



Kapadokya Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü
Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

KEKEMELİKTE OLUMSUZ DÜŞÜNCE VE İNANÇLARIN YORDANMASINDA BİLİNÇLİ FARKINDALIK VE PSİKOLOJİK ESNEKLİĞİN ROLÜ

Buse GÜRHAN

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir, 2023

KEKEMELİKTE OLUMSUZ DÜŞÜNCE VE İNANÇLARIN YORDANMASINDA
BİLİNÇLİ FARKINDALIK VE PSİKOLOJİK ESNEKLİĞİN ROLÜ

Buse GÜRHAN

Kapadokya Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü
Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir, 2023

TEŞEKKÜR

Çalışmam boyunca akademik bilgi ve tecrübeleriyle bana yön gösteren, destek ve emeklerini esirgemeyen, değerli zamanını bana ayıran ve danışmanım olarak beni onurlandıran kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Gamze Yeşilli PUZELLA'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yardımcı danışmanım olup beni kabul edip değerli vaktini ve bilgilerini paylaşan, tezde dikkat etmem gereken noktalarla ilgili bilgilerinden faydalandığım hocam Doç. Dr. Ayşe Aydın Ünsal'a teşekkür etmek istiyorum.

Hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman eksik etmeyen, benim için her türlü fedakarlıkta bulunan ve bana güvenen canım babam Ahmet GÜRHAN'a, her koşulda yanımda olan canım annem Kezban GÜRHAN'a, bana inanıp destek olan sevgili kardeşim Bora GÜRHAN'a ve hayatımı her zaman güzelleştiren canım babaannem Cemile GÜRHAN'a teşekkür etmek istiyorum.

Kapadokya Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümünden tez sürecimde desteklerini ve yardımlarını esirgemeyen bütün hocalarıma teşekkürlerimi sunmak istiyorum.

Ayrıca çalışmamda beni destekleyen arkadaşlarıma teşekkürlerimi iletmek istiyorum.

Teşekkürler.

ÖZET

GÜRHAN Buse. *Kekemelikte olumsuz düşünce ve inançların yordanmasında bilinçli farkındalık ve psikolojik esnekliğin rolü*, (Yüksek Lisans Tezi), Nevşehir, 2023.

Bu araştırma kekemelikte olumsuz düşünce ve inançların yordanmasında bilinçli farkındalık ve psikolojik esnekliğin rolü'nün incelenmesini amaçlamaktadır. Araştırmanın katılımcılarını 34 (%68) erkek, 16 (%32) kadın akıcılık problemi yaşayan 18 yaş üstü sağlıklı bireyler oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında kekemelikte olumsuz düşünce ve inançların yordanmasında bilinçli farkındalık ve psikolojik esnekliğin rolü'nü değerlendirebilmek için Kekemelik Hakkında Olumsuz Düşünce ve İnançlar Ölçeği (UTBAS), Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ), Kabul ve Eylem Formu-2 (KEF-2) kullanılmıştır. Çalışma sonucunda kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar altboyutlarından olumsuz düşünce ve inançların sıklığı ile bilinçli farkındalık arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .494$; $p < 0.001$), psikolojik esneklik arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ($r = .608$; $p < 0.001$); olumsuz düşünce ve inançlar altboyutlarından kekemeliğe ilişkin olumsuz düşüncelere inanç altboyutu ile bilinçli farkındalık arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .520$; $p < 0.001$), psikolojik esneklik arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ($r = .641$; $p < 0.001$); olumsuz düşünce ve inançlar altboyutlarından olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygı ile bilinçli farkındalık arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .532$; $p < 0.001$), psikolojik esneklik arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .502$; $p < 0.001$), kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar toplamı ile bilinçli farkındalık arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .531$; $p < 0.001$), psikolojik esneklik arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .591$; $p < 0.001$) ilişki saptanmıştır. Literatürde benzer bir çalışmaya rastlanmaması nedeniyle, elde edilen sonuçların bir ilk olması bakımından önem taşıdığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler

Kekemelik, Olumsuz Düşünce ve İnançlar, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik

ABSTRACT

GÜRHAN Buse. *The role of mindfulness and psychological flexibility in predicting negative thoughts and beliefs in stuttering*, Master's Thesis, Nevşehir, 2023.

This study aims to examine the role of mindfulness and psychological flexibility in predicting negative thoughts and beliefs in stuttering. The participants of the study consisted of 34 (68%) male and 16 (32%) female healthy individuals over the age of 18 with fluency problems. Within the scope of the study, the The Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering (UTBAS), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), and Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) were used to evaluate the role of mindfulness and psychological flexibility in predicting negative thoughts and beliefs in stuttering. As a result of the study, the frequency of negative thoughts and beliefs about stuttering was positively and moderately correlated with mindfulness ($r = .494$; $p < 0.001$), positively and highly correlated with psychological flexibility ($r = .608$; $p < 0.001$); among the negative thoughts and beliefs subdimensions, the belief in negative thoughts about stuttering subdimension was positively and moderately correlated with mindfulness ($r = .520$; $p < 0.001$), positively and highly correlated with psychological well-being ($r = .641$; $p < 0.001$); anxiety about negative thoughts and beliefs, one of the subdimensions of negative thoughts and beliefs, was positively and moderately correlated with mindfulness ($r = .532$; $p < 0.001$), positively and moderately correlated with psychological flexibility ($r = .502$; $p < 0.001$), positive and moderate ($r = .531$; $p < 0.001$), positive and moderate ($r = .591$; $p < 0.001$) relationship was found between total negative thoughts and beliefs about stuttering and mindfulness, and positive and moderate ($r = .591$; $p < 0.001$) relationship was found between psychological flexibility. There is no study in the literature on the related results. Since there is no similar study in the literature, the results obtained are thought to be important in terms of being a first.

Keywords

Stuttering, Negative Thoughts and Beliefs, Conscious Awareness, Psychological Resilience

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ETİK BEYAN.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM.....	4
GENEL BİLGİLER.....	4
1.1. KONUŞMA BOZUKLUKLARI	4
1.1.1. Akıcılık Bozuklukları	5
1.2. KEKEMELİK.....	6
1.2.1. Kekemelik Tanımı	7
1.2.2. Kekemeliğin Epidemiyolojisi	8
1.2.3. Kekemelik Kuramları	9
1.2.3.1. Yapısal Nedenlere Yönelik Kuramlar	10
1.2.3.2. Psikolojik Kuramlar	11
1.2.3.3. Öğrenme ve Şartlanma Teorileri.....	11
1.2.3.4. Talepler ve Kapasiteler Modeli.....	12
1.2.4. Kekemelik Riskini Artıran Faktörler	13
1.2.5. Kekemeliğin Diğer Özellikleri.....	15
1.2.6. Kekemeliğin Dönemleri.....	17
1.2.7. Kekemeliğin Bireyler Üzerine Etkisi.....	18
1.2.7.1. Kekemeliğin bireylerin iletişim davranışlarına etkisi.....	18
1.2.7.2. Kekemeliğin bireylerin psikolojik durumlarına etkisi	19
1.2.7.3. Kekemeliğin bireylerin sosyal özelliklerine etkisi	21
1.2.7.5. Kekemeliğin bireylerin akademik özelliklerine etkisi	23
1.3. KEKEMELİĞE AİT OLUMSUZ DÜŞÜNCE, İNANÇ VE KAYGI	23

1.4. KEKEMELİK VE BİLİNÇLİ FARKINDALIK.....	26
1.5. KEKEMELİK VE PSİKOLOJİK ESNEKLİK	28
2. BÖLÜM.....	31
GEREÇ VE YÖNTEM	31
2.1. Araştırma Modeli	31
2.2. Evren ve Örneklem	31
2.3. Veri Toplama Araçları.....	31
2.4. Veri Analizi	32
3. BÖLÜM.....	34
BULGULAR	34
3.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular	34
3.2. Olumsuz Düşünce ve İnançlara İlişkin Bulgular.....	35
3.3. Bilinçli Farkındalığa İlişkin Bulgular.....	39
3.4. Psikolojik Esnekliğe İlişkin Bulgular	42
3.5. Kekemelikte Olumsuz Düşünce ve İnançların Yordanmasında Bilinçli Farkındalık ve Psikolojik Esnekliğin Rolü	45
4. BÖLÜM.....	47
TARTIŞMA	47
SONUÇ.....	50
KAYNAKÇA	52
EK-1. Orijinallik Raporu.....	59
EK-2. Etik Kurul İzin Formu.....	60
EK-3. Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu.....	61
EK-4. Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....	62
EK-5. Kekemelik Hakkında Olumsuz Düşünce İnançlar Ölçeği (UTBAS).....	63
EK-6. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BIFO).....	64
EK-7. Kabul ve Eylem Formu-2 (Acceptance and Commitment Questionnaire-2).....	65

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Bilinçli Farkındalığın Bileşenleri (Brown ve ark.,2007)	23
Tablo 2. Katılımcıların demografik özellikleri	30
Tablo 3. Katılımcıların UTBAS ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar	31
Tablo 4. Katılımcıların yaşı ile olumsuz düşünce ve inançlar arasındaki ilişki.....	31
Tablo 5. Katılımcıların cinsiyetine göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar düzeylerinin karşılaştırılması	32
Tablo 6. Katılımcıların eğitim durumuna göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar düzeylerinin karşılaştırılması	32
Tablo 7. Katılımcıların çalışma durumuna göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar düzeylerinin karşılaştırılması.....	32
Tablo 8. Katılımcıların gelir düzeyine göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar düzeylerinin karşılaştırılması	33
Tablo 9. Katılımcıların medeni durumuna göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar düzeylerinin karşılaştırılması.....	33
Tablo 10. Katılımcıların çocuk sahibi olup olmama durumuna göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar düzeylerinin karşılaştırılması.....	34
Tablo 11. Katılımcıların kronik hastalığının olup olmasına göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar düzeylerinin karşılaştırılması.....	34
Tablo 12. Katılımcıların ilaç kullanıp kullanmama durumuna göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar düzeylerinin karşılaştırılması.....	34
Tablo 13. Katılımcıların bilinçli farkındalık ölçeğinden elde ettikleri ortalama puan....	35
Tablo 14. Katılımcıların yaşı ile bilinçli farkındalık düzeyi arasındaki ilişki.....	35
Tablo 15. Katılımcıların cinsiyetine göre bilinçli farkındalık düzeylerinin karşılaştırılması	35
Tablo 16. Katılımcıların eğitim durumuna göre bilinçli farkındalık düzeylerinin karşılaştırılması	35
Tablo 17. Katılımcıların çalışma durumuna göre bilinçli farkındalık düzeylerinin karşılaştırılması	36
Tablo 18. Katılımcıların gelir düzeyi göre bilinçli farkındalık düzeylerinin karşılaştırılması	36

Tablo 19. Katılımcıların medeni durumuna göre bilinçli farkındalık düzeylerinin karşılaştırılması	36
Tablo 20. Katılımcıların çocuk sahibi olup olmama durumuna göre bilinçli farkındalık düzeylerinin karşılaştırılması	37
Tablo 21. Katılımcıların kronik hastalığının olup olmama durumuna göre bilinçli farkındalık düzeylerinin karşılaştırılması.....	37
Tablo 22. Katılımcıların ilaç kullanma durumuna göre bilinçli farkındalık düzeylerinin karşılaştırılması	37
Tablo 23. Katılımcıların kabul ve eylem formu-2'den elde ettikleri ortalama puanlar.....	38
Tablo 24. Katılımcıların yaşı ile psikolojik esneklik düzeyleri arasındaki ilişki	38
Tablo 25. Katılımcıların cinsiyetine göre psikolojik katılım düzeylerinin karşılaştırılması	38
Tablo 26. Katılımcıların eğitim durumuna göre psikolojik katılım düzeylerinin karşılaştırılması.....	38
Tablo 27. Katılımcıların çalışma durumuna göre psikolojik katılım düzeylerinin karşılaştırılması	39
Tablo 28. Katılımcıların gelir düzeyine göre psikolojik katılım düzeylerinin karşılaştırılması	39
Tablo 29. Katılımcıların medeni durumuna göre psikolojik katılım düzeylerinin karşılaştırılması	39
Tablo 30. Katılımcıların çocuk sahibi olup olmama durumuna göre psikolojik katılım düzeylerinin karşılaştırılması	39
Tablo 31. Katılımcıların kronik hastalığının olup olmama durumuna göre psikolojik katılım düzeylerinin karşılaştırılması	40
Tablo 32. Katılımcıların ilaç kullanıp kullanmama durumuna göre psikolojik katılım düzeylerinin karşılaştırılması.	40
Tablo 33. Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar ile bilinçli farkındalık ve psikolojik esneklik arasındaki ilişki	41

GİRİŞ

İletişim yaşamın başladığı andan itibaren olan, insanoğlunun evrimiyle dinamikleşmekte olan bir süreç olup bu süreçte insanın diğer varlıklardan ayrılmasını dil ve konuşma becerileri sağlamaktadır (Topbaş, 2011). Dili iletişimin gerçekleşmesini sağlayan araç olarak düşünecek olursak konuşmayı da bu aracı iletme yolu olarak nitelendirebiliriz (Shames ve ark., 1998).

Konuşma, sözlü dilde ses üretmek için gerekli olan motor işlemler ile tanımlanmakta olup fonasyon, rezonans ve artikülasyon içeren bir sürecin ürünü olarak nitelendirilebilir (Silverman, 2004). Amerikan Konuşma-Dil-İşitme Derneği (ASHA) Yasama Konseyi, konuşma bozukluğunu konuşma seslerinin artikülasyonunda, akıcılığında ve/veya konuşma sesinde bozukluk olması olarak tanımlamaktadır (Topbaş, 2011).

Kekemelik, konuşma akışında tekrarlar, uzatmalar, bloklar ve duraklamaların olduğu, konuşma akıcılığının bozulduğu, kişinin psiko-sosyal yaşamının ve yaşam kalitesinin önemli ölçüde etkilendiği bir konuşma bozukluğudur (Guitar, 2014). Duygusal boyutlarından biri olan kaygı, kekemeliğe sıklıkla eşlik eder ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Bu nedenle kekemeliği olan bireyler okul öncesi dönemden başlayarak yetişkinlik dönemi de dahil olmak üzere yaşam boyu sosyal ve psikolojik zorluklar yaşayabilmektedir (Temiz, 2020). Kekemelik ve kaygı arasındaki bu ilişki konuşmanın günlük yaşam ve sosyal ilişkiler açısından önemi düşünüldüğünde daha iyi anlaşılmaktadır. Yetişkinlikte sosyal kaygı, olumsuz dinleyici tepkileri, eğitimsel ve mesleki zorluklar, düşük yaşam kalitesi ve sosyal durumlardan kaçınma ile ilişkilidir (Blumgart ve ark., 2010). Bununla birlikte yetişkinlik döneminde görülen yüksek kaygı kekemelik şiddetinin de artmasına neden olabilmektedir (Menzies ve ark., 2009). Kekelemeye başlayan kişi beklenilmedik bir durum ile karşı karşıya kaldığında utanç, hayal kırıklığı, endişe ve korku gibi duyguların önemli bir kısmını yaşar ve bu duygular kişinin çalışma hayatında, eğitim hayatında ve sosyal ilişkilerinde kendisini sınırlamasına yol açabilmektedir (Gitar, 2006).

Bilinçli farkındalık, zihnin hem uyanık hem de çevresinin farkında olduğu ikili bir varlık halidir. Bilinçli farkındalık kişinin ortaya çıkmakta olan negatif duygularını bastırmaya ve değiştirmeye çalışmadan, bu duyguları deneyimlemekten uzak durmadan ortaya çıkmakta olan negatif duygulara yönelik açık ve alıcı olarak düşünmeyi seçmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Tatlıoğlu ve Deniz, 2011). Konu üzerine çalışmalar gerçekleştiren araştırmacılar bilinçli farkındalığın doğrudan ve dolaylı bir şekilde farklı mekanizmalara olan etkilerinden ötürü psikolojik iyi oluşu olumlu yönde etkilediğini ileri sürmektedirler (Brown ve Ryan, 2003; Brown ve ark., 2007).

Bilinçli farkındalığın artmasıyla beraber sevgi, şefkat, affedicilik vb. duygularda da artış gerçekleşmektedir. Başka bir ifadeyle bilinçli farkındalık belirtilen bu duyguları besler. İnsanlar da böylelikle negatif duyguların neden olduğu yıkıcı etkilerden çok daha az etkilenirler (Özyeşil, 2011).

Psikolojik esneklik, bireyin zor durumlarla başa çıkma, kabul etme ve uyum sağlama yeteneğini ifade eder (Burton ve Bonanno, 2016; Kashdan, Barrios, Forsyth ve Steger, 2006; Kashdan ve Rottenberg, 2010; Kashdan ve diğerleri, 2006). Stresli yaşam olayları yaşanırken, psikolojik esneklik olumsuz duygulara karşı koruyucudur ve olumlu ruh sağlığını geliştirebilir (Masuda ve ark., 2011). Yani psikolojik esneklik, stres ve olumsuz psikolojik sonuçlar arasında bir tampon görevi görebilir (Gloster, Meyer ve Lieb, 2017). Örneğin, psikolojik olarak daha esnek olanlar, stresli yaşam olayları sırasında tipik olarak daha düşük düzeyde depresyon, kaygı ve sıkıntı bildirirler (Masuda ve ark., 2011).

Yüksek psikolojik esnekliğe sahip olan kişiler yaşamlarında karşı karşıya kaldıkları zorluklara karşı daha dayanıklıdır ve kaygı ve depresyon gibi psikolojik problem belirtilerini de daha az gösterme eğilimindedirler (Ciarrochi ve ark., 2020). Bu nedenle kekemeliği olan bireylerde bireyin olumsuz düşüncelerini doğru tespit edip müdahale etmek, bireyin bilinçli farkındalık ve psikolojik esnekliği üzerinde önemli rol oynayacaktır. Kekeleyen bireyin olumsuz düşünce ve inançları bireyin gündelik yaşamında ve sosyal ilişkilerinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu araştırmada kekemelikte olumsuz düşünce ve inançların

yordanmasında bilinçli farkındalık ve psikolojik esnekliğin rolünün belirlenmesi amaçlanmaktadır.



1. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. KONUŞMA BOZUKLUKLARI

ASHA (American Speech and Hearing Association-Amerikan Konuşma ve İşitme Derneği) iletişim bozukluklarını konuşma ve dil bozuklukları olarak sınıflandırmaktadır. Sınıflandırılan bu iki başlık içerisinde konuşma bozuklukları, artikülasyon bozuklukları, dil ve konuşma gelişimindeki gecikme ve bozukluklar, ses ve akıcılık sorunları gibi birbirinden farklı ama birbiriyle ilişkili sorunlar bulunmaktadır. Bu sorunlar gelişimsel olabildiği gibi edinilmiş de olabilir ve hafif düzeyden şiddetli düzeye kadar farklı spektrumlarda ortaya çıkabilir (ASHA, 1993).

Konuşma bozuklukları hem çocuk hem de erişkin yaş gruplarını etkilemektedir. Bu bozukluklar bir sesi üretememekten, ileri düzeyde anlaşılabilirliği düşük bir konuşmaya kadar değişebilir. Dil ve konuşma terapisi alanının amacı dil, konuşma, biliş, ses, yutma ve bunlara yol açabilecek bilişsel ve fiziki sorunları ve bu sorunlar için oluşturulan terapi yöntemlerinin incelenmesidir (Lanier, 2010). Johnson'a (1955) göre konuşma bozukluğu bir bireyin ne söylediğinden ziyade söyleme şeklinin dikkat çektiği bir bozukluktur.

Amerikan Psikiyatri Birliği, iletişim bozukluklarını nörogelişimsel bozukluklar içerisinde konumlandırmış olup 5 alt başlıkta ele almaktadır. Bunlar aşağıdaki gibidir:

1. Dil bozukluğu
2. Konuşma sesi bozukluğu
3. Çocukluk döneminde başlayan akıcılık bozukluğu (kekemelik)
4. Sosyal iletişim bozukluğu

5. Tanımlanmamış iletişim bozukluğu

1.1.1. Akıcılık Bozuklukları

Yaygın olarak görülen dil ve konuşma bozukluklarından birisi de akıcılık bozukluğudur. ASHA'nın (2018) tanımıyla akıcı konuşma bozukluğu, konuşma hızı ve ritminin normalden farklı olmasına ilave olarak ses, hece, sözcük ve sözcük öbeklerinin tekrarlarıyla konuşmanın akıcılığının sekteye uğradığı bir bozukluktur. Bu durumlara aşırı kaygı, çabalama davranışı ve ikincil davranışlar da eklenebilmektedir.

Akıcılık bozukluklarının bir diğeri ise hızlı bozuk konuşmadır. Hızlı bozuk konuşma (cluttering) çok hızlı konuşma ve/veya düzensiz konuşma ile karakterize bir bozukluktur ve kekemelikten ayırmak güç olabilir. Bu bozuklukta konuşmanın akışında kesintiler, aşırı düzeyde hızlı konuşma, ritimde bozukluk, yanlış ya da eksik seslendirme ya da söylenenden emin olamama durumu olabilir. Bu bozuklukta kekemelikten farklı olarak, bireyler çoğunlukla sahip oldukları bozukluğun farkında değildirler ve bu bozukluğa öğrenme güçlükleri, dikkat eksikliği, dikkat dağınıklığı gibi ilave semptomlar da eşlik edebilmektedir (ASHA, 1993, Duchan ve Felsenfeld, 2021).

Hızlı bozuk konuşma, otoriteler tarafından kekemelikten farklı bir konuşma bozukluğu olarak tanımlanmaktadır ancak kekemeliğe de eşlik edebilmektedir. Hızlı bozuk konuşma, kekemelik başlamadan önce ya da kekemelik terapisi yapıldıktan sonra fark edilebilir fakat birey ağır derecede kekeleyen ise çoğunlukla farkına varılamayabilir. Zaman zaman, hızlı bozuk konuşmaya sahip bireyler kendilerini kekeleyen bireyler olarak tanımlayabilmektedirler (ASHA, 1993). Yapılan bir çalışmada hızlı bozuk konuşmaya sahip her 11 kişiden 7'sine kekemeliğin eşlik ettiği görülmüştür (Ward ve ark., 2015). Akıcılık bozukluklarından olan kekemelik ve hızlı bozuk konuşma bozukluğunun doğru olarak tanımlanması önem arz etmektedir. Aksi takdirde, kekemelik tanısında güçlükler ortaya çıkabilmektedir (Brosch ve Pirsig, 2001). Doğru terapi için

bozuklukların tanımlarının doğru olarak yapılması oldukça önemlidir. (Brosch ve Pirsig, 2001; Cangi, 2008).

1.2. KEKEMELİK

Kekemelik, seslerin, hecelerin veya kelimelerin tekrarıyla karakterize bir konuşma bozukluğu olup seslerde uzama ve blok olarak bilinen konuşma kesintileridir. Kekeleyen kişiler ne söylemek istediklerini tam olarak bilmelerine karşın normal bir konuşma akışı oluşturma konusunda zorluk yaşarlar (Dönmez ve Özcan, 2020).

“Uluslararası Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının İstatistiksel Sınıflandırmasına” (ICD-10, 2007) göre kekemelik, seslerde, hecelerde veya kelimelerde sık tekrarlar, uzatmalar veya sık sık duraklamalar ve ara sıra konuşma ritminde bozulmalar (WHO, 2007) şeklinde ifade edilmektedir.

Amerikan Psikiyatri Birliği'ne (2013) (DSM-5) göre kekemelik tanı kriterleri şu şekildedir:

A. Bireyin yaşı ve dil becerileri açısından uygun olmayan, zamanla düzelmeyen, konuşmanın akıcılığındaki ve zamanlamasındaki bozukluklardır. Bu bozukluklar aşağıdakilerden bir ya da daha fazlasının sıkça ve belirgin olarak ortaya çıkması ile karakterizedir:

1. Ses ya da seslem (hece) tekrarları,
2. Ünsüz ve ünlü seslerin uzatılması,
3. Kırık kelimeler (broken words örn. kelimenin içinde ara verilmesi),
4. Sesli veya sessiz duraklamalar (konuşma sırasında doldurulan ya da doldurulamayan aralar),
5. Dolambaçlı konuşma (sorun yaşanan kelimeleri söylememek için yerine farklı bir kelime kullanma),

6. Kelimeleri çıkarırken büyük bir gerginlik yaşanması,

7. Tek heceli tam kelime tekrarları (örn. "Ben-ben-ben-ben onu görüyorum").

B. Bu bozukluk, konuşma hususunda kaygı yaratır veya etkin iletişimde, toplumsal katılımda, okul veya iş başarısında zorluklara yol açar

C. Semptomlar erken gelişim döneminde başlamıştır.

D. Kekemelik konuşma ile ilgili devinsel ya da duygusal eksikliğe, inme, yaralanma, tümör gibi nörolojik durumlara eşik etmekte olan akıcılık bozukluğuna ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve farklı bir ruhsal bozuklukla açıklanamaz

1.2.1. Kekemelik Tanımı

Seslerin, hecelerin ya da kelimelerin tekrarı ile karakterize bir konuşma bozukluğudur. Seslerde uzama ve blok olarak bilinmekte olan konuşma kesintileridir. Kekeleyen bireyler söylemek istedikleri şeyleri tam manasıyla bilseler de normal bir konuşma akışını oluşturma konusunda güçlük çekerler (Yairi ve Seery, 2011).

Bloodstein ve Ratner (2008) kekemeliği, konuşma akıcılığı ve/veya ritminde kesinti ve blokların görüldüğü bir bozukluk olarak tanımlamaktadır. Bloodstein ve Ratner (2008), kekeleyen bireylerin konuşma kesintilerinin normal olan bir akıcısızlıktan ayırmak için bu bireylerin kendi konuşmalarına gösterdikleri tepkiye bakılmasını önermiştir. Kekeleyen bireyler konuşmalarında akıcı olmadıklarını fark ettiklerinde utanç ve korku duymakta ayrıca konuşmaktan kaçınma davranışları göstermektedirler.

Van Riper (1992) kekemeliği, konuşmada bloklar, hece tekrarları ve/veya uzatmaların olduğu birçok bileşene sahip bir bozukluk olarak tanımlamaktadır.

Kekemelik konuşma akıcılığında irade dışı meydana gelen bozukluklar sonucu gelişmektedir (Sadock ve Sadock, 2007). Zebrowski ve Kelly (2002);

kekemeliğin bir iletişim bozukluğu olup gözlenebilir ya da gözlenemeyen özelliklere sahip olan bir davranış olduğunu belirtmektedir.

1.2.2. Kekemeliğin Epidemiyolojisi

Bloodstein ve Ratner (2008), her 100 kişiden 5'inin hayatının bir döneminde kekelediklerini bildirmiştir. Telefon görüşmesi aracılığıyla 12.131 kişiyle yapılan bir araştırmada kekemeliğin prevalansı %0,72 olarak bulunmuş ve erkeklerde kadınlardan en az %50 oranında daha sık görüldüğü ortaya konmuştur. Kekemeliğin insidansı ise %2,2 olarak saptanmıştır (Craig ve ark., 2002).

Mansson (2000), yaptığı boylamsal bir çalışmada kekemeliğin kendiliğinden düzelme oranının %71,4 kekemeliğin kronikleşme oranının ise %28,6 olduğunu saptamıştır.

Akıcı konuşma bozukluğunun bilinen en yaygın türü olan kekemelik, karmaşık bir sorundur (Al-Qaisi, Ali ve Khudhair, 2020). Kekemelik, dünya genelinde tüm kültür ve toplumlarda var olan, zeka, gelir ve meslek ayrımı gözetmeyen, yaygınlık oranlarındaki farklılığa rağmen her yaştan ve her cinsiyetten insanları etkileyen yaygın bir bozukluktur (Xing-Ming ve ark., 2001). Kekemeliğin yaygınlığına ilişkin yapılan araştırmalarda genel nüfusun yaklaşık %1'ini etkilediği tahmin edilmektedir. Bu oran ise yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık üç milyon kekeleyen insan olduğu anlamına gelmektedir (Nicholls, 2013). Kekemeliğe dair yaygınlık oranı; Topbaş, Konrot ve Başal'ın 1996 yılında Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesinden 25 ildeki 59 özel ve resmi kurumdan aldığı verilere göre %19 kekemelik oranı ile kekemeliğin konuşma güçlüğü gruplarının başını çektiğini göstermektedir (Topbaş, Konrot ve Ege, 2002). Guita'a (2006) göre ise, kekemelik oranı yaklaşık %5'tir. Ancak bazı çalışmalarda, kekemelik oranı popülasyona ve araştırmada kullanılan yöntemle ilgili olarak değişebilmektedir. Örneğin, Packman ve arkadaşları (2007) toplumda %1'lik bir yaygınlık ve yaklaşık %5'lik bir sıklıkta görülen bu konuşma bozukluğunda, erkeklerin kızlara oranını yetişkinlerde 5/1 olarak belirtmiştir.

İran’da yapılan bir çalışmaya göre okul çocukları arasında kekemelik oranı %1’dir (Aghaz ve ark., 2020). Guita (2006) kreş çocuklarında kekemeliğin yaygınlık oranının %2,4 civarında olduğunu belirtmiştir.

Kekemelik, erkeklerde kadınlardan yaklaşık üç veya dört kat daha yaygındır (Nicholls, 2013), ancak okul öncesi çocuklarda bu oran yaklaşık 2/1’dir (Yairi ve Ambrose 1992). Bu oran, okul öncesi yıllarda kızlarda kekemeliğin kendiliğinden iyileşme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Lees, 1999).

Kekemelik, zorlayıcı konuşma bozukluklarından biri olarak kabul edilmektedir. İyileşmesi ve düzeltilmesi de oldukça zordur. Ancak konuşma terapistlerinin hazırladığı terapi planları ile kekemeliğin şiddetinin hafifletilmesinin yanı sıra kekemelikte daha iyi bir şekilde baş edilmesi, kekemeliğe ilişkin olumsuz tutum ve inançların değiştirilmesi sağlanabilmektedir (Serebryakova ve Shashkina, 2020). Birçok kekeleyen çocuk ve yetişkin bu konuda profesyonel yardıma ihtiyaç duymaktadır.

1.2.3. Kekemelik Kuramları

Literatüre bakıldığında, kekemeliğin sebebine ilişkin bir fikir birliği olmadığı görülmektedir. Multifaktöriyel durumlardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Kekemeliğin nedenine ilişkin kuramlar genel olarak yapısal teoriler, psikolojik teoriler, öğrenme teorileri, şartlanma teorileri ve talep kapasite modeli gibi teorilerden oluşmaktadır (Yairi ve Seery, 2015).

Kekemeliğe yol açtığı düşünülen nedenlere bakıldığında tek bir bakış açısı ile tanımlamak mümkün gözükmemektedir. Biyolojik, psikolojik, çevresel ve genetik etmenlerin birlikte olarak ve birbirleriyle etkileşim halinde kekemeliğe yol açtığı düşünülmektedir. Tüm bu nedenler sonucu ortaya çıkan kekemeliğe eşlik eden engellenme duygusu, utanç ve kaygı bireyin yaşamında problemlere yol açabilmektedir (Conture, 2001).

1.2.3.1. Yapısal Nedenlere Yönelik Kuramlar

Kekemelik çocukluk çağında başladığından kekemeliğin kökeninde genetik etmenlerin olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Vakaların %85'inde genetik gelişimsel dil problemleri olduğu görülmektedir (Peters ve Guitar, 1991).

Literatürdeki bazı çalışmalar kekemeliğin psikolojik, davranışsal ve fizyolojik sebeplerden dolayı ortaya çıktığını belirtmektedir (Peters ve Guitar, 1991; Schwartz, 1999). Son yıllardaki bazı çalışmalarda kekemeliğin nörofizyolojik mekanizması üzerinde durulmasına rağmen net bir fikir birliğine varılamamıştır. Bu kuramların temeli serebral baskınlık kuramıyla ilgilidir. Konuşmadan sorumlu tek bir serebral hemisferin varlığı fikrinden son yıllarda uzaklaşmış, nöromotor organizasyonda ve konuşma zamanlamasında hata olduğuna dair bulgular bildirilmiştir (Peters ve Guitar, 1991; Bradshaw ve ark., 2021; Howel, 2004; Constantino ve ark., 2022).

Rosenbek ve arkadaşlarına (1978) göre kekeleyen bireylerin gırtlak yapılarında, biyokimyasal süreçlerinde, beyin dalgalarında, solunum sisteminde problemler olduğuna dair hipotezler ortaya atılmış ve hipotezlere yönelik araştırmalar yapılmıştır. Ancak yakın zamanlı çalışmalar kekemeliğin nedenlerine ilişkin kesin bulgulara ulaşamamışlar ve konuşmayı sağlayan merkezi süreçlere odaklanmışlardır (Yairi ve Seery, 2015).

Kekeleyen bireyler başka insanların davranış ve tutumlarından fazlasıyla etkilenirler. Yeni başlayan kekemeliğin aile üyelerinin yaklaşımları sonucu kronikleşebileceğini öne süren hipotezler mevcuttur (Yairi ve Seery, 2015). Ailedeki bu tutuma ek olarak, kekemeliğin bireyin akademik hayatını, ilgi alanlarını, hislerini olumsuz şekilde etkileyebileceği bilinmektedir (Yairi ve Ambrose, 2005).

1.2.3.2. Psikolojik Kuramlar

Kekemelik araştırmalarının ilk dönemlerinden itibaren kekemeliğin psikolojik sebepleri olduğu düşünölmüştür. Psikanalitik kuram, çocukların ebeveynleri ile olan sorunlarının ve psikoseksüel saplantıların kekemeliğin oluşumunda etkili olduğunu savunur (Bloodstein, 1995). Psikolojik teoriler, kekemeliğin bir fobi belirtisi olduğunu ve bilinç dışında oluşan ihtiyaçlar ve içsel çatışmalar sonucu oluştuğunu savunmaktadır (Owens ve ark., 2003).

Yirminci yüzyılın ilk yarılarında kekemeliğin psikolojik bir kökene dayandığı görüşü hakimdi. Varsayılan bu nevrotik problemlerin çözümüne yönelik psikanalitik yöntemler ve bilişsel davranışçı terapiler uygulanmıştır. Ancak, kişilik yapılarını ve çocuğun ebeveyni ile olan etkileşimlerini araştıran sonraki çalışmalarda kekemeliğe özgü psikolojik örüntülerle karşılaşılammıştır (Yairi ve Seery, 2015). Kekemeliğin tek başına psikolojik etmenlerden kaynaklanmadığı anlaşıldıktan sonra bile kekeleyen bireylerin kekemeliğe gösterdikleri davranış ve algılarının incelendiği görölmüştür. Kekemelik, bireylerin iletişimini etkilediğinden kekeleyen bireylerin psikolojik durumları çalışma konusu olmuştur. Kekeleyen bireylerin kişilik yapıları araştırılmış ve kekemeliğe müdahale çalışmalarında da bu sonuçlardan yararlanılmıştır (Peters ve Guitar, 1992; Bloodstein, 1995; Anderson ve ark., 2003).

Kekeleyen bireylerin konuşmaktan kaçınmalarının, kaygı düzeylerinin veya iletişime dair negatif düşüncelerinin kekemeliğe yol açtığı düşünölmüştür. Kekemeliğin çatışmalardan dolayı başladığını öne süren düşünce “Baskılanmış İhtiyaçlar Teorisi” olarak bilinmektedir (Yairi ve Seery, 2011).

1.2.3.3. Öğrenme ve Şartlanma Teorileri

Diagnosojenik-Semantojenik Teori ve Yaklaşma Kaçınma Teorisi, Öğrenme Şartlanma Teorileri başlığı altında yer almaktadır (Bloodstein, 1995). Öğrenme teorileri, kekemeliğin temelinde konuşmayı öğrenme sürecinde rastlanılan

konuşmada duraklama, kesinti ve tereddütlerin bulunduğunu savunur (Van Riper, 1971).

Bu görüşe göre, ailenin kekemelik ile ilgili tutum ve davranışları, kekemeliğin kronik bir hale gelmesine yol açabilir. Diagnosojenik kuram Wendell Johnson tarafından geliştirilmiştir. Bu kurama göre, aile anormal olmayan akıcısızlığı kekemelik olarak değerlendirir. Çocuğun bu durumdan etkilenmesi sonucunda da kekemelik gelişir. Ebeveynlerin kekemelik ile ilgili yanlış tutum ve davranışları sonucu kekemelik ilerleyebilir. Johnson'a (1955) göre kekemelik öğrenilen bir davranıştır.

Kekeleyen erişkin ve çocuklara doğru bir şekilde yardım edebilmek için ilişkili risk etmenlerinin doğru olarak tanımlanmasına ihtiyaç vardır. Aile içi yanlış iletişim ve çocuğa uygulanan psikolojik baskının kekemeliğe yol açabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda tüm bu etmenlerin birbirleriyle olan etkileşimleri kekemelik şiddetinde artış ya da hafifleme şeklinde yansıyabilmektedir(Zebrowski ve Kelly, 2002).

Diğer bir öğrenme şartlanma kuramı ise yaklaşma-kaçınma çatışması kuramıdır. Bu teoriye göre konuşma arzusu ile sessiz kalma arzusu çatışır ve kekemelik ortaya çıkar. Bu kuramı öne süren Sheeman'a göre (1970) ailenin çocuğun kekemeliğine olan olumsuz müdahaleleri kekemeliğin şiddetini arttırabilmektedir. Buz Dağı Kuramı'nı öne süren Sheeman kekemeliğin, korku, kaçınma, utanma, suçluluk ve nefret gibi duygulara yol açarak sonuç itibariyle kısır bir döngü meydana getirebileceğini savunur.

1.2.3.4. Talepler ve Kapasiteler Modeli

Shapiro, 1990 yılında Starkweather, Gottwald ve Halfond'ın dört kategoriden meydana gelen Talepler ve Kapasiteler modelini oluşturduklarını aktarmıştır. Bu kategoriler şunlardır; konuşmanın motor kontrolü, dil oluşturma, sosyal ve duygusal olgunlaşma ve bilişsel beceriler. Bu kategorilerden birisiyle ilgili çocuktan beklenen performansın çocukta konuşmayla alakalı baskı oluşturacağı ve sonuçta kekemeliğe yol açabileceği düşünülmektedir. Bu

taleplerden birisindeki baskının azalması durumunda ise çocuğun daha akıcı konuşacağı ve kekemelik şiddetinin azalacağı düşünülmektedir. Talepler ve Kapasiteler modelinde çocuğun konuşmasıyla ilgili oluşan beklentinin çocukta baş edemeyeceği bir baskı oluşturacağı üzerinde durulmaktadır (Shapiro, 1999).

Çocukların dil öğrenme aşamalarında konuşma başlarında bazı duraklamalar yapabildikleri, çocuğun dil gelişim hızının ve konuşma kapasitelerinin ailelerin beklentileriyle uyumsuz olması durumunda kekemelik gelişebileceği ileri sürülmüştür (Bloodstein, 2002). Bu modele göre çocukta beklenen performans ile çocuğun dil kapasitesi uyumlu olduğunda akıcı konuşma gelişecektir. Fakat bazı çocuklarda konuşma kapasitesi çocuğun çevresi tarafından beklenen konuşma performansının altında kalmaktadır (Yairi ve Ambrose, 1999).

Ergenlik döneminde ise fizyolojik gelişim veya çevresel etmenlerden kaynaklanan bir baskı meydana gelmektedir. Bu dönemdeki baskılar Talepler ve Kapasiteler modeliyle ilişkilendirilmiştir (Rustin ve Cook, 1995; Bloodstein, 2006).

1.2.4. Kekemelik Riskini Artıran Faktörler

Erkeklerde kekemeliğin görülme oranı kızlara göre daha fazladır. Erkekler muhtemelen strese karşı daha az tolerans gösterebildikleri ve bazı yönlerden daha zayıf oldukları için kızlara göre birçok hastalığa daha eğilimlidirler. Bu sebeple, kekemelik erkeklerde daha sık görülüyor olabilir (Silverman, 2004). Erkeklerde kekemeliğin daha sık görülmesinin ikinci nedeni ise erkeklerin yetiştiği çevrenin kızların yetiştiği çevreden farklı olması olabilir. Örneğin, ebeveynler ve çevrelerindeki diğer insanların erkeklere karşı olan algıları, değerlendirmeleri ve tepkileri bu farklar içinde yer alabilir. Üçüncü neden ise, cinsiyet ile ilişkili özel bir biyolojik farklılığın erkekleri kekemeliğe karşı daha savunmasız yapıyor olabileceği yönündedir (Silverman, 2004). Son olarak, kekemelikte genetik yatkınlığın kadınlardan çok erkekleri etkileyebileceği nedenler arasındadır (Ambrose ve ark., 1993; Felsenfeld, 2002).

Kekemeliğin 5 yaşından önce başlama ihtimali diğer yaşlara göre daha yüksek bir ihtimal olarak görülmektedir (Silverman, 2004). Yetişkinlik döneminde başlayan kekemelik vakalarının oldukça az olduğu rapor edilmiştir. Kekemeliğinin yetişkinlik döneminde başladığı belirtilen bazı vakalarda, çocukluk döneminde de hafif düzeyde kekemeliklerinin olabileceği tahmin edilmiştir. Ancak kişilerin ya bunu hatırlamadıkları ya da o dönemde yaşadıkları kekemeliğin başka bir rahatsızlık olabileceğini düşünürleri belirtilmiştir (Van Riper, 1971).

Kekemelik öyküsü olan bir akrabaya sahip olmak kişide kekemelik ihtimalini arttıran etkenlerdendir. Bu durumun nedeni tam olarak bilinmemekle beraber birkaç neden öne sürülmüştür. Kekemeliğe yatkınlık, kalıtsal olduğu için akrabalar arası geçiş olabileceği düşünülmüştür. Bir başka düşünceye göre ise kekemelik, ailedeki kekeleyen bireyi taklit etme sonucu oluşuyor olabilir. Diğer bir sebep ise çocuğun kekeleyebileceği endişesinin çocukta kekemeliğe yol açabileceği yönündedir. Eğer ailede kekemelik hikayesi varsa, ebeveynler çocuklarının konuşmadaki akıcılıklarını daha fazla gözlemlene ve onların takılmaları ile ilgili endişelerini daha fazla belli etme eğilimi göstermektedir (Silverman, 2004).

Kekemelik her sosyoekonomik düzeyden ailede görülmesine rağmen kekemeliğin orta ve ortanın biraz üstünde sosyoekonomik düzeye sahip ailelerde daha sık görüldüğü yönünde kanıtlar vardır. Orta ve ortanın biraz üstünde statüye sahip olan kişilerin daha fazla yüksek statüye ulaşma çabasında olmaları sebebi ile bu grupta daha fazla kekemeliğin görülüyor olabileceği nedenler arasında düşünülmektedir (Morgenstern, 1956).

Kekeleyen çocukların dil gelişimini değerlendiren birçok çalışma, kekeleyenlerin akıcı konuşan yaşlılarına göre ilk sözcüklerini, ifadelerini ve cümlelerini söylemede ve konuşma sesi kazanımında geciktiklerine işaret etmiştir. Kekemelik ve geciken dil ve konuşma gelişimi hakkında tam bir bağ kurulamamasına rağmen öne sürülen birkaç görüş vardır. Bir görüşe göre kekemeliğe ve gecikmiş dil-konuşma gelişimine neden olan etken aynı olabilir. Başka bir görüşe göre ise, gecikmiş dil ve konuşma gelişimi olan çocuklar, konuşmacı olarak yetersizlik hissi kazanmaya meyilli olabilirler ve konuşma

girişimleri ile mücadele etmeyi öğreniyor olabilirler. Böylece kekemelik ortaya çıkabilmektedir (Silverman, 2004). Ayrıca, fizyolojik işlevsellikteki (özellikle nörofizyolojik işlevsellik), duygusal düzenlemedeki ya da duyusal ve algısal işlevsellikteki anormallikler kekemelik riskini arttıran etkenler arasında olabilir (Silverman, 2004). Beyin hasarına neden olan doğum ile bağlantılı olaylar ve hastalıkları içeren medikal koşullar da kekemelik risk faktörlerinden birisi olabilir (Silverman, 2004). Son olarak, fiziksel ve sosyal gelişimdeki anormalliklerin de kekemelik riskini arttırıcı faktörler arasında olabileceği belirtilmiştir (Silverman, 2004).

1.2.5. Kekemeliğin Diğer Özellikleri

Kekemelik karmaşık bir bozukluktur, tanımı çok boyutludur ve farklı bileşenleri vardır (Rustin ve Cook 1995; Riley ve Riley, 1979). Bu durum kekemeliğin akıcılık bozukluğundan çok daha fazlası olduğunu gösterir. Kekemeliğin bu çok boyutlu durumu başından beri literatürde yer almaktadır. Kekemeliğin farklı boyutlarından olan korku ve kaygının hemen her zaman kekemelikle alakalı olduğu bilinmektedir. Kekeleyen bireyler; vücut gerginliği, ikincil davranışlar ve sosyal kaçınma davranışları gösterebilmektedir. Dil ve konuşma terapistleri, bu eşlik eden semptomların incelenmesi gerektiğini ifade etmektedirler. Kekemeliğin temel altı boyutu şu şekildedir (Yairi ve Seery, 2015):

1. Açıkça görünür konuşma özellikleri: Normal konuşma akıcılığının solunum, fonasyon ve artikülasyon düzeyinde bozulmasıdır.

2. Eşlik eden fiziki durumlar: Yalnız baş ve boyun bölgesinde değil, diğer vücut bölgelerinde de görülen vücuttaki gerginlik kekemeliğin karakteristik özelliklerinden birisidir. Eşlik eden bu gerginlik her kekemelikte ya da her kekeleyen bireyde var olmayabilir. Bu gerginlik ikincil davranışlar olarak tanımlanır. İkincil davranışlar kekemelik tanımında da yer almaktadır.

3. Fizyolojik aktivite: Kan basıncı değişiklikleri, pupil tepkileri, cilt reaksiyonları ve beyin dalgası aktiviteleri kekemelik ile ilişkili bulunmuştur. Bu

farklılıklar çıplak gözle görülmeyebilir ancak özel teknoloji vasıtasıyla tespit edilebilirler.

4. Duygusal özellikler: Kekeleyen bireylerde konuşmaktan kaçınma şeklinde sonuçlanan konuşma ile ilgili güçlü duygusal tepkiler sıklıkla vardır. Başta konuşmaktan kaçınma olmak üzere, duygusal tepkiler atipik konuşmanın ötesinde problem teşkil edebilmektedir. Yani kekemelikteki bu duygusal boyut akıcı konuşma bozukluğunun önüne geçebilir. Bazı kekeleyen bireylerde konuşmaktan kaçınma, konuşma konusunda korku hissetme durumları olabilir.

5. Bilişsel süreçler: Bazı kekeleyen bireylerin ailesi ve yakın çevresi kendilerine konuşabildiğinden daha hızlı düşündüklerini söylemektedirler. Kekemelikte konuşmanın planlanması, hazırlanması ve uygulanmasında bozukluk olduğu düşünülmektedir. Kekeleyen bireyler yaşadıkları sorunu tanımlarken kas aktivitelerinde zorluklar olduğunu ifade etmişlerdir.

6. Sosyal dinamikler: Konuşmanın temel işlevi dinleyicilerle iletişim kurmaktır. Çoğu konuşmacı konuştuklarının dinleyicide ne düşündürdüğünü ve nasıl bir etki yarattığını takip eder. Kekemelik meydana geldiğinde hem konuşmacı hem de dinleyici iletişimdeki tepkisini değiştirir. Dinleyici, kekeleyen kişiyi daha dikkatli dinleyerek ya da kekeleyen kişinin konuşmasını tamamlamaya çalışarak iletişimin bozulmasına neden olabilir. Tüm bunlar kekeleyen bireyin dinleyicisini daha dikkatle gözlemesine ve kekelemekten korkmasına yol açar. Kekeleyen birey kekemeliğinin sosyal yaşamını olumsuz etkilediğini düşünür ve kendisi hakkında neler düşünüldüğünü sorgular böylece iletişim kesintiye uğrar. Bu noktadan sonra kekeleyen bireylerin, topluma dahil olma, randevulaşma, söz alma, sohbetlere katılma, telefonla konuşma, yeni kişilerle tanışma, kariyer şekillendirme seçenekleri konusunda olumsuz düşünceler oluşturdıkları görülmektedir. Böylece sosyal alanlardan çekilmeyle sonuçlanan süreç başlamış olur.

1.2.6. Kekemeliğin Dönemleri

Kekemelik tüm yaş gruplarını etkilemekle beraber özellikle çocukluk döneminde çok daha yaygındır. Çocukların yaklaşık %5'i yaşamlarının bir döneminde kekemelik sorunu yaşamaktadır (Al-Qaisi, Ali ve Khudhair, 2020). Kekemelik en sık 2 ila 5 yaş arasındaki çocuklarda, dil becerileri gelişirken görülür (Al-Qaisi ve Ali, 2020). Çocukların 4/3'ü geç çocukluk dönemine gelinceye kadar herhangi bir tedavi olmaksızın kendiliğinden iyileşir (Scott ve Guitar, 2010). Ancak bu çocukların yaklaşık %1'i uzun vadeli kekemelik problemi ile hayatlarına devam ederler (Scott ve Guitar, 2010; Al-Qaisi ve Ali, 2020). Yaş ilerledikçe, çocuk kekemeliğinin farkına varır, konuşmasına tepki vermeye başlar. Daha önce çabasız olan uzatma ve tekrarlama, daha hızlı, düzensiz, yoğun ve yorucu olmaya başlar. Konuşma ritmi bozukluğuna bağlı olarak hem psikolojik hem de motor reaksiyonlar meydana gelmektedir (Nagihan ve İsrail, 2019).

Kekemeliği gelişim dönemlerine ayıran yazarlardan bir diğeri de Bloodstein'dir. Bloodstein (1960), 2 ve 16 yaşlar arasındaki 418 kekeleyen bireyin vaka kayıtlarını inceleyerek kekemeliğin gelişimini dört döneme ayırmıştır. Birinci dönem, genellikle 7 yaşa kadar devam eden bir dönemdir. Bu dönemde kekemeliğinin en ayırt edici özelliği konuşmada basit tekrarlardır, ancak çocuk bunun sosyal bir yetersizlik olduğunun farkında değildir. Kekemeliğine tepki verir, fakat bu reaksiyonlar duygusal tepkiler değildir. İkinci dönem, 7 yaş sonrasında çocuğun ilkokula başlamasından sonra kekemeliğinin sosyal bir yetersizlik olduğunu fark etmesiyle ortaya çıkar. Bu dönemde kekemelik kronikleşir, akıcılık azalır. Çocuk özellikle heyecanlı ve hızlı konuştuğunda kekeler (Bloodstein, 1960). Üçüncü dönem, ergenliğin başına rastlayan dönemdir. İkinci dönemin aksine, çok sayıda kekeleyen çocukta bu dönemde bazı ses, kelime ve konuşma durumlarının güç olarak algılanması, başlatıcıların kullanımı, çabalama ve erteleme davranışları, zor kelimelerin eşanlamlılarının kullanımı izlenir. Bu dönemde kekeleyen çocuk kekemeliğine üzülür, hızlı nefes alma, sıkılma, öfke ve tıkanma hissi ile tepki verir. Bu dönemde konuşmadan kaçınmaz. Dördüncü dönem, ergenliğin sonuna ve yetişkinliğe rastlayan dönemdir. Bu dönem kekemeliğin en ağır dönemidir. Kekeleyen kişi konuşma kaygısı yaşar. Korku,

bazı ses, kelime ve konuşma durumlarına karşı hissedilmeye başlanır. Korku ve sıkıntıyı bastırmak için, korkulan ses, kelime veya durumdan kaçınma başlar, kişilik sorunlarına yol açar. Bu dönemde başkalarının kendisine ve konuşmasına verdiği tepkilere karşı aşırı duyarlılık, dinleyici tutumlarına kızgınlık ve kekelemeliğini gizlemeye çalışma başlar. Kekeleyen birey bu dönemde sosyal ilişkilerini bozma tehlikesiyle karşı karşıyadır (Bloodstein, 1960).

1.2.7. Kekemeliğin Bireyler Üzerine Etkisi

Kekeleyen bireylerin konuşma akıcılığında bozulmalardan dolayı hem kendilerinde hem de dinleyicilerde olumsuz duygular ve tepkiler oluşur (Guitar, 2006). Bu tepkiler ve davranışsal, sosyal ve akademik olarak üçe ayrılabilir.

1.2.7.1. Kekemeliğin bireylerin iletişim davranışlarına etkisi

Kekeleyen bir kişi ergenliğe ulaştığında, muhtemelen konuşmasına eşlik eden baş etme davranışları kazanmaya başlayabilir veya bu davranışlarla konuşmalarını sürdürebilir (Guitar, 2006). “İkincil davranışlar” olarak tanımlanan bu davranışlar, kişinin bozulan konuşmasının akıcılığını maskelemek ve/veya söylemeye çabaladığı bir sözcüğü çıkarmasına yardımcı olmak için kendisinin oluşturduğu stratejilerdir (Louis, 2001). Kişi kekelemeliği sırasında zorluk çeker ve bu zorluk solunum ve artikülasyon boyutlarında, sıkıntılı nefes alma, anormal ses kalitesi, dudak büzme ve dil hareketleri şeklinde açığa çıkar (Kaplan ve Sadock, 2004).

Çocuk belirli sesleri çıkarırken zorlandığını fark ettiğinde gelecekteki zorlukları tahmin etmeye ve bu korkularını benzer sözcükler ve durumlara genelleştirmeye başlar. Kekemeliğini çeşitli ortamlarda ve zamanlarda saklamak ve/veya konuşmasına yardımcı olması için ikincil davranışlar kullanır. Bunu, bir kelimenin veya sesin tekrarını engellemek veya “zor bir kelime” söylemeyi ertelemek için bir sözcüğün başına yeni kelime ekleyerek yapar. “İkincil davranışlar” kekeleyen kişinin hayal gücü ile sınırlıdır (Louis, 2001; Iverach ve ark., 2017). Örneğin sözcükten kaçınma, kekeleyen bireylerin zamanla benimseyebileceği başka bir yardımcı davranış veya stratejidir. Kekeleyen bir kişi

bazı sözcükleri söyleyemeyeceğini düşünür ve o sözcüklerden kaçınır. Bunun yerine konuşma akıcılığını tetikleyebileceğini düşündüğü bir sözcüğü kullanır veya düşündüklerini konuşmadan tamamen çıkarır (Rustin ve ark., 2001).

1.2.7.2. Kekemeliğin bireylerin psikolojik durumlarına etkisi

Sosyal anksiyete bozukluğu, diğer insanlar tarafından olumsuz algılanma düşüncesi ile karakterize edilen, ancak ciddi ve yaygın bir psikolojik durumdur. Bu bozukluğu olanlar, başkalarının önünde aşağılanmaktan oldukça korkarlar (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Örneğin, bir kişi başkalarından olumsuz değerlendirme korkusu nedeniyle iş yerinde toplantılar sırasında konuşmaktan kaçınabilir. Bu kaçınma, acil durumdaki kaygıyı azaltır; bununla birlikte, aynı korkular gelecekteki durumlarda da devam eder ve bu nedenle kişi kaygıyı yönetmek için kaçınma stratejilerini kullanmayı sürdürür (Clark ve Wells, 1995).

Kekemelik sadece konuşma biçiminde oluşan bozukluk değildir, araştırmalar kekemeliğin duyguları da önemli derecede etkilediğini ve duygu durumlarına göre bireylerin kekemeliklerinin artabileceğini belirtmektedir. Ayrıca kişinin kekemeliği ile ilgili çaresizlik, endişe, korku, öfke, utanç ve suçluluk duygularını yoğun bir şekilde deneyimlediklerini de bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Placencia, 2014). Sosyal anksiyete bozukluğunun bilişsel modelleri, ikincil davranışlarının kullanımını içermekte ve anksiyeteyi sürdürmeye neden olmaktadır (Clark ve Wells, 1995). Örneğin, kişi bir tehlike algıladığında, korkulan sonuçların ortaya çıkmasını en aza indirmek için başkalarıyla göz temasından kaçınmak veya belirli insanlarla konuşmaktan kaçınmak gibi ikincil davranışlar sergilemeyi tercih etmektedir (Clark ve Wells, 1995). Bu durumun zayıflatıcı doğası, kişinin sonraki yaşam kalitesini, günlük işleyişini, eğitim ve mesleki ilişkilerini önemli ölçüde etkileyen bir faktördür (Lowe ve ark., 2021).

Kekeleyen bireyler güvenlik davranışları sergilerler. Güvenlik davranışları algılanan bir tehdit veya olumsuz olayın meydana gelmesini önlemek için sosyal olarak endişeli kişiler ve sosyal anksiyete bozukluğu olanlar tarafından kullanılır. Bu davranışlarına örnek olarak, göz temasından kaçınma, cevapları kısa tutarak konuşmanın çoğunu konuşma partnerine bırakma sayılabilir (Onslow, 2020).

Ayrıca kekeleyen birçok kişi, çocuklukta sınıf tartışmalarına katılmak, soruları cevaplamak, yüksek sesle okumak ve öğretmenlerden yardım istemek gibi durumlardan kaçındıklarını bildirmişlerdir (Plexico ve ark., 2005; Hearne ve ark., 2020).

Birçok kekeleyen çocuğun belirli seslere veya belirli kelimelere karşı korkuları gelişir, bu korkular zamanla birikir ve genellikle kendi kendini gerçekleştiren kehanetler haline gelir. Konuşma ve özellikle sınıftaki soruları cevaplama ile ilgili bu endişeler çocuğun yanlış cevap vermesine neden olabilir. Çünkü çocuk doğru olan şeyi kekeleyeceğini ya da bu şeyi konuşmaktan kaçınacağı için cevabı bilmiyormuş gibi davranacağını farkındadır. Her iki durumda da kekeleyen bir çocuk, aslında olduğundan daha az bilgili gibi görünebilir. Bu kaygılar ve korkular her zaman açık değildir ve bu nedenle 'gizli özellikler' olarak adlandırılmıştır (Lees, 1999).

Kekeleyen bireyin her zaman korkulan durumlara girmesi ve bunu yaparken herhangi bir fizyolojik işaret olmadan sıkıntı yaşaması oldukça mümkündür (Onslow, 2020). Buna ek olarak, Lowe ve ark. (2021) aşırı kaçınma türleri arasında konuşmaktan kaçınmak için daha fazla eğitim almama, hatta okuldan ayrılma gibi etkileri olduğunu ayrıca, depresyon ve madde bağımlılığı da dahil olmak üzere bir dizi olumsuz durumla ilişkili olduğunu bildirmektedir.

Çocuklukta başlayan kekemeliğin şiddeti, ergenlik ve yetişkinlik döneminde devam edip etmeyeceği konusunda belirleyici bir durumdur. Ergenlik döneminde ve sonrasında devam eden kekemelikte tam manasıyla iyileşme oranı düşüktür (Kardaş, Kardaş ve Erermiş, 2019). Dolayısıyla kekeleyen bazı yetişkinleri rahatsız eden sosyal anksiyete sorunları aslında yaşamın erken dönemlerinde başlar. Bu nedenle, küçük çocuklar kekemelik için kliniğe başvurdıklarında, çocukların gelecekteki potansiyel sosyal anksiyete sorunlarının gelişimine işaret edebileceğini bilmek çok önemlidir (Onslow, 2020). Ergenlik döneminde ve sonrasında devam eden kekemelik yaşayan bireylerde, kekemelik en sık anksiyete bozukluklarıyla birlikte görülmektedir (Kardaş, Kardaş ve Erermiş, 2019).

Kekemelik nedeniyle meydana gelen psikolojik problemlerin hayatın erken dönemlerinde başladığına yönelik kanıtlar söz konusudur. Kekemelik için terapi arayanların yaklaşık %60'ına sosyal anksiyete bozukluğu tanısı konmaktadır, bu oran diğer insanlar arasındaki sosyal anksiyete bozukluğu tanısı oranından 16 ila 34 kat fazladır (Blumgart ve ark., 2010; Iverach ve ark., 2009). Sonuç olarak, tanıdan sonra, erken kekemeliğin mümkün olan en kısa sürede uygun kanıta dayalı yöntemlerde terapisinin yapılması önerilmektedir (Onslow, 2020).

Ruth ve Işık (2004), 18- 43 yaş arası, kekeleyen (n=47) ve akıcı konuşan (n=47) 94 erkek katılımcıyla bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışmanın sonucunda kekeleyen bireylerle akıcı konuşan bireyler karşılaştırıldığında, kekeleyen bireylerin kişisel kaygı düzeyinin (sürekli kaygı) yüksek olduğu ve bu bulguya dayanarak kekeleyen bireylerdeki kaygı üzerinde kişilik özelliklerinin etkisi olduğu bildirilmiştir. Çalışmanın diğer bir bulgusu ise sosyal iletişime dayalı durumsal kaygı düzeyinin (durum kaygısı) şiddetli kekemelikte hafif kekemelikten daha yüksek olduğu ve durumsal kaygının kekemeliğin derecesine bağlı olduğu şeklindedir.

1.2.7.3. Kekemeliğin bireylerin sosyal özelliklerine etkisi

Sosyalleşme, kişinin sadece yaşadığı kültürün unsurlarını algılaması ve benimsemesi demek değildir. Sosyalleşmenin amacı kendini geliştirmek, öz disiplini öğretmek, sosyal rolleri ve gelişim becerilerinin öğretiminin yanında, aynı zamanda bireyin kişilik ve benlik kazanmasını da sağlamaktır (Akkuş, 2005). Konuşmayı edinim sürecinde yaşanan aksaklıklar iletişim ve konuşma becerileriyle ilişkili olarak doğrudan veya dolaylı bir şekilde akademik becerileri olumsuz yönde etkilemektedir (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016).

Konuşma bozukluğu olan kişiler etrafındakilerden büyük ölçüde etkilenmekte ve bu durum onların sosyal, iletişim becerilerini ve terapideki ilerlemelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Aghaz vd., 2020). Kekemeliği olan bir kişinin olumsuz duyguları, konuşma ile ilgili deneyimleri genellikle dinleyiciler tarafından ifade edilen olumsuz tepkiler ve olumsuz tepkilerin beklentisi ile daha

da kötüleşmektedir (Xing Ming ve ark., 2001). Boyle (2011), duygusal ve korkudan kaçınma gibi, bireyin herhangi bir savunma mekanizması oluşturmak için kekelemesi gibi kekemelikteki sorunların farkındalığının artırılması bireyin gelişiminde ve kekemelik ile ilgili sorunların üstesinden gelmesinde önemli bir faktör olduğunu belirtmektedir.

İletişim ve sosyal etkileşim, insan ilişkilerinde, eğitimde, iş ve yaşam kalitesi çerçevesinde temel bir faktördür ve kekemelik, sosyal gelişimi ve performansa dayalı durumlarda etkili iletişimi engelleyebilen önemli bir etkidir (Iverach ve ark., 2017). Öyle ki, kekeleyen bireyin yaşam kalitesi düşebilmekte ve bireyde sosyal izolasyon duygusu geliştirebilmektedir (Snyder ve ark., 2020). Kekeleyen bireyler, özellikle biriyle ilk tanıştıklarında, kendileri hakkında ne düşündükleri konusunda endişe duyduklarını ve kekemeliğinin, sahip olmayı bekleyebilecekleri sosyal ilişki türlerini etkileyebileceğinden endişe ettiklerini bildirmişlerdir (Louis, 2001). Ayrıca kekeleyen bireyler sosyal ve akademik ortamlara entegre olma konusunda daha büyük zorluklara sahiptir ve kekelemeyen çocuklara kıyasla daha az arkadaş veya anlamlı sosyal ilişkilere sahip olabilir, bu da psikolojik refahlarındaki azalmalarla ilişkilendirilmiştir (Snyder ve ark., 2020).

Kekemeliğin sosyal, duygusal ve bilişsel sonuçlarını olumsuz yönde etkileyebilecek yaşamdaki önemli yerlerden biri de okul ortamıdır. Kekemeliğin olumsuz algıları üzerine yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, okul çağındaki, özellikle dördüncü ve beşinci sınıftaki (9-11 yaş arası) öğrencilerin kekemelik gibi bozukluklarla konuşan yetişkinlere ve yaşıtlarına karşı olumsuz algılara sahip olduğu görülmüştür (Snyder ve ark., 2020). Kekemeliğin kekeleyen öğrencinin kolektif katılımını, okuldaki mutluluğunu, öğretmenlerle ve sınıf arkadaşlarıyla ilişkilerini ve nihayetinde bir çocuğun yeteneklerini ve akademik başarısını etkilediği bildirilmiştir (Aghaz ve ark., 2020). Kekeleyen öğrencilere yönelik olumsuz algı, onların zorbalıkla karşı karşıya kalma ihtimallerinin daha fazla olduğunu göstermektedir (Snyder ve ark., 2020; Hearne ve ark., 2020).

1.2.7.5. Kekemeliğin bireylerin akademik özelliklerine etkisi

Sıradan kabul ettiğimiz kekemelik, sıradan kabul ettiğimiz kekeleyen bireylere karşı davranışlarla birleştiğinde, kekemeliğin kekeleyen bireylerin yaşamları üzerinde önemli derecede olumsuz etkisi olduğu belirlenmiştir (Snyder ve ark., 2020). Kekemelik sorunu sadece bir iletişim sorunu değil, kekeleyen bireyi birçok yönden etkileyen çok yönlü bir bozukluktur. Kekeleyen bir öğrenci, benzer akademik potansiyele sahip diğer öğrencilerin gerisinde kalma eğilimindedir (Hearne ve ark., 2020). Ayrıca, kekeleyen öğrencilerin akranları tarafından lider olarak görülme ihtimalinin daha düşük olduğu görülmüştür (Snyder ve ark., 2020).

Kekeleyen bireylerin kendi kendilerini algılama tanımlamalarına göre, kekelemeleri nedeniyle işle ilgili performanslarının küçümsendiğini ve değerlerinin az olduğunu düşündüklerini ve bu nedenle de mesleki performanslarının olumsuz yönde etkilendiğini belirtmişlerdir (Snyder ve ark., 2020). Dolayısıyla bu bulgular, kekemeliğin kekeleyen bireylerde kariyer fırsatlarını ve mesleki gelişmelerini azalttığını ortaya koymaktadır.

1.3. KEKEMELİĞE AİT OLUMSUZ DÜŞÜNCE, İNANÇ VE KAYGI

Kaygı kavramı klinik psikolojide davranışsal, bilişsel ve fizyolojik olmak üzere üç ana bileşenden meydana gelen kompleks bir yapı olarak nitelendirilmektedir (Barlow ve ark., 2002; St Clare ve ark., 2009).

Bilişsel bileşen, kaygı uyandıran uyararla ilgili yararsız düşünce ve inançları ifade eder ve davranışsal bileşen, bireyin kaygı uyandıran bir durumdan kaçma veya kaçınma derecesini ifade ederken, fizyolojik bileşen, kaygı sırasında vücutta meydana gelen artan kalp hızı, kızarma ve terleme gibi değişiklikleri ifade eder. (St Clare ve ark., 2009).

Kekemelikle ilgili olumsuz düşünceler ve inançlar, kaygının bilişsel yönü ile bağlantılıdır (Farpour ve ark., 2013). Bu tür düşünce ve inançlar, kaygıya sebep olmakla beraber var olan kaygının şiddetlenmesine de sebep olabilir. Kaygı ise, kekemeliğin duygusal boyutlarından biridir ve kekemelik alanında en çok

gözlenen ve araştırılan olgudur (Aydın Uysal ve Ege, 2020). Kekemelik ve kaygı arasındaki ilişki onlarca yıldır araştırma konusu olmuştur. Farpour ve arkadaşları (2013), kekemeliği olan bireylerde olumsuz düşünce ve inançların kaygı ve depresyon ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Kekemeliği olan yetişkinlerin 2/3 kadarı sosyal kaygı tanısı kriterlerini karşılamaktadır (Lowe ve ark., 2017; Menzies ve ark., 2009; Stein ve ark., 1996).

Lincoln ve arkadaşlarının 1996 yılında yaptıkları çalışmalarında, çalışmaya katılan 300 dil ve konuşma terapistinden %97'sinin; çalışmaya katılan 300 kekemeliği olan bireyden %87'sinin kekemeliğe kaygının eşlik ettiğine inandıkları görülmüştür. Ayrıca dil ve konuşma terapistlerinin %65'inin kekemeliği olan bireylerle çalışırken terapilerinde kaygı yönetimi konusuna da yer verdikleri bilgisine ulaşılmıştır.

Kraaimaat ve arkadaşları (2002), kekemeliği olan yetişkin bireylerde sosyal kaygıyı belirleyebilmek için "Kişilerarası Durum Anketi'ni (Inventory of Interpersonal Situations-IIS), Van Dam-Baggen ve Kraaimaat, 1999) kullanmış ve kekemeliği olan bireylerin olmayanlara göre sosyal durumlarda önemli ölçüde daha yüksek düzeyde duygusal gerginlik veya rahatsızlık sergilediğini ifade etmişlerdir.

Hayhow ve arkadaşları (2002), kekemeliği olan bireylerden hangi terapi yöntemine katıldıklarını ve kendileri için yararlı/yararsız olan teknikleri belirtmelerini istenmişler ve verileri yedi kategoriye ayırmışlardır: Konuşma hızı kontrolü, blok modifikasyonu, psikolojik danışmanlık, nefes egzersizi/ses çalışması, kaçınmayı azaltma/korkuyla yüzleşme, gevşeme/anksiyete kontrolü ve hece zamanlı konuşma. Bunlardan "kaçınmayı azaltma/korkuyla yüzleşme" ve "gevşeme/anksiyete kontrolü"nün kaygı ile ilgili olması kekemelik ile kaygı arasındaki ilişkinin düşük düzeyde olmadığını göstermektedir.

Iverach ve arkadaşları (2016), kekemeliği olan çocukların kekemeliği olmayan çocuklara göre, sosyal kaygı bozukluğu için altı kat, subklinik genelleştirilmiş kaygı bozukluğu için yedi kat ve herhangi bir kaygı bozukluğu için dört kat daha fazla ihtimalleri olduğunu bildirmişlerdir.

Iverach ve arkadaşları (2017), sosyal kaygılı bireylerin, başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceklerini varsaydıklarını ve olumsuz değerlendirmenin sonuçlarını abarttıklarını; olumsuz kendine odaklı dikkat ile meşgul olduklarını ve sosyal tehdide karşı önyargı sergilediklerini; kaygıyı geçici olarak azaltmak için bilişsel ve davranışsal stratejilere girdiklerini, bireyler tarafından görülen benliklerinin olumsuz bir zihinsel temsillerini oluşturduklarını belirtmişlerdir.

Messenger ve arkadaşları (2004), kekemeliği olan ve olmayan bireylerin sosyal kaygıları ile olumsuz değerlendirilme korkularını değerlendirmek için “Olumsuz Değerlendirme Korkusu Ölçeği (FNE)” ve “Endler Çok Boyutlu Anksiyete Ölçekleri-Kişisel Özellik (EMAS-T)” ölçeklerini kullanmışlardır ve sonuçlarında kekemeliği olan bireylerin kekemeliği olmayan bireylere göre anlamlı derecede sosyal alanlarla sınırlı kaygıya sahip oldukları ve olumsuz değerlendirilme korkusu yaşadıkları görülmüştür.

Gunn ve arkadaşları (2014), kekemeliği olan daha büyük ergenlerin (15-17 yaş), kekemeliği olan daha genç ergenlere (12-14 yaş) göre önemli ölçüde daha yüksek kaygı, depresyon, kekemeliğe tepkiler ve duygusal/davranışsal sorunlar bildirdiği belirtmiştir.

Smith ve arkadaşları (2014), kekemeliği olan gençlerin, kekemeliğin olumsuz sosyal sonuçlarına maruz kalmak da dahil olmak üzere kaygı gelişimi için çeşitli çevresel risk faktörleri yaşayabildiğini ve bu risk faktörlerinin, ergenlik döneminde yoğunlaşıp doruğa ulaşabildiğini belirtmişlerdir.

Iverach ve arkadaşları 2018 yılında kekemeliği olup sosyal kaygısı olan ve olmayan yetişkin bireyler üzerinde yaptıkları çalışmalarında, sosyal kaygısı olan grubun daha fazla konuşma memnuniyetsizliği, konuşma durumlarından kaçınma, önemli ölçüde daha fazla psikolojik sorun ve kekemeliğin daha fazla olumsuz etkisi olduğunu bildirdiklerini belirtmişlerdir.

Menzies ve arkadaşları (2009), bilişsel davranışçı terapinin kaygıyı ve sosyal kaçınmayı etkili bir şekilde azaltabileceğini ve kekemeliği olan yetişkin bireylerin günlük konuşma durumlarına katılımını artırabileceğini ifade

etmektedir. Menzies ve arkadaşları 2016 yılında geliştirdikleri internet tabanlı “CBTPsych” programı ile kekemeliği ve sosyal kaygısı olan yetişkin bireylerle çalışmışlar ve başarılı sonuçlar elde etmişlerdir. Burada önemli olan nokta bu programda yer alan, bireysel ihtiyaçlara göre düzenlenebilen yedi modüldür. Bu modüller, kekemeliğe yönelik olumsuz düşünce, inançlar ve sosyal kaygı üzerinedir ve bilişsel davranışçı terapiden izler taşımaktadır. Yedi modülün hepsini tamamlayan bireylerde, uygulanan ölçek puanlarında anlamlı olarak düşüş olduğu ve CBTPsych’ın kekemeliği olan yetişkin bireylerde kullanılabileceği belirtilmiştir.

Vanryckeghem ve arkadaşları (2005) ise kekemeliği olan okul öncesi ve anaokulundaki çocukların, aynı yaş ve cinsiyetteki kekemeliği olmayan akranlarına göre konuşmalarına karşı daha olumsuz bir tutum içinde olduklarını belirtmiştir.

Murphy ve arkadaşları (2007), 9 yaşında kekemeliği olan bir çocuk üzerinde yaptığı tek denekli çalışmada, kekemeliği olan çocuğa bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler üzerine oluşturduğu terapi programında, kekemeliğe karşı duyarsızlaştırma, bilişsel yeniden yapılandırma, kendini kabul etme, kendini açığa çıkarma ve hem akıcılığı artırıcı hem de kekemelik modifikasyonu yaklaşımlarının kombinasyonu yer almaktadır. Terapi programı sonrasında kekemeliği olan çocuğun iletişim tutumlarında ve kekemelik sıklığı ve şiddetinde azalma ile birlikte kekemelik ile ilgili kaygının azaldığı görülmüştür.

Kekemeliği olan bireyler, kekemelik semptomlarına ek olarak sıklıkla sosyal kaygı yaşarlar (Aydın Uysal, Ege, 2020). Sosyal kaygı yaşayan bireylerde sıklıkla karşılaşılan ruminasyon ise, kişinin olumsuz duygularını pasif olarak ve sürekli, tekrarlayıcı bir şekilde düşünmesi; sıkıntısının belirtilerine, sebep ve sonuçlarına odaklanmak olarak tanımlanır (Nolen-Hoeksama, 2000).

1.4. KEKEMELİK VE BİLİNÇLİ FARKINDALIK

Farkındalık, içinde bulunulan ana belirli bir şekilde ve yargılamadan dikkat etmektir (Baer, 2016). Boyle (2011) çeşitli klinik ve klinik olmayan

popülasyonlarda psikolojik refahı artırmak için farkındalığın kullanımının son yıllarda önem kazandığını ifade etmiştir. Kekemelik alanında, etkili uzun vadeli yönetimin, davranışsal bileşenlere ek olarak bozukluğun psikolojik yönetiminin de gerekliliği yaygın olarak kabul edilmiştir. Bilinçli farkındalığın çeşitli bileşenleri söz konusu olup bunlar Tablo 1’de görülmektedir.

Tablo 1. Bilinçli Farkındalığın Bileşenleri (Brown ve ark., 2007)

Bilinçli Farkındalığın Bileşenleri	Tanım
Farkındalığın Netliği	Herhangi bir anda var olan düşüncelerinin, duygularının, hislerinin, eylemlerinin farkında olma
Ayrımcı Olmayan Farkındalık	Karşılaştırma, değerlendirme, sınıflandırma, iç gözlem veya ruminasyon olmadan basit fark etme
Farkındalığın Esnekliği	Daha geniş bir bakış açısı kazanma ve ayrıca durumsal ayrıntıları alma yeteneği
Gerçeğe Yönelik Ampirik Duruş	Gerçeği arama ve yargılamanın ertelenmesi
Şimdiki Zamana Yönelik Bilinç	Mevcut gerçeklik hakkında mevcut bir zihin durumunu sürdürme
Farkındalığın Sürekliliği	Geçmiş deneyimlerden şu ana duygu ve düşünce ekleme arzusunu ortadan kaldırmak

Bilinçli farkındalık uygulaması, gelişmiş duyuşsal-algısal işleme ve dikkat düzenleme becerilerine ek olarak, azalan kaçınma, artan duyuşsal düzenleme ve kabul ile sonuçlanır. Bu beceriler, psikososyal açıdan başarılı uzun vadeli kekemelik yönetimi için önemlidir (Boyle, 2011). Boyle’ye (2011) göre bilinçli farkındalık çeşitli klinik ve klinik olmayan popülasyonlarda psikolojik iyi oluşu etkileyebilmektedir. Aynı zamanda kekemelik terapisine uyarlanabilmekte ve edinilen faydalar etkili uzun vadeli kekemelik yönetimi için önemli bileşenler arasındadır.

Cheasman ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada, kekeleyen bir birey olan Dr. Silverman’ın stresle başa çıkmak için bilinçli farkındalık meditasyonu izlerken, konuşması üzerindeki olumlu etkilerini tesadüfen keşfettiğini belirtmişlerdir. Dr. Silverman bu keşiften sonra bilinçli farkındalık tekniklerini kekemeliğe uyarlamıştır. Bunlardan biri olan “Shenpa”nın, içgüdüsel olarak kaçma ya da yüzleşme tepkisi ile sonuçlanan, şu ana karşı hoş olmayan ya da rahatsız edici duygulara işaret etmekte olduğunu bildirmiştir. Baer (2016),

korkumuzla sabır ve nezaketle yüzleşmeyi öğrenirken, hissettiklerimize (tepki vermek yerine) ustaca yanıt verme kapasitemizi geliştirebileceğimizi belirtmiştir. Ayrıca yine Cheasman ve ark. (2015) Dr. Silverman'ın, kendimizle ve kekemeliğimizle nezaket, şefkat ve merakla ilişki kurmanın önemini vurgulamakta olduğunu bildirmişlerdir. Bu vurgulamanın ardından kişinin düşüncelerini ve duygularını yok etmekten veya onlara meydan okumaktan ziyade kabul etmeye odaklanan “Kabul ve Bağlılık Terapisinde” bahsedilen bilinçli farkındalık becerilerinin kullanımının genel konuşma akıcılığı bakımından etkili bir müdahale olduğunu göstermiştir (Yaruss ve ark., 2012).

Rosenberg kekemelikte A ve B olmak üzere iki noktadan bahsetmektedir. Kekemlikle ilgili olarak A noktası, kişinin gerginlik ve mücadele içinde kekelediği, kekelememek için elinden geleni yaptığı ve çeşitli kaçınma stratejilerine giriştiği yer olarak görülebilir. B noktası ise daha kolay konuşma olarak tanımlanabilir. A'da daha tam olmak, bazen A'dan B'ye ulaşmanın en iyi yolu olabilmektedir. Buradaki önemli nokta, bilinçli farkındalığın kekeleyen bireyin A noktasında olmasına ve bu nokta ile farklı bir ilişki kurmalarına yardımcı olabilmektir. Van Riper (1973)'ın geleneksel duyarsızlaştırma yaklaşımlarının da kekeleyen bireylerin A noktasında farklı bir şekilde olmasına yardım etmekle ilgili olduğu ve bilinçli farkındalığın bu tür yaklaşımları doğrudan destekleyebilir olduğu düşünülmektedir (Akt: Cheasman ve ark., 2015). Ayrıca bilinçli farkındalık vücuttaki rahatsız edici hisleri fark etmemize, onlara yer açmamıza ve kendimize karşı bir nezaket, şefkat tutumu geliştirerek yardımcı olmaktadır (Cheasman ve ark., 2015). Sonuç olarak, araştırmalar bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin kaygı ve stres algısında önemli bir azalma sağladığı sonucuna varmıştır (Grossman ve ark., 2004; Plexico ve ark., 2011). Bilinçli farkındalık vücuttaki rahatsız edici hisleri fark etmemize, onlara yer açmamıza ve kendimize karşı bir nezaket, şefkat tutumu geliştirerek yardımcı olmaktadır (Cheasman ve ark., 2015).

1.5. KEKEMELİK VE PSİKOLOJİK ESNEKLİK

Kekemelik, konuşmanın zamanlamasında ve akışında bozulmalara neden olabilen bir konuşma bozukluğudur (Koedoot ve ark., 2011). İletişim güçlüklerine

ek olarak, kekemelik ayrıca kekeleyen yetişkinlerin yaşam kalitesinde bir düşüşle ilişkilidir (Craig ve Tran, 2006; Blumgart ve ark., 2012; Plexico ve ark., 2019). Yaşam kalitesi, kekemelik sırasındaki duygusal mücadelelerin yanı sıra, belirli sosyal durumlarda iletişimle başa çıkma korkusundan kaynaklanan utangaçlık ve sosyal kaçınma davranışları ve özellikle sosyal kaygı olmak üzere yüksek düzeyde kronik kaygı ile günlük olarak başa çıkmak zorunda kalabilir (Mahr ve Torosian, 1999; Ezrati-Vinacour ve Levin, 2004; Craig ve Tran, 2006).

Kekeleyen bireyler için daha bütüncül destek modelleriyle sonuçlanacak olan mevcut kekemelik terapi programlarına psikolojik girişimleri dahil etmek için çok sayıda öneri yapılmıştır (Andrews ve Craig, 1982; Andrews ve Feyer, 1985; Blood, 199; Boyle, 2011). Örneğin, önceki terapi çalışmaları, iyimser tutumları geliştirmeyi ve olumsuz değerlendirmeleri azaltmayı hedefleyen bilişsel davranışçı terapilerin kullanımını belgelemiştir (Andrews ve Craig, 1982, Andrews ve Feyer, 1985, Craig ve Andrews, 1985, Howie ve ark., 1981, Maxwell, 1982). Bilişsel bileşenlerin kekemelik terapisine daha fazla entegre edilmesi, korkuları, konuşmayı ve sosyal kaygıları azaltmak ve terapi becerilerini sürdürmeye yönelik sorumluluk duygularını arttırmak için düşüncüyü durdurma ve bilişsel gevşemeyi kullanmıştır (Andrews ve ark., 1983, Craig ve ark., 1987). Blood (1995), kekemeliği azaltmak için bilgisayar destekli bir biofeedback programını problem çözme, bilişsel yeniden yapılandırma ve yönlendirici olmayan destekleyici danışmanlığı kapsayan bir bilişsel davranışçı terapi bileşeniyle birleştirmiştir. Menzies ve meslektaşları, sosyal kaygı için bir BDT paketi aracılığıyla kaygı ve kekemelik üzerindeki etkileri incelemişlerdir (Menzies ve ark., 2008). Ek olarak, çeşitli gözden geçirme makaleleri, mevcut kekemelik yönetim programlarına bilişsel davranışçı terapi ve farkındalık (Boyle, 2011, Menzies ve ark., 2009) gibi psikolojik terapilerin dahil edilmesini önermiştir.

Kekemeliğin yönetimine yönelik kullanılan terapilerde esas amaç kekeleyen kişinin özgüvenini artırmak ve böylece psikolojik esnekliğini artırmaktır.

Psikolojik esneklik, bireyin zor durumlarla başa çıkma, kabul etme ve uyum sağlama yeteneğini ifade eder (Burton ve Bonanno, 2016; Kashdan, Barrios, Forsyth ve Steger, 2006; Kashdan ve Rottenberg, 2010; Kashdan ve diğerleri,

2006). Stresli yaşam olayları yaşanırken, psikolojik esneklik olumsuz duygulara karşı koruyucudur ve olumlu ruh sağlığını geliştirebilir (Masuda ve ark., 2011). Yani psikolojik esneklik, stres ve olumsuz psikolojik sonuçlar arasında bir tampon görevi görebilir (Gloster, Meyer ve Lieb, 2017). Örneğin, psikolojik olarak daha esnek olanlar, stresli yaşam olayları sırasında tipik olarak daha düşük düzeyde depresyon, kaygı ve sıkıntı bildirirler (Masuda ve ark., 2011).



2. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma kekemelikte olumsuz düşünce ve inançların yordanmasında bilinçli farkındalık ve psikolojik esnekliğin rolü' nün incelenmesi amacıyla yapılmış olup, bu bağlamda araştırmanın modeli nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modelidir.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini kekemelik sorunu yaşayan 18 yaş üstü sağlıklı bireyler oluşturmaktadır. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden tüm yetişkin bireyler örneklemeye dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen kekeleyen bireylerden 34'ü (%68) erkek, 16'sı (%32) ise kadındır.

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri anket yöntemiyle toplanmıştır. Araştırma öncesinde katılımcılardan "Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu (EK-3)" ile yazılı olur alınmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek için "Sosyodemografik Bilgi Formu EK-4)" kullanılmıştır. Kekemelik hakkındaki olumsuz düşünce ve inanç düzeylerini belirlemek için "Kekemelik Hakkında Olumsuz Düşünce ve İnançlar Ölçeği (UTBAS) (Iverach ve ark., 2015).", günlük yaşamdaki anlık deneyimlerin farkında olma ve bunlara karşı dikkatli olma yönündeki genel eğilimlerin belirlenmesi için "Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) (Özyeşil ve ark., 2011)." ve kekemeliği kabul ve eylem düzeylerinin belirlenmesi için de "Kabul ve Eylem Formu-2 (KEF-2) (Yavuz ve ark., 2016)" kullanılmıştır.

2.3.1 Kekemelik Hakkında Olumsuz Düşünce ve İnançlar Ölçeği (UTBAS) (EK-5): Sosyal kaygının bilişsel bileşenlerinden olup genellikle de

başkaları tarafından negatif değerlendirilme korkusuna ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar, kekeleyen yetişkinler arasında özel bir dikkat ve değerlendirme gerektirmektedir. St Clare ve arkadaşları (2008) tarafından bu gereksinimin giderilmesi için kekeleyen yetişkin bireylerin konuşma durumlarına dair yaşanmakta olan sosyal kaygı ile olumsuz düşünce ve inançların ölçülmesini sağlayan “The Unhepful Thoughts and Bliefs about Stuttering (UTBAS)” ölçeği geliştirilmiştir (Iverach ve ark., 2015). Türkiye’de kekeleyen yetişkin bireylerde olumsuz düşünce ve inançların ölçülmesinde kullanılmakta olan UTBAS-TR’nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydın Uysal ve Ege (2019) tarafından yapılmıştır. Ölçek; olumsuz düşünce ve inançların sıklığı, bu düşüncelere ne kadar inanıldığı ve bu düşüncelerin ne kadar kaygılı hissettirdiği şeklinde üç altboyuta ayrılmaktadır. Toplam 66 sorudan meydana gelen ölçek 5’li likert tipindedir. Her bir altboyut için ayrı ayrı puanlama yapılır.

2.3.2 Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) (EK-6): Brown ve Ryan (2003) tarafından geliştirilmiştir. Günlük hayattaki anlık deneyimlerin farkında olup bunlara karşı dikkatli olma yönündeki genel eğilimlerin ölçülmesini sağlamaktadır. 15 maddeden meydana gelen ölçek, tek faktörlüdür ve toplam puana göre değerlendirme yapılır. 6 dereceli yanıtlara sahip olan sorular “6 = Hemen hemen her zaman- 1 = Hemen hemen hiçbir zaman” şeklinde puanlanmaktadır.

2.3.3 Kabul ve Eylem Formu-2 (EK-7): Hayes ve arkadaşları (2004) tarafından psikolojik esnekliği ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Geçerlilik ve güvenilirlik analizleri sırasında, 7 maddelik AAQ’nun yeni versiyonunun hem klinik hem de klinik olmayan örneklerle güçlü istatistiksel verilere sahip olduğu gösterilmiştir (Bond ve ark., 2011). Ölçekten alınan yüksek puanlar, psikolojik katılığın yüksek olduğunu, dolayısıyla yaşantısal kaçınmanın arttığını göstermektedir.

2.4. Veri Analizi

Bu çalışmanın istatistiksel analizlerinde IBM SPSS Versiyon 25.0 istatistiksel paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel analiz aşamasında, kategorik değişkenler için frekans tabloları oluşturulmuş, sürekli değişkenler için

ise tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. Sayısal verilerin normal dağılıp dağılmadığının incelenmesinde, Shapiro-Wilk normallik testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren ikiden fazla parametrelili değişkenlere ilişkin karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA), normal dağılıma sahip iki parametrelili değişkenlere ilişkin karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t testi; sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Pearson's korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm hipotez testlerinde anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.



3. BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Araştırmaya dahil edilen kekeleyen bireylerin yaşları 18-57 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 29.14 ± 10.27 olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya dahil edilen kekeleyen bireylerden 34'ü (%68) erkek, 16'sı (%32) ise kadındır. Çalışmaya dahil edilen kekeleyen bireylerden 37'si (%74) üniversite, 10'u (%20) lise, 3'ü (%6) de yüksek lisans/doktora mezunudur. Kekeleyen bireylerden 26'sı (%52) herhangi bir işte çalışmadığını, 24'ü (%48) ise çalıştığını bildirmiştir. Kekeleyen bireylerden 40'ının (%80) gelir düzeyi orta, 6'sının (%12) düşük, 4'ünün (%8) ise yüksektir. Kekeleyen bireylerden 40'ı (%80) bekar, 10'u (%20) ise evlidir. Kekeleyen bireylerden 10'unun (%20) çocuğu vardır. Çalışmaya katılan kekeleyen bireylerden yalnızca 1'i (%2) çocukları dışında bakmakla yükümlü olduğu başka kişi veya kişiler olduğunu ifade etmiştir. Çalışmaya dahil edilen kekeleyen bireylerden 9'u (%18) kekemeliklerini etkilemeyen bir kronik hastalığa sahiptir. Çalışmaya dahil edilen kekeleyen bireylerden 8'i (%16) düzenli kullandığı bir ilaç olduğunu belirtmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların demografik özellikleri

Demografik Özellikler	
Yaş (ort. $\pm$ ss)	29.14 $\pm$ 10.27
Cinsiyet (n/%)	
Kadın	16 (%32)
Erkek	34 (%68)
Eğitim (n/%)	
Lise	10 (%20)
Üniversite	37 (%74)
Yüksek lisans/doktora	3 (%6)
Çalışma Durumu (n/%)	
Çalışmıyor	26 (%52)
Çalışıyor	24 (%48)
Gelir Düzeyi (n/%)	
Düşük	6 (%12)
Orta	40 (%80)
Yüksek	4 (%8)

Medeni Durum (n/%)	
Bekar	40 (%80)
Evli	10 (%20)
Çocuk (n/%)	
Yok	40 (%80)
Var	10 (%20)
Çocuk Dışında Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişi (n/%)	
Yok	49 (%98)
Var	1 (%2)
Kronik Hastalık (n/%)	
Yok	41 (%82)
Var	9 (%18)
İlaç Kullanımı (n/%)	
Kullanmıyor	42 (%84)
Kullanıyor	8 (%16)

3.2. Olumsuz Düşünce ve İnançlara İlişkin Bulgular

Kekeleyen bireylerin UTBAS ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar Tablo 3'te görülmektedir. Buna göre kekeleyen bireyler en yüksek puanı olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygı boyutundan, en düşük puanı ise olumsuz düşünce ve inançların sıklığı boyutundan elde etmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların UTBAS ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar

	N	Ort.	Ss (±)
Olumsuz Düşünce ve İnançların Sıklığı	50	134,46	55,92
Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşüncelere inanç	50	135,16	63,21
Olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygı	50	140,56	70,43
TOPLAM	50	410,18	184,59

Kekeleyen bireylerin yaşları ile kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançları arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Pearson's korelasyon analizi neticesinde yaş ile olumsuz düşünce ve inançların sıklığı, kekemeliğe ilişkin olumsuz düşüncelere inanç ve kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar toplamı arasında negatif yönde, zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4). Diğer bir ifadeyle yaş arttıkça kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar anlamlı şekilde azalmaktadır.

Tablo 4. Katılımcıların yaşı ile olumsuz düşünce ve inançlar arasındaki ilişki

	Olumsuz Düşünce ve İnançların Sıklığı	Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşüncelere inanç	Olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygı	TOPLAM
Yaş	r	-.295*	-.278	-.296*
	p	.037	.050	.037
	n	50	50	50

Kekeleyen bireylerin cinsiyetine göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançların düzeyinde anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların cinsiyetine göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar düzeylerinin karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ort.	Ss ($\pm$)	t	p
Olumsuz Düşünce ve İnançların Sıklığı	Kadın	16	140,68	55,46	.536	.594
	Erkek	34	131,52	56,72		
Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşüncelere inanç	Kadın	16	134,93	57,88	-.017	.987
	Erkek	34	135,26	66,41		
Olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygı	Kadın	16	152,43	72,05	.815	.419
	Erkek	34	134,97	70,04		
TOPLAM	Kadın	16	428,06	179,59	.466	.643
	Erkek	34	401,76	188,97		

Kekeleyen bireylerin eğitim durumuna göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançların düzeyinde anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların eğitim durumuna göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar düzeylerinin karşılaştırılması

		N	Ort.	Ss ($\pm$)	F	p
Olumsuz Düşünce ve İnançların Sıklığı	Lise	10	124,80	50,93	.226	.798
	Üniversite	37	137,64	58,69		
	Yüksek lisans/doktora	3	127,33	47,07		
Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşüncelere inanç	Lise	10	130,20	59,53	.104	.902
	Üniversite	37	137,45	66,97		
	Yüksek lisans/doktora	3	123,33	28,02		
Olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygı	Lise	10	119,10	64,05	.680	.511
	Üniversite	37	147,40	73,66		
	Yüksek lisans/doktora	3	127,66	44,46		
TOPLAM	Lise	10	374,10	168,49	.309	.735
	Üniversite	37	422,51	194,70		
	Yüksek lisans/doktora	3	378,33	117,73		

Kekeleyen bireylerin çalışma durumuna göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançların düzeyinde anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların çalışma durumuna göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar düzeylerinin karşılaştırılması

	Çalışma Durumu	N	Ort.	Ss (±)	t	p
Olumsuz Düşünce ve İnançların Sıklığı	Çalışmıyor	26	142,88	60,36	1.111	.272
	Çalışıyor	24	125,33	50,34		
Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşüncelere inanç	Çalışmıyor	26	146,42	71,89	1.321	.193
	Çalışıyor	24	122,95	50,95		
Olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygı	Çalışmıyor	26	154,42	79,51	1.465	.149
	Çalışıyor	24	125,54	56,95		
TOPLAM	Çalışmıyor	26	443,73	203,97	1.349	.184
	Çalışıyor	24	373,83	157,23		

Kekeleyen bireylerin gelir düzeyine göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar düzeyinde anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların gelir düzeyine göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar düzeylerinin karşılaştırılması

		N	Ort.	Ss (±)	F	p
Olumsuz Düşünce ve İnançların Sıklığı	Düşük	6	129,66	79,37	.097	.908
	Orta	40	136,15	53,92		
	Yüksek	4	124,75	50,67		
Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşüncelere inanç	Düşük	6	140,00	97,34	.411	.665
	Orta	40	137,20	60,06		
	Yüksek	4	107,50	38,12		
Olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygı	Düşük	6	120,00	101,91	.329	.721
	Orta	40	144,40	66,74		
	Yüksek	4	133,00	68,45		
TOPLAM	Düşük	6	389,66	272,77	.183	.832
	Orta	40	417,75	176,46		
	Yüksek	4	365,25	153,20		

Kekeleyen bireylerin medeni durumlarına göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançların düzeyinde anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların medeni durumuna göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar düzeylerinin karşılaştırılması

	Medeni Durum	N	Ort.	Ss (±)	t	p
Olumsuz Düşünce ve İnançların Sıklığı	Bekar	40	139,77	58,85	1.355	.182
	Evli	10	113,20	37,29		
Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşüncelere inanç	Bekar	40	141,05	66,90	1.328	.191
	Evli	10	111,60	39,86		
Olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygı	Bekar	40	146,02	74,63	1.100	.277
	Evli	10	118,70	46,99		
TOPLAM	Bekar	40	426,85	195,00	1.286	.205
	Evli	10	343,50	120,67		

Kekeleyen bireylerin çocuk sahibi olup olmama durumuna göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançların düzeyinde anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların çocuk sahibi olup olmama durumuna göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar düzeylerinin karşılaştırılması

	Çocuk	N	Ort.	Ss (±)	t	p
Olumsuz Düşünce ve İnançların Sıklığı	Yok	40	139,77	58,85	1.355	.182
	Var	10	113,20	37,29		
Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşüncelere inanç	Yok	40	141,05	66,90	1.328	.191
	Var	10	111,60	39,86		
Olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygı	Yok	40	146,02	74,63	1.100	.277
	Var	10	118,70	46,99		
TOPLAM	Yok	40	426,85	195,00	1.286	.205
	Var	10	343,50	120,67		

Kekeleyen bireylerin kronik hastalığının olup olmamasına göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançların düzeyinde anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların kronik hastalığının olup olmamasına göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar düzeylerinin karşılaştırılması

	Kronik Hastalık	N	Ort.	Ss (±)	t	p
Olumsuz Düşünce ve İnançların Sıklığı	Yok	41	128,00	51,45	-1.782	.081
	Var	9	163,88	68,77		
Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşüncelere inanç	Yok	41	128,41	56,92	-1.638	.108
	Var	9	165,88	83,55		
Olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygı	Yok	41	132,14	65,76	-1.847	.071
	Var	9	178,88	82,15		
TOPLAM	Yok	41	388,56	168,38	-1.808	.077
	Var	9	508,66	231,62		

İlaç kullandığını ifade eden kekeleyen bireylerde olumsuz düşünce ve inançların sıklığının, kekemeliğe ilişkin olumsuz düşüncelere inanç düzeyinin, olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygı düzeylerinin ve genel olarak kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar düzeylerinin ilaç kullanmadığını ifade eden kekeleyen bireylere kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların ilaç kullanıp kullanmama durumuna göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar düzeylerinin karşılaştırılması

	İlaç	N	Ort.	Ss ($\pm$)	t	p
Olumsuz Düşünce ve İnançların Sıklığı	Kullanmıyor	42	126,35	51,36	-2.466	.017
	Kullanıyor	8	177,00	63,04		
Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşüncelere inanç	Kullanmıyor	42	127,38	57,10	-2.058	.045
	Kullanıyor	8	176,00	81,26		
Olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygı	Kullanmıyor	42	131,26	65,23	-2.223	.031
	Kullanıyor	8	189,37	81,01		
TOPLAM	Kullanmıyor	42	385,00	167,66	-2.305	.026
	Kullanıyor	8	542,37	223,83		

3.3. Bilinçli Farkındalığa İlişkin Bulgular

Kekeleyen bireylerin BİFÖ'den elde ettiği ortalama puan 44.12 ± 15.87 olarak hesaplanmış olup, bu durum bilinçli farkındalık düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların bilinçli farkındalık ölçeğinden elde ettikleri ortalama puan

	n	Ort.	Ss ($\pm$)
Bilinçli Farkındalık	50	44,12	15,87

Kekeleyen bireylerin yaşı ile bilinçli farkındalık düzeyleri arasında anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların yaşı ile bilinçli farkındalık düzeyi arasındaki ilişki

		Bilinçli Farkındalık
Yaş	R	-,181
	P	,209
	N	50

Kadın kekeleyen bireylerin bilinçli farkındalık düzeyi erkeklerden daha yüksek bulunsa da gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların cinsiyetine göre bilinçli farkındalık düzeylerinin karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	Ort.	Ss ($\pm$)	t	p
Bilinçli Farkındalık	Kadın	16	49,37	19,10	1.633	.109
	Erkek	34	41,64	13,72		

Kekeleyen bireylerin eğitim durumuna göre bilinçli farkındalık düzeylerinde anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların eğitim durumuna göre bilinçli farkındalık düzeylerinin karşılaştırılması

	n	Ort.	Ss ($\pm$)	F	p
Lise	10	43,70	13,14	.069	.934
Üniversite	37	44,48	17,24		
Yüksek lisans/doktora	3	41,00	5,29		

Çalışmadığını ifade eden kekeleyen bireylerin bilinçli farkındalık düzeyi çalışanlara göre daha yüksek bulunsa da gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların çalışma durumuna göre bilinçli farkındalık düzeylerinin karşılaştırılması

	Çalışma Durumu	n	Ort.	Ss ($\pm$)	t	p
Bilinçli Farkındalık	Çalışmıyor	26	45,73	17,35	.743	.461
	Çalışıyor	24	42,37	14,26		

Orta gelir düzeyine sahip kekeleyen bireylerin bilinçli farkındalık düzeyinin düşük ve yüksek gelir düzeyine sahip olanlara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiş olup gruplar arasında sınırda anlamlılık saptanmıştır ($p = 0.05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların gelir düzeyi göre bilinçli farkındalık düzeylerinin karşılaştırılması

	n	Ort.	Ss (±)	F	p
Düşük	6	34,16	12,04	3.187	.050
Orta	40	46,82	15,37		
Yüksek	4	32,00	17,64		

Bekar kekeleyen bireylerin bilinçli farkındalık düzeyi evli bireylere göre daha yüksek bulunsa da gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların medeni durumuna göre bilinçli farkındalık düzeylerinin karşılaştırılması

	Medeni Durum	n	Ort.	Ss (±)	t	p
Bilinçli Farkındalık	Bekar	40	44,90	15,91	.691	.493
	Evli	10	41,00	16,15		

Çocuk sahibi olmayan kekeleyen bireylerin bilinçli farkındalık düzeyi çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek bulunsa da gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların çocuk sahibi olup olmama durumuna göre bilinçli farkındalık düzeylerinin karşılaştırılması

	Çocuk	n	Ort.	Ss (±)	t	p
Bilinçli Farkındalık	Yok	40	44,90	15,91	.691	.493
	Var	10	41,00	16,15		

Kronik hastalığı bulunan kekeleyen bireylerin bilinçli farkındalık düzeyi kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek bulunsa da gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcıların kronik hastalığının olup olmama durumuna göre bilinçli farkındalık düzeylerinin karşılaştırılması

	Kronik Hastalık	n	Ort.	Ss (±)	t	p
Bilinçli Farkındalık	Yok	41	42,17	14,92	-1.902	.063
	Var	9	53,00	17,93		

Düzenli ilaç kullandığını ifade eden kekeleyen bireylerin bilinçli farkındalık düzeyi ilaç kullanmadığını ifade edenlere göre daha yüksek bulunsa da gruplar

arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların ilaç kullanma durumuna göre bilinçli farkındalık düzeylerinin karşılaştırılması

	İlaç	n	Ort.	Ss ($\pm$)	t	p
Bilinçli Farkındalık	Kullanmıyor	42	42,40	14,97	-1.790	.080
	Kullanıyor	8	53,12	18,45		

3.4. Psikolojik Esnekliğe İlişkin Bulgular

Kekeleyen bireylerin psikolojik esneklik düzeylerini belirlemek için Kabul ve Eylem Formu-2 kullanılmış olup ölçekten alınan yüksek puanlar psikolojik katılığın yüksek olduğunu, dolayısıyla da yaşantısal kaçınmanın arttığını göstermektedir. Kekeleyen bireylerin kabul ve eylem formu-2'den elde ettikleri ortalama puanlar Tablo 23'te görülmektedir. Buna göre, kekeleyen bireylerin psikolojik esneklik düzeyinin en düşük olduğu alan 3.48 ± 2.03 ortalama puan ile "endişelerimi ve duygularımı kontrol edememekten endişeleniyorum" ifadesidir. Genel olarak kabul ve eylem formu-2'den elde edilen ortalama puan 3.84 ± 1.71 olup, bu durum psikolojik esnekliğin orta düzeyde olduğunu göstermektedir (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların kabul ve eylem formu-2'den elde ettikleri ortalama puanlar

	N	Ort.	Ss ($\pm$)
Acı dolu deneyimlerim ve anılarım, değer vereceğim bir hayatı yaşamamı zorlaştırıyor	50	4,06	2,02
Duygularımdan korkuyorum.	50	3,90	2,20
Endişelerimi ve duygularımı kontrol edememekten endişeleniyorum.	50	4,34	2,17
Acı dolu anılarım, tatmin edici bir hayat yaşamamı engelliyor.	50	3,48	2,03
Duygular hayatımda sorunlara neden oluyor.	50	3,56	2,11
Görünüşe göre çoğu insan hayatını benden daha iyi idare ediyor.	50	3,72	2,09
Endişeler başarımın önüne geçiyor.	50	3,88	2,13
Kekemeliği Kabul Ve Eylem (Psikolojik Katılık)	50	3,84	1,71

Kekeleyen bireylerin yaşı ile psikolojik katılık düzeyleri arasında ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların yaşı ile psikolojik esneklik düzeyleri arasındaki ilişki

Kekemeliği Kabul ve Eylem (Psikolojik Katılık)	
r	-,252
p	,077
n	50

Kadın kekeleyen bireylerin psikolojik katılık düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu saptansa da cinsiyete göre psikolojik katılık düzeyinde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların cinsiyetine göre psikolojik katılık düzeylerinin karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	Ort.	Ss (±)	t	
Kekemeliği Kabul ve Eylem (Psikolojik Katılık)	Kadın	16	4,36	1,67	1.479	.146
	Erkek	34	3,60	1,70		

Kekeleyen bireylerin eğitim durumuna göre psikolojik katılık düzeylerinde anlamlı farklılaşma olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların eğitim durumuna göre psikolojik katılık düzeylerinin karşılaştırılması

	N	Ort.	Ss (±)	F	p
Lise	10	4,15	1,79	.543	.585
Üniversite	37	3,70	1,75		
Yüksek lisans/doktora	3	4,57	,86		

Çalışmayan kekeleyen bireylerin psikolojik katılık düzeyinin çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptansa da gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcıların çalışma durumuna göre psikolojik katılık düzeylerinin karşılaştırılması

	Çalışma Durumu	n	Ort.	Ss (±)	t	
Kekemeliği Kabul ve Eylem (Psikolojik Katılık)	Çalışmıyor	26	4,19	1,87	1.491	.143
	Çalışıyor	24	3,47	1,48		

Gelir düzeyi düşük olan kekeleyen bireylerin psikolojik katılık düzeyinin yüksek ve orta olanlara göre daha yüksek olduğu saptansa da gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların gelir düzeyine göre psikolojik katılık düzeylerinin karşılaştırılması

	N	Ort.	Ss (±)	F	p
Düşük	6	4,11	2,35	.311	.734
Orta	40	3,86	1,65		
Yüksek	4	3,25	1,7		

Medeni duruma göre kekeleyen bireylerin psikolojik katılık düzeylerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 29).

Tablo 29. Katılımcıların medeni durumuna göre psikolojik katılık düzeylerinin karşılaştırılması

	Medeni Durum	n	Ort.	Ss (±)	t	
Kekemeliği Kabul ve Eylem (Psikolojik Katılık)	Bekar	40	3,96	1,75	.922	.361
	Evli	10	3,40	1,58		

Çocuk sahibi olup olmama durumuna göre kekeleyen bireylerin psikolojik katılık düzeylerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 30).

Tablo 30. Katılımcıların çocuk sahibi olup olmama durumuna göre psikolojik katılık düzeylerinin karşılaştırılması

	Çocuk	n	Ort.	Ss (±)	t	
Kekemeliği Kabul ve Eylem (Psikolojik Katılık)	Yok	40	3,96	1,75	.922	.361
	Var	10	3,40	1,58		

Kronik hastalığının olup olmama durumuna göre kekeleyen bireylerin psikolojik katılık düzeylerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 31).

Tablo 31. Katılımcıların kronik hastalığının olup olmama durumuna göre psikolojik katılık düzeylerinin karşılaştırılması

	Kronik Hastalık	n	Ort.	Ss (±)	t	
Kekemeliği Kabul ve Eylem (Psikolojik Katılık)	Yok	41	3,75	1,70	-.809	.422
	Var	9	4,26	1,81		

İlaç kullanan kekeleyen bireylerin psikolojik katılık düzeyinin ilaç kullanmayanlardan daha yüksek olduğu saptansa da gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 32).

Tablo 32. Katılımcıların ilaç kullanıp kullanmama durumuna göre psikolojik katılık düzeylerinin karşılaştırılması

	İlaç	n	Ort.	Ss ($\pm$)	t	
Kekemeliği Kabul ve Eylem (Psikolojik Katılık)	Kullanmıyor	42	3,69	1,65	-1.442	.156
	Kullanıyor	8	4,64	1,95		

3.5. Kekemelikte Olumsuz Düşünce ve İnançların Yordanmasında Bilinçli Farkındalık ve Psikolojik Esnekliğin Rolü

Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar üzerinde bilinçli farkındalık ve psikolojik esnekliğin etkisini belirlemek için yapılan Pearson's korelasyon analizi sonucunda olumsuz düşünce ve inançlar altboyutlarından olumsuz düşünce ve inançların sıklığı ile bilinçli farkındalık arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .494$; $p<0.001$), psikolojik katılık arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ($r = .608$; $p<0.001$); olumsuz düşünce ve inançlar altboyutlarından kekemeliğe ilişkin olumsuz düşüncelere inanç altboyutu ile bilinçli farkındalık arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .520$; $p<0.001$), psikolojik katılık arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ($r = .641$; $p<0.001$); olumsuz düşünce ve inançlar altboyutlarından olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygı ile bilinçli farkındalık arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .532$; $p<0.001$), psikolojik katılık arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .502$; $p<0.001$), kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar toplamı ile bilinçli farkındalık arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .531$; $p<0.001$), psikolojik katılık arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .591$; $p<0.001$) ilişki saptanmıştır (Tablo 33).

Tablo 33. Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar ile bilinçli farkındalık ve psikolojik esneklik arasındaki ilişki

		Bilinçli Farkındalık	Psikolojik Katılık
Olumsuz Düşünce ve İnançların Sıklığı	r	,494**	,608**
	p	,000	,000
	N	50	50
Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşüncelere inanç	r	,520**	,641**
	p	,000	,000
	N	50	50
Olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygı	r	,532**	,502**
	p	,000	,000
	N	50	50
Kekemeliğe İlişkin Olumsuz Düşünce Ve İnançlar	r	,531**	,596**
	p	,000	,000
	N	50	50

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

Kekeleyen bireyin olumsuz düşünce ve inançları bireyin gündelik yaşamı ve sosyal ilişkileri açısından önemli rol oynamaktadır. Bu yüzden bu araştırmada kekemelikte olumsuz düşünce ve inançların yordanmasında bilinçli farkındalık ve psikolojik esnekliğin rolünün belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu araştırma sonucunda kekeleyen bireylerin olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygı düzeyinin olumsuz düşünce ve inançların sıklığı ve olumsuz düşüncelere inanç düzeyinden daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmadan elde edilen sonuç ile paralel şekilde Blumgart ve arkadaşları (2010)'nın araştırma bulgularında da kekeleyen bireylerde olumsuz düşünce ve inançlara yönelik kaygı düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir.

Yaş ile olumsuz düşünce ve inançların sıklığı, kekemeliğe ilişkin olumsuz düşüncelere inanç ve kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar toplamı arasında negatif yönde, zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır.

Cinsiyete, eğitim durumuna, çalışma durumuna, gelir düzeyine, medeni duruma, çocuk sahibi olup olmama durumuna, kronik hastalık durumuna göre kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlarda anlamlı farklılaşma olmadığı görülmüştür. Bu çalışmanın aksine, Chu ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada kadınlarda kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlara yönelik kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Abdallah ve Lois (2012) tarafından yapılan çalışmada kronik hastalığı olan kekeleyen bireylerde kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlara yönelik kaygı düzeyi kronik hastalığı bulunmayanlardan farklı olmadığı bildirilmiştir.

Kekeleyen bireylerin bilinçli farkındalık düzeyinin düşük olduğu görülmüştür. Yaş ile bilinçli farkındalık arasında ilişki saptanmamıştır. Kadın kekeleyenlerin bilinçli farkındalık düzeyi erkeklerden daha yüksek bulunsa da gruplar arasındaki

farkın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür. Eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama, kronik hastalık durumu, ilaç kullanma durumunun bilinçli farkındalıkta anlamlı bir farklılığa neden olmadığı saptanmıştır. Konu üzerine çalışmalar gerçekleştiren araştırmacılar bilinçli farkındalığın doğrudan ve dolaylı bir şekilde farklı mekanizmalara olan etkilerinden ötürü psikolojik iyi oluşu olumlu yönde etkilediğini ileri sürmektedirler (Brown ve Ryan, 2003; Brown ve ark., 2007). Bilinçli farkındalık düzeyinin artması sevgi, şefkat ve affedicilik duygularına katkıda bulunup bu duyguları beslemektedir, böylece bireyler olumsuz duyguların yıkıcı sonuçlarından daha az etkilenmekte ve bu etki özanlayış seviyesinde bir artışı da beraberinde getirmektedir (Özyeşil, 2011). Parmaksız (2020) tarafından gerçekleştirilen çalışmada bilinçli farkındalığın eğitim düzeyinden etkilenmediği bildirilmiştir. Harley (2018) tarafından yapılan çalışmada kekeleyen bireylerde bilinçli farkındalık düzeyinin orta düzeyde olduğu, kadın kekeleyenlerde bilinçli farkındalık düzeyinin erkek kekeleyenlere göre anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmanın sonucunda, kekeleyen bireylerin psikolojik esneklik düzeyinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Yaş ile psikolojik esneklik arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kadın kekeleyen bireylerin psikolojik katılık düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu saptansa da cinsiyete göre psikolojik esneklik düzeyinde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kekeleyen bireylerin eğitim durumuna göre psikolojik esneklik düzeylerinde anlamlı farklılaşma olmadığı görülmüştür. Çalışmayan kekeleyen bireylerin psikolojik katılık düzeyinin çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptansa da gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Gelir düzeyi düşük olan kekeleyen bireylerin psikolojik katılık düzeyinin yüksek ve orta olanlara göre daha yüksek olduğu saptansa da gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Medeni duruma göre kekeleyen bireylerin psikolojik esneklik düzeylerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çocuk sahibi olup olmama durumuna göre kekeleyen bireylerin psikolojik esneklik düzeylerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Kronik hastalık durumuna göre kekeleyen bireylerin

psikolojik esneklik düzeylerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. İlaç kullanan kekeleyen bireylerin psikolojik katılık düzeyinin ilaç kullanmayanlardan daha yüksek olduğu saptansa da gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Beilby ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada kekeleyen bireylerin psikolojik esneklik düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiş olup cinsiyete, eğitim durumuna göre psikolojik esneklik düzeylerinde anlamlı bir farklılaşma olmadığı bildirilmiştir.

Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar üzerinde bilinçli farkındalık ve psikolojik esnekliğin etkisini belirlemek için yapılan Pearson's korelasyon analizi neticesinde olumsuz düşünce ve inançlar altboyutlarından olumsuz düşünce ve inançların sıklığı ile bilinçli farkındalık arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .494$; $p < 0.001$), psikolojik esneklik arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ($r = .608$; $p < 0.001$); olumsuz düşünce ve inançlar altboyutlarından kekemeliğe ilişkin olumsuz düşüncelere inanç altboyutu ile bilinçli farkındalık arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .520$; $p < 0.001$), psikolojik esneklik arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ($r = .641$; $p < 0.001$); olumsuz düşünce ve inançlar altboyutlarından olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygı ile bilinçli farkındalık arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .532$; $p < 0.001$), psikolojik esneklik arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .502$; $p < 0.001$), kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar toplamı ile bilinçli farkındalık arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .531$; $p < 0.001$), psikolojik esneklik arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .591$; $p < 0.001$) ilişki saptanmıştır. İlgili sonuçlara dair literatürde herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu sonuçlar bir ilk olması bakımından önemlidir.

SONUÇ

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar altboyutlarından olumsuz düşünce ve inançların sıklığı ile bilinçli farkındalık arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .494$; $p < 0.001$), psikolojik esneklik arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ($r = .608$; $p < 0.001$) ilişki saptanmıştır.
- Kekemeliğe olumsuz düşünce ve inançlar altboyutlarından kekemeliğe ilişkin olumsuz düşüncelere inanç altboyutu ile bilinçli farkındalık arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .520$; $p < 0.001$), psikolojik esneklik arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ($r = .641$; $p < 0.001$) ilişki saptanmıştır.
- Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar altboyutlarından olumsuz düşünce ve inançlara ilişkin kaygı ile bilinçli farkındalık arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .532$; $p < 0.001$), psikolojik esneklik arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .502$; $p < 0.001$) ilişki saptanmıştır.
- Kekemeliğe ilişkin olumsuz düşünce ve inançlar toplamı ile bilinçli farkındalık arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .531$; $p < 0.001$), psikolojik esneklik arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .591$; $p < 0.001$) ilişki saptanmıştır.

SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER

- Bu çalışmada katılımcı sayısı sınırlı tutulmuştur, gelecekte yapılacak olan çalışmaların daha fazla katılımcı ile yapılması önerilmektedir.
- Bu araştırmada kekemelik şiddet ölçümü yapılmaması çalışmanın bir sınırlılığı olarak düşünülmektedir. Gelecekte yapılacak olan çalışmalarda ölçüm yapılarak, kekemelik şiddeti açısından eşit dağılıma sahip katılımcıları içermesi önerilebilir.
- Gelecekte yapılacak olan çalışmalarda yaş faktörünün etkisini görmek için farklı yaş aralıklarında gruplar oluşturulabilir ve karşılaştırma yapılabilir.
- Gelecekte yapılacak olan çalışmalar, kekemeliği olan ve olmayan katılımcıları içerebilir ve sonuçlar karşılaştırmalı olarak değerlendirilebilir.
- Gelecekte yapılacak olan çalışmalar, kekemelik terapisi almış ve almamış katılımcıları içerebilir ve sonuçlar karşılaştırmalı olarak değerlendirilebilir.

KAYNAKÇA

- Abdalla, F. A., & Louis, K. O. S. (2012). Arab school teachers' knowledge, beliefs and reactions regarding stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 37(1), 54-69.
- Aghaz A, Arani Kashani Z., Shahriyari A. (2020). Evaluating Teachers' Attitudes Toward Stuttering Using the Persian Version of the Teacher's Attitudes Towards Stuttering Inventory. *Journal of Modern Rehabilitation*. 15(1):41-46.
- Al-Qaisi, R. Q. M., Ali, E. G., & Khudhair, A. K. (2020). Assessment of Primary School Teachers' Knowledge about Stuttering of School-Age Children at First Al-Karkh Education Directorate in Baghdad City. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 14(3), 1419.
- Ambrose, N. G., Yairi, E., & Cox, N. (1993). Genetic aspects of early childhood stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 36(4), 701-706.
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA, 1993). Definitions of communication disorders and variations [Relevant Paper]. Available from www.asha.org/policy
- Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (2013), Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Köroęlu E (çeviren), Ankara, Hekimler yayın birliği, 2013.
- Anderson JD, Pellowski MW, Conture EG, Kelly EM. (2003). Temperamental characteristics of young children who stutter. *J Speech, Lang Hear Res*, 46(5):1221–1233
- Aydın Uysal, A., & Ege, P. (2019). Reliability and validity of the UTBAS-TR (The Unhelpful Thoughts and Beliefs Scale-the Turkish version) in the Turkish population. *International journal of speech-language pathology*, 22(1), 24-29.
- Aydın Uysal, A., & Ege, P. (2020). Reliability and validity of the UTBAS-TR (The Unhelpful Thoughts and Beliefs Scale-the Turkish version) in the Turkish population. *International journal of speech-language pathology*, 22(1), 24-29.
- Baer, R. (2016). Assessment of mindfulness and closely related constructs: Introduction to the special issue. *Psychological assessment*, 28(7), 787
- Barlow, D. H., Raffa, S. D., & Cohen, E. M. (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. In P. E. Nathan

- & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 301–335). Oxford University Press.
- Beilby, J. M., Byrnes, M. L., & Yaruss, J. S. (2012). Acceptance and commitment therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. *Journal of fluency disorders*, 37(4), 289-299.
- Bloodstein O, Ratner NB. (2008). *A Handbook on Stuttering*. Clifton Park New York: Thomson Delmar Learning, 2008:25–45
- Bloodstein O. (2002). Early stuttering as a type of language difficulty. *J Fluency Disord* 2002; 27(2):163-167
- Bloodstein O. (2006). Some empirical observations about early stuttering: A possible link to language development. *J Commun Disord*, 39(3):185–191
- Bloodstein OA. (1995). *Handbook on Stuttering*. 5th edition, San Diego, CA: Singular
- Blumgart E, Tran Y, Craig A. Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety*. 27(7), 687–692, 2010.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.
- Boyle, M. P. (2011). Mindfulness training in stuttering therapy: A tutorial for speech-language pathologists. *Journal of Fluency Disorders*, 36(2), 122–129
- Brosch S, Pirsig W. (2001). Stuttering in history and culture. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001;59(2):81-87
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Brown, K. W., Ryan, R. M. & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237
- Burton, C. L., & Bonanno, G. A. (2016). Measuring ability to enhance and suppress emotional expression: The Flexible Regulation of Emotional Expression (FREE) Scale. *Psychological assessment*, 28(8), 929.
- Cangi ME. (2008). Kekemeliği olan ve olmayan ergenlerin çok boyutlu mükemmeliyetçilik düzeylerinin karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi,

Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dil ve Konuşma Terapistliği Anabilim Dalı.

- Cheasman, C., Simpson, S., & Everard, R. (2015). Acceptance and speech work: the challenge. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 193, 72-81.
- Chu, S. Y., Sakai, N., Mori, K., & Iverach, L. (2017). Japanese normative data for the Unhelpful Thoughts and Beliefs about Stuttering (UTBAS) Scales for adults who stutter. *Journal of fluency disorders*, 51, 1-7.
- Ciarrochi J., Bilich L., Godsell C. (2010). Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy. İçinde: Baer RA. (editör). Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change. Context Press/New Harbinger Publications. 51-75.
- Couture EG. (2001). Stuttering: its nature, diagnosis and treatment. Boston: Allyn and Bacon, 2001
- Craig A, Hancock K, Tran Y, Craig M, Peters K. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *J Speech Lang Hear Res*, 45(6):1097–1105.
- Emamvirdi, R., Asl, N. R. H., İlhan, L., & Çolakoğlu, F. F. (2020). Bedensel Engelli Sporcularda Psikolojik Esneklik Ve Spora Katılım Motivasyonu. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 14(2), 271-281.
- Farpour, S., Shafie, B., Salehi, A., & Karimi, H. (2013). Relationship of unhelpful thoughts and beliefs about stuttering with anxiety and depression in Persian-speaking adults who stutter. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*, 8(7), 1173-1185.
- Felsenfeld, S. (2002). Finding susceptibility genes for developmental disorders of speech: the long and winding road. *Journal of Communication Disorders*, 35(4), 329-345.
- Freud D, Kichin-Brin M, Ezrati-Vinacour R, Roziner I, Amir O. The relationship between the experience of stuttering and demographic characteristics of adults who stutter. *Journal of fluency disorders*, 52, 53-63, 2017.
- Gloster, A. T., Meyer, A. H., & Lieb, R. (2017). Psychological flexibility as a malleable public health target: Evidence from a representative sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 166-171.
- Guitar B. (2014). Stuttering, an integrated approach to its apado and treatment (4th ed.), Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar, B. (2006). Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment. Vermont: Lippincott Williams and Wilkins.

- Gunn, A., Menzies, R. G., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., Lowe, R., Block, S. (2014). Axis I anxiety and mental health disorders among stuttering adolescents. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 58-68
- Harley, J. (2018). The role of attention in therapy for children and adolescents who stutter: Cognitive behavioral therapy and mindfulness-based interventions. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(3S), 1139-1151.
- Hayhow, R., Cray, A. M., Enderby, P. (2002). Stammering and therapy views of people who stammer. *Journal of fluency disorders*, 27(1), 1-17.
- Iverach L, Jones M, Lowe R, O'Brian S, Menzies RG, Packman A, Onslow M. (2018). Comparison of adults who stutter with and without social anxiety disorder. *Journal of fluency disorders*, 56, 55-68.
- Iverach, L., Jones, M., McLellan, L. F., Lyneham, H. J., Menzies, R. G., Onslow, M., Rapee, R. M. (2016). Prevalence of anxiety disorders among children who stutter. *Journal of fluency disorders*, 49, 13-28.
- Iverach, L., Menzies, R., Jones, M., O'Brian, S., Packman, A., & Onslow, M. (2015). Further development and validation of the Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering (UTBAS) scales: relationship to anxiety and social phobia among adults who stutter. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 1-14.
- Iverach, L., Rapee, R. M., Wong, Q. J., Lowe, R. (2017). Maintenance of social anxiety in stuttering: A cognitive-behavioral model. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26(2), 540-556
- Johnson W. (1955). *Stuttering in Children and Adults*. Minneapolis: University Minnesota Press, 1955.
- Klompas, M., & Ross, E. (2004). Life experiences of people who stutter, and the perceived impact of stuttering on quality of life: Personal accounts of South African individuals. *Journal of fluency disorders*, 29(4), 275-305.
- Kraaimaat, F. W., Vanryckeghem, M., & Van Dam-Baggen, R. (2002). Stuttering and social anxiety. *Journal of fluency disorders*, 27(4), 319-331.
- Lanier W. (2010). *Speech disorders*. Detroit: Lucent Books.
- Lowe, R., Helgadottir, F., Menzies, R., Heard, R., O'Brian, S., Packman, A., Onslow, M. (2017). Safety behaviors and stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(5), 1246-1253
- Mansson H. (2000). Childhood stuttering: incidence and development, *J Fluency Disord*, 25:47-57

- Masuda, A., Anderson, P. L., Wendell, J. W., Chou, Y. Y., Price, M., & Feinstein, A. B. (2011). Psychological flexibility mediates the relations between self-concealment and negative psychological outcomes. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 243-247.
- Menzies RG, Onslow M, Packman A, O'Brian S. (2009). Cognitive behavior therapy for adults who stutter: A tutorial for speech-language pathologists. *Journal of Fluency Disorders*. 34(3), 187–200.
- Messenger, M., Onslow, M., Packman, A., Menzies, R. (2004). Social anxiety in stuttering: measuring negative social expectancies. *Journal of fluency disorders*, 29(3), 201-212
- Morgenstern, J.J. (1956). *Socio-economic factors in stuttering*. *Journal of Speech & Hearing Disorders*, 21: 25-33.
- Nicholls, J. R. (2013). Teacher Perceptions of Stuttering. Published Master Thesis. Massey University, Albany. New Zealand
- Owens RE, Metz DE, Haas A. (2003). *Introduction to Communication Disorders: A Life Span Perspective*. Boston: Allyn and Bacon
- Özyeşil, Z. (2011). Üniversite öğrencilerinin öz-anlayış düzeylerinin bilinçli farkındalık kişilik özellikleri ve bazı değişkenler açısından incelenmesi. (Yayımlanmamış doktora tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Özyeşil, Z., Arslan, C., Kesici, Ş. ve Deniz, M. E. (2011). Bilinçli Farkındalık Ölçeği'ni Türkçe'ye Uyarlama Çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 36.160, 225-235.
- Packman, A., Code, C., Onslow, M. (2007). On The Cause Of Stuttering: Integrating Theory With Brain And Behavioral Research. *Journal of Neurolinguistics*, 20(5), 353-362
- Parmaksız, İ. (2020). Yaşam doyumuyla bilinçli farkındalık arasındaki ilişki: yetişkinler üzerine bir araştırma. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 33(1), 157-176.
- Peters, T. J., & Guitar, B. (1991). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins
- Riley GD, Riley J. (1979). A component model for diagnosing and treating children who stutter. *J Fluency Disord*, 4(4):279-293
- Rosenbek J, Messert B, Collins M, Wertz RT. (1978). Stuttering following brain damage. *Brain Lang*, 6(1):82-96.
- Rustin, L., & Cook, F. (1995). *The management of stuttering in adolescence: A communication skills approach*. Singular.

- Sadock BJ, Sadock VA. (2007). Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007:1175-1190.
- Schwartz, H. D. (1999). Primer for stuttering therapy. Needham, Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Shames GH, Wiig EH, Secord WA. (1998). Human Communication Disorders: An Introduction. Boston, Allyn & Bacon
- Shapiro DA. (1999). Stuttering Intervention: A Collaborative Journey to Fluency Freedom. Texas: PRO-ED, 1999:12, 81.
- Silverman FH. (2004). Stuttering and Other Fluency Disorders. Illinois, Waveland Pres
- Smith, K. A., Iverach, L., O'Brian, S., Kefalianos, E., & Reilly, S. (2014). Anxiety of children and adolescents who stutter: A review. *Journal of fluency disorders*, 40, 22-34.
- St Clare, T., Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., Thompson, R., & Block, S. (2009). Unhelpful thoughts and beliefs linked to social anxiety in stuttering: Development of a measure. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(3), 338-351.
- Stein, M. B., Baird, A., & Walker, J. R. (1996). Social phobia in adults with stuttering. *The American journal of psychiatry*, 153(2), 278-280.
- Tatlılıoğlu, K. Ve Deniz M. E. (2011). Farklı öz-anlayış düzeylerine sahip üniversite öğrencilerinin karar vermede öz-saygı, karar verme stilleri ve kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(2), 19-41.
- Temiz, G. (2020). Kekemeliği olan yetişkin bireylerde olumsuz düşünce ve inançların kekemelik şiddeti ile ilişkisi (Yüksek Lisans Tez., İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Topbaş, S. (2011). Dil ve Kavram Gelişimi. Ankara: Kök Yayıncılık
- Topbaş, S., Konrot, A., & Ege, P. (2002). Dil ve Konuşma Terapistliği. *Eskişehir, Dil ve Konuşma Bozuklukları Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları*.
- Van Riper C. (1992). The nature of stuttering. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1992:12-15,279-295.
- Vanryckeghem, M., Brutten, G. J., & Hernandez, L. M. (2005). A comparative investigation of the speech-associated attitude of preschool and kindergarten children who do and do not stutter. *Journal of fluency disorders*, 30(4), 307-318.

- Ward D, Connally EL, Pliatsikas C, Bretherton-Furness J, Watkins KE. (2015). The neurological underpinnings of cluttering: Some initial findings. *J Fluency Disord*, 43:1–16
- WHO (2007). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic Criteria for Research 2007
- Xing Ming, Jing., Yi Wen, Z., Van Borsel, J. (2001). Public Awareness of Stuttering in Shanghai, China. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 26, 145–150.
- Yairi E, Ambrose GN. (2005). Early childhood stuttering. Texas: Pro Ed an international Publisher.
- Yairi E, Ambrose NG. (1999). Early Childhood Stuttering I: Persistency and Recovery Rates. *J Speech Lang Hear Res* 1999; 42(5):1097-1112
- Yairi E, Seery CH. (2011). Stuttering: Foundations and clinical applications. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson
- Yaruss, J. S., Coleman, C. E., & Quesal, R. W. (2012). Stuttering in school-age children: A comprehensive approach to treatment. *LSHSS*, 43(4): 536-548
- Yavuz F., Ulusoy S., Iskin M., Esen FB., Burhan HS., Karadere ME., Yavuz, N. (2016). Turkish version of acceptance and action questionnaire-II (AAQ-II): A reliability and validity analysis in clinical and non-clinical samples. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 26(4), 397- 408.
- Zebrowski PM, Kelly EM. (2002). Manual of Stuttering Intervention. 1. Baskı, Clifton Park, N.Y.: Singular Pub Group

EK-4. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Sosyo-demografik Bilgi Formu

Yaş :

Cinsiyet : ☐ Kadın ☐ Erkek

Eğitim durumu: ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite
☐ Yüksek lisans/Doktora

Çalışıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

Meslek:

Gelir Düzeyi: ☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek

Medeni durum: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış ☐ Dul

Çocuğunuz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise kaç tane?

Çocuklarınız dışında evde bakmakla yükümlü olduğunuz başka biri var mı?

İLETİŞİM BİLGİLERİ

Adres :

Telefon :

e-mail adresi :

GENEL BİLGİLER

Herhangi kronik bir rahatsızlığınız var mı? ☐ Evet (Belirtiniz:.....)
 Hayır ☐

Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? ☐ Evet (Belirtiniz:.....)
 Hayır ☐

EK-5.Kekemelik Hakkında Olumsuz Düşünce İnançlar Ölçeği (UTBAS)

Ek-5: Kekemelik Hakkında Olumsuz Düşünce ve İnançlar Ölçeği (UTBAS)

Kekemelik Hakkında Olumsuz Düşünce ve İnançlar Ölçeği (UTBAS) (Yetişkinler İçin)

Aşağıdaki ölçekteki her maddeyi dikkatlice okuyarak her üç bölüm için ayrı ayrı doğru tanımlayan sayıyı daire içine alınız. Üç bölüm sırasıyla şu şekildedir: (1) Bu düşüncelere NE SIKLIKLA kapılıyorum, (2) Bu düşüncelere ne kadar İNANIYORUM, (3) Bu düşünceler benim ne kadar KAYGILI hissetmeme neden oluyor.																
1 = asla yada hiçbir zaman 2 = nadiren ya da biraz 3 = bazen ya da arada sırada 4 = sık sık ya da çoğunlukla 5 = her zaman yada tümüyle		Bu düşüncelere NE SIKLIKLA kapılıyorum					Bu düşüncelere ne kadar İNANIYORUM					Bu düşünceler benim ne kadar KAYGILI hissetmeme neden oluyor				
1	Kekelediğim için insanlar yetilerinden kuşku duyacaklardır	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2	Eğer kekeleyorsan hayatta gerçekten başarılı olmak olanaksızdır	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3	Kekelesem hiçbir işte uzun süre tutunamam	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4	Kekelememi kontrol edememek benim hatam	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5	Kekelediğim için saygı bir kişi sayılırım	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	Kekelesem kimse benden hoşlanmaz	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7	Her an kekeleyebilirim.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8	İnsanlar söylediğim her söze dikkat ediyorlar	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9	Ben beceriksizim	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10	Kekeleyeni kimse sevmez	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11	Kekeleyeceğim	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12	Odadaki herkes kekelediğimi duyacak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13	Aptalım biriyim	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14	Kekelesem insanlar aptal olduğumu düşünecekler	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15	Kekemeliğim yüzünden asla başarılı olamayacağım	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16	İnsanların sorularını yanıtlamayacağım	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

1 = asla yada hiçbir zaman 2 = nadiren ya da biraz 3 = bazen ya da arada sırada 4 = sık sık ya da çoğunlukla 5 = her zaman yada tümüyle		Bu düşüncelere NE SIKLIKLA kapılıyor					Bu düşüncelere ne kadar İNANIYORUM					Bu düşünceler benim ne kadar KAYGILI hissetmeme neden oluyor				
17	Ben çaresizim	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18	İş yerinde hiçbir işe yaramıyorum	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19	İnsanlar kekelediğim yüzünden beceriksiz olduğumu düşünecekler	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20	Tamamen takılıp hiç konuşamayacağım	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21	Herkes salak olduğumu düşünecek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22	Otorite konumundaki kişilerle konuşamıyorum	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23	İnsanlar tuhaf olduğumu düşünecekler	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
24	İnsanlar Türkçe konuşmadığımı sanacaklar	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25	Hiç kimse kekeme birisiyle ilişkisi kurmak istemez	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
26	Kekelediğim için düzgün bir şekilde düşünemiyorum	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
27	Agresif/saldırgan insanlarla konuşamıyorum	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
28	İnsanlar hiçbir konuda fikrim olmadığımı düşünecekler	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
29	Söyleyecek bir şeyim olmadığı için insanlar sızıcı olduğumu düşünecekler	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
30	Takılırsam insanlar geri çekilme olduğumu düşünecekler	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
31	Bu insanlarla yüz yüze gelemem	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
32	Kekelesem insanlar "Bunun ne var" diye düşünecekler	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
33	Söylediğimle aynı fikrede olmazlarsa insanlar hakkımda ne düşünürler?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
34	İnsanların çoğu kekemelerin daha beceriksiz olduğunu düşünürler	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
35	Gitmek istemiyorum - İnsanlar benden hoşlanmayacak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

EK-6. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BIFO)

EK-6

Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BIFO)

Bu ölçek kişilerin bilinçli farkındalık düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen aşağıdaki maddeleri okuyun ve size uygunluk derecesine göre cevap seçeneklerinden birini işaretleyin.

	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça seyrek	Hemen hemen hiçbir zaman
1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.						
2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya dökerim.						
3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.						
4. Gideceğim yere yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.						
5. Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.						
6. Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum.						
7. Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatige bağlanmış gibi yapıyorum.						
8. Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.						
9. Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şu an ne yapıyor olduğumun farkında olmam.						
10. İşleri veya görevleri şu an ne yapıyor olduğumun farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.						
11. Kendimi bir kulağımla birini dinlerken aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.						
12. Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.						
13. Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.						
14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.						
15. Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum.						

EK-7. Kabul ve Eylem Formu-2 (Acceptance and Commitment Questionnaire-2)

Ek-7

Kabul ve Eylem Formu-2(Acceptance and Commitment Questionnaire-2)

KABUL VE EYLEM FORMU-2

Aşağıda bir dizi ifade bulunmaktadır. Her bir ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu yanında yazan rakamı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Seçiminizi yapmak için aşağıdaki cetveli kullanınız.

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir zaman doğru değil	Çok nadiren doğru	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Neredeyse her zaman doğru	Daima doğru
1. Geçmişte olan acı veren yaşantılarım ve hatıralarım, değer verdiğim bir hayatı yaşamayı zorlaştırıyor.						
					1	2 3 4 5 6 7
2. Hislerimden korkarım.						
					1	2 3 4 5 6 7
3. Kaygılarımı ve hislerimi kontrol edememekten endişelenirim.						
					1	2 3 4 5 6 7
4. Acı hatıralarım dolu dolu bir hayat yaşamamı engelliyor.						
					1	2 3 4 5 6 7
5. Duygular hayatımda sorunlara yol açar						
					1	2 3 4 5 6 7
6. İnsanların çoğu hayatlarını benden daha iyi idare ediyor gibi görünüyor.						
					1	2 3 4 5 6 7
7. Endişelerim başarılı olmamı engelliyor						
					1	2 3 4 5 6 7