



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**6-12 YAŞ ARASI KEKEMELİK TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARIN  
EBEVEYNLERİNİN DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ÖNCESİ VE  
SONRASINDA KAYGI DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

EZGİ GÜNAYDIN

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi RAMAZAN SERTAN ÖZDEMİR

İSTANBUL - 2020

## TEŞEKKÜR

Dil ve konuşma terapistleği bölümünün ülkemizde kurulması ve ilerlemesinde büyük emeği olan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Seyhun TOPBAŞ'a,

Bu araştırmaya başladığım günden bitirdiğim sürece kadar tüm heyecanımı paylaşan, desteğini eksik etmeyen, her türlü bilgisini benimle paylaşan kıymetli tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ramazan Sertan ÖZDEMİR'e,

Tez jürimde yer almayı kabul eden Dr. Öğr. Üyesi Ertan GÖRGÜ ve Dr. Öğr. Üyesi N. Evra GÜNHAN ŞENOL hocalarıma,

Araştırmaya katılımcı bulmama yardımcı olan dil ve konuşma terapistlerine, katılımcı olmaya gönüllü olan ve bilime katkı sağlayan tüm ebeveyn ve çocuklara,

Eğitim hayatımın her döneminde her zaman yanımda olan, desteklerini esirgemeyen aileme,

Eğitim hayatımın olduğu kadar hayatımın her döneminde desteğini esirgemeyen hep yanımda olan yol arkadaşım, dostum Ezgi İLBAN'a,

Bilgi ve birikimini benimle paylaşan, tez dönemimde her türlü desteği veren, canım arkadaşım Gökür YILDIRIM'a,

Tez sürecim boyunca desteğini esirgemeyen canım arkadaşım Damla ÖZDEMİR'e,

Yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Pera Ailesine sonsuz teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Kekemelik.....	5
4.1.1. Kekemeliğın tanıımı.....	5
4.1.2. Kekemeliğın sıklık ve yaygınlığı.....	6
4.1.3. Kekemeliğın nedenleri.....	7
4.1.4. Kekemeliğın sınıflandırılması.....	8
4.1.5. Kekemeliğın değerlendirilmesi ve tanılanması.....	8
4.1.6. Kekemelik Terapisi.....	9
4.2. Kaygı.....	14
4.2.1. Kaygının tanıımı.....	14
4.2.2. Kaygının nedenleri.....	16
4.2.3. Kaygının belirtileri.....	16
4.2.4. Kaygının özellikleri.....	17
4.2.5. Kaygının türleri.....	17
5. MATERYAL ve METOT.....	20
5.1. Araştırmanın Modeli.....	20
5.2. Çalışma Grubu.....	20
5.3. Ölçme araçları.....	21
5.3.1. Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği.....	22
5.4. Veri toplama süreci.....	23
5.5. Verilerin Analizi.....	24
6. BULGULAR.....	25

7. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	34
8. KAYNAKLAR.....	44
9. EKLER.....	55
Ek 1. Demografik Bilgi Formu .....	55
Ek 2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği .....	56
Ek 3. Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı.....	57
Ek 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu .....	59
10. ETİK KURUL ONAYI.....	60



## KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

%	: Yüzde
DKT	: Dil ve Konuşma Terapisi
DSM V	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı V
ICD-10	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KEŞİDA-4	: Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı-4



## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 4.1.</b> Örneklem Grubunun Demografik Değişkenlere Göre Dağılım... 21
<b>Tablo 4.2</b> Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Toplam ve Alt Ölçekler için Yapılan Ön-test-Son-test t testi Sonuçları..... 25
<b>Tablo 4.3</b> Ebeveynlerin Cinsiyet Değişkenine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Alt Boyutlarının-Ön-test Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Bağımsız Grup t testi Sonuçları..... 26
<b>Tablo 4.4</b> Ebeveynlerin Cinsiyet Değişkenine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Alt Boyutlarının-Son-test Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Bağımsız Grup t testi Sonuçları..... 27
<b>Tablo 4.5</b> Ebeveynlerin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Durumluk ve Sürekli Ansiyete Ölçeği-Ön-test ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları ..... 27
<b>Tablo 4.6</b> Ebeveynlerin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Durumluk ve Sürekli Ansiyete Ölçeği-Son-test ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları ..... 28
<b>Tablo 4.7</b> Kekemelik Tanısı Konulmuş Çocukların Yaş Değişkenine Göre KEŞİDA-4 Şiddet Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları..... 29
<b>Tablo 4.8</b> Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Alt Boyutu Puanlarıyla KEŞİDA-4 Şiddeti Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları(Ön-test)..... 30
<b>Tablo 4.9</b> Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Alt Boyutu Puanlarıyla KEŞİDA-4 Şiddeti Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları(Son-test)..... 31

<b>Tablo 4.10</b> KEŞİDA-4 Şiddet Puanı Düşüşüne Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Alt Boyutlarının-Son-test Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Bağımsız Grup t testi Sonuçları.....	32
---	----



## 1. ÖZET

### 6-12 YAŞ ARASI KEKEMELİK TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ÖNCESİ VE SONRASINDA KAYGI DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

6-12 yaş arası kekemelik tanısı almış ve terapi alan çocukların dil ve konuşma terapisi öncesi ve sonrasında ebeveynlerindeki kaygı düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yapılan bu çalışmada İstanbul ilinde yaşayan 30 çocuğun ebeveynine Demografik Bilgi Formu ve Sürekli Durumluk Kaygı Ölçeği uygulanmıştır. Kekemelik tanısı almış çocukların kekemelik şiddetlerini ölçmek için KEŞİDA-4 kullanılmıştır, katılımcı ebeveynlere veri toplama araçları ön test- son test olarak uygulanmış, çocukların 20 seanslık terapi sürecinden sonra bu süreç tekrarlanmıştır. Çalışma sonuçları şu şekilde özetlenebilir: Kekemelik tanısı almış çocuğu olan ebeveynlerin çocuklarının terapi alınmadan önceki kaygı puanları ile terapi süreci tamamlandıktan sonraki kaygı puanları arasında anlamlı düzeyde farklılık tespit edilmiştir ( $p<.05$ ) . Buna göre ebeveynlerin terapi sonrası durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin terapi öncesine göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin kaygı düzeyleri ile çocuklarının kekemelik şiddetleri arasındaki ilişki incelenmiş olup hem ön test sonuçları hem de son test sonuçları çocuklarının kekemelik şiddeti yükseldikçe ebeveynlerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin de yükseldiği ( $p<.05$ ) sonuçlarını ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk, Dil ve Konuşma Terapisi, Ebeveyn, Kaygı, Kekemelik



## **2. ABSTRACT**

### **COMPARISON OF PRE- AND POST-THERAPY ANXIETY LEVELS IN PARENTS OF CHILDREN WITH STUTTERING BETWEEN AGES 6 AND 12**

The aim of this study is to compare the anxiety levels of parents of children between the ages of 6 and 12 who were diagnosed with stuttering before and after speech and language therapy. In addition, the demographic characteristics and anxiety levels of the participants and the relationship between the stuttering severity of the children and their parents' anxiety levels were examined. Accordingly, a family interview form and the Trait Anxiety Inventory were applied to the parents of 30 children living in Istanbul. KEŞİDA-4 was used to measure the stuttering severity of children diagnosed with stuttering. The data collection tools of the study were applied to the individuals participating in the research as a pretest and the data obtained were recorded. After the pretest studies were completed, 30 children who were diagnosed with stuttering were included in the 20-session therapy process. After the application process of the study was completed, the data collection tools were reapplied to the participants and the posttest phase was carried out. The differences between the obtained pretest and posttest results and the relationship between socio-demographic variables and study variables were investigated through statistical analyses. The results obtained from the study can be summarized as follows: A significant difference was found between the pre- and post-therapy anxiety scores of the parents of children with stuttering. Accordingly, it was found that the state and trait anxiety levels of the parents after the therapy were significantly lower than those before the therapy ( $p < .05$ ). Finally, the relationship between parents' anxiety levels and their children's stuttering severity was examined, and both the pretest and posttest results revealed that their parents' state and trait anxiety levels increased as their stuttering severity increased ( $p < .05$ ). All data obtained from the study process were discussed in the light of the relevant literature in the discussion and conclusion section of the study.

**Keywords:** Child, Language and Speech Therapy, Parents, Anxiety, Stuttering

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Günlük hayatımızın olmazsa olmazı, hayatı yönlendiren ve biçimlendiren bir unsur olan bireyler arası etkileşim, insan hayatında oldukça önemlidir. İnsanlar birbirleriyle etkileşimde bulunurken bunu “konuşma” yolu ile gerçekleştirmekte ve diğer insanlara aktarımda bulunmaktadır (1). Konuşmada kendisini ifade etme ve iletişim kurma olmak üzere iki temel işlev bulunmaktadır. İnsanın günlük hayatında önemli bir yer tutan ve çevresiyle etkileşimde bulunmasını sağlayan konuşmada herhangi bir bozukluğun olması, bireyin hayatını olumsuz yönde etkilemektedir (2).

Dil ve konuşma bozukluklarından birisi olan kekemelik, ifade edilecek düşüncenin biliniyor olmasına rağmen seslerin istek dışı tekrara ya da kesintiye uğraması sonucu ifade edilememesine sebep olan konuşma bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (3). Kekemelik sadece bir akıcılık bozukluğu olmayıp, tutumlar, kişilik özellikleri ve psikolojik durumla da ilişkili olmaktadır. Kızgınlık, utanma, hayal kırıklığı ve kaygı özellikle kekemeliği olan çocuklarda ve bu çocukların ebeveynlerinde ön plana çıkabilmektedir (4).

Kekemeliği olan bireylerde genel olarak kaygıyı inceleyen çalışmalar bulunmaktadır (5-7). Benzer şekilde alanyazına bakıldığında kekemeliği olan bireylerde dil ve konuşma terapisi öncesinde ve sonrasında kaygı düzeyini ölçen çalışmalarda bulunmaktadır (8-10). Ancak kekemeliği olan çocukların ebeveynlerinde görülen kaygının düzeyini ölçen herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu bağlamda bu çalışmada okul çağı çocukları arasında kekemelik tanısı almış olanların terapi süreçlerinde ailelerinin kaygı düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Ailelerin eğitim düzeyleri, kekemeliğin düzeyi ile kaygının düzeyindeki değişimlerin incelenmesi hedeflenmiştir. Araştırmanın alanyazına en büyük katkısının kekemelik gibi yaygın bir dil ve konuşma bozukluğunun terapi öncesinde ve sonrasında ebeveynlerin kaygı düzeyindeki değişimlerin belirlenmesi olacağı düşünülmüştür.

Kekemeliğin çocuklar üzerindeki etkisi ve ebeveynlerin tutumlarından çok kaygı düzeylerini belirlemek araştırmanın en önemli parçasını oluşturmaktadır. Bu amaçla aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- 1) Kekemelik tanısı almış çocukların ebeveynlerinin terapi sonrası kaygı puanları terapi öncesine göre anlamlı düzeyde azalmakta mıdır?
- 2) Kekemelik tanısı almış çocukların KEŞİDA-4 şiddet puanları ile ebeveynlerin kaygı düzeyleri puanları arasında anlamlı ilişki var mıdır?
  - a) Terapi öncesi kekemelik şiddeti ve kaygı ilişkisi
  - b) Terapi sonrası kekemelik şiddeti ve kaygı ilişkisi
- 3) Ebeveynlerin eğitim durumuna göre kaygı puanları arasında anlamlı farklılık var mıdır?
  - a) Terapi öncesi kaygı durumu ve eğitim ilişkisi
  - b) Terapi sonrası kaygı durumu ve eğitim ilişkisi
- 4) Kekemelik tanısı almış çocukların yaşlarının KEŞİDA-4 şiddet puanları üzerinde etkisi var mıdır?
- 5) Kekemelik tanısı almış çocukların ebeveynlerinin cinsiyetlerine göre kaygı puanları arasında anlamlı farklılık var mıdır?
- 6) KEŞİDA-4 Şiddet Puanı düşüşüne göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Alt Boyutlarının-Sonra Puanları Arasındaki anlamlı farklılık var mıdır?

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Kekemelik

Tezin kavramsal çerçevesinde oldukça önemli bir yer tutan kekemelik kavramı, kekemeliğin tanımı, sıklığı, yaygınlığı, özellikleri, açıklayan kuramlar, nedenleri, sınıflandırılması, değerlendirilmesi ve tanılanması ile terapisine ilişkin bilgiler aşağıda başlıklar halinde verilmektedir.

#### 4.1.1. Kekemeliğin tanımı

Kekemelik genel olarak konuşmanın akıcılığındaki bir problemdir ve neden olan sebep tam olarak açıklanamamıştır. Bütün etnik grup ve kültürlerde görülebilmekte ancak farklı yaygınlık oranları sergilemektedir (10).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-V. Baskısı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V) kekemeliği, “kişinin, yaşı ve dil becerileri açısından uygun olmayan, ses ya da hece yinelenmeleri, ses uzatmaları, sesli ya da sessiz duraklama, dolambaçlı konuşma, sözcükleri büyük bir gerginlikle çıkartma, tek heceli tam sözcük yinelenmeleri durumlarından birinin veya birden fazlasının sık ortaya çıkması ve bu belirtilerin zamanla bozukluklar olması” şeklinde tanımlamıştır (11).

Kekemelik sözcük, hece ve seslerin uzatılması, tekrarı veya konuşmanın akışını bozan duraklamalar biçiminde ortaya çıkan bir konuşma bozukluğudur. Bir bireyde kaygı duyguları yaratan ortamlar, korku ve stresin fazla olduğu durumlarda kekemelik artış gösterebilmektedir (12). Kekemeliğin, bireyi kaygılı yapabileceği ve işlevselliğini olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir (13). Ayrıca, kekemeliği olan birey için akademik, sosyal ve psikolojik sonuçlar ortaya çıkarabilmekte; birey duyduğu kaygı nedeniyle özsaygı yıkımı yaşayabilmektedir (14).

Kekemeliğin etiyolojisi kesin ve net bir şekilde bilinmemektedir. Bu nedenle yapılan tanımlar yetersiz kalabilmekte, net ve tek bir tanım yapılamamaktadır (15).

Wingate (16)'e göre kekemelik; seslerin, hecelerın, sözcüklerin uzatmalar ve sessiz tekrarlar ya da işitilebilir ve istemsiz şekilde söylenmesi ile ortaya çıkan akıcılık bozukluğudur.

ICD-10 kekemeliğı, söylenmek istenen düşüncenin bilinmesine karşı seslerin istek dışı tekrarlanması ile bireyin konuşmayı rahat bir şekilde gerçekleştirememesine sebep olan konuşma akışındaki bozukluk olarak ifade etmektedir (17). ICD kekemeliğı duygusal ve davranışsal bozukluk olarak sınıflandırırken DSM konuşma bozukluğu olarak sınıflandırmaktadır. DSM-V tanı kriteri olarak sosyal hayatı olumsuz etkilemesi gerekliliğinden bahsederken ICD, akıcısızlığın konuşma akışını yüksek düzeyde bozması gerektiğini vurgulamaktadır (11,17).

#### **4.1.2. Kekemeliğın sıklık ve yaygınlığı**

Kekemelik toplam nüfusun yaklaşık %1'inin hayatını olumsuz etkileyen, değişiklik gösteren ve istenmeyen bir konuşma bozukluğunu oluşturmaktadır. En yaygın görüldüğü dönem erken çocukluk dönemidir (18). Bazı araştırmacılar kekemeliğın genel olarak 2-5 yaşları arasında ortaya çıktığını, aniden ve şiddetli bir şekilde başladığını öne sürmekte ve bu yaşta başlamasının sebebi olarak genetik yatkınlık gibi yapısal etmenleri belirtmektedir (19). Erken çocukluk döneminde görülen kekemeliğın bu yaşta başlamasının sebebi olarak konuşmaya dair korkuların temellerinin bu yaşta atılması olduğı öne sürülmektedir (20).

Roth ve Worthington'e göre (21) erken dönem çocuklukta başlayan kekemelikte aylar ya da haftalar içerisinde şiddet değeri değişmektedir. Erken dönemde başlayan ve kekemeliğı olan çocukların neredeyse %80'inde kekemeliğın kendiliğinden ortadan kalktığını rapor etmişlerdir. Andrews (22) kekemelik riskinin en fazla 6 yaş ve üzerinde olduğunu ve %75'lere ulaştığını belirtmiştir. Benzer bir çalışmada en kritik dönemlerin 2-4 yaş arası olduğı ve bu çocukların %74'ünde kendiliğinden iyileşme görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (23).

Çocukluk çağında ani bir biçimde başlayan kekemeliğın ilerleyen dönemlerde devam etmesi genellikle öğrenilen tepkiler nedeniyle konuşmadan kaçınma yüzünden

olduğu düşünölmektedir (24). Kekemeliğin yaygınlık ve sıklığının cinsiyet değişkeniyle de ilişkili olduğu düşünölmektedir. Kız çocukluklarında kekemelik erkeklere oranla 1:6, 1:3 oranlarında farklılık göstermektedir (25). Bu oran yaşın artışı ile değişmekte ve kızlarda kendiliğinden iyileşme erkeklere göre daha fazla görölmektedir (21). Ayrıca aile üyesinde kekemeliği olan bireylerde ailede kekemeliği olmayan bireylere göre daha yüksek oranda kekemelik göröldüğu düşünölmektedir (26).

#### **4.1.3. Kekemeliğin nedenleri**

Kekemeliğin nedenlerine bakıldığında tek ve net bir görüş bulunmamakta; araştırmacılar farklı nedenlerden kaynaklandığını öne sürmektedir. Zorlu yaşam olayları, korku ve kaygının kekemeliğe sebep olduğuna dair herhangi bir kanıt bulunmamakta, ancak kekemeliği artırdığu bilinmektedir. Kekemeliğe karşı yatkınlığı olan bireylerin yaşadığu psikolojik durumların kekemeliği ortaya çıkarabilecek tetikleyici unsurlar olabileceği ifade edilmektedir (27). Nörolojik faktörler ve ilaçlar, bir inmeden kaynaklanan beyin yaralanmaları ve şiddetli duygusal travma, psikojenik kekemeliğe neden olabilir (5).

De Nil ve arkadaşları kekemeliği kapsamlı bir biçimde açıklamaya çalışan bir “nörofizyolojik” model tanımlamışlardır. Talepler ve kapasiteler modelinde öne sürölene benzer bir biçimde kapasiteleri ve yetileri içeren bu modelde De Nil psikolojik ve nörofizyolojik süreçlerin birbirlerinden tamamen bağımsız durumlar olmadığını belirtmektedir. Bu modele göre insan davranışı ve özellikle kekemelik üzerindeki üç etki düzeyi arasındaki etkileşim dinamiktir: İşleme (merkezi nörofizyolojik süreçler), çıktı (motor, bilişsel, dil, sosyal ve duygusal süreçler) ve bağlamsal (çevresel) etkiler. Çift yönlü dinamik geri bildirim tüm seviyelerde gerçekteşir ve çıktıyı etkiler (28).

#### 4.1.4. Kekemeliğin sınıflandırılması

Kekemeliğin gelişim evrelerine göre sınıflandırılması normal akıcısızlık (akıcısızlık miktarı çocuğun yaşına göre değişebilmektedir.), sınırda kekemelik (normal akıcısızlığın belirtileri görülmekte; ancak akıcısızlık düzeyi artabilmektedir.), başlangıç kekemelik (tekrarlamalar ve kas geriliminin arttığı görülebilmektedir.), orta düzey kekemelik (başlangıç kekemeliğinin ilerlemesi ile görülen evredir.), İleri düzey kekemelik (tekrar ve bloğun haricinde uzatmalar şeklinde de olabilir. Tekrarlar oldukça uzundur) şeklinde olmaktadır (30).

#### 4.1.5. Kekemeliğin değerlendirilmesi ve tanınması

Birçok bireyde akıcılık bozukluğu görülebilmekte ve bireyin iletişimini bozduğu için genellikle dinleyici tarafından fark edilebilmektedir. Ancak kekemelik, bireyin yalnızca konuşmasına etki etmemektedir. Bu nedenle de kekemeliğin değerlendirilmesi düşünüldüğü kadar kolay değildir. Kekemelik tanısının koyulabilmesi için alanında uzman dil ve konuşma terapistinin devreye girmesi gerekmektedir (31). Kekemeliğin değerlendirilmesi sürecinde terapist, bireyin konuşmasını dinleyerek değişik durumlarda kekemelik şiddetini ve tipini not etmektedir. Aynı zamanda bu soruna olan tepkisini ve nasıl başa çıkmaya çalıştığını da değerlendirmektedir (32).

Özellikle erken dönemde görülen kekemelik değerlendirilirken, durumun devam edip etmeme olasılığı değerlendirilmelidir. Ailenin ve çocuğun kekemelik hakkında kaygı ve korkularının varlığı, diğer dil ve konuşma bozukluklarının varlığı, kekemeliğin 6 ay ya da daha uzun süreli devam edip etmediği, kekemelik ile ilgili aile öyküsü değerlendirme yapılırken dikkat edilmesi gereken faktörler arasında yer almaktadır (31). Kekemelik ikiye ayrılmakta; bunlardan birisinde ağız açılıp çene kemikleri çalışırken, diğerinde tek bir harf ya uzatılmakta ya da sık tekrarlar şeklinde kullanılmaktadır (29). Çocukta kekemeliğin varlığı ve devam edip etmeyeceğinin belirlenmesi için bu faktörlerin birden fazlasının değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca kekemeliğin tanınması için rutin değerlendirmeler dışında bireyin kendisini doğal konuşmadığına dair yanlış inancı, hissedilen güçsüzlük ve kaygı duygularının

kekemeliğe etkisi, konuşmanın akıcılığında bozulma, uzatma, duraklama gibi kıstaslar da göz önünde bulundurulmalıdır (33).

#### **4.1.6. Kekemelik Terapisi**

Günümüzde kekemeliğin sağaltıcı bir durum olduğu düşünülmektedir. Sağaltıcı teknikler kekemeliği olan bireyin kendi davranışları üzerinde başarının sağlanabilmesi yönünde uygulanır (34). Manning, kekemelik terapisinde kekemelik ile ilgili zamanı etkin bir şekilde yönetmenin periyodik hareketler halinde olabileceğini vurgulamıştır (35,36). Terapi için amaçlanması gereken uygun konuşma davranışları, birey için gerçek akıcılık amaçları, bireyin konuşmaya yönelik tutum ve davranışları, bireyin gelişim göstermesine yardım edebilmek amacıyla uygulanacak teknikler ve bireyin kekemelik problemiyle beraber farklı konuşma ve dil becerileri ile ilgili hususlar terapistin değerlendirmesi gereken konular arasındadır (37).

Kekemelik terapisinde kekemeliği tamamen ortadan kaldırmak hedeflenmez. Terapinin amacı akıcısızlıkların şiddetini ve etkisini en aza indirgeyerek iletişim üzerindeki olumsuz etkisini azaltmaya çalışmaktır (47).

Bazı araştırmacılar kekemelik terapisinde farklı psikolojik dinamiklerinde ele alınması gerektiğini ortaya koymuşlardır. Sosyal fobi, kaygı vb. bazı psikolojik problemlerin kekemelikte birlikte görüldüğü ve terapi sürecinde bu durumlara yoğunlaşmanın da terapi sürecini destekleyici görüşünü belirtilmektedir. Stein ve arkadaşları (39), kekemeliğin ve aşırı sosyal kaygının birlikte görüldüğü bireylerin bazılarının terapisinde bilişsel davranışçı terapiden yararlandığını ortaya koymuştur (40). Koç (41), bilişsel davranışçı terapisinin kekemeliğin üzerindeki etkisini araştırdığı çalışmada, iki aşamadan oluşan bir çalışmada deneysel çalışma deseni kullanmıştır. Birinci aşamada araştırmacı bireyin kekemeliğe yönelik duygu, düşünce ve davranışını belirlemiştir. İkinci aşamada bireyin kekeleme sıklığı belirlenmiştir. Kekemeliğin terapisine yönelik bir eğitim programı uygulanmış, sonuç olarak bilişsel davranışçı terapisinin bireyin kekemelik davranışının azaltmaya destek olduğu ve dolayısıyla kekemeliğin terapisinde etkili olduğu gözlemlenmiştir. L.M. Webster'ın 1977 yılında yayınlamış olduğu bir çalışmada 648 kekemeliği olan bireyden sadece



51 tanesinin psikoterapiye cevap verdiği fakat onların da konuşma bozukluklarının tam anlamıyla düzeltilemediği bulunmuştur. Bu durum psikoterapinin kekemeliğin sağaltımında etkili tek yöntem olmadığını, başka yöntemlerle desteklenmesi gerektiğini ifade etmektedir (42). Stein ve arkadaşları (39), çalışmalarında 16 kekemeliği olan bireyin 12'sinde sosyal fobi belirlemişlerdir (40). Mahr ve Torosian (43), kekemeliği olan bireylerde kaygı ve sosyal fobi üzerinde yapmış oldukları araştırmada ise kekemelerin sosyal fobiye katlanmak durumunda olmadıklarını ancak bazı kekemelerin kekeleme korkusuyla sosyal durumlardan kaçındıklarını ifade etmişlerdir (44). Bayramkara, Toros ve Özge (45), kekemelik ve sosyal fobi arasında yakın bir ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Bireylerin kekeme oldukları için sınıfın önüne çıkıp konuşma yaptıklarında çok fazla kaygı yaşayabileceklerini ya da sosyal fobiye sahip oldukları için kekeleyebileceklerini belirtmişlerdir (46).

Kekemeliğin terapisinde birçok yaklaşım olmasına karşın temel olarak iki teknik kullanılmaktadır. Bunlar, akıcılığın değiştirilmesi ve akıcılığı biçimlendirme olarak adlandırılmaktadır. Akıcılığın değiştirilmesi tekniğinde bireye iletişimi esnasında takılmayı en kolay şekilde nasıl değiştirmesi gerektiği öğretilmektedir. Akıcılığı biçimlendirme tekniğinde ise takılmaları en aza indirerek akıcı bir şekilde konuşmasını sürdürebilme öğretilmektedir (48).

Akıcılığın şekillendirilmesi terapi de etkin bir şekilde kullanılan yöntemlerdendir. Temel hedef sadece klinik ortamında değil bireyin günlük yaşantısında da konuşma akışının akıcı hale getirilmesidir. Bireye konuşmada kullanılan artikülatörler ve ne yapması gerektiği detaylı bir şekilde yeniden anlatılır. Yeni konuşma becerilerinin sağlanabilmesi için klinik ortamının dışında da uygulanması için çeşitli etkinlikler verilerek desteklenmektedir (38).

#### **4.1.6.1. Akıcılık biçimlendirme yaklaşımı**

Bu teknik akıcı konuşmayı ortaya çıkarmaya yönelik olan bir çalışmadır. Akıcılığın biçimlendirilmesi, doğal konuşmayı artırmak adına kullanılan bir terapi tekniğidir. Konuşma esnasında amaç belirli kelimeleri vurgulamanın öğretimini sağlamaktır. Danışanlara aynı zamanda duygusal stres faktörünü tanımlamayı ve stres arttıkça daha yavaş bir konuşma hızını nasıl ayarlayabileceği gösterilmektedir.

Danışanın, vurgulama ve konuşma hızına yönelik yeni bir konuşma tekniği oluşturması beklenmektedir. Terapide bahsedilen konuşma hızını düşürme ve yumuşak başlangıç terapinin başlangıcında danışana doğal gelmemektedir. Fakat teknik kullanılıp akıcılık sağlandığında bu olumsuz düşünce ortadan kalkmaktadır (49).

Bahsi geçen yaklaşım iki temel düşünceyi kapsar. Bunlardan ilki kekemeliğin çevresel uyaranlara bir tepki olarak ortaya çıkmasıdır. Yani öğrenilmiş bir davranış olduğunun ve edimsel prensiplerle iyileştirilebildiğinin altı çizilir. İkincisi ise akıcılığı tipik konuşmaya yaklaşmak için biçimlendirildiği ve bu biçimlendirme için motor kontrol tekniğinin kullanıldığıdır (47). Bu yaklaşımın nihai amacı, öğretilen tekniğin sürekliliğini sağlayarak yalnızca akıcısızlık anında değil her zaman alışlagelmiş konuşmasını akıcı konuşmayla değiştirmek ve akıcısızlıkların ortaya çıkmasını önlemektir. Bu modelin etkililiği vakanın belirlenen konuşma formunu tüm iletişim süreçlerinde kullanılmasının başarısına bağlıdır (50).

Akıcılığı biçimlendirme yaklaşımında akıcısızlığın olmadığı yeni bir konuşma akışı öğretilir (48). Yapılan terapilerin içeriği zaman içinde kısmen değişse de genel olarak aynı bileşenlerin kullanılmaya devam edildiği görülmektedir (47).

#### **4.1.6.2. Kekemeliğin modifikasyonu (değiştirme) yaklaşımı**

Akıcılığın biçimlendirilmesi tekniğinin aksine kekemeliğin modifikasyonu danışanın kekemeliği olduğu gibi kabul edip buna karşı duyarsızlaştırılmasını sağlamaktır. Ayrıca kekemeliğin yaratmış olduğu stres, korku, endişe, öfke, konuşma durumlarından kaçınma gibi olumsuz duyguları ortadan kaldırmaya yönelik uygulanan bir terapi tekniğidir. Kekemeliği değiştirme tekniğinde bireyler; akıcısızlıklarını kontrol altına almayı ve seslerin arasında uygun geçiş yapmayı öğrenirler. Kekemeliği değiştirme tekniği, kekemeliği olan bireyin duruma karşı oluşturduğu tepkilerini yöneterek geliştirilen ve araştırmacıların katkıda bulunduğu bir tekniktir (51). Bu yaklaşım oluşan akıcısızlığın tamamen yok edilemeyeceğine ve genetik bir yatkınlık olabileceği önermesine dayandırılmaktadır (50). Yaklaşımın temel ilkesi kekemeliği olan bireyin kaçınma ve kaygı durumlarıyla alakalı farkındalık kazanması ve bununla yüzleşmesidir. Bu ilke doğrultusunda kekemeliği olan bireylere uygun buldukları bir konuşma standardını kabul ettirmek için yardım etmek amaçlanmaktadır (51).

#### 4.1.6.3. Kekemelik Terapisinin Etkileri

Pollard (51) kekemeliği olan 5 yetişkin bireyin terapiden önce ve sonra konuşma örneklerini toplayarak yaptığı çalışmasında, 3 haftalık yoğun terapinin açık ve örtük kekemelik belirtilerini incelemiştir. Aynı zamanda bu terapi programının katılımcıların kaygıları üstündeki etkililiğini de gözlemlemiştir. Söz konusu terapi programının hedefi; kekemeliğin duygusal ve bilişsel bileşenlerinde pozitif yönlü değişim, akıcılığı biçimlendirme tekniklerinin geliştirilmesi ve terapi sonrasında da konuşma kontrolünün devamlılığını sağlamaktır.

Ryan (52) kekemeliği olan çocuklarının akıcılıklarını artırmak için farklı başlangıç stratejilerini kıyaslamıştır. Bunun sonucunda çocukların konuşmalarının akıcılığının arttığı belirlenmiştir.

Perkins ve arkadaşları (53) terapi yaklaşımlarını etkili olma verim alma ve bunların kalıcı olması varsayımı bakımından kıyaslamıştır. Uygulama yapılan bireylerde, iki yaklaşımın da oldukça etkili olduğu ve amaçların sonuç verdiği görülmüştür.

Baumeister ve arkadaşları (54) yaptıkları çalışmada akıcılığı biçimlendirme ve değiştirme tekniklerinin bileşenlerini kullanmıştır. Terapi öncesi ve sonrasında yapılan değerlendirmelere göre hedeflerin olumlu bir şekilde sonuç verdiği görülüp kekemeliği olan bireylerde gelişim saptandığı vurgulanmıştır.

Peters ve Guitar (55) çalışmalarında kekemeliği değiştirme ve akıcılığın biçimlendirilmesi terapilerinin birbirlerini tamamladıklarını belirtmişlerdir. Kekemelik için Amerikan Enstitüsü'nün yoğun terapi programı-AIS, Kekemelik için bilişsel, duygusal, dilbilgisel, motor ve sosyal model (CALMS), ergenler ve yetişkinler için çok boyutlu kekemelik terapisi yaklaşımı (56) gibi modeller, akıcılığın biçimlendirilmesi ve kekemeliği değiştirme bileşenlerini içermektedir.

Humphrey ve arkadaşları (57) akıcılık biçimlendirme ve kekemelik değiştirme yaklaşımlarının her ikisini de kullanarak kekemeliği olan ve çift dilli olan 11 ikizle çalışma yürütmüşlerdir. Çalışmanın sonucunda Arapça ve İngilizce dillerine sahip ikizlerin kekemelik şiddet oranları düşürülerek akıcılıklarını İngilizce okumaya genellemişlerdir (58).

#### 4.1.6.4. Kekemelikte Dil Ve Konuşma Terapisi

Dil ve konuşma terapisinde kullanılacak yöntem ve terapi süresi bozukluğun ne olduğuna göre değişiklik göstermektedir.

Dil ve konuşma terapistleri “iletişim, dil, konuşma, ses ve yutma sağlığı alanında önleyici programlarda görev alarak; yetkisi kapsamına giren bozukluklarda terapi yapan sağlık görevlileridir”. Ülkemizde dil ve konuşma terapistlerinin temel yeterlilik ve ölçütleri Sağlık Bakanlığı Mevzuatı ile tanımlanmıştır (59). Sağlık Bakanlığı tarafından 22 Mayıs 2014 Perşembe Günü resmî gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik” de Dil ve Konuşma terapistlerinin görev ve sorumlulukları belirlenmiştir (60).

Kekemelik teşhisi koymak ve kekemeliği olan bireylerin terapisi bu alanda lisans ya da yüksek lisans eğitimi almış olan dil ve konuşma terapistleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Kekemeliğin, bireyler üzerinde stresi ve heyecanı artırdığı da (61) göz önünde bulundurularak planlanan terapilerde amaç kişinin kekemelik nedeniyle yaşadığı heyecan, stres ve baskıyı azaltmak ve kekemelik şiddetini azaltmaya yönelik konuşma tekniklerini öğretmektir (62).

Dil ve konuşma terapistliği multidisipliner bir alandır (63) ve terapi sürecinde kişinin sosyal çevresi ile ilişkisinin nasıl düzelmesi gerektiği konularında da destekleyici bir rol üstlenmektedir. Kekemelik tanısı almış bir çocuğun ailesi ile doğrudan ilişki kurarak süreç hakkında bilgilendirme sağlamak çocuğun terapiden en iyi biçimde yararlanabilmesi için önemli bir adımdır (61).

Kekemelik tanısı konmuş çocuğun terapi sürecinde terapist, çocuğun durumunu baştan sona kadar değerlendirmektedir. Dil ve konuşma terapisti bireyin kekemlikle baş etme yollarını da değerlendirmektedir. Birey hakkında edinilen bilgiler, akıcılık bozukluğu olup olmadığını belirlemek için değerlendirilir (64).

#### **4.1.6.5. Kekemelik Terapisinde Ebeveynlerin Rolü**

Kekemelik tanısı almış çocukların ebeveynlerinin kekemelik terapisinde alması gereken sorumluluklar bulunmaktadır. Her şeyden önce çocuk ile ilişkisinde son derece dikkat etmek zorunda olan anne ve babalar bir yandan da terapinin doğru ilerlemesi için önemli bir faktördür. Ebeveynler kekemeliği fark edecek olan ilk unsur olarak bilinmektedir. Ebeveynlerin konuşmanın farklılığını farkettileri an yapması gereken şey profesyonel bir desteğin alınması talebidir. Ebeveynlerin bu dönemdeki olumlu yaklaşımı oldukça önemlidir (65).

Ebeveynler, çocuklarının dil gelişimini gözlemleyebilir ve bu gözlem sonucunda çocuğun akranlarından ne düzeyde farklı olduğunu anlayabilmektedirler. Akranlarından farklı konuştuğu anlaşıldığında, ailelerin bir uzmandan destek talebinde bulunması sürecin başlatılmasına uygun zemini oluşturmaktadır (66). Dil ve konuşma terapistlerinden alınan destek, çocuğun dil gelişim seyrini olumlu yönde etkilemektedir. Stres ve kaygı kekemelikte engel olarak görülen unsurlardandır (67). Çocukta stres ve kaygıyı en aza indirecek adımlar atılırsa terapi süreci daha fonksiyonel işleyebilmektedir (68).

## **4.2. Kaygı**

Bu çalışmanın kavramsal çerçevesinde önemli bir yer tutan kaygı kavramı, tanımı, nedenleri, türleri ve kekemelik ile ilişkisi aşağıda alt başlıklar şeklinde verilmektedir.

### **4.2.1. Kaygının tanımı**

Kaygı kavramı eski Yunanca'da "evham, tasa" anlamlarına gelen "anxietas" kelimesinden köken almaktadır (69).

Kaygı, bireyde mevcut durumda olan bunun ardından da dışarıdan gelen uyaranlara ve psikolojik durumlara gösterilen olumsuz bir tepki olarak nitelendirilmektedir (70).

Ülkemizde kaygı kavramı evham ve kuruntu anlamlarında kullanılmaktadır. Bu kavramların her birisi bireyin kendisinde oluşturduğu kötü bir şey olma hissi ya da korkusunu ifade etmekte ve bunun sonucunda bireyin uyuşma, yanma, çarpıntı, nefes almakta zorlanma, titreme gibi belirtilerle birlikte yoğun kaygı duygusu yaşamasını anlatmaktadır (70).

Kaygı, bireylerde huzursuzluk, telaş, korku, kuruntu, endişe gibi durumlara yol açmaktadır (71). Stresli durumlar sonucunda gerginlik ve üzüntü oluşmaktadır (72). Bir görevin başarılamayacağı düşünüldüğü için benlik saygısı, yeterlilik ve kontrol gibi temel güdülerin tehlikede olduğunu düşündüren ve bireyin başına geleceğini düşündüğü tehlike duygusu sonucunda meydana gelen gözlenebilir duygusal tepkilerdir (73).

Kaygı diğer bir ifade ile tatmin edilemeyen güdülerden dolayı sıkıntı ve korku içinde olmak şeklinde tanımlanabilmekte ve tam nedeninin açık olmadığı düşünülmektedir. Kaygı insanın var oluşundaki en temel duygulardan birisidir (74).

Kaygı, kişiliğin bilinçli şekilde parçalara ayrılması sırasında hissedilen ve meydana gelen tehlike sinyalidir. Bu tehlike, bireyin içinde dış ortama bağımlı ya bağımsız bir şekilde ortaya çıkmaktadır (75). Genelleme ve ya öğrenme yoluyla oluşan belirsiz endişe, korku ya da hissedilen iç sıkıntısı, telaş, tasa, endişe ve üzüntü olarak da ifade edilebilmektedir (76).

Korku ve kaygının birbirine benzedikleri noktalar da bulunmaktadır. Örneğin korku da kaygı gibi insana endişe vermekte ve olumsuz duygulara neden olabilmektedir (77). Cüceloğlu (78) ise kaygı ile korku arasındaki farkı; zaman (kaygının korkuya göre daha uzun süreli olması), şiddet (kaygının korkuya göre daha az şiddetli olması) ve kaynak (kaygının kaynağının belirsiz olması) olarak tanımlamaktadır.

#### **4.2.2. Kaygının nedenleri**

Kaygı genel olarak olumsuz duyguların olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır. Kaygıyı oluşturan dış koşullar ile kaygıyı yaratan birey birbirine yaklaştıkça kaygıya dair belirtiler ağırlaşmaktadır (79). Kaygının nedenleri genel olarak belirsizlik, iç çelişki, olumsuz bir sonucu beklemek ve desteğin çekilmesi şeklinde dört ana başlık altında incelenebilmektedir (80).

#### **4.2.3. Kaygının belirtileri**

Kaygılı kişilerde genellikle, kaygılanmasına neden olan durumun yanı sıra nesnel ya da öznel kaynaklı bazı belirtiler görülmektedir. En yaygın belirtiler arasında uyku problemi, iştahsızlık, kalp ritminde bozukluk, halsizlik ve evham yer almaktadır (81).

Özellikle durumluk kaygı yaşayan kişilerde solunum değişiklikleri, üstündeki kıyafetlere avuçlarını sürme, dudakları koparma ve yalama ve sinirsel huzursuzluk gibi dışarıdan gözlemlenebilen nesnel belirtiler yer almaktadır (82). Kaygı süresi ve şiddeti bakımından psikolojik ve fizyolojik olarak kişilerde bazı değişikliklerin olmasına sebep olabilmektedir. Bazı durumlarda kaygı başarısızlığın asıl nedeni olabileceği gibi, bazı durumlarda başarıyı tetiklediği kişiyi motive ettiği de görülebilmektedir (83).

Bu bilgiler doğrultusunda kaygının belirtileri şu şekilde sınıflandırılabilir (84,85):

Kaygının fiziksel belirtileri parmaklarda ve ellerde aşırı gerginlik, soğuk eller, ağız kuruluğu, terli avuçlar, baş dönmesi, nabız artışı, nefes darlığı şeklinde görülebilmektedir. Cüceloğlu (78) bu belirtilere ek olarak beynin her an gergin olması, sürekli yorgunluk hali, mide ağrısı, kalp çarpıntısı, kesik kesik soluk alıp verme, nefes darlığı gibi belirtiler sıralamıştır.

İnsanlar kaygıya maruz kaldıklarında bir şeyler yapmak için hazır oldukları zaman herhangi bir tehdit unsuru ile karşılaştıklarında içinde bulunduğu durumdan uzaklaşmaya çalışabilmektedir. Kaygılarını kontrol edemeyenler ise kendilerini çaresiz ve yalnız hissetmektedir (86). Tokinan (83) ise kaygının zihinsel belirtilerini korku, kasların gerildiğini hissetme, hataların sonuçlarına dair kaygılanma, yetersizlik duygusu, bilinç kaybı, hafıza hataları, özgüven eksikliği ve konsantrasyon kaybı şeklinde sıralamıştır.

Kaygının en yaygın davranışsal belirtilerini davranış rutinlerini bozma eğilimi, performans hataları, nemlenmiş dudaklar, ruhsuz yüz ifadesi, kalkık omuzlar, titreme, ses titremesi, güçsüzlük ve ilerleyen dönemlerde performans düşüklüğü ve şeklinde sıralanmıştır (83). Bu belirtiler davranışsal belirtilerin başında gelmekte; önemli belirtiler olduğu için kaygının belirlenmesinde de önemli bulgular olarak rol oynamaktadır.

#### **4.2.4. Kaygının özellikleri**

Kaygı bireyin bilinçli olarak hissettiği ve hislerine karşılık oluşturduğu bir tehlike sinyalidir. Kaygı genel olarak otonom sinir sisteminin belli olmayan bir tehlikeye karşı tepki olarak harekete geçmesiyle bireyin gergin ve endişeli hissetmesi sonucunda oluşmaktadır. Ayrıca bireyin düşünce ve algısını etkilemekle birlikte her insanın yaşayabileceği bir duygudur (87).

#### **4.2.5. Kaygının türleri**

Kaygı genel olarak durumluk kaygı ve sürekli kaygı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bunlar aşağıda başlıklar altında ele alınmaktadır.

##### **4.2.5.1. Durumluk kaygı**

Durumluk kaygı, kişinin anlık durumunu ifade etmektedir. Başka bir deyişle çevre şartlarına bağlı bir stres nedeniyle oluşan tehdit ve tehlike durumlarında, bireylerin sergilediği karmaşık tepkilerin ifadesi olup; normal bir duyguyu temsil



etmektedir (88). Durumluk kaygının süresi ve şiddeti bireye göre değişebilmekte ve zaman içerisinde bir bireyin genel işlevlerinden birisi haline gelebilmektedir. Bireyin içerisinde bulunduğu durumu bireysel tehdit edici ve tehlikeli olarak algılaması da bu kaygı türünü etkilemektedir (89).

#### **4.2.5.2. Sürekli kaygı**

Gözlenebilir ve gerçek olumsuz durumdan bağımsız bir tehdit olarak görülse de, bu tehditle baş etmeye çalışan birey sürekli kaygı yaşamaktadır. Çevresel şartlardan bağımsız olan şahsın, stres altında aşırı duyarlılık gösterme eğilimidir. Bu bağlamda sürekli kaygı fiziksel strese tepki olarak bireyin genel davranışını ifade etmektedir. Sürekli kaygı durağandır (88).

Sürekli kaygı düzeyi kişilik yapısının kaygıya meyilli oluşundan etkilenebilmektedir. Kaygının süresi ve şiddeti kişilik yapısına göre değişmektedir. Ayrıca bireylerin sürekli kaygı düzeylerinin çeşitlilik göstermesi, tehdit edici olan durumun yorumlanmasını ve algılanmasını etkileyebilmektedir (89).

#### **4.2.5.3. Kaygı ve kekemelik**

Kekemeliği olan bireylerin konuşmasında belli kelimelerde yapılan hatalar ve konuşma ortamından etkilendiği bilinmektedir. Ayrıca sosyal açıdan fazla duyarlı olma, kendine güvensizlik, konuşma içeriği ve ortamıyla alakasız genel kaygı kaynaklarının da akıcı konuşmanın bozulmasına neden olabilmektedir (90). Kaygılı bireylerde, tehdit edici durum algılandığında o durumdan kaçınma eğilimi olabilmektedir. Bu davranış şekli, kısa vadede rahatlama ve gevşeme sağlasa da uzun vadede bireyler daha çok durumdan kaçmaya çalışmakta ve olumsuz etkiler ortaya çıkmaktadır (91).

Kekemeliği olan bireylerde kaygının akıcı konuşmayı bozan ve konuşmanın hatalı olmasına yol açtığı ve bunun belirsizlik duygularından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (91). Kekemeliği olan bireyler bazı stresli durumlarda farkında olmaksızın terapi öncesinde bulunan bilişsel çarpıtmalarının etkisine girebilmekte ve

bu düşünceler sonucunda terapiden edinilen akıcılıkta bozulmalara rastlanabilmektedir (92). Craig (90), yaptığı araştırmada kekemeliği olan bireylerin bazı konuşma durumlarında, akıcı konuşan bireylere göre kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir.

Kekemeliğe bağlı kaygı, kendine güven düzeyinde düşüş sebebi olmakta ve kaçınma davranışlarının artması ile toplumsal işlevsellik de bozulabilmektedir. Kekemeliği olan bireylerde çaresizlik, kırgınlık, gerginlik gibi duygular görülebilmektedir (93).



## **5. MATERYAL ve METOT**

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

### **5.1. Araştırmanın Modeli**

Bu araştırma deneme öncesi (pre-experimental) desenlerden tek gruplu ön-test-son-test modeline göre hazırlanmıştır. Tek grup ön-test-son-test modelinde, gelişigüzel seçilmiş bir gruba bağımsız değişken uygulanır. Hem ön-test hem de son-test ölçmeler uygulanır. Bu modelde son-test uygulaması ile ön-test uygulaması arasındaki olumlu farkın çalışma içinde uygulanan yöntemden oluştuğu kabul edilmektedir (94). Kekemelik probleminin spesifik bir problem olduğu göz önünde bulundurulduğu ve kekeme çocuklardan oluşan bir gruba ön test uygulayarak bekletmenin etik olmayacağı düşünülerek çalışma dahilinde kontrol grubu yer almamıştır. Bu amaç çerçevesinde kekemelik tanısı almış çocuklara KEŞİDA-4, ebeveynlere ise Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği uygulanmış ve 20 seans terapi uygulandıktan sonra aynı gruba tekrardan aynı ölçekler uygulanarak ilk ve son uygulamalar arasındaki fark belirlenmiştir.

### **5.2. Çalışma Grubu**

Çalışma evreni İstanbul'da ikamet eden ve kekemelik tanısı almış çocukları olan ebeveynler ve çocuklarından oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise 6-12 yaş arası kekemelik tanısı almış 30 çocuğun anne-babası ve söz konusu tanıya sahip olan çocuklarından oluşmaktadır. Kekemelik tanısı almış çocuklar ilk kez terapi alacak çocuklardır ve çocukların ailelerinin beyanına göre ek başka bir tanıları (işitsel, fiziksel, bilişsel, orofasiyal vb.) yoktur. Kekemelik tanısı almış çocukların 5'i kız 25'i erkektir. Araştırmaya katılan ebeveynlerden 19'u anne, 11'i babadır. İlkokul mezunu 5, ortaokul mezunu 1, lise mezunu 16 ve lisans mezunu 8 ebeveyn bulunmaktadır. Çalışma grubunun demografik özellikleri aşağıdaki gibidir:

**Tablo 4.1. Örneklem Grubunun Demografik Değişkenlere Göre Dağılım**

		<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Ebeveyn Cinsiyet</b>	Kadın	19	63,3
	Erkek	11	36,7
	Toplam	30	100
<b>Ebeveyn Eğitim Durumu</b>	İlkokul	5	16,7
	Ortaokul	1	3,3
	Lise	16	53,3
	Üniversite	8	26,7
Toplam		30	100
<b>Çocuk Cinsiyet</b>	Kız	5	16,7
	Erkek	25	83,3
	Toplam	30	100
<b>Çocuk Yaş</b>	6-8	8	26,7
	9-11	13	43,3
	12	9	30
	Toplam	30	100

Tabloda görüldüğü üzere, ebeveynlerin %63.3'ü kadın,%36.7'si erkek,%16.7'si ilkokul mezunu,%3,3'ü ortaokul mezunu,%53.3'ü lise mezunu,%26.7'si üniversite mezunudur. Çocukların %16.7'si kız,%83.3'ü erkek,%26.7'si 6-8 yaş arası,%43.3'ü 9-11 yaş arası,%30.0'ı 12 yaşındadır.

### **5.3. Ölçme araçları**

Araştırma için kullanılan ölçekleri, ebeveynlere ve çocuklara izin alınmış olan özel eğitim kurumlarında çalışan dil ve konuşma terapistleri uygulamıştır.

Çalışmanın başında tanısı konmuş ve değerlendirme aşamasında olan çocukların bir ebeveynine Demografik Bilgiler Formu doldurtulup ardından Sürekli Durumluk Kaygı Ölçeği uygulanmıştır. Sonrasında çocuğun kekemelik şiddet ölçümü araştırmacı tarafından Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı-4 (KEŞİDA-4) kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Bu iki araçla ilk veriler toplandıktan sonra 20 seanslık terapi sürecinde çocuğun belirli kazanımları elde edeceği öngörüsünden (14) hareketle, ebeveynlerin post-test ölçümleri yapılmıştır. Aynı zamanda çocukların kekemelik şiddet puanı ölçümleri KEŞİDA-4 ile yeniden hesaplanmıştır. Terapi süreci sonrasında araştırmacı tarafından

hazırlanmış olan memnuniyet formu doldurtularak geçirilen süreç hakkında değerlendirme yapılmıştır.

### **5.3.1. Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği**

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, bir öz değerlendirme anketidir. Ölçeği, Spielberger, Gorsuch ve Lushene (95) tarafından geliştirilmiştir. Türkçeye ise Öner ve Comte (96) tarafından uyarlanmıştır.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği, 14 yaş üstü bireylere uygulanabilmektedir. Zaman sınırlaması yoktur. Envanterin 20 maddelik Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği olmak üzere iki ayrı ölçeği vardır.

Ölçeklerde doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken, 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Durumluk Kaygı Ölçeğinde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), Sürekli Kaygı ölçeğinde ise 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, doldurulan form geçersiz sayılır ve puanlanmaz.

### **5.3.2. KEŞİDA-4-Kekemelik şiddetini değerlendirme aracı (*stuttering severity instrument – 4*)**

Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı klinik ve araştırma amaçlı olarak kullanılabilen norm referanslı geçerlilik ve güvenilirliği ortaya konmuş bir araçtır. Stuttering Severity Instrument (SSI) adıyla Riley tarafından 1972 yılında geliştirilmiş, 1994 (97) yılında revize edilmiştir. Riley 2009 (98) yılında SSI-4 adı altında revize etmiş ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapmıştır. KEŞİDA-4'ün okuma bilen bireylere uygulanması; sıklık, süre, kekemeliğe eşlik eden davranışlar, doğallık ve toplam puan türlerini ortaya çıkarır. Türkçe uyarlaması 2014 yılında yüksek lisans tezi

olarak gerçekleştirilmiştir (30). Çevirinin standardizasyon çalışmasının 48 denek üzerinde denenmesi sonucunda güvenilirliği ortaya konmuştur. SSI-4 Türkçe adı ile KEŞİDA-4 test aracı okuma yazma bilen 6-16 yaş arası bireylere uygulanmaktadır. Ayrıca bireylerin, kekemeliğinin olması, işitme probleminin olmaması, zihinsel ve fiziksel olarak yaşlılarıyla uyumlu olması ve orofasial bölgede organik bir probleminin olmaması gerekmektedir.

KEŞİDA-4 bireyde bulunan kekemeliği kekeleme frekansı, kekeleme süresi, eşlik eden davranışlar ve konuşmanın doğallığı olmak üzere 4 ayrı boyutta ele almaktadır.

#### **5.4. Veri toplama süreci**

İstanbul'da ikamet eden, kekemelik tanısı almış 6-12 yaş arası 30 çocuğun ebeveynlerine terapi aldıkları merkezlerdeki dil ve konuşma terapistleri ile iletişime geçilerek ulaşılmıştır. Daha önce terapi almamış bu çocukların DKT ile ilk görüşmeleri (değerlendirme seansı) esnasında sözlü olarak katılımı kabul eden ailelere araştırmannın içeriği anlatılmış olup bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalatılmıştır. Daha sonra ebeveynlere Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği verilerek kendilerinden doldurmaları istenmiştir. Çocuklara uygulanan KEŞİDA-4 için ailelerden yine izin alınarak spontane konuşma örnekleme için video kaydı, yaşına uygun olan parçalardan oluşan okuma örnekleme için ses kaydı alınmıştır. 30 ebeveyn ve 30 çocuğa uygulanan bu iki ölçeğin puanlandırılması araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Ebeveynlere terapide uygulanacak olan yöntemler detaylı bir şekilde anlatılmış olup 20 seansın her aşamasında bilgilendirilme yapılmıştır. Ebeveynlerin de terapi içerisindeki etkinliğine özen gösterilmiştir. Araştırmaya katılan ve 20 seansı tamamlayan ebeveynlere ve çocuklara değerlendirme esnasında uygulanan ölçekler yeniden uygulanmıştır. Uygulanan ölçeklerin puanlandırılması araştırmacı tarafından tekrar yapılmıştır.

Çalışmaya katılan 30 ebeveynin kekemelik tanısı almış çocukları beş özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde toplam beş dil ve konuşma terapisti tarafından 20 seanslık terapi sürecine alınmıştır. Dil ve konuşma terapistlerinin üçü dil ve konuşma terapisi lisans mezunu, biri psikoloji lisansı üzerine dil ve konuşma terapisi yüksek lisans

programı mezunu, bir diğeri ise hemşirelik lisansı üzerine odyoloji ve konuşma bozuklukları yüksek lisans programı mezunudur. Beş terapist de seans başlangıcından sonuna kadar her seans içeriğini ebeveynlerle paylaştıklarını, ebeveynlerin sorularına yanıt verdiklerini araştırmacıyla paylaşmıştır. Ebeveynlerin istekleri doğrultusunda terapiye dahil olmaları dil ve konuşma terapistleri tarafından olumlu karşılanmıştır. Ebeveynlerin terapi sürecine katılım sağlamalarının teknik ve terapi hakkında bilgilendirme almalarının olumlu geribildirim vermelerine etki ettiği terapistler tarafından vurgulanmıştır.

## **5.5. Verilerin Analizi**

### **İstatistiksel Değerlendirme**

Çalışma sürecinde toplanan veriler bilgisayar ortamına sayısal olarak işlenmiş ve istatistiksel analizler için Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences-SPSS 25.0) kullanılmıştır. Yapılacak olan analizler başlatılmadan önce verilerin dağılım açısından normalliği incelemeye alınmıştır. Değişkenlere ilişkin Basıklık-Çarpıklık kontrolü neticesinde dağılımın normallik gösterdiği saptanmıştır. Ölçeklerin +2 ile -2 arası değerlere sahip olması dağılımın normal olduğunu ortaya koymaktadır. Analiz sürecinde %95 değeri güven ölçütü olarak belirlenmiştir. Sayısal değerlerin karşılaştırılması amacıyla T-Testi kullanılmaktadır. Sayısal verilerde karşılaştırma yapmak ve aradaki farkı test edebilmek amacıyla T-Testi kullanılmaktadır. Çoklu gruplar arası farkın ölçülmesi amacıyla da ANOVA analizi kullanılmaktadır. Değişkenler arası ilişkiyi analiz ise Pearson Korelasyon analiz yöntemi kullanılarak yapılmıştır.

## 6. BULGULAR

Bu bölümde araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgi formundan elde edilen bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.2 Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Toplam ve Alt Ölçekler için Yapılan Ön-test – Son-test T Testi Sonuçları**

	N	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
<b>Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği-Önce</b>	30	89,87	11,25	19,756	29	0,000
<b>Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği-Sonra</b>	30	48,60	10,31			
<b>Durumluk-Önce</b>	30	43,37	7,40	15,430	29	0,000
<b>Durumluk-Sonra</b>	30	24,43	6,26			
<b>Sürekli-Önce</b>	30	46,50	5,58	19,253	29	0,000
<b>Sürekli-Sonra</b>	30	24,17	5,05			

Tabloda görülebileceği üzere, ebeveynlerin durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puanları aritmetik ön-test-son-test ortalamalarının anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan eşleştirilmiş grup t testi sonucunda, aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t=19,756$ ;  $p<.05$ ).

Tabloda görülebileceği üzere, ebeveynlerin Durumluk alt boyutu puanları aritmetik ön-test-son-test ortalamalarının anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan eşleştirilmiş grup t testi sonucunda, aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t=15,430$ ;  $p<.05$ ).

Tabloda görülebileceği üzere, ebeveynlerin Sürekli alt boyutu puanları aritmetik ön-test-son-test ortalamalarının anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan eşleştirilmiş grup t testi sonucunda, aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t=19,253$ ;  $p<.05$ ).



**Tablo 4.3 Ebeveynlerin Cinsiyet Değişkenine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön-test Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Bağımsız Grup t testi Sonuçları**

	N	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
<b>Durumluk ve Sürekli</b>	Kadın 19	88,47	11,39	-0,888	28	0,382
<b>Anksiyete Ölçeği-Önce</b>	Erkek 11	92,27	11,10			
<b>Durumluk-Önce</b>	Kadın 19	42,53	7,42	-0,813	28	0,423
	Erkek 11	44,82	7,48			
<b>Sürekli-Önce</b>	Kadın 19	45,95	5,92	-0,707	28	0,485
	Erkek 11	47,45	5,05			

Tabloda görüldüğü gibi, Durumluk ve Sürekli kaygı ölçeklerinden alınan puan düzeyinin ebeveyn cinsiyet durumuna göre farklılaşmasını incelemek için yapılmış olan bağımsız Grup t test analizi neticesinde istatistiki anlamda  $p>0.05$  düzeyine göre anlamlı farklılığın oluşmadığı tespit edilmiştir.

Tabloda görüldüğü gibi, Durumluk kaygı ölçeğinden alınan puan düzeyinin ebeveyn cinsiyet durumuna göre farklılaşmasını incelemek için yapılmış olan bağımsız Grup t test analizi neticesinde istatistiki anlamda  $p>0.05$  düzeyine göre anlamlı farklılığın oluşmadığı tespit edilmiştir.

Tabloda görüldüğü gibi, Sürekli kaygı ölçeğinden alınan puan düzeyinin ebeveyn cinsiyet durumuna göre farklılaşmasını incelemek için yapılmış olan bağımsız Grup t test analizi neticesinde istatistiki anlamda  $p>0.05$  düzeyine göre anlamlı farklılığın oluşmadığı tespit edilmiştir.

**Tablo 4.4 Ebeveynlerin Cinsiyet Değişkenine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son-test Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Bağımsız Grup T Testi Sonuçları**

		N	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
<b>Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği-Sonra</b>	Kadın	19	47,89	9,92	-0,486	28	0,631
	Erkek	11	49,82	11,34			
<b>Durumluk-Sonra</b>	Kadın	19	24,26	6,05	-0,193	28	0,849
	Erkek	11	24,73	6,89			
<b>Sürekli-Sonra</b>	Kadın	19	23,63	4,95	-0,758	28	0,455
	Erkek	11	25,09	5,32			

Tabloda görüldüğü gibi, Durumluk ve Sürekli kaygı ölçeklerinden alınan puan düzeyinin ebeveyn cinsiyet durumuna göre farklılaşmasını incelemek için yapılmış olan bağımsız Grup t test analizi neticesinde istatistiki anlamda  $p>0.05$  düzeyine göre anlamlı farklılığın oluşmadığı tespit edilmiştir.

Tabloda görüldüğü gibi, Durumluk kaygı ölçeğinden alınan puan düzeyinin ebeveyn cinsiyet durumuna göre farklılaşmasını incelemek için yapılmış olan bağımsız Grup t test analizi neticesinde istatistiki anlamda  $p>0.05$  düzeyine göre anlamlı farklılığın oluşmadığı tespit edilmiştir.

Tabloda görüldüğü gibi, Sürekli kaygı ölçeğinden alınan puan düzeyinin ebeveyn cinsiyet durumuna göre farklılaşmasını incelemek için yapılmış olan bağımsız Grup t test analizi neticesinde istatistiki anlamda  $p>0.05$  düzeyine göre anlamlı farklılığın oluşmadığı tespit edilmiştir.

**Tablo 4.5 Ebeveynlerin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Ön-test ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları**

		N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
<b>Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği-Önce</b>	İlkokul	5	90,20	8,93	G.Arası	547,588	2	273,794	2,283	0,122
	Lise	16	86,38	10,64	G.İçi	3118,550	26	119,944		
	Üniversite	8	96,50	12,55	Toplam	3666,138	28			
	Toplam	29	89,83	11,44						
<b>Durumluk-Önce</b>	İlkokul	5	44,80	5,45	G.Arası	214,760	2	107,380	2,055	0,148
	Lise	16	40,88	6,94	G.İçi	1358,550	26	52,252		
	Üniversite	8	47,00	8,60	Toplam	1573,310	28			
	Toplam	29	43,24	7,50						
<b>Sürekli-Önce</b>	İlkokul	5	45,40	6,54	G.Arası	93,834	2	46,917	1,523	0,237
	Lise	16	45,50	5,44	G.İçi	801,200	26	30,815		
	Üniversite	8	49,50	5,15	Toplam	895,034	28			
	Toplam	29	46,59	5,65						

Tabloda görüldüğü üzere Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği sıralama ortalama düzeylerinin ebeveyn eğitim durumlarına göre farklılaşmasını incelemek amacıyla yapılmış olan tek yön varyans analizleri (ANOVA) neticesinde aritmetik ortalama açısından gruplarda anlamlı farklılaşmanın oluşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

Tabloda görüldüğü üzere Durumluk kaygı ölçeği sıralama ortalama düzeylerinin ebeveyn eğitim durumlarına göre farklılaşmasını incelemek amacıyla yapılmış olan tek yön varyans analizleri (ANOVA) neticesinde aritmetik ortalama açısından gruplarda anlamlı farklılaşmanın oluşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

Tabloda görüldüğü üzere Sürekli kaygı ölçeği sıralama ortalama düzeylerinin ebeveyn eğitim durumlarına göre farklılaşmasını incelemek amacıyla yapılmış olan tek yön varyans analizleri (ANOVA) neticesinde aritmetik ortalama açısından gruplarda anlamlı farklılaşmanın oluşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.6 Ebeveynlerin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Son-test ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları**

		N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
<b>Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği-Sonra</b>	İlkokul	5	45,60	14,98	G.Arası	358,897	2	179,448	1,714	0,200
	Lise	16	46,69	8,79	G.İçi	2722,138	26	104,698		
	Üniversite	8	54,25	9,75	Toplam	3081,034	28			
	Toplam	29	48,59	10,49						
<b>Durumluk-Sonra</b>	İlkokul	5	21,40	8,62	G.Arası	188,209	2	94,105	2,584	0,095
	Lise	16	23,38	5,39	G.İçi	946,825	26	36,416		
	Üniversite	8	28,38	5,53	Toplam	1135,034	28			
	Toplam	29	24,41	6,37						
<b>Sürekli-Sonra</b>	İlkokul	5	24,20	6,83	G.Arası	35,025	2	17,513	0,648	0,532
	Lise	16	23,31	4,45	G.İçi	703,113	26	27,043		
	Üniversite	8	25,88	5,59	Toplam	738,138	28			
	Toplam	29	24,17	5,13						

Tabloda görüldüğü üzere Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği sıralama ortalama düzeylerinin ebeveyn eğitim durumlarına göre farklılaşmasını incelemek amacıyla yapılmış olan tek yön varyans analizleri (ANOVA) neticesinde aritmetik ortalama açısından gruplarda anlamlı farklılaşmanın oluşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

Tabloda görüldüğü üzere Durumluk Kaygı Ölçeği sıralama ortalama düzeylerinin ebeveyn eğitim durumlarına göre farklılaşmasını incelemek amacıyla yapılmış olan tek yön varyans analizleri (ANOVA) neticesinde aritmetik ortalama açısından gruplarda anlamlı farklılaşmanın oluşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

Tabloda görüldüğü üzere Sürekli Kaygı Ölçeği sıralama ortalama düzeylerinin ebeveyn eğitim durumlarına göre farklılaşmasını incelemek amacıyla yapılmış olan tek yön varyans analizleri (ANOVA) neticesinde aritmetik ortalama açısından gruplarda anlamlı farklılaşmanın oluşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.7 Kekemelik Tanısı Konulmuş Çocukların Yaş Değişkenine Göre KEŞİDA-4 Şiddet Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları**

		N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
<b>KEŞİDA-4-Önce</b>	6-8	8	3,38	1,19	G.Arası	0,972	2	0,486	0,226	0,799
	9-11	13	3,54	1,51	G.İçi	57,995	27	2,148		
	12	9	3,11	1,62	Toplam	58,967	29			
	Toplam	30	3,37	1,43						
<b>KEŞİDA-4-Sonra</b>	6-8	8	2,13	0,83	G.Arası	1,446	2	0,723	0,975	0,390
	9-11	13	1,92	0,86	G.İçi	20,020	27	0,741		
	12	9	1,56	0,88	Toplam	21,467	29			
	Toplam	30	1,87	0,86						

Tablodan anlaşılacağı gibi KEŞİDA-4-Önce şiddet puanı sıralamalar ortalamalarının çocuk yaşı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablodan anlaşılacağı gibi KEŞİDA-4-Sonra şiddet puanı sıralamalar ortalamalarının çocuk yaşı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.8 Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Alt Boyutu Puanlarıyla KEŞİDA-4 Şiddeti Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları (Ön-test)**

		<b>KEŞİDA-4-Önce</b>
<b>Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği-Önce</b>	r	,549**
	p	0,002
	N	30
<b>Durumluk-Önce</b>	r	,490**
	p	0,006
	N	30
<b>Sürekli-Önce</b>	r	,458*
	p	0,011
	N	30

Tabloda görüldüğü üzere Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Alt Boyutları KEŞİDA-4 şiddeti arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonucunda;

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği toplam puanı ile KEŞİDA-4 şiddeti arası ilişkinin yüksek düzey ve pozitif yönlü olduğu belirlenmiştir ( $r=549$ ,  $p<,01$ ).

Durumluk ölçeği toplam puan düzeyi ile KEŞİDA-4 şiddeti arası ilişkinin yüksek düzey ve pozitif yönlü olduğu belirlenmiştir ( $r=490$ ,  $p<,01$ ).

Sürekli kaygı ölçeği toplam puan düzeyi ile KEŞİDA-4 şiddeti arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=458$ ,  $p<,01$ ).

**Tablo 4.9 Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Alt Boyutu Puanlarıyla KEŞİDA-4 Şiddeti Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları (Son-test)**

		<b>KEŞİDA-4-Sonra</b>
<b>Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği-Sonra</b>	r	,455*
	p	0,011
	N	30
<b>Durumluk-Sonra</b>	r	,453*
	p	0,012
	N	30
<b>Sürekli-Sonra</b>	r	,363*
	p	0,049
	N	30

Tabloda görüldüğü üzere Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Alt Boyutları KEŞİDA-4 şiddeti arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda;

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği toplam puanı ile KEŞİDA-4 şiddeti arası ilişkinin yüksek düzey ve pozitif yönlü olduğu belirlenmiştir ( $r=455$ ,  $p<,01$ ).

Durumluk kaygı ölçeği toplam puan düzeyiyle KEŞİDA-4 şiddeti arası ilişkinin yüksek düzey ve pozitif yönlü olduğu belirlenmiştir ( $r=453$ ,  $p<,01$ ).

Sürekli kaygı ölçeği toplam puan düzeyiyle KEŞİDA-4 şiddeti arası ilişkinin yüksek düzey ve pozitif yönlü olduğu belirlenmiştir ( $r=363$ ,  $p<,01$ ).

**Tablo 4.10 KEŞİDA-4 Şiddet Puanı Düşüşüne Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son-test Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Bağımsız Grup t testi Sonuçları**

		N	$\bar{x}$	Ss.	t	S d.	p
<b>Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği-Sonra</b>	Keşida Şiddet Puanı Çok Düşen	4	38,25	10,90	-2,929	8	0,019
	Keşida Şiddet Puanı Az Düşen	6	54,83	7,19			
<b>Sürekli -Sonra</b>	Keşida Şiddet Puanı Çok Düşen	4	20,50	6,19	-2,188	8	0,060
	Keşida Şiddet Puanı Az Düşen	6	27,50	4,04			
<b>Durumluk-Sonra</b>	Keşida Şiddet Puanı Çok Düşen	4	17,75	4,86	-2,870	8	0,021
	Keşida Şiddet Puanı Az Düşen	6	27,33	5,35			

Tabloda görüldüğü gibi, çalışma grubuna ait Durumluk ve Sürekli kaygı puan düzeyinin KEŞİDA-4 şiddet düzeyine göre farklılaşmasını incelemek amacıyla yapılmış olan bağımsız grup t test analize neticesinde KEŞİDA-4 şiddet düzeyi az düşüş gösterenlerin kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ )

Tabloda görüldüğü gibi, çalışma grubuna ait Sürekli kaygı puan düzeyinin KEŞİDA-4 şiddet düzeyine göre farklılaşmasını incelemek amacıyla yapılmış olan bağımsız grup t test analize neticesinde gruplar arası anlamlı farklılık oluşmadığı tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ )

Tabloda görüldüğü gibi, çalışma grubuna ait Durumluk kaygı puan düzeyinin KEŞİDA-4 şiddet düzeyine göre farklılaşmasını incelemek amacıyla yapılmış olan bağımsız grup t test analize neticesinde KEŞİDA-4 şiddet düzeyi az düşüş gösterenlerin kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ )



## 7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu çalışmada 6-12 yaş arası kekemelik tanısı almış çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeylerinin çocuklarının aldığı dil ve konuşma terapi süreci öncesi ve sonrasında karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ailelerin sosyo-ekonomik durumları, eğitim düzeyleri, kekemeliğin düzeyi ile kaygının düzeyindeki değişimlerin incelenmesi hedeflenmiştir. Bu doğrultuda İstanbul ilinde yaşayan 30 çocuğun ebeveyni üzerinde demografik bilgiler formu, Sürekli Durumluk Kaygı Ölçeği uygulanmıştır. Çocuğun kekemelik şiddet ölçümü araştırmacı tarafından Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı (KEŞİDA-4) kullanılmıştır. Bu ölçümler alındıktan sonra kekemelik tanısı almış çocuklar 20 seanslık terapi sürecine alınmıştır. Terapi süreci tamamlandıktan sonra ebeveynlere durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ile çocuklara KEŞİDA-4 tekrar uygulanmış ve ilk ölçüm puanları ile son ölçüm puanları arasındaki fark incelenmiştir.

Çalışmanın temel amacı çerçevesinde kekemelik tanısı almış okul çağı çocukların ebeveynlerinin terapi süreci öncesi ve sonrası durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucu elde edilen verilere göre son testte (terapi süreci sonrası) alınan puanların ön testte (terapi süreci öncesi) alınan puanlara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca durumluk ve sürekli kaygı alt boyutları ayrı ayrı değerlendirildiğinde de hem durumluk hem de sürekli kaygı puanlarının terapi süreci sonrası ölçümlerde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Özet olarak kekemelik tanısı almış çocukların terapi sürecine alınması ebeveynlerinin yaşadıkları kaygı düzeyini düşürdüğü görülmektedir. İlgili alanyazın incelendiğinde bu çalışmanın temel mantığına uygun olarak kekemelik tanısı almış çocuk sahibi olmanın ebeveynlerin psikolojik durumlarına etki ettiğini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Zira bu çalışma böyle bir probleme sahip olan çocukların ebeveynlerinin bu durumdan ruhsal olarak etkileneceğine ve çocuklarının kekemelik problemlerinin iyileştirilme çalışmaları neticesinde kendilerinin de bundan olumlu olarak etkileneceği mantığına dayanmaktadır. Alanyazında da bu paralelde veriler bulunduğu görülmektedir. Karakaş (99) kekemeliği olan çocuk ve ergenlerde, kaygı seviyesinin yüksek olduğunu ve buna bağlı olarak annelerindeki ruhsal semptomların da yüksek olduğunu

saptamıştır. Kelly (67), kekemelik tanısı almış çocukların terapisinde anne ve babaların ortak olarak katılımını ele aldığı çalışmasında kekemeliği olan çocuklar ve ebeveynleri arasındaki etkileşimleri genel olarak ele alarak çocukların dil gelişiminde ve dolayısıyla kekemeliğinde ebeveynlerin oldukça önemli olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle klinik süreçlerde ailelerin ortak olarak bulunması gerektiğini ve çocuğun kekemeliğinde rol oynayan faktörler olarak ailelerin de incelenmesi gerektiğini öne sürmüştür. Ebeveyn ve çocuk etkileşimi doğrultusunda kekemeliğin incelendiği bir çalışma yapan Millard ve arkadaşları (100), kekemeliği olan çocuklarda ebeveyn-çocuk etkileşimi terapisinin etkinliğini belirlemek için yaptıkları çalışmalarında 12 aydan uzun süredir kekemeliği olan 6 çocuk katılımcı üzerinde 6 seans klinik bazlı terapi ve 6 haftalık ev konsolidasyonu uygulamışlardır. Evde ebeveynlerle birlikte yapılan oyunlar esnasında terapi süreçlerini videoya kaydeden araştırmacılar her bir çocuk için terapi öncesi, terapi sırasında ve 12 aya kadar terapi sonrasında kekemelik durumunu incelemiştir. Yaptıkları çalışma sonucunda terapi sonrasında elde ettikleri kekemelik sıklığı verileri ile başlangıç aşamasındaki sıklık verilerini karşılaştıran araştırmacılar altı çocuktan dördünün her iki ebeveyn ile yapılan terapi sonrasında kekemelik sıklığının ciddi oranda düştüğünü belirlemiştir. Bu çalışmada ebeveynin etkililiğinden bahsedilmiştir. Mevcut çalışmada da elde edilen verilere göre anne baba olma hususunda çocuklarının yaşadığı konuşma bozukluğundan etkilendikleri ve girilen terapi sürecinin sadece çocuğa değil anne babaya da olumlu etkiler ettiği gözlemlenmiştir.

Mevcut çalışma ayrıca çocuklarının kekemelik şiddetlerinin ebeveynlerin kaygı durumlarını doğrudan etkilediğini ortaya koymaktadır. Gerek toplumsal anne-baba olma rolleri gerekse ebeveynlerin çocuklarıyla olan biyolojik bağları düşünüldüğünde ebeveynlerin çocuklarındaki her türlü olumlu ve ya olumsuz durumdan doğrudan etkileneceği beklenen bir durumdur. Elde edilen “terapi süreci sonrası ebeveynlerin kaygılarının düşmesi” sonucunun da bireylerin çocuklarıyla kurdukları duygusal bağ ve onların yaşama uyum ve devam ettirme konusunda anne baba olma sorumluluklarını yerine getirmiş olma algısıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırma soruları çerçevesinde çalışmaya katılan ebeveynlerin cinsiyetlerine göre de durumluk ve sürekli kaygı puanları incelenmiştir. Yapılan analizlerden elde edilen sonuçlara göre ebeveynlerin cinsiyetlerine göre durumluk ve sürekli kaygı puanları anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. Diğer yandan kaygı toplam puanı ile beraber çalışmaya katılan ebeveynlerin durumluk ve sürekli kaygı alt boyutlarından aldıkları puanların cinsiyet değişkenine göre değişip değişmediği incelenmiştir. Elde edilen verilere göre ebeveynlerin durumluk ve sürekli kaygı alt boyutlarının her ikisinden aldıkları puanlar ebeveynlerin cinsiyetlerine göre farklılaşmamaktadır. Karataş (107) bu çalışmanın sonuçlarını destekler nitelikte sonuçlar elde etmiştir. Kekemelik tanısı almış ergenlerle yaptığı çalışmada ebeveynlerin cinsiyetleri ile ruhsal belirtileri arasında anlamlı farklılık olmadığı sonuçlarını ortaya koymuştur. Ebeveynlerin cinsiyetiyle kaygı durumu arasında toplumsal cinsiyet rollerinden dolayı annelerin kaygı seviyesinin daha yüksek olması beklenirken anlamlı fark olmamasının kekemelik gibi özel bir durum söz konusu olmasından dolayı hem annenin hem de babanın bu durumla ilgili duygusal yükü daha çok paylaşmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırma kapsamında kekemelik tanısı konulmuş çocuğu olan ebeveynlerin eğitim durumları ile durumluk ve sürekli kaygı toplam puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmadan elde edilen verilere göre ebeveynlerin eğitim durumları ile durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Ayrıca ebeveynlerin eğitim durumları ile durumluk ve sürekli kaygı alt boyutlarından alınan puanlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre kaygı toplam puanlarına benzer olarak durumluk ve sürekli kaygı alt boyutları ile ebeveynlerin eğitim durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. İlgili alanyazın incelendiğinde bu çalışma sonuçlarına benzer sonuçların olduğu görülmektedir. Karataş (107) kekemelik tanısı olan çocuğa sahip ebeveynlerin psikiyatrik öykülerini incelediği çalışmasında ebeveynlerin eğitim durumları ile ruhsal belirtileri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucunu elde etmiştir. Bu çalışmaya paralel olarak Karakaş (99) kekemelik tanısı almış çocuğu olan ebeveynlerinin kaygı düzeyleri ile eğitim durumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamıştır. Benzer sonuçlarla beraber alanyazın incelendiğinde bu çalışmanın aksine kekemelik tanısı olan çocuk ve

ergenlerin, ebeveynlerinin eğitim durumlarının değerlendirildiği bir araştırmada çocuklarında kekemelik olmayan kontrol grubu anne ve babaların eğitim düzeyinin, kekeme grubu anne babalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (108). Bununla birlikte kekemelik tanısı olan çocukların ebeveynlerin kekemelik tanısı olmayan çocuk ebeveynlerine göre daha yüksek eğitim seviyesine sahip olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (107). Görüldüğü gibi bu çalışmanın sonuçlarına hem benzer hem de aksi yönde sonuçların olmasına karşın eğitim durumunun kaygı düzeyini etkilememesinin katılımcıların kişisel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Eğitim seviyesiyle paralel olarak çocuğa karşı ne yapması gerektiğini bilmesi beklenebilirken hem katılımcıların kişisel özelliklerinin hem de cinsiyet değişkenine benzer olarak kekemelik gibi özel bir durum söz konusu olduğundan dolayı ebeveynlerin yakın düzeylerde kaygı hissetmeleri üzerinde etkili olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin kaygı puanları çocuklarının KEŞİDA-4 şiddet puanı düşüş düzeyine göre incelenmiştir. KEŞİDA-4 şiddet puanının düşüş düzeyi göz önünde bulundurulduğunda ebeveynlerin kaygı puanlarının anlamlı biçimde farklılaştığı görülmektedir. Elde edilen verilere göre çocuklarının KEŞİDA-4 şiddet puanları az düşen ebeveynlerin kaygı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sürekli ve durumluk puanları ayrı ayrı incelendiğinde ise sürekli kaygı puanları anlamlılık farklılık göstermezken durumluk kaygı puanları KEŞİDA-4 şiddet puanları az düşenlerde daha yüksek olarak saptanmıştır. Ulaşılan veriler çocukların kekemelik şiddetinin terapi sonrası ne düzeyde olduğu ebeveynlerin ne kadar kaygılı hissedeceği üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Bu sonucun ebeveyn olmanın ve çocuğunu en iyi bir biçimde yetiştirmenin önemine yönelik hem biyolojik hem de toplumsal rollerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Anne baba olmaya yüklenen anlam ve çocukla kurulan duygusal bağ göz önüne alındığında çocuğunda kekemelik gibi bir problem olmasının kaygı uyandırması doğal olarak görülürken bu çalışmanın özelinde yapılan terapi süreci sonrasında da kekemelik şiddetinin düşmemesinin veya az düşmesinin ebeveynleri daha yüksek düzeyde kaygılandığı düşünülmektedir.

Çalışmaya dahil edilen kekemelik tanısı almış çocukların KEŞİDA-4 şiddeti ön test ve son test sonuçları ile yaş değişkenleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan

çalışmanın sonucunda kekemelik tanısı almış çocukların yaşları ile KEŞİDA-4 şiddet hem ön test hem de son test puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucu elde edilmiştir. Karakaş (99) yaptığı çalışmada kekemelik tanısı almış okul çağı çocuklarının ebeveynlerinin terapi süreci öncesi durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile terapi sonrası durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin yaşa göre değişimini değerlendirmiştir. Yapılan analiz sonucunda kekemelik tanısı almış okul çağı çocuklarının yaşı ile ebeveynlerinin terapi süreci öncesi ve sonrası kaygı düzeyleri arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Mevcut çalışmada da kekemelik şiddetinin yaş ile ilişkili olmadığı sonucuna varıldığı için bu çalışma ile paralel yönde bir bulgu olduğu saptanmıştır. Örneklem grubunun sayısı ve birçok değişken göz önünde bulundurulduğunda sonucun bu şekilde çıkmasının doğal olabileceği düşünülebilmektedir.

Araştırma soruları kapsamında kekemelik tanısı almış çocuğu olan ebeveynlerin durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ve alt boyutları ön test sonuçları ile çocuklarının KEŞİDA-4 şiddeti ön test sonuçları arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonucu şu veriler elde edilmiştir: Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği toplam puanı ile KEŞİDA-4 şiddeti arası ilişkinin yüksek düzey ve pozitif yönlü olduğu belirlenmiştir. Durumluk alt boyutu toplam puanı ile KEŞİDA-4 şiddeti arası ilişkinin yüksek düzey ve pozitif yönlü olduğu belirlenmiştir. Sürekli alt boyutu toplam puanı ile KEŞİDA-4 şiddeti arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çalışmaya katılan kekemelik tanısı almış çocuğu olan ebeveynlerin durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ve alt boyutları son test sonuçları ile çocuklarının KEŞİDA-4 şiddeti son test sonuçları arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonucu şu veriler elde edilmiştir: Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği toplam puanı ile KEŞİDA-4 şiddeti arası ilişkinin orta düzey ve pozitif yönlü olduğu belirlenmiştir. Durumluk alt boyutu toplam puanı ile KEŞİDA-4 şiddeti arası ilişkinin yüksek düzey ve pozitif yönlü olduğu belirlenmiştir. Sürekli alt boyutu toplam puanı ile KEŞİDA-4 şiddeti arası ilişkinin yüksek düzey ve pozitif yönlü olduğu belirlenmiştir. Özetle hem ön test sonuçları hem de son test sonuçları çocukların kekemelik şiddet düzeyinin yükselmesinin ebeveynlerin durumluk ve sürekli kaygı düzeyini de arttırdığı sonucunu ortaya koymaktadır. İlgili çalışmalara

bakıldığında bu çalışma sonuçlarını destekler nitelikte sonuçların yer aldığı görülmektedir. Alanyazın bu araştırmaya paralel olarak kekemelik tanısı almış çocuğu olmanın ebeveynleri psikolojik olarak etkilediğini göstermektedir. Kekemeliği olan çocukların anne babaların çocuklarının konuşma bozukluğuna karşı farklı psikolojik reaksiyonlar gösterebildiği, ani başlayan bu durum karşısında çoğunlukla kaygılı oldukları bildirilmektedir (107). Kekemelik tanısı olan çocuk ve ergenlerin anne babalarındaki psikiyatrik semptomları araştırmak amaçlı yapılan bir araştırmada çocuklarında kekemelik tanısı bulunan ebeveynlerin kontrol grubuna göre daha fazla sayıda ve daha şiddetli psikiyatrik semptomlar gösterdiği belirlenmiştir (108). Ayrıca kekemeliği olan çocukların ebeveynlerinde kişilik özellikleri olarak obsesif kişilik özelliklerine rastlandığı bildirilmektedir (109).

Langevin ve arkadaşları (101), kekemeliğin okul öncesi çocuklar üstündeki etkisine dair çocuklar ve ebeveynlerinin algılarını inceledikleri çalışmada toplam 77 kekemeliği olan çocuk ve ebeveynlere nicel ve nitel veriler sağlayan bir anket uygulamışlardır. Çalışmada çocukların kekemeliğe ilgili en sık yaşadıkları durumlar toplumdandan çekilme, konuşma konusunda yetersiz hissetme ve kaçınma sonucunda yaşadıkları hayal kırıklığı olarak bildirilmiştir. Ebeveynlerin %70'i ise çocuklarının kekemeliğinin olmasından etkilendiklerini belirtmiş ve en sık bildirilen etkinin kaygı olduğu saptanmıştır. Bu çalışma ve mevcut çalışmada, ebeveynlerin kaygıları ve kaygı düzeyleri ortak nokta olarak görülmektedir. Bu çalışmada ebeveynlerin çocuklarının kekemelikleri hakkında kendilerinde oluşan kaygıdan bahsedilmiştir. Mevcut çalışmada da ebeveynler üzerinde görülen kaygının hangi durumlarda artış gösterdiği ve düşüş sağladığı noktasına değinilmiş, yapılan ölçekler sonucunda bununla ilgili değerler ortaya konulmuştur.

Abalı ve arkadaşlarının (106) yaptığı çalışmada, kekemelik tanısı almış bireylerin yaşadığı kaygı ile birlikte ebeveynlerinde de kaygı düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Kaygılı ebeveynlerin çocukları üzerinde olumsuz etkilerinin olabileceği sonucuna da varılmıştır. Bu bağlamda mevcut çalışma ile tanı ve yaşanan kaygı düzeyi bakımından yakın bir ilişki olduğu görülmektedir.

Mevcut çalışmada kekemelik tanısı almış çocukların ebeveynlerinde kaygı düzeyinin bu konuşma bozukluğuna bağlı olarak yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Karakaş (99) yaptığı araştırmasında mevcut çalışmaya göre aksi yönde bulgular ortaya koymuştur. “Kekemelik tanısı alan çocukların ebeveynlerinin yaşadığı kaygı düzeyleri ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkinin incelenmesi” isimli yüksek lisans tezinde “kekemeliği olan çocuk sahibi ebeveynlerin durumluk kaygılarının kekemeliği olmayan çocuk sahibi ebeveynlere göre daha yüksek olduğunu; sürekli kaygı puanları bakımından da kekemeliği olan çocuk sahibi ebeveynler ile kekemeliği olmayan çocuk sahibi ebeveynler arasında anlamlı farklılık olmadığını belirtmiştir. Başa çıkma stratejileri bakımından kekemeliği olan çocuk sahibi ebeveynler ile kekemeliği olmayan çocuk sahibi ebeveynler arasında anlamlı farklılık olmadığını; kekemeliği olan çocuk sahibi ebeveynlerin problem çözme puanları sürekli kaygı ölçeği puanları ile ilişkili olduğunu ancak durumluk kaygı ölçeği puanları ile ilişkili olmadığını” belirlemiştir. Ayrıca araştırmacı “hem kekemeliği olan çocuk sahibi olan ebeveynlerin hem de kekemeliği olmayan çocuk sahibi ebeveynlerin sosyal destek arama puanları ile kaygı ölçeği puanları arasında ilişki olmadığını” belirlemiştir.

Erdem ve arkadaşlarının (103) yaptığı çalışmada, konuşma bozukluğu yaşayan bireylerin sorun ile başa çıkma stratejileri, sorunun bireyin üzerinde oluşturduğu stresin hayat düzenini etkilediği sonucuna varılmıştır. Hayat düzeninin bu durumdan olumsuz etkilenmesinin ebeveynler üzerinde de ruhsal olarak olumsuz etki yaratabilmesinin beklenen bir sonuç olduğunu belirtmişlerdir. Ogelman ve Çabuk (104) yaptıkları çalışmada, çocuklarının sosyal durumları ile annelerin kabul/red düzeylerinin ölçülmesi amaçlamıştır. Ebeveyn tutumlarının çocukların sosyal durumlarıyla doğrudan ilişkilendirildiği, gösterdikleri tutuma bağlı olarak çocuğun hayatına yön verebildikleri sonucuna varılmıştır. Kefalianos ve arkadaşları (102), kekemeliği olan çocuklarda kaygıyı inceledikleri çalışmalarında kekemeliği olan çocukların ve dolayısıyla etraflarında onlardan sorumlu olan bireylerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

Ebeveynlerin tüm yaşadıkları ile nasıl ve ne ölçüde başa çıktıkları sosyal destek mekanizmaları ile paralellik göstermektedir. Ebeveynlerin arkadaşlığa, dostluğa, yalnız olmadıklarını hissetmeye, duygusal desteğe ihtiyacı vardır.

Kekemeliği olan çocuğa sahip ebeveynlerin yaşadıkları kaygının sebebinin çevrelerinden destek görememeleri, destek alabilecekleri kurumların azlığı olarak nitelendirilmektedir. Sosyal destek ağı genişledikçe ve kekemeliği olan çocukların yardım alabileceği kurumlar çoğaldıkça anne-babalar durumluk kaygıları ile daha başarılı olarak başa çıkabilecekleri vurgulanmaktadır (99).

Sonuç olarak hem mevcut çalışma sonuçları hem de daha önce yapılmış çalışmalar çocuklarda kekemelik tanısının varlığının hem çocuğu hem de ebeveynleri psikolojik olarak etkilediğini göstermektedir. Bu problemle ilgili uygulanan teknikler ile terapi sürecinin de ebeveynlerde kaygı düzeyini azalttığı görülmektedir. Çocuklarla en yakın duygusal bağı kuran ve bakımıyla yetiştirilmesinden sorumlu olan anne babanın çocuklarında mevcut olan kekemelik gibi bir durumdan dolayı kaygı hissetmesinin doğal bir sonuç olabileceği düşünülmektedir. Ebeveynlerin hayatındaki en önemli varlıklarından biri olan çocuklarının kekemelik tanısı aldığı için hem kendi çocuğunun böyle bir tanıya sahip olmasının getirdiği duygusal yükün hem de çocuğunun bu duruma yönelik olarak ne yapabileceği konusunda zorlanabilmesinin ebeveynlerin kaygı düzeyinin kekemelik şiddeti düzeyi ile paralel olması üzerinde etkili olduğu düşünülebilir.

## **7.1 Sınırlılıklar**

Bu araştırmanın sınırlılıkları şöyle sıralanabilir;

1. Bu araştırma 30 kekemelik tanısı almış olan çocuk ve onların ebeveynleriyle sınırlıdır.
2. Bu çalışmada elde edilen veriler araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının ölçtüğü verilerle sınırlıdır.
3. Bu çalışma daha önce bu paralelde yapılmış olan çalışmaya rastlanmadığı için bilimsel çalışma esaslarından olan kontrol tekniklerinin kullanılmaması açısından sınırlıdır.



4. Bu çalışma deneysel çalışma esaslarından olan deney grubu ile beraber etkinin geçerliliğinin bağımsız değişkenden kaynaklandığını ispat etmeyi sağlayan kontrol grubunun kullanılmaması açısından sınırlıdır. Kontrol grubu niteliğini oluşturacak “terapi bekleme sırasında olan” çocuklara ulaşım imkanının olmaması ve buna alternatif olarak kekemelik tanısı alan çocukların ön test yapıp, terapiye alınmadan bekletilmesinin etik olmamasından dolayı kontrol grubu oluşturulmamıştır.

### 7.1.2. Öneriler

Bu alanda yapılacak olan çalışmalara yönelik olarak yapılan çalışmadan edinilen deneyimlere göre şu önerilerin faydalı olacağı düşünülmektedir:

1. İlgili alanyazın incelendiğinde kekemelik tanısı almış çocuklarla ilgili yapılmış çalışmalara rastlanırken ebeveynleriyle yapılmış çalışmaların oldukça yetersiz olduğu görülmektedir. Bu çocukların durumunda iyileşme sağlanabilmesi üzerinde etkili olabilecek önemli bir dinamik olan ebeveynlerin de dahil edildiği çalışmaların yapılmasının alanyazına ve paralelinde kekemelik tanısı almış çocuklara dönük yapılacak çözüm yöntemlerin etkili olması konusunda faydalı olacağı düşünülmektedir.
2. Bu çalışmada kekemeliğin özel durumundan dolayı etik bazı gerekçelerle kontrol grubu kullanılmamıştır. Kontrol teknikleri ve etik gereklilikleri organize edilerek yeni çalışmaların yapılmasının bağımsız değişken olan terapi sürecinin etkililiğinin sınanması konusunda daha geçerli sonuçlar ortaya koyabileceği düşünülmektedir.
3. Bu çalışmada kekemelik tanısı almış çocuklara terapi uygulanmış ve hem çocukların kekemelik şiddeti hem de ebeveynlerin kaygı düzeyleri ölçülmüştür. Kekemelik tanısı almış çocuklara terapi uygulamakla beraber ebeveynlere yönelik te psikoeğitim vb. uygulamalar yapılarak çalışma yapmanın alanyazına ve kekemelik problemine çözüm bulma konusunda faydalı olacağı düşünülmektedir.

4. Bu çalışma 30 kekemelik tanısı almış çocuk ve ebeveynleri ile yapılmıştır. Daha yüksek düzeyde katılımcı ve ebeveynleriyle yeni çalışmaların yapılmasının önemli düzeyde katkı sağlayacağı düşünülmektedir.
5. Bu çalışmada ebeveynlerin kekemelik durumu karşısındaki kaygı süreci incelenmiştir. Ebeveynlerin çocukların gelişimi üzerindeki etkisi düşünülerek ebeveynlerin farklı psikolojik dinamiklerinin de inceleneceği yeni çalışmaların yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.



## 8. KAYNAKLAR

1. Topbaş S, Maviş İ, Erbaş D. Sözel İletişim Geriliği Gözlenen ve Gözlenmeyen 0-3 Yaş Çocuklarının Erken İletişim Amaçlarının İşlevsel-İletişim Yaklaşımıyla Değerlendirilmesi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Dil ve Konuşma Bozuklukları Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, 2002.
2. Kirk S, Gallagher JJ., Coleman MR., Anastasiow NJ. Educating Exceptional Children, 13th Ed. USA: Wadsworth Cengage Learning, 2011.
3. Madanoğlu K.G. Kekeme Çocuklar İçin Bir Tarama Çalışması ve Kekemelleme Baş Etme Konusunda Hazırlanmış Bir Programın Değerlendirilmesi, M. Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2015.
4. Aybay LE. 8-12 Yaş Grubu Kekeme Çocukların Kaygı, Sosyal Fobi ve IQ Yönünden Tetkiki. M. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
5. Dumanoğlu A. Kekemelerde Yaygın Kekemelik Tutumlarının Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Açısından İncelenmesi. A. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2006
6. EzratiVinacour R, Levin I. The Relationship Between Anxiety And Stuttering :A Multidimensional Approach. Journal Of Fluency Disorders, 29(2);135-148, 2004.
7. Iverach L, O'Brian S., Jones M., Block S., Lincoln M., Harrison E., Onslow M. Prevalence of Anxiety Disorders Among Adults Seeking Speech Therapy for Stuttering Journal of Anxiety Disorders, 23(7), 928-934, 2009.
8. Moleski R, Tosi DJ. Comparative psychotherapy: Rational-Emotive Therapy Versus Systematic Desensitization in the Treatment of Stuttering. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44(2); 309, 1976.
9. Stein MB, Baird A, Walker JR. Social Phobia in Adults with Stuttering. The American Journal of Psychiatry, 153(2); 278-280, 1996.

10. Andrews G, Graig A, Feyer AM, Hoddinott S, Howie P. Stuttering: A Review of Research Findings and Theories Crica 1982. J. Speech Hear Disorders, 48; 226-246, 1993.
11. Association AP. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5, 2013.
12. Öztürk M. Okul Fobisi, İstanbul: Türkiye İş Bankası Yayınları, 2006.
13. Holmes S.D. Abnormal Psychology, 4th Ed. MA: A Pearson Education Company, 2001.
14. Yavuzer H. Çocuğu Tanımak ve Anlamak, 3. Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi, 2003.
15. Büchel C., Sommer M. What Causes Stuttering? Plos Biology, 2(2), e46; 2004.
16. Wingate M.E. A Standart Definition of Stuttering. J. Speech Hear Disorders: 29; 484-489, 1964.
17. Santé Omdl, Organization WH, Staff W, WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines: World Health Organization; 1992.
18. Guntupalli V.K., Kalinowski J., Nanjundeswaran C., Saltuklaroglu T., Everhart D.E., Psychophysiological Responses of Adults Who Do Not Stutter While Listening to Stuttering. J Psychophysiology, 62; 1-8, 2006.
19. Yairi E., Ambrose G.N. A longitudinal Study of Stuttering in Children: A Preliminary Report. J Speech Hear Res. 35; 755-760, 1992.
20. Yairi E, Ambrose GN, Early childhood stuttering. Texas :Proceed an International Publisher, 2005.
21. Roth PF, Worthington KC. Intervention for Fluency, Treatment Resource Manual for Speech-Language Pathology. Texas: Thomson Delmar Learning, 2005.
22. Andrews G. The Epidemiology of Stuttering. In: Curlee D, Perkins, E. Nature and Treatment of Stuttering. San Diego: College-Hill, 1984.

23. Yairi E, Ambrose GN. Early Childhood Stuttering I: Persistency and Recover rates. J Speech Lang Hear Res, 42; 1097-1120, 1999.
24. Dennis M. Developmental Plastisity in Children: The Role of Biological Risk, Development, Time and Reserve. J Communication Disorders, 33; 321-332, 2000.
25. Bloodstein O. A Handbook on Stuttering, 7th ed. San Diego, Clifton Park, NY, 2008.
26. Guitar B. Stuttering: An Integrated Approach to its Nature and Treatment. Lippincott Williams & Wilkins, 2013.
27. Sarı, H. Özel Eğitime Muhtaç Öğrencilerin Eğitimleriyle İlgili Çağdaş Öneriler. Ankara: Pegem A Yayıncılık, 2003.
28. Manning W.H. Clinical Decision Making in Fluency Disorders, Delmar Clifton Park NY, 2010.
29. Cole L, John JBM. Çocukluk ve Gençlik Psikolojisi (İkinci Baskı) Çeviren: Vassaf HB. İstanbul: Milli Eğitim Basımevi, 2001.
30. American Speech-Language-Hearing Association. Definitions of Communication Disorders and Variations, 1996. [www.asha.org/policy](http://www.asha.org/policy) Erişim Tarihi: 22 Ağustos 2019.
31. Mutlu A. Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracının (Stuttering Severity Instrument-4) 6-16 Yaş Okul Çağı Çocuklarda Türkçe Uyarlaması. G.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.
32. Dalton, P. (Ed.). Approaches to the Treatment of Stuttering. Routledge, 2014.
33. Sawyer J, Yairi E. American Journal of Speech Language Pathology. Health and medical complete, 15(1); 36, 2006.

34. Stoll, B., An Investigation of the Effectiveness of the Precision Fluency Shaping Program With Blacks and Whites Who Stutter, Doktora Tezi, Union Graduate School, Philosophy, New York, USA, 1980.
35. Manning, W. H., Clinical Decision-Making in Fluency Disorders, Singular Thomson Learning, Canada, 50, 77, 78, 89, 115, 118, 119, 278, 279, 2001.
36. Floyd, J., Zebrowski, P. M., Flamme, G. A., Stages of Change and Stuttering: A Preliminary View, J. Fluency Disord., 32, 95-120, 2007.
37. Peters, T. J., Guitar, B., Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment, Williams & Wilkins, Maryland, 9, 13, 14, 111, 112, 202, 204, 205, 206, 208, 209 1991.
38. Ryan BP. Programmed Therapy for Stuttering in Children and Adults. Springfield, Thomas Publishing, 2004.
39. Steinberg, L. et al. (1990). Authoritative Parenting And Adolescent Adjustment Across Varied Ecological Niches. Madison WI: National Center on Effective Secondary Schools, 1990.
40. Topçuoğlu, V.,Y. Bez, D.Sahin Biçer, H. Dıb, M. K. Kuşçu, Ç. Yazgan, D. İnce Günal ve E. Göktepe, “Essansiyel Tremorda Sosyal Fobi”, Türk Psikiyatri Dergisi, 17(2), s.93-100, 2006.
41. Koç, M. “The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy On Stuttering”, Social Behavior and Personality, 38(3), s.301-310, 2010.
42. Why Psychotherapy Doesn't Resolve Stuttering  
<http://www.veilsofstuttering.com/speech>. Erişim Tarihi: 17.07.2019.
43. MAHR, G. C.ve T. Torosian (1999), “Anxiety and Social Phobia in Stuttering”, Journal of Fluency Disorders, Volume 24, Issue 2, Summer 1999, s. 119-126, 1999.

44. Doğan, S. M. Kelleci, S. Sabancıoğulları ve D. Aydın, “Bir İlköğretim Okulunda Öğrenim Gören Çocuklarda Ruhsal Uyum Sorunları”, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, Sayı 7, s.1-5, 2008.
45. Bayramkara, E., F. Toros ve C. Özge. “Ergenlerde Sosyal Fobi ile Depresyon, Öz Kavram, Sigara Alışkanlığı Arasındaki İlişki”, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 15, s.165-173, 2005.
46. SAEZ, Annemarie. An Investigation of Stuttering Recovery and Articulation Status, M.S. Dissertation, Southern Connecticut State University, United States -Connecticut. Retrieved August 26, 2009, from Dissertations & Theses: Full Text. Publication No. AAT 1410048, 2002.
47. Ward, D., Stuttering and Cluttering: Frameworks for Understanding and Treatment, Psychology Press, New York, 2006.
48. Gilliam, R. B., Marquardt, T. P., Martin, F. N., Communication Sciences and Disorders: From Science to Clinical Practice, (Second Edition) Jones and Bartlett Publishers, LLC., Canada, 2011.
49. Bothe, A. K., Davidow, J. H., Bramlett, R. E., & Ingham, R. J., Stuttering Treatment Research 1970–2005: Systematic Review Incorporating Trial Quality Assessment of Behavioral, Cognitive, and Related Approaches, American Journal of Speech-Language Pathology, 15, 321–341, 2006.
50. Damico, J. S. Müller, N., Ball, M. J., The Handbook of Language and Speech Disorders, John Wiley and Sons, Ltd., UK, 2013.
51. Pollard, R., A Preliminary Report on Outcomes of the American Institute for Stuttering Intensive Therapy Program, Perspectives on Fluency and Fluency Disorders, 22, 5-15 2012.
52. Ryan B, Ryan B. Programmed Stuttering Therapy for Children: Comparison of Four Establishment Programs, Journal of Fluency Disorders 8, 291-321 2011.

53. Perkins, W. H. Rudas, J. Johnson, L. Michael, W. B., Curlee, R. F., Replacement of stuttering with normal speech: III. Clinical Effectiveness, *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 39, 416–428, 2004.
54. Baumeister, H., Caspar, F., Herziger, F., Treatment Outcome Study of the Stuttering Therapy Summer Camp 2000 for Children and Adolescents. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 455–463, 2003.
55. Peters, T. J., Guitar, B., Stuttering: An Integrated Approach to its Nature and Treatment (3th ed.), Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 1991.
56. Gabel., R., Daniels., D., Hughes. S., BGSU's Intensive Stuttering Clinic for Adolescents And adults, Annual Convention of the National Stuttering, 2005.
57. Humphrey, B. D., Natour, Y. A., Amayreh, M., Bilingual stuttering: comparing treatment studies of children vs. adults, Présenté au congrès de la Florida, 2001.
58. Shenker, R. C., Multilingual children who stutter: Clinical issues, *Journal of Fluency Disorders*, 36, 186-193, 2011.
59. Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete Yönetmelik, 2014.
60. Levy C. Stuttering Therapies: Practical Approaches. UK: Routledge, 2018.
61. Yairi E, Seery CH. Stuttering: Foundations and Clinical Applications. Upper Saddle River, NJ: Pearson, 2015.
62. Nang C, Ciccone N. Stuttering Prognosis and Predictive Factors of Treatment Outcome: A Review, 2016.
63. Dalton P. Approaches to the Treatment of Stuttering. UK: Routledge, 2018.



64. Riley G. Stuttering Severity Instrument for Children and Adults. 3rd ed. Personal Clinical Publishing, 2018.
65. Yaruss JS, Coleman C, Hammer D. Treating Preschool Children Who Stutter: Description and Preliminary Evaluation of a Family-Focused Treatment Approach. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 2006.
66. Ezrati-Vinacour R, Levin I. The Relationship Between Anxiety and Stuttering: a Multidimensional Approach. *Journal Of Fluency Disorders*, 29(2); 135-148, 2004.
67. Yaruss JS, Coleman, CE, Quesal RW. Stuttering in School-Age Children: A Comprehensive Approach to Treatment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 2012.
68. Ehtiyar R, Üngüren, E. Turizm Eğitimi Alan Öğrencilerin Umutsuzluk ve Kaygı Seviyeleri İle Eğitime Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1(4); 159-181, 2008.
69. Akkaya Ş. Üniversite Son Sınıftaki Öğrencilerin Kaygılarını Etkileyen Etmenler. *dersindir.net*. Erişim Tarihi: 22 Ağustos 2019.
70. Kara, H. Yöneticilerde Durumluk Kaygısının Otomatik Düşünceler Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Social Sciences*, 7(4); 244-258, 2012.
71. Baydemir A. Okul Yöneticilerinin Güç Kaynaklarını Kullanma Becerileriyle Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayımlanmamış yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2016.
72. Bayraktar G, Tekin M, Eroğlu H, Cicioğlu İ. Uluslararası ve Milli Güreş Hakemlerinin Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 8(4); 2006.
73. Budak S. Psikoloji Sözlüğü. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları, 2003.

74. Madanoğlu, GK. Kekeme Çocuklar için Bir Tarama Çalışması ve Kekemeliikle Baş Etme Konusunda Hazırlanmış bir Programın Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2013.
75. Çapkın N. Personelin Kaygı Düzeyinin İş Tatminine Olan Etkisi: Sağlık Sektöründe Yapılan Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne, 2017.
76. Cüceloğlu D. Yeniden İnsan İnsana, 36. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi, 2006.
77. Geçtan E. İnsan Olma. Metris Yayınları, İstanbul, 2004.
78. Cüceloğlu D. İnsan ve davranışı, 7.Baskı. İstanbul: Remzi Yayınevi, 2016.
79. Kaya M, Varol K. İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeyleri ve Kaygı Nedenleri (Samsun örneği). On dokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 31-63, 2004.
80. Öztürk A. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenlik Programı Öğrencilerinin Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Akademik Başarıları Arasındaki İlişki. P. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2008
81. Dilmaç O. Görsel Sanatlar Öğretmeni Adaylarının Kaygı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Güzel Sanatlar Enstitüsü Dergisi, 24; 49-65, 2010.
82. Karaman S. Sağlık ile İlgili Programlarda Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2009.
83. Tokinan BÖ. Öğretmen Adaylarının Müzik Performans Kaygılarının Bireysel Özellikler Bakımından İncelenmesi. NWSA- Fine Arts, 9(2); 84- 100, 2013.

84. Alisinaoğlu F, Ulutaş İ. Çocukların Kaygı Düzeyleri ile Annelerinin Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 28(128); 65-71, 2003.
85. Taslak S, Işıkkay Ç. A Study for The Investigation of The Nursing Students' Perceptions of Education and Anxiety and Hopelessness Levels: The Case of The School of Health. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3); 108-115, 2015.
86. Powell TJ, Enright SJ. *Anxiety and Stress Management*. Routledge, 2015.
87. Barlow DH. *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-By-Step Treatment Manual*. Guilford Publications, 2014.
88. Yücel EO. Taekwondocuların Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Düzeyleri ve Müsabaka Başarılarına Etkisi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2003.
89. Beck AJ. The Percived Effects of Incumbent Versus New Head Coaches on State Cognitive Anxiety Levels of Division I College Athletes, University of Southern Missisipi, U.S.A., 2002.
90. Craig A. Anxiety Levels in Persons Who Stutter. *Journal of Speech and Hearaing Research*, 37; 90-95, 1994.
91. Karacan E. Çocuklarda Kekemelik ve Diğer İletişim Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 4; 18-21, 2000.
92. Kelly EM. Parents as Partners: Including Mothers and Fathers in the Treatment of Children Who Stutter. *Journal of Communication Disorders*, 28(2); 93-105, 1995.
93. Orçın E. Kekeme ve Akıcı Konuşan Çocukların Benlik Kavramı ve Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. E. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1998.

94. Karasar, N. Bilimsel Araştırma Yöntemleri (31. Baskı). Ankara: Nobel Akademik, 2016.
95. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for State-Trait Anxiety Inventory, California, Consulting Psychologist Press 1970.
96. Öner, N. & Le Comte, A. Süreksiz Durumluk /Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1983.
97. Riley, G. Stuttering Severity Instrument for Children and Adults. 3rd ed., Austin, TX: Pro-Ed Publishing, 1994.
98. Riley, GD. Stuttering Severity Instrument for Children and Adults (SSI-4). 4th ed.. Pro-Ed, Inc; Austin, TX: 2009.
99. Karakaş A. Kekemelik Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinin Yaşadığı Kaygı Düzeyleri İle Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi., T. Ö. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2016.
100. Millard SK, Nicholas A, Cook FM. Is Parent–Child Interaction Therapy Effective in Reducing Stuttering? Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 2008.
101. Langevin M, Packman A, Onslow M. Parent Perceptions of the Impact of Stuttering on their Preschoolers and Themselves. Journal of Communication Disorders, 43(5); 407-423, 2010.
102. Kefalianos E, Onslow M, Ukoumunne O, Block S, Reilly S. Stuttering, Temperament, and Anxiety: Data from a Community Cohort Ages 2–4 Years. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 57(4); 1314-1322, 2014.
103. Erdem M., Çelik C., Doruk A., Özgen F., Özşahin A. Genç Erişkin Kekemelik Vakalarında Anksiyete Düzeyi ile Başa Çıkma Tutumlarının İlişkisi, 2011.

104. Ogelman G.H., Çabuk U.F. 5 Yaş Çocuklarının Sosyal Konumlarının Anne Babalarının Kabul Red Düzeyleri ile İlişkisinin İncelenmesi., Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 18(2), 2013.
105. Abalı O., Beşikçi H., Kınalı G., Tüzün D.Ü. Kekeme Çocuk ve Ergenlerin Anne Babalarının Psikiyatrik Semptomlarının Değerlendirilmesi, Düşünen Adam, 16(3); 144-146, 2003.
106. Karataş, A. Kekemelik Tanısı Olan Çocuk ve Ergenlerde Sosyal Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin, Ailelerin Çocuk Yetiştirme Tutumlarının ve Anne Babalarındaki Psikiyatrik Belirtilerin Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kahramanmaraş, 2016.
107. Sadock B, Sadock V. Pedro Ruiz. Comprehensive Text Book of Psychiatry. 9th. New York, Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
108. Lau SR, Beilby JM, Byrnes ML, Hennessey NW. Parenting Styles and Attachment in Schoolaged Children Who Stutter. Journal of Communication Disorders. 45(2):98-110, 2012.
109. Öztürk M, Tüzün Ü. Social Phobia in Children with Stuttering. Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health. 7(1):12-6, 2000.

## 9. EKLER

### Ek 1. Demografik Bilgi Formu

#### Demografik Bilgiler

Adı Soyadı:

Doğum tarihi:

Değerlendirme tarihi:

Cinsiyet:

Sınıfı:

Anne adı:

Anne mesleği:

Baba adı:

Baba mesleği:

İletişim bilgileri:

Çocuk kimlerle yaşıyor:

Değerlendiren klinisyen:

Çocuk ile ilgili bilgi veren:

Tanısı:

Problemin başlangıç yaşı:

Ailede kekemelik öyküsü:

Sizce bu probleme ne sebep olmuştur:

## Ek 2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

### DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

İsim:..... Cinsiyet:.....

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

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


		HİÇ	BIRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklelerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

### Ek 3. Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı

Kekemelik Şiddeti Değerlendirme Aracı-4

# KEŞİDA-4

Araştırmacı Kayıt Formu



---

**Klinik Konuşma Örnekleme 1 ( Okuma Testi )**

Hece Sayısı ( 150 ila 500 hece arası ) \_\_\_\_\_

Kekeleme Durumu ( Aşağıda işaretleyin veya boş bir sayfa kullanın ) \_\_\_\_\_

Hesaplama : ( Kekeleme Durumu / Hece Sayısı ) x 100 = \_\_\_\_\_%KH

---

**Klinik Konuşma Örnekleme 2 ( Konuşma Testi )**

Hece Sayısı \_\_\_\_\_

Kekeleme Durumu \_\_\_\_\_

Hesaplama : ( Kekeleme Durumu / Hece Sayısı ) x 100 = \_\_\_\_\_%KH

---

**KEŞİDA-4 Yüzdeler Dilimler ve Şiddet Eşdeğerleri**  
( Okul Çağındaki Çocuklar için Toplam Puanlar )

Toplam Puan	Yüzdeler Dilim	Şiddet Eşdeğeri
6 - 8	1 - 4	Çok Hafif
9 - 10	5 - 11	
11 - 15	12 - 23	Hafif
16 - 20	24 - 40	
21 - 23	41 - 60	Orta
24 - 27	61 - 77	
28 - 31	78 - 88	Şiddetli
32 - 35	89 - 95	
36 & üstü	96 - 99	Çok Şiddetli

---

Okuma Testi	+	Konuşma Testi	=	Ortalama %KH
_____ %KH		_____ %KH		_____

---

**Konuşma Doğallığı**

1	2	3	4	6	7	8	9
En Doğal Seviye				En Doğal Olmayan Seviye			





## Kişilik Bilgileri

İsim & Soyisim \_\_\_\_\_ Erkek  Kadın   
 Sınıf \_\_\_\_\_ Doğum Tarihi \_\_\_\_\_  
 Test Tarihi \_\_\_\_\_ Yaşı \_\_\_\_\_  
 Okul \_\_\_\_\_ Uygulayıcı \_\_\_\_\_  
 Okul Öncesi  Okul Çağı  Yetişkin  Okuma Bilen  Okuma Bilmeyen

## Sıklık

## Okuma Bilenler Tablosu

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

Sıklık Puanı   
(1.Görev+2.Görev)

## Süre

## 1 ile 10 Saniye , En Yakın - En Uzun

## 3 Kekeleme Olayının Ortalaması

	Puan
Kısa Süreli ( .5sn.veya daha az )	2
Yarım saniye ( .5 - .9 saniye )	4
1 saniye ( 1.0 - 1.9 saniye )	6
2 saniye ( 2.0 - 2.9 saniye )	8
3 saniye ( 3.0 - 4.9 saniye )	10
5 saniye ( 5.0 - 9.9 saniye )	12
10 saniye ( 10.0 - 29.9 saniye )	14
30 saniye ( 30.0 - 59.9 saniye )	16
1 dakika ( 60sn. veya daha fazla )	18

Süre Puanı

## Sekonder Davranışlar

**Değer** 0 = yok  
 1 = bakmadığın sürece farkedilmez  
 2 = gözlemci çok az farkedebilir  
 3 = dikkat dağıtıcı  
 4 = çok dikkat dağıtıcı  
 5 = şiddetli

**Baş Hareketleri:** İleri,geri,sağ / sola çevirmek,  
 yetersiz göz teması,sürekli etrafına bakınmak

0 1 2 3 4 5 \_\_\_\_\_

**Rahatsız Edici Sesler:** Gürültülü nefes almak,ısıklık çalmak,  
 burnunu çekmek,üfleme,tıklama sesleri

0 1 2 3 4 5 \_\_\_\_\_

**Yüz İfadeleri:** Çene oynatma,dil çıkartmak,  
 dudakları bastırmak,çene kası hareketleri

0 1 2 3 4 5 \_\_\_\_\_

**El ve Ayak Hareketleri:**Kol ve el hareketleri,ellerini yüze  
 koymak,bacak hareketleri ve ayak hareketleri

0 1 2 3 4 5 \_\_\_\_\_

Sekonder Davranış Puanı

## KEŞİDA-4 / TOPLAM PUAN

Sıklık \_\_\_\_+Süre \_\_\_\_ + Sekonder Davranışlar \_\_\_\_ = Toplam Puan \_\_\_\_ Yüzde \_\_\_\_ Şiddeti \_\_\_\_

## Ek 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

### Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın ebeveyn,

Kekemelik, sessiz duraksamalar ve ses üretilmemesi sonucu ortaya çıkan blokların yanı sıra istemsiz tekrarlar, ses, hece ve kelimelerin istemsiz uzamasıyla konuşmanın doğal akışının bozulması sonucu ortaya çıkan bir konuşma bozukluğudur.

Kaygı, kişinin bir uyaranla karşı karşıya kaldığında yaşadığı bedensel, duygusal ve zihinsel değişimlerle kendini gösteren bir uyarılmışlık durumudur.

Bu çalışmanın amacı, kekemelik tanısı almış 6-12 yaş arası okul çağı çocuklarının dil ve konuşma terapisi öncesi ve sonrasında ebeveynlerinin kaygı düzeylerinin karşılaştırılması ve olası farklılıkların ortaya konulmasıdır. Çalışmada 20 seanslık terapi sürecinin, okul çağındaki kekemelik tanısı almış çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeyi üzerine etkisi incelenecektir. Terapi öncesi ve sonrasında ailelerin kaygı düzeyleri incelenirken terapi sürecinin etkililiği de araştırılmış olacaktır.

Araştırma İstanbul Medipol Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi bölümü Dr. Öğr. Üyesi Ramazan Sertan ÖZDEMİR ve yüksek lisans öğrencisi Ezgi GÜNAYDIN tarafından yürütülmektedir. Çalışma için gerekli olan veriler yüz yüze değerlendirmeler sırasında uygulanacak olan aile görüşme formu ve kaygı envanteri ile toplanacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde kekemelik tanısı almış çocukların ebeveynlerinde görülen kaygının terapi öncesi ve sonrasında nasıl bir farklılık gösterdiği konusunda yardımcı olmanız olacaktır.

Çalışmanın başında tanısı konmuş ve değerlendirme aşamasında olan çocukların bir ebeveynine Aile Görüşme Formu doldurtulup ardından Sürekli Durumluk Anksiyete Ölçeği uygulanacaktır. Sonrasında çocuğun kekemelik şiddet ölçümü araştırmacı tarafından Kekemelik Şiddetini Değerlendirme Aracı (KEŞİDA) kullanılarak gerçekleştirilecektir. Bu iki araçla ilk veriler toplandıktan sonra 20 seanslık terapi sürecinde çocuğun belirli kazanımları elde edeceği öngörüsünden hareketle, ebeveynlerin post-test ölçümleri yapılacaktır. Aynı zamanda çocukların kekemelik şiddet puanı ölçümleri KEŞİDA ile yeniden hesaplanacaktır. Daha sonra ebeveynlere araştırmacının oluşturduğu Memnuniyet Formu doldurtulacaktır. Ardından Sürekli Durumluk Anksiyete Ölçeği yeniden yapılarak uygulanacaktır.

Bu çalışmanın tüm verileri Ezgi GÜNAYDIN'ın yüksek lisans tezinde kullanılacaktır. Vermiş olduğunuz bilgiler kimse ile paylaşılmayacaktır. Çocuğunuza ve size ait kişisel bilgileriniz çalışmanın her aşamasında gizli tutulacaktır.

Formu imzalamadan önce çalışmaya dair sorularınızı lütfen araştırmacıya sorunuz. Daha sonra danışmak istediğiniz hususlar olursa çalışma yürütücülerinden Ezgi GÜNAYDIN'a 05337345815 nolu telefondan ulaşabilirsiniz.

"Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu"ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili sözlü ve yazılı açıklama aşağıdaki adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Çalışmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak çalışmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu çalışmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. "6-12 yaş arası kekemelik tanısı almış okul çağı çocuklarının dil ve konuşma terapisi öncesi ve sonrasında ebeveynlerinin kaygı düzeylerinin karşılaştırılması" araştırması kapsamında değerlendirme sonuçlarının yapılması planlanan araştırmada kimlik bilgilerimin gizli tutularak kullanılmasına izin veriyorum."

Katılımcının Velisinin;

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

## 10. ETİK KURUL ONAYI



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

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.47603  
Konu : Etik Kurulu Kararı

30/10/2018

**Sayın Ezgi GÜNAYDIN**

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “6-12 Yaş Arası Kekemelik Tanısı Almış Çocukların Ebeveynlerinin Dil ve Konuşma Terapisi Öncesi ve Sonrasında Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması” isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

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

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 30.10.2018 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden A4D039F1X4 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](http://www.medipol.edu.tr)  
Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto: bilgi@medipol.edu.tr)



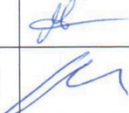
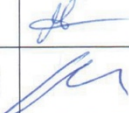

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	6-12 Yaş Arası Kekemelik Tanısı Almış Çocukların Ebeveynlerinin Dil ve Konuşma Terapisi Öncesi ve Sonrasında Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Ezgi Günaydın			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Dil ve Konuşma Terapisti			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" 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"/> Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	<b>Karar No: 523</b>	<b>Tarih: 24/10/2018</b>		
	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
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. İlkur 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 ÖLCAY	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

## 11. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Ezgi	<b>Soyadı</b>	Günaydın
<b>Doğum Yeri</b>	İstanbul	<b>Doğum Tarihi</b>	22.10.1990
<b>Uyruğu</b>	T.C.		
<b>E-mail</b>	ezgigunaydin@yandex.com	<b>Tel</b>	0533 734 58 15

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Yüksek Lisans</b>	İstanbul Medipol Üniversitesi	
<b>Lisans</b>	Haliç Üniversitesi	2015
<b>Lise</b>	Kemal Hasoğlu Lisesi	2009

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl-Yıl)</b>
1.Psikolog	Pera Özel Eğitim Kurumları	2018-2020
2.Psikolog	Bil Koleji	2017-2017
3.Psikolog	Yeni İstanbul Özel Eğitim Merkezi	2016-2016

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama*</b>	<b>Konuşma*</b>	<b>Yazma*</b>
İngilizce	orta	orta	orta

<b>ALES Puanı</b>	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>(Diğer) Puanı</b>	59,09	58,05	64,22

### Bilgisayar Bilgisi

<b>Program</b>	<b>Kullanma Becerisi</b>
Microsoft office	orta