T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AKICI KONUŞMA BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE KEKEMELİK ŞİDDETİ İLE PSİKOLOJİK BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Gökçe ÖZER ANTHOLZ

Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA

2019

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AKICI KONUŞMA BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE KEKEMELİK ŞİDDETİ İLE PSİKOLOJİK BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Gökçe ÖZER ANTHOLZ

Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Esra ÖZCEBE

ANKARA

2019

AKICI KONUŞMA BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE KEKEMELİK ŞİDDETİ İLE PSİKOLOJİK BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Öğrenci: GÖKÇE ÖZER ANTHOLZ

Danışman: DOÇ. DR. ESRA ÖZCEBE

Bu tez çalışması 24.07.2019 tarihinde jürimiz tarafından "ODYOLOJİ VE KONUŞMA BOZUKLUKLARI PROGRAMI" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: PROF. DR. GONCA SENNAROĞLU
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

Tez Danışmanı: *DOÇ. DR. ESRA ÖZCEBE*
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

Üye: *PROF. DR. MUSTAFA GEREK*
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

29 Temmuz 2019

Prof. Dr. Diclehan Orhan
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan ***"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"*** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- ○ Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. (1)
- • Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. (2)
- ○ Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. (3)

24 /07/2019

Gökçe ÖZER ANTHOLZ

---

[1] *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"*

*(1) Madde 6. 1. Lisansüstü tezle ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*

*(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*

*(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.*
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

** Tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.***

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Esra ÖZCEBE danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Gökçe ÖZER ANTHOLZ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince kıymetli bilgisini, deneyimini ve manevi desteğini esirgemeyen, her an yanımda hissettiğim değerli hocam ve tez danışmanım

Doç. Dr. Esra Özcebe' ye;

Çalışma boyunca bana yardımcı olan Dr. Tuğçe Karahan ve Uzm. Psk. Ezgi AKAY'a,

Aldığım her kararda yanımda olduğunu bildiğim, hayatımı kolaylaştırmak için ellerinden geleni yapan sevgili annem Nihal Özer ve değerli babam Mustafa Özer, biricik kardeşim Gizem'e;

Bu çalışmayı hazırlarken, manevi desteğiyle yanımda olan, bana sabır gösteren ve beni her zaman cesaretlendiren yol arkadaşım Mathias Antholz'a;

Ayrıca en başından beri yüksek lisans eğitim sürecine ve sonrasında hayatıma sonsuza kadar dâhil olduklarını candan bildiğim arkadaşlarım Çiğdem, Selin ve Tuğçe'ye en içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Özer Antholz, G. Akıcı Konuşma Bozukluğu Olan Bireylerde Kekemelik Şiddeti ile Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019. Kekemelik tanısı almış bireylerde kekemelik ve kekemelik şiddetinin psikolojik belirtiler ile olan ilişkisi literatürde uzun zamandır araştırılan bir konudur. Kekemeliğin bireyin sosyal hayatında yarattığı olumsuzluklar, doğal olarak bireyin psikolojik durumu üzerinde de olumsuz etkilere yol açar. Yapılan pek çok araştırmada kekemelik anksiyete ve/veya depresyonla ilişkilendirilmiş olup, tüm psikolojik belirtilere yönelik bir tarama çalışmasına ulaşılamamıştır. Bu çalışmada, Türkçe konuşan kekeme bireylerde kekemelik şiddetinin değerlendirilmesi ve bu bireylerin ayrıntılı psikolojik belirtilerinin taranması amaçlanmıştır. Çalışmaya kekemelik şikâyeti olan 18 yaş ve üzeri 47 birey dâhil edilmiştir. Bireylerden kekemelik şiddetini değerlendirmek amacıyla yaklaşık 15-20 dakika süresince ortalama 300 kelime içeren konuşma kaydı alınmış ve bu kayıtlar incelenerek konuşma analizleri yapılmıştır. Çalışmaya katılan tüm bireylerin psikolojik belirtilerini taramak amacıyla Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Hostilite, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünceler ve Psikotizm alt ölçeklerini içeren Kısa Semptom Envanteri uygulanmıştır. Kekemelik şiddetinin, Kısa Semptom Envanteri Toplam puanı, Somatizasyon alt ölçeği, Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeği ve Fobik Anksiyete alt ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgular doğrultusunda, kekeme bireylerin konuşma terapisi sürecinde psikolojik belirtilerinin de göz önünde bulundurulması ve gerektiğinde ruh sağlığı profesyonellerine yönlendirilmelerinin uygun olacağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kekemelik, Kekemelik Şiddeti, Psikolojik Belirtiler

ABSTRACT

Özer Antholz, G. The Relationship Between Stuttering Severity And Psychological Symptoms, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Master Thesis of Audiology and Speech Pathology, Ankara, 2019. In individuals diagnosed with stuttering; the relationship between stuttering severity and the psychological symptoms is a subject which has been researched for a long time in the literature. The negative effects of stuttering on the individual's social life naturally cause negative effects on the psychological state of the individual. In many studies, stuttering has been associated with anxiety and / or depression, and a screening study for all psychological symptoms has not been achieved. The aim of this study was to evaluate the severity of stuttering in Turkish speaking stutterers and to examine the detailed psychological symptoms of these individuals. A group of 47 individuals who has stuttering disorders have been included in the study, aged over 18. In order to evaluate the severity of stuttering, an average of 300 words were recorded during 15-20 minutes and analyzed afterwards. In order to screen the psychological symptoms of all individuals participating in the study; The Brief Symptom Inventory including Somatization, Obsessive-Compulsive Disorder, Interpersonal Sensitivity, Depression, Anxiety, Hostility, Phobic Anxiety, Paranoid Thoughts and Psychotism subscales were applied. As a result, Stuttering Severity is statistically meaningful and has a positive relationship between Short Symptom Inventory Total Score, Somatization, Interpersonal Sensitivity, and Phobic Anxiety sub-scale scores. The results of this study showed that; during the speech therapy of individuals who stutter, psychological symptoms should also be considered and if needed, mental health professionals should be consulted.

Key Words: Stuttering, Stuttering Severity, Psychological Symptoms

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI iv
ETİK BEYAN SAYFASI v
TEŞEKKÜR vi
ÖZET vii
ABSTRACT viii
İÇİNDEKİLER ix
SİMGELER VE KISALTMALAR x
ŞEKİLLER xi
TABLOLAR xii
1.GİRİŞ 1
2.GENEL BİLGİLER 4
2.1. Konuşma Bozuklukları *4*
2.2. Akıcı Konuşma Bozukluğu *5*
2.2.1. Kekemelik 6
2.2.2. Kekemeliğin Tanımlanması 7
2.2.3. Kekemeliğin İnsidansı ve Prevalansı 8
2.2.4. Kekemelik Teorileri 8
2.2.5. Kekemelik ve Cinsiyet 12
2.3. Kekemeliğin Çok Boyutlu Özellikleri *143*
2.4. Kekemelik ve Psikolojik Belirtiler *15*
2.5. Kekemelikte Psikolojik Belirtilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar *187*
2.5.1.Kısa Semptom Envanteri (KSE) 187
3.GEREÇ VE YÖNTEM 221
3.1. Bireyler *21*
3.2. Yöntem *22*
3.2.1. Odyolojik Değerlendirme 22
3.2.2. Kekemeliğin Değerlendirilmesi 22
3.2.3. Kısa Semptom Envanteri 23
3.4. İstatistiksel Değerlendirme *24*

4.BULGULAR 25

4.1. Verilerin İstatistiksel Analizlere Uygunluğunun Sınanması 25

4.2. Araştırma Değişkenlerinin Betimsel ve Karşılaştırmalı Analizleri 26

4.2.1. Demografik Değişkenlere ve Araştırma Değişkenlerine İlişkin Betimsel Bulgular 27

4.2.2. Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar 32

4.3. Araştırma Hipotezlerinin Sınanması İçin Yapılan İstatistiksel Analizlerden Elde Edilen Bulgular 35

4.3.1. Kekeme Bireylerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Toplam Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları 35

4.3.2. Kekeme Bireylerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Somatizasyon Alt Ölçeği Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları 37

4.3.3. Kekeme Bireylerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) Alt Ölçeği Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları 39

4.3.4. Kekeme Bireylerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Kişilerarası Duyarlılık Alt Ölçeği Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları 40

4.3.5. Kekeme Bireylerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Depresyon Alt Ölçeği Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları 42

4.3.6. Kekeme Bireylerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Anksiyete Alt Ölçeği Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları 44

4.3.7. Kekeme Bireylerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Hostilite Alt Ölçeği Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları 45

4.3.8. Kekeme Bireylerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Fobik Anksiyete Alt Ölçeği Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları 47

4.3.9. Kekeme Bireylerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Paranoid Düşünceler Alt Ölçeği Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları 49

4.3.10. Kekeme Bireylerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Psikotizm Alt Ölçeği Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları 51

5.TARTIŞMA 54

6.SONUÇ VE ÖNERİLER 60

7.KAYNAKÇA 63

8.EKLER

Ek - 1 Sosyo-Demografik Veri Formu

Ek - 2 Kısa Semptom Envanteri

Ek - 3 Tez Çalışması Orijinallik Raporu

Ek - 4 Tez Çalışması ile İlgili Etik Kurul İzinleri

9.ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASHA	American Speech-Language Hearing Association
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IAC	Industrial Acoustics Company
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
HÜTF	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
KSE	Kısa Semptom Envanteri
WHO	World Health Organisation
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluklar

ŞEKİLLER

Şekil **Sayfa**

4.1. Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri toplam puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin saçılım grafiği 36

4.2. Katılımcıların KSE Somatizasyon alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin saçılım grafiği 38

4.3. Katılımcıların KSE Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin saçılım grafiği 40

4.4. Katılımcıların KSE Fobik Anksiyete alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin saçılım grafiği 41

4.5. Katılımcıların KSE Depresyon alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin saçılım grafiği 43

4.6. Katılımcıların KSE Anksiyete alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin saçılım grafiği 45

4.7. Katılımcıların KSE Hostilite alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin saçılım grafiği 46

4.8. Katılımcıların KSE Fobik Anksiyete alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin saçılım grafiği 48

4.9. Katılımcıların KSE Paranoid Düşünceler alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin saçılım grafiği 50

4.10. Katılımcıların KSE Psikotizm alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin saçılım grafiği 52

TABLOLAR

Tablo		Sayfa
4.1.	Demografik Değişkenlere Ait Frekans ve Yüzdeler	27
4.2.	Araştırma Değişkenlerine Ait Ortalama ve Standart Sapmalar	28
4.3.	Katılımcıların medeni durumları açısından Kekemelik Şiddeti ve Kısa Semptom Envanteri	29
4.4.	Katılımcıların eğitim düzeyleri açısından Kekemelik Şiddeti ve Kısa Semptom Envanteri	31
4.5.	Araştırmada yer alan tüm değişkenler arasındaki korelasyonlar	33
4.6.	Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri toplam puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin regresyon analizi sonuçları	36
4.7.	Katılımcıların KSE Somatizasyon alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin regresyon analizi sonuçları	37
4.8.	Katılımcıların KSE OKB alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin regresyon analizi sonuçları	39
4.9.	Katılımcıların KSE Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin regresyon analizi sonuçları	41
4.10.	Katılımcıların KSE Depresyon alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin regresyon analizi sonuçları	43
4.11.	Katılımcıların KSE Anksiyete alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin regresyon analizi sonuçları	44
4.12.	Katılımcıların KSE Hostilite alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin regresyon analizi sonuçları	46
4.13.	Katılımcıların KSE Fobik Anksiyete alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin regresyon analizi sonuçları	47

4.14. Katılımcıların KSE Paranoid Düşünceler alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin regresyon analizi sonuçları 49

4.15. Katılımcıların KSE Psikotizm alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin regresyon analizi sonuçları 51

1.GİRİŞ

İletişim, hayatın başlangıcından bu yana var olan, insanlığın evrimi ile dinamikleşen bir süreçtir. Bu süreçte insanı diğer varlıklardan üstün hale getiren ise dil ve konuşmadır (13). Dil, iletişimi sağlayan bir araç olarak düşünüldüğünde, konuşma da bu aracı iletmenin yolu olarak ifade edilebilir (14).

Konuşma, sözel dilde yer alan sesleri çıkarmak için gereken motor işlemlerle tanımlanır ve genel bir ifadeyle, fonasyon, rezonasyon ve artikülasyonu içeren sürecin bir ürünüdür. Bu motor işlemlerde meydana gelen aksaklıklar ise konuşma bozukluklarına sebep olmaktadır (2). Amerikan Konuşma-Dil-İşitme Birliği (Legislative Council of the American Speech-Language-Hearing Association, ASHA), konuşma bozukluğunu, konuşma seslerinin artikülasyonuna, akıcılığına ve/veya konuşma sesine ilişkin bir aksaklığa sahip olma (13) biçiminde tanımlamaktadır.

Akıcı konuşma bozukluğu, konuşma davranışında meydana gelen değişiklikler, duygu ve inançlarla ilişkisi, benlik kavramındaki ve sosyal etkileşimlerdeki rolü gibi farklı boyutları içeren bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (3). ASHA, akıcılık bozukluğunu (*stuttering*) ya da diğer bir ifadeyle disfemiyi, konuşmanın akışını, ritmini, tizliğini, vurgularını, ses birimlerinin çıkarılmasını ve anlaşılmasını bozan bir durum olarak tanımlamaktadır (15). Bazı ikincil davranışlar (belirtilerden kaçma/ kaçınma) bu duruma eşlik edebilir. Konuşma bozukluğu olanlarda, iletişim sorunlarının yanı sıra diğer psikolojik sorunlarla da karşılaşıldığı sıklıkla belirtilmektedir (11).

Kekemelik, konuşmanın akıcılığında görülen bir bozukluktur. Kekemeliğin başlamasının ardından yaşanan engellenmişliğin ve buna eşlik eden kaygı ve utanç gibi olumsuz duyguların bireyin sosyal yaşamı, meslek yaşamı ve kişiliğinde önemli sorunlara yol açabileceği düşünülmektedir. Çoğunlukla bir psikopatolojiyle doğrudan ilişkili olmasa da kekemelik tanısı almış bireylerin daha büyük olasılıkla içe dönük davranışlar sergileme ve sosyal ortamlarda yer almaktan kaçınma eğiliminde olduklarına işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (2).

Kekemeliğin, bireyin toplumsal yaşamındaki olumsuz etkileri nedeniyle psikolojik durumunda da olumsuz sonuçlar doğurabileceği düşünülmektedir. Literatürde yer alan birçok çalışmada kekemelik, anksiyete ve depresyonla ilişkilendirilmektedir. Kekeme bireylerin değerlendirilmesinde, konuşma kesintileriyle birlikte ortaya çıkan psikolojik belirtilerin yanı sıra bireylerin ilişkili kişilik özelliklerinin ve tutumlarının da göz önüne alınması gerektiği düşünülmektedir. Kendini ifade etmek amacıyla iletişim kurmak isteyen, fakat kendini ifade etmekte güçlük çeken, ya da kendini doğru biçimde ifade edemeyen, toplumun konuşma standartlarına uymakta güçlük çeken kekeme bireylerde isyana eşlik eden saldırgan davranışların, düşmanca niyet algısı ve kendine güvensizliğin yanı sıra düşmanca utanç, suçluluk, ve kaygı gibi olumsuz duyguların da ortaya çıkabildiği bildirilmektedir. Kekemelik tanısı almış bireylerde en sık rastlanan olumsuz duyguların hayal kırıklığı, utanma ve kızgınlık olduğu bildirilmektedir (11).

Kekeme bireylerle yapılan araştırmalarda kekemeliğin şiddetindeki artışın, anksiyete düzeyinde de aynı oranda artışa yol açtığına ilişkin sonuçlar bulunmaktadır (1, 9). Ayrıca, akranlarıyla karşılaştırıldığında kekemelik tanısı almış ergen bireylerin sosyal fobi belirtilerini değerlendiren ölçeklerden daha yüksek puanlar aldığı görülmektedir (8, 10).

Bununla birlikte, literatürde, kekeme olmayanlarla karşılaştırıldığında kekeme bireylerin, daha fazla depresif belirtiye, alınganlığa, karamsarlığa, kuşkuya ve düşmanlık düşüncelerine sahip olduklarına işaret eden bulgulara rastlanmıştır (4, 5, 9).

Türkiye'de yapılan birçok araştırmada kekemelik anksiyete ya da depresyonla ilişkilendirilmiştir. Akıcı konuşma bozukluğu olan bireylerde kekemelik şiddetinin psikolojik belirtiler ile ilişkisinin ayrıntılı olarak incelenmesi gerekmektedir. Literatür incelendiğinde, ülkemizde kekemelik tanısı almış bireylerin psikolojik semptomlarını taramaya yönelik yapılan çalışmaların azlığı dikkat çekicidir. Dolayısıyla bu bireylerin kekemelik şiddeti ve psikolojik semptomları arasındaki ilişkiyi inceleyen bu araştırmanın; bu popülasyona yönelik geliştirilebilecek gerek ruh sağlığı, gerekse

konuşma bozuklukları alanındaki tedavi programlarına yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı, kekemelik tanısı almış bireylerde kekemelik şiddeti ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, kekeme bireylerin psikolojik semptomlarının taranması, kekemelik şiddetine göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesidir.

Yukarıdaki amaç çerçevesinde bu çalışmada sınanması planlanan hipotezler aşağıda sıralanmaktadır:

1) **H0:** Kekemelik şiddetinin yüksek olmasının, Kısa Semptom Envanteri (KSE) toplam puanının yüksek olmasıyla ilişkisi yoktur.
   H1: Kekemelik şiddetinin yüksek olmasının, Kısa Semptom Envanteri (KSE) toplam puanının yüksek olmasıyla ilişkisi vardır.
2) **H0:** Kekemelik şiddetinin yüksek olmasının, Kısa Semptom Envanteri (KSE) alt ölçekleri puanlarının yüksek olmasıyla ilişkisi yoktur.
   H2: Kekemelik şiddetinin yüksek olmasının, Kısa Semptom Envanteri (KSE) alt ölçekleri puanlarının yüksek olmasıyla ilişkisi vardır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Konuşma Bozuklukları

İletişim bozukluklarını ASHA (Legislative Council of the American Speech-Language-Hearing Association, 1993), dil ve konuşma bozuklukları olarak iki ana grupta incelemektedir. Bu iki ana başlıkta, konuşma bozuklukları, artikülasyon güçlükleri, konuşma ve dil gelişiminde gecikme ve bozulmalar, ses ve akıcılıkta sorunlar gibi birbirinden farklı ama birbirleriyle ilişkili bozukluklar yer almaktadır. Bu sorunlar, gelişimsel süreçte ortaya çıkabileceği gibi sonradan edinilmiş bozukluklar da olabilirler ve hafif ila şiddetli düzey arasında bir uzanım gösterebilirler (15).

Konuşma bozukluğu, ASHA'nın (2019) tanımladığı gibi, konuşma seslerinin artikülasyonundaki, akıcılığındaki ve/veya konuşma sesindeki aksaklıklarla karakterizedir. En özet haliyle, konuşmanın anlaşılmasını zorlaştıran yapısal ya da fonksiyonel etmenlerde gözlenen değişkenlik biçiminde tanımlanmaktadır (51).

Konuşma bozuklukları, hem çocukları hem de yetişkinleri etkileyen geniş bir yelpazeyi içerir. Bu geniş yelpaze, belirli bir harfi veya sesi telaffuz etmedeki sorunlardan, anlaşılabilir herhangi bir konuşma üretememeye kadar değişebilir. Konuşma ve dil patolojisi alanının amacı, konuşmayı, dili, bilişi, sesi, yutmayı ve bunlara neden olabilecek fiziksel veya bilişsel sorunların düzeltici tedavisini etkileyen bozuklukların incelenmesidir (87). Johnson'a (1955) göre, birey dinleyenlerin dikkatini ne söylediğinden çok nasıl söylendiğine çektiği zaman konuşma bozukluğunun varlığı kabul edilmektedir (20).

Amerikan Psikiyatri Birliği'ne (DSM-5, 2014) göre ise İletişim Bozuklukları, Nörogelişimsel Bozukluklar kapsamında ve beş başlık altında incelenmektedir. Bunlar, "Dil bozukluğu, Konuşma Sesi Bozukluğu, Çocuklukta Başlayan Akıcılık Bozukluğu (Kekeleme), Toplumsal İletişim Bozukluğu ve Tanımlanmamış İletişim Bozukluğu" olarak belirtilmiştir (61).

2.2. Akıcı Konuşma Bozukluğu

Dil ve konuşma bozuklukları başlığı altında en yaygın karşılaşılan türlerden biri de akıcı konuşma bozukluğudur. Amerikan Konuşma-Dil-İşitme Birliği'nin (2018) tanımına göre "Akıcı Konuşma Bozukluğu" hız ve ritmin beklenenden farklı biçimde gözlenmesine ek olarak ses, hece, sözcük ve/veya sözcük öbeği tekrarlarıyla konuşma akışının kesintiye uğramasına denilmektedir. Bunlara aşırı gerginlik, çabalama davranışları ve ikincil davranışlar eşlik edebilmektedir (29).

Hızlı bozuk konuşma *(Cluttering),* anormal derecede hızlı, düzensiz veya her ikisi de algılanan bir konuşma hızı ile karakterize bir akıcılık bozukluğudur ve kekemelikten ayırt etmek zor olabilir. Hızlı bozuk konuşmada da konuşmanın normal akışında aşırı düzeyde kırılmalar, aşırı hızlı konuşma, düzgün olmayan ritim, yanlış/eksik sesletim ve söyleyeceğinden emin olamama da eşlik edebilmektedir. Bu sorundan etkilenen bireyler, kekeme bireylerden farklı olarak konuşmalarında halihazırda var olan bozukluğun çoğu zaman farkında olmazlar ve bu duruma öğrenme güçlükleri, hiperaktivite, dikkat dağınıklığı gibi başka semptomlar da eşlik edebilir (15).

Kekemelik *(Stuttering)*, konuşma içerisinde hece tekrarları, uzatma ve / veya blokların görüldüğü çok bileşenli bir konuşma bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (89).

Hızlı bozuk konuşma -her zaman olmamakla birlikte– iki bozukluk da otoriteler tarafından farklı akıcılık bozuklukları olarak kabul edilmekle birlikte kekemelikle birlikte görülebilir. Ayrıca, hızlı bozuk konuşma çoğunlukla kekemelik ortaya çıkmadan önce ya da kekemelik başarılı bir şekilde tedavi edildikten sonra fark edilir, ancak kişi belirgin düzeyde kekeme ise çoğu zaman fark edilmez. Zaman zaman, sadece hızlı bozuk konuşması olan bireyler ve yakınları da sorunlarını "kekemelik" olarak nitelendirebilirler (15). Bir çalışmada hızlı bozuk konuşması olan her on bir katılımcıdan yedi tanesinde kekemeliğin de birlikte görüldüğü belirtilmektedir (91).

Akıcı konuşma bozukluğu kapsamında değerlendirilen; hızlı bozuk konuşma ve kekemeliğin doğru olarak tanımlanması gereklidir. Aksi takdirde kekemeliğin tespit edilmesinde problemler ortaya çıkabilir (17). Akıcılık bozukluğu ile kekemeliğin farklı

olduklarını belirtmek önemlidir (18). Bu nedenle doğru tedavi için, bozukluğun doğru tanımı gereklidir (5,17).

2.2.1. Kekemelik

Kekemeliğin en belirgin özelliği; akıcı konuşma bozukluğu olarak tanımlanan, konuşmanın akıcılığındaki kesintilerdir. Akıcı konuşma bozukluğunun ortaya çıktığı durumlar ise kekemeliğin işaretleridir. Aynı zamanda akıcı konuşma bozukluğu, kekemeliğin tanımlanması, betimlenmesi ve ölçülmesinde sıklıkla kullanılmaktadır (24, 25).

Kekemelik, "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" (ICD-10, 2007)'e göre en az üç ay süreyle devam etmek üzere, seslerin, hecelerin ya da sözcüklerin sık sık tekrarlanması, uzatılması ya da sık duraksama ve aralıklarla konuşmanın ritmik akışının bozulması olarak tanımlanmaktadır (89).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (61) (DSM-5) Kekemelik tanı kriterleri aşağıda alıntılanmıştır:

A. "Kişinin yaşı ve dil becerileri açısından uygun olmayan, zamanla geçmeyen ve aşağıdakilerden birinin (ya da daha çoğunun) sık sık ve belirgin bir biçimde ortaya çıkması ile belirli, konuşmanın olağan akıcılığında ve zamanlama örüntüsünde bozukluklar:
    1. Ses ya da seslem (hece) yinelemeleri,
    2. Ünsüz ve ünlü ses uzatmaları,
    3. Kırık sözcükler (örn. sözcüğün içinde ara verme),
    4. Sesli ya da sessiz duraklama (konuşma sırasında doldurulan ya da doldurulmayan ara vermeler),
    5. Dolambaçlı konuşma (sorunlu sözcükleri kullanmamak için yerine başka sözcük kullanma),
    6. Sözcüklerin büyük bir gerginlikle çıkartılması,

7. Tek seslemli (heceli) tam sözcük yinelemeleri (örn. ‘Ben-ben-ben-ben onu görüyorum’).

B. Bu bozukluk, konuşmayla ilgili kaygıya neden olur ya da etkin iletişimde, toplumsal katılımda, okul ya da iş başarısında, tek tek ya da bir arada, kısıtlılıklara neden olur.

C. Belirtiler erken gelişim evresinde başlamıştır.

D. Bu bozukluk, konuşmayla ilgili-devinsel ya da duygusal eksikliğe, nörolojiyle ilgili bir duruma (örn. İnme, tümör, yaralanma) eşlik eden akıcılıkta bozulmaya ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.”

2.2.2. Kekemeliğin Tanımlanması

Kekemelik, konuşmanın akışında, ritminde, tizliğinde vurgularında, ses birimlerinin çıkarılması ve anlaşılmasında bir bozukluk olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu bozulmalar, konuşma sırasında kolaylıkla gözlenebilmektedir (32).

Bloodstein ve Ratner’e (2008) göre kekemelik “konuşmanın ritminin ya da akıcılığının kesintiler ve bloklarla zarar gördüğü bir bozukluk” olarak tanımlanmaktadır. Bloodstein, kekeme bireylerin konuşma duraksamalarını, normal akıcısızlıktan ayırmak için yeterli bir yöntem olarak, kekeme bireylerin kendi konuşmalarına gösterdikleri tepkilere bakılmasını önermiştir. Kekemeler, konuşmalarında akıcı olmadıklarını fark ettikleri anda, korku ve utanç duyguları hissetmekte ve konuşma davranışından kaçınmaya çalışmaktadırlar (53).

Van Riper (1992) kekemeliği, konuşma içerisinde hece tekrarları, uzatma ve / veya blokların görüldüğü çok bileşenli bir konuşma bozukluğu olarak tanımlamaktadır (88).

Kekemelik, konuşmanın akıcılığında istemsiz olarak oluşan bozulmalar nedeniyle gerçekleşir (16). Zebrowski (43); kekemeliği bir iletişim bozukluğu olarak tanımlayıp, daha ayrıntılı olarak gözlenebilir ya da gözlenemeyen özelliklerden oluşan

bir davranış olarak tanımlarken; Guitar (26) ise, kekemeliği konuşmanın ilerleyen akışında kesintiler veya çok fazla gerçekleşen tekrarlar olarak ifade etmiştir.

Kekemeliğin üzerinde uzlaşılmış kesin bir tanımına ulaşmak mümkün olmamakla birlikte, literatürdeki tanımların, kekeme bireyin belirli konuşma davranışlarını, duygu ve inançlarını, kendini algılama biçimini ve sosyal etkileşimlerini içeren ögelerle yapıldığı görülmektedir.

2.2.3. Kekemeliğin İnsidansı ve Prevalansı

Bloodstein ve Ratner (2008), her yüz kişiden beşinin, hayatının belirli bir bölümünde kekelediğini belirtmektedir (53). Oldukça yüksek sayıda katılımcı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, 12.131 kişi ile telefon görüşmesine dayanan bir araştırma yapılmış; kekemeliğin tüm toplumdaki yaygınlığının *(prevalans)* %0.72 olduğu ve erkeklerde kızlara oranla en az %50 daha fazla yaygınlık gösterdiğini belirtilmiştir. Ayrıca, bu çalışmada kekemeliğin tüm popülasyondaki sıklığının *(insidans)* %2.2 olduğunu belirtilmektedir (54).

Mansson'ın boylamsal çalışmasında (2000) ise kekemelikteki kendiliğinden iyileşme oranının %71.4 ve kekemeliğin kronik bir seyir izleme oranının ise %28.6 olduğu belirtilmektedir (55).

2.2.4. Kekemelik Teorileri

Günümüzde, kekemeliğin nedenlerine ilişkin bir fikir birliğine varılamamıştır. Kekemeliğin birçok bileşenin bir araya gelmesi ile meydana geldiği düşünülür. Genel olarak, kekemelik teorileri; yapısal nedenlere yönelik teoriler, psikolojik teoriler, öğrenme ve şartlanma teorileri ve talep kapasite modeli ile açıklanmaktadır (26,34).

Kekemeliğin nedenleri incelendiğinde de tek bir bakış açısının açıklama için yeterli olmayacağı gözlenmektedir. Kekemeliğin, biyolojik, psikolojik, genetik ve çevresel etkenlerin hem bir arada hem de birbirleriyle etkileşim içerisine girerek

meydana geldiği belirtilmektedir. Kekeme bireylerde tüm bu etkenlere bağlı olarak görülen engellenme, kaygı ve utanç duygusu, bireyin tüm yaşam alanlarında sorunlar ortaya çıkarabilir (19). Kekemelik teorileri (26);

Yapısal Nedenlere Yönelik Teoriler

Kekemeliğin çocukluk çağlarında ortaya çıkmaya başlaması nedeniyle, yapılan çalışmalar kekemeliğe ilişkin genetik kökenler olduğunu göstermektedir. Olguların % 85'inde kalıtsal gelişimsel dil problemlerinin yaşanmakta olduğu ifade edilmektedir (35).

Literatürde yer alan bazı çalışmalar kekemeliğin fizyolojik, psikolojik, davranışsal nedenlerden dolayı ortaya çıktığına işaret etmektedir (35, 36). Son yıllarda, kekemeliğin nörofizyolojik mekanizmasına ilişkin çalışmalar da literatürde yer almaya başlamış olmasına rağmen bu konuda henüz bir fikir birliğine varılamamıştır. Araştırılmakta olan nörolojik teorilerin temeli, serebral baskınlık teorisi ile ilişkilidir. Konuşmada tek bir hemisferin baskın olduğu görüşünden son yıllarda uzaklaşılarak, bu hipotezde nöromotor organizasyon ve konuşmanın zamanlamasında yanlışlık olduğuna ilişkin bulgular mevcuttur (35).

Rosenbek'in (37) belirttiğine göre kekeme bireylerden bir kısmının metabolizmalarında, biyokimyasal süreçlerinde, solunum sistemlerinde, beyin dalgalarında, gırtlak ve gırtlak üstü yapılarında farklılıklar bulunduğuna ilişkin birtakım varsayımlarda bulunulmuş ve bu konuda araştırmalar yapılmıştır. Ancak, daha yakın dönemdeki çalışmalar, kekemeliğin nedenlerine ilişkin kesin sonuçlara varamamış ve konuşma üretimine hizmet eden merkezi süreçler üzerine yoğunlaşmıştır (26).

Kekemelik, daha önce belirtildiği gibi kişinin çevresindeki insanların yaklaşımlarından ve tepkilerinden oldukça fazla düzeyde etkilenen bir bozukluktur. Gelişimsel olarak ortaya çıkan kekemeliğin, aile üyelerinin yaklaşımları sonucu kalıcı hale gelebileceğini ortaya atan teoriler mevcuttur (26,38). Ailede ortaya çıkan bu durumun dışında, kekemeliğin bireyin sosyal ilgi alanlarını, hislerini, tüm akademik hayatını olumsuz yönde etkileyebileceği de bilinir (39).

Psikolojik Teoriler

Literatürde ilk ortaya çıkışından bugüne kadar kekemeliğin psikolojik nedenleri olduğu düşünülmektedir. Psikoanalitik teori, çocuk ebeveyn ilişkisinde meydana gelen sorunların, psikoseksüel saplantıların kekemeliğin ortaya çıkmasında etkili olduğu görüşünü savunmaktadır (40). Psikolojik teorilere göre bir fobi belirtisi olan kekemelik, bilinçdışı süreçler sırasında meydana gelen ihtiyaçlar ve içsel çatışmalardan kaynaklanır (41).

Yirminci yüzyılın başlarında, kekemeliğin birincil olarak psikojenik bir bozukluk olarak düşünüldüğü görülmektedir. Olası nevrotik çatışmaların çözümüne yönelik olarak psikoanalitik yaklaşımlar ve davranışçı terapiler uygulanmıştır. Buna karşılık, kişilik yapılarına ve çocuk-ebeveyn etkileşimlerine yönelik olarak yapılan daha sonraki çalışmalarda kekemeliğe özgü psikolojik örüntülere rastlanmamaktadır (26). Psikolojik etkenlerin tek başına kekemeliğe neden olmadığının anlaşılmasından sonra bile kekeme bireylerin kekemeliğe verdikleri davranışsal ve algısal tepkilerin incelendiği görülmektedir. Kekemeliğin bireylerin iletişimini etkilemesi, kekeme bireylerin psikolojik durumlarına yönelik çalışmaların yapılmasına yol açmıştır. Sonuç olarak, kekeme bireylerin belli kişilik özellikleri incelenmiş, kekemeliğe yapılan müdahale çalışmalarında elde edilen bu sonuçlardan faydalanılmıştır (35, 40, 42, 49, 71).

Kekeme bireylerin konuşmaktan kaçınmaları, kaygı düzeyleri ya da iletişim kurmaya yönelik negatif düşüncelerinin kekemeliğe neden olduğu ileri sürülmüştür. Kekemeliğin çatışmalardan doğduğunu ileri süren görüş “Baskılanmış İhtiyaçlar Teorisi” olarak adlandırılmaktadır (29,32).

Öğrenme ve Şartlanma Teorileri

Diagnosojenik-Semantojenik Teori ve Yaklaşma Kaçınma Teorileri, Öğrenme Şartlanma Teorileri başlığı altında incelenmektedir (40). Öğrenme teorilerine göre kekemeliğin merkezinde, konuşmayı öğrenme sürecinin olağan gelişimi esnasında karşılaşılan, konuşmada yer alan duraklama, kesilme ve tereddütler bulunmaktadır (9).

Bu yaklaşıma göre, ailenin çocuğun kekemeliğine yönelik tutum ve davranışları, kekemeliğin kalıcı hale gelmesine neden olabilmektedir. "Diagnosojenik" teori, Wendell Johnson tarafından geliştirilmiştir. Bu teoriye göre, aile normal akıcısızlığı kekemelik olarak tanımlar. Bundan etkilenen çocuk kekemelik ile başa çıkmakta güçlük çeker hale gelebilir. Ebeveynlerin kekemeliğe ilişkin yanlış tutum ve davranışları, kekemeliğin ilerlemesine neden olabilir. Johnson ve arkadaşları, kekemeliği öğrenilen bir davranış olarak tanımlamaktadır (40).

Kekemeliği olan çocuk ve yetişkin bireylere doğru müdahale edebilmek için, en ilişkili risk faktörlerinin tanımlanması ve belirtilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Aile içi iletişim yöntemleri, çocuğa uygulanan psikolojik baskı gibi etkenlerin kekemeliğe yol açabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bütün bu faktörlerin zaman içindeki etkileşimi, kekemelik şiddetinin azalması ya da artması ile de ilişkili olabilir (43).

Bir başka öğrenme şartlanma teorisi olan, yaklaşma-kaçınma çatışması teorisine göre ise, konuşma isteği ile sessiz kalma isteği arasındaki çatışmanın çözülememesi sonucu kekemelik ortaya çıkmaktadır. Sheeman (1970) bu teoriyi öne sürerek ebeveynlerin, kekeme çocuklarının konuşmalarına yaklaşımlarının kekemeliğin şiddetinin artmasına neden olabileceğini belirtir. Sheeman, oluşturduğu Buz Dağı Teorisi ile kekemeliğin korku ve kaçınma, nefret, utanç, suçluluk duygularına yol açarak bir kısır döngü haline geldiğini ifade etmektedir (44).

Talep-Kapasite Modeli

Shapiro'nun çalışmalarına göre Starkweather, Gottwald ve Halfond 1990 yılında dört kategoriden oluşan Talep-Kapasite modelini ortaya koymuşlardır. Bu kategoriler; konuşma motor kontrolü, dil oluşturma, sosyal-duygusal olarak olgunlaşma ve bilişsel becerilerden oluşmaktadır. Bu kategoriler içerisinde; çocuktan beklenen performansın çocukta konuşma konusunda baskı yaratma durumunda kekemeliğin ortaya çıkmasına neden olabileceği görüşü aktarılır. Bu taleplerde azalma olduğu durumlarda, çocuğun akıcı konuşma kapasitesinin gelişip, kekemelik şiddetinin azalacağı iddia edilir. Bu modelde çocuğun konuşmasına dair ailede ve çevrede oluşan beklentilerin, çocuğun baş etmekte zorlanabileceği bir baskı durumunu ortaya çıkartıyor olabileceği üzerinde durulmaktadır (24).

Çocukların dili edinme aşamalarında, cümle başlarında normal olmayan duraklamalar yapabilecekleri, bu durumun ise dildeki kapasitelerinin ve bu kapasiteye uygun olmayan dil gelişim hızının ailelerin istekleriyle karşılaştığında başarısızla sonuçlanabileceği ileri sürülür (45). Talep kapasite modeline göre, çocuklarda akıcılık kapasitesi ve akıcılık talebi aynı hızla ilerlediği zaman, akıcı konuşma gelişmektedir. Ancak bazı çocuklarda akıcı konuşma kapasitesi gelişememekte, çevreden gelen akıcı konuşma talepleri çocuğun kapasitesinin üstüne çıkmaktadır (25).

Yetişkinliğe geçiş dönemi olan ergenlik döneminde de, fizyolojik gelişim ya da çevresel faktörlerden kaynaklanan bir baskı ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde görülen baskıların talep-kapasite modeli ile ilişkilendirildiği görülmektedir (46, 47).

2.2.5. Kekemelik ve Cinsiyet

Kekemelik ve cinsiyet ilişki incelendiğinde ise cinsiyet dağılımının eşit olmadığı görülmektedir. Bu konuda erkek bireylerin daha dezavantajlı olduğu bilinmektedir (40). Erkeklerde kekemeliğe, kekemeliğin görüldüğü erken evrelerde kızlara göre iki kat daha fazla rastlanmaktadır (48). Guitar (29) ve Manning'in (49) çalışmalarına göre kekemelik kızların lehine olmak üzere 3:1 olarak ortaya çıkmaktadır. Kulak Kayıkcı ve Belgin'in (50) çalışmalarında, ülkemizde de kekemelikte cinsiyetin eşit dağılmadığı görülmektedir.

Cinsiyet açısından ele alındığında; kız ve erkeklerin kekemelik oranlarında görülen bu farklılaşmayı açıklamak üzere yapılan çalışmalar incelendiğinde, kız çocuklarının dil gelişiminin hızlı olması ve erkek çocuklarda miyelinizasyonun kız çocuklara göre geç olması nedenleriyle kekemeliğin daha çok erkek çocuklarda ortaya çıkmakta olduğu düşünülmektedir (26, 29).

Aynı zamanda, tedavi sonrası iyileşme açısından kızların, erkeklere nazaran istatistiksel olarak anlamlı oranda daha kısa sürede tedaviye yanıt verdikleri ve tedaviye devamlılıklarının daha iyi olduğu gözlenmektedir (21).

Sonuç olarak, kızlar ve erkekler arasındaki farklılığın doruk noktasının, erken ergenlik dönemi olan 11-12 yaşları olduğu ve bu yaş grubunda kekemeliğe kızlarla karşılaştırıldığında erkeklerde beş kat daha fazla rastlandığı belirtilmektedir. Ancak, yetişkinlik dönemine ulaşıldığında bozukluğun görülme sıklığının iki cinsiyet arasında yeniden eşitlendiği bulgusu da literatürde sıklıkla vurgulanmaktadır (77, 78, 79).

2.3. Kekemeliğin Çok Boyutlu Özellikleri

Karmaşık bir bozukluk olan kekemelik tanımının temeli çok boyutludur (27, 28). Bu, kekemeliğin, akıcı olmayan konuşmanın bilinen boyutlarından daha fazlası olduğunu gösterir. Kekemeliğin çok boyutlu doğası, literatürde yer almaya başladığından bu yana bilinmektedir. Kekemeliğin boyutlarından olan korku ve kaygının her zaman kekemelik ile ilişkili olduğu belirtilir. Kekeme bireyler, vücut gerginliği, ikincil davranışlar, davranışsal ve sosyal geri çekilme davranışları gösterir. Dil ve konuşma terapistleri de bu eşlik eden davranışların her zaman incelenmesi gerektiğini belirtmektedirler. Kekemeliğin altı temel boyutu aşağıdaki gibi belirtilir (26);

1. Açıkça görülen konuşma özellikleri: Normal akıcı konuşmanın solunum, fonasyon ve artikülasyon düzeylerinde bozulmasıdır.

2. Eşlik eden fiziksel durumlar: Sadece baş ve boyunda değil, vücudun diğer kısımlarında da görülen gergin vücut hareketleri kekemeliğe eşlik eden, açıkça görülen karakteristiklerle ilişkilidir (29). Bu gergin vücut hareketleri her kekemelik davranışında ya da her kekeme bireyde görülmeyebilir. Bu hareketler "ikincil davranışlar" olarak adlandırılır. Kekemeliğin tanımında aranmamalarına rağmen, kekemelik durumunda zorlanan insanlarda ortaya çıkabilirler (29,31).

3. Fizyolojik aktivite: Kekemelik kan basıncı, cilt reaksiyonları, göz bebeği tepkileri ve beyin dalgası aktiviteleri ile ilişkili bulunmuştur. Tüm bunlar çıplak gözle gözlenmeyebilir ancak özel teknolojiler aracılığıyla tespit edilmektedir (26).

4. Duygusal özellikler: Kekeme bireylerde, çoğu durumda konuşmaktan kaçınma gibi konuşmaya ilişkin güçlü duygusal tepkiler sık sık görülür (32). Konuşmaktan kaçınma başta olmak üzere ortaya çıkan duygusal boyutlar atipik konuşmayı gölgede bırakabilmektedir. Yani kekemeliğin duygusal boyutunun konuşma bozukluğunun önüne geçtiği görülebilir. Kekemeliğin, bazı bireylerde konuşmaktan korkma, konuşmaktan kaçınma gibi etkileri görülebilir (35, 40, 42).

5. Bilişsel süreçler: Kekemelik ile çalışan dil ve konuşma terapistleri, kekeme bireylere ilişkin ailesi, akrabası ya da diğer dinleyenlerin "konuşabildiğinden daha hızlı düşünüyor" olduğundan söz ettiklerini görmektedirler. Kekeleyerek konuşmada konuşmanın planlama, hazırlanma ve uygulamasının sağlıklı bir biçimde yapılamadığı düşünülmektedir. Kekeme bireylerin yaşadıkları sorunu tanımlama biçimleri de, kas aktivitesinde zorlanmalar olduğunu belirten ifadeleri içermektedir (26).

6. Sosyal dinamikler: Konuşmanın işlevi, dinleyenler diğer bireylerle iletişim kurmaktır. Birçok konuşmacı söylediklerinin karşı tarafta ne düşündürdüğünü ve etkilerini takip eder (30). Kekemelik ortaya çıktığında hem konuşan hem de dinleyici, iletişim içerisindeki davranışlarını değiştirir. Dinleyicinin, kekeme kişiyi daha dikkatli dinlemeye çalışması ya da sözünü tamamlamak istemesi iletişimin bozulmasına neden olabilmektedir. Bu değişiklikler, kekeme bireylerin, kendilerini dinleyen bireyleri daha dikkatli gözlemlemesine, dolaylı olarak kekelemekten korkmaya başlamalarına yol açmaktadır. Kekeme olan birey, konuşmasının sosyal rolünü nasıl etkilediğini, kendisi hakkında ne düşünüldüğünü sorgulamaya devam ettikçe iletişim kesintiye uğramaktadır. Bu aşamadan sonra kekeme bireyin topluma dahil olma, söz alma, sohbetlere eşlik etme, telefona cevap verme, randevulaşma, yeni insanlarla tanışma veya kariyer seçenekleri karşısında olumsuz duygusal tepkiler ortaya koyduğu görülmektedir. Tüm sosyal alanlardan geri çekilmeye kadar giden zorlayıcı süreç böylelikle başlamış olur (26).

2.4. Kekemelik ve Psikolojik Belirtiler

Kekeme bireylerin kişilik özelliklerini belirlemeye yönelik çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu araştırmalarda en sık rastlanan bulgulardan biri, kekeme olmayanlarla karşılaştırıldığında kekeme bireylerin daha çekingen olduklarına ve kendilerine daha az güvendiklerine ilişkindir (40). Ayrıca kekemelik tanısı almış bireylerin herhangi bir konuşma bozukluğu olmayan bireylere göre daha sessiz, utangaç, sözel iletişimden kaçınan, kişilerarası ilişkilerde başarısız, mutsuz, içe kapanık ve endişeli bireyler olduklarına ilişkin çalışmalar da mevcuttur (56, 57).

Ayrıca, kekeme bireylerin kaygı düzeylerinin kekeme olmayanlara göre daha yüksek olduğuna ve kekeme bireylerin sosyal anksiyete durumlarına daha yatkın olduklarına işaret eden çalışmalar da literatürde yaygındır. Ancak kekeme bireyler ile kekeme olmayan bireylerin kaygı düzeyi açısından farklışamadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (26, 58).

Kaygı bozukluğu yani anksiyete, kekeme bireylerde en yaygın görülen psikolojik belirtiler arasında yapılan çalışmalarda her zaman ön sıralarda yer almaktadır (59). Sosyal anksiyete bozukluğu, herhangi bir sosyal ortamda ya da performans gerektiren durumlarda bireyin utanma ve olumsuz değerlendirilme korkuları ile karakterize bir bozukluktur(61). Ayrıca, kekeme bireylerde sosyal anksiyetenin, kişilerarası duyarlılığın ve sosyal fobinin de, kekeme olmayan bireylere göre daha yaygın görülmekte olduğuna; kekemeliğin hayat kalitesine yönelik etkilerine, özellikle sosyal iletişime ve psikolojik sağlığa yönelik olumsuz etkilerine ilişkin çalışma bulguları mevcuttur (60, 80).

Henüz tam olarak açıklanamasa da yakın dönemde kekemeliğin sadece kişilik bozukluklarının ya da nörolojik bozuklukların bir yan ürünü olmadığını, bunun yerine, biyolojik, psikolojik, genetik ve çevresel etmenlerin ve orofasial anomalilerin etkileşiminin bir sonucu olduğunu savunan çalışmalar da literatürde yer almaktadır. Dahası bu karşılıklı bir etkileşimdir. Öyle ki kekemeliğin tetiklediği engellenmişlik, kaygı ve utanç, kişinin sosyal ve mesleki yaşamına ek olarak kişiliğinde de kayda değer nicelikte olumsuz değişikliklere neden olabilir (101, 102).

Kekeme bireyler yalnız oldukları zaman, veya yakınları ile iletişim kurmak istediklerinde kekemelik düzeylerinin oldukça az olduğunu ifade ederler. Tüm bunlar kekeme bireylerin, kekeme olmayan bireylerden görece daha kaygılı ve gergin olmaları sebebiyle kekelediklerine dair bir inanç gelişmesine neden olur (81). Kekeme bireylerin kişilik özelliklerine dair yapılan çalışmalarda da bu inanç desteklenir. Birçok çalışmada kekeme kişilerin, kekeme olmayanlara göre olumsuz psikolojik boyutlarda daha yüksek puanlar aldıkları ifade edilir (82,83).

Kekeme bireylerde en yoğun olumsuz duygular, korku, engellenme ve düşmanlık gibi anlık tepkilerdir (5). Bu konudaki çalışmalarda yer alan bulgular, kekemeliğin bir iletişim bozukluğu olsa da beraberinde getirdiği duygusal yönleri olduğunu göstermektedir. Kekemelik, bireyin duygusal düzeninde olumsuz etkilere yol açabilir. Kekeme bireyler, ne zaman akıcı bir bicimde konuşacaklarını ne zaman kekemeliğin ortaya çıkacağını kestiremezler. Bu nedenle belirsizlik hissi, kekeme bireylerin kaygılarını arttırır. Ayrıca hayal kırıklığı, utanma ve kızgınlık duyguları da açığa çıkabilir. Bu durum kişiler arası ilişkilerde iletişimden kaçınma, korkuları nedeniyle atılgan olamama gibi davranışsal sorunları da beraberinde getirir. Söz konusu olumsuz duygu ve davranışlar, bireyin benlik imgesini olumsuz bir biçimde etkileyebilir (52, 53).

Kekemelik, uzun yıllar boyunca yaşanan iletişim zorlukları nedeniyle kaygı, stres, çaresizlik gibi olumsuz psikolojik tepkilere neden olmaktadır. (84). Buna bağlı olarak kekeme bireylerin sosyal içe dönük kişilik özelliklerine sahip olmaları, düşük özgüven, yetersizlik gibi davranış örüntüleri sergilemeleri ihtimallerinin daha fazla olduğu ifade edilmektedir (56, 57).

Etkili iletişim kurabilmek için ayrıca kişinin bedensel ve ruhsal olarak sağlıklı olması gerekmektedir. Kekemelik, ruhsal olarak kekeme bireyi olumsuz yönde etkilediği için de etkili iletişim kurabilmeyi engelleyebilir. Psikolojik faktörler doğrudan kekemeliğin nedeni olarak kabul edilmese de, psikoloji ve kekemelik arasında incelenmesi gereken ilişkiler olduğu düşünülmekte ve bu alanda çalışmalar yapılmaktadır (85).

2.5. Kekemelikte Psikolojik Belirtilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar

2.5.1.Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory), psikopatolojik değerlendirmelerde sıklıkla kullanılan ölçeklerden biridir. Genel bir psikopatolojik değerlendirme yapmak amacıyla diğer semptom tarama araçları gibi uzun olmayan, ancak geçerli ve güvenilirliği de olan araçlara gereksinim duyulması üzerine Derogatis (1993) tarafından geliştirilmiştir. Likert tipinde kendini değerlendirme biçiminde uygulanır (12). Normal örneklemlerin yanı sıra çeşitli psikiyatrik ve medikal hastalardaki olası psikolojik semptomları saptamak amacıyla geliştirilmiştir. KSE'nin Türkiye'ye uyarlamasını yapan Şahin ve arkadaşları (2002) ölçeğin Türkiye'de uygulanabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermişlerdir. Ölçeğin orijinalinde yer alan alt ölçekler, "somatizasyon", "obsesif-kompulsif bozukluk", "kişilerarası duyarlılık", "depresyon", "anksiyete", "hostilite", "fobik anksiyete", "paranoid düşünceler" ve "psikotizm"dir (52).

Somatizasyon, genel olarak, emosyonel disforiyi fiziksel belirtilerle ifade etme eğilimi şeklinde tanımlanmaktadır (62,63). Somatizasyon bozukluklarında psikososyal veya emosyonel (duygusal) sorunlar fiziksel belirtilerle ifade edilir ve bu belirtiler hasta tarafından fiziksel bir hastalığa atfedilerek tıbbi yardım arama biçiminde kendini gösterir. Tanı ve sınıflandırması üzerinde ortak bir görüş olmasa da literatürde kullanılan ortak bir tanıma göre somatizasyon, "bedensel bir hastalıkla açıklanamayan fiziksel yakınmaların varlığıdır". Somatizasyon bozuklukları kişinin acı duymasına, aile ve sosyal çevresiyle olan ilişkilerinin, sosyal ve mesleki işlevselliğinin bozulmasına neden olmaktadır (64).

Obsesif Kompulsif Bozukluklar (OKB) klinik semptomlarında obsesyon veya kompulsiyonların, kişiye rahatsızlık verici derecede görüldüğü nöropsikiyatrik bir hastalıktır. Obsesyon; insan zihnine, zorla giren ve yanlış olduğunu bildiği halde inanmak zorunda hissettiren rahatsızlık verici imge ve düşüncelerdir. Kompulsiyon ise

obsesyonların tetiklediği ve güdülediği, kişide özgüven azalmasına neden olan, bıktırıcı derecede tekrarlayan ve yapılmak zorunda hissedilen davranışlardır. En genel obsesyonlar; bulaşıcı hastalık korkusu, aşırı şüphecilik ve dini ritüellerde hata yapma endişeleridir. Yaygın kompulsiyon belirtileri ise; sürekli kontrol etme dürtüsü, gereğinden fazla sayıda tekrarlayan el yıkama ve belirli cümleleri sesli olarak söyleme gibi davranışlardır (66).

Kişilerarası duyarlılık, oldukça kolay bir biçimde incinme ve kırılma, diğer bireyler tarafından önemsenmediğine ve bu nedenle kendisine kötü davranıldığına inanma, diğer bireylerle karşılaştırdığında kendini daha aşağıda görme, diğer bireylerin yanında yanlış bir şeyler yapmamaya çalışma gibi yaşantılara neden olabildiği ve bunların bir sonucu olarak kişilerarası ilişkilerde çeşitli sorunlar yaşanmasına (örneğin, ilişkinin bozulması) yol açabildiği belirtilen bir durumdur (67). Bireyin devam etmekte olan kişilerarası ilişkilerinde önemli diğerlerine ilişkin algısı ile önemli diğerlerinin bireye gerçekte sundukları arasında karşılıklı bir etkileşim olduğu söylenebilir. Ancak, bu etkileşim, kişilerarası ilişkilerde duyarlılığa sahip bireyler açısından çok daha önemlidir çünkü kişilerarası ilişkilerde duyarlılığa sahip bireyler, önemli diğerlerinin sözel ya da sözel olmayan iletişim biçimlerine, duygularına, düşüncelerine ve davranışlarına diğer bireylerle karşılaştırıldığında çok daha fazla değer verirler. Bunun da ötesinde kişilerarası ilişkilerinde duyarlı olan bireylerin kolaylıkla kırılabildiği problemler aslında birçok diğeri için çok da önemli olmayan, sıradan, küçük, ve çözülmesi oldukça basit sorunlardır. Kişilerarası ilişkilerinde duyarlı olan bireyler bu sorunları büyüterek içinden çıkılmaz hale dönüştürebilir ve hassaslıkları nedeniyle ilişkinin ilerlemesinde engelleyici bir rol üstlenebilirler (68).

Depresyon, “bireyin geleceğe ilişkin karamsarlık, geçmişe ilişkin ise pişmanlık yaşadığı, yaşam enerjisinin olmadığı, aktivite düzeyinde değişim, arzularından kaçınma, üzüntü, yalnızlık, uykusuzluk, iştahsızlık durumlarının görüldüğü bazen de ölüm düşüncesiyle birlikte intihar girişimlerinin yaşandığı bir duygu durum bozukluğu” olarak tanımlanmaktadır (69). Dünya Sağlık Örgütü depresyonu duygusal, fiziksel, toplumsal ve ekonomik sorunlara neden olan hastalıklar sıralamasında

dördüncülüğe yerleştirmiş olup 2020 yılına gelindiğinde depresyonun, dünyayı en çok etkileyecek hastalıklar arasında ikinci olacağı öngörülmektedir (70).

Anksiyete (bunaltı), korkuya benzer bir duygu olarak tanımlanır. Bireyler, bunu sanki kötü bir şey olacakmış hissine benzer, nedeni kestirilemeyen bir sıkıntı, belirsiz bir endişe duygusu olarak algılamaktadırlar. Oldukça hafif bir tedirginlik ve gerginlik duygusu ile panik derecesine varan yoğunluklarda çeşitlilik gösterebilir. Anksiyete durumunda kan basıncında yükselme, kalp atımında hızlanma, kaslarda gerginlik artışı, kıllarda dikleşme, gözbebeklerinde büyüme, ağızda kuruma, ve avuç içlerinde terleme gibi fiziksel belirtiler görülebilir (74).

Hostilite, bireyi başkalarına, çevresine ya da etrafındaki nesnelere zarar vermeye, yani saldırgan davranışlarda bulunmaya yönelten bir yapı olarak tanımlanmaktadır. Bireyin kendi dışında kalan diğer bireylere ilişkin olumsuz inançlar sistemidir. Bireyi öfkelenmeye daha yatkın kılarak, fiziksel ve psikolojik sağlığını doğrudan etkilediği belirtilmktedir (75).

Fobik anksiyete rahatsızlıkları, toplu olarak psikiyatrik hastalıkların en yaygın görülen şekilleridir. Bunlar arasında; sosyal kaygı bozuklukları, sosyal fobi, özgül fobi ve agorafobi en yaygın görülen şekilleri olarak karşımıza çıkarlar. Fobik anksiyete; hafif dereceden şiddetli dereceye kadar görülebilir ve çalışamamak, seyahat edememek, başkaları ile iletişime geçememek gibi sonuçlara neden olabilmektedir(74).

Paranoid düşünce, sürekli bir biçimde çevreyi kontrol etme ve çevrede olup bitenleri bilme yönünde zorlayıcı bir bilişsel tarzın ürünüdür. Bu türden rahatsızlıkları olan bireyler, yetersiz kalma inancına sahip oldukları gibi aşağılanmaktan kaçınabilmek için başkalarını davranışlarından ötürü suçlayabilirler. Paranoid düşünceler, çok değişik ruhsal bozukluklarda görülebilir. Paranoya, bir dizge içinde birbiriyle bağlantılı iyi düzenlenmiş acayip nitelik taşımayan sanrılarla giden, süreğen olan ama yıkıma yol açmayan bir bozukluktur (74).

Psikotizm, ilk olarak Eysenck'in (1985) üzerinde durduğu bir kavramdır ve kişiliğin ve mizacın bir boyutu olarak ele alınmıştır, çoğunlukla fizyolojik faktörlere

dayanmaktadır. Psikotizm düzeyi yüksek bireyler, toplum içinde sorunlar yaratabilirler ve esasında diğer insanları bütünüyle yaptıklarının farkında olarak rahatsız ederler. Öte yandan, psikotizm düzeyi düşük olanlar yardımsever, işbirliğine yatkın, empati kurma becerisi gelişmiş, uysal ve geleneksel bireylerdir. Eysenck (1985) psikotizmi, psikopatolojiye genetik olarak eğilimli olma anlamında kullanmıştır. Psikotizm düzeyi yüksek bireyler, gerçeklikle yüzleşmekte daha fazla zorluk çekebilirler. Antisosyal, empati becerisi gelişmemiş, düşmanca düşüncelere sahip bireyler olma eğilimindedirler (76).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma; kekemelik şiddeti ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katılan bireylere çalışmanın kapsam ve amacı anlatılarak, yazılı izinleri alınmıştır. Çalışmada yer alan bireylerin değerlendirmeleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Odyoloji Ana Bilim Dalı, Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Programı'na bağlı olarak yapılmıştır. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 25.09.2014 tarihinde GO 15 / 288 kayıt numaralı kararı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

3.1. Bireyler

Kekemelik şikayeti olan 18 yaş ve üzerinde 47 birey bilgilendirilip, çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma Grubuna dahil edilme kriterleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir;

- Kekemelik tanısı almış,
- Okul öncesi dönemden itibaren kekemelik şikayeti olan,
- 18 yaş ve üzeri,
- bilateral normal işitmesi olan,
- kekemeliğe yönelik herhangi bir terapi almamış,
- kekemelik dışında herhangi bir konuşma, ses ve nörolojik problemi olmayan,
- gelişimsel ya da psikiyatrik herhangi bir tanı almamış.

Çalışma grubundaki bireyin akıcı konuşma bozukluğu değerlendirmesi yapıldıktan sonra, demografik bilgi formu ve Kısa Semptom Envanterinin yönergesi verilerek tamamlamaları istenmiştir.

3.2. Yöntem

Çalışmaya dahil edilen bireylerin öncelikle işitme değerlendirmeleri yapılmış, sonrasında demografik bilgileri alınarak, Kısa Semptom Envanteri uygulanmıştır. Ardından konuşma değerlendirmesini yapabilmek amacıyla doğal konuşma örnekleri kayıtları alınmıştır. Tüm test ve değerlendirme yöntemleri, tüm bireylere birer kez uygulanmıştır.

3.2.1. Odyolojik Değerlendirme

Çalışmaya dahil edilen tüm bireylerin işitmeleri; IAC (Industrial Acoustics Company) sessiz odalarında, TDH39P supraaural kulaklıklar kullanılarak taranmıştır. Değerlendirme esnasında GSI-61 klinik odyometre kullanılmış, her iki kulak için saf ses odyometri sonuçları elde edilmiştir. 500, 1000, 2000, 4000 Hz frekanslarında 20dB HL şiddet seviyesinde işitme taraması yapılmıştır (51). Çalışmada yer alan tüm bireylerin değerlendirmeleri uzman odyologlar tarafından yapılmıştır.

3.2.2. Kekemeliğin Değerlendirilmesi

Kekemeliği değerlendirmek amacı ile tüm bireylere; sadece klinisyen ve bireyin yer aldığı görüşme odasında görüşme ortamı oluşturulmuş ve bireylerden doğal konuşma örneği kayıtları dijital video kamera (Sony HDR-CX11e) ile alınmıştır. Bireylerden kendilerini tanıtan birkaç dakikalık bir konuşma yapmaları istenmiştir. Video kayıtları görüşmeci tarafından alınmıştır. Kayıt süresi en az 300 kelime elde edilecek şekilde 10-15 dakika olarak belirlenmiştir. Elde edilen kayıtlar daha sonra araştırmayı yapan klinisyen tarafından iki kez değerlendirilerek, kekemelik derecelendirmesi yapılmıştır. Her 100 kelimede üç veya daha fazla kekeleme bulgusu gösteren birey kekeme olarak kabul edilmiştir. (25, 29) Bireyin söylediği her kelime not edilmiş ve toplam kelime sayısı hesaplanmıştır. Daha sonra konuşma kaydı bir kez daha dinlenerek kekemelik yüzdesi belirlenmiştir.

Ayrıca, başka bir dil konuşma terapisti tarafından rastgele seçilen 10 kayıt tekrar incelenmiştir. İki değerlendirme arasındaki Cohen's Kappa katsayısı 1 olarak hesaplanmıştır.

3.2.3. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Çalışmada yer alan her bireye psikolojik belirtileri değerlendirmek amacıyla Kısa Semptom Envanteri uygulanmıştır.

KSE, 53 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir. Maddeler "hiç" ve "çok fazla" ifadelerine karşılık gelen 0-4 değerleri arasında derecelendirilmiştir. Dokuz alt ölçek, üç global indeks ve ek maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin orijinalinde yer alan alt ölçekler, "somatizasyon", "obsesif-kompulsif bozukluk", "kişilerarası duyarlılık", "depresyon", "anksiyete", "hostilite", "fobik anksiyete", "paranoid düşünceler" ve "psikotizm"dir (52).

Derogatis (1992) ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayılarının .71 ve .85 arasında olduğunu belirtmiştir (65). KSE'nin Türkiye'deki geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Şahin ve Durak (1994) tarafından 11- 35 yaş grubundaki bireyler üzerinde yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayılarını .96 ve .95; alt ölçekler için ise .55 ile .86 olarak hesaplamışlardır. "KSE'nin ölçüt bağıntılı geçerliğine ilişkin çalışmalarda 'Sosyal Karşılaştırma Ölçeği' ile koralasyonu –.14 ve –.34 arasında, 'Boyuneğicilik Ölçeği' ile .16 ve .42 arasında, 'Strese Yatkınlık Ölçeği' ile .24 ve .36 arasında, 'UCLA-Yalnızlık Ölçeği' ile .13 ve .36 arasında, 'Offer Yalnızlık Ölçeği' ile –.34 ve –.57 arasında, 'Beck Depresyon Envanteri' ile ise .34 ve .70 arasında değişen korelasyonlar göstermiştir. Yapı geçerliği çalışmasında ise ölçeğin madde geçerliğini belirleyebilmek amacı ile örneklem, 'Strese Yatkınlık Ölçeği' nden alınan puanlara göre 'strese yatkın' ve 'strese yatkın olmayan' şeklinde uç gruplara ayrılmış ve 53 maddenin yalnızca üç maddesinin (4, 8 ve 26.maddeler) ayırıcılığının istatistik anlamlılık düzeyine ulaşamadığı görülmüştür. Ölçeğin toplam puanı üzerinden yapılan analiz sonucunda ise ölçeğin bu iki uç grubu anlamlı düzeyde ayırt edebildiği bulunmuştur" (65).

Test, sessiz bir odada, araştırmacının testin uygulama yönergelerini bireylere vermesini takiben, bireylerin testi yanıtlamaları şeklinde gerçekleştirilmiştir.

3.4. İstatistiksel Değerlendirme

Sonuçların değerlendirilmesinde SPSS for Windows Version 20.00 istatistiksel analiz paket programı kullanılmıştır. Anlamlılık değeri “$p<0.05$” olarak alınmıştır.

Kullanılacak istatistiksel yöntemlerin belirlenmesi amacıyla öncelikle normallik varsayımı kayışlılık *(kurtosis)* ve sivrilik *(skewness)* değerlerine bakılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekten ve bu ölçeğin alt ölçeklerinden alınan toplam puanın kayışlılık ve sivrilik değerlerinin söz konusu sınırları aşmadığı değerlendirilmiştir. Bu veriler doğrultusunda Kekemelik Şiddeti ile tüm Kısa Semptom Envanteri alt ölçekleri incelenerek öncelikle betimsel istatistikler elde edilmiş, daha sonra değişkenlerin birbiri ile olan korelatif ilişkileri incelenmiştir.

Sonraki adımda ise; Kekemelik Şiddeti ve KSE alt ölçeklerinin her biri arasındaki sebep-sonuç ilişkisini belirlemek ve Kekemelik Şiddeti ile tüm KSE alt ölçekleri arasındaki ilişkiyi kullanarak tahminler *(estimation)* ya da kestirimler *(prediction)* yapabilmek amacıyla tüm verilere Regresyon Analizi uygulanmıştır.

4.BULGULAR

Bu araştırmada, kekemelik tanısı almış bireylerde kekemelik şiddeti ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu bölümde araştırma hipotezlerini sınamak amacıyla yürütülen istatistiksel analizlerin sonuçlarına yer verilmektedir.

Bu doğrultuda, ilk olarak verilerin istatistiksel analizlere uygunluğu sınanmış, daha sonra araştırmada yer alan değişkenlerin betimsel ve karşılaştırmalı istatistikleri sunulmuş ve son olarak da araştırma hipotezlerine ilişkin bulgular rapor edilmiştir.

4.1. Verilerin İstatistiksel Analizlere Uygunluğunun Sınanması

Araştırma verileri, analizlere başlamadan önce doğruluk, kayıp değerler ve normallik sayıltılarının karşılanması, tek değişkenli aşırı değerler ve çoklu bağlantı sorunu bakımından kontrol edilmiştir.

İlk olarak, verilerin veri tabanına yanlış girilip girilmediğine bakılmıştır. Bunun için girilen verilerin frekanslarında olması gerekenden küçük ya da büyük değer olup olmadığı kontrol edilmiş, gerektiğinde verilerde uygun düzeltmeler yapılmıştır.

İkinci olarak, araştırma verilerinde kayıp veriler olup olmadığı kontrol edilmiş ve az sayıda da olsa kayıp değer olduğu saptanmıştır. Ancak, çalışma kapsamında ele alınan değişkenlerdeki kayıp değerler % 5 sınırını aşmadığından kayıp verilerin seçkisiz bir örüntü izlediği varsayılmıştır (23). Kayıp verilere müdahale edilmemiş ve olduğu gibi bırakılmıştır.

Araştırma değişkenlerinin normallik sayıltısını karşılayıp karşılamadıklarını belirlemek için kayışlılık *(skewness)* ve sivrilik *(kurtosis)* değerlerine bakılmıştır. Değişkenlerin normallik sayıltısını karşılayıp karşılamadıklarını değerlendirmek için kayışlılık değeri için ± 2 ve sivrilik değeri için ± 7 ölçütleri temel alınmıştır (22).

Araştırmada kullanılan ölçekten ve bu ölçeğin alt ölçeklerinden alınan toplam puanın kayışlılık ve sivrilik değerlerinin söz konusu sınırları aşmadığı, kayışlılık

değerlerinin -0.19 ve 0.39 arasında, sivrilik değerlerinin ise -1.22 ve -0.24 arasında yani kabul edilebilir seviyede olduğu görülmüştür. İstatistiksel analizlerde doğru ve güvenilir sonuçlara ulaşmak amacıyla aşırı değerlerin saptanması ve analiz dışında bırakılması önerisi doğrultusunda (23) tek değişkenli aşırı değerleri saptamaya yönelik analizler yapılmıştır. Bunun için her bir değişken (toplam puanlar ve alt ölçek puanları) için *z* değerleri hesaplanmıştır. Aşırı değerler için sınır kabul edilen ±3.29 aralığı gözetildiğinde, hiçbir katılımcının analiz dışına alınmasına gerek olmadığına karar verilmiştir.

Son olarak, alt ölçek puanlarının birbirleriyle korelasyonlarının .90'ın üzerinde olmadığı görülmüştür. Çoklu bağlantı tanısı *(collinearity diagnostic)* ile değerlendirildiğinde Tolerans puanı .1'in altında ve VIF değeri 10'un üzerinde herhangi bir değişkene rastlanmamıştır. Buna göre, araştırma değişkenleri arasında çoklu bağlantı sorunu olmadığı görülmüştür. Böylece verilerin kullanılacak istatistiksel analizlere uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bir sonraki bölümde betimsel istatistiklere ilişkin analizlerden elde edilen bulgulara yer verilmektedir.

4.2. Araştırma Değişkenlerinin Betimsel ve Karşılaştırmalı Analizleri

Bu bölümde araştırma değişkenlerine ilişkin ayrıntılı betimsel analizlere yer verilmiştir. İlk olarak, araştırmada kullanılan bütün değişkenlere ait ortalama ve standart sapma değerleri sunulmuştur. Daha sonra araştırma değişkenlerinin medeni durum ve eğitim düzeyi bakımından farklılaşıp farklılaşmadıklarına bakılan analizler ele alınmıştır. Son olarak, araştırma değişkenleri arasındaki korelasyonlar sunulmuştur.

4.2.1. Demografik Değişkenlere ve Araştırma Değişkenlerine İlişkin Betimsel Bulgular

Araştırmada kullanılan demografik değişkenlere ait betimsel istatistikler Tablo 4.1'de sunulmuştur. Kategorik değişkenler frekans ve yüzdelerle, sürekli değişkenler ise ortalama ve standart sapma değerleriyle gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Demografik Değişkenlere Ait Betimsel İstatistikler

		Frekans	***%***	
Medeni Durum	Evli	7	14,9	
	Bekar	40	85,1	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	2	4,3	
	İlkokul terk	2	4,3	
	İlköğretim	27	57,4	
	Lise	11	23,4	
	Önlisans ve üzeri	5	10,6	
		Ort.	***S***	***Min-Max***
Yaş		22,55	2,60	18-31

Buna göre, tüm katılımcılar erkek bireylerden oluşmaktadır ve katılımcıların yaşları 18 ile 31 arasında değişmektedir ($X_{Ort.}$ = 22.55; S = 2.60). Katılımcıların 7'si evli olduğunu (%14.9) bildirirken, 40 katılımcı bekar olduğunu (%85.1) bildirmiştir. Katılımcıların 2'si okur-yazar olmadığını (%4.3), 2'si ilkokuldan terk olduğunu (%4.3), 27'si ilköğretim okulu mezunu olduğunu (%57.4), 11'i lise mezunu olduğunu (%23.4) ve 5'i önlisans ya da üzeri bir okuldan mezun olduğunu (%10.6) belirtmiştir.

Araştırma verilerinin genel dağılımını görmek amacıyla araştırma değişkenlerine ait ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Araştırma Değişkenlerine Ait Ortalama ve Standart Sapmalar

Araştırma Değişkenleri	***Ort.***	***S***	***Min.–Max.***
Kekemelik Şiddeti	46,83	28,88	9 – 96
Kısa Semptom Envanteri toplam puan	92,26	46,32	2 – 178
KSE Somatizasyon alt ölçeği	1,76	1,10	0 – 3.80
KSE Obsesif-Kompulsif Bozukluk alt ölçeği	2,13	1,01	.10 – 4
KSE Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeği	2,26	1,29	0 – 4
KSE Depresyon alt ölçeği	2,24	1,23	0 – 4.30
KSE Anksiyete alt ölçeği	2,15	1,12	0 – 4.10
KSE Hostilite alt ölçeği	2,15	1,22	0 – 4.10
KSE Fobik Anksiyete alt ölçeği	1,71	1,01	0 – 3.90
KSE Paranoid Düşünceler alt ölçeği	1,95	0,99	.10 – 4.30
KSE Psikotizm alt ölçeği	1,70	1,01	0 – 4.10
KSE Ek Maddeler	1,98	1,19	0 – 4

Katılımcıların kekemelik şiddetinin ve Kısa Semptom Envanterinden aldıkları puanların, medeni durumlarına ve eğitim düzeylerine göre farklılaşıp farklılaşmadıklarına bakılmıştır.

Katılımcıların kekemelik şiddetlerinin ve Kısa Semptom Envanterinden aldıkları puanların evliler ve bekarlar arasında farklılaşıp farklılaşmadığını sınamak için t-testi yapılmıştır.

Kekemelik şiddetinin ve Kısa Semptom Envanterinden alınan puanların evliler ve bekarlar arasındaki ilişkiyi gösteren değerler Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Katılımcıların medeni durumları açısından kekemelik şiddeti ve Kısa Semptom Envanteri

	Bekar		**Evli**		
	n = 40		**n = 7**		
Araştırma Değişkenleri	**Ort**	**S**	**Ort**	**S**	**t**
Kekemelik Şiddeti	46,72	29,79	47,43	25,15	-0.059
Kısa Semptom Envanteri toplam puan	88,28	46,72	115,57	38,99	-1.461
KSE Somatizasyon alt ölçeği	1,67	1,11	2,31	0,93	-1.449
KSE Obsesif-Kompulsif Bozukluk alt ölçeği	2,04	0,99	2,69	1,05	-1.594
KSE Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeği	2,18	1,28	2,71	1,38	-1.018
KSE Depresyon alt ölçeği	2,12	1,23	2,91	1,07	-1.595
KSE Anksiyete alt ölçeği	2,07	1,14	2,59	1,02	-1.122
KSE Hostilite alt ölçeği	2,12	1,29	2,31	0,82	-0.374
KSE Fobik Anksiyete alt ölçeği	1,68	1,07	1,84	0,56	-0.380
KSE Paranoid Düşünceler alt ölçeği	1,92	1,04	2,10	0,58	-0.423
KSE Psikotizm alt ölçeği	1,58	0,97	2,41	1,00	-2.089*
KSE Ek Maddeler	1,92	1,16	2,29	1,38	-0.737

***p<.05**

Sonuçlar, evli ve bekar katılımcıların yalnızca KSE Psikotizm alt ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaştıklarını göstermiştir, $t(45) = -2.089$; $p < 0.05$. Etki büyüklüğü, *Cohen's d* = .84 olarak hesaplanmıştır. Bu değer yüksek düzeyde bir etkiye işaret etmektedir.

Karşılaştırma sonuçları Tablo 4.3'te gösterilmiştir. Buna göre evlilerin ($X_{Ort.}$ = 2.41; S = 1.00) KSE Psikotizm alt ölçeği puanlarının, bekarlarınkine ($X_{Ort.}$ = 1.58; S = 0.97) göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Evliler ve bekarların, kekemelik şiddeti ve diğer KSE puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaşmadıkları bulunmuştur, $p > 0.5$.

Katılımcıların kekemelik şiddetlerinin ve Kısa Semptom Envanterinden aldıkları puanların katılımcıların eğitim durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını sınamak için t-testi yapılmıştır. Tablo 4.1'de görülebileceği gibi, bazı eğitim düzeyi gruplarındaki katılımcı sayıları oldukça düşük olduğundan, eğitim düzeyi grupları, *lise-üstü* (lise mezunları ve önlisans mezunları) ve *lise-altı* (okur-yazar değil, ilkokul terk ve ilköğretim okulu mezunu) olmak üzere iki grupta birleştirilmiştir. Lise ve üzeri okullardan mezun olanlarla, ilköğretim mezunu ve altında eğitim alan/almayan katılımcılar karşılaştırılmıştır. Bu iki grubun karşılaştırma sonuçları ve t-testi sonuçları, Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların eğitim düzeyleri açısından kekemelik şiddeti ve Kısa Semptom Envanteri

	Lise-altı		**Lise ve üstü**		
	n = 31		**n = 16**		
Araştırma Değişkenleri	**Ort.**	**S**	**Ort**	**S**	**T**
Kekemelik Şiddeti	46,27	30,10	47,88	27,36	-0.178
Kısa Semptom Envanteri toplam puan	87,39	42,88	101,69	52,54	-1.003
KSE Somatizasyon alt ölçeği	1,58	1,04	2,12	1,17	-1.643
KSE Obsesif-Kompulsif Bozukluk alt ölçeği	1,93	0,84	2,52	1,22	-1.970
KSE Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeği	2,26	1,29	2,25	1,34	0.020
KSE Depresyon alt ölçeği	2,27	1,23	2,19	1,27	0.209
KSE Anksiyete alt ölçeği	1,99	1,10	2,46	1,15	-1.368
KSE Hostilite alt ölçeği	2,02	1,17	2,41	1,32	-1.044
KSE Fobik Anksiyete alt ölçeği	1,68	0,98	1,76	1,08	-0.262
KSE Paranoid Düşünceler alt ölçeği	1,90	0,96	2,06	1,07	-0.511
KSE Psikotizm alt ölçeği	1,61	0,94	1,88	1,16	-0.838
KSE Ek Maddeler	2,06	1,09	1,81	1,38	0.685

***p<.05**

Buna göre, katılımcıların kekemelik şiddetinin ve KSE puanlarının, eğitim düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaşmadıkları bulunmuştur ($p > 0.5$).

4.2.2. Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar

Bu bölümde araştırmada yer alan tüm değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için yürütülen Pearson korelasyon analizleri sunulmuştur.

Analizler Tablo 4.5’te gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Araştırmada yer alan tüm değişkenler arasındaki korelasyonlar

Araştırma Değişkenleri	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***	***6***	***7***	***8***	***9***	***10***	***11***	***12***
1. Kekemelik Şiddeti	-											
2. Kısa Semptom Envanteri toplam puan	.31*	-										
3. KSE Somatizasyon alt ölçeği	.31*	.87**	-									
4. KSE Obsesif-Kompulsif Bozukluk alt ölçeği	.27	.92**	.85**	-								
5. KSE Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeği	.30*	.78**	.62**	.71**	-							
6. KSE Depresyon alt ölçeği	.28	.90**	.72**	.80**	.80**	-						
7. KSE Anksiyete alt ölçeği	.25	.93**	.84**	.90**	.63**	.80**	-					
8. KSE Hostilite alt ölçeği	.26	.83**	.68**	.73**	.56**	.67**	.83**	-				
9. KSE Fobik Anksiyete alt ölçeği	.30*	.82**	.77**	.72**	.66**	.73**	.79**	.66**	-			
10. KSE Paranoid Düşünceler alt ölçeği	.25	.84**	.74**	.73**	.66**	.76**	.73**	.69**	.80**	-		
11. KSE Psikotizm alt ölçeği	.26	.83**	.75**	.80**	.69**	.77**	.75**	.60**	.74**	.81**	-	
12. KSE Ek Maddeler	.20	.81**	.71**	.70**	.60**	.77**	.82**	.66**	.68**	.64**	.64**	-

** $p < .01$; * $p < .05$

Tablo 4.5'te görülebileceği gibi, Kısa Semptom Envanteri toplam puanı ve alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı (korelasyon katsayıları .60 ila .93 arasında bir uzanım göstermektedir ve ilişkilerin tamam $p < .01$ düzeyindedir), yüksek düzeyde ilişkiler saptanmıştır.

Ayrıca, kekemelik şiddetinin, Kısa Semptom Envanteri toplam puanı ($r = .31$; $p < .05$), KSE Somatizasyon alt ölçeği ($r = .31$; $p < .05$), KSE Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeği ($r = .30$; $p < .05$) ve KSE Fobik Anksiyete alt ölçeği ($r = .30$; $p < .05$) ile istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Buna göre, katılımcıların Kekemelik Şiddeti arttıkça Kısa Semptom Envanteri toplam puanları, KSE Somatizasyon alt ölçeği puanları, KSE Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeği puanları ve KSE Fobik Anksiyete alt ölçeği puanları da artmaktadır.

Bununla birlikte, kekemelik şiddetinin KSE Obsesif-Kompulsif Bozukluk alt ölçeği, KSE Depresyon alt ölçeği, KSE Anksiyete alt ölçeği, KSE Hostilite alt ölçeği, KSE Paranoid Düşünceler alt ölçeği, KSE Psikotizm alt ölçeği ve KSE EK Maddelerle arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkilere rastlanmamıştır ($p > .05$).

4.3. Araştırma Hipotezlerinin Sınanması İçin Yapılan İstatistiksel Analizlerden Elde Edilen Bulgular

Bu bölümde araştırma hipotezlerinin sınandığı analizler yer almaktadır. Birden fazla değişken arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla basit regresyon analizleri yapılmıştır. Daha önce belirtildiği gibi, Kekemelik Şiddetinin, Kısa Semptom Envanteri toplam puanı, KSE Somatizasyon alt ölçeği, KSE Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeği ve KSE Fobik Anksiyete alt ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu doğrultuda, KSE Toplam puanı, KSE Somatizasyon alt ölçeği, KSE Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeği ve KSE Fobik Anksiyete alt ölçeğinin kekemelik şiddeti ile ilişkisini gösteren basit regresyon analizleri yapılmıştır. Bununla birlikte, Tablo 4.5'te görüldüğü gibi, kekemelik şiddetinin, KSE Obsesif-Kompulsif Bozukluk alt ölçeği, KSE Depresyon alt ölçeği, KSE Anksiyete alt ölçeği, KSE Hostilite alt ölçeği, KSE Paranoid Düşünceler alt ölçeği ve KSE Psikotizm alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkilere rastlanmamıştır ($p > .05$). Yine de bu alt ölçeklerin kekemelik şiddeti ile ilişkisinin daha kapsamlı bir gösterimi için de regresyon analizleri yürütülmüştür. Bu doğrultuda, hipotezlerin sınandığı analizler aşağıda başlıklar halinde sunulmuştur.

4.3.1. Kekeme Bireylerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Toplam Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi, kekemelik şiddeti ile Kısa Semptom Envanteri arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkiyi daha iyi görebilmek adına yapılan doğrusal regresyon analiziyle kekemelik şiddetinin, katılımcıların Kısa Semptom Envanterinden aldıkları puandaki artışı yordayıp yordamadığı sınanmıştır.

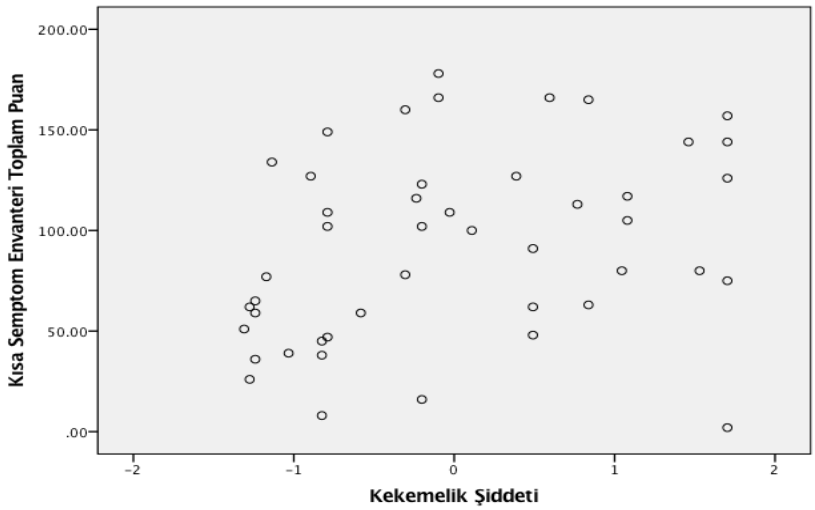
Katılımcıların kekemelik şiddetlerine bağlı semptom puanlarını hesaplamak için Basit Regresyon Analizi yapılmıştır. Sonuçlar, Tablo 4.6'da ve Şekil 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.6. Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri toplam puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin regresyon analizi sonuçları

Yordayıcı Değişken	*R*	*R^2 Değişim*	*Standardize β*	*t*	*F Değişim*
KISA SEMPTOM ENVANTERİ TOPLAM PUAN					
KEKEMELİK ŞİDDETİ	.31	.098	.31	2.182*	4.762

*p < .05

Şekil 4.1. Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri toplam puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin saçılım grafiği



Analiz sonucunda regresyon eşitliğinin anlamlı olduğu bulunmuştur (F(1, 44) = 4.762, p < .05), R^2 = .098. Buna göre, kekemelik şiddeti, katılımcıların Kısa Semptom Envanteri toplam puanlarındaki varyansın yaklaşık %10'unu açıklamaktadır. Katılımcıların yordanan semptomları 68.573 + .507 birimdir (kekemelik şiddeti). Katılımcıların semptomları, kekemelik şiddetindeki her bir birimlik artış için .507 artmaktadır.

Katılımcıların kekemelik şiddetindeki artışın, Kısa Semptom Envanteri toplam puanlarındaki artışı yordadığı doğrulanmaktadır.

4.3.2. Kekeme Bireylerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Somatizasyon Alt Ölçeği Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları

Daha önce belirtildiği gibi (bkz. Tablo 4.5), kekemelik şiddeti ile KSE Somatizasyon alt ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkiyi daha iyi görebilmek adına yapılan doğrusal regresyon analiziyle kekemelik şiddetinin, katılımcıların KSE Somatizasyon alt ölçeğinden aldıkları puandaki artışı yordayıp yordamadığı sınanmıştır.

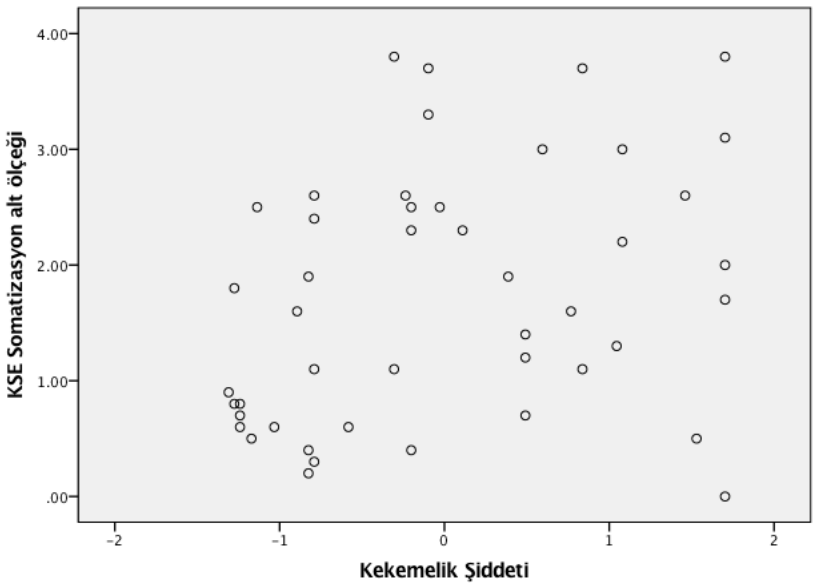
Katılımcıların kekemelik şiddetlerine bağlı somatizasyon puanlarını hesaplamak için Basit Regresyon Analizi yapılmıştır. Sonuçlar, Tablo 4.7'de ve Şekil 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Katılımcıların KSE Somatizasyon alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin regresyon analizi sonuçları

Yordayıcı Değişken	***R***	***R^2 Değişim***	***Standardize β***	***t***	***F Değişim***
KSE SOMATİZASYON ALT ÖLÇEĞİ					
KEKEMELİK ŞİDDETİ	.311	.097	.31	2.169*	4.706

*p < .05

Şekil 4.2. Katılımcıların KSE Somatizasyon alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin saçılım grafiği



Analiz sonucunda regresyon eşitliğinin anlamlı olduğu bulunmuştur ($F(1, 44) = 4.706$, $p < .05$), $R^2 = .097$. Buna göre, kekemelik şiddeti, katılımcıların KSE Somatizasyon alt ölçeği puanlarındaki varyansın yaklaşık %10'unu açıklamaktadır. Katılımcıların yordanan somatizasyon semptomları 1.181 + .012 birimdir (kekemelik şiddeti). Katılımcıların somatizasyon semptomları, kekemelik şiddetindeki her bir birimlik artış için .012 artmaktadır.

Sonuç olarak, katılımcıların kekemelik şiddetindeki artışın, KSE Somatizasyon alt ölçeği puanlarındaki artışı yordadığı doğrulanmaktadır.

4.3.3. Kekeme Bireylerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) Alt Ölçeği Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları

Daha önce belirtildiği gibi (bkz. Tablo 4.5), kekemelik şiddeti ile KSE Obsesif-Kompulsif Bozukluk alt ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu ilişkiyi daha iyi görebilmek adına yapılan doğrusal regresyon analiziyle kekemelik şiddetinin, katılımcıların KSE Obsesif-Kompulsif Bozukluk alt ölçeğinden aldıkları puandaki artışı yordayıp yordamadığı sınanmıştır.

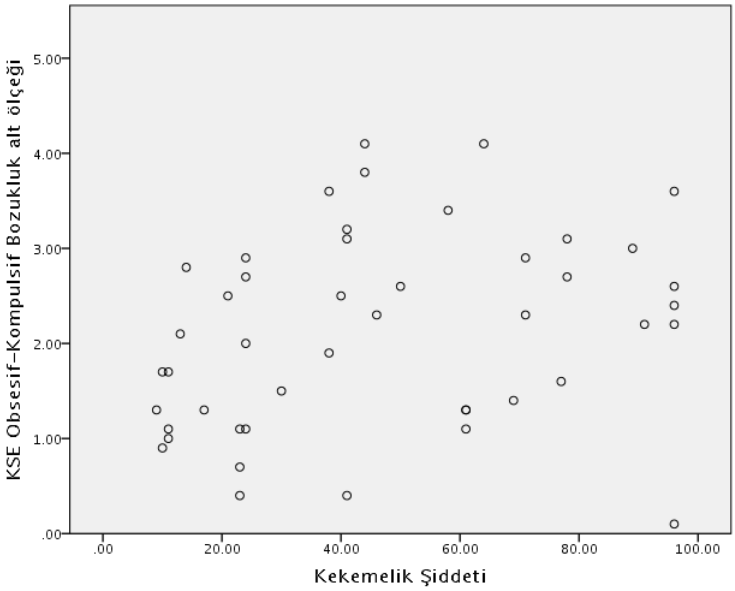
Katılımcıların kekemelik şiddetlerine bağlı obsesif-kompulsif bozukluk puanlarını hesaplamak için Basit Regresyon Analizi yapılmıştır. Sonuçlar, Tablo 4.8'de ve Şekil 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.8. Katılımcıların KSE Obsesif-Kompulsif Bozukluk alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin regresyon analizi sonuçları

Yordayıcı Değişken	***R***	***R^2 Değişim***	***Standardize β***	***t***	***F Değişim***
KSE OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK ALT ÖLÇEĞİ					
KEKEMELİK ŞİDDETİ	.273	.074	.27	1.880	3.535

*p < .05

Şekil 4.3. Katılımcıların KSE Obsesif-Kompulsif Bozukluk alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin saçılım grafiği



Analiz sonucunda regresyon eşitliğinin anlamlı olmadığı bulunmuştur ($F(1, 44) = 3.535$, $p > .05$), $R^2 = .074$. Buna göre, kekemelik şiddeti, katılımcıların KSE Obsesif-Kompulsif Bozukluk alt ölçeği puanlarındaki varyansa istatistiksel olarak anlamli bir katkıda bulunmamaktadır.

Katılımcıların kekemelik şiddetindeki artış, KSE Obsesif-Kompulsif Bozukluk alt ölçeği puanlarındaki artışı yordamamaktadır.

4.3.4. Kekeme Bireylerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Kişilerarası Duyarlılık Alt Ölçeği Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları

Tablo 4.5'te görülebileceği gibi, kekemelik şiddeti ile KSE Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkiyi daha iyi görebilmek adına yapılan doğrusal regresyon analiziyle kekemelik

şiddetinin, katılımcıların KSE Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeğinden aldıkları puandaki artışı yordayıp yordamadığı sınanmıştır.

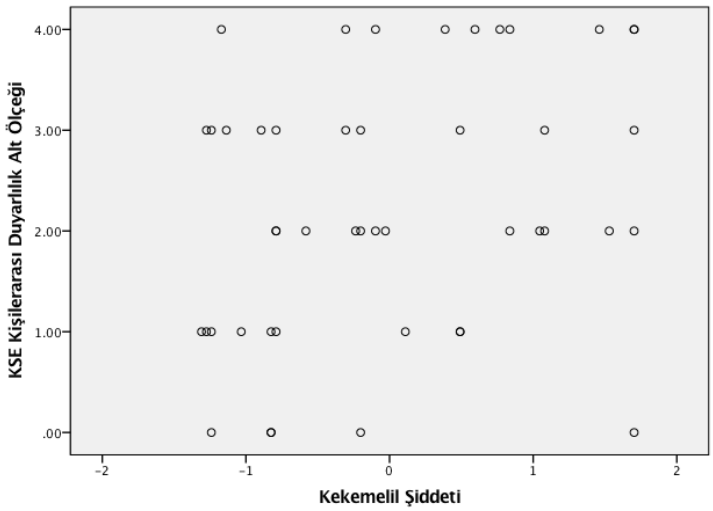
Katılımcıların kekemelik şiddetlerine bağlı kişilerarası duyarlılık puanlarını hesaplamak için Basit Regresyon Analizi yapılmıştır. Sonuçlar, Tablo 4.9'da ve Şekil 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.9. Katılımcıların KSE Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin regresyon analizi sonuçları

Yordayıcı Değişken	***R***	***R^2 Değişim***	***Standardize β***	***t***	***F Değişim***
KSE KİŞİLERARASI DUYARLILIK ALT ÖLÇEĞİ					
KEKEMELİK ŞİDDETİ	.296	.088	.30	4.530*	4.221

*p < .05

Şekil 4.4. Katılımcıların KSE Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin saçılım grafiği



Analiz sonucunda regresyon eşitliğinin anlamlı olduğu bulunmuştur ($F(1, 44) = 4.221$, $p < .05$), $R^2 = .088$. Buna göre, kekemelik şiddeti, katılımcıların KSE Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeği puanlarındaki varyansın yaklaşık %9'unu açıklamaktadır. Katılımcıların yordanan kişilerarası duyarlılık semptomları 1.614 + .013 birimdir (kekemelik şiddeti). Katılımcıların kişilerarası duyarlılık semptomları, kekemelik şiddetindeki her bir birimlik artış için .013 artmaktadır.

Katılımcıların kekemelik şiddetindeki artışın, KSE Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeği puanlarındaki artışı yordadığı doğrulanmaktadır.

4.3.5. Kekeme Bireylerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Depresyon Alt Ölçeği Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları

Daha önce belirtildiği gibi (bkz. Tablo 4.5), kekemelik şiddeti ile KSE Depresyon alt ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu ilişkiyi daha iyi görebilmek adına yapılan doğrusal regresyon analiziyle kekemelik şiddetinin, katılımcıların KSE Depresyon alt ölçeğinden aldıkları puandaki artışı yordayıp yordamadığı sınanmıştır.

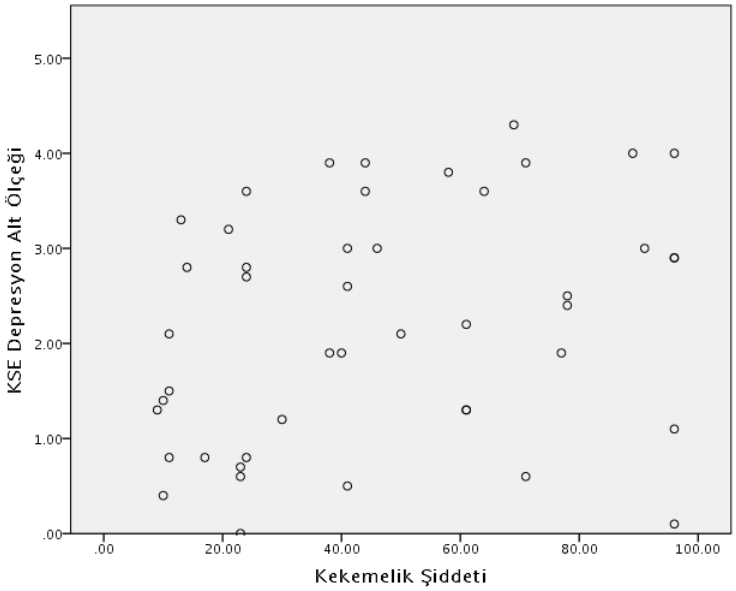
Katılımcıların kekemelik şiddetlerine bağlı depresyon puanlarını hesaplamak için Basit Regresyon Analizi yapılmıştır. Sonuçlar, Tablo 4.10'da ve Şekil 4.5'te sunulmuştur.

Tablo 4.10. Katılımcıların KSE Depresyon alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin regresyon analizi sonuçları

Yordayıcı Değişken	*R*	*R^2 Değişim*	*Standardize β*	*t*	*F Değişim*
KSE DEPRESYON ALT ÖLÇEĞİ					
KEKEMELİK ŞİDDETİ	.281	.079	.28	1.939	3.760

*p < .05

Şekil 4.5. Katılımcıların KSE Depresyon alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin saçılım grafiği



Analiz sonucunda regresyon eşitliğinin anlamlı olmadığı bulunmuştur (F(1, 44) = 3.760, p > .05), R^2 = .079. Buna göre, kekemelik şiddeti, katılımcıların KSE Depresyon alt ölçeği puanlarındaki varyansa istatistiksel olarak anlamlı bir katkıda bulunmamaktadır.

Katılımcıların kekemelik şiddetindeki artış, KSE Depresyon alt ölçeği puanlarındaki artışı yordamamaktadır.

4.3.6. Kekeme Bireylerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Anksiyete Alt Ölçeği Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları

Daha önce belirtildiği gibi (bkz. Tablo 4.5), kekemelik şiddeti ile KSE Anksiyete alt ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu ilişkiyi daha iyi görebilmek adına yapılan doğrusal regresyon analiziyle kekemelik şiddetinin, katılımcıların KSE Anksiyete alt ölçeğinden aldıkları puandaki artışı yordayıp yordamadığı sınanmıştır.

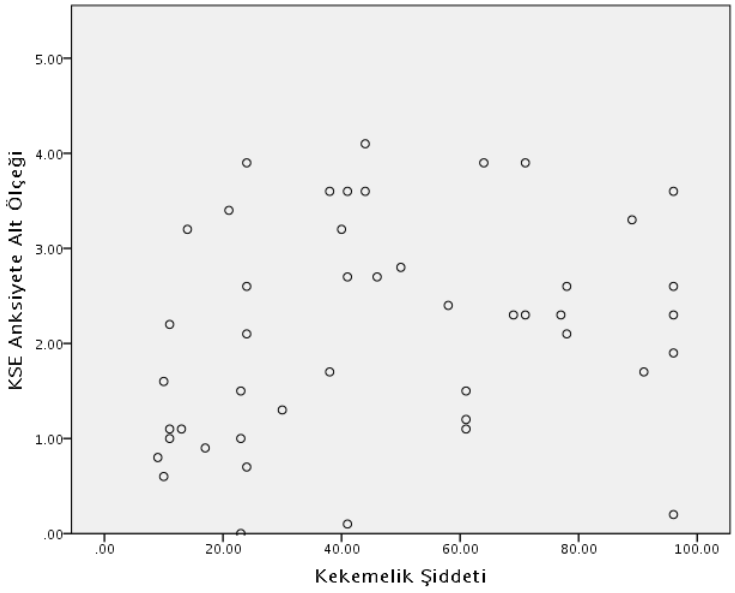
Katılımcıların kekemelik şiddetlerine bağlı anksiyete puanlarını hesaplamak için Basit Regresyon Analizi yapılmıştır. Sonuçlar, Tablo 4.11'de ve Şekil 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.11. Katılımcıların KSE Anksiyete alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin regresyon analizi sonuçları

Yordayıcı Değişken	***R***	***R^2 Değişim***	***Standardize β***	***t***	***F Değişim***
KSE ANKSİYETE ALT ÖLÇEĞİ					
KEKEMELİK ŞİDDETİ	.246	.061	.25	1.684	2.836

*p < .05

Şekil 4.6. Katılımcıların KSE Anksiyete alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin saçılım grafiği



Analiz sonucunda regresyon eşitliğinin anlamlı olmadığı bulunmuştur ($F(1, 44) = 2.836$, $p > .05$), $R^2 = .061$. Buna göre, kekemelik şiddeti, katılımcıların KSE Anksiyete alt ölçeği puanlarındaki varyansa istatistiksel olarak anlamlı bir katkıda bulunmamaktadır.

Katılımcıların kekemelik şiddetindeki artış, KSE Anksiyete alt ölçeği puanlarındaki artışı yordamamaktadır.

4.3.7. Kekeme Bireylerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Hostilite Alt Ölçeği Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları

Daha önce belirtildiği gibi (bkz. Tablo 4.5), kekemelik şiddeti ile KSE Hostilite alt ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu ilişkiyi daha iyi görebilmek adına yapılan doğrusal regresyon analiziyle kekemelik

şiddetinin, katılımcıların KSE Hostilite alt ölçeğinden aldıkları puandaki artışı yordayıp yordamadığı sınanmıştır.

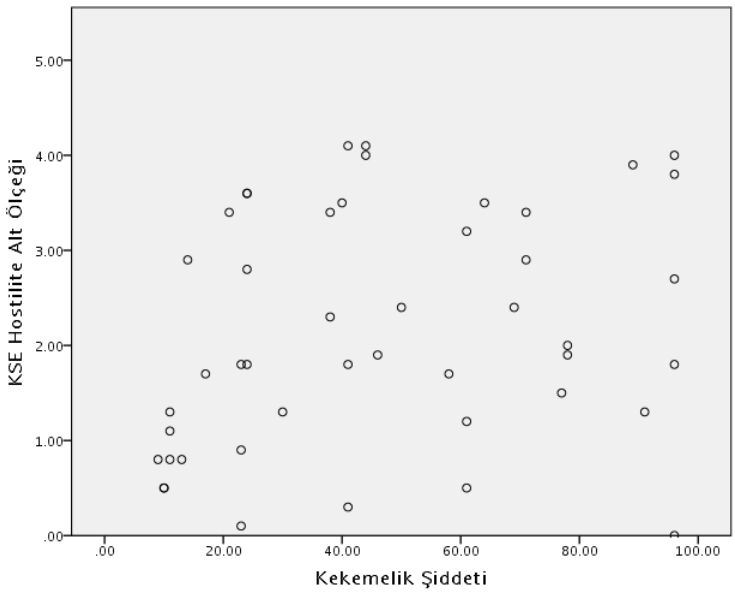
Katılımcıların kekemelik şiddetlerine bağlı hostilite puanlarını hesaplamak için Basit Regresyon Analizi yapılmıştır. Sonuçlar, Tablo 4.12'de ve Şekil 4.7'de sunulmuştur.

Tablo 4.12. Katılımcıların KSE Hostilite alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin regresyon analizi sonuçları

Yordayıcı Değişken	***R***	***R^2 Değişim***	***Standardize β***	***t***	***F Değişim***
KSE HOSTİLİTE ALT ÖLÇEĞİ					
KEKEMELİK ŞİDDETİ	.261	.068	.261	1.794	3.220

*p < .05

Şekil 4.7. Katılımcıların KSE Hostilite alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin saçılım grafiği



Analiz sonucunda regresyon eşitliğinin anlamlı olmadığı bulunmuştur ($F(1, 44) = 3.220$, $p > .05$), $R^2 = .068$. Buna göre, kekemelik şiddeti, katılımcıların KSE Hostilite alt ölçeği puanlarındaki varyansa istatistiksel olarak anlamlı bir katkıda bulunmamaktadır.

Katılımcıların kekemelik şiddetindeki artış, KSE Hostilite alt ölçeği puanlarındaki artışı yordamamaktadır.

4.3.8. Kekeme Bireylerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Fobik Anksiyete Alt Ölçeği Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları

Daha önce belirtildiği gibi (bkz. Tablo 4.5), kekemelik şiddeti ile KSE Fobik Anksiyete alt ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkiyi daha iyi görebilmek adına yapılan doğrusal regresyon analiziyle kekemelik şiddetinin, katılımcıların KSE Fobik Anksiyete alt ölçeğinden aldıkları puandaki artışı yordayıp yordamadığı sınanmıştır.

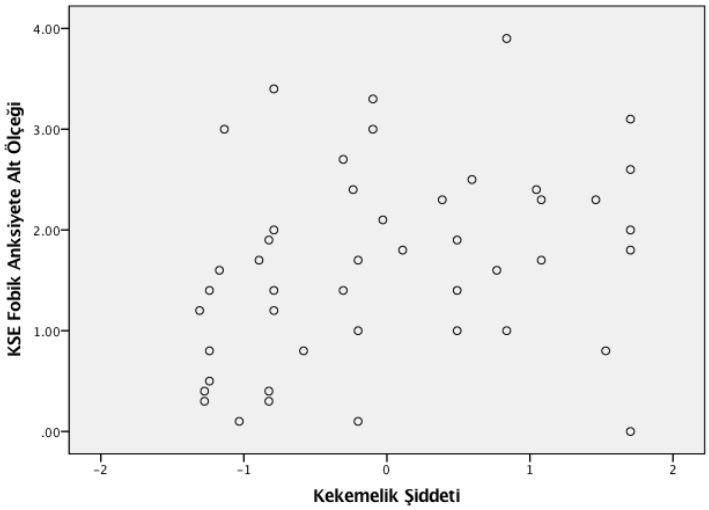
Katılımcıların kekemelik şiddetlerine bağlı fobik anksiyete puanlarını hesaplamak için Basit Regresyon Analizi yapılmıştır. Sonuçlar, Tablo 4.13'te ve Şekil 4.8'de sunulmuştur.

Tablo 4.13. Katılımcıların KSE Fobik Anksiyete alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin regresyon analizi sonuçları

Yordayıcı Değişken	***R***	***R^2* Değişim**	***Standardize β***	***t***	***F* Değişim**
KSE FOBİK ANKSİYETE ALT ÖLÇEĞİ					
KEKEMELİK ŞİDDETİ	.296	.088	.30	2.057*	4.229

*p < .05

Şekil 4.8. Katılımcıların KSE Fobik Anksiyete alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin saçılım grafiği



Analiz sonucunda regresyon eşitliğinin anlamlı olduğu bulunmuştur ($F(1, 44) = 4.229$, $p < .05$), $R^2 = .088$. Buna göre, kekemelik şiddeti, katılımcıların KSE Fobik Anksiyete alt ölçeği puanlarındaki varyansın yaklaşık %9'unu açıklamaktadır. Katılımcıların yordanan fobik anksiyete semptomları 1.199 + .010 birimdir (kekemelik şiddeti). Katılımcıların fobik anksiyete semptomları, kekemelik şiddetindeki her bir birimlik artış için .010 artmaktadır.

Katılımcıların kekemelik şiddetindeki artışın, KSE Fobik Anksiyete alt ölçeği puanlarındaki artışı yordadığı doğrulanmaktadır.

4.3.9. Kekeme Bireylerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Paranoid Düşünceler Alt Ölçeği Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları

Daha önce belirtildiği gibi (bkz. Tablo 4.5), kekemelik şiddeti ile KSE Paranoid Düşünceler alt ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu ilişkiyi daha iyi görebilmek adına yapılan doğrusal regresyon analiziyle kekemelik şiddetinin, katılımcıların KSE Paranoid Düşünceler alt ölçeğinden aldıkları puandaki artışı yordayıp yordamadığı sınanmıştır.

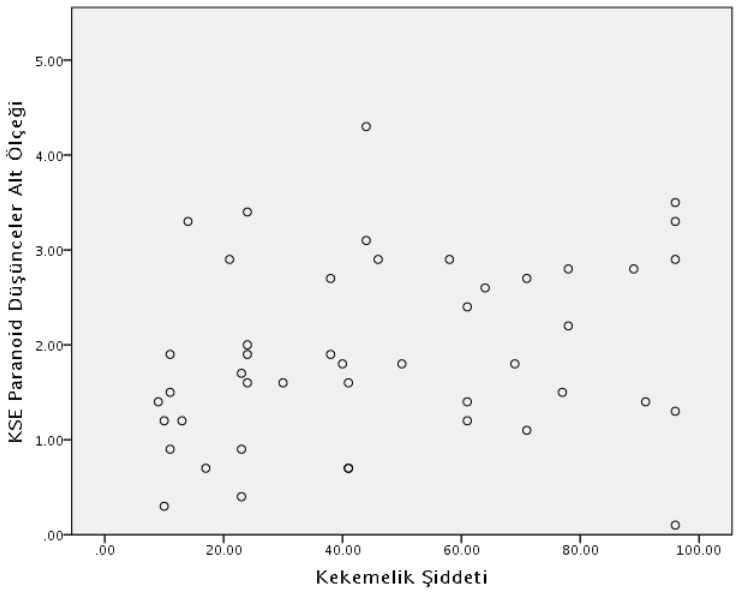
Katılımcıların kekemelik şiddetlerine bağlı hostilite puanlarını hesaplamak için Basit Regresyon Analizi yapılmıştır. Sonuçlar, Tablo 4.14'te ve Şekil 4.9'da sunulmuştur.

Tablo 4.14. Katılımcıların KSE Paranoid Düşünceler alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin regresyon analizi sonuçları

Yordayıcı Değişken	***R***	***R^2 Değişim***	***Standardize β***	***t***	***F Değişim***
KSE PARANOİD DÜŞÜNCELER ALT ÖLÇEĞİ					
KEKEMELİK ŞİDDETİ	.247	.061	.247	1.693	2.866

*p < .05

Şekil 4.9. Katılımcıların KSE Paranoid Düşünceler alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin saçılım grafiği



Analiz sonucunda regresyon eşitliğinin anlamlı olmadığı bulunmuştur ($F(1, 44) = 2.866$, $p > .05$), $R^2 = .061$. Buna göre, kekemelik şiddeti, katılımcıların KSE Paranoid Düşünceler alt ölçeği puanlarındaki varyansa istatistiksel olarak anlamlı bir katkıda bulunmamaktadır.

Katılımcıların kekemelik şiddetindeki artış, KSE Paranoid Düşünceler alt ölçeği puanlarındaki artışı yordamamaktadır.

4.3.10. Kekeme Bireylerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Psikotizm Alt Ölçeği Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları

Daha önce belirtildiği gibi (bkz. Tablo 4.5), kekemelik şiddeti ile KSE Psikotizm alt ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu ilişkiyi daha iyi görebilmek adına yapılan doğrusal regresyon analiziyle kekemelik şiddetinin, katılımcıların KSE Psikotizm alt ölçeğinden aldıkları puandaki artışı yordayıp yordamadığı sınanmıştır.

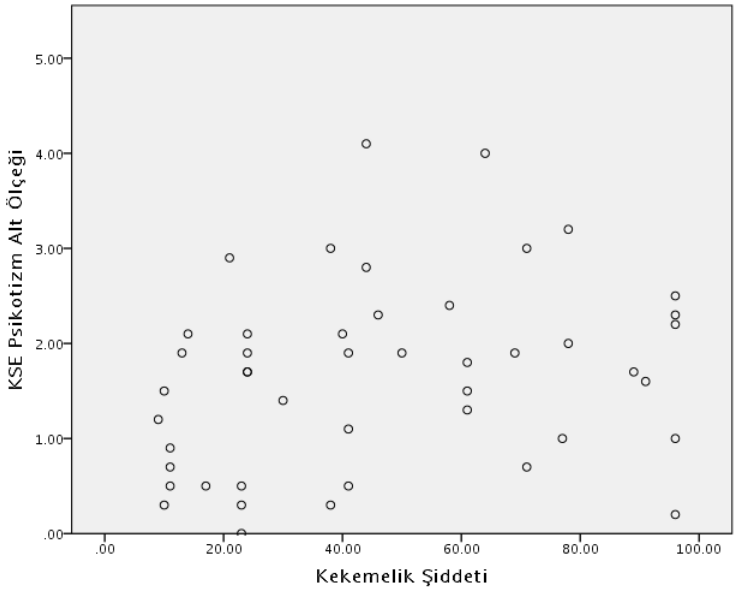
Katılımcıların kekemelik şiddetlerine bağlı psikotizm puanlarını hesaplamak için Basit Regresyon Analizi yapılmıştır. Sonuçlar, Tablo 4.15'te ve Şekil 4.10'da sunulmuştur.

Tablo 4.15. Katılımcıların KSE Psikotizm alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin regresyon analizi sonuçları

Yordayıcı Değişken	***R***	***R^2 Değişim***	***Standardize β***	***t***	***F Değişim***
KSE PSİKOTİZM ALT ÖLÇEĞİ					
KEKEMELİK ŞİDDETİ	.258	.067	.258	1.771	3.135

*p < .05

Şekil 4.10. Katılımcıların KSE Psikotizm alt ölçeği puanlarının yordanmasında kekemelik şiddetinin rolüne ilişkin saçılım grafiği



Analiz sonucunda regresyon eşitliğinin anlamlı olmadığı bulunmuştur ($F(1, 44) = 3.135$, $p > .05$), $R^2 = .067$. Buna göre, kekemelik şiddeti, katılımcıların KSE Psikotizm alt ölçeği puanlarındaki varyansa istatistiksel olarak anlamlı bir katkıda bulunmamaktadır.

Katılımcıların kekemelik şiddetindeki artış, KSE Psikotizm alt ölçeği puanlarındaki artışı yordamamaktadır.

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada, akıcı konuşma bozukluğu olan kekeme bireylerin kekemelik şiddeti ve bireylerde var olan psikolojik belirtiler arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu çalışma sonucunda elde edilecek bulguların bireylerin tanı ve tedavilerine, ayrıca gelecekte yapılacak olan çalışmalara ışık tutması amaçlanmıştır.

Araştırma bulgularının büyük ölçüde literatürde yer alan bulgular ile uyumlu olduğu görülmektedir. Çalışmamızda yer alan katılımcıların demografik bilgileri incelendiğinde, bireylerin yaşlarının 18 ile 31 arasında değişmekte olduğu, tüm katılımcıların erkek bireylerden oluştuğu görülmektedir. Literatürde de, erkek bireylerde kekemeliğin görülme sıklığının kızlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (40).

Literatür incelendiğinde kekeme bireylerin psikolojik belirtilerinin çalışmalar arasında farklılık gösterebildiği ve zaman zaman tutarlı sonuçlara ulaşılamadığı gösterilmiştir. Çalışmamızda elde edilen bulgulara genel olarak bakıldığında kekeme bireylerin kekemelik şiddetleri ile Kısa Semptom Envanteri (KSE) toplam puanları ve KSE Somatizasyon alt ölçeği puanları, KSE Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeği puanları ve KSE Fobik Anksiyete alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir.

Çalışmamızdaki temel bulgulardan biri, katılımcıların kekemelik şiddetindeki artışın, Kısa Semptom Envanteri toplam puanlarındaki artış ile ilişkisi olduğu yönündedir.

Akıcı konuşma bozuklukları kapsamında yer alan kekemelik, temelde bir iletişim problemi olduğundan, bu bireylerde kekemelik şiddeti arttıkça iletişim kurmakta ve kendilerini ifade etmekte güçlükler yaşadıkları için sorun alanlarında psikolojik belirtiler gelişiyor olabilir (15). Kekemelik, bireylerin sosyal işlevselliğini ve psikolojik iyilik hallerini oldukça büyük oranda etkileyebilen bir bozukluktur (29). Psikolojik iyi oluş olarak tanımlanan durum; kişinin yaşam hedeflerini, kişisel potansiyelinin farkında olup olmadığını, diğer bireyler ile kurmuş olduğu ilişkinin

kalitesini ifade etmektedir. Kişinin kendini olumlu algılamasını, sınırlılıklarının farkında olduğu durumlar ortaya çıktığında bile kendinden memnun olmasını, diğer bireylerle güvenli ve yakın ilişkiler kurmasını, bireysel ihtiyaç ve beklentilerini karşılayacak biçimde çevresini şekillendirmesini, bağımsız hareket edebilme kabiliyetini, hayat amacının ve anlamının var olmasını, kapasitesinin farkında olmasını ve sürekli geliştirmeye çalışmasını yansıtmaktadır (93).

Literatürde yer alan önceki çalışmalarda elde edilmiş olan ve bu çalışma ile de desteklenen bulgular; kekeme bireylerde kekemelik şiddetinin artması ile birlikte psikolojik iyilik halinin zarar görebileceğine ve psikolojik belirtilerin de ortaya çıkabileceğine, hatta zaman zaman kişilik bozukluklarına ilişkin belirtiler görülebileceğine işaret etmektedir (29, 81, 83, 86).

Literatür incelendiğinde, Treon ve arkadaşlarının (2006) kekeme bireylerin kekeme olmayan bireylerle psikolojik belirtileri açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada, kekeme bireylerin psikolojik belirti tarama ölçeklerinden aldıkları toplam puanların, kekeme olmayan bireylerin aldığı toplam puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu görülmektedir (83).

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgulardan bir tanesi de kekemelik şiddetinin KSE Somatizasyon alt ölçeği puanlarını yordamakta olduğuna dair ilişkiyi göstermektedir.

Treon ve arkadaşlarının (2006) kekemeliği olan ve olmayan bireyleri karşılaştırdıkları çalışmalarında, kekemeliği olan bireylerin, kekemeliği olmayan bireylere göre somatik; yani fiziksel sağlık ile ilgili kaygı ve korkulara ilişkin belirtileri daha çok ortaya çıkarma eğiliminde oldukları görülmektedir (83).

Psikososyal ve duygusal sorunların fiziksel belirtiler ile ifade edilmesi şeklinde ortaya çıkan somatizasyon belirtileri, kekemeliği olan bireylerin iletişim alanında yaşadıkları problemlerin, fiziksel belirtiler olarak ortaya çıktığına işaret etmektedir. Bunlar kekeme bireylerin konuşmalarındaki akıcılığın bozulması nedeniyle yaşadıkları artmış kas gerginliği ve ajitasyon, taşikardi, nefes darlığı, baş dönmesi ve uyuşukluk gibi semptomları içeren, sürekli stres ile ilişkili fiziksel belirtilerdir.

Çalışmamızda kekemelik şiddeti ile KSE Obsesif Kompulsif Bozukluk alt ölçeği puanları arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Literatürde bu alanda yapılmış çok fazla çalışma olmamakla birlikte, bu sonuçtan farklı olarak, çocuklarda obsesif kompulsif bozukluk ile birlikte görülen eş tanıların araştırıldığı bir çalışmada; obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan bireylerin %8.5'inin kekemelik tanı kategorilerini karşıladıkları görülmüştür (94). Bunun nedeninin kültürler arası farklar, bu çalışmanın çocuklar üzerinde yapılmış olması, ölçme materyalinin farklı olması olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgulardan bir tanesi de kekemelik şiddetinin KSE Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeğinin puanlarını yordamakta olduğuna dair ilişkiyi göstermektedir.

Literatür incelendiğinde; Blumgart ve arkadaşlarının (2010) yetişkin kekeme bireylerle yaptığı çalışmada, bu bireylerde sosyal fobi riskinin yüksek olduğunu göstermektedir ki; kişilerarası duyarlılık, anksiyete ve fobik anksiyete ile ilişkili belirtilerin, sosyal açıdan endişeli bir bireyin klinik tablosunun kritik bileşenleri olması beklendik bir durumdur (97). Örneğin, kişilerarası duyarlılık semptomları yetersizlik ve değersizlik duygularıyla ilişkilidir ve istemsiz ortaya çıkan, sıkıntı verici kronik bir durum olan kekemelik, sosyal etkileşim ile ilgili yetersizlik duygularına neden olabilir. Ayrıca sözlü iletişim gerektiren sosyal durumlarda, küçük düşme ve utanma duygusunun yaşanabileceği ihtimali ile birlikte; anksiyete düzeyinin yükselmesinin ve korkunun da buna eşlik etmesinin de anlaşılabilir bir durum olabileceği görülmektedir (7,96).

Bir insanın akıcı ve etkili iletişim kurma becerisi, bireyin yaşamının ayrılmaz bir parçasıdır ve sağlıklı bir benlik kavramı ve saygınlık için çok önemlidir (98). Bir bireyin iletişim kurabilme yeteneği tehdit edildiğinde ya da tehlikeye atıldığında, kişilerarası duyarlılık, anksiyete ve fobik anksiyete belirtilerinin ortaya çıkmasının oldukça beklendik olduğu düşünülmektedir. Kekeme bireylerde, konuşma akıcılığının bozulması nedeniyle diğer bireyler ile iletişim kurmaktan kaçınma, bireyin kişilerarası

ilişkilerde daha duyarlı hale gelmesine, bu durum da sosyal içedönük özelliklerinin ortaya çıkmasına ve topluma giderek yabancılaşmasına yol açabilir (95).

Çalışmamızda kekemelik şiddeti ile KSE Depresyon alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Depresyon ve sosyal içe dönüklük gibi durumlar, çevrenin kişiye yönelik tutumundan oldukça kolay etkilenmektedir. Farklı çalışmalarda bulguların farklı olmasının sebebi, bu bireylerin bulundukları ortamlarda kendilerine yönelik bakış açısının farklı olmasından da kaynaklanıyor olabilir. Bazı bireyler kekemelik nedeniyle toplumsal olarak dışarıda bırakılırken, bazıları çevrelerinde daha çok kabul görüyor olabilir (86). Çalışmamızın bulguları neticesinde kekemelik şiddeti ve depresif belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış olmasının sebebi; çalışmamızda yer alan bireylerin kekemelik nedeniyle toplumsal olarak soyutlanmamış olmaları, bulundukları toplumda kabul görüyor olmaları, ya da olumlu benlik saygısına sahip olmaları olarak açıklanabilir.

Çalışmamızda yer alan bireylerin kekemelik şiddeti ile KSE Anksiyete alt ölçek puanları incelendiğinde, literatürde yer alan sonuçlardan farklı olarak, istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Literatürde yer alan çalışmaların daha çok sosyal anksiyete ve kekemelik arasındaki ilişkiye yoğunlaştığı gözlenmektedir (60, 81, 99). Literatür incelendiğinde, anksiyete ve kekemelik ilişkisini inceleyen araştırmalar; anksiyete ve kekemelik arasındaki ilişkiye dair net ve tutarlı kanıtlar sunamamasına rağmen, bazı metodolojik gelişmeler, sosyal anksiyetenin kekeme bireylerin yaşamlarında oynadığı rolün çok daha güçlü bir şekilde anlaşılmasını kolaylaştırmıştır (58). Örneğin; Gunn ve arkadaşlarının ergenlik çağındaki kekeme bireylerle yaptıkları çalışmanın sonuçları, bizim çalışmamızdan farklı olarak bu bireylerde anksiyete bozuklukları görülme sıklığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğuna işaret etse de, anksiyete spektrumunda kekeme bireyler arasında en sık görülen anksiyete bozukluğunun sosyal anksiyete bozukluğu olduğuna işaret etmektedir (100).

Literatürden farklı olarak; çalışmamızda anksiyeteye ilişkin daha çok sosyal anksiyete alanındaki belirtileri ölçen KSE Fobik Anksiyete alt ölçeği puanları ile kekemelik şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğundan, sosyal anksiyete ve kekemelik şiddeti ilişkisi bu başlık altında incelenmiştir.

Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olan diğer bir bulgu da kekemelik şiddetinin KSE Fobik Anksiyete alt ölçek puanlarını yordamakta olduğuna dair ilişkiyi göstermektedir.

Bugüne kadar literatürde yer alan çalışmaların birçoğunda sosyal anksiyete ve sosyal fobi ayrı ayrı ele alınmıştır. Fobik anksiyeteye ilişkin belirtileri sosyal anksiyete bozukluklarının ve sosyal fobinin de içerisinde yer aldığı daha geniş bir alan olarak ele aldığımızda, kekemelik tanısı almış bireylerin iletişim alanında yaşadığı problemler bu alandaki belirtilerini yansıtmaktadır (74). Eğer bir birey, konuşmasında istemsiz bir biçimde akıcılık bozukluğu yaşıyorsa, diğerleriyle iletişim kurmaktan kaçınma, fiziksel olarak bir toplumun içinde yer aldığında bile yalnız hissetme, diğerleri tarafından anlaşılamadığını hissetme gibi zorluklarla karşılaşması da beklendik bir bulgudur (95). Ayrıca, kekemelik şiddetinin artması ile de toplumsal olarak dışarıda kalma olasılığı artıyor olabilir. Özellikle, tanısal değerlendirmeler, sosyal anksiyete bozukluğunun kekemelik tanısı almış birçok yetişkin için engelleyici bir deneyim olabileceğini göstermektedir. Örneğin Iverach ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada; olumsuz değerlendirilme korkusu ve güvenlik arama davranışları gibi sosyal anksiyete bozukluğunun özellikleri olan davranışların, kekeme bireylerde belirgin bir şekilde yer aldığı, ayrıca sosyal kaygının ve kekemelik şiddetinin artmasına yol açabileceği anlaşılmaktadır (58).

Literatürde, kekeme bireylerin diğer bireylere göre iletişim becerilerini daha düşük olarak algıladıkları ve bu bireylerin sosyal içedönük özelliklerinin daha fazla olduğu, bu nedenle de kişilerarası duyarlılık ve fobik anksiyete belirtilerinin bu bireylerde diğerlerine oranla daha fazla ortaya çıkabileceğine ilişkin bulgulara rastlanmaktadır (86). Literatürde yer alan birçok çalışmanın kekemelik ve sosyal anksiyete bozukluğu belirtileri ilişkisine yönelik bulguları, çalışmamızın bulguları

arasında yer alan kekemelik şiddetinin KSE Fobik Anksiyete alt ölçeği puanlarını yordamakta olduğuna dair ilişki ile açıklanabilmektedir.

Çalışmamızda kekemelik şiddeti ile KSE Hostilite alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir bulguya rastlanmamıştır.

Literatürde çalışmamızın bulgularından farklı olarak, hostilite ve kekemelik ilişkisine değinen bir çalışmada, projektif yani yoruma dayalı bir ölçme ve değerlendirme yöntemi olan Rorschach testi ile kekeme olan ve olmayan bireylerin karşılaştırıldığı (103) bir çalışmada, kekeme bireylerde hostilite belirtilerinin kekeme olmayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada kullanılan ölçme değerlendirme aracının projektif, yani yoruma dayalı olması, bizim çalışmamızda kullandığımız ölçme ve değerlendirme aracı olan Kısa Semptom Envanteri'nin; bireyin kendi ifadelerine dayalı bir ölçme değerlendirme aracı olması ve yoruma dayalı olmaması nedeniyle, bireylerin hostiliteye ilişkin ifadelerini belirtmekten kaçınmış olabileceklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda kekemelik şiddeti ile KSE Paranoid Düşünceler alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir ilişkiye rastlanmadığı gibi, kekemelik şiddeti ile KSE Psikotizm alt ölçeği arasında da istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Literatür incelendiğinde de, kekemeliğin hostilite, paranoid düşünceler ve psikotizm alanlarında klinik olarak anlamlı düzeyde artmış belirtilere neden olabileceğini açıklamak zordur. Bunun nedeni kekemelik tanısı almış bireylerin, hostiliteye ilişkin düşmanca belirtilere, gerçeklik algısından uzak içerikli psikotik belirtilere veya aşırı şüphecilik içeren paranoid düşüncelere ilişkin belirtilere sahip olma ihtimalini taşıdığını gösteren tutarlı bir bulguya rastlanmamış olmasıdır (53, 95, 96).

Çalışmamızın sonuçları bir bütün olarak gözden geçirildiğinde; kekemelik şiddeti ile Kısa Semptom Envanteri Toplam Puanı, Kısa Semptom Envanteri Somatizasyon alt ölçeği puanları, Kısa Semptom Envanteri Kişilerarası Duyarlılık alt

ölçeği puanları ve Kısa Semptom Envanteri Fobik Anksiyete alt ölçeği puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Bu ölçme ve değerlendirme araçlarının ölçmekte olduğu psikolojik belirtiler ve kekemelik şiddeti arasındaki ilişkinin; literatürdeki çalışmaların birçoğu ile benzer doğrultuda olduğu ve daha önceki araştırma bulgularını desteklediği görülmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın temel amacı kekeme bireylerin kekemelik şiddeti ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu doğrultuda çalışmada yer alan kekeme bireylerde kekemelik şiddeti değerlendirilmiş ve psikolojik belirtilerinin de taraması yapılmıştır. Elde edilen bulgular özetlenecek olursa:

1. Kekemelik şiddetindeki artışın, Kısa Semptom Envanteri toplam puanlarındaki artışı yordamakta olduğu bulgular arasındadır. Bu bulgular, kekemelik şiddeti ile psikolojik belirtilerin artması arasındaki ilişkiye işaret etmektedir.
2. Kekemelik şiddetindeki artışın, Kısa Semptom Envanteri Somatizasyon alt ölçeği puanlarındaki artışı yordamakta olduğu bulgular arasındadır. Bu sonuç, kekeme bireylerin psikososyal ve duygusal problemlerini fiziksel belirtilerle yansıtması ile ortaya çıkan somatizasyon belirtilerindeki artış ile ilişkili olduğunu doğrulamaktadır.
3. Araştırma bulguları sonucunda, kekemelik şiddetindeki artış ile KSE Obsesif Kompulsif Belirtiler alt ölçeği puanları arasında anlamlı herhangi bir istatistiksel sonuca ulaşılamamıştır.
4. Çalışmamızın bulguları sonucunda, kekemelik şiddetindeki artışın, KSE Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeği puanlarındaki artışı yordadığına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuç, kekeme bireylerin kekemelik şiddeti ile kişilerarası duyarlılık alanındaki belirtileri arasında ilişki olduğunu doğrulamaktadır.
5. Bulgular değerlendirildiğinde, kekemelik şiddetindeki artışın, KSE Depresyon alt ölçeği puanlarındaki artışı yordamadığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı anlaşılmaktadır.
6. Çalışma bulguları incelendiğinde, kekemelik şiddetindeki artışın KSE Anksiyete alt ölçeği puanlarındaki artışı yordamadığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir bulguya rastlanmadığı anlaşılmaktadır.

7. Bulgular incelendiğinde, kekemelik şiddetindeki artışın, KSE Hostilite alt ölçeği puanlarındaki artışı yordamadığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca rastlanmadığı anlaşılmaktadır.
8. Araştırma bulguları incelendiğinde; KSE Fobik Anksiyete alt ölçeği puanları ve kekemelik şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğuna işaret etmektedir. Bu sonuç, kekeme bireylerde kekemelik şiddeti arttıkça, fobik anksiyeteye ilişkin belirtilerin görülme sıklığının da arttığını doğrulamaktadır.
9. Çalışma bulguları değerlendirildiğinde, kekemelik şiddetindeki artışın, KSE Paranoid Düşünceler alt ölçeği puanlarındaki artışı yordamadığı, kekemelik şiddeti ile paranoid düşüncelere ilişkin belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bulguya işaret etmediği görülmektedir.
10. Bulgular incelendiğinde, kekemelik şiddeti ile KSE Psikotizm alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı, kekemelik şiddetindeki artışın psikotik belirtilerdeki artışı yordamadığına işaret etmektedir.
11. Psikolojik belirtilerin ortaya çıkma ihtimalinin yüksek olması nedeniyle, kekemelik tanısı alan bireylerde, ayrıntılı ruhsal muayenenin yapılması ve psikolojik belirtilerin rutin ve kapsamlı bir şekilde taranması kesinlikle önerilmektedir. Ayrıca, kekemelik tanısı almış bireyler için başa çıkma becerilerini geliştirme (örneğin, duygusal başa çıkma yöntemlerinin aksine aktif başa çıkma becerileri, bilişsel ve davranışçı yöntemler) gibi alanlara odaklanan bilişsel davranışsal bileşenlerin eklenmesinin, ortaya çıkan psikolojik belirtilerin kontrol altına alınması ve tedavisi açısından önemli olduğu anlaşılmaktadır.
12. İleride yapılacak olan çalışmalarda, literatüre katkısı olması açısından daha güçlü araştırma desenleriyle, örneğin daha geniş örneklemler kullanılarak, böylece yaş ve cinsiyet grupları daha ayrıntılı biçimde incelenmesi önerilmektedir.

13. Sonuç olarak, bu çalışma kekemelik ve kekemelik ile ilişkili psikolojik belirtilerin kekeme bireylerin yaşamlarında önemli düzeyde yer aldığına işaret etmektedir. Bu nedenle kekemeliğin çok yönlü değerlendirilmesi için çok daha detaylı olarak hazırlanmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

7.KAYNAKÇA

1. Atkins CP. Perceptions of speakers with minimal eye contact: Implications for stutterers. J Fluency Disord 1988; 13:429-436
2. Silverman FH. Stuttering and Other Fluency Disorders. Illinois, Waveland Press, 2004.
3. İbiloğlu AO. Kekemelik. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2011; 3(4):704-727
4. İnceer BB, Akseki P. Kekemelikte bilişsel çarpıtmalar. Ege Tıp Dergisi 1999; 38:187-190.
5. Cangi ME. Kekemeliği olan ve olmayan ergenlerin çok boyutlu mükemmeliyetçilik düzeylerinin karşılaştırılması (Yüksek lisans tezi). Eskişehir, Anadolu Üniversitesi, 2008.
6. Boey R. Stuttering: An Epidemiological and Phenomenological Study. Effects of a Social-cognitive Behaviour Therapy. Universiteit Antwerpen (Belgium), 2008.
7. L. Iverach et al. The relationship between mental health disorders and treatment outcomes among adults who stutter. Journal of Fluency Disorders 34 (2009) 29–43
8. Vinacour RE, Levin R. The relationship between anxiety and Stuttering: A multidimensional approach. J Fluency Disord 2004; 29:135-148.
9. Van Riper C. The Nature of Stuttering. New Jersey, Prentice-Hall, 1971.
10. Öztürk M, Tüzün Ü. Kekeme çocuklarda sosyal fobi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2002; 7:12-16.
11. Kaplan, H.I. Sadock, B.J. (2004) Kaplan &Sadock Klinik Psikiyatri, İntihar, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, sayfa: 361–366.
12. Derogatis, L. R. (1993). BriefSymptom Inventory (BSI) administration, scoring, and procedures manual (3rd ed.). Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
13. Topbaş, S. (2011). Dil ve Kavram Gelişimi. Ankara: Kök Yayıncılık.
14. Shames GH, Wiig EH, Secord WA. Human Communication Disorders: An Introduction. Boston, Allyn & Bacon, 1998.
15. American Speech-Language-Hearing Association. (1993). *Definitions of communication disorders and variations* [Relevant Paper]. Available from www.asha.org/policy.
16. Sadock BJ, Sadock VA (2007) Synopsis of Psychiatry, Behaviorial Sciences/Clinical Psychiatry, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, p:1175-1190

17. Brosch, S., Pirsig, W, (2001). Stuttering in history and culture, International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 59, 81-87.
18. Enç, M., (1974). Ruhbilim Terimleri Sözlüğü, Ankara Üniversitesi Basımevi, TDK Yayınları, Ankara.
19. Conture, Edward G. (2001) Stuttering: its nature, diagnosis and treatment. Allyn & Bacon.
20. Johnson, W. (1955), Stuttering in Children and Adults. Univ. Minnesota Press, Minneapolis.
21. Seider, R. A., Kidd, K. K., & Gladstien, K. L. (1983). Recovery and Persistence of Stuttering among Relatives of Stutterers. Journal of Speech and Hearing Disorders, 48(4), 402.
22. Curran, P. J., West, S. G., & Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. Psychological methods, 1(1), 16.
23. Tabachnick, B. G., ve Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.) Boston: Allyn and Bacon.
24. Shapiro, D. A. (1999). Stuttering Intervention: A Colloborative Journey to Fluency Freedom, PRO-ED, Inc. 12, 81.
25. Yairi, E., & Ambrose, N. G. (1999). Early Childhood Stuttering IPersistency and Recovery Rates. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 42(5), 1097-1112.
26. Yairi, E., & Seery, C. H. (2015). Stuttering foundations and clinical applications. Pearson.
27. Rustin, L., Cook, F., Spence, R. (1995). The Management of Stuttering in Adolescence: A Communication Skills Approach, Singular Pub. Group, San Diego, 7.
28. Riley, G., & Riley, J. (1984). A component model for treating stuttering in children. In M. Prins (Ed.), Contemporary approaches in stuttering therapy. Boston:Little, Brown.
29. Guitar, B. (2006). Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment. Lippincott Williams & Wilkins.
30. Smith, A., & Kelly, E. (1997). Stuttering: A dynamic, multifactoral model. In R. F.
31. Shapiro, D. A. (1999). Stuttering Intervention: A Colloborative Journey to Fluency Freedom, PRO-ED, Inc. 12, 81.
32. Yairi, E., & Seery, C. H. (2011). Stuttering: Foundations and clinical applications. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
33. Larkins, P.G. (1987). Opportunities in Speech - Language Pathology Careers, VMG Career Horizons, Illinois, p.1-13.

34. McClean, M. D., & Runyan, C. M. (2000). Variations in the relative speeds of orofacial structures with stuttering severity. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 43(6), 1524-1531.

35. Peters, T. J., & Guitar, B. (1991). Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment. Williams & Wilkins.

36. Schwartz, H. D. (1999). Primer for stuttering therapy. Allyn & Bacon.

37. Rosenbek, J., Messert, B., Collins, M., & Wertz, R. T. (1978). Stuttering following brain damage. Brain and language, 6(1), 82-96.

38. Shames, G.H., Wiig, E.H., Secord, W.A., (1998). Human communication disorders:an introduction, 5Ed., MA: Allyn and Bacon Company.

39. Yairi, E., Ambrose, G.N. (2005). Early childhood stuttering, Pro.ed an Cnternational Publisher, Texas, 2, 5, 7, 10-11, 96-97.

40. Bloodstein, O. (1995). A Handbook on Stuttering (5th ed.), San Diego, CA: Singular, 1, 5, 70, 72.

41. Owens, R. E., Metz, D. E., Haas, A. (2003). Introduction to Communication Disorders: A Life Span Perspective, Allyn and Bacon, Boston.

42. Anderson, J. D., Pellowski, M. W., Conture, E. G., & Kelly, E. M. (2003). Temperamental characteristics of young children who stutter. Journal of Speech,Language, and Hearing Research, 46, 1221–1233.

43. Zebrowski, P., M. & Kelly, E., M. (2002). Manual of Stuttering Intervention, Singular.

44. Sheeman, J. G., & Martyn, M. M. (1970). Stuttering and its disappearance. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 13(2), 279-289.

45. Bloodstein, O. (2002). Early stuttering as a type of language difficulty. Journal of Fluency Disorders, 27(2), 163-167.

46. Rustin, L., Cook, F., Spence, R. (1995). The Management of Stuttering in Adolescence: A Communication Skills Approach, Singular Pub. Group, San Diego, 7.

47. Bloodstein, O. (2006). Some empirical observations about early stuttering: A possible link to language development, Journal of Communication Disorders. 39, 185–191.

48. Carlo, E. J., & Watson, J. B. (2003). Disfluencies of 3-and 5-year old Spanish-speaking children. Journal of Fluency Disorders, 28(1), 37-53.

49. Manning, W. H. (2001). Clinical decision-making in fluency disorders . Vancouver. British Columbia, Canada: Singular.

50. Kayıkçı, M. E. K., & Belgin, E. (2010). Okul çağı kekeme Türk çocuklarının kekemelik bulguları. Turkish Pediatrics Archive/Turk Pediatri Arsivi, 45(2).

51. American Speech-Language-Hearing Association. Erişim: 27.04.18. Audiologic Screening Guidelines. http://www.asha.org/policy/GL1997-00199/

52. Şahin, N. H., Batıgün A.D., Uğurtaş S. (2002). Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı. Türk Psikiyatri Dergisi, 13(2), 125-135.

53. Bloodstein, O., Ratner, N.B. (2008) A Handbook on Stuttering, Clifton Park, N.Y. Thomson Delmar Learning, Chicago, 25 – 45.

54. 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, 1097–1105.

55. Mansson, H., Childhood stuttering: incidence and development, J. Fluency Disord., 25, 47-57 (2000).

56. Belgin, E. ve Derinsu, U. (1990) İlkokul Çağı Çocuklarında Konuşma ve Ses Bozukluğu İnsidansı, 19. Türk Milli Otorinolarengoloji Kongresi, Çertüt Matbaacılık A.Ş., 158-160, İstanbul.

57. Rustin, L. ve Purser, H. (1991) "Child development, families, and problem of stuttering" Lena Rustin (ed.), Parents, Families, and Stuttering Child, Singular Publishing Group, Inc., San Diego.

58. Iverach, L., Rapee, R. M. (2014). Social Anxiety Disorders and Stuttering: Current Status And Future Directions. Journal of Fluency Disorders, 40, 6982.

59. Menzies, R. G., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., St Clare, T., & Block, S. (2008). An experimental clinical trial of a Cognitive Behaviour Therapy package for chronic stuttering. Journal of Speech, Language and Hearing Research, 51, 1451-1464.

60. Schneier, F. R., Wexler, K.B., & Liebowitz, M. R. (1997). Social phobia and stuttering. American Journal of Psychiatry, 154, 131.

61. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev.Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, (2014).

62. Sayar K. Tıbben açıklanamayan belirtiler. Türk Psikiyatri Dergisi 2002;13:222-231.

63. Spinhoven P, van der Does AJ. Somatization and somatosensory amplification in psychiatric outpatients: An explorative study. Compr Psychiatry 1997; 38:93-97.

64. Ford CV. The somatizing disorders. Psychosomatics 1986;27:335-337.

65. Savaşır, I., Şahin, N.H. (1997). Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirmede Sık Kullanılan Ölçekler. (Cognitive-Behavioral Therapy Scales Commonly Used in the Assessment). Türk Psikologlar Derneği Yayınları, No:9, Ankara.

66. Saxena, S., and Rauch, S.L.: 'Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder', Psychiatric Clinics of North America, 2000, 23, (3), pp. 563- 586

67. Boyce, P., Parker, G., Barnett, B., Cooney, M. & Smith, F. (1991). Personality as a vulnerability factor to depression. British Journal of Psychiatry, 159, 106-114.

68. Boyce, P. & Mason, C. (1996). An overview of depression-prone personality traits and the role of interpersonal sensitivity. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 30, 90-103.

69. Beck, A. T. ve Alford, B. A. (2009). Depression: Causes and treatment (2. bs.). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

70. Chapman DP, Perry GS. Depression as a major compenent of Public Health for Older Adults. Preventing Chronic Dis 2008; 5: 1-9.

71. Van Riper, C. (1982). The Nature of Stuttering, Prentice-Hall, Eaglewood Cliffs, New Jersey.

72. Van Riper, C. ve Erickson, L.R. (1995). Speech Correction: An Introduction to Speech Pathology and Audiology, 9th.Ed, Allyn and Bacon.

73. Johnson, W., Darley, F. L., & Spriesterbach, D. C. (1963). Diagnostic methods in speech pathology. Oxford, England: Harper & Row.

74. Öztürk, M.O., Uluşahin, N.A. (2016). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 14.Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri.

75. Brodsky, S. L. (2011). Hostility and Scorn. In S. L. Brodsky (Ed.), Therapy with coerced and reluctant clients. Washington, DC: American Psychological Association.

76. Eysenck H.J., Eysenck,M.W. (1985). Personality an Individual Difrences,; A Natural Science Approach. New York: Plenum.

77. Tamam L, Öztanrıöver S, Özpoyraz N. Erişkin çağda başlayan bir kekemelik olgusu. Turk Psikiyatri Dergisi 1998; 9:64-67.

78. Guitar B, McCauley R. Treatment of Stuttering: Established and Emerging Approaches. Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

79. Ambrose N, Yairi E, Cox N. Early childhood stuttering: Genetic aspects. J Speech Hear Res 1993; 36:701-706.

80. Craig, A., Blumgart, E., & Tran, E. (2009). The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. Journal of Fluency Disorders, 34(2), 61-71.

81. Alm, P. (2014). Stuttering in relation to anxiety, temperament, and personality: Review and analysis with focus on causality. *Journal Of Fluency Dissorders*. 40, 5-21.

82. Embiyaoğlu, G. (1976). Kekemeliğin Psikolojik ve Psikanalatik Açıdan İncelenmesi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi.

83. Treon, M., Dempster, L., & Blaesing, K. (2006). MMPI-2/A assessed personality differences in people who do, and do not, stutter. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 34(3), 271-294.

84. Craig, A. (2003). Clinical psychology and neurological disability: Psychological therapies for stuttering. *Clinical Psychologist*, 7(2), 93-103.

85. Bennett, E. M. (2006). Working with People Who Stutter: A Lifespan Approach, Pearson Merril Hall, New Jersey, 24, 39, 58, 63, 216, 230, 394-400, 416-417.

86. Blood, G.W., & Blood, I. M. (2004). Bullying in adolescents who stutter: Communicative competence and self-esteem. Contemporary Issues in Communication Science and Disorders, 31, 69-79.

87. Lanier, Wendy (2010). Speech disorders. Lucent Books, Detroit

88. Van Riper, C., The nature of stuttering. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 12-15,279-295 (1992).

89. WHO (2007). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic Criteria for Research.

90. Onslow, M. (2018). Stuttering And Its Treatment.

91. Ward, D., Connally, E. L., Pliatsikas, C., Bretherton-Furness, J., & Watkins, K. E. (2015). The neurological underpinnings of cluttering: Some initial findings. Journal of Fluency Disorders, 43, 1–16.

92. Wingate, M. Stuttering: A short history of a curious disorder. CT: Bergin & Garvey, Westport, 1997.

93. Keyes, C. L. M., Shmotkin, D. & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: Theemprical encounter of two traditions. Journal of Personality and Social Psychology, 82 (6), 1007-1022.

94. Diler, R.S., Avcı A., Tamam L., Toros F. (1999). Türk Psikiyatri Dergisi; 10(4):294-304

95. Tran, Y., Blumgart, E., & Craig, A. (2011). Subjective distress associated with chronic stuttering. Journal of Fluency Disorders, 36(1), 17–26.

96. Craig, A., & Tran, Y. (2006). Chronic and social anxiety in people who stutter. Advances in Psychiatric Treatment, 12, 63–68.

97. Blumgart, E., Tran, Y., & Craig, A. (2010b). Social anxiety disorder in adults who stutter. Depression and Anxiety, 27, 687–692.

98. Kagan, A., Simmons-Mackie, N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, E., McEwen, S., et al. (2008). Counting what counts: A framework forcapturing real-life outcomes of aphasia intervention. Aphasiology, 22, 258–280.

99. Alm, P. A., & Risberg, J. (2007). Stuttering in adults: The acoustic startle response, temperamental traits, and biological factors. Journal of Communication Disorders, 40(1), 1–41.

100. 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.

101. Rafuse, J. (1994). Early intervention, intensive therapy can help people who stutter. CMAJ, 150:754-755.

102. McClean, MD., Runyan, CM. (2000). Variation in the relative speeds of orofacial structures with stuttering severity. J Speech Lang Hear Res, 43(6):1524-1531.

103. Santostefano, S. (1960). Anxiety and Hostility in Stuttering. Journal of Speech Language and Hearing Research, 3(4), 337.

8.EKLER

EK 1. Sosyo-Demografik Veri Formu

SOSYO DEMOGRAFİK VERİ FORMU

ADI:

SOYADI:

YAŞ:

EĞİTİM DURUMU:

- ☐ OKUR-YAZAR DEĞİL
- ☐ OKUR-YAZAR
- ☐ İLKOKUL
- ☐ İLKÖĞRETİM / ORTAOKUL
- ☐ LİSE
- ☐ ÖNLİSANS
- ☐ LİSANS

MEDENİ DURUMU:

- ☐ EVLİ
- ☐ BEKAR

EK 2. Kısa Semptom Envanteri

KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra, o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAR OLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yere işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyiniz. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı siliniz. Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0. Hiç yok 1. Biraz var 2. Orta derecede var 3. Epey var 4. Çok fazla var

	Hiç				**Çok fazla**
1.İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2. Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5. Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8. Meydanlık(açık) yerlerden korkma duygusu.	0	1	2	3	4
9. Yaşamınıza son verme düşüncesi.	0	1	2	3	4
10. İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi.	0	1	2	3	4
11. İştahta bozukluklar.	0	1	2	3	4
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular.	0	1	2	3	4
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları.	0	1	2	3	4
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme.	0	1	2	3	4

15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme.	0	1	2	3	4
16. Yalnızlık hissetme.	0	1	2	3	4
17. Hüzünlü, kederli hissetme.	0	1	2	3	4
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak.	0	1	2	3	4
19. Kendini ağlamaklı hissetme.	0	1	2	3	4
20. Kolayca incinebilme, kırılma.	0	1	2	3	4
21. İnsanların sizi sevmediğini, size kötü davrandığına inanma.	0	1	2	3	4
22. Kendini diğer insanlardan daha aşağı görmek.	0	1	2	3	4
23. Mide bozukluğu, bulantı.	0	1	2	3	4
24. Diğer insanların sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu.	0	1	2	3	4
25. Uykuya dalmada güçlük.	0	1	2	3	4
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek.	0	1	2	3	4
27. Karar vermede güçlükler.	0	1	2	3	4
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkma.	0	1	2	3	4
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma.	0	1	2	3	4
30. Sıcak, soğuk basmaları.	0	1	2	3	4
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak.	0	1	2	3	4
32. Kafanızın bomboş kalması.	0	1	2	3	4
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar.	0	1	2	3	4
34. Hatalarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi.	0	1	2	3	4
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları.	0	1	2	3	4
36. Dikkati bir şey üzerine toplamada güçlük.	0	1	2	3	4
37. Bedenin bazı bölgelerinde, zayıflık, güçsüzlük hissi.	0	1	2	3	4
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme.	0	1	2	3	4
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler.	0	1	2	3	4
40. Birini dövme, ona zarar verme yaralama isteği.	0	1	2	3	4
41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği.	0	1	2	3	4

42. Diğer insanların yanında iken yanlış bir şey yapmamaya çalışmak.	0	1	2	3	4
43. Kalabalıklardan rahatsızlık duymak.	0	1	2	3	4
44. Başka insanlara hiç yakınlık duymamak.	0	1	2	3	4
45. Dehşet ve panik nöbetleri.	0	1	2	3	4
46. Sık sık tartışmaya girmek.	0	1	2	3	4
47. Yalnız kalındığında sinirlilik hissetme.	0	1	2	3	4
48. Başarılarınıza rağmen diğer insanlardan yeterince takdir görmemek.	0	1	2	3	4
49. Kendini yerinde duramayacak kadar tedirginlik hissetmek.	0	1	2	3	4
50. Kendini değersiz görme duygusu.	0	1	2	3	4
51. Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu.	0	1	2	3	4
52. Suçluluk duyguları.	0	1	2	3	4
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri.	0	1	2	3	4

EK 3. Orjinallik Ekran Çıktısı

AKICI KONUŞMA BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE KEKEMELİK ŞİDDETİ İLE PSİKOLOJİK BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ORIGINALITY REPORT

11%	5%	3%	10%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to TechKnowledge Turkey Student Paper	2%
2	Submitted to TED Universitesi Student Paper	2%
3	Submitted to Pamukkale Üniversitesi Student Paper	1%
4	Submitted to Beykent Universitesi Student Paper	1%
5	www.scribd.com Internet Source	1%
6	dspace.baskent.edu.tr Internet Source	<1%
7	acikerisim.isikun.edu.tr:8080 Internet Source	<1%
8	ANLI, Gazanfer and ŞAR, Ali Haydar. "Boyun Eğici Davranışları Azaltmaya Yönelik Bilişsel	<1%

EK .4. Dijital Makbuz

turnitin

Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author:	Gökçe Özer Antholz
Assignment title:	gokce
Submission title:	AKICI KONUŞMA BOZUKLUĞU OL…
File name:	25TEMMUZSAVUNMASONRASITU…
File size:	241.21K
Page count:	62
Word count:	10,956
Character count:	79,377
Submission date:	25-Jul-2019 11:27AM (UTC+0300)
Submission ID:	1154859014

1.GİRİŞ

İletişim, hayatın başlangıcından bu yana var olan, insanlığın evrimi de dinamikleyen bir süreçtir. Bu süreçte insanı diğer varlıklardan üstün hale getiren ise dil ve konuşmadır (13). Dil, iletişimi sağlayan bir araç olarak düşünildiğinde, konuşma da bu aracı iletmenin yolu olarak ifade edilebilir (14)

Konuşma, sözel dilde yer alan sesleri çıkarmak için gereken motor işlemlerle tanımlanır ve genel bir ifadeyle, fonasyon, rezonasyon ve artikülasyonu içeren süreçte bir ürünüdür. Bu motor işlemlerde meydana gelen aksaklıklar ise konuşma bozukluklarına sebep olmaktadır (2). Amerikan Konuşma-Dil İşitme Birliği (Legislative Council of the American Speech-Language-Hearing Association, ASHA), konuşma bozukluğunu, konuşma seslerinin artikülasyonuna, akıcılığına ve/veya konuşma sesine ilişkin bir aksaklığa sahip olma (13) biçiminde tanımlamaktadır.

Akıcı konuşma bozukluğu, konuşma davranışında meydana gelen değişiklikler, duygu ve inançlarla ilişkisi, benlik kavramındaki ve sosyal etkileşimlerdeki rolü gibi farklı boyutları içeren bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (3). ASHA, akıcılık bozukluğunu (stuttering) ya da diğer bir ifadeyle dilsemiyi, konuşmanın akışını, ritmini, tizliğini, vurgularını, ses birimlerinin çıkarılmasını ve anlaşılmasını bozan bir durum olarak tanımlamaktadır (15). Bazı akıcılı davranışlar (belirtilerden kaçınma/ kaçınma) bu duruma eşlik edebilir. Konuşma bozukluğu olanlarda, iletişim sorunlarının yanı sıra diğer psikolojik sorunlarla da karşılaşıldığı şöyle belirtilmektedir (11).

Kekemelik, konuşmanın akıcılığında görülen bir bozukluktur. Kekemeliğin başlamasının ardından yaşanan engellenmişliğin ve buna eşlik eden kaygı ve utanç gibi olumsuz duyguların bireyin sosyal yaşamı, meslek yaşamı ve kişiliğinde önemli sorunlara yol açabileceği düşünülmektedir. Çoğunlukla bir psikopatolojiyle doğrudan ilişkili olmasa da kekemelik tanısı almış bireylerin daha büyük olasılıkla içe dönük davranışlar sergileme ve sosyal ortamlarda yer almaktan kaçınma eğilimlerinde olduklarına işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (2).

Copyright 2019 Turnitin. All rights reserved.

9.ÖZGEÇMİŞ

GÖKÇE ÖZER ANTHOLZ

E-POSTA ADRESİ: andreasalome@gmail.com

TELEFON (İŞ): **0(312)3044576**

TELEFON (CEP): **0(535)8855445**

ADRES: **GEAH Psikiyatri Kliniği Etlik / ANKARA**

ÖĞRENİM BİLGİSİ

YÜKSEK LİSANS

Hacettepe Ünivesitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Odyoloji Anabilim Dalı / Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Programı – 2019

LİSANS

Hacettepe Üniversitesi / Edebiyat Fakültesi

Psikoloji Bölümü – 2006

GÖREVLER

Klinik Psikolog:

GEAH Psikiyatri Kliniği / ANKARA

12.2008/……..

Psikolog:

Ege Üniversitesi Psikiyatri Kliniği / TUBITAK TurkSch Projesi / İZMİR

06.2008 / 12.2008

Psikolog:

İncek Özel Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi / ANKARA

11.2007 / 06.2008