulayıcı Eğitimi
- Beckman Oral Motor Assesment & Intervention – 2021
- GORDÖ – 2 – TV Gilliam Otistik Bozukluk Derecelendirme -2 Ölçeği – 2020
- Dilgem MICHAEL PALIN ENTR. PALIN Terapi sertifika programı 2020
- Dilgem Kekeleyen bireylerde Bilişsel Davranış Terapisi Aracılığıyla Biliş ve Duygu
Analizi programı Prof. Dr. Kurt EGGERS 2020
- Montesori ve Aile Danışmanlığı Eğitimi Gedik Üniversitesi 2021
- Çözüm Odaklı Terapi Eğitimi ve Dikkat Testleri Eğitimi İlim Akademi 2021

Katıldığı uluslararası bilimsel toplantılar:

7th International Conference on Education 28-30 June 2018, Berlin-Germany

XX.Ulusal Türk Otorinolarenoloji Kongresi 9-13 Ekim 1989, Girne-Kıbrıs

II.Uluslararası Ses Hastalıkları Sempozyumu 29-30 Nisan 1999, İstanbul

3 rd World Voice Congress 19-22 June 2006, İstanbul

Verdiği Eğitim programları

Oyun içinde duyuşal farkındalık eğitim program

İşitme kayıplı çocuklarda erken bebeklikten okul çağına işitsel rehabilitasyon

Katıldığı ulusal bilimsel toplantılar:

Hacettepe Kulak Burun Boğaz Alumni Toplantısı 15-16 Haziran 1989, Ankara

Hacettepe Üniversitesi 6.Özel Eğitim Günleri 12-14 Kasım 1996, Ankara

VI.Fizyoterapi’de Gelişmeler Sempozyumu 6-9 Kasım 1996, Ankara

Özel Eğitim Günleri 13-15 Kasım 1997 , Ankara

Ulusal İşitme ve Konuşma Engelliler Rehabilitasyonu 22-23 Eylül 1997, Ankara

Pediyatrik Otorinolarenoloji Toplantısı 19-22 Mart 1998, Bursa

Ot İşitme Engelli Bireylerin Habilitasyonu ve Rehabilitasyonu Çalışma Toplantısı 7-8

Haziran 2001, Ankara oloji ve Nöro-Otoloji Sempozyumu 8-9 Kasım 2001, İstanbul

GATA Otoloji , Nöro – Otoloji Günleri 05-08 Kasım 2003 , GATA Ankara

Türk Ulusal Otorinolarenoloji ve Baş Boyun Cerrahisi 21-26 Mayıs 2005 ,Ankara

III. Ulusal Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Kongresi 14-16 Eylül 2006, Ankara

PND Nöropsikolojik Test Eğitimi Serifikası -2008

26.Hacettepe KBB Alumni Toplantısı, 11-12 Kasım 2010, Ankara

V.Ulusal Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Kongresi 24-26 Eylül 2010, İzmir

Koklear İmplant ve İmplantlı Çocukların Habilitasyonu Sempozyumu 17-18 Aralık 2010

Türkiye’de Erken Müdahale Yaklaşımları Sempozyumu 27 Mayıs2010, Ankara

Uluslararası Katılımlı Konya Otizm Günleri 28-30 Kasım 2013 , Konya

Otizimde Aile ile Çalışmak 29 Kasım 2013 , Konya

Çocukluk Çağında Özgöl Öğrenme Bozukluğu 24-25 Şubat 2014, Ankara

İntihal raporu (Turnitin)

TEZ

ORJİNALLİK RAPORU

% 25	% 25	% 7	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

TÜM KAYNAKLARI EŞLEŞTİR (SADECE SEÇİLİ OLAN KAYNAĞI YAZDIR)

Alıntıları çıkart Kapat
Bibliyografyayı Çıkart Kapat

Eşleşmeleri çıkar Kapat