



TC.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KEKEMELİĞİ OLAN YETİŞKİN BİREYLERDE OLUMSUZ
DÜŞÜNCE VE İNANÇLARIN KEKEMELİK ŞİDDETİ İLE
İLİŞKİSİ**

GÜLKADER TEMİZ

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi RAMAZAN SERTAN ÖZDEMİR

İSTANBUL-2020

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez çalışmamın her aşamasında bana fikir veren, beni yönlendiren, her konuda destekleyip yanımda olan tez danışmanım, değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi R. Sertan Özdemir'e,

Dil ve Konuşma Terapistliği Anabilimdalı'nı oluşturarak bu alana en büyük katkıyı sağlayan, yanında yetişen bizleri koruyup kollayan saygıdeğer hocam İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölüm Başkanı Prof. Dr. Seyhun Topbaş'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve desteklerini esirgemeyen kıymetli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Özlem Ünal Logacev'e, Dr. Öğr. Üyesi Evra Günhan'a, Dr. Öğr. Üyesi Esra Ertan Schlüter'e,

Jürimde olmayı kabul eden sayın hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Hatun Zengin Bolatkale ve Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Aydın Uysal'a

Sadece bu süreçte değil, hayatımın çoğu alanında sabır ve sevgilerini hissettiğim arkadaşlarım ve aynı zamanda meslektaşlarım olan Ezgi Apaydın, Ayça Bilge, Aylin Torğul, Cansu Afyoncu ve Safiye Tekkeli'ye,

Gerek manevi gerekse mesleki anlamda yanımda olan canım arkadaşlarım Berna Ateş, Özlem Yeter ve Halil Kara'ya,

Çalışmaya vaka katkılarından dolayı meslektaşlarım Berruj Çiftçi, Gamze Kaya, Muhammed Necmettin Karabudak ve Hatice Feyza Konca'ya,

Yanımda olmalarından sonsuz mutluluk duyduğum ve bana kendimi şanslı hissettiren Can'a, canım kardeşime, biricik anneme ve babama teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------------|
| TEZ ONAYI | İ |
| BEYAN | İİ |
| TEŞEKKÜR | İİİ |
| KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ | VI |
| TABLolar ŞEKİLLER LİSTESİ | Vİİ |
| 1. ÖZET | 1 |
| 2. ABSTRACT | 2 |
| 3. GİRİŞ VE AMAÇ | 3 |
| 4. GENEL BİLGİLER | 6 |
| 4.1. Kekemeliğe Yönelik Tanımlamalar | 6 |
| 4.2. Kekemeliğin Nedenlerine Yönelik Teoriler | 9 |
| 4.2.1. Psikolojik teoriler | 9 |
| 4.2.2. Diagnojenik teori | 10 |
| 4.2.3. Serebral baskınlık teorisi | 10 |
| 4.2.4. Talepler ve kapasiteler modeli | 11 |
| 4.2.5. Psikolinguistik teoriler | 11 |
| 4.2.6. Kekemeliğin nedenlerine yönelik yapılan beyin görüntüleme çalışmaları .. | 12 |
| 4.3. Kekemelik ve Sosyal Kaygı | 13 |
| 4.3.1. Sosyal kaygı bozukluğu (Sosyal Fobi) | 13 |
| 4.3.1.2. Sosyal kaygının nedenlerine yönelik geliştirilen etiyolojik modeller | 15 |
| 4.3.2. Sosyal kaygının kalıcılılaşmasına yönelik geliştirilen bilişsel-davranışçı modeller ve kekemelik ilişkisi | 16 |
| 4.3.3. Kekemeliği olan bireylerde sosyal kaygı bozukluğunun gelişimi | 17 |
| 4.3.4. Kekemelik şiddeti ve kaygı ilişkisi | 20 |
| 5. GEREÇ VE YÖNTEM | 23 |
| 5.1. Araştırma Modeli | 23 |
| 5.2. Araştırmanın Katılımcıları | 23 |

| | |
|---|-----------|
| 5.3. Veri Toplama Araçları | 26 |
| 5.3.1.UTBAS | 26 |
| 5.3.2.UTBAS-TR | 27 |
| 5.3.3. Demografik bilgi formu..... | 28 |
| 5.4. Uygulama | 28 |
| 5.4.1. Konuşmada kekemelik frekansı değerlendirmesi..... | 29 |
| 5.5. Veri Analizi | 29 |
| 6. BULGULAR | 30 |
| 7. TARTIŞMA | 44 |
| 7.1. Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançların kekemelik şiddeti ile ilişkisinin incelenmesi..... | 44 |
| 7.2. UTBAS-TR puanlarının yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma ve medeni durum değişkenlerine göre farklılaşma durumunun incelenmesi..... | 46 |
| 7.3. UTBAS-TR puanlarının kekemelik terapisi alma ve terapinin Dil ve Konuşma Terapisti tarafından verilme değişkenlerine göre farklılaşma durumları..... | 47 |
| 8. SONUÇ..... | 49 |
| 8.1. Öneriler | 51 |
| 8.2. Sınırlılıklar | 51 |
| 9. KAYNAKLAR | 52 |
| 10. EKLER..... | 62 |
| 11. ETİK KURUL ONAYI..... | 68 |
| 12. ÖZGEÇMİŞ..... | 71 |

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

DSM-V: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

OASES: Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering

SPSS: Statistical Package for the Social Science

UTBAS: The Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering

UTBAS-TR: The Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering- the Turkish version



TABLolar ŞEKİLLER LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Tablo 5.1. Katılımcılara ait demografik bilgiler | 24 |
| Tablo 5.2. Katılımcıların kekemelik terapisi alma ve terapinin kim tarafından verildiğine ait bilgiler..... | 25 |
| Tablo 6.1. Katılımcılara ait UTBAS-TR puan ortalamaları..... | 30 |
| Tablo 6.2. Katılımcılara ait kekemelik sıklığı ortalamaları | 31 |
| Tablo 6.3. Katılımcıların UTBAS-TR-I-II-III-T puanları ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişkiye dair betimsel istatistikleri ve Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları | 32 |
| Tablo 6.4. Katılımcıların UTBAS-TR puanlarının yaşa göre farklılaşma durumu ve t-testi sonuçları | 33 |
| Tablo 6.5. Katılımcıların UTBAS-TR puanlarının cinsiyete göre farklılaşma durumu ve t-testi sonuçları | 35 |
| Tablo 6.6. Katılımcıların UTBAS-TR puanlarının eğitim durumu değişkenine göre farklılaşma durumu ve t-testi sonuçları..... | 36 |
| Tablo 6.7. Katılımcıların UTBAS-TR puanlarının çalışma durumu değişkenine göre farklılaşma durumu ve t-testi sonuçları..... | 38 |
| Tablo 6.8. Katılımcıların UTBAS-TR puanlarının medeni durum değişkenine göre farklılaşma durumu ve t-testi sonuçları..... | 39 |
| Tablo 6.9. Katılımcıların UTBAS-TR puanlarının kekemelik terapisi alma durumu değişkenine göre farklılaşma durumu ve t-testi sonuçları..... | 41 |
| Tablo 6.10. Katılımcıların UTBAS-TR puanlarının kekemelik terapisinin Dil ve Konuşma Terapisti tarafından verilme durumuna göre farklılaşma durumu ve t-testi sonuçları | 42 |

1. ÖZET

KEKEMELİĞİ OLAN YETİŞKİN BİREYLERDE OLUMSUZ DÜŞÜNCEVE İNANÇLARIN KEKEMELİK ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİ

Kekemelik çeşitli motor davranışları içeren, duygusal, dilsel, bilişsel ve duyuşsal birçok alanı kapsayan çok boyutlu, dinamik bir konuşma bozukluğudur. Duygusal boyutlarından biri olan kaygı çoğunlukla kekemeliğe eşlik etmekte ve bireyin hayat kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle kekemeliği olan bireyler okul öncesi dönemden başlayarak yetişkinlik dönemini de içine alan hayat boyu sosyal ve psikolojik zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Kekemeliği olan bireyler sosyal kaygının çeşitli alanlardaki etkilerini diğer kekemelik semptomları ile eş zamanlı olarak yaşamaktadırlar. Araştırmanın amacı kekemeliği olan yetişkin bireylerde olumsuz düşünce ve inançların, kekemelik şiddeti ile arasındaki ilişkiyi incelemektir. Ölçme aracı olarak Kekemeliğe İlişkin Olumsuz Düşünce ve İnançlar Ölçeği (*UTBAS-TR*) kullanılmış olup kekemelik sıklığının belirlenmesi için katılımcılardan video kaydı örnekleri toplanmıştır. Türkçe alanyazında kekemeliği olan bireylerin sosyal kaygının belirtileri olarak geliştirdikleri olumsuz düşünce ve inançlar ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmadır. Araştırma kapsamında 18 yaş ve üzeri kekemeliği olan 50 katılımcıya ulaşılmış, elde edilen veriler analiz edilmiştir. Sonuçlara göre kekemeliği olan yetişkinlerde olumsuz düşünce ve inançlar ile kekemelik şiddeti arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Ayrıca olumsuz düşünce ve inançların katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve çalışma durumları ile aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Katılımcılardan daha önce kekemelik terapisi almış olmak ve terapinin dil ve konuşma terapisti tarafından verilme değişkenleri ile olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygı arasında da anlamlı bir farklılık belirtilmemiştir ($p>0,05$).

Anahtar sözcükler: Kekemelik, kekemelik şiddeti, Sosyal kaygı, *UTBAS-TR*

2. ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE SEVERITY OF STUTTERING AND NEGATIVE THOUGHTS AND BELIEFS IN ADULTS WITH STUTTERING

Stuttering is a multidimensional, dynamic speech disorder that contains various motor behavior and includes emotional, linguistic, cognitive and sensory domains. Stuttering is accompanied by its emotional dimension anxiety which affects the individual's quality of life. For this reason, individuals with stuttering face social and psychological difficulties throughout their lives starting from pre-school period, including adulthood. Individuals who stutter experience the effects of social anxiety in various areas simultaneously with other stuttering symptoms. The aim of this study is to examine the relationship between negative thoughts and beliefs and the severity of stuttering in adults with stuttering. Negative Thoughts and Beliefs on Stuttering (UTBAS-TR) was used as a measurement tool and video recording samples were collected from the participants to determine the frequency of stuttering. It is the first study to examine the relationship between the negative thoughts and beliefs, which are developed as symptoms of social anxiety by individuals with stuttering, and the severity of stuttering in Turkish literature. Within the scope of the research, 50 participants with stuttering aged 18 and over were reached and the data obtained were analyzed. According to the results, there is no significant relationship between negative thoughts and beliefs and the severity of stuttering in adults with stuttering ($p > 0.05$). In addition, there was no significant difference between negative thoughts and beliefs, age, gender, marital status, education and employment status of the participants ($p > 0.05$). There was also no significant difference between the participants' stuttering therapy and the variables given by the language and speech therapist and anxiety about negative thoughts and beliefs ($p > 0.05$).

Keywords: Social anxiety, Stuttering, stuttering severity, UTBAS-TR

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kekemelik dünyanın her yerinde, bütün kültürlerde ve ırklarda görülmekte olup; meslek, zeka ve gelir düzeyi ayırt etmeksizin her yaştan ve her cinsiyetten insanı etkiler (1). Kekemeliğin nedenleri henüz kesin olarak bilinmemekle birlikte nedenlerine yönelik geliştirilen çok boyutlu modeller kekemeliğin başlangıcının ve gelişiminin daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır (2).

Kaygı, sözel-bilişsel, davranışsal ve fizyolojik olmak üzere üç bileşen içerdiği söylenen karmaşık bir psikolojik yapıdır (3 akt. 4). Sosyal kaygı, kekemeliğin çok boyutlu modellerinde duygusal faktörler içerisinde ele alınmıştır (1). Alanyazında kekemeliği olan yetişkinlerde kekemelik ve sosyal kaygı ilişkisini inceleyen çok sayıda araştırma vardır (5,6,7,8,9,10). Yapılan araştırmalara bakıldığında sosyal kaygının, kekemeliğin en sık gözlenen sonuçlarından biri olduğu görülmektedir (11). Kekemelik ve kaygı arasındaki bu ilişki, konuşmanın gündelik yaşam ve sosyal ilişkiler açısından önemi göze alındığında daha iyi anlaşılmaktadır.

Kekemeliği olan bireyler için kekelemenin olumsuz sosyal etkileri okul öncesi dönemde başlamakta ve yetişkinlikle beraber yaşam boyu devam edebilmektedir (12). Bu olumsuz sonuçlar ise kekemeliği olanların erken yaşlarda yaşadığı zorbalık, alay, dışlanma ve olumsuz akran tepkileridir (13). Kekemeliği olan çocuk ve ergenler sıklıkla akran mağduriyeti ve sosyal izolasyon yaşamaktadırlar, aynı zamanda kekemeliği olmayan akranlarından sosyal açıdan daha az popüler olabilmektedirler (14). Kekeleyen bütün çocuklarda bu gibi olumsuz deneyimler görülmesi de, bu durum bireyin ileriki dönemlerinde iletişim yetkinliğini, özsaygısını ve sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileme kapasitesine sahiptir (15).

Yetişkinlik döneminde ise sosyal kaygı, olumsuz dinleyici tepkileri, eğitimsel ve mesleki zorluklar, yaşam kalitesinin düşmesi ve sosyal durumlardan kaçınma ile ilişkilidir (16). Bununla birlikte yetişkinlik döneminde görülen yüksek kaygı oranı kekemeliğin motor davranışlarından biri olan kekemelik şiddetinin de artmasına neden olabilmektedir (17). Araştırmalar kekemelik şiddetinin, dinleyicilerin kekemeliği olan

bireylere karşı gösterdiği tutum ve tepkileri etkilediğini ortaya koymaktadır (18, 19, 20, 21). Kekemelik şiddeti yüksek olan konuşmacılar, kekemelik şiddetinin az olduğu konuşmacılara göre daha çok olumsuz yorumlara ve etiketlemeye maruz kalmaktadırlar (21). Bu nedenle sosyal kaygının bilişsel bileşeni olan ve çoğunlukla başkaları tarafından olumsuz değerlendirilme korkusu hakkındaki olumsuz düşünce ve inançlar, kekemeliği olan yetişkinler arasında özel bir dikkat ve değerlendirme gerektirir (22). Kekemelik şiddeti yüksek olan bireylerin kekemelik şiddeti yüksek olmayanlara göre daha fazla olumsuz dinleyici tepkilerine maruz kaldıkları göz önüne alındığında, yapılan araştırmada kekemelik şiddeti ile sosyal kaygıya bağlı olumsuz düşünce ve inançlar arasında anlamlı bir ilişki den bahsedilebileceği bulgusu beklenmektedir.

Türkiye’de kekemelik ile sosyal kaygı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar mevcuttur (23, 24, 25) ancak bu çalışmalar kekemelik şiddeti ile olumsuz düşünce ve inançlar arasındaki ilişkiyi ele almamaktadırlar. Bu nedenle kekemeliği olan yetişkin bireylerde olumsuz düşünce ve inançların kekemelik şiddeti ile ilişkisinin incelenmesinin alanyazına katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

Bu çalışmada kekemeliği olan yetişkin bireylerde olumsuz düşünce ve inançların kekemelik şiddeti ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Araştırmada kekemeliği olan yetişkinlerde konuşma durumlarına ilişkin yaşanan sosyal kaygı ile ilgili olumsuz düşünce ve inançları ölçen The Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering (UTBAS) (26) ölçeğinin Türkçe çevirisi (UTBAS-TR) (27) kullanılmıştır. 2019 yılında Aydın ve Ege tarafından hazırlanan Kekemeliğe İlişkin Olumsuz Düşünce ve İnançlar Ölçeği (UTBAS-TR) (27) kullanılarak yürütülen çalışmada şu sorulara cevap aranmaktadır:

1. Kekemeliği olan yetişkin bireylerin kekemeliğe yönelik olumsuz düşünce ve inançları ile kekemelik şiddeti arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
 - 1.1. Kekemeliği olan bireylerin kekemeliğe yönelik olumsuz düşünce ve inançlara kapılma sıklıkları ile kekemelik şiddeti arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

- 1.2. Kekemeliği olan bireylerin kekemeliğe yönelik olumsuz düşüncelere ilişkin inançları ile kekemelik şiddeti arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- 1.3. Kekemeliği olan bireylerin kekemeliğe yönelik olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygıları ile kekemelik şiddeti arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
2. Kekemeliği olan bireylerin kekemeliğe yönelik olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin sıklık, inanç ve kaygı durumları arasında demografik değişkenlere göre anlamlı bir farklılık var mı?
 - 2.1. Kekemeliği olan bireylerin kekemeliğe yönelik olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin sıklık, inanç ve kaygı durumları arasında yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık var mıdır?
 - 2.2. Kekemeliği olan bireylerin kekemeliğe yönelik olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin sıklık, inanç ve kaygı durumları arasında cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık var mıdır?
 - 2.3. Kekemeliği olan bireylerin kekemeliğe yönelik olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin sıklık, inanç ve kaygı durumları arasında eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık var mıdır?
 - 2.4. Kekemeliği olan bireylerin kekemeliğe yönelik olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin sıklık, inanç ve kaygı durumları arasında çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık var mıdır?
 - 2.5. Kekemeliği olan bireylerin kekemeliğe yönelik olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin sıklık, inanç ve kaygı durumları arasında medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık var mıdır?
3. Kekemeliği olan bireylerin kekemeliğe yönelik olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin sıklık, inanç ve kaygı durumları arasında kekemelik terapisi almış olma değişkenine göre anlamlı bir farklılık var mıdır?
 - 3.1. Kekemelik terapisi almış olan bireylerin kekemeliğe yönelik olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin sıklık, inanç ve kaygı durumları arasında terapinin dil ve konuşma terapisti tarafından verilme durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık var mıdır?

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kekemeliğe Yönelik Tanımlamalar

Kekemelik, kişinin tecrübesine, bakış açısına ve özellikle kekemeliği olup olmamasına bağlı olarak çok farklı görünebilir ve hissedilebilir. Bu durum Wendell Johnson (28) tarafından 1958’de ortaya atılan bir fili tanımlamaya çalışan altı kör adam anolojisini anımsatır (akt. 29). Johnson (28), bir fili tanımlamaya çalışan altı kör adamın altı farklı tanım ortaya attıklarını ve bunun nedeninin her birinin filin farklı parçalarını değerlendirmeye çalışmış olmalarından kaynaklı olduğunu belirtir. Altı kişi aynı parçayı değerlendirmeye çalışsalar bile kişilerin deneyimlerinin farklılaşacağını ve yine tanımlamaların da bu yönde farklılık göstereceğini belirterek kekemelik tanımları arasındaki farklılıkları açıklamaya çalışmıştır (akt. 30).

Alanyazında kekemeliği tanımlamaya çalışan araştırmacıların, üzerinde uzlaşmış oldukları tek bir kekemelik tanımının olmamasının nedeni kekemeliğin farklı boyutlarını ele alarak kekemeliği tanımlamaya çalışmalarıdır (31). Peter ve Guitar’a (32) göre kekemelik, konuşma akışının ses, hece ve tek heceli kelime tekrarları, ses uzatmaları ve bloklar ile anormal derecede yüksek sıklıkta ve sürede kesintiye uğramasıyla karakterizedir. Wendell Johnson ise 1958’de (28) kekemeliğin önceden sezilen, aşırı gergin, kaygılı bir kaçınma tepkisi olduğu görüşünü öne sürmüştür ancak bu tanım belirtilen özelliklerin olmadığı durumlarda da kekemeliğin ortaya çıkmasını açıklamadığı için yetersiz kalmıştır (30).

Kekemeliğe dair yapılan bazı tanımlamalar konuşmanın sadece işitilebilir yanıyla ilgilenmiştir. Bunlardan bazıları şu şekildedir;

Van Riper’a (33) göre kekemelik süregiden konuşma akıcılığındaki sapma ve konuşma ritmini sürdürmedeki yetersizliktir. Andrews ve arkadaşları (34) ise kekemeliğin tanımı için tekrar ve uzatmaların gerekli ve yeterli olduğunu belirtmişlerdir.

Yapılan bu tanımlamalar kekemeliği olan bireylerin süregiden konuşma akıcılığında sergiledikleri bozulmaları yansıtmaktadır. Ancak bu tip akıcısızlıklar çocuklar ve yetişkinler dahil olmak üzere kekemeliği olmayan tüm bireylerin konuşmalarında da gerçekleşir. Kendilerini akıcı konuşmacı olarak görenler, kendilerini kekeme olarak görenlerin aksine konuşmalarında daha çok tekrar ve ses uzatmaları sergileyebilmektedirler. Bu nedenle konuşmanın sadece işitilebilir yönüyle ilgilenen tanımlamalar normal akıcısızlık ve kekemelik anlarını birbirinden ayırmada yetersiz kalmışlardır (30).

Van Riper (33) temel kekemelik davranışları olan akıcısızlık türlerini (uzatma, tekrarlama ve blok) tanımlamada 'çekirdek davranışlar' kavramını ortaya atmıştır. Çekirdek davranışlar kişinin istemi ve kontrolü dışında gerçekleşir. Kekemeliği olan bireyler temel çekirdek davranışlarına yönelik öğrenilmiş tepkiler olan ikincil davranışları geliştirirler (32). Van Riper 1982'de (33) yaptığı başka bir tanımlamada kekemeliğin süregiden konuşmada ses, hece ve sözcüklerdeki motorik bozulmalar veya konuşmacının bu duruma verdiği tepkilerle gerçekleştiğini belirtmiştir. Bu tanımlama ile kekemeliğin işitilen yönünün yanında konuşmacının konuşmasına yönelik gösterdiği tepkisine de yer vermiştir.

Wingate (35) kekemeliği 3 bölümde ele almıştır.

I. (a) Konuşma akıcılığındaki bozulmalardır. (b) İstemsiz davranışlardır; işitilebilir ya da ses, hece, tek heceli sözcüklerde sessiz tekrarlamalar veya uzatmalar gözlemlenir. (c) Genellikle bu kesintiler sıkça meydana gelir ve (d) rahatlıkla kontrol edilemez.

II. Bazen bu bozulmalara (e) eşlik eden vücut hareketleri, ilişkili veya ilişkili olmayan sözcük kullanımı gibi konuşmayla ilişkili bir çaba görünümü veren ikincil davranışlar görülebilir.

III. Ayrıca (f) kekemeliğe bağlı olarak yaşanan korku, heyecan, utanç ve gerginlik gibi duygusal durumlardan söz etmek gerekmektedir.

Yairi ve Seery (31) ise kekemeliğin perde arkasında çok boyutluluğunun yattığını belirtmişlerdir ve kekemeliği altı boyuta ayırarak tanımlamışlardır.

1. Görünür Konuşma Özellikleri: Bu özellikler; konuşma sırasında respirasyon ve fonasyonda gerçekleşen bozulmalar ile artikülasyonda yaşanan bloklar, tekrarlamalar ve uzatmalardır.

2. Eşlik Eden Fiziksel Özellikler: Bunlara ikincil davranışlar denir. Gergin vücut hareketlerinden oluşur. Özellikle baş ve boyun olmak üzere diğer vücut yapılarında da görülebilirler. Kekemeliği olan her bireyde ortaya çıkmaz.

3. Fizyolojik Aktiviteler: Bunlar çıplak gözle fark edilmeyen ancak teknolojik aletlerle ölçülen vücuttaki tepkimelerdir. Kan akışındaki değişim, cilt reaksiyonları, göz bebeğindeki tepkiler, beyin dalgasındaki aktivasyon ve diğer fizyolojik reaksiyonlardır.

4. Duygusal Özellikler: Konuşma ile ilgili olan güçlü duygusal reaksiyonlardır. Konuşmaktan kaçınma, konuşma korkusu, mutsuzluk veya hayal kırıklığı oldukça sık karşılaşılan bir durumdur.

5. Bilişsel Süreçler: Konuşma çıktısının seçimi, planlanması, hazırlık ve bunların uygulanması gibi bilişsel işlemler kekemeliği olan bireylerde 'aşırı yüklenme' durumuna yol açmakta ve bu durum kekemeliğe sonuçlanmaktadır. Ayrıca bireyin kendi kekemeliğine yönelik farkındalığı ile de ilgilidir.

6. Sosyal Dinamikler: Konuşmanın amacı iletişim kurmaktır. Kekemeliği olan bireyler iletişim sırasında karşılaştıkları dinleyici tepkilerinden etkilenmektedirler. Dinleyici kekemeliği olan bireyin ne dediğinden çok nasıl konuştuğuna odaklanabilir ya da konuşmacı hakkında eleştirel değerlendirmelerde bulunabilir. Bu durum konuşmacının alacağı tepkiden dolayı tetikte kalmasına ve sosyal etkileşimde zorluklara sebep olur.

Amerikan Psikiyatri Birliğinin hazırlamış olduğu Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı olan DSM-V'te (36) kekemelik, iletişim bozuklukları başlığı altında Çocuklukta Başlayan Akıcılık Bozukluğu (315.35 [F80.81]) olarak ele alınmıştır. Belirtilen tanı kriterlerine göre; ses veya hece tekrarlamaları, ünlü veya ünsüz seslerde uzatmalar, sözcük içinde görülen bloklar, sesli veya sessiz bloklar, dolaylı anlatım, sözcüklerin eforlu bir şekilde üretilmesi, tek heceli sözcüklerde tekrarlamalardan birinin veya çoğunun karşılanmasıyla tanılanabilir. Kekemeliği olan bireylerde sosyal kaygı ve konuşmadan kaçınma gibi toplumsal katılımı zorluklara neden olur. Kişinin okul ya da iş başarısı etkilenir. Bu gibi durumlar tek tek veya bir arada görülebilir. Ayrıca yine DSM-V'e göre kekemelik, akıcılıkta bozulmalara neden olan nörolojik olaylarla (örn. inme, tümör, yaralanma), duyuusal eksikliğe ya da başka bir sağlık bozukluğuyla bağdaştırılmaz ve herhangi bir ruhsal bozuklukla açıklanamaz.

4.2. Kekemeliğin Nedenlerine Yönelik Teoriler

Kekemelik teorileri dört temel grup şeklinde incelenebilir. Birincisi psikolojik teorilerdir. Kekemelik davranışlarının altta yatan psikolojik ve nörotik çatışmanın göstergesi olduğunu belirtmektedirler. İkincisi öğrenme teorileridir. Konuşmacının kekemeliğin başlangıcında konuşurken zorlandığını fark etmesiyle daha sonrasında kekeleyeceğini öngörüp çabalamayı öğrendiğini açıklamaktadır. Üçüncüsü fizyolojik teorilerdir. Konuşmacının özellikle çeşitli stres durumlarına tepki olarak akıcı konuşma becerisinin bozulduğunu öne sürmektedir. Dördüncüsü ve son grup olan çok bileşenli görüşler ise kekemeliğin başlangıcını ve gelişimini dilsel, genetik, nörofizyolojik bileşenlerin birleşimi ile açıklamaktadır (29).

4.2.1. Psikolojik teoriler

'Bastırılmış istek hipotezi' olarak da isimlendirilmiş olup kekemeliği nörotik ve psikanalitik açıdan açıklayan teorilerdir. Bu teoriye göre kekemelik anları duygusal ihtiyacın bir belirtisidir (30). Kekemeliğin nedenleri Sigmund Freund'un psikanaliz

kuramına göre açıklanmaktadır. Psikolojik teorilere göre kekemelik, bebeklik döneminde oral ve anal erotizm, bağımlılık gibi özel psişik ihtiyaçların karşılanması konusundaki çatışmalardan kaynaklanmaktadır (37).

Psikoterapinin kekemelik üzerindeki etkisini inceleyen araştırmalar kekemeliği bir tür duygusal bozukluğun belirtisi olmadığı sonucunu desteklemektedir. Yapılan araştırmalara göre psikanaliz ve diğer psikoterapi biçimleri, kekemeliğin ortadan kaldırılmasında veya kekemelik şiddetinin önemli ölçüde azaltılmasında tek başına başarılı olmamaktadır (30).

4.2.2.Diagnosojenik teori

Öğrenme teorilerinden olan diagnosojenik teorinin temelleri 1930'da Johnson tarafından ortaya atılmıştır. Johnson tarafından yapılan kekemeliğin başlangıcına dair araştırmalar kekemeliği olan ve kekemeliği olmayan çocukların yaşadıkları akıcısızlıklar arasında benzerlikler keşfetmişlerdir. Her iki gruptaki çocuklar konuşma sırasında tekrarlamalar yaşamaktadır fakat kekemeliği olan çocuklar tekrarlarına aşırı tepki vererek daha ciddi zorluklar geliştirmektedirler. Bu teoriye göre çocuğun yaşadığı olumsuzluklardan kaçınma çabası, dinleyicinin çocuğun yaptığı tekrarlamaları 'kekemelik' olarak yanlış etiketlemesinden kaynaklanmış olabilir (akt. 32). Kısaca, bu görüşe göre kekemelik, çocuğun kekeme olarak etiketlenmekten kaçınmak için yaptığıdır (38).

4.2.3. Serebral baskınlık teorisi

Kekemeliğin nedenlerini konuşma mekanizmasında yaşanan yapısal veya fizyolojik bir bozulmaya dayandıran teorilerden biri serebral baskınlık teorisidir. Kekemeliğin nedenini beyin organizasyonunda yaşanan bozukluktan kaynaklandığını öne süren bir yaklaşımdır. Samuel Ortan ve Lee Travis tarafından ortaya atılan nörofizyolojik model temelini bu yaklaşımdan almaktadır. Serebral baskınlık teorisine

göre kekemelik, beyin yarıküre baskınlığının yetersizliğinden kaynaklanır. Baskın bir beyin yarıkürenin olmayışı nöromotor düzensizlik ve zamanlama hatalarını yaratarak kekemeliğe neden olmaktadır (1).

Daha sonra Kent (39), az gelişen sol yarıkürenin, konuşma artikülasyonu gibi hızlı zamansal sıralama gerektiren olaylarda probleme yol açtığı düşüncesini öne sürmüştür. Buna göre kekemelik, konuşma üretimi sırasında ortaya çıkan, sol yarıküreye laterize olan prozodik parametrelerde (tonlama, vurgu) gerçekleşen merkezi zamanlama kontrolü ve planlama bozukluğudur (37).

4.2.4. Talepler ve kapasiteler modeli

Çok bileşenli modeller arasında yer alır. Starkweather (40) tarafından ortaya atılan bu modele göre kekemelik; çocuktan beklenen akıcı konuşma talebinin, çocuğun akıcı konuşmak için sahip olduğu bilişsel, dilsel, motor ve duygusal kapasitelerini aşmasıyla ortaya çıkar (37).

Çocuktan beklenen akıcı konuşma talebi aile ile olan etkileşimi ile belirlenir. Aile hızlı bir şekilde soru sorabilir, çocuğun konuşmasını sık sık kesebilir ve konuşma sırasında karmaşık cümleler kullanabilir. Çocuğun yaptığı normal akıcısızlıklara karşı sabırsız davranabilir. Bu durum çocuğun, ailenin beklentisini karşılamak için sahip olduğu akıcılık kapasitesinin üzerinde konuşmaya çalışmasına yol açar (1).

4.2.5. Psikolinguistik teoriler

Psikolinguistik teorilere göre kekemelik, konuşma üretimi sırasındaki sentaktik, fonolojik, leksikal kodlamanın zayıflığından kaynaklanır (41 akt. 37).

1993'de Herman Kolk ve Albert Postma (42) tarafından 'Örtük Onarım Hipotezi' ortaya atılmış ve kekemeliğin nedenini dilsel açıdan açıklamaya

çalışmışlardır. Bu hipoteze göre kekemelik ve normal akıcısızlıklar, ifade etmek üzere olduğumuz şeyin tam olarak söylemek istediğimiz şey olup olmadığını kontrol ettiğimiz bir içsel denetleme sürecinin sonuçlarıdır. Dil ve konuşma üretimi sırasında söylemek istediğimiz şeyi ifade etmeden fonetik açıdan doğruluğunu kontrol ederiz. Böylece konuşma üretimine geçmeden önce fonetik, semantik, sentaktik ve leksikal açıdan bir sorun olup olmadığını fark edebiliriz. Denetleme mekanizmasının fonetik planlamada hata algılamasıyla konuşma üretimi kesintiye uğrar. Üretimin devam edebilmesi için onarım yapılması gerekmektedir. Konuşma üretiminin durması ve onarımın yapılması normal akıcısızlıklara ve kekemeliğe neden olur (akt. 1).

4.2.6. Kekemeliğin nedenlerine yönelik yapılan beyin görüntüleme çalışmaları

Akıcı konuşmacılarda, konuşma ve dil görevleri sırasında sol beyin yarıküre aktif bir rol oynar. Kekemelik alanında yapılan erken dönem elektroensefalografi (EEG) (43), pozitron emisyon tomografisi (PET) ve fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) gibi diğer invaziv olmayan beyin görüntüleme tekniklerinin ortaya çıkması ile kekemeliği olan bireylerin beyin aktivitesini görselleştirmek mümkün hale gelmiştir (44). Kekemeliği beyin yarıküre asimetrisinin dengesizliği ile ilişkili olduğunu öne süren teorilerin ardından (43, 45) yapılan araştırmalar (46, 47, 48, 49) bunu destekler niteliktedir.

Yıllar geçtikçe yapılan araştırmalar beyin görüntüleme alanındaki lokalizasyon bakış açısının kekemeliğin karmaşık yapısını yeterince yansıtamadığını göstermiştir (50). Bununla birlikte, Chang ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptıkları fMRI çalışmasında beynin izole bölge kümelerinden oluşmadığını, aksine farklı ancak ilişkili işlevleri destekleyen birbiriyle bağlantılı ağlar içerdiği görüşünü ortaya atmışlardır (51). Geriye dönük uzunlamasına yaptıkları araştırmada 3-10 yaş arası kekemeliği olan 42 çocuk ile kekemeliği olmayan 42 çocuktan oluşan kontrol grubu karşılaştırılarak kalıcı kekemeliğin öngörücülerini ortaya çıkarmayı amaçlamışlardır. Dikkat, yürütücü kontrol ve sensorimotor süreçlerini kapsayan nöronal sistem üzerinde çalışmışlardır. Araştırma bulguları nöronal ağ içi bağlantının yürütücü

kontrol ve dikkat ağılarıyla olan bağlantılarının kalıcı kekemeliği öngördüğünü göstermiştir. Neef ve arkadaşları ise 2018 yılında MRI kullanarak yaptıkları araştırma ile kekemeliği olan bireylerde limbik sistemdeki yapısal farklılıkları incelemişlerdir (52).

Neuman ve Foundas'a göre gelecekteki teorik modeller, mekansal dikkat / motor planlama, duygusal düzenleme ve yürütücü kontrol gibi bilişsel süreçlerin birbiri ile entegrasyonu açısından önemlidir. Ayrıca teknolojideki ilerlemelerin devam etmesiyle birlikte, beyin görüntüleme araştırmaları, konuşmanın ve dilin nörolojik temelleri ve patolojileri hakkında daha fazla bilgi sahibi olunmasını sağlayacaktır (50).

4.3. Kekemelik ve Sosyal Kaygı

Geçtiğimiz yirmi yıl boyunca, kekemeliği olan yetişkin bireylerin yaklaşık olarak %22-60 oranında sosyal kaygı bozukluğu ölçütlerini karşıladığına dair sağlam kanıtlar elde edilmiştir (16, 53, 54, 55). Gunn ve arkadaşlarının 2014 (56) yılında kekemeliği olan ergenlerle yaptıkları araştırmada kekemeliği olan ergenlerin sosyal kaygı bozukluğu gibi kaygı bozukluklarını yüksek oranda sergilediklerine dair ilk kanıtları öne sürmüşlerdir. Iverach ve arkadaşlarının 2016'da yaptıkları araştırmaya göre kekemelik terapisi arayışında olan okul çağı çocuklarının %24'ü sosyal kaygı bozukluğu ölçütlerini karşılamaktadır (12).

4.3.1.Sosyal kaygı bozukluğu (Sosyal Fobi)

Sosyal kaygı bozukluğu yaygın, kronik ve engelleyici bir kaygı bozukluğudur. Yaklaşık olarak başlangıcı 8 ila 15 yaşları arasında olup ortalama 11 yaşında başlamaktadır ve yaşam boyu devam etme oranı %8-%13 arasındadır (57). Ergen ve çocukların %34'ünde ortaya çıkmasıyla sosyal kaygı bozukluğu, en sık görülen ikinci kaygı bozukluğudur (58).

Sosyal kaygı bozukluğu tanı ölçütleri Amerikan Psikiyatri Birliğinin hazırlamış olduğu Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı olan DSM-V'te (36) şu şekilde sıralanmıştır:

- A. Kişinin, başkalarınınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok sosyal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması.
- B. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar.
- C. Söz konusu sosyal durumlar neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.
- D. Söz konusu sosyal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanılır.
- E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu sosyal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.
- F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.
- G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- H. Korku, kaygı ya da kaçınma, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- İ. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
- J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa, korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı bir düzeydedir.

Sosyal kaygı bozukluğu üzerine yapılan epidemiyolojik araştırmalar, son çocukluk ve ergenlik öncesi dönem arasındaki evrenin -yaklaşık olarak 11,3 ve 12,3 yaşları arasında olduğunu ileri sürmektedir, ancak sosyal kaygı bozukluğu her yaşta görülebilmektedir (59). Çocukluk çağı ve ergenlikte görülen sosyal kaygı bozukluğu kronik ve inişli çıkışlı bir şekilde yetişkinlik dönemine kadar uzanmaktadır (60).

Sosyal kaygı tanısı alan çocuklar genelde, sosyal kaygı tanısı almayan çocuklara göre arkadaş edinmek konusunda daha çok zorluk çekmektedirler. Bu nedenle daha az arkadaşına sahiptirler (61). Herhangi bir işbirliği içeren grup ya da okulda kalmalarını gerektiren çeşitli faaliyetlerden ve görevlerden kaçınmaktadırlar (62). Sonuç olarak, okul çağı çocuklarında görülen sosyal kaygı bozukluğunun olumsuz etkileri, her alandaki işlevselliklerine yayılmakta, bireylerin sosyal katılımlarını etkilemektedir.

Sosyal kaygı bozukluğu bireyin duygusal, sosyal, akademik, sözel ve ailevi işlevsellikler de dahil olmak üzere birçok alanı olumsuz anlamda etkilemektedir (63, 64, 65). Sosyal kaygı bozukluğu tanısı alan bireyler, sık sık, utanma ve aşağılanma korkusu da dahil olmak üzere başkaları tarafından açıkça dile getirilen olumsuz değerlendirilme korkusunu, kamuoyunda konuşma, yeni insanlarla tanışma, otoriteyle konuşma, iş yerinde sunumlar yapma gibi çeşitli durumlarda ortaya çıkan kaygı ile bildirmektedirler (66). Bu bireyler normal akranlarına göre daha yoğun depresif ruh hali ve kaygı sorunları yaşamaktadırlar (67).

Sosyal kaygı bozukluğu, ilişkiler, aile, iş, çalışma ve sosyal işlevsellik de dahil olmak üzere çeşitli yaşam alanlarında önemli derecede bozulma ile ilişkilidir. Sık sık, stres, düşük özgüven, düşük eğitim seviyesi, işsizlik, ekonomik bağımlılık, düşük sosyoekonomik durum ve intihar düşüncesi eşlik etmektedir (68).

4.3.1.2. Sosyal kaygının nedenlerine yönelik geliştirilen etiyolojik modeller

Sosyal kaygı semptomlarının ortaya çıkmasında ebeveynlerin başvurduğu çocuk yetiştirme yöntemleri, akranlarla yaşanan olumlu ya da olumsuz tecrübeler ve tehdit içeren uyarıcılara karşı seçici ilgi gibi çevresel değişkenlerin de dâhil edildiği, risk ve koruma faktörlerinin etkileri kabul edilmektedir (69 akt. 70).

Sosyal kaygının nedenlerine yönelik geliştirilen modellerin çoğunda ortak olan faktörler; genetik yatkınlık, mizaç özellikleri, erken bilişsel önyargılar/çarpıtmalar, olumsuz yaşantılar, travmatik sosyal olaylar, akran ve aile ilişkileridir. Bu faktörlere

ek olarak genel öğrenme mekanizmaları, biyolojik etkiler ve kültürel faktörlerden de söz edilmektedir (71).

Risk faktörlerinin birleşimleri, şartlar ve zamanlama, özellikle çocukluk ve ergenlik dönemlerinde etkisinin daha çok görüldüğü sosyal kaygının ortaya çıkma olasılığını etkilemektedir (72). Çok sayıda risk faktörüne maruz kalmak, yaş, kültür ve cinsiyet faktörlerinin risk faktörleriyle birleşimi, bireyin sosyal kaygı deneyimini ve dışavurumunu etkilerken, sosyal-değerlendirilme korkusunun da ortaya çıkmasına yol açmaktadır (73).

Genetik ve çevresel etkileri yansıtan mizaç özellikleri (74), kaygının gelişimi açısından önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (75). Yürütücü işlevlerden biri olan davranışsal ketleme gibi belirli mizaç özelliklerinin, bir çocuğun sosyal çevreye nasıl tepki vereceğini şekillendirdiğini, sosyal-değerlendirilme tehdidini algılama ve kaçınma potansiyelini arttırdığını düşünülmektedir (71).

4.3.2. Sosyal kaygının kalıcılılaşmasına yönelik geliştirilen bilişsel-davranışçı modeller ve kekemelik ilişkisi

Sosyal kaygının gelişiminde rol oynayan bazı faktörlerin, sosyal korkuların kalıcılığına katkıda bulunduğu düşünülse de geliştirilen etiyolojik modeller sosyal korkuların sürdürülmesini açıklamada yetersiz kalmıştır. Bu nedenle sosyal korkuların gelişmesi ve devam etmesi olasılığını arttıran belirli bilişsel süreçler ve davranışsal tepkiler, bilişsel-davranışçı modeller ile açıklanmaktadır (76).

Clark ve Well's (66) ortaya attıkları bilişsel-davranışçı sosyal kaygı modelinde odaklanmış dikkatin kaygının oluşmasında temel bir faktör olduğunu öne sürmüşlerdir. Sosyal kaygısı olan bireyler sosyal ortamlarda yaşadığı dinleyiciler tarafından olumsuz değerlendirilme gibi sosyal ilişkilerin getirdiği sonuçlardan korkmakta ve olumsuz düşüncelere odaklanmaktadırlar. Bu durum bireyin dikkatini

olumsuz içsel ipuçlarına vermesine ve olumlu dışsal ipuçlarını fark edememesine neden olmaktadır.

Rapee ve Heimberg'in 1997'de (77) geliştirmiş oldukları modelde de benzer şekilde sosyal kaygısı olan bireylerin, diğer insanların kendilerini olumsuz olarak değerlendireceğini varsayma eğiliminde oldukları düşüncesini öne sürmüşlerdir.

Iverach ve arkadaşları (76) 2017'de yaptıkları incelemede kekemelik ile sosyal kaygı ilişkisini Clark ve Well (66) ile Rapee ve Heimberg'ün (77) geliştirmiş oldukları bilişsel-davranışçı sosyal kaygı modelleri ile açıklamaya çalışmışlardır. Çalışmaya göre kekemelikte sosyal kaygının sürdürülmesinde olumsuz değerlendirilme korkusu, dikkat yanlılığı, kendine odaklanmış dikkat gibi bilişsel süreçlerin etkisi olabilir. Kekemeliğin kişi ve çevresi ile ilgili olan birkaç karmaşık sistemden oluştuğu düşünülmektedir (78). Iverach ve arkadaşlarının (76) bir dizi karmaşık sisteme dayanarak yapmış oldukları değerlendirmeye göre, kekemeliği olan birey sosyal veya performans durumlarında sosyal tehdidi öngörüp dinleyici tepkilerine dair düşünceler geliştirebilir. Örneğin; "Herkes kekeleyiğimi duyacak." "Kekelersem kimse beni sevmeyecek.". Geliştirilen düşünceler, özbenlik ve sosyal durum hakkında olumsuz düşünceleri harekete geçirir. Bireyin kendine dair oluşturduğu zihinsel temsil aşırı derecede olumsuzdur. Bu durum kişinin sosyal performanslarına dair, olumsuz önyargı ve inançlar geliştirmesine yol açar. Zamanla, artan sosyal korkular nedeniyle sosyal veya konuşma durumlarına daha az katılım, sosyal performansı olumsuz yönde etkileyebilir. Ayrıca kekemeliğin dinleyiciler tarafından olumsuz olarak değerlendirileceğine olan inancın devam etmesi sosyal korkuların korunmasına katkıda bulunur.

4.3.3. Kekemeliği olan bireylerde sosyal kaygı bozukluğunun gelişimi

Kekemelik erken çocukluk döneminde başlayan, yaşam boyu devam eden ve sıklıkla olumsuz deneyimlerle ilişkili bir akıcılık bozukluğudur (79). Kekemeliği olan bireyler çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde negatif kalıplaşmış ifadelere

ve olumsuz dinleyici tepkilerine çok sık maruz kalmaktadırlar (80). Bu nedenle konuşmaya karşı olumsuz tutumlar, kaçma ve kaçınma davranışları ya da konuşma gerektiren durumlara karşı kaygı geliştirmektedirler (81). Yaşadıkları bu kötü deneyimler, çaresizlik ve utanç gibi duyguların hissedilmesi, sosyal ortamların tehdit olarak algılanması, mesleki ve akademik başarının azalması ve hayat kalitesinin zarar görmesinin altında yatan sebep olabilir (82). Sonuç olarak, kekemeliği olan yetişkinler psikolojik, duygusal ve davranışsal problemler geliştirme riski altında olabilirler (83).

Kaygı, kekemeliğin doğal bir sonucudur ve kekemeliği olan bireylerde yaygın bir şekilde görülmektedir (4). Sosyal kaygı bozukluğu kekemeliği olan bireylerin çoğunda çocukluk veya ergenlik döneminde gelişmektedir ve gelişimsel seyri sıklıkla korku ve sosyal etkileşimden kaçınma, akran grubu reddi ve mağduriyet, travmatik veya olumsuz yaşantıların yaşa bağlı artışlarıyla ilişkilidir (53). Bu nedenle çocukluk çağında kekemeliğe ilişkili olarak yaşanan olumsuz deneyimler, yetişkinlik döneminde sosyal kaygı bozukluğunun gelişmesinde öncü olabilmektedir (84).

Ezrati-Vinacour, Platzky ve Yairi (85) tarafından yapılan bir çalışmada 3 yaşından küçük çocukların akranlarında görülen kekemeliği tanıyabildiği ve 4 yaşlarında ise olumsuz olarak değerlendirebildiğini gösteren dolaylı kanıtlar elde edilmiştir.

Langevin, Packman ve Onslow (13) tarafından yapılan bir araştırmada ise 4 yaşından küçük çocukların kekemeliklerinden dolayı olumsuz akran tepkileriyle karşılaşabileceklerine dair doğrudan kanıtlar elde edilmiştir. Bu olumsuz deneyimler tipik olarak okul yıllarında da devam etmektedir ve okul çağındaki çocuklar kekemeliklerinden dolayı alay, zorbalık ve negatif basmakalıp sözlere maruz kalmaktadırlar (84).

Kekemeliği olan okul çağındaki çocukların sınıf arkadaşları tarafından daha az popüler oldukları, reddedilme olasılıklarının daha yüksek olduğu ve sınıf arkadaşlarına göre lider olma ihtimallerinin daha düşük olduğunu gösteren kanıtlar vardır (86). Kekemeliği olan okul çağı çocuklarının yaşadığı bu olumsuz deneyimlerin zaman

içinde biriktirilmesi, sosyal geri çekilme, sosyal ilişki kurmada güçlük ve konuşma durumlarında kaygının ortaya çıkması ile sonuçlanabilir (81, 84, 86).

Alanyazın, kekemeliği olan ergenler için de sosyal kaygı bozukluğunun ortaya çıkmasını sağlayabilecek koşulların mevcut olduğunu göstermiştir (87, 88). Konuşmanın sosyal gelişim için önemi ile birlikte zorbalık ve düşük benlik saygısı, kaygı, depresyon gibi uzun süreli olumsuz sonuçları arasındaki ilişkinin kanıtları göz önüne alındığında, kekemeliği olan ergenler tarafından sıkça karşılaşılan akran mağduriyeti ve zorbalık, sosyal ortamlardan kaçınma, sosyal ilişki kurmada güçlükler, sosyal kaygı bozukluğu ile sonuçlanabilir (79).

Kekemeliği olan yetişkin popülasyonuna bakılacak olursa yapılan araştırmalar, sosyal kaygı düzeylerinin artışına dair kanıtlar olduğunu göstermektedir. Özellikle, son zamanlarda yapılan çalışmalarda kekemeliği olan yetişkinler arasındaki kaygının varlığını değerlendirmek için psikiyatrik tanı görüşmelerinden faydalanılmış ve klinik olarak anlamlı yüksek sayıdaki kekemeliği olan yetişkinin sosyal fobi tanı kriterlerini karşıladığı bildirilmiştir (4, 53). Örneğin, Iverach, O'Brian ve arkadaşları (53), tarafından yapılan bir araştırmada kekemelik terapisi arayışında olan 92 yetişkinden oluşan çalışma grubu ile genel popülasyondan oluşan kontrol grubu yaş ve cinsiyet eşleşmeli kontrollerle karşılaştırıldığında, sosyal fobi de dahil olmak üzere kaygı bozukluğu oranının kekemeliği olmayan yetişkinlere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Bu araştırmada Türkçe çevirisi (UTBAS-TR) kullanılan UTBAS ölçeğinin geçerlilik çalışmasında (22) da kekemeliği olan bireylerde sosyal kaygı bozukluğunun yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir.

Alanyazında kekemeliği olan bireylerin kekemeliği olmayan bireylere göre kaygı düzeyi olarak çok büyük bir farklılığın olmadığını gösteren çalışmalar da vardır. Buna örnek olarak Craig ve arkadaşlarının (8) 2003 yılında yaptıkları araştırma gösterilebilir. Kekemelik ve kaygı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların terapi arayışında olan veya terapi merkezlerine başvuran kekemeliği olan bireyler ile

yapıldığını ve bu durumun, araştırma sonuçlarını etkilediğini, terapi arayışında olanların doğal olarak kaygılarının daha yüksek olduğunu belirten bu çalışmada, örneklem randomize olarak seçilmiştir. Kekemeliği olmayanlardan oluşan bir kontrol grubu yerine genel toplumsal kaygı düzeyini gösteren normlar kullanılmıştır. Araştırma sonucunda kekemeliği olan bireylerde kaygı düzeyi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek çıkmıştır ancak bu fark çok büyük değildir. Craig ve arkadaşları (8) bu farkın katılımcıların kekemelik terapisi arayışında olan ve kekemelik şiddeti yüksek bireyleri de içerdiğinden kaynaklandığını belirtmiştir. Terapi arayışında olmayan kekemeliği olan bireylerin kaygı düzeyi genel kaygı düzeyinden farklı bulunmamıştır. Bu duruma sebep olarak terapi arayışına girmeyen bireylerin kekemeliklerinden dolayı kaygı yaşamadıkları gösterilmiştir.

Kekemeliği olan bireylerde sosyal kaygı bozukluğunun gelişimi çok küçük yaşlardan başlayarak okul çağı, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerini kapsayan kabaca iletişim ve sosyal becerilerde yetersizlik ile sonuçlanan bir problemdir. Alanyazında yapılan çalışmalar sosyal kaygı bozukluğunun kekemeliği olan bireylerin sosyal, akademik ve mesleki yaşamlarındaki etkilerinin yanında sosyal kaygı ve kekemelik şiddeti ilişkisini de incelemektedir. Yapılan bu çalışmada da sosyal kaygı bozukluğunun bilişsel boyutu olan olumsuz düşünce ve inançlar ile kekemelik şiddeti ilişkisi incelenmiştir.

4.3.4. Kekemelik şiddeti ve kaygı ilişkisi

Kekemeliğin motor semptomları (tekrarlama, ses uzatma, blok vb.) duygusal reaksiyonlardan kaynaklanıyor ise, görünür motor semptomların şiddeti ile kaygı veya belirli mizaç özellikleri arasında korelasyonun bulunması gerekmektedir. Ancak yapılan kanıta dayalı araştırmalar böyle bir korelasyondan söz etmemektedir (89).

Mulcahy ve arkadaşları (90) yaptıkları çalışmada kekemeliği olan ergenlerde kaygı, günlük iletişime yönelik tutum ve kekemelik semptomları arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Katılımcıların yaşları 11 ila 18 arasında değişmektedir. Çalışmanın

örnekleme 19 (18 erkek, 1 kadın) kekemeliği olan ergen birey ile 18 (16 erkek, 1 kadın) kekemeliği olmayan kontrol grubuyla toplamda 37 ergen bireyden oluşturmaktadır. Kaygıyı ve tutumu ölçmek katılımcılar tarafından doldurulan OASES-T (91), STAI (92), FNE (93) test puanları ile konuşma örneklerinden elde edilen kekemelik hece yüzdesi (%SS) arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda kaygı ve iletişim güçlüğü ile kekemelik şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Eggers ve arkadaşları (94) ise kekemelik şiddeti ile mizaç özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Yaşları 3.04 ila 8.11 arasında değişiklik gösteren 58 kekemeliği olan çocuk ile 58 tipik gelişim gösteren çocuk karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucunda mizaç özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu kanıtlanmıştır ancak kekemelik şiddeti ile mizaç özellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tumanova ve arkadaşları (95) 19 kekemeliği olan çocuktan oluşan örnekleme artikülasyon hızı ile kekemeliğin görünür motor semptomları ve mizaç özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırmanın sonucunda artikülasyon hızı ile ortalama ses uzatma süresi ve artikülasyon hızı ile kekemelik benzeri akıcısızlık sıklığı arasında anlamlı negatif korelasyon olduğu elde edilmiştir. Başka hiçbir ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Bloodstein (96) 1967'de kaygı tamamen ortadan kaldırılrsa bile kayda değer miktarda kekemelik davranışlarının devam ettiğini bildirmiştir.

Blomgren, Roy, Collister ve Merrill (97) günümüze daha yakın bir tarihte, 2005 yılında yoğunlaştırılmış modifikasyon terapisinin sonuçlarını bütün boyutlarıyla araştırmışlardır. Kekemeliği olan 19 yetişkin birey 3 hafta süren yoğunlaştırılmış modifikasyon terapisine katılmıştır. Katılımcılar terapi öncesi, terapiden hemen sonra ve terapiden 6 ay sonra olacak şekilde kekemelik sıklığı, kaygı, kaçma ve kaçınma davranışları ve kekemeliğe yönelik kendilik algısı açısından değerlendirilmiştir. Terapi bitiminden altı ay sonra yapılan değerlendirmede kaygı ve kaçınma

davranışlarında önemli bir azalma olduğu tespit edilirken görünür kekemelik semptomları terapiden önceki değerlendirme sonuçları ile aynıydı. Araştırmada kekemelik şiddeti, *Stuttering Severity Instrument (SSI-3)* (98) ile ölçülmüştür. SSI-3 kekemelik sıklığı, kekemelik anlarının süresi, ilişkili hareketler ve güclüğü ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (98). Yapılan araştırma sonucunda kaygının azaldığı ancak SSI-3 puanlarının neredeyse hiç etkilenmediği görülmüştür.

Manning ve Beck (99) 2013'te kekemelik şiddeti ile kekemeliğin psikolojik değişkenleri (kaygı, kişilik özellikleri, depresyon,) arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Kekemelik şiddetinin görünür motor semptomlarının, kekelenen hece yüzdesi ve SSI-3 (98) ile ölçülmüştür. Araştırmanın bulguları kekelenen hece yüzdesi ve SSI-3 sonuçlarının psikolojik değişkenlerin ön belirleyicisi olmadığını göstermektedir. Depresyon ve kişilik bozukluğu ile kullanılan hiçbir ölçüm aracı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kısaca yapılan bu araştırma, kekemeliğin motor semptomları düzeyinin, kekemeliği olan bireyin kaygı düzeyinin belirlenmesinde yordayıcı bir rol oynamadığını ortaya koymaktadır.

Brady (100), 1991 yılında yaptığı incelemesinde ilaç tedavisinin kekemeliğe etkisini ele almıştır. İncelemede kaygıya yönelik ilaç tedavisinin, kekemeliğin motor semptomları üzerinde bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir.

Türkçe alanyazında yapılan çalışmalara bakıldığında 2015 yılında Aydın (101) tarafından yapılan bir çalışmada kekemelik şiddeti ve mizaç özellikleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir. Albay'ın (24) 8-12 yaş grubu kekemeliği olan çocuklar ile kekemeliği olmayan kontrol grubunun sosyal fobi ve kaygı açısından karşılaştırıldığı çalışmasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememiştir. Dumanoglu (25) tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise kekemelik tutumları ile kaygı ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu bölümde araştırma modeli, araştırmanın katılımcıları, veri toplama aracı ve veri analizi ile ilgili bilgiler yer alacaktır.

5.1. Araştırma Modeli

Bu araştırmada nicel araştırma modeline uygun olarak açıklayıcı ve nedensel-bağıntısal araştırma yöntemi kullanılmıştır. Ölçüm aracı olarak UTBAS'ın (Kekemeliğe İlişkin Olumsuz Düşünce ve İnançlar Ölçeği-The Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering) Türkçe çevirisi olan UTBAS-TR kullanılmıştır. 17-65 yaş arasındaki kekemeliği olan bireylerde olumsuz düşünce ve inançlar ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişki incelenmiştir.

5.2. Araştırmanın Katılımcıları

Bu bölümde araştırmanın katılımcıları tanımlanacaktır. Araştırmaya kekemeliği olan 50 birey dahil edilmiştir. Katılımcıların yaşları 17 ila 65 yaşları arasında değişkenlik göstermektedir. Cinsiyet dağılımı ise 6 kadın, 44 erkek şeklindedir.

Kekemeliği olan bireylerin araştırmaya katılım ölçütleri ise şu şekildedir:

- 17-65 yaşları arasında olunması,
- Kekemeliğe dair öyküye sahip olunması,
- Kekemelik frekansının %1'in üzerinde olması,
- Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu imzalamış olunmasıdır.

Araştırmada yer alan katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler **Tablo 5.1**'de, katılımcıların kekemelik terapisi alma/almama durumları ve terapinin kim tarafından verildiği bilgisi **Tablo 5.2**'de verilmiştir.

Tablo 5.1. Katılımcılara ait demografik bilgiler

| Gruplar | Frekans(n) | Yüzde (%) |
|------------------------|-------------------|------------------|
| Yaş | | |
| 25 Ve Altı | 28 | 56,0 |
| 26 Ve Üzeri | 22 | 44,0 |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 6 | 12,0 |
| Erkek | 44 | 88,0 |
| Eğitim Durumu | | |
| Lise Ve Altı | 14 | 28,0 |
| Lisans Ve Üzeri | 36 | 72,0 |
| Çalışma Durumu | | |
| Evet | 24 | 48,0 |
| Hayır | 26 | 52,0 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 9 | 18,0 |
| Bekar | 41 | 82,0 |

Tablo 5.1'e göre katılanlar toplamda 50 kişiden oluşmakla beraber 17-65 yaşları arasında değişen kekemeliği olan bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların yaşa göre 28'i (%56,0) 25 ve altı, 22'si (%44,0) 26 ve üzeri olarak dağılmaktadır. Cinsiyete göre 6'sı (%12,0) kadın, 44'ü (%88,0) erkek şeklindedir. Eğitim durumuna bakıldığında 14'ü (%28,0) lise ve altı, 36'sı (%72,0) lisans ve üzeri olarak

dağılmaktadır. Katılanlar çalışma durumuna göre 24'ü (%48,0) evet, 26'sı (%52,0) hayır yanıtını vermişlerdir. Medeni duruma göre ise 9'u (%18,0) evli, 41'i (%82,0) bekar olarak dağılım göstermektedirler.

Tablo 5.2. Katılımcıların kekemelik terapisi alma ve terapinin kim tarafından verildiğine ait bilgiler

| Kekemelik Terapisi Alma Durumu | | |
|---|----|------|
| Evet | 40 | 80,0 |
| Hayır | 10 | 20,0 |
| Terapinin Dil Ve Konuşma Terapisti Tarafından Verilme Durumu | | |
| Evet | 35 | 87,5 |
| Hayır | 5 | 12,5 |

Katılımcıların bir bölümü daha önce kekemelik terapisi almış veya kekemelik şikayetiyle bir dil ve konuşma terapistine başvuran yetişkinlerden oluşmaktadır. Diğer bir bölümü ise kekemelik terapisi almayan yetişkinlerden oluşmaktadır. Terapi alan katılımcılardan ise terapinin kim tarafından verildiği bilgisi toplanmıştır. **Tablo 5.2'**e göre toplamda 50 katılımcıdan 40'ı (%80,0) daha önce kekemelik terapisi almış, 10'u (%20,0) ise almamıştır. Kekemelik terapisi alan 40 katılımcının 35'i (%87,5) bir dil ve konuşma terapisti tarafından terapi alırken, 5'i (%12,5) dil ve konuşma terapisti olmayan bir meslek mensubundan terapi almıştır.

5.3. Veri Toplama Araçları

Kekemeliği olan yetişkinlerde olumsuz düşünce ve inançların kekemelik şiddeti ile ilişkisinin araştırılmasına yönelik The Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering ölçeğinin Türkçe çevirisi olan UTBAS-TR ve katılımcıların demografik bilgileri ile kekemelik terapisine yönelik bilgilerinin toplandığı demografik bilgi formu kullanılmıştır. UTBAS, kekemeliği olan yetişkin bireylerin yaşadığı olumsuz intrusive (otomatik) düşüncelerin tanımlanması için geliştirilen bir kontrol listesidir (17). 2019'da Aydın A. ve Ege P. tarafından ölçeğin Türkçe çeviri olan UTBAS-TR geliştirilmiştir (27). Ölçek olumsuz düşünce ve inançların sıklığı, olumsuz düşüncelere inanç ve kekemeliğe ilişkin kaygı olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır. Ölçeğin her bölümü için beş derecelendirmeli Likert tipinde puanlama yapılmaktadır. Bölümlerin puanları toplamı ölçeğin toplam puanını vermektedir. UTBAS, kekemelikte yaşanan sosyal kaygı ile ilişkili olumsuz bilişlerin bir ölçüm aracı olarak, terapi etkililiği ve sonuçlarının geliştirilmesi, sosyal kaygı düzeyinin belirlenmesi ve ayrıca kekemeliği olan bireylerde sosyal kaygı bozukluğunun saptanması açısından kullanılabilir (22).

5.3.1.UTBAS

Sosyal kaygının bilişsel bileşeni olan ve çoğunlukla başkaları tarafından olumsuz değerlendirilme korkusu hakkındaki olumsuz düşünce ve inançlar (10, 102), kekemeliği olan yetişkinler arasında özel bir dikkat ve değerlendirme gerektirir. Bu ihtiyacı gidermek için St Clare ve arkadaşları (26) kekemeliği olan yetişkinlerde konuşma durumlarına ilişkin yaşanan sosyal kaygı ile ilgili olumsuz düşünce ve inançları ölçen The Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering (UTBAS) ölçeğini geliştirmiştir (22).

UTBAS, kekemeliği olan yetişkin bireylerin yaşadığı olumsuz intrusive (otomatik) düşüncelerin tanımlanması için geliştirilen bir kontrol listesidir (17). Maddeler on yıllık bir süre boyunca psikiyatri kliniğindeki, kekemeliği olan yetişkin

bireylerin klinik dosyalarında belirtmiş oldukları olumsuz düşünce ve inanç ifadelerinden oluşmaktadır. Bu danışan dosyalarından yetmiş dokuz düşünce ve inanç elde edilmiştir. Birbirinden bağımsız iki klinik psikolog tarafından örtüşen maddeler elenerek kontrol listesi azaltılmıştır. Maddelerin bağımsızlığı konusunda anlaşmazlık olduğu durumlarda, araştırmacılar aralarında tartışarak maddelerin elenip elenmeyeceğine karar vermiştir. Bu işlemde on üç madde atılmış ve 66 madde kalmıştır. UTBAS maddeleri kekemeliği olan bireyler tarafından belirtilen ifadelerden oluştuğundan yüzeysel geçerliliğe sahiptir (26).

Iverach ve arkadaşları (22) 2011’de UTBAS’ın geçerlilik ve kullanılabilirlik çalışmasını yapmışlardır. Bu çalışmada UTBAS'ın test-tekrar test güvenilirliği, iç tutarlılık ile uyum, ayırt edici ve bilinen gruplar geçerliliği gösterdiği bulunmuştur. Başlıca bulgu, katılımcıların yaklaşık dörtte birinin sosyal kaygı bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladığı ve bu katılımcılar için UTBAS puanlarının, sosyal kaygı bozukluğu olmayan katılımcı puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğudur. Iverach ve arkadaşları (103) 2016 yılında UTBAS ölçeklerinin daha hızlı uygulanabilmesi için klinik ve araştırma ortamlarında güvenilir ve verimli bir tarama aracı olarak kullanılmak üzere altı maddelik kısa bir versiyona (UTBAS-6) dönüştürmüşlerdir.

5.3.2.UTBAS-TR

Türkiye’de kekemeliği olan yetişkinlerde olumsuz düşünce ve inançları ölçmek için kullanılan The Unhelpful Thoughts and Beliefs Scale-The Turkish Version (UTBAS-TR) ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 100 katılımcı ile yapılmıştır (27). Çalışmanın örnekleme 91 erkek ve 19 kadın yetişkin katılımcıdan oluşmaktadır. Katılımcıların yaş aralığı ise 17 yaş ile 41 yaş arasında değişmektedir.

UTBAS ölçeği olumsuz düşünce ve inançların sıklığı UTBAS-TR-I, bu düşüncelere ne kadar inanıldığı UTBAS-TR-II, bu düşüncelerin ne kadar kaygılı hissettirdiği UTBAS-TR-III şeklinde 3 bölüme ayrılmıştır. 66 ifade için bölümlerde

5'li derecelendirme seçeneği bulunmaktadır. Her ifade üç bölüm için ayrı ayrı puanlanmaktadır. Asla ya da hiçbir zaman – 1 puan; nadiren ya da biraz – 2 puan; bazen ya da arada sırada – 3 puan; sık sık ya da çoğunlukla – 4 puan; her zaman ya da tümüyle – 5 puan şeklindedir. Bölümlerdeki puanlar ayrı ayrı hesaplanabilmektedir. Toplam puan ise UTBAS-TR-T şeklinde belirtilmiştir.

Ölçek sonucunda yüksek puan elde edilmesi olumsuz düşünceler, inançlar ve kaygının da yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirlik puanları anlamlıdır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ile UTBAS-TR'nin, orijinal Avustralya ve Japon çevirileriyle (UTBAS-J) (104) karşılaştırılabilir bir performans sergilediği görülmüştür (27).

5.3.3. Demografik bilgi formu

Araştırmada kullanılmak üzere oluşturulan, katılımcıların demografik bilgileri ve kekemelik terapisine yönelik soruların yer aldığı bilgi formudur. İki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu gibi demografik bilgiler alınır. İkinci bölümde ise kekemelik terapisi alınıp alınmadığı bilgisi, terapinin kim tarafından verildiği ve ne kadar sürdüğüne yönelik sorular bulunmaktadır.

5.4. Uygulama

Uygulama için araştırmacı tarafından, İstanbul Kekemeler Derneği bünyesinde bulunan kekemeliği olan yetişkinler ile dil ve konuşma kliniklerine başvuran 50 yetişkine ulaşılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce katılımcıların her biri tezin amacı, içeriği ve uygulaması hakkında bilgilendirilmiştir. Daha sonra araştırmaya katılmak isteyen kişiler tarafından Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu imzalanmıştır. İlk olarak Demografik Bilgi Formu doldurulmuş daha sonra ölçeğe geçilmiştir. Ölçeğin doldurulması için sessiz, dikkat dağıtıcı unsurların mümkün olduğu kadar azaltıldığı bir ortam seçilmiştir. Bireysel olarak yapılan görüşmelerde ölçeğin doldurulmasının

ardından katılımcıdan spontan konuşma örneği alınmıştır. Bu konuşma örnekleri video kaydı ile toplanmıştır. Daha sonra araştırmacı tarafından toplanan video kayıtları, kekemelik frekansının hesaplanmasında kullanılmıştır.

5.4.1. Konuşmada kekemelik frekansı değerlendirilmesi

Kekemelik şiddeti kekemeliği olan bireylerden video kayıt ile toplanan doğal konuşma örnekleri üzerinden kekelenen hece yüzdesi hesaplanarak elde edilmiştir. Bu örnekler SONY HDR dijital kamera ile kayıt edilmiştir. Konuşma sırasında katılımcıdan bir tatil gününde neler yaptığını anlatması istenmiştir. Yaklaşık 5 dakika süren video kaydı ile toplanan en az 400 hecelik konuşma örneği daha sonra araştırmacı tarafından izlenmiş, yine araştırmacı tarafından kullanılan hece ölçüm sayaçları ile toplam hece ve kekelenen hece sayıları belirlenmiştir. Kekemelik frekansını ölçmek için kekelenen hece yüzdesi hesaplanmıştır. Kekelenen hece yüzdesi, kekelenen hece sayısının toplam hece sayısına oranının belirlenip 100 ile çarpılması şeklinde hesaplanmıştır ($[\text{Kekelenen hece sayısı}] / [\text{Toplam hece sayısı}] \times 100$). Kekemelik frekansının ölçümünün doğrulanması için, bu hesaplamayı yapma konusunda deneyimli ikinci bir araştırmacı da konuşma örneklerinin %10'unu izleyip puanlamış ve iki puan arasındaki tutarlılığa bakılmıştır. Tutarlılık düzeyinin %90'dan az olması halinde, anlaşmazlıklar üzerinden yeniden hesaplama yapıp geriye kalan veriler de sorumlu araştırmacı tarafından yeniden puanlanmıştır.

5.5. Veri Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi kullanılmıştır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında ise Pearson Korelasyon analizi uygulanmıştır.

6. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amacına uygun olarak ele alınan değişkenlere ilişkin elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bu araştırmanın genel amacı kekemeliği olan yetişkin bireylerde olumsuz düşünce ve inançların kekemelik şiddeti ile ilişkisini incelemektir. Araştırmanın birinci sorusu kekemeliği olan yetişkin bireylerin kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançları ile kekemelik şiddeti arasında korelasyonun varlığının olup olmadığıdır. Diğer sorular ise olumsuz düşünce ve inançlar ile demografik değişkenler ve dil ve konuşma terapisi alma/almama durumu arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını irdelemektedir.

Araştırmanın amaçlarına uygun olarak, kekemeliği olan bireylerden ölçek kullanılarak elde edilen kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar ile kekemelik şiddetine dair bulguların istatistiksel analizleri tablolar halinde sunulmuştur.

Araştırmanın katılımcılarına ait UTBAS-TR alt testleri ve toplam puan ortalamalarının betimsel istatistikleri **Tablo 6.1**'de sunulmuştur.

Tablo 6.1. Katılımcılara ait UTBAS-TR puan ortalamaları

| | N | Ort | Ss | Min. | Max. |
|---------------------|----|---------|---------|---------|---------|
| UTBAS-TR-I | 50 | 136,280 | 53,810 | 66,000 | 302,000 |
| UTBAS-TR-II | 50 | 132,380 | 51,298 | 66,000 | 303,000 |
| UTBAS-TR-III | 50 | 142,560 | 57,701 | 66,000 | 315,000 |
| UTBAS-TR-T | 50 | 411,220 | 160,776 | 198,000 | 920,000 |

UTBAS-TR-I: Olumsuz düşünce ve inançların sıklığı, UTBAS-TR-II: Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşüncelere inanç, UTBAS-TR-III: Olumsuz düşünce inançlara ilişkin kaygı, UTBAS-TR-T: Toplam UTBAS puanı.

Tablo 6.1'de katılımcıların “UTBAS-TR-I” ortalaması (136,280±53,810) (Min. =66; Maks. =302), “UTBAS-TR-II” ortalaması (132,380±51,298) (Min. =66; Maks.=303), “UTBAS-TR-III” ortalaması (142,560±57,701) (Min. =66; Maks. =315), “UTBAS-TR-TOPLAM” ortalaması (411,220±160,776) (Min. =198; Maks. = 920) olarak saptanmıştır.

Araştırmanın katılımcılarına ait kekemelik sıklığı ortalamalarının betimsel istatistikleri **Tablo 6.2**'de sunulmuştur.

Tablo 6.2. Katılımcılara ait kekemelik sıklığı ortalamaları

| | N | Ort | Ss | Min. | Max. |
|------------------------------|----|-------|-------|-------|--------|
| Kekemelik Sıklığı (%) | 50 | 5,606 | 4,870 | 0,280 | 20,000 |

Tablo 6.2'de katılımcıların “kekemelik sıklığı” ortalaması (5,606±4,870) (Min. =0.28; Maks. =20) olarak saptanmıştır.

UTBAS-TR-I (olumsuz düşünce ve inançların sıklığı), UTBAS-TR-II (olumsuz düşüncelere dair inanç), UTBAS-TR-III (olumsuz düşünce ve inançlara dair kaygı) ve UTBAS-TR-T (UTBAS-TR-Toplam) ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişkiye dair tanımlayıcı istatistikleri ve Pearson korelasyon Analizi **Tablo 6.3**'te sunulmuştur.

Tablo 6.3. Katılımcıların UTBAS-TR-I-II-III-T puanları ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişkiye dair betimsel istatistikleri ve Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

| | UTBAS- TR-I | UTBAS- TR-II | UTBAS- TR-III | UTBAS- TR- Toplam | Kekemelik Sıklığı (%) |
|--------------------------------------|----------------------|------------------|------------------|-------------------------|-----------------------------|
| UTBAS- TR-I | r 1,000 p 0,000 | | | | |
| UTBAS- TR-II | r 0,972** p 0,000 | 1,000 0,000 | | | |
| UTBAS- TR-III | r 0,962** p 0,000 | 0,955** 0,000 | 1,000 0,000 | | |
| UTBAS- TR-Toplam | r 0,990** p 0,000 | 0,987** 0,000 | 0,985** 0,000 | 1,000 0,000 | |
| Kekemelik Sıklığı (%) | r 0,237 p 0,098 | 0,224 0,118 | 0,254 0,075 | 0,242 0,091 | 1,000 0,000 |

*<0,05; **<0,01

Katılımcıların UTBAS-TR puanları ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişkinin korelasyon analizi **Tablo 6.3'**te görüldüğü gibi, kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançların sıklığını ölçen UTBAS-TR-I alt testi puan ortalamaları ile kekemelik şiddeti arasında ($r=0,237$) anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olumsuz düşüncelere ilişkin inancı ölçen UTBAS-TR-II alt testi puan ortalamaları ile kekemelik şiddeti arasında ($r=0,224$) anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygıyı ölçen UTBAS-TR-III alt testi puan ortalamaları ile kekemelik şiddeti arasında ($r=0,254$) anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

UTBAS-TR toplam puan ortalamaları ile kekemelik şiddeti arasında ($r=0,242$) anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların UTBAS-TR alt testleri ve toplam puan ortalamalarının yaşa göre farklılaşma durumu ve bağımsız gruplar t-testi sonuçları **Tablo 6.4**'te sunulmuştur.

Tablo 6.4. Katılımcıların UTBAS-TR puanlarının yaşa göre farklılaşma durumu ve t-testi sonuçları

| | Grup | N | Ort | Ss | t | sd | p |
|--------------|-------------|----|---------|---------|-------|----|-------|
| UTBAS-TR-I | 25 Ve Altı | 28 | 143,929 | 57,433 | 1,137 | 48 | 0,261 |
| | 26 Ve Üzeri | 22 | 126,545 | 48,353 | | | |
| UTBAS-TR-II | 25 Ve Altı | 28 | 141,536 | 54,142 | 1,439 | 48 | 0,157 |
| | 26 Ve Üzeri | 22 | 120,727 | 46,013 | | | |
| UTBAS-TR-III | 25 Ve Altı | 28 | 153,321 | 60,473 | 1,507 | 48 | 0,138 |
| | 26 Ve Üzeri | 22 | 128,864 | 52,115 | | | |
| UTBAS-TR-T | 25 Ve Altı | 28 | 438,786 | 170,118 | 1,380 | 48 | 0,174 |
| | 26 Ve Üzeri | 22 | 376,136 | 144,232 | | | |

25 yaş ve altı olan katılımcı sayısı 28 iken 26 yaş ve üzeri katılımcı sayısı 22'dir. Katılımcıların UTBAS-TR puanlarının yaşa göre farklılaşma durumuna baktığımızda **Tablo 6.4**'te görüldüğü gibi, kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançların sıklığını ölçen UTBAS-TR-I alt testi puan ortalamaları açısından 25 yaş ve altı katılımcılar (Ort. = 143,929) ile 26 yaş ve üzeri katılımcılar (Ort. = 126,545) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olumsuz düşüncelere ilişkin inancı ölçen UTBAS-TR-II alt testi puan ortalamaları açısından 25 yaş ve altı katılımcılar (Ort. = 141,536) ile 26 yaş ve üzeri katılımcılar (Ort. = 120,727) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygıyı ölçen UTBAS-TR-III alt testi puan ortalamaları açısından 25 yaş ve altı katılımcılar (Ort. = 153,321) ile 26 yaş ve üzeri katılımcılar (Ort. = 128,864) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

UTBAS-TR toplam puan ortalamaları açısından ise 25 yaş ve altı katılımcılar (Ort. = 438,786) ile 26 yaş ve üzeri katılımcılar (Ort. = 376,136) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların UTBAS-TR alt testleri ve toplam puan ortalamalarının cinsiyete göre farklılaşma durumu ve bağımsız gruplar t-testi sonuçları **Tablo 6.5**'te sunulmuştur.

Tablo 6.5. Katılımcıların UTBAS-TR puanlarının cinsiyete göre farklılaşma durumu ve t-testi sonuçları

| | Grup | N | Ort | Ss | t | sd | p |
|---------------------|--------------|----------|------------|-----------|----------|-----------|----------|
| UTBAS-TR-I | Kadın | 6 | 132,333 | 43,224 | -0,190 | 48 | 0,850 |
| | Erkek | 44 | 136,818 | 55,497 | | | |
| UTBAS-TR-II | Kadın | 6 | 126,167 | 40,922 | -0,313 | 48 | 0,755 |
| | Erkek | 44 | 133,227 | 52,894 | | | |
| UTBAS-TR-III | Kadın | 6 | 146,667 | 56,344 | 0,184 | 48 | 0,855 |
| | Erkek | 44 | 142,000 | 58,500 | | | |
| UTBAS-TR-T | Kadın | 6 | 405,167 | 139,195 | -0,097 | 48 | 0,923 |
| | Erkek | 44 | 412,045 | 164,915 | | | |

Toplamda 50 kişiden oluşan katılımcıların 6'sını kadınlar, 44'ünü ise erkekler oluşturmaktadır. UTBAS-TR puanlarının cinsiyete göre farklılaşma durumuna baktığımızda **Tablo 6.5'**te görüldüğü gibi, kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançların sıklığını ölçen UTBAS-TR-I alt testi puan ortalamaları açısından kadın katılımcılar (Ort. = 132,333) ile erkek katılımcılar (Ort. = 136,818) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olumsuz düşüncelere ilişkin inancı ölçen UTBAS-TR-II alt testi puan ortalamaları açısından kadın katılımcılar (Ort. = 126,167) ile erkek katılımcılar (Ort. = 133,227) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygıyı ölçen UTBAS-TR-III alt testi puan ortalamaları açısından kadın katılımcılar (Ort. = 146,667) ile erkek katılımcılar (Ort. = 142,000) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

UTBAS-TR toplam puan ortalamaları açısından ise kadın katılımcılar (Ort. =405,167) ile erkek katılımcılar (Ort. =412,045) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 6.6'da katılımcıların UTBAS-TR alt testleri ve toplam puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre farklılaşma durumu ve bağımsız gruplar t-testi sonuçları sunulmuştur.

Tablo 6.6. Katılımcıların UTBAS-TR puanlarının eğitim durumu değişkenine göre farklılaşma durumu ve t-testi sonuçları

| | Grup | N | Ort | Ss | t | sd | p |
|--------------|-----------------|----|---------|---------|-------|----|-------|
| UTBAS-TR-I | Lise Ve Altı | 14 | 137,571 | 45,825 | 0,105 | 48 | 0,917 |
| | Lisans Ve Üzeri | 36 | 135,778 | 57,209 | | | |
| UTBAS-TR-II | Lise Ve Altı | 14 | 132,857 | 42,540 | 0,041 | 48 | 0,968 |
| | Lisans Ve Üzeri | 36 | 132,194 | 54,880 | | | |
| UTBAS-TR-III | Lise Ve Altı | 14 | 144,429 | 54,243 | 0,141 | 48 | 0,888 |
| | Lisans Ve Üzeri | 36 | 141,833 | 59,720 | | | |
| UTBAS-TR-T | Lise Ve Altı | 14 | 414,857 | 140,291 | 0,099 | 48 | 0,922 |
| | Lisans Ve Üzeri | 36 | 409,806 | 169,914 | | | |

Tablo 6.6'da görüldüğü gibi, lise ve altı eğitim durumuna sahip katılımcı sayısı 14 iken lisans ve üzeri olanların sayısı 36'dır. Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançların sıklığını ölçen UTBAS-TR-I alt testi puan ortalamaları açısından lise ve altı katılımcılar (Ort. = 137,571) ile lisans ve üzeri katılımcılar (Ort. = 135,778) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olumsuz düşüncelere ilişkin inancı ölçen UTBAS-TR-II alt testi puan ortalamaları açısından lise ve altı katılımcılar (Ort. = 132,857) ile lisans ve üzeri katılımcılar (Ort. = 132,194) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygıyı ölçen UTBAS-TR-III alt testi puan ortalamaları açısından lise ve altı katılımcılar (Ort. = 144,429) ile lisans ve üzeri katılımcılar (Ort. = 141,833) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

UTBAS-TR toplam puan ortalamaları açısından ise lise ve altı katılımcılar (Ort. = 414,857) ile lisans ve üzeri katılımcılar (Ort. = 409,806) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 6.7'de katılımcıların UTBAS-TR alt testleri ve toplam puan ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre farklılaşma durumu ve bağımsız gruplar t-testi sonuçları sunulmuştur.

Tablo 6.7. Katılımcıların UTBAS-TR puanlarının çalışma durumu değişkenine göre farklılaşma durumu ve t-testi sonuçları

| | Grup | N | Ort | Ss | t | sd | p |
|--------------|-------|----|---------|---------|--------|----|-------|
| UTBAS-TR-I | Evet | 24 | 126,375 | 52,122 | -1,258 | 48 | 0,215 |
| | Hayır | 26 | 145,423 | 54,725 | | | |
| UTBAS-TR-II | Evet | 24 | 122,208 | 49,589 | -1,359 | 48 | 0,181 |
| | Hayır | 26 | 141,769 | 52,003 | | | |
| UTBAS-TR-III | Evet | 24 | 130,042 | 54,078 | -1,492 | 48 | 0,142 |
| | Hayır | 26 | 154,115 | 59,548 | | | |
| UTBAS-TR-T | Evet | 24 | 378,625 | 153,935 | -1,390 | 48 | 0,171 |
| | Hayır | 26 | 441,308 | 164,019 | | | |

Tablo 6.7'e göre, katılımcıların 24'ü iş sahibi iken 26'sı herhangi bir işte çalışmamaktadırlar. Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançların sıklığını ölçen UTBAS-TR-I alt testi puan ortalamaları açısından bir işte çalışan katılımcılar (Ort. = 126,375) ile çalışmayan katılımcılar (Ort. = 145,423) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olumsuz düşüncelere ilişkin inancı ölçen UTBAS-TR-II alt testi puan ortalamaları açısından bir işte çalışan katılımcılar (Ort. = 122,208) ile çalışmayan katılımcılar (Ort. = 141,769) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygıyı ölçen UTBAS-TR-III alt testi puan ortalamaları açısından bir işte çalışan katılımcılar (Ort. = 130,042) ile çalışmayan katılımcılar (Ort. = 154,115) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

UTBAS-TR toplam puan ortalamaları açısından ise bir işte çalışan katılımcılar (Ort. = 378,625) ile çalışmayan katılımcılar (Ort. = 441,308) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 6.8'de katılımcıların UTBAS-TR alt testleri ve toplam puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre farklılaşma durumu ve bağımsız gruplar t-testi sonuçları sunulmuştur.

Tablo 6.8. Katılımcıların UTBAS-TR puanlarının medeni durum değişkenine göre farklılaşma durumu ve t-testi sonuçları

| | Grup | N | Ort | Ss | t | sd | p |
|---------------------|--------------|----|---------|---------|--------|----|-------|
| UTBAS-TR-I | Evli | 9 | 131,111 | 59,263 | -0,315 | 48 | 0,754 |
| | Bekar | 41 | 137,415 | 53,266 | | | |
| UTBAS-TR-II | Evli | 9 | 126,556 | 60,029 | -0,373 | 48 | 0,711 |
| | Bekar | 41 | 133,659 | 49,935 | | | |
| UTBAS-TR-III | Evli | 9 | 134,889 | 61,900 | -0,437 | 48 | 0,664 |
| | Bekar | 41 | 144,244 | 57,412 | | | |
| UTBAS-TR-T | Evli | 9 | 392,556 | 179,350 | -0,381 | 48 | 0,705 |
| | Bekar | 41 | 415,317 | 158,543 | | | |

Tablo 6.8'e göre, medeni durumu evli olan katılımcı sayısı 9 iken bekar olanların sayısı 41'dir. Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançların sıklığını ölçen UTBAS-TR-I alt testi puan ortalamaları açısından medeni durumu evli olan

katılımcılar (Ort. =131,111) ile bekar olan katılımcılar (Ort. =137,415) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olumsuz düşüncelere ilişkin inancı ölçen UTBAS-TR-II alt testi puan ortalamaları açısından medeni durumu evli olan katılımcılar (Ort. =126,556) ile bekar katılımcılar (Ort. =133,659) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygıyı ölçen UTBAS-TR-III alt testi puan ortalamaları açısından medeni durumu evli olan katılımcılar (Ort. =134,889) ile bekar olan katılımcılar (Ort. =144,244) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

UTBAS-TR toplam puan ortalamaları açısından ise medeni durumu evli olan katılımcılar (Ort. =392,556) ile bekar olan katılımcılar (Ort. =415,317) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların UTBAS-TR alt testleri ve toplam puan ortalamalarının hayatının bir döneminde kekemelik terapisi alma değişkenine göre farklılaşma durumu ve bağımsız gruplar t-testi sonuçları **Tablo 6.9**'da sunulmuştur.

Tablo 6.9. Katılımcıların UTBAS-TR puanlarının kekemelik terapisi alma durumu değişkenine göre farklılaşma durumu ve t-testi sonuçları

| | Grup | N | Ort | Ss | t | sd | p |
|---------------------|--------------|----|---------|---------|-------|----|-------|
| UTBAS-TR-I | Evet | 40 | 142,825 | 56,261 | 1,756 | 48 | 0,085 |
| | Hayır | 10 | 110,100 | 33,114 | | | |
| UTBAS-TR-II | Evet | 40 | 137,325 | 54,363 | 1,376 | 48 | 0,175 |
| | Hayır | 10 | 112,600 | 31,260 | | | |
| UTBAS-TR-III | Evet | 40 | 149,500 | 60,592 | 1,736 | 48 | 0,089 |
| | Hayır | 10 | 114,800 | 33,872 | | | |
| UTBAS-TR-T | Evet | 40 | 429,650 | 169,206 | 1,649 | 48 | 0,106 |
| | Hayır | 10 | 337,500 | 95,493 | | | |

Bağımsız Gruplar T-Testi

Tablo 6.9'a göre, kekemelik terapisi alan katılımcıların sayısı 40 iken almayanların sayısı 10'dur. Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançların sıklığını ölçen UTBAS-TR-I alt testi puan ortalamaları açısından hayatının bir döneminde kekemelik terapisi alan katılımcılar (Ort. = 142,825) ile terapi almayan katılımcılar (Ort. = 110,100) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olumsuz düşüncelere ilişkin inancı ölçen UTBAS-TR-II alt testi puan ortalamaları açısından hayatının bir döneminde kekemelik terapisi alan katılımcılar (Ort. = 137,325) ile terapi almayan katılımcılar (Ort. = 112,600) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygıyı ölçen UTBAS-TR-III alt testi puan ortalamaları açısından hayatının bir döneminde kekemelik terapisi alan katılımcılar (Ort. = 149,500) ile terapi almayan katılımcılar (Ort. = 114,800) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

UTBAS-TR toplam puan ortalamaları açısından ise hayatının bir döneminde kekemelik terapisi alan katılımcılar (Ort. = 429,650) ile terapi almayan katılımcılar (Ort. = 337,500) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Hayatının bir döneminde kekemelik terapisi alan 40 katılımcının UTBAS-TR alt testleri ve toplam puan ortalamalarının terapisinin bir dil ve konuşma terapisti tarafından verilmiş olma değişkenine göre farklılaşma durumu ve bağımsız gruplar t-testi sonuçları **Tablo 6.10**'da sunulmuştur.

Tablo 6.10. Katılımcıların UTBAS-TR puanlarının kekemelik terapisinin Dil ve Konuşma Terapisti tarafından verilme durumuna göre farklılaşma durumu ve t-testi sonuçları

| | Grup | N | Ort | Ss | t | sd | p |
|--------------|-------|----|---------|---------|--------|----|-------|
| UTBAS-TR-I | Evet | 35 | 137,771 | 52,813 | -1,529 | 38 | 0,135 |
| | Hayır | 5 | 178,200 | 73,251 | | | |
| UTBAS-TR-II | Evet | 35 | 131,371 | 49,445 | -1,892 | 38 | 0,066 |
| | Hayır | 5 | 179,000 | 74,515 | | | |
| UTBAS-TR-III | Evet | 35 | 144,657 | 57,383 | -1,352 | 38 | 0,185 |
| | Hayır | 5 | 183,400 | 78,519 | | | |
| UTBAS-TR-T | Evet | 35 | 413,800 | 157,342 | -1,598 | 38 | 0,118 |
| | Hayır | 5 | 540,600 | 226,127 | | | |

Tablo 6.10'a göre, kekemelik terapisi alan 40 katılımcıdan 35'i aldığı terapinin bir dil ve konuşma terapisti tarafından verildiğini belirtmiştir. 5 katılımcının belirttiği bilgilere göre ise aldıkları terapi dil ve konuşma terapisti dışında herhangi bir meslek mensubu tarafından verilmiştir. Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançların sıklığını ölçen UTBAS-TR-I alt testi puan ortalamaları açısından terapinin bir dil ve konuşma terapisti tarafından verildiği katılımcılar (Ort. = 137,771) ile dil ve konuşma terapisti dışında bir meslek mensubu tarafından verildiği katılımcılar (Ort. = 178,200) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olumsuz düşüncelere ilişkin inancı ölçen UTBAS-TR-II alt testi puan ortalamaları açısından terapinin bir dil ve konuşma terapisti tarafından verildiği katılımcılar (Ort. = 131,371) ile dil ve konuşma terapisti dışında bir meslek mensubu tarafından verildiği katılımcılar (Ort. = 179,000) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygıyı ölçen UTBAS-TR-III alt testi puan ortalamaları açısından terapinin bir dil ve konuşma terapisti tarafından verildiği katılımcılar (Ort. = 144,657) ile dil ve konuşma terapisti dışında bir meslek mensubu tarafından verildiği katılımcılar (Ort. = 183,400) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

UTBAS-TR toplam puan ortalamaları açısından ise terapinin bir dil ve konuşma terapisti tarafından verildiği katılımcılar (Ort. = 413,800) ile dil ve konuşma terapisti dışında bir meslek mensubu tarafından verildiği katılımcılar (Ort. = 540,600) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

7. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı kekemeliği olan yetişkin bireylerde olumsuz düşünce ve inançların kekemelik şiddeti ile ilişkisinin incelenmesidir. Çalışmanın ilk ve temel sorusu olan olumsuz düşüncelerin sıklığı, inancı ve bu düşünceler ile inançlara ilişkin kaygı ile kekemelik şiddeti arasında anlamlı bir ilişki var mıdır sorusudur. Temel sorunun yanı sıra katılımcıların demografik özellikleri ve kekemelik terapisi alma ile terapinin dil ve konuşma terapisti tarafından verilmesinin ölçek sonuçları ve kekemelik şiddeti ile ilişkisi açısından incelenmesi amaçlanmıştır.

7.1. Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançların kekemelik şiddeti ile ilişkisinin incelenmesi

Araştırmanın bulgularına göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar ile kekemelik şiddeti arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir. UTBAS-TR'nin alt testleri olan UTBAS-TR-I (olumsuz düşünce ve inançların sıklığı), UTBAS-TR-II (olumsuz düşüncelere dair inanç) ve UTBAS-TR-III (olumsuz düşünce ve inançlara dair kaygı) ile kekemelik şiddeti arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir. Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar kaygının bilişsel bileşeni olması dolayısıyla araştırmanın dolaylı olarak kaygı ve kekemelik şiddeti arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını ortaya koymaktadır. Alanyazında kekemeliği olan yetişkinlerle yapılan araştırmalar da kaygı ile kekemelik şiddeti arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını desteklemektedir (16, 54, 96, 97,99, 100, 105). Kaygı üzerine odaklanmış kekemelik terapilerinin psikolojik anlamda iyi oluş sağladığı ve kaygıyı azalttığı görülmektedir. Kekemeliğin motor semptomları üzerindeki etkisi ise çok az veya hiç yoktur. Bu da kaygı ile kekemelik şiddeti arasında nedensel bir ilişkinin olmadığı anlamına gelmektedir (89). Çalışmanın bulguları kekemelik şiddeti ve sosyal kaygı arasında nedensel bir ilişkinin olmadığını destekler niteliktedir.

Iverach ve arkadaşlarının (105) kekemeliği olan 275 yetişkinle yaptıkları çalışmalarında sosyal kaygı bozukluğu yaşayan kekemeliği olan 82 kişi ile sosyal kaygı bozukluğu yaşamayan kekemeliği olan 193 kişi karşılaştırılmıştır. Ölçüm araçlarının içerisinde UTBAS da yer almaktadır. Katılımcıların 219'u erkek, 56'sı kadından oluşmaktadır. Çalışmanın bulgularına göre sosyal kaygı bozukluğuna sahip kekemeliği olan bireylerin sosyal kaygı bozukluğu yaşamayan kekemeliği olanlara göre kekemelikte sosyal kaygıya ilişkin daha olumsuz düşünce ve inançlar belirtmelerine rağmen bu durum kekemelik şiddeti açısından geçerli değildir. Sosyal kaygısı olan bireyler konuşmalarından kaynaklı daha çok memnuniyetsizlik hissederken kekemelik şiddetinin diğer gruba göre daha yüksek olduğu tespit edilememiştir. Araştırmada (105) iki grup arasında UTBAS puanları değişkenlik gösterirken kekemelik şiddeti açısından anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir. Bu sonuca göre araştırmanın kekemelikte sosyal kaygıya ilişkin olumsuz düşünce ve inançların kekemelik şiddeti ile arasında anlamlı bir ilişki yoktur bulgusu desteklenmektedir. Kekemeliği olan ergenlerle yapılan bir çalışmaya göre de kekemelik şiddeti ile kaygı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir (90).

Alanyazında kekemelikte akıcılığın artırılmasına yönelik yapılan terapiler sonucunda akıcılığın artması yani kekemelik şiddetinin azalması ile kaygının da azaldığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (7, 8). Bu araştırmalardan biri, Craig ve arkadaşlarının (8) 2003'te kekemeliği olan bireylerde kaygı düzeyini inceledikleri araştırmadır. Araştırmada terapi arayışında olan bireylerin kaygılarının genel popülasyondan daha yüksek olduğu ve bunun sebebinin kekemelik şiddetlerinin yüksek olmasından ileri geldiği öne sürülmüştür. Şiddetli kekemelik yüksek kaygı düzeyine yol açan aşırı derecede sosyal ve psikolojik endişe (örneğin utanç, hayal kırıklığı, utangaçlık) ile ilişkilendirilmiştir. Bir diğer araştırmada ise Craig (7), akıcılık şekillendirilmesinin uygulandığı kekemelik terapisi sonucunda, terapinin kaygıya yönelik herhangi bir yaklaşımı içermemesine rağmen, akıcılık kazanan yetişkinlerde kaygının azaldığını göstermiştir.

Araştırmanın bulgularını dolaylı olarak desteklemeyen çalışmalar (7, 8), kekemelik şiddeti yüksek olan yetişkinlerde daha yüksek oranda kaygı olduğunu ileri

sürse de, olumsuz düşünce ve inançlar ile kekemelik şiddeti arasında kesin bir yorumda bulunmamışlardır.

7.2. UTBAS-TR puanlarının yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma ve medeni durum değişkenlerine göre farklılaşma durumunun incelenmesi

Araştırmanın bulgularına göre katılımcıların UTBAS-TR puanları ile demografik bilgileri olan yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu ve medeni durum değişkenleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir. Alanyazında cinsiyet, eğitim ve iş durumu ile kaygı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını destekleyen çalışmalar mevcuttur (16, 105, 106) ancak yaş ile sosyal kaygı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu kanıtlayan çalışmalar da vardır (105, 106).

Iverach ve arkadaşlarının (105) sosyal kaygısı olan ve olmayan kekemeliği olan yetişkinleri karşılaştırdıkları araştırma bulgularına göre sosyal kaygısı yüksek olan grubun daha genç olduğu belirtilmiştir. Gruplar arasında yaş değişkeni dışında diğer demografik özellikler olan cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve gelir düzeyi değişkenleri açısından önemli bir farklılık elde edilmemiştir. Freud ve arkadaşlarının (106) kekemeliği olan bireylerin kekemelik deneyimlerinin demografik özellikleri ile ilişkisini inceledikleri çalışmada ölçüm aracı olarak Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES) (91) kullanılmıştır. Araştırma sonucunda yaşlı katılımcılar daha düşük OASES puanları göstermişlerdir. Buna göre yaşın ilerlemesiyle kekemelik deneyimleri değişmekte, olumsuz tutum ve kaçınma davranışları azalmaktadır. Bu iki araştırmanın bulguları yaş ile sosyal kaygı arasında negatif bir korelasyondan bahsedilebilir görüşünü öne sürmektedir. Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançların demografik bilgiler ile ilişkisini inceleyen bu çalışmada ise yaş ile sosyal kaygı arasında anlamlı bir ilişkinin elde edilememesinin sebebi katılımcıların yaş aralığının düzenli bir dağılım göstermemesi ve yaş grupları arasındaki farklılıkları gözlemlemekte yetersiz kalması olabilir. Bir diğer olasılık ise örneklem sayısının (n=50) az olmasıdır.

Araştırma bulgularına göre cinsiyet değişkeni ile UTBAS puanları arasında anlamlı bir ilişki belirtilmemektedir ancak kekemeliği olan kadın bireylerin erkek bireylere göre kekemeliğe yönelik daha olumlu tutumlar sergilediğini öne süren erken dönem çalışmalar da mevcuttur (107, 108).

Araştırma bulgularının cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir farklılığı ortaya koymasının önündeki engellerin; her iki cinsiyetin de kekemeliğe ilişkin benzer olumsuz düşünce ve inançlara sahip olduğu veya UTBAS-TR'nin cinsiyet farklılığı açısından hassas bir ölçüm aracı olmadığı düşünülmektedir.

7.3. UTBAS-TR puanlarının kekemelik terapisi alma ve terapinin Dil ve Konuşma Terapisti tarafından verilme değişkenlerine göre farklılaşma durumları

Araştırmaya katılan 50 yetişkinden 40'ı (%80) hayatlarının bir döneminde kekemelik terapisi almış olup geriye kalan 10 kişinin (%20) ise terapi almadığı belirtilmiştir. Terapi alan 40 yetişkinin 35'i (%88) terapinin dil ve konuşma terapisti tarafından verildiğini belirtmiştir. Terapi alan grupta olan 5 yetişkine ise dil ve konuşma terapisti dışında diğer meslek mensubu kişilerce terapi verildiği bilgisi toplamıştır. Araştırmanın bulgularına bakıldığında UTBAS-TR puanlarının kekemelik terapisi alma ve alınan terapinin dil ve konuşma terapisti tarafından verilip verilmediği değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir.

Alanyazındaki çalışmalara bakıldığında kekemelik terapisi arayışındaki bireylerin terapi arayışında olmayan bireylere göre daha yüksek oranda sosyal kaygı bozukluğu yaşadığını belirten çalışmalar mevcuttur (16, 19,53). Bu çalışma bulgularından yola çıkarak UTBAS-TR puanlarının kekemelik terapisi alma değişkenine göre farklılaşması beklenmesine rağmen terapi alma ile UTBAS-TR puanları arasında anlamlı bir farklılık belirtilmemiştir. Bu da kekemelikte olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin sıklık, inanç ve kaygının kekemelik terapisi almış olma durumuyla farklılaşmadığını göstermektedir. Araştırmanın bu yönde anlamlı bir

farklılığı ortaya koyamamasının tahmini nedenleri; terapi alan katılımcıların terapi sonrası kekemelik kazanımlarını koruyamaması, terapi içeriği ve süresinin değişiklik gösterebilmesi, örneklem sayısının az olması düşünülmektedir.

Kekemelik şiddeti ile olumsuz düşünce ve inançlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bulgusundan yola çıkarak, kekemelik şiddetinin azaltılmasına yönelik terapilerin sadece kekemeliğin motor davranışlarını etkileyebildiği, kekemelik şiddetinin azaltılmasının yanında kaygıyı azaltmak için psikolojik değişkenlere yönelik de çalışılması gerektiği çıkarımı yapılabilir (76, 105). Bu çıkarımı destekleyen bir diğer araştırma ise Menzies ve arkadaşlarının (54) yapmış olduğu araştırmadır. Bilişsel-davranışçı terapi ile sosyal kaygı bozukluğu ve kekemelik ilişkisini inceledikleri araştırmalarında bilişsel-davranışçı terapinin kaygıyı azalttığını ancak akıcılığa herhangi bir etkisinin olmadığını belirtmişlerdir. Bu çalışmalara bakıldığında kaygının azaltılmasına yönelik yaklaşım içermeyen bir terapi almanın mevcut çalışmanın kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar ile kekemelik terapisi alma değişkeni arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulgusunu desteklemektedir.

Terapi alan katılımcıların 5'i (%12) terapinin dil ve konuşma terapisti olmayan bir meslek mensubu tarafından verildiğini bildirmiştir. Bu durumda çalışmada kekemelikte olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin sıklık, inanç ve kaygı ile kekemelik terapisi alma değişkeni arasındaki ilişkinin incelenebilmesi için alınan terapi içeriği kadar terapiyi veren uzmanın yetkinliğine de dikkat çekilmesi gerektiği düşünülmektedir.

8. SONUÇ

Yapılan bu araştırmada kekemeliği olan yetişkin bireylerde olumsuz dūřünce ve inançlar ile kekemelik şiddeti arasındaki ilişki incelenmiştir. Bunun yanı sıra olumsuz dūřünce ve inançlara ilişkin kaygı ile yař, cinsiyet, eğitim ve çalışma durumu, medeni durumdan oluşan demografik özellikler arasındaki ilişki de araştırma amaçlarındandır. Mevcut araştırma aynı zamanda katılımcıların kekemelik terapisi alma ve terapinin dil- konuşma terapisti tarafından verilip verilmemesinin olumsuz dūřünce ve inançlara ve buna ilişkin yaşanan sosyal kaygı üzerine etkilerinin olup olmadığına yönelik bir inceleme imkânı sunmuştur. Araştırmada 18 yař ve üzeri 50 katılımcıdan ölçek, kekemelik şiddetine yönelik kekelenen hece yüzdesi ile birlikte demografik bilgiler toplanmıştır.

Araştırmanın bulgularına göre kekemeliği olan yetişkinlerde olumsuz dūřünce ve inançlar ile kekemelik sıklığı arasında anlamlı bir ilişkinin mevcut olmadığı belirlenmiştir. UTBAS-TR'nin alt testleri olan UTBAS-TR-I (olumsuz dūřünce ve inançların sıklığı), UTBAS-TR-II (olumsuz dūřüncelere dair inanç) ve UTBAS-TR-III (olumsuz dūřünce ve inançlara dair kaygı) ile kekemelik şiddeti arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir. Araştırmanın bir diğer sonucu ise olumsuz dūřünce ve inançlar ile demografik özellikler (yař, cinsiyet, eğitim ve çalışma durumu, medeni durum) arasında anlamlı bir farklılığın bulunmamasıdır. Araştırmanın sunduğu son bulgular ise katılımcıların kekemelik terapisi alma ve terapinin dil-konuşma terapisti tarafından verilmesinin olumsuz dūřünce ve inançlar açasından bir farklılık yaratmadığıdır.

Bu bulgular dahilinde, sosyal kaygının biliřsel bileřeni olan olumsuz dūřünce ve inançların bireyin yařadıęı kekemelik řiddetinden baęımsız bir řekilde ortaya çıkabileceęi dūřünölmüřtür. Bir dięer dūřünce ise olumsuz dūřünce ve inançların, kekemelik řiddetinin olduęundan daha fazlaymıř gibi görölmesine ve kekemelięin algılanan negatif sonuçlarını arttırabileceęine yöneliktir. Olumsuz dūřünce ve inançlar ile kekemelik řiddeti arasındaki iliřkinin daha kapsamlı bir řekilde incelenebilmesi

için kekemelik şiddetinin hesaplanmasında kekelenen hece yüzdesinin yanında kekemeliğe eşlik eden fiziksel davranışların ve kekeleme süresinin de ele alınması gerektiği düşünülmektedir.

Cinsiyet, eğitim ve çalışma durumu, medeni durumun kekemeliği olan bireyin sahip olduğu olumsuz düşünce ve inançlar üzerine bir etkiye sahip olmadığı söylenebilir. Yaş değişkeni açısından da aynı sonuç elde edilmiş ancak yapılan güncel araştırmaların bu sonucu desteklememiş olması araştırma bulgularının güvenilirliğini etkilemiştir.

Hayatlarının bir döneminde kekemelik terapisi alan katılımcıların daha düşük olumsuz düşünce, inanç ve sosyal kaygıya sahip olacağı düşüncesi desteklenmemiştir. Böyle bir durumda kekemeliği olan bireyin terapiden sağladığı faydaları uzun dönemde korumakta zorlandığı düşüncesi öngörülmektedir. Bir diğer olası durum ise kekemelik terapilerinde kullanılan yaklaşımların kekemelik şiddetinin azaltılmasına yönelik olsa da sosyal kaygının varlığını etkilememesidir.

Tüm bulgular birlikte düşünüldüğünde, kekemelikte sosyal kaygıya ilişkin olumsuz düşünce ve inançların kekemelik şiddetinden bağımsız olarak ortaya çıktığı düşüncesi güncel araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir. Sosyal kaygının, kekemeliği olan bireylerin sosyal, akademik ve iş hayatlarını olumsuz yönde etkilediği göz önüne alındığında, sosyal kaygının azaltılmasına yönelik yaklaşımların geliştirilmesi ve kekemelik terapilerine dahil edilmesinin klinik sonuçları olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

8.1. Öneriler

1. Daha geniş katılımcı sayısı ile yapılacak bir araştırma, sonuçların güvenilirliğini arttırabilir.
2. Yaş faktörü etkisinin daha kapsamlı bir şekilde araştırılması için yaşları farklılık gösteren gruplar karşılaştırılabilir.
3. Kekemelik şiddeti ile kaygı bozuklukları türleri arasındaki ilişkiler incelenebilir.
4. Kekemelikte sosyal kaygıya ilişkin olumsuz düşünce ve inançlarla birlikte durumluk ve sürekli kaygıyı ölçen ölçeklerin kullanılması kaygının daha kapsamlı bir şekilde incelenmesi olanağını sunabilir.
5. Kekemelik terapilerine dahil edilebilecek sosyal kaygının azaltılmasına yönelik yaklaşımların, terapinin klinik sonuçları üzerindeki etkileri araştırılabilir.

8.2. Sınırlılıklar

1. Araştırmanın örneklem sayısı 50 kişi ile sınırlıdır.
2. Türkiye’de kekemelik şiddetinin değerlendirilmesi için kullanılan Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı-4 (KEŞİDA-4) (109) çocukluk çağı kekemeliğin şiddetini değerlendirmektedir ve yetişkinlik çağı kekemeliğin şiddet ölçümünde kullanılmamaktadır. Bu nedenle araştırmada kekemelik şiddetinin belirlenmesi için kullanılan yöntem katılımcıların doğal konuşma örneklerinden elde edilen kekelenen hece yüzdesinin hesaplanmasıyla sınırlıdır.

9. KAYNAKLAR

1. Guitar B. Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment. 4th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
2. Manning WH, DiLollo A. Clinical decision making in fluency disorders. 4th ed. San Diego, CA: Plural Publishing Inc, 2018.
3. Marks IM. Fears, phobias, and rituals: panic, anxiety, and their disorders. New York: Oxford University Press, 1987.
4. Menzies RG, Onslow M, Packman A. Anxiety and stuttering: Exploring a complex relationship. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 8(1), 3-10, 1999.
5. Alm PA, Risberg J. Stuttering in adults: The acoustic startle response, temperamental traits, and biological factors. *Journal of Communication Disorders*. 40(1), 1–41, 2007.
6. Blumgart E, Tran Y, Craig A. Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety*. 27(7), 687–692, 2010.
7. Craig A. An Investigation into the Relationship Between Anxiety and Stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 55(2), 290–294, 1990.
8. Craig A, Hancock K, Tran Y, Craig M. Anxiety Levels in People Who Stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 46(5), 1197–1206, 2003.
9. Ezrati-Vinacour R, Levin I. The relationship between anxiety and stuttering: a multidimensional approach. *Journal of Fluency Disorders*. 29(2), 135–148, 2004.
10. Messenger M, Onslow M, Packman A, Menzies R. Social anxiety in stuttering: measuring negative social expectancies. *Journal of Fluency Disorders*. 29(3), 201–212, 2004.
11. Iverach L, Menzies RG, O’Brian S, Packman A, Onslow M. (2011). Anxiety and Stuttering: Continuing to Explore a Complex Relationship. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 20(3), 221–232, 2011.

12. Iverach L, Jones M, Mclellan LF, Lyneham HJ, Menzies RG, Onslow M, et al. Prevalence of anxiety disorders among children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*. 49, 13–28, 2016.
13. Langevin M, Packman A, Onslow M. Peer Responses to Stuttering in the Preschool Setting. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 18(3), 264–276, 2009.
14. Hearne A, Packman A, Onslow M, Quine S. Stuttering and its treatment in adolescence: The perceptions of people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*. 33(2), 81–98, 2008.
15. Blood GW, Blood IM, Tramontana GM, Sylvia AJ, Boyle MP, Motzko GR. Self-Reported Experience of Bullying of Students Who Stutter: Relations with Life Satisfaction, Life Orientation, and Self-Esteem. *Perceptual and Motor Skills*. 113(2), 353–364, 2011.
16. Blumgart E, Tran Y, Craig A. Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety*. 27(7), 687–692, 2010.
17. Menzies RG, Onslow M, Packman A, O’Brian S. Cognitive behavior therapy for adults who stutter: A tutorial for speech-language pathologists. *Journal of Fluency Disorders*. 34(3), 187–200, 2009.
18. Turnbaugh KR, Guitar BE, Hoffman PR. Speech clinicians' attribution of personality traits as a function of stuttering severity. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 22(1), 37-45, 1979.
19. Collins CR, Blood GW. Acknowledgment and severity of stuttering as factors influencing nonstutterers' perceptions of stutterers. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 55(1), 75-81, 1990.
20. Susca M, Healey EC. Perceptions of simulated stuttering and fluency. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2001.
21. Gabel RM. Effects of stuttering severity and therapy involvement on attitudes towards people who stutter. *Journal of fluency disorders*. 31(3), 216-227, 2006.

22. Iverach L, Menzies R, Jones M, Obrian S, Packman A, Onslow M. Further development and validation of the Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering (UTBAS) scales: relationship to anxiety and social phobia among adults who stutter. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 100824014249025, 2010.
23. Özer AG. Akıcı Konuşma Bozukluğu Olan Bireylerde Kekemelik Şiddeti ile Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019.
24. Aybay LE. 8-12 yaş grubu kekeme çocukların kaygı, sosyal fobi ve IQ yönünden tetkiki. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
25. Dumanoğlu A. Kekemelerde Yaygın Kekemelik Tutumlarının Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Açısından İncelenmesi. Ankara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2006.
26. St Clare T, Menzies RG, Onslow M, Packman A, Thompson R, Block S. Unhelpful thoughts and beliefs linked to social anxiety in stuttering: Development of a measure. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 44(3), 338-351, 2009.
27. Aydın Uysal A, Ege P. Reliability and validity of the UTBAS-TR (The Unhelpful Thoughts and Beliefs Scale-the Turkish version) in the Turkish population. *International journal of speech-language pathology*. 1-6, 2019.
28. Johnson W. Introduction: The six men and the stuttering. In: Eisenson J, editor. *Stuttering: A Symposium*. Harper& Brothers, New York, 11-24, 1958.
29. Manning WH, Manning WH. *Clinical decision making in fluency disorders*. Clifton Park, NY: Delmar, Cengage Learning, 2010.
30. Silverman FH. *Stuttering and other fluency disorders*. Long Grove, IL: Waveland Press, 2004.
31. Yairi E, Seery CH. *Stuttering: Foundations and Clinical Applications*. Upper Saddle River, NJ: Pearson. 2-13, 21-35, 123-151, 151-159, 2011.

32. Peters TJ, Guitar B. Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment. Williams & Wilkins, 1991.
33. Van Riper C, The Nature of Stuttering. 2th ed. Prentice-Hall, Eaglewood Cliffs, New Jersey, 1982.
34. Ingham RJ, Ryan BVK, Henrikson EH, Voelker CH. Comments on" Stuttering: A Review of Research Findings and Theories circa 1982" by Andrews et al. Journal of Speech and Hearing Disorders. 1987
35. Wingate ME. A standard definition of stuttering. Journal of Speech and Hearing Disorders. 29(4), 484-489, 1964.
36. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders. Fifth Edition. p. 45-46, Arlington, VA, 2013.
37. Bloodstein O, Ratner NB. A handbook on stuttering. Clifton Park, NY: Delmar, 2008.
38. Perkins WH. What is stuttering?. Journal of Speech and Hearing Disorders. 55(3), 370-382, 1990.
39. Kent RD. Stuttering as a temporal programming disorder. In: Curlee RF, Perkins WH, editors. Nature and treatment of stuttering: new directions. College-Hill Press, San Diego, 25-75, 1984.
40. Starkweather CW. Fluency and stuttering. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1987.
41. Bernstein RN. Stuttering: A psycholinguistic perspective. In: Curlee R, Siegel G, editors. Nature and treatment of stuttering: New direction. 2nd ed. Needham, MA: Allyn & Bacon, 99-127, 1997.
42. Postma A, Kolk H. The Covert Repair Hypothesis. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 36(3), 472–487, 1993.
43. Moore WH, Haynes WO. Alpha Hemispheric Asymmetry and Stuttering. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 23(2), 229–247, 1980.
44. Büchel C, Sommer M. What Causes Stuttering? PLoS Biology, 2(2), 2004.

45. Travis LE. The Cerebral Dominance Theory of Stuttering: 1931–1978. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 43(3), 278–281, 1978.
46. Fox PT, Ingham RJ, Ingham JC, Hirsch TB, Downs JH, Martin C, et al. A PET study of the neural systems of stuttering. *Nature*, 382(6587), 158, 1996.
47. Braun A. Altered patterns of cerebral activity during speech and language production in developmental stuttering. An H₂(15)O positron emission tomography study. *Brain*, 120(5), 761–784, 1997.
48. Neumann K, Euler HA, Gudenberg AWV, Giraud AL, Lanfermann H, Gall, V, et al. The nature and treatment of stuttering as revealed by fMRI. *Journal of Fluency Disorders*. 28(4), 381–410, 2003.
49. Sommer M, Koch MA, Paulus W, Weiller C, Büchel C. Disconnection of speech-relevant brain areas in persistent developmental stuttering. *The Lancet*, 360(9330), 380–383, 2002.
50. Neumann K, Foundas AL. From locations to networks: Can brain imaging inform treatment of stuttering? *Journal of Fluency Disorder*. 55, 1–5, 2018.
51. Chang SE, Angstadt M, Chow HM, Etchell AC, Garnett EO, Choo AL, et al. Anomalous network architecture of the resting brain in children who stutter. *Journal of fluency disorders*. 55, 46-67, 2018.
52. Neef NE, Bütfering C, Auer T, Metzger FL, Euler HA, Frahm J, et al. Altered morphology of the nucleus accumbens in persistent developmental stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 55, 84–93, 2018.
53. Iverach L, O’Brian S, Jones M, Block S, Lincoln M, Harrison E, et al. Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. *Journal of Anxiety Disorders*. 23(7), 928–934, 2009.
54. Menzies RG, O’Brian S, Onslow M, Packman A, St Clare T, Block S. An experimental clinical trial of a cognitive-behavior therapy package for chronic stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2008.

55. Stein MB, Baird A, Walker JR. Social phobia in adults with stuttering. *The American journal of psychiatry*. 153(2), 278-280, 1996.
56. Gunn A, Menzies RG, O'Brian S, Onslow M, Packman A, Lowe R, et al. Axis I anxiety and mental health disorders among stuttering adolescents. *Journal of Fluency Disorders*. 40, 58-68, 2014
57. Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*. 38(1), 15-28, 2008.
58. Mash EJ, Barkley RA, editors. *Child psychopathology*. Guilford Publications, 2014.
59. Velting ON, Albano AM. Current trends in the understanding and treatment of social phobia in youth. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 42(1), 127-140, 2001.
60. Ferdinand RF, Verhulst FC. Psychopathology from adolescence into young adulthood: an 8-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*. 152(11), 1586-1594, 1995.
61. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 38(6), 643-650, 1999.
62. Hofmann S, Albano AM, Heimberg RG, Tracey S, Chorpita BF, Barlow DH. Subtypes of social phobia in adolescents. *Depression and Anxiety*. 9, 8-15, 1999.
63. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 51(1), 8-19, 1994.
64. Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, Stang PE. Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *American journal of psychiatry*. 152(7), 1026-1032, 1995.

65. Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological medicine*. 27(4), 861-873, 1997.
66. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. 41(68), 00022-3, 1995.
67. Albano AM, Chorpita BF, Barlow DH. Anxiety disorders p. 279-329. In: Mash EJ, Barkley RA, editors. *Child psychopathology*. New York: Guilford Press, 2003.
68. Stein MB, Kean YM. Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*. 157(10), 1606-1613, 2000.
69. Kendall PC. Childhood coping: Avoiding a lifetime of anxiety. *Behaviour Change*. 9(4), 229-237, 1992.
70. Reinecke MA, Dattilio FM, Freeman A. *Cognitive Therapy with Children and Adolescents: A Casebook for Clinical Practise*. Çocuklar ve Ergenlerle Bilişsel Terapi: Klinik Uygulamalar için Vaka Kitabı, p. 251-299. 3. Baskı, Çeviren: Altındal YS, Litera Yayıncılık, İstanbul, 2017.
71. Wong QJ, Rapee RM. The aetiology and maintenance of social anxiety disorder: A synthesis of complementary theoretical models and formulation of a new integrated model. *Journal of Affective Disorders*. 203, 84-100, 2016.
72. Ollendick TH, Hirshfeld-Becker DR. The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*. 51(1), 44-58, 2002.
73. Rapee RM, Spence SH. The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical psychology review*. 24(7), 737-767, 2004.
74. Saudino KJ. Behavioral genetics and child temperament. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*. 26(3), 214, 2005.
75. Fox NA, Pine DS. Temperament and the emergence of anxiety disorders. *Journal of the american academy of Child and adolescent Psychiatry*. 51(2), 125, 2012.
76. Iverach L, Rapee RM, Wong QJ, Lowe R. Maintenance of social anxiety in stuttering: a cognitive-behavioral model. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 26(2), 540-556, 2017.

77. Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour research and therapy*. 35(8), 741-756, 1997.
78. Packman A, Kuhn L. Looking at stuttering through the lens of complexity. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 11(1), 77-82, 2009.
79. Iverach L, Jones M, O'Brian S, Block S, Lincoln M, Harrison E, et al. Screening for personality disorders among adults seeking speech treatment for stuttering. *Journal of fluency disorders*. 34(3), 173-186, 2009.
80. Snyder GJ. Exploratory research in the measurement and modification of attitudes toward stuttering. *Journal of fluency disorders*. 26(2), 149-160, 2001.
81. Peters HF, Starkweather CW. Development of stuttering throughout life. *Journal of Fluency Disorders*. 14(5), 303-321, 1989.
82. Yaruss JS. Evaluating treatment outcomes for adults who stutter. *Journal of communication disorders*. 34(1-2), 163-182, 2001.
83. Craig A. Clinical psychology and neurological disability: Psychological therapies for stuttering. *Clinical Psychologist*. 7(2), 93-103, 2003.
84. Blood GW, Blood IM. Preliminary study of self-reported experience of physical aggression and bullying of boys who stutter: Relation to increased anxiety. *Perceptual and motor skills (suppl. 3): S104*, 1060-1066, 2007.
85. Ezrati-Vinacour R, Platzky R, Yairi E. The young child's awareness of stuttering-like disfluency. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2001.
86. Davis S, Howell P, Cooke F. Sociodynamic relationships between children who stutter and their non-stuttering classmates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 43(7), 939-947, 2002.
87. Blood GW, Blood IM. Bullying in adolescents who stutter: Communicative competence and self-esteem. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*. 31(31), 69-79, 2004.
88. Blood GW, Blood IM, Maloney K, Meyer C, Qualls CD. Anxiety levels in adolescents who stutter. *Journal of communication disorders*. 40(6), 452-469, 2007.

89. Alm PA. Stuttering in relation to anxiety, temperament, and personality: Review and analysis with focus on causality. *Journal of Fluency Disorders*. 40, 5-21, 2014.
90. Mulcahy K, Hennessey N, Beilby J, Byrnes M. Social anxiety and the severity and typography of stuttering in adolescents. *Journal of Fluency Disorders*. 33(4), 306-319, 2008.
91. Yaruss JS, Quesal RW. Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of fluency disorders*. 31(2), 90-115, 2006.
92. Spielberger CD. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (form Y)("self-evaluation questionnaire"), 1983.
93. Watson D, Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*. 33(4), 448, 1969.
94. Eggers K, Luc F, Van den Bergh BR. Temperament dimensions in stuttering and typically developing children. *Journal of Fluency Disorders*. 35(4), 355-372, 2010.
95. Tumanova V, Zebrowski PM, Throneburg RN, Kayikci MEK. Articulation rate and its relationship to disfluency type, duration, and temperament in preschool children who stutter. *Journal of communication disorders*. 44(1), 116-129, 2011.
96. Bloodstein O. Interpersonal dynamics and the treatment of the stutterer. *Journal of Communication Disorders*, 1967.
97. Blomgren M, Roy N, Callister T, Merrill RM. Intensive stuttering modification therapy. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2005.
98. Riley GD. A stuttering severity instrument for children and adults. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 37(3), 314-322, 1972.
99. Manning W, Beck JG. The role of psychological processes in estimates of stuttering severity. *Journal of fluency disorders*. 38(4), 356-367, 2013.
100. Brady J P. The pharmacology of stuttering: A critical review. *The American journal of psychiatry*, 1991.

101. Aydın A. Gelişimsel kekemelik ve mizaç: kekeleyen, tipik gelişim gösteren ve kekemeliği kendiliğinden iyileşen çocukların mizaç özelliklerinin karşılaştırılması. Anadolu Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Eskişehir, 2014.
102. Cream A, Onslow M, Packman A, Llewellyn G. Protection from harm: the experience of adults after therapy with prolonged-speech. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 38(4), 379-395, 2003.
103. Iverach L, Heard R, Menzies R, Lowe R, O'Brian S, Packman A, Onslow M. A brief version of the Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering scales: The UTBAS-6. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 59(5), 964-972, 2016.
104. Chu SY, Sakai N, Mori K, Iverach L. Japanese normative data for the Unhelpful Thoughts and Beliefs about Stuttering (UTBAS) Scales for adults who stutter. *Journal of fluency disorders*. 51, 1-7, 2017.
105. Iverach L, Jones M, Lowe R, O'Brian S, Menzies RG, Packman A, Onslow M. Comparison of adults who stutter with and without social anxiety disorder. *Journal of fluency disorders*, 56, 55-68, 2018.
106. Freud D, Kichin-Brin M, Ezrati-Vinacour R, Roziner I, Amir O. The relationship between the experience of stuttering and demographic characteristics of adults who stutter. *Journal of fluency disorders*, 52, 53-63, 2017.
107. Silverman EM. Communication attitudes of women who stutter. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 45(4), 533-539, 1980.
108. Silverman EM, Zimmer CH. Demographic characteristics and treatment experiences of women and men who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 7(2), 273-285, 1982.
109. Mutlu A. Kekemelik şiddetini değerlendirme aracının (stuttering severity instrument-4) 6-16 yaş okul çağı çocuklarda Türkçe uyarlaması. Gazi Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.

10. EKLER

10.1. EK-1: UTBAS-TR Ölçeği (Kekemeliğe İlişkin Olumsuz Düşünce ve İnançlar Ölçeği)

| Aşağıdaki ölçekteki her maddeyi dikkatlice okuyarak her üç bölüm için ayrı ayrı size en doğru tanımlayan sayıyı daire içine alınız. Üç bölüm sırasıyla şu şekildedir: -Bu düşüncelere NE SIKLIKLA kaplıyorum -Bu düşüncelere ne kadar İNANIYORUM -Bu düşünceler benim ne kadar KAYGILI hissetmeye neden oluyor | | Bu düşüncelere NE SIKLIKLA kaplıyorum | | | | | Bu düşüncelere ne kadar İNANIYORUM | | | | | Bu düşünceler benim ne kadar KAYGILI hissetmeye neden oluyor | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|---|---|---|------------------------------------|---|---|---|---|--|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 1 | Kekelediğim için insanlar yetilerinden kuşku duyacaklardır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Eğer kekeleyorsan hayatta gerçekten başarılı olmak olanaksızdır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Kekelesem hiçbir işte uzun süre tutunamam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Kekelememi kontrol edememek benim hatam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Kekelediğim için zayıf bir kişi sayılırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Kekelesem kimse benden hoşlanmaz. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Her an kekeleyebilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | İnsanlar söylediğim her söze dikkat ediyorlar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Ben beceriksizim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Kekeleyeni kimse sevmeyiz. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Kekeleyeceğim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Ötedaki herkes kekeleydiğimi duyacak. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Aptalın biriyim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Kekelesem insanlar aptal olduğumu düşünecekler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Kekemeliğim yüzünden asla başarılı olamayacağım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | İnsanların sorunlarını yanıtlamayacağım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Ben çaresizim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | İş yerinde hiçbir işe yaramıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | İnsanlar kekemeliğim yüzünden beceriksiz olduğumu düşünecekler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | Tamamen takılıp hiç konuşamayacağım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Herkes salak olduğumu düşünecek. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Otorite konumundaki kişilerle konuşmıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | İnsanlar tuhaf olduğumu düşünecekler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | İnsanlar Türkçe konuşmadığımı sanacaklar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Hiç kimse kekeme birisiyle ilişkisi kurmak istemez. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 | Kekelediğim için düzgün bir şekilde düşünmüyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 | Agresif/saldırgan insanlarla konuşmıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | İnsanlar hiçbir konuda fikrim olmadığımı düşünecekler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 | Söyleyecek bir şeyim olmadığı için insanlar sıkıcı olduğumu düşünecekler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30 | Takılırsam insanlar geri zekâlı olduğumu düşünecekler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31 | Bu insanlarla yüz yüze gelemem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32 | Kekelesem insanlar “Bunun nesi var” diye düşünecekler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 | Söylediğimle aynı fikirde olmazlarsa insanlar hakımda ne düşünürler? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34 | İnsanların çoğu kekemelerin daha beceriksiz olduğunu düşünürler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35 | Gitmek istemiyorum - İnsanlar benden hoşlanmayacak. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36 | Duraklamalarım çok uzun. İnsanlar garip olduğumu düşünecekler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37 | Konuşamayacağım için insanlar benden hoşlanmayacaklar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38 | Kekelediğim için insanları hiçbir konuda ikna edemiyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39 | Kekelesem insanlar benim geri zekâlı olduğumu düşünecekler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40 | Biliyorum, takılacağım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41 | Kendimi aptal duruma düşüreceğim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42 | İnsanlar ağızdan sözcüklerin çıkmasını beklemekten sıkılıyorlar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43 | İnsanlar benim konuşmamı o kadar beklemek zorunda kalmamalılar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44 | Konuştüğüm kişileri hep utandırırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45 | Kekelemem şüphe uyandırdığı için insanlar benim bir şeyler sakladığımı düşünüyorlar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46 | İnsanlar değersiz olduğumu düşünecekler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47 | Rezil olacağım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 48 | Cinsel olarak çekici bulduğum kişilerle konuşmıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49 | Ne demek istediğimi kimse anlamayacak. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50 | Konuşmaya çalışmamın ne anlamı var ki- Ağzımdan hiç bir şey düzgün çıkmıyor ki. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51 | Söylemek istediklerimi tam olarak söyleyemeyeceğim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52 | Zor sözcükler kullanmaktan kaçındığım için herkes cahil veya geri olduğumu düşüncecek. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53 | İnsanların sohbetlerimi yavaşlatıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54 | Konuşmaya başlamamdan herkes nefret ediyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55 | Hiçbir zaman telefonda konuşmıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 56 | İsteklerimi dile getiremeyeceğim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 57 | Telefonun diğer ucundaki kişi telefonu yüzüme kapatacak. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 58 | İnsanlar bana gülecekler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 59 | İnsanlar dilisiz olduğumu düşünecekler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 60 | Söylemek istediklerimi bitiremeyeceğim -beni yanlış anlayacaklar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 61 | Takılırsam tele sekreter kapatacak.- Hiç mesaj bırakamayacağım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 62 | Takılırsam telefon sapığı olduğumu düşünecekler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 63 | Telefonun alizesini kaldırıncı "ALO" diyemeyeceğim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 64 | Kekeleyen kişiler aptaldırlar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 65 | Kekeleyen kişiler beceriksizdirler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 66 | Kekeleyen kişiler sıkıcıdırlar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

10.2. EK-2: Demografik bilgi formu

DEMOGRAFİK BİLGİLER

Ad Soyad:

Tel No:

Yaş :

Cinsiyet : Kadın Erkek

Eğitim durumu: İlkokul Ortaokul Lise Üniversite Yüksek lisans/Doktora

Çalışıyor musunuz? Evet Hayır Emekli

Meslek:

Gelir Düzeyi: Düşük Orta Yüksek

Medeni durum: Evli Bekar Boşanmış Dul

KEKEMELİĞE YÖNELİK

Hayatınızın herhangi bir döneminde kekemelik terapisi aldınız mı veya halen devam eden bir kekemelik terapiniz var mı?

Evet Hayır

Yanıtınız evet ise aşağıdaki soruları cevaplayınız.

Terapi bir dil ve konuşma terapisti tarafından mı verildi/verilmekte?

Evet Hayır

Daha önce almış olduğunuz terapinin süresini veya halen devam etmekte olan bir terapiniz var ise şu ana kadarki terapi süresini yazınız.

10.3. EK-3

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

İstanbul Medipol Üniversitesinde yürütülmekte olan “Kekemeliği Olan Yetişkin Bireylerde Olumsuz Düşünce ve İnançların Kekemelik Şiddeti ile İlişkisi” adlı bilimsel araştırmaya katılmanız rica edilmektedir. Bu araştırmanın amacı kekemeliği olan yetişkin bireylerin geliştirmiş oldukları olumsuz düşünce ve inançların kekemelik şiddeti ile ilişkisinin incelenmesidir. Çalışma, bilimsel araştırma amacıyla yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu araştırma için gerekli nicel veriler size sunulacak olan ölçek ve 10 dakikalık bir video kaydı alınarak toplanacaktır. Ölçeğin azami 30 dakika içerisinde doldurulması öngörülmektedir. Video ile alınacak kayıt spontan konuşma örneğini içerecektir. Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı 50’dir.

Araştırmaya katılımınız kekemeliği olan yetişkin bireylerin yaşadıkları ortak deneyimlerin olası sonuçlarının belirlenmesi açısından önem arz etmektedir. Araştırmaya katılım hiçbir risk taşımamakta olup katılımınız isteğe bağlıdır ve istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak ve kamuoyuna açıklanmayacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Araştırma konusuyla ilgili araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde siz veya yasal temsilciniz zamanında bilgilendirilecektir.

Bu araştırmanın sonuçları yüksek lisans tezinde kullanılacak olup gönüllülere ait kişisel veriler çalışmanın tüm aşamalarında gizli tutulacak ve açıklanmayacaktır. Bu araştırma veya katılımınızla ilgili sorun olması durumunda Gülkader Temiz’e 05436357219 numaralı telefondan günün 24 saatinde ulaşabilirsiniz.

"Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili sözlü ve yazılı açıklama aşağıdaki adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. "Kekemeliği Olan Yetişkin Bireylerde Olumsuz Düşünce ve İnançların Kekemelik Şiddeti ile İlişkisi" adlı araştırma kapsamında tarafımdan toplanan verilerin kullanılmasına izin veriyorum."

Katılımcının

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.44084
Konu : Etik Kurulu Kararı

08/10/2018

Sayın Gülkader TEMİZ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Kekemeliği Olan Yetişkin Bireylerde Olumsuz Düşünce ve İnançların Kekemelik Şiddeti ile İlişkisi” isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 08.10.2018 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://cbys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden A491DED2X2 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

| | | | | | |
|--------------------------|---|--|--|---|--|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Kekemeliği Olan Yetişkin Bireylerde Olumsuz Düşünce ve İnançların Kekemelik Şiddeti ile İlişkisi | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI | Gülkader TEMİZ | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | Dil ve Konuşma Terapisti | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | İstanbul | | | |
| | DESTEKLEYİCİ | - | | | |
| | ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> | ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> | ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> | ULUSLARARASI <input type="checkbox"/> |

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

| Değerlendirilen Belgeler | Belge Adı | Tarihi | Versiyon Numarası | Dili | | |
|-------------------------------------|--|------------|--------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|
| | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI | | | | Türkçe <input type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> |
| BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | | 04/10/2018 | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> |
| Karar Bilgileri | Karar No: 516 | | Tarih: 05/10/2018 | | | |
| | Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir. | | | | | |

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | | Araştırma ile ilişki | | Katılım * | | İmza |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|------|
| | | | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK | Eczacılık | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK | Farmakoloji | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Doç. Dr. İlknur KESKİN | Histoloji ve Embriyoloji | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI | Ergoterapi | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN | Psiko-onkoloji | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK | Biyoteknoloji | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Dr. Öğr. Üyesi Keziban OLCAY | Endodonti | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

| | | | |
|-------------------|----------|---------------------|-------------------------|
| Adı | Gülkader | Soyadı | Temiz |
| Doğum Yeri | Antakya | Doğum Tarihi | 12.04.1995 |
| Uyruğu | T.C. | E-mail | temizgulkader@gmail.com |

Eğitim Düzeyi

| | Mezun Olduğu Kurumun Adı | Mezuniyet Yılı |
|----------------------|--|-----------------------|
| Yüksek Lisans | İstanbul Medipol Üniversitesi | |
| Lisans | Eskişehir Anadolu Üniversitesi | 2017 |
| Lise | Nihal Turgut Anlar Anadolu Öğretmen Lisesi | 2013 |

İş Deneyimi

| Görevi | Kurum | Süre (Yıl – Yıl) |
|---------------------------------|---|-------------------------|
| Dil ve Konuşma Terapisti | Özel Dilgem Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi | 2017 - Halen |

| Yabancı Dilleri | Okuduğunu Anlama | Konuşma | Yazma |
|------------------------|-------------------------|----------------|--------------|
| İngilizce | İyi | Orta | Zayıf |

| Yabancı Dil Sınav Notu |
|-------------------------------|
| YÖKDİL* |
| 63,75 |

*YÖKDİL: Yükseköğretim Kurumları Yabancı Dil Sınavı

| | Sayısal | Eşit Ağırlık | Sözel |
|-------------------|----------------|---------------------|--------------|
| Ales Puanı | Say – 81,07 | EA – 81,31 | SÖZ – 69,88 |